



ZE⁺Q

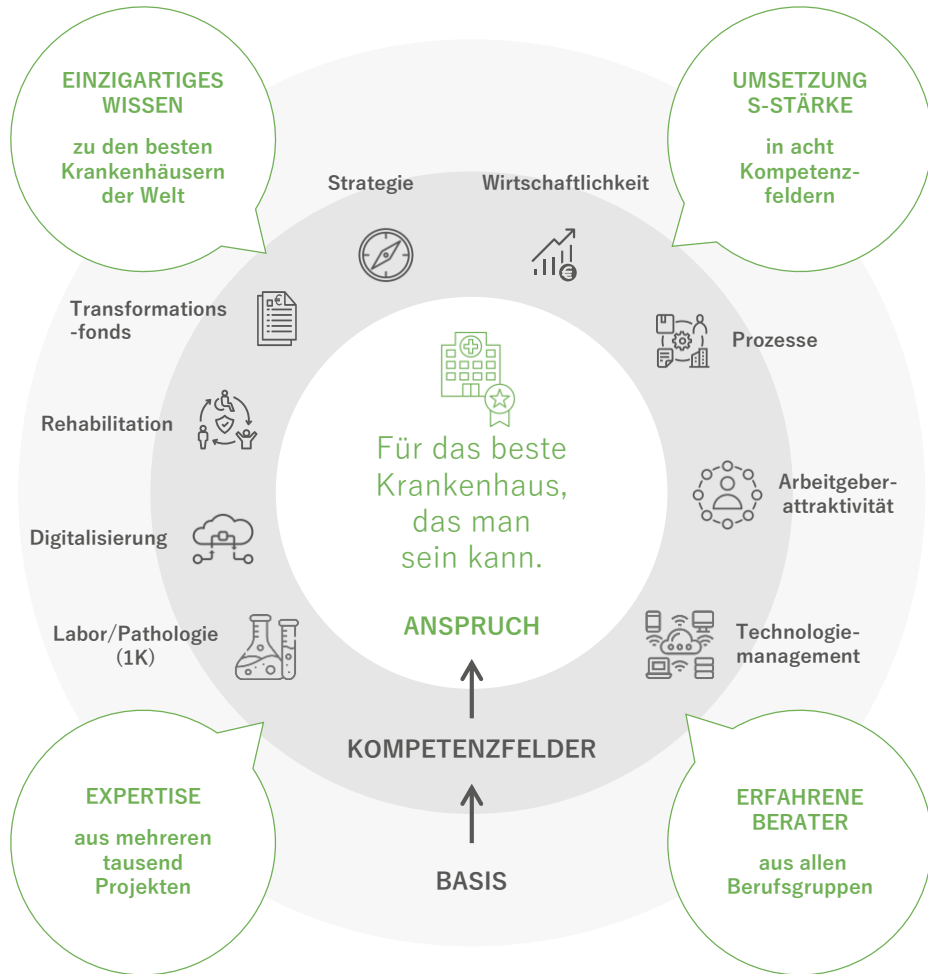
Stationsprozess 4.0 - Lean & Smart: Datenprozesse, die den Stationsalltag verbessern

Martina Amerhauser, Tessa Fleckenstein, Prof. Dr. Daniel Flemming,
Franziska Gremm



Über die ReferentInnen

Die besondere Stärke von ZEQ liegt in der Umsetzung



Fokus auf das Gesundheitswesen

- Seit 2001 auf die Beratung von Krankenhäusern, Psychatrien und Rehakliniken fokussiert
- ZEQ verfügt über Expertenwissen in neun Kompetenzfeldern:
Strategie | Wirtschaftlichkeit | Prozesse | Digitalisierung | Arbeitgeberattraktivität | Technologiemanagement | Transformationsfonds | Labor/Pathologie | Rehakliniken
- ZEQ gilt als Experte für die Optimierung des medizinischen Kernprozesses, die strategiegetriebene Wirtschaftlichkeit sowie Digitalisierung von Krankenhäusern

Ihre heutigen ReferentInnen



Tessa Fleckenstein

Partnerin

Leiterin Kompetenzfeld Prozesse

ZEQ



Franziska Gremm

Senior Consultant

ZEQ



Prof. Dr. Daniel Flemming

Wissenschaftliche Leitung

apenio GmbH



Martina Amerhauser

Pflegedirektorin

**Klinikum Dritter Orden
München-Nymphenburg**

Stationsorganisation ist Zusammenspiel



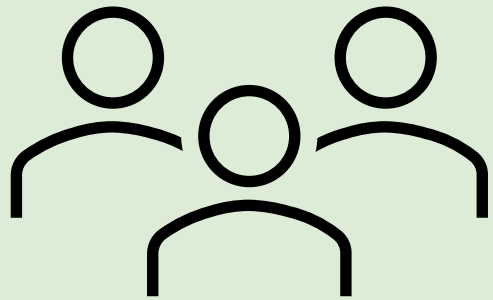
Stationsorganisation ist Zusammenspiel



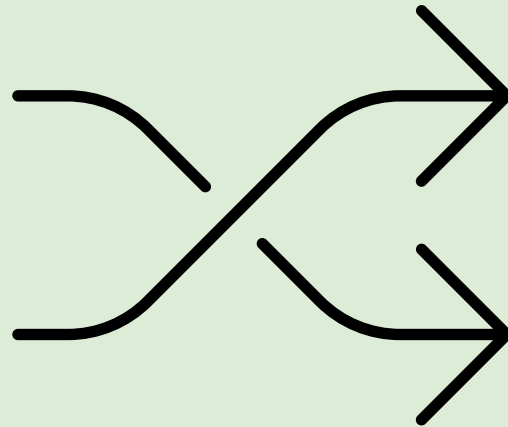
Pflege im Alltag funktioniert wie ein Orchester

- Viele Rollen – ein gemeinsamer Auftrag
- Abstimmung entscheidet über Qualität und Entlastung
- Struktur, Daten und digitale Tools geben Orientierung

Warum es im Alltag manchmal schief klingt



Viele Rollen arbeiten parallel am gleichen Auftrag



Prioritäten und Informationen sind nicht immer abgestimmt

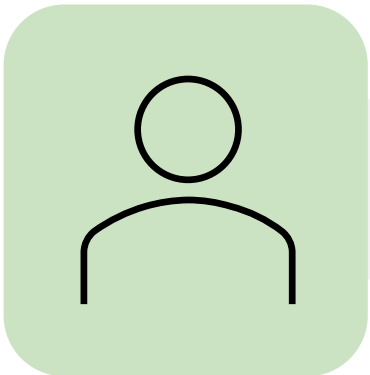


Gute Arbeit verpufft, wenn der gemeinsame Takt fehlt

Von welcher Bühne aus spielen Sie heute im Orchester?



In welchem **Setting** arbeiten Sie aktuell?
(stationär oder ambulant; Akut- oder Langzeitversorgung)



In welcher **Rolle** bringen Sie Ihre Stimme ein?
(Pflegefachkraft, Führungskraft oder Administration)

Agenda

01

Stationsorganisation als Taktgeber

03

Patientenversorgung ganzheitlich denken

02

Transparenz und Steuerung mit dem Care Flow Board

04

Den gemeinsamen Takt im Team halten





01

Stationsorganisation als Taktgeber

Lean – die Grundidee für den Pflegealltag

Lean bedeutet

- Fokus auf **Wert** für PatientInnen
- Alles, was diesen Wert **nicht unterstützt, bewusst hinterfragen**
- Arbeit so organisieren, dass sie **reibungslos fließt**

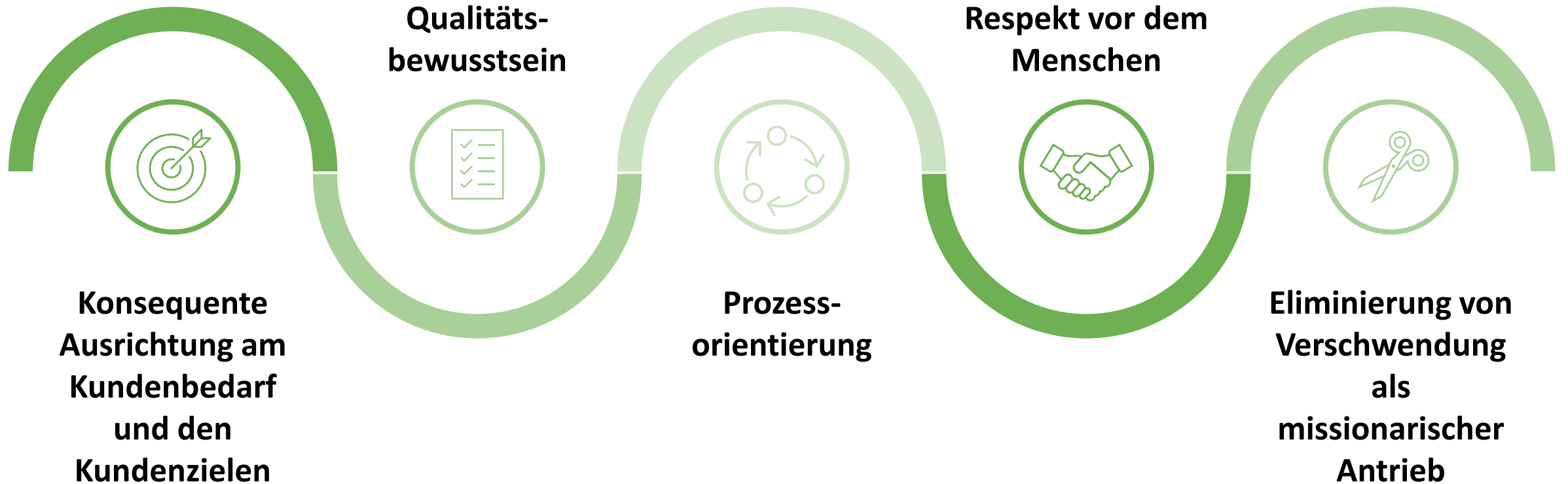


Bedeutung für den Pflegealltag

- weniger Suchen, Warten, Rückfragen
- weniger Unterbrechungen
- **mehr Zeit für direkte Versorgung**

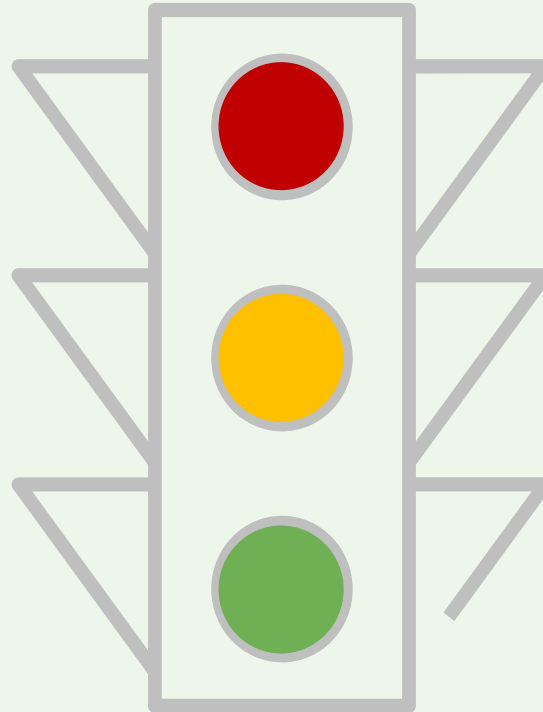


Lean verbindet Wertorientierung, Struktur und Respekt



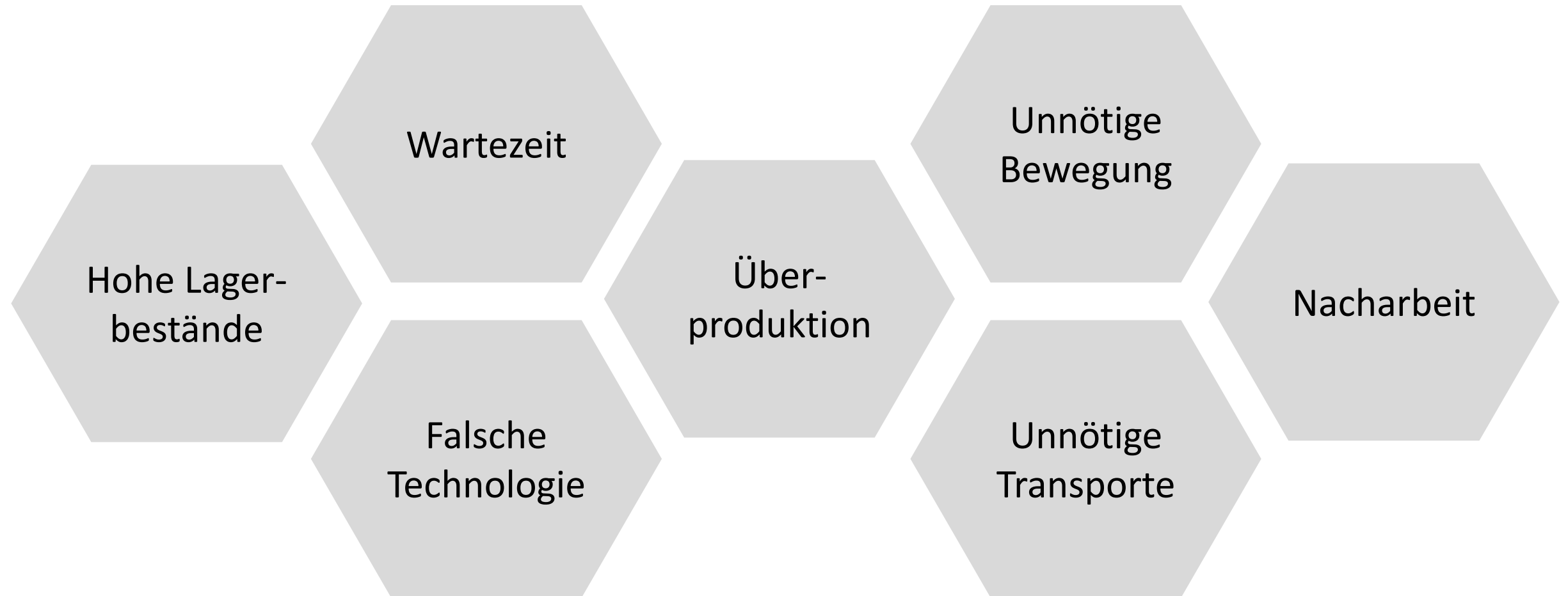
Nicht alle Töne im Alltag tragen zur Musik bei

| | |
|--------------------|--|
| Eliminieren | Verschwendung |
| Reduzieren | Nicht wertschöpfende aber notwendige Tätigkeiten |
| Optimieren | Wertschöpfende Tätigkeiten |



Welche Tätigkeiten binden bei Ihnen aktuell die meiste Zeit?

Verschwendung im Stationsalltag folgt wiederkehrenden Mustern



Lean wird erst wirksam, wenn es im Stationsalltag konkret umgesetzt wird

- Lean beschreibt, wie Arbeit gedacht werden soll
- Stationsorganisation übersetzt das in den Alltag
- Entscheidend sind klare Strukturen für das Zusammenspiel

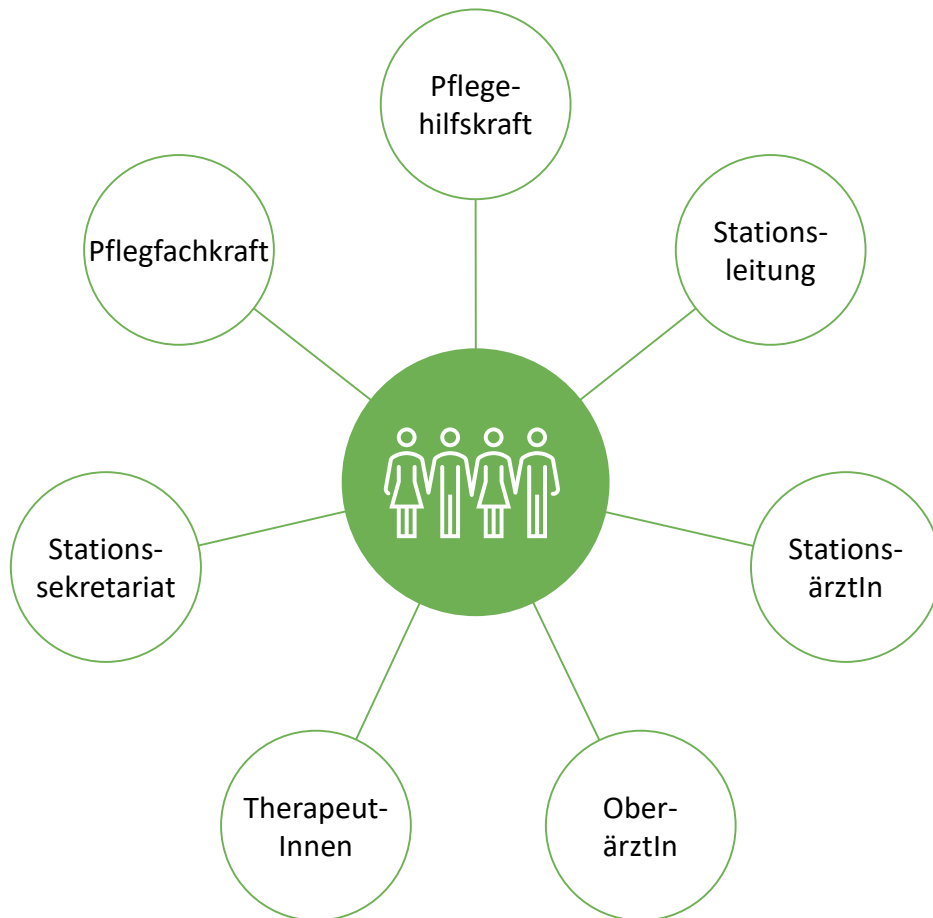


Lean = musikalische Grundregeln
Stationsorganisation = konkrete Partitur

Ein gutes Zusammenspiel braucht eine klare Struktur

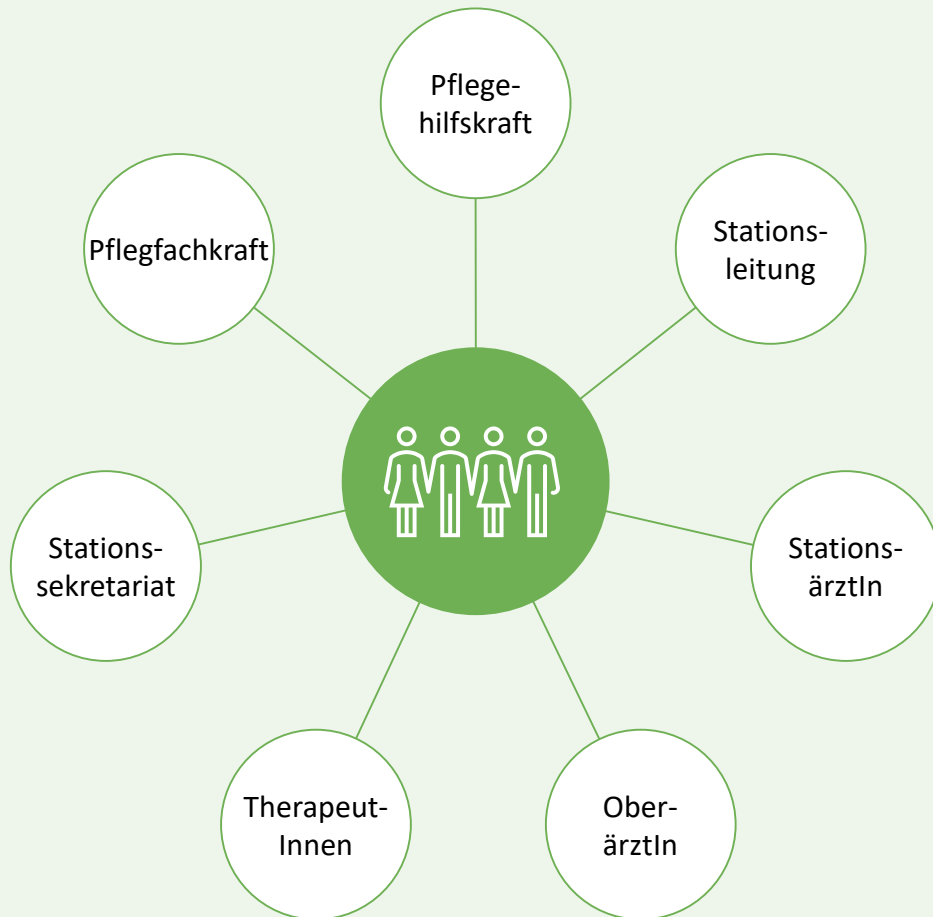


Ohne klare Rollen kann kein gemeinsamer Takt entstehen



- Um eine gemeinsame Tagesstruktur zu entwickeln, müssen zunächst die **beteiligten Rollen** identifiziert werden.
- Jede Berufsgruppe hat eigene **Aufgaben** und **Verantwortlichkeiten**.
- Erst durch die Gesamtsicht wird deutlich, an welchen Schnittstellen **Abstimmung** und **gemeinsame Taktung** erforderlich sind.

Welche Stimmen müssen sich in Ihrem Orchester besonders gut abstimmen?



Welche Rollen spielen in Ihrem Orchester?

Wo erleben Sie im Alltag am meisten Abstimmungsbedarf zwischen Rollen?

Rollen schaffen Orientierung im Zusammenspiel

Pflege-
fachkraft



Pflege-
fachkraft



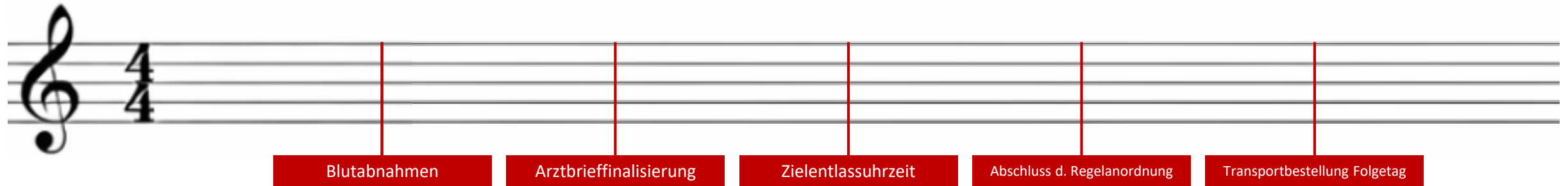
Stations-
ärztIn



...



Gemeinsame Meilensteine geben dem Stationsalltag Takt und Orientierung



- **Meilensteine** sind feste **Orientierungspunkte** im Stationsalltag. Sie markieren die **zentralen Zeitfenster**, an denen wichtige Aufgaben erledigt werden müssen.
- Durch solche **verbindlichen Fixpunkte** entsteht Struktur. Abläufe lassen sich besser koordinieren, Informationen rechtzeitig weitergeben und Verantwortlichkeiten klar zuordnen.
- **So wird aus vielen Einzelaktivitäten ein gemeinsamer Takt.**

Wirksame Besprechungen finden zur richtigen Zeit und in der richtigen Besetzung statt



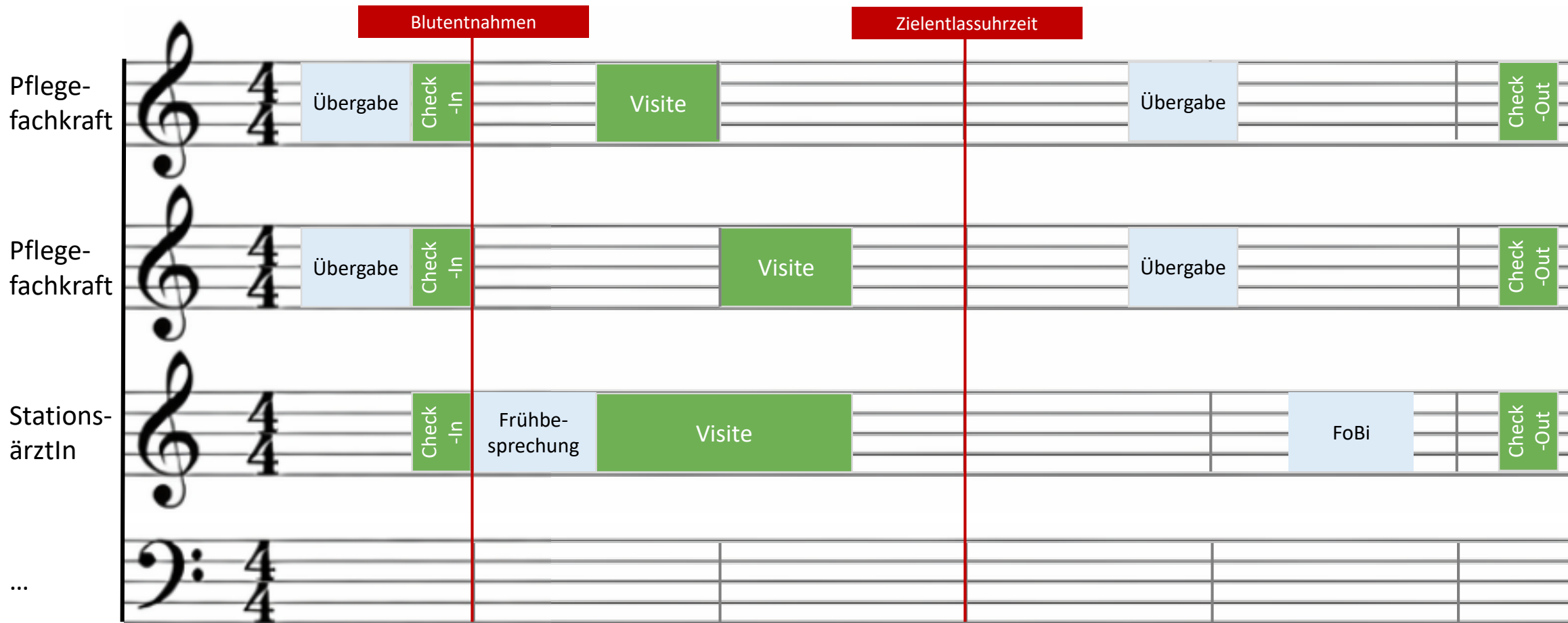
berufsgruppen-
intern

berufsgruppen-
übergreifend

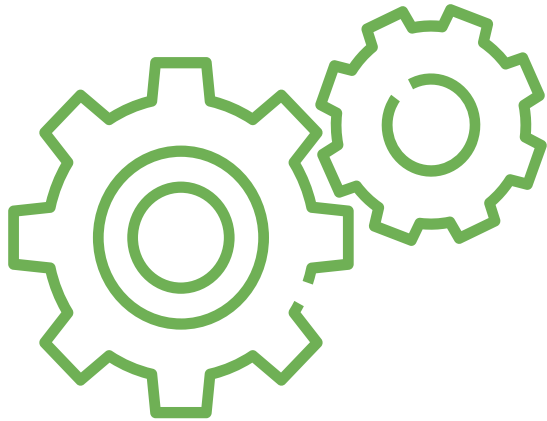
Nicht jede Probe braucht das ganze Orchester. Entscheidend ist der richtige Zeitpunkt und die richtige Besetzung.



Abgestimmte Besprechungen strukturieren den Stationsalltag wirksam

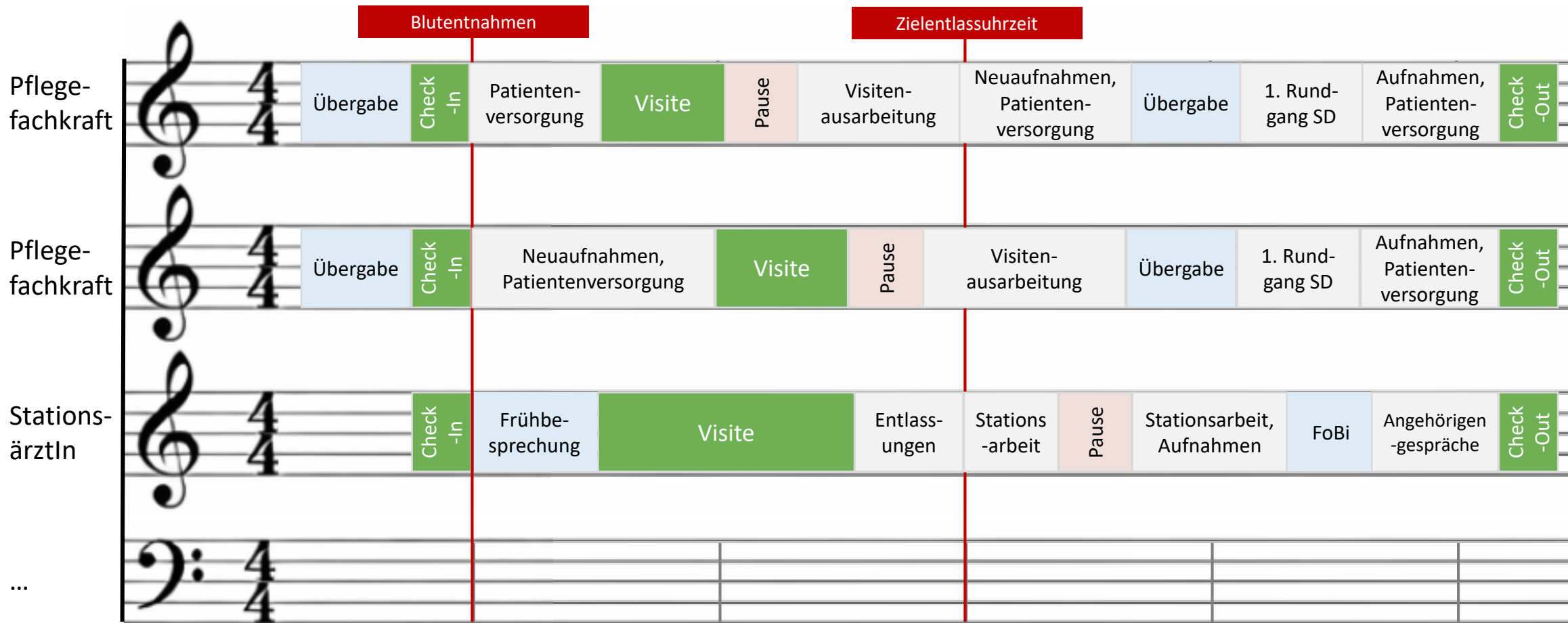


Die Definition von Arbeitspaketen je Rolle auf Station ermöglichen Transparenz und Steuerung der Tagesaufgaben



- Durch die **Definition von Arbeitspaketen pro Rolle** wird sichtbar, welche Aufgaben zu festen Zeitfenstern stattfinden und wo Abhängigkeiten bestehen.
- Durch diese Konkretisierung von Arbeitspaketen entsteht ein **gemeinsamer Tagesrhythmus**, der allen Berufsgruppen Orientierung bietet und **Störungen** der anderen Berufsgruppen **minimiert**.

Erst das Zusammenspiel von Rollen, Meilensteinen und Arbeitspaketen schafft einen gemeinsamen Tagesablauf



Aus vielen Stimmen wird durch Struktur ein gemeinsamer Klang

Was gehört für Sie auf Ihr Notenblatt?

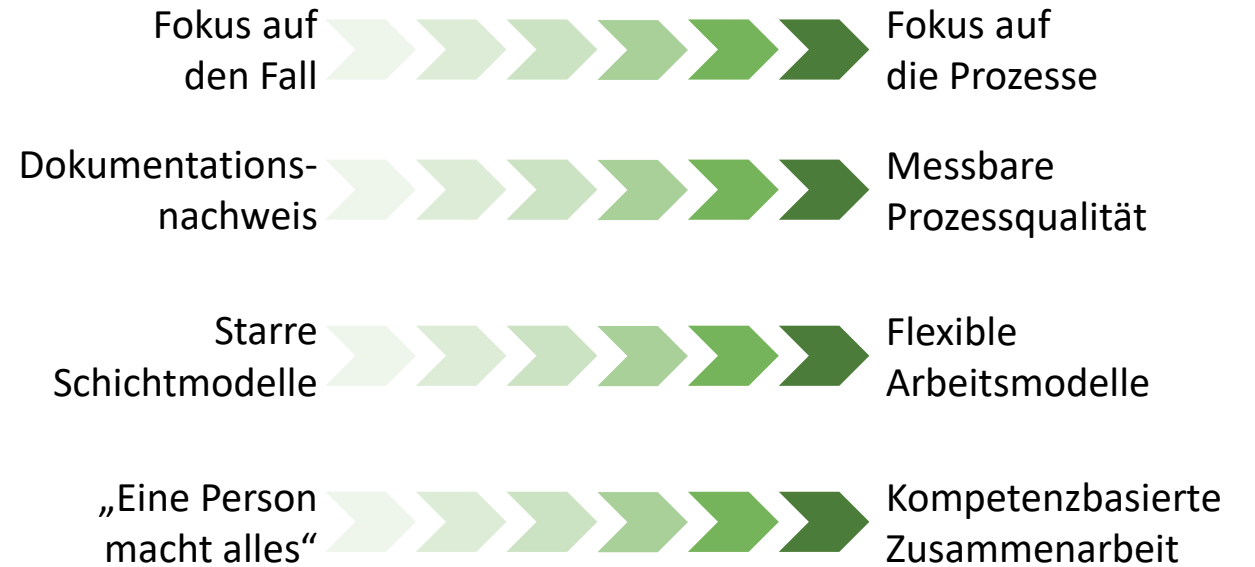
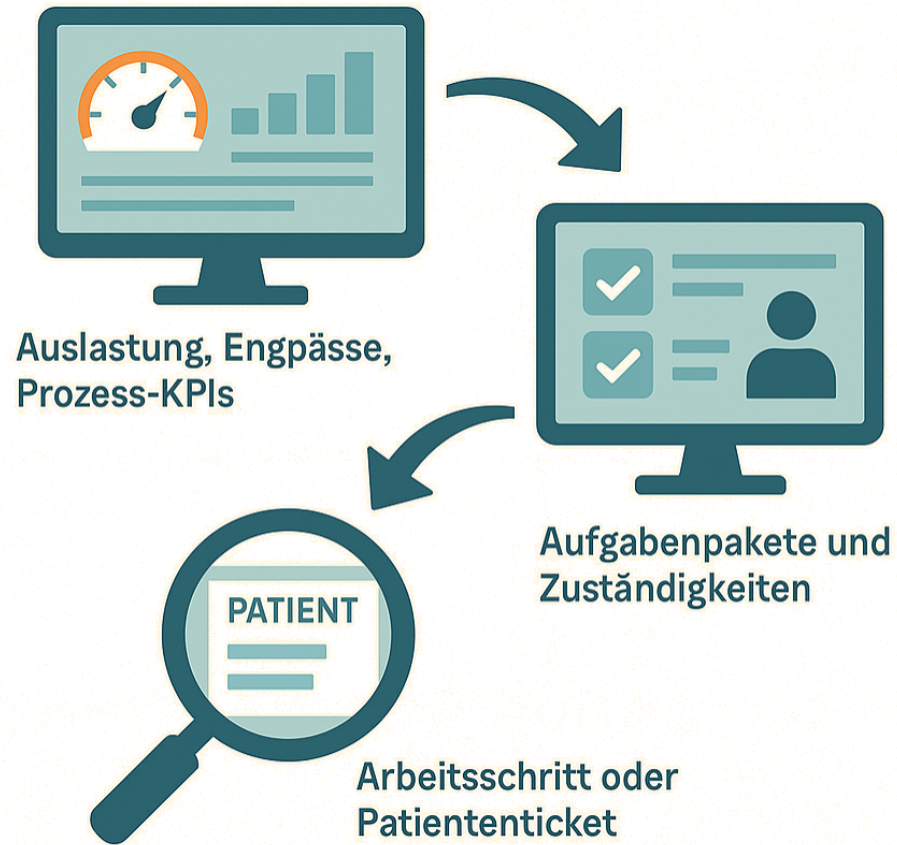
Diskussion



02

Transparenz und Steuerung mit dem Care Flow Board

Perspektivwechsel



Was fehlt?



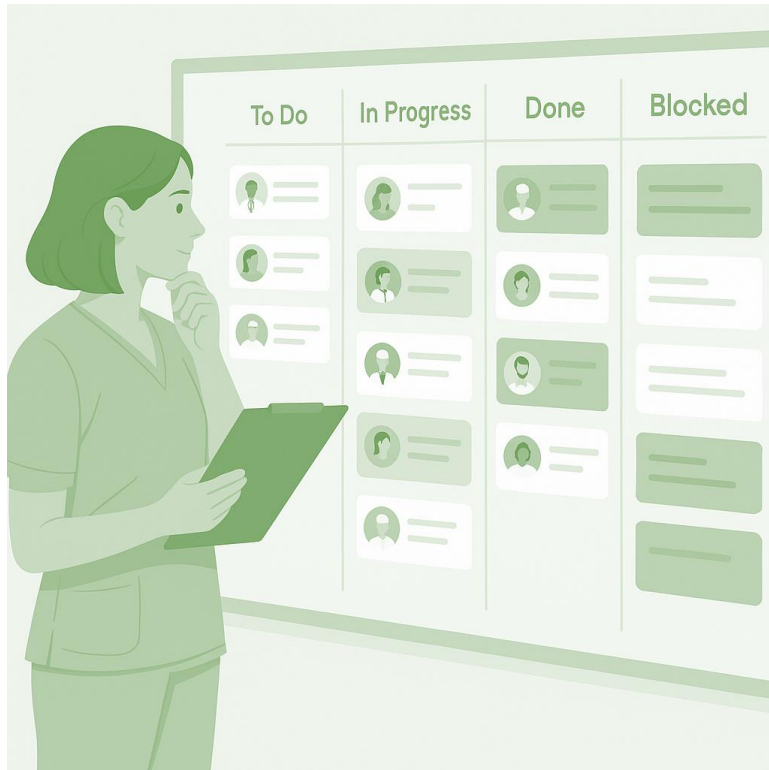
Digitales Shopfloor-Management,

- das flexible Arbeitszeit- und Kompetenzmodelle ermöglicht
- mit einem **Care-Flow-Kanban-Board** live sichtbar macht, *wer gerade was tut*



Grundlage für messbare Qualität **und** attraktivere Arbeitsbedingungen

Care Flow Board Features



Interdisziplinäres Kanban-Board

Spalten „To Do | In Progress | Done | Blocked“ für **alle Team-Aufgaben**

Karten mit Rolle, Patient-ID, Prio & geschätztem Zeitbedarf



Rollen- & Skills-basiertes Auto-Routing

Karten lassen sich per Drag-&-Drop oder Auto-Zuweisung (Skill-Match) verteilen



Dienst-Flex-Modul

Teilzeit-Fenster und spontane Schichtwechsel abbilden; Board passt Kapazitäten an



Qualitäts-Cockpit

Prozess-KPIs (Durchlaufzeiten, Wartezeiten) + Ergebnisindikatoren (z. B. Re-Admission-Rate)



Mobile & Offline-fähig

Tablets / Smartphones für Visite, Therapie-runde oder Transportlogistik

User Story – Anna, Pflegefachperson (Teilzeit 07:00 – 13:00 Uhr)

1. Board + Ticketaufnahme



07:05 Uhr

Anna, 32, kommt nach der Kita-Abgabe auf Station 4B.

1. Auf dem **CareFlow Board** (Tablet an der Wand) schaltet sie ihren **Dienst-Filter** ein: „Zeige Tickets 07–13 Uhr, Rolle Pflege“.
2. In der Spalte **“To Do”** sieht sie drei freie Karten:
 - *Verbandswechsel P-047 • 15 min*
 - *Infusion Richten P-053 • 10 min*
 - *BMI-Messung P-061 • 5 min*

07:07 Uhr

Per **Drag-and-Drop** schiebt Anna die Verbandswechsel-Karte auf **“In Progress”**; das Board bucht automatisch 15 Minuten ihrer Kapazität.

2. Aufgabe erledigen



07:25 Uhr

1. Sie markiert das Ticket als Done – das System setzt ihren Workload-Zähler auf 15/300 Min.
2. Die Dokumentation entsteht quasi nebenbei: ScriptAI füllt den Pflegebefund aus, Anna bestätigt nur noch den Text.

User Story – Anna, Pflegefachperson (Teilzeit 07:00 – 13:00 Uhr)

3. Visite & neue Tickets anlegen



08:00 Uhr Visite

Dr. Müller (Stationsärztin) ruft das **Visiten-Preset** auf; alle offenen Patientenkarten springen in die Spalte **“Visite”**

1. Anna zieht sich die Karte von P-061 (Patientin Wagner) in **“In Progress”** – so weiß das Team, wer mitläuft.
2. Während der Visite formuliert Dr. Müller neue Anordnungen (Röntgen Thorax, Labor CRP-Kontrolle).
3. Anna wandelt diese Sprach-Notiz sofort in zwei neue Tickets (Röntgen/Labor) mit Skill-Tag *Service* bzw. *Pflege*

4. Zweiter Dienst + Transportticket



09:15 Uhr

Kollegin **Benita** (zweite Pflegefachperson, Dienst 09–17 Uhr) loggt sich ein:

1. Das Auto-Routing schlägt ihr die offenen Labor- und Medikamenten-Tickets vor, weil ihr Skill-Profil IV Therapy matcht.
2. Benita akzeptiert beide, stellt die Infusion ein und schließt das Labor-Ticket nach Blutabnahme.

User Story – Patiententransport & Qualitätsmanagement

5. Transportticket



10:40 Uhr Patiententransport

Benita klickt in der Karte *“Röntgen Thorax P-061”* auf **„Transportdienst anfordern“**.

1. Sofort erscheint eine Transport-Karte in der Service-Team-Spalte **“To Do”**.
2. Kollege Jonas vom Service schiebt die Karte nach **“In Progress”**, packt die Patientin ein und bringt sie in die Radiologie; das CareFlow Board loggt die Weg- und Wartezeit automatisch.

6. Service-Team & QM-Blick

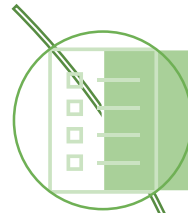
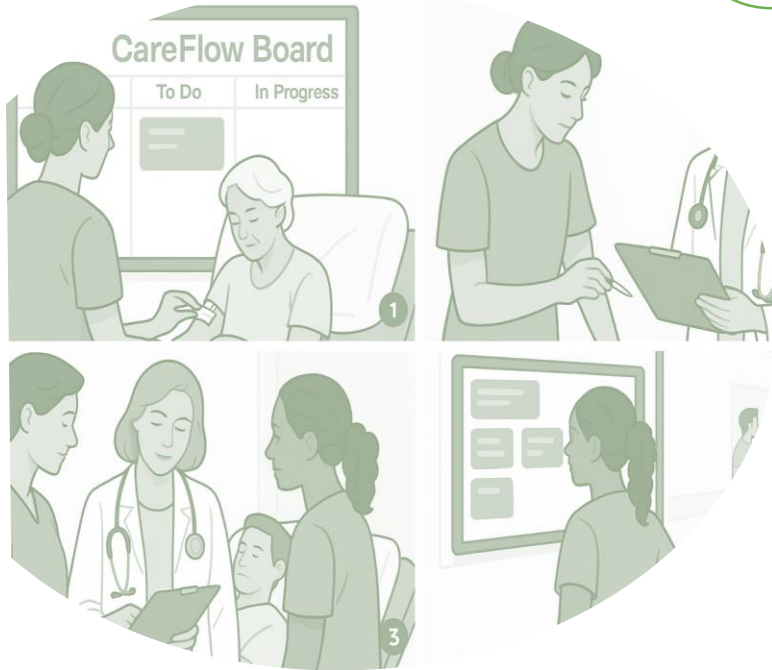


11:00 Uhr

1. Jonas, Service-Mitarbeiter, bekommt per Push das Transport-Ticket → erledigt Röntgenfahrt in 12 Min.
2. CareFlow Board vermerkt Transport Done; Patiententransport-Auslastung sinkt von 90 % auf 75 %.

Lisa, QM/Med-Controlling, sieht die KPI **“Durchlaufzeit Transport < 15 Min”** auf Grün und exportiert den Wochenreport an die Pflegedirektion – ohne Excel-Basterei.

Mehrwert



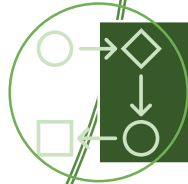
Transparenz: Anna sieht zu Schichtbeginn realistische Aufgaben für *ihre* Dienstzeit – keine Zettelwirtschaft.



Flexibilität: Teilzeit-Fenster werden berücksichtigt; Engpässe (z. B. nur eine Pflegefachperson am Nachmittag) sind sofort sichtbar.



Qualität & Nachweis: Durchlaufzeiten jedes Tickets fließen direkt ins Qualitäts-Cockpit (z. B. durchschnittliche Wartezeit auf Transport).



Interdisziplinäre Abstimmung: Tickets wechseln nahtlos zwischen Pflege, Medizin und Service – kein Nachtelefonieren.



Dokumentations-Entlastung: ScriptAI erzeugt Pflegeberichte und Übergabetexte, Anna bestätigt nur noch.

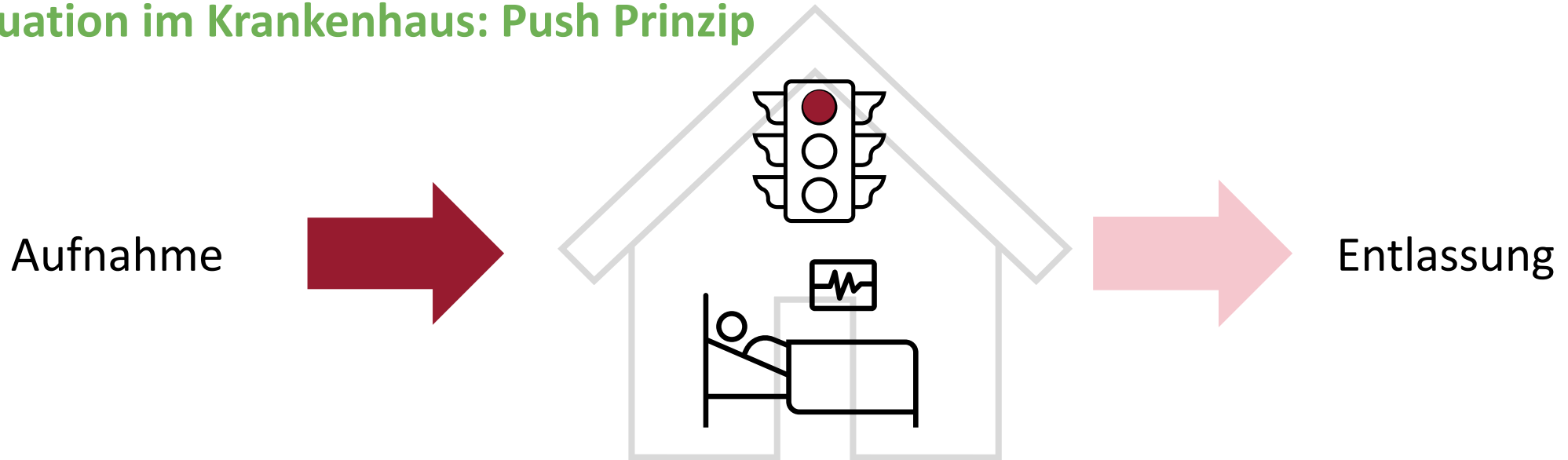


03

Patientenversorgung ganzheitlich
denken

Push- vs. Pull-Prinzip: Den Kernprozess von der Entlassung her organisieren

IST-Situation im Krankenhaus: Push Prinzip

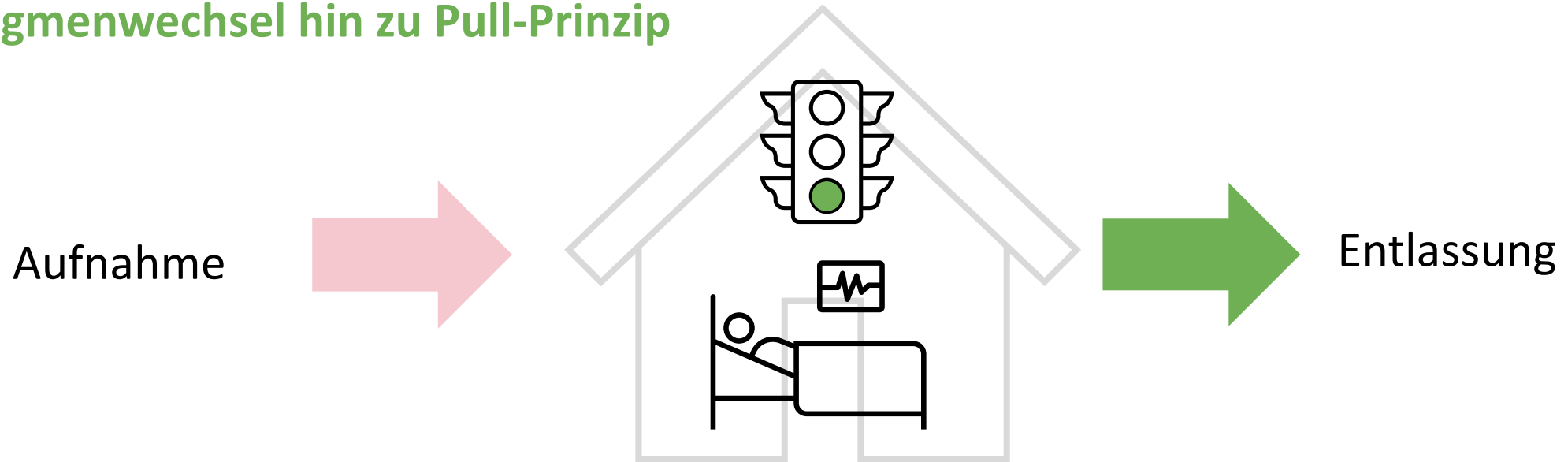


Aufnahmen > Entlassungen

- Es werden weitere PatientInnen aufgenommen, ohne dass eine ausreichende Anzahl PatientInnen entlassen ist.
- Engpass, da vorhandene Kapazitäten nicht für Versorgung ausreichen
- Unnötige Wartezeiten für PatientInnen

Push- vs. Pull-Prinzip: Den Kernprozess von der Entlassung her organisieren

Paradigmenwechsel hin zu Pull-Prinzip



Ziel: Entlassung = Aufnahme

- Zusammenspiel zwischen Aufnahme und Entlassung
- Die Aufnahmen orientieren sich an den (geplanten!) Entlassungen.
- PatientInnen werden entlassen, bevor die Neuaufnahmen auf der Station eintreffen.

Paradigmenwechsel von der Push-Organisation hin zur Pull-Organisation

Organisation der Prozesse von der Entlassung her

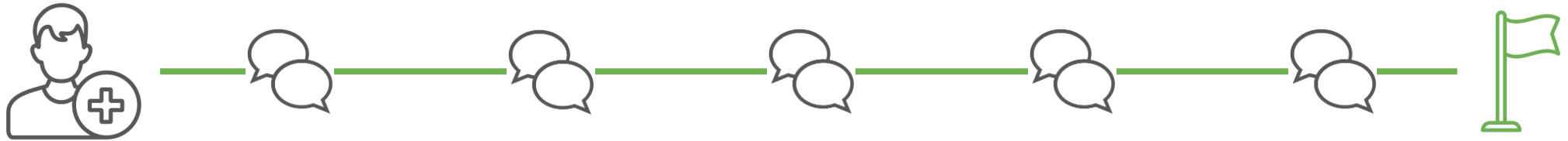


Entlassorganisation ist ein aktiver Steuerungsprozess – kein Endschritt



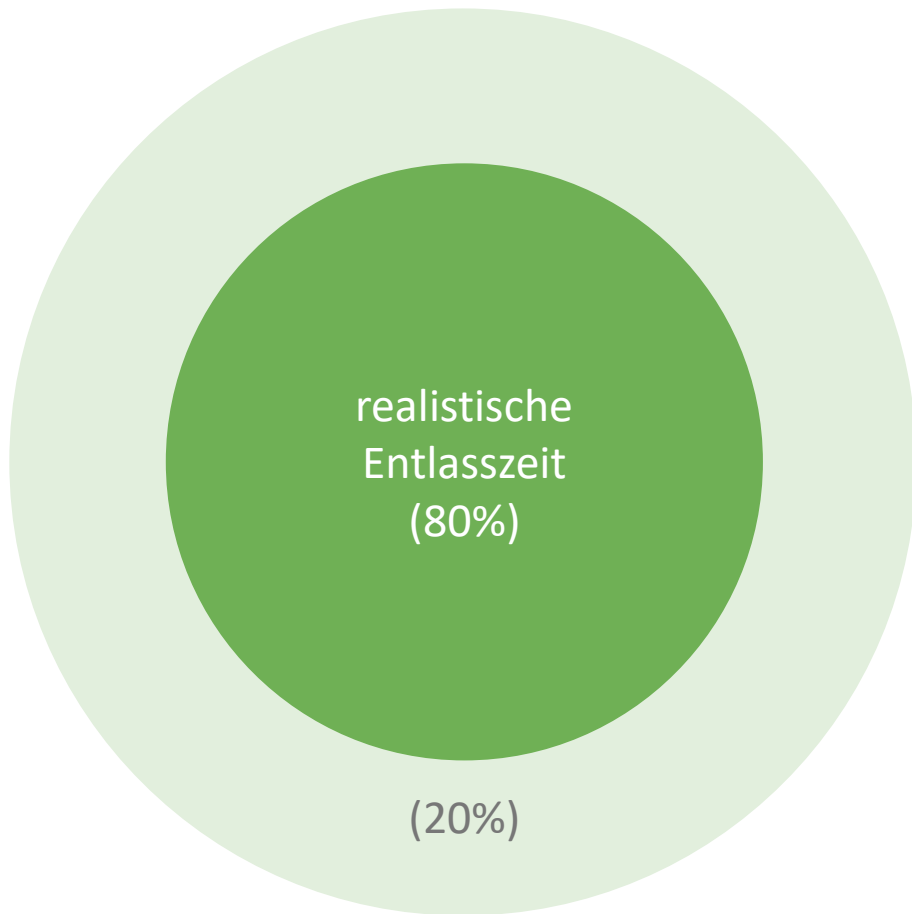
Damit Entlassorganisation steuernd wirken kann, muss sie frühzeitig beginnen.

Wirksame Entlassorganisation beginnt am Tag der Aufnahme



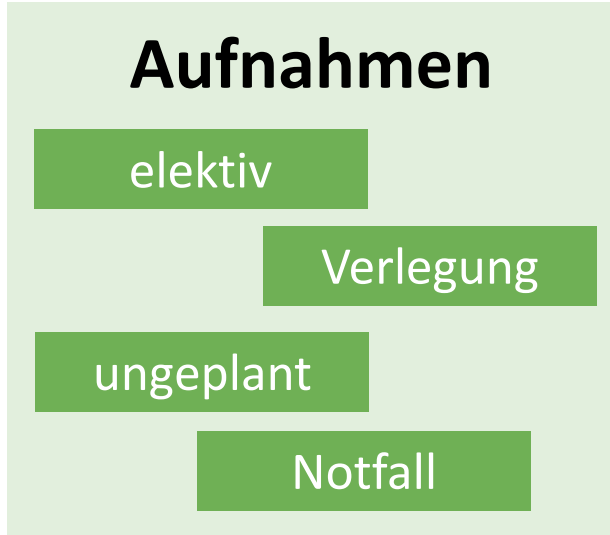
- Ein geplantes Entlassdatum wird möglichst früh festgelegt.
- Dieses Datum wird täglich gemeinsam überprüft und angepasst.
- Aufgaben und Abhängigkeiten werden rückwärts vom Entlassdatum gedacht.
- Alle Beteiligten kennen den aktuellen Stand der Planung.

Das Phänomen der „unerreichbaren“ Entlasszeit

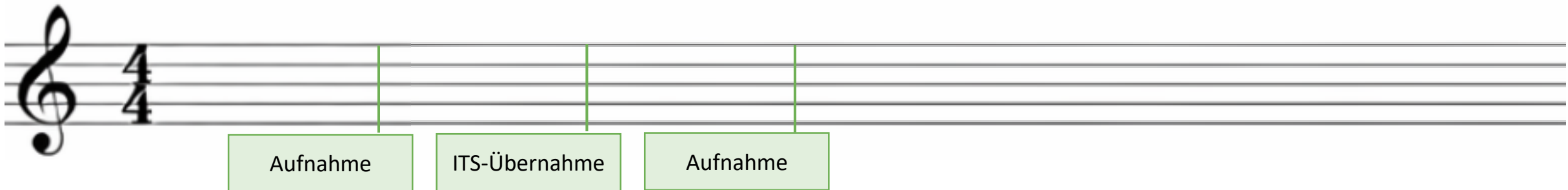


- Eine Entlasszeit wirkt nur, wenn sie **realistisch** erreichbar ist.
- Ziel ist **keine 100 %-Perfektion**, sondern **verlässliche Planung**.
- **Abweichungen** werden **bewusst reflektiert**, nicht ignoriert.

Geregelte Entlassungen stabilisieren die Aufnahmeorganisation



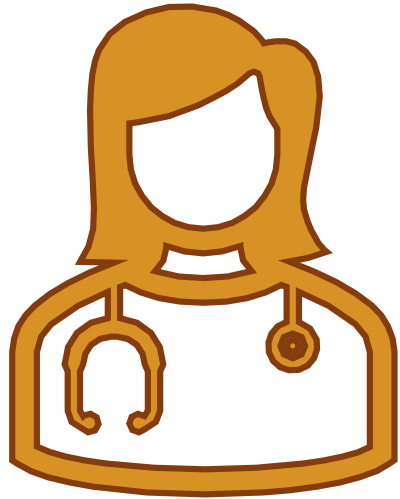
Geplante Entlassungen ermöglichen eine Aufnahmeplanung, auch für Notfälle und Verlegungen.



Vertrauensbasiertes Belegungsmanagement unter pflegerischer Führung

Martina Amerhauser





- * 08.07.1990 in München
- **2012 – 2015**: Ausbildung Gesundheits- und Krankenpflegerin an der Schule für Pflege München
- **2012 – 2017**: Pflege Dual Studium, Katholische Stiftungshochschule München, Abschluss: Pflege B.sc. sowie Praxisanleiterin und gerontopsychiatrische Fachkraft
- **2015 – 2019**: Gesundheits- und Krankenpflegerin Kliniken für Allgemein- und Gefäßchirurgie am Klinikum Dritter Orden
- **2019 – 2022**: Qualitätsbeauftragte der Pflegedirektion, Aufbau Pflegecontrolling
- **2019** Abschluss: Qualitätsbeauftragte im Sozial- und Gesundheitswesen und interne Auditorin
- **2022**: stellvertretende Pflegedirektorin
- **11/2022 – aktuell**: Pflegedirektorin
- **2025**: stv. Sprecherin des verbundweiten Pflegeboards des Krankenhausverbundes der Barmherzigen Brüder in Bayern
- **2026**: Sprecherin des verbundweiten Pflegeboards des Krankenhausverbundes der Barmherzigen Brüder in Bayern



**Gründung der
Schwesternschaft:
1902**



**Inbetriebnahme
Klinikum Dritter
Orden: 1912**



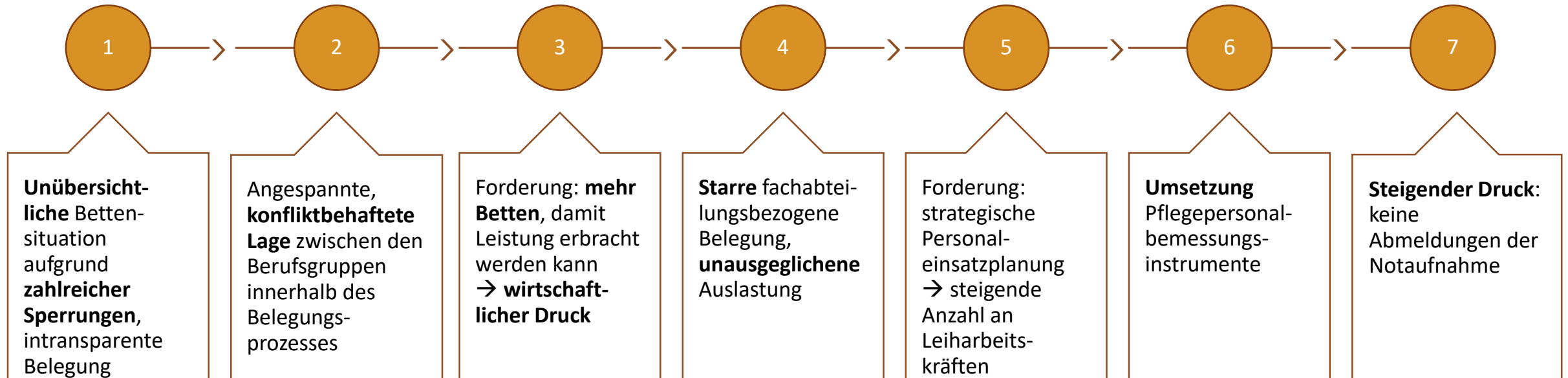
**Inbetriebnahme
Kinderklinik Dritter
Orden: 2002**



**Zusammenschluss mit
dem Krankenhaus der
Barmherzigen Brüder
München: 2024**

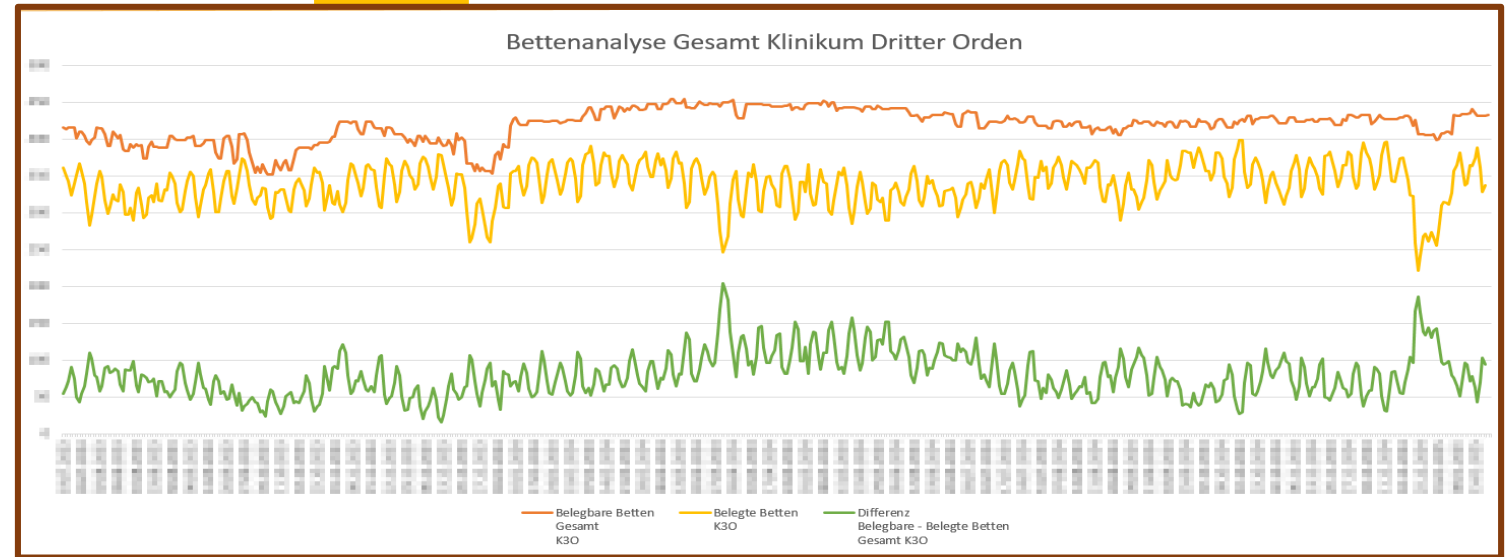
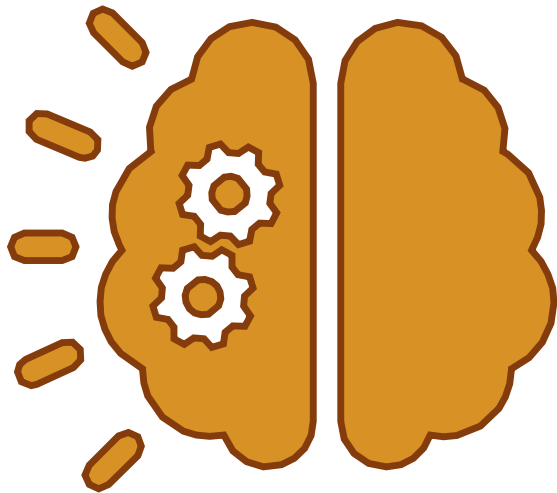


**574 Planbetten, ca.
2000 Mitarbeitende**





1. Optimierung des **Belegungsprozesses**
2. Sicherstellung einer **gleichmäßigen** Auslastung
3. Reduktion von Überlastung durch **Berücksichtigung** des pflegerischen Versorgungsaufwandes
4. Belegbare Betten **transparent** darstellen
5. Implementierung von operativen Monitoring-Instrumenten mittels **Pflegecontrolling**
6. Klare, transparente, **nachvollziehbare Entscheidungsprozesse** im Belegungsprozess
7. Überlastungsspitzen identifizieren und durch Gegenmaßnahmen mittels **strategischer Personaleinsatzplanung** frühzeitig und kurzfristig regulieren (Springerpool)
8. Pflege **aktiv** in den Belegungsprozess einbeziehen



1. Tägliche Erfassung (seit 07/23) aller Klinikbetten mit Berichtswesen-Charakter und Dashboard → Analyse Gap belegte vs. belegbare Betten
2. Monitoring und Dashboard-Analysen der PPUGV-Auslastung und dem maximalen Belegungspotenzial der Stationen



welche Potenziale haben wir bisher außer Acht gelassen?



Einführung eines vertrauensbasierten Belegungsmanagements unter pflegerischer Leitung am 15.03.2024 (nach Vorbild eines niederländischen Modells)

Pflegecontrolling als etablierte Abteilung der Pflegedirektion



- Eingeführt in der Corona-Pandemie
- Aktive Belegungssteuerung durch die Pflege an 365 Tagen
- Tägliche Meetings zur Lage-Besprechung
- Definierte Kennzahlen pro Station (Ist-Belegung, Personalsituation, etc.)
- Kontinuierliche Analyse der Daten

Von der Steuerung zur Verantwortung



1. Verantwortung soll dorthin zurückgegeben werden, wo Versorgung entsteht:

- Entscheidungskompetenz bei der Pflege
- Einschätzung der realen Versorgungsfähigkeit (limitierender Faktor)
- Nähe zur Patientensituation

Nicht Zahlen steuern Betten, sondern Menschen



2. Vertrauen statt Kontrolle

- Weg von Freigabeschleifen, die den Prozess lähmen
- Keine tägliche Rechtfertigung
- Kein „Überstimmen“ durch entfernte Entscheider

Führung heißt Zutrauen, nicht Mikromanagement

Wie Berufsgruppen über sich hinauswachsen können



3. Transparenz als Grundlage von Vertrauen

- Klare Kriterien für Belegbarkeit
- Einheitliche Belegungslogik
- Offene Kommunikation interdisziplinär

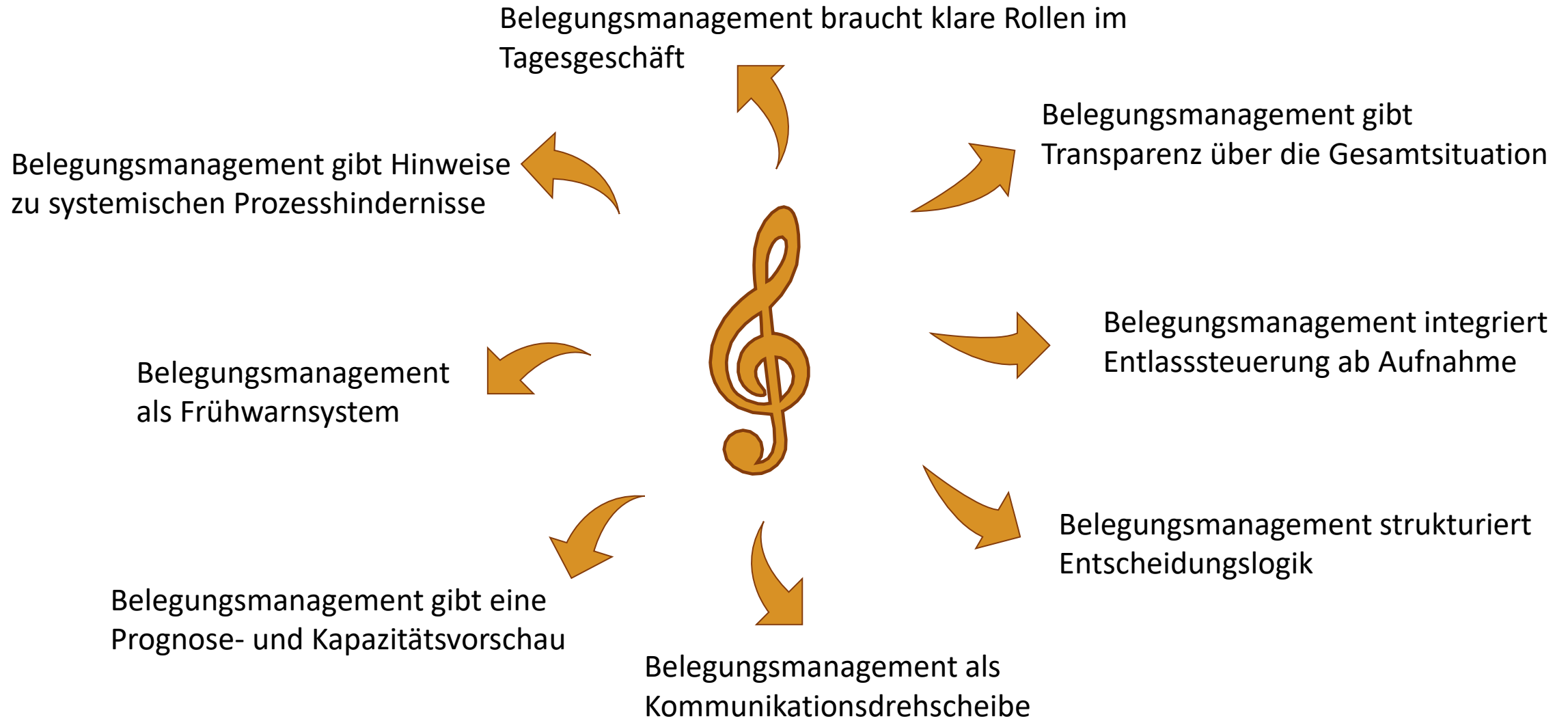
Vertrauen ist nicht blind, sondern nachvollziehbar

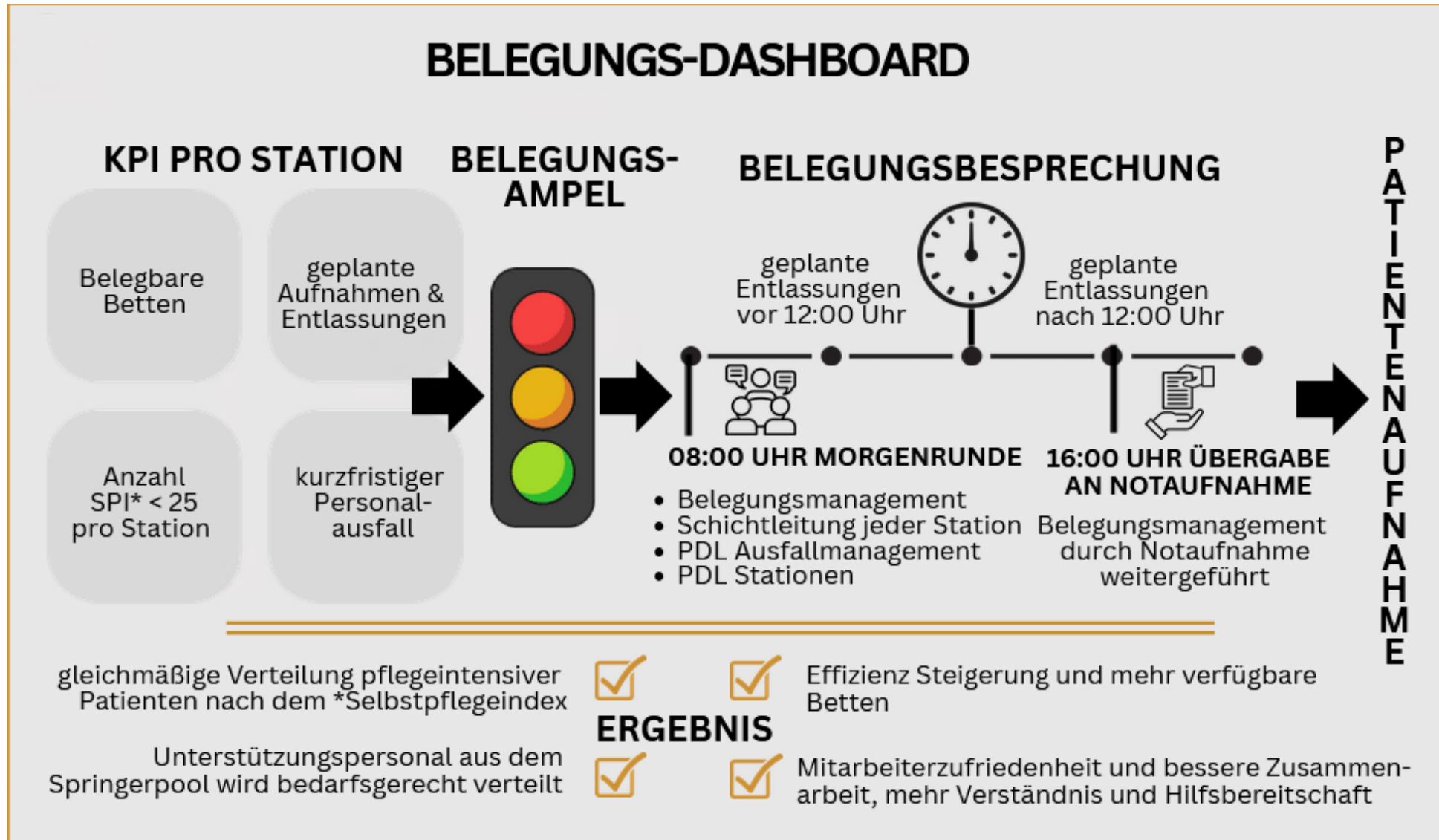


4. Gemeinsame Verantwortung für das Gesamtsystem

- Alle Akteure entscheiden gemeinsam
- Bewusstsein für Auswirkungen im Gesamthaus
- Haltungswechsel in der Führung

Belegungsmanagement als Führungsinstrument und Kulturwandel





S – sichere Entlassung

- Medizinisch stabil
- Entlassung geplant



- Transparenz
- Planbarkeit
- Steuerung

U – unsichere Entlassung

- Klärungsbedarf
- Entlassung zu 80% am Folgetag



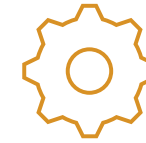
N – Notfallentlassung

- Ungeplante Situation
- Greift bei Kapazitätsproblemen

- Einstufung für jeden Patienten
- Daten müssen bis 12 Uhr am Vortag vorliegen
- Ärztlichen Ansprechpartner für Entlassungsmanagement benennen

Kapazitätslogik pro Station

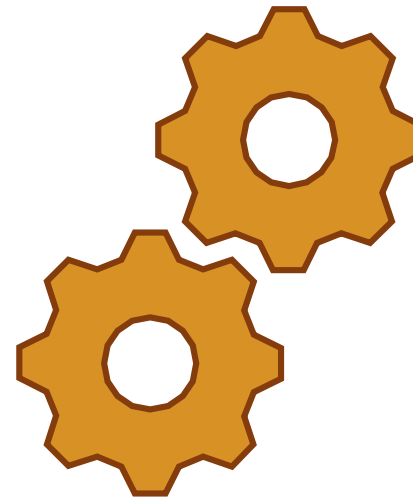
- Elektivanteil
- Notfallanteil
- Definierter Puffer



- Transparenz
- Verlässlichkeit
- Systemstabilität

Planung mit Schnittstellen

- Tägliches Abstimmen mit OP-Planung
- Gemeinsame Verantwortung Einbestellungen



Dynamische Anpassung

- Saisonale Schwankungen
- Veränderung der Rahmenbedingungen

- Analyse historischer Belegungsdaten
- Ableiten stationsspezifischer Kapazitäten
- Differenzierung nach Versorgungsrealität

Transparenz Verweildauerverläufe

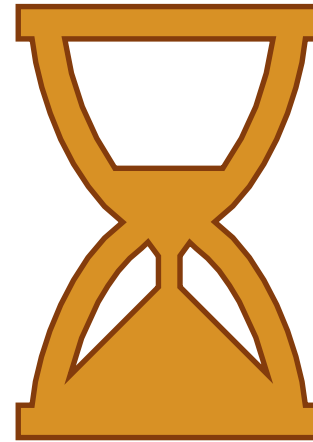
- Monitoring Ist-Situation
- Abgleich Erwartungen
- Frühe Identifikation von Abweichungen



- Transparenz
- Prozessstabilität
- Systementlastung

Gemeinsame Prozessverantwortung

- Case Management
- Sozialdienst
- Enge Abstimmung Notaufnahme



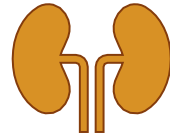
Zeitnahe Kodierung und Fallsteuerung

- Transparenz über Fallstatus
- Abrechnung wird zur steuerungrelevanten Information

- Zentrales, digitales Monitoring-Tool
- Tägliche interdisziplinäre Absprachen
- Dynamisches Dashboard Verweildauermanagement mit Frühwarnsystem

Regulierer:

Überleitungspflege –
filtert spezielle Pflege
und verhindert
Überlastung



Taktgeber:

Belegungsmanagement – sorgt für
optimale Auslastung der
Bettenkapazitäten

Versorger: Pflege und
Ärzte – arbeiten im
selben Rhythmus,
versorgen Schnittstellen
mit Daten



Denker: Case Management –
sorgt dafür, dass der Gesamt-
Prozess gesteuert wird und alle
Infos zum richtigen Zeitpunkt am
richtigen Ort vorliegen

Vernetzer: Sozialdienst – gibt
Orientierung und leitet
Informationen weiter



Beobachter: Medizin- und
Pflegecontrolling – geben Grundlage für
Steuerung



Versorgungsrealität sichtbar machen

- Belegte und belegbare Betten
- Tatsächliche Pflegekapazität (PPUG, PPR 2.0, QFR-RL etc.)



Abgleich zu Personalkapazitäten

- Qualifikationsmix Soll-Ist-VK
- Ausfallquoten
- Springerpool-Einsatz



Transparenz für operative Entscheidungen

- Grundlage für Belegungs freigaben
- Liefert objektive Entscheidungsbasis



Brücke von Personal zu Belegung

- Belegungs-Auswirkungen auf Pflege (SPI, PPR)
- Frühzeitige Reaktion bei Engpässen



Grundlage für strategische Personalplanung

- Erkennen struktureller Defizite
- Relevante Stellenplanentscheidungen (Pflegebudget)
- Monatlicher Controlling-Table



Balance zwischen Versorgung und Wirtschaftlichkeit

- Verantwortungsvoller Ressourceneinsatz
- Sichere Patientenversorgung

Berichtswesen Bettenauslastung

| Erwachsenenklinik | | | | Stand | 21.01.2026 00:00 | Stand | 21.01.2026 12:00 |
|--|------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|---------------------|-------------------------------|---------------------|
| Station | Belegbare Betten | Belegte Betten 00 Uhr | Belegte Betten 12 Uhr | | | | |
| BS_NA | 10 | 10 | 10 | Auslastung Erwachsenen klinik | | Auslastung Erwachsenen klinik | |
| 1 | 29 | 25 | 25 | Gesamt | 89% | Gesamt | 93% |
| 2 | 24 | 23 | 23 | ohne Intensiv | 88% | ohne Intensiv | 92% |
| 3 | 24 | 23 | 22 | | | | |
| 5 | 20 | 21 | 18 | | | | |
| 6 | 23 | 23 | 24 | | | | |
| 7 | 22 | 20 | 21 | | | | |
| 11 | 37 | 21 | 30 | | | | |
| 14 | 28 | 22 | 23 | | | | |
| 16 | 28 | 26 | 29 | | | | |
| 17 | 24 | 27 | 25 | | | | |
| 18 | 0 | 0 | 0 | | | | |
| 19 | 23 | 19 | 21 | | | | |
| 20 | 24 | 23 | 25 | | | | |
| 40 | 26 | 19 | 18 | | | | |
| INT_MED | 9 | 9 | 9 | | | | |
| INT_ANÄ | 12 | 11 | 13 | | | | |
| Kinderklinik | | | | Stand | 21.01.2026 00:00 | Stand | 21.01.2026 12:00 |
| Station | Belegbare Betten | Belegte Betten 00 Uhr | Belegte Betten 12 Uhr | | | | |
| 31 | 24 | 21 | 18 | Auslastung Kinderklinik | | Auslastung Kinderklinik | |
| 33 | 12 | 10 | 9 | Gesamt | 87% | Gesamt | 83% |
| 34 | 10 | 6 | 7 | ohne Intensiv/IMC | 84% | ohne Intensiv/IMC | 81% |
| 37 | 11 | 11 | 12 | | | | |
| NEO_IMC | 12 | 11 | 10 | | | | |
| K_INT Neonatologie | 7 | 5 | 5 | | | | |
| K_INT Kinder | | 2 | 2 | | | | |
| Mehr Betten belegt (00 Uhr oder 12.00 Uhr) als von der Pflege zur Verfügung stehend gemeldet | | | | | | | |
| Vollbelegung | | | | | | | |



1. Belegbare **Betten** konnten um 15% gesteigert werden
2. Nicht genutzte **Bettenkontingente** werden nicht mehr vorgehalten (Leerstand vermeiden)
3. Atmendes System mit **interdisziplinärer Belegung** konnte bereits geschaffen werden
4. Konstanz in der **Bettenverfügbarkeit**
5. Transparenz durch messbare stations- und fachabteilungsspezifisch **Auslastungen**
6. Gleichmäßige Zuweisung pflegeintensiver Patient:innen führt zu **ausgeglichener Belegungssituation**
7. Zusammenarbeit und gegenseitiges Verständnis sowie Hilfsbereitschaft **nachhaltig verbessert** (auch interdisziplinär)
8. Optimale **Personaleinsatzplanung** inkl. Ausfallmanagement angepasst an den Belegungsprozess
9. Dashboard ist **etabliertes Steuerungsinstrument** im Klinikum und untersteht der Pflegedirektion



Systemwechsel im Klinikum:

Übertrag der Abteilung Belegungsmanagement von der Geschäftsführung an die Pflegedirektion (07/24) → Pflege trifft damit offiziell die Letztentscheidung im gesamten Belegungsprozess

Pflege im Aufbruch:

Pflege wird im gesamten Klinikum als Gestaltungskraft wahrgenommen und gewinnt neues, modernes Image → attraktive Stationen führen zu mehr Personal und zu Zufriedenheit

Neues Denken im Klinikum:

Vom Mangeldenken zu echter Kapazitätssteuerung, von Passivität in die Gestaltungsverantwortung

Pflege zeigt Potenziale – und baut die Zukunft, die wir brauchen!

Kontakt:
Martina Amerhauser
Pflegedirektion

Tel. 089 1795-1202
Martina.amerhauser@dritter-orden.de

Klinikum Dritter Orden
Menzinger Str. 44
80638 München

Tel. 089 1795-0
Fax 089 1795-1173

www.dritter-orden.de
info@dritter-orden.de



04

Den gemeinsamen Takt im Team halten

Selbstorganisation braucht klare Orientierung und gemeinsame Verantwortung



Ziele geben die Richtung (Was ist „gutes Zusammenspiel“?)



Rollen sichern den Ablauf (Wer macht was – heute?)



Rhythmus hält den Takt (kurz, regelmäßig, verlässlich)

Einfach formulierte Stationsziele geben dem Alltag Richtung und Klarheit

- Ziele müssen **kurz, alltagsnah** und **messbar genug** sein.
- Dazu beantworten wir drei Fragen:
 - Was** wollen wir erreichen?
 - Wozu** ist das wichtig?
 - Woran** merken wir es?

„Wir wollen ... damit ... und wir merken es daran, dass ...“

Stärken Sie Ihr Hörvermögen – Früh erkennen, schnell handeln

- Nur wer die „falschen Töne“ seiner Prozesse hört, kann Probleme eliminieren.
- *„Musiker trainieren ihr Intonationsvermögen kontinuierlich, um Abweichungen wahrzunehmen.“*
- Fokussieren Sie dabei auf einzelne Passagen, statt auf das gesamte Musikstück.



Gestalten Sie das beste Orchester, das sie sein können und trainieren Sie konstant die Intonation Ihrer MusikerInnen



Kontakt



Tessa Fleckenstein
tessa.fleckenstein@zeq.de

ZEQ AG
Am Victoria-Turm 2
68163 Mannheim

www.zeq.de



Franziska Gremm
franziska.gremm@zeq.de

ZEQ AG
Am Victoria-Turm 2
68163 Mannheim



Prof. Dr. Daniel Flemming
daniel.flemming@atacama-
blooms.de

apenio GmbH
Hildegard-von-Bingen-Str. 5
28359 Bremen



Martina Amerhauser
Martina.amerhauser@dritter-
orden.de

Klinikum Dritter Orden
Menzinger Str. 44
80638 München