

Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes unter Beachtung weiterer Berufsgruppen

- Bericht des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI)

Dr. Matthias Offermanns
unter Mitarbeit von
Prof. Dr. Karl Otto Bergmann (Kapitel 5)

Dr. Matthias Offermanns
Deutsches Krankenhausinstitut e.V.
Hansaallee 201
40549 Düsseldorf
Tel.: 0211 / 47 051-23
Fax: 0211 / 47 051-19
Email: matthias.offermanns@dki.de

Prof. Dr. Karl Otto Bergmann
Dr. Eick & Partner
Schützenstraße 10
59071 Hamm

Düsseldorf, im Mai 2010

Inhaltsverzeichnis

		<u>Seite</u>
1	Problemaufriss	5
2	Methodische Vorgehensweise	11
	2.1 Bestandsaufnahme	11
	2.2 Analyse und Bewertung der Übertragung pflegerischer Tätigkeiten	12
	2.3 Projektbegleitende Arbeitsgruppe	12
3	Literaturlauswertung	14
4	Ist-Analyse der delegationsfähigen Tätigkeiten	16
	4.1 Systematik der zu übertragenden Tätigkeiten	16
	4.2 Patientennahe stationsinterne Tätigkeiten	20
	4.2.1 Repräsentativerhebung zur Übertragung von Aufgaben des Pflegedienstes	20
	4.2.2 Beispiele für die Übertragung von Aufgaben des Pflegedienstes	60
	4.3 Patientenferne stationsinterne Tätigkeiten	69
	4.4 Patientennahe stationsübergreifende Tätigkeiten	84
	4.5 Patientenferne stationsübergreifende Tätigkeiten	91
	4.6 Übertragung von Tätigkeiten in Funktionsbereichen	96
5	Die juristische Problemstellung	103
	5.1 Aufgabenstellung	103
	5.1.1 Vorbemerkung	103
	5.1.2 Umfang der zu bewertenden Tätigkeiten	104
	5.2 Haftungsrechtliche Fragen	109
	5.2.1 Haftungsmaßstab	109

	5.2.1.1 Pflegestandard	109
	5.2.1.2 Pflegeleistungen	112
	5.2.1.3 Delegation pflegerischer Aufgaben	113
	5.2.2 Grenzen haftungsrechtlicher Bewertung	122
	5.2.3 Fazit	123
6	Rahmenbedingungen für die Übertragung von Tätigkeiten	125
	6.1 Schichtstärke	125
	6.2 Bauliche Struktur	128
	6.3 Patientenklientel	130
	6.4 Größe der Station/ Abteilung	131
	6.5 Nicht nur die Stellenpläne der Station/ Abteilung beachten	134
7	Vorgehensweise bei der Neuordnung von Tätigkeiten	136
	7.1 Einbindung der Mitarbeiter	136
	7.2 Von den einzelnen Tätigkeiten zu Aufgabenfeldern	140
	7.2.1 Nicht über einzelne Verrichtungen, sondern über Aufgabenfelder ist zu reden	140
	7.2.2 Inhaltliche Dimension	141
	7.2.3 Zeitliche Dimension	147
	7.2.4 Qualifikatorische Dimension	157
	7.2.5 Ökonomische Dimension	171
	7.3 Prozessanalyse	173
8	Organisatorische Aspekte	179
	8.1 Idealtypische Organisationsmodelle	179
	8.2 Dezentrale oder zentrale Lösungen	181
	8.3 Standardisierung	183
	8.4 Organisationsstruktur	185
9	Kaskadeneffekte	189
10	Handlungsleitende Empfehlungen	193

11	Ausblick	198
	Literaturverzeichnis	200
	Anhang	205

1 Problemaufriss

„Im Laufe der letzten Jahre ist deutlich geworden, dass sich die personelle Situation im Pflegedienst der Krankenhäuser ... immer mehr zuspitzt ... Unabhängig davon, ob das personelle Angebot gesteigert werden kann oder nicht, sind Überlegungen zur strukturellen Entlastung Pflegenden von großer Bedeutung.“¹

Was wie eine aktuelle Situationsbeschreibung des Pflegedienstes in den Krankenhäusern anmutet, ist dennoch eine Zustandsbeschreibung der Pflege von Anfang der 90er Jahre.

Die Situation im Pflegedienst der Krankenhäuser hat sich seit Mitte der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts wesentlich verändert. Seit 1995 wurden in den deutschen Krankenhäusern mehr als 50.000 Pflegestellen bzw. rund 15% des Pflegepersonals abgebaut. Gab es 1995 noch gut 350.000 Pflegevollkräfte, so waren es 2007 nur noch knapp 298.000. Im gleichen Zeitraum nahm die Zahl der stationären Fälle von 15,9 auf 17,2 Millionen Fälle zu (+ 8%). Hierbei verschob sich die Altersstruktur der stationär behandelten Patienten merklich auf die Altersgruppen ab 65 Jahren, die häufig durch Multimorbidität und chronische Erkrankungen gekennzeichnet sind. Die Zahl der Pfl egetage ging zwischen 1995 und 2007 um rd. 22% zurück. Insgesamt hat die Arbeitsverdichtung bzw. Arbeitsbelastung im Pflegedienst somit deutlich zugenommen.

Die Konsequenzen dieser Entwicklung für den Pflegedienst sind schon heute gravierend. Sie werden aber in Zukunft dramatisch sein, wenn es keine grundlegenden Änderungen gibt.

Alle Bevölkerungsprognosen gehen von einer sinkenden Gesamtbevölkerung mit einem steigenden Anteil der alten Bevölkerung aus. Das hat auch Auswirkungen auf die Krankenhäuser. Das Statistische Bundesamt geht in seinen Modellrechnungen davon aus, dass die Zahl der stationären Behandlungsfälle trotz sinkender Einwohnerzahlen bis zum Jahr 2030 weiterhin steigen könnte.² Grund hierfür ist die höhere stationäre Behandlungsbedürftigkeit von älteren Menschen.

¹ Bartholomeyczik, Sabine/ Donath, Elke u.a.: Strukturverbesserung in der Krankenpflege durch den Einsatz von StationsassistentInnen, Eschborn 1993, S.7.

² Statistisches Bundesamt: Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, Wiesbaden 2008, S.11 ff.

Vergleichbare Berechnungen hat das Statistische Landesamt Baden-Württemberg schon im Jahr 2006 vorgenommen. Es kam zu dem Schluss, dass das Pflegetagevolumen stärker als das Fallzahlvolumen steigen könnte.³

Die Bevölkerungs- und Fallzahl-/ Pflegetageprognosen gehen somit von einem stärkeren Bedarf an Krankenhausbehandlung als heute aus. Diesem nachfrageseitigen Bedarf stehen die Kapazitäten im Krankenhausbereich entgegen.

Wie schon erwähnt, wurden in den letzten 15 Jahren Stellen im Pflegebereich abgebaut. „Der Abbau der Stellen ist vor allen Dingen bei den jüngeren Mitarbeitern, insbesondere auch durch weniger Übernahmen von Ausbildungsabsolventen, umgesetzt worden. Dadurch altert die Krankenhauspflege statistisch gesehen schneller als die Altenpflege und die Gesamtbevölkerung. 2008 waren in der Gesundheits- und Krankenpflege 50.000 weniger Beschäftigte in der Altersgruppe der unter 35-Jährigen zu verzeichnen als im Jahr 2000, was einem Minus von mehr als 15% entspricht. Der Bestand an Mitarbeitern, die in der Gruppe der über 50-Jährigen sind, hat sich im gleichen Zeitraum dabei fast auf 171.000 verdoppelt.“⁴ Nicht nur die Bevölkerung altert, sondern auch das Personal des Krankenhauses. Das hat nicht nur Auswirkungen auf den Ersatzbedarf in der Zukunft, sondern auch auf die Arbeitsfähigkeit der Pflegekräfte in der Gegenwart.

Aufgrund der Alterung der Pflegekräfte ist mit einem stärkeren Ersatzbedarf zu rechnen. Allerdings sank die Zahl der Ausbildungsstellen im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege zwischen 1995 und 2008 von 75.423 auf 67.040. Unter der Voraussetzung, dass sich die Anzahl der Ausbildungsstellen nicht erhöhen wird, wird die Zahl der examinierten Pflegekräfte nicht gehalten werden können. Der Ersatzbedarf aufgrund der aus dem Beruf austretenden Pflegekräfte kann durch Berufsanfänger nicht gedeckt werden. Der sich aufgrund der demografischen Entwicklung ergebende zusätzliche Bedarf kann ebenfalls nicht gedeckt werden.

Hinzu kommt, dass Prognosen zur Entwicklung der Arztzahlen von einer hohen Anzahl von ausscheidenden, aber nur von einer vergleichsweise geringen Zahl an eintretenden Ärzten ausgehen. Sofern die derzeit vorliegenden Bedingungen nicht verändert werden, käme es zu einer verstärkten Arbeitsverdichtung der Krankenhausärzte, die nicht nur Auswirkungen auf

³ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Einfluss der demografischen Entwicklung auf die Pflege und Krankenhausversorgung, Stuttgart 2006, S. 21ff.

⁴ Isfort, M./ Weidner, F. u.a.: Pflege-Thermometer 2009, Köln 2010, S. 6.

die Attraktivität des Arztberufes, sondern vor allem auch auf die Qualität der stationären Patientenversorgung haben würde. Auch die Umsetzung des geänderten Arbeitszeitgesetzes führt zu einem steigenden Bedarf an Ärzten. Demzufolge werden die Krankenhäuser künftig noch stärker gezwungen sein, Ärzte so effizient wie möglich einzusetzen, z. B. durch eine Änderung der Aufgabenzuordnungen zwischen verschiedenen Berufsgruppen im Krankenhaus. Ausführlich wurde in der DKI-Studie „Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes“ eine solche Verlagerung ärztlicher Tätigkeiten an Pflegekräfte thematisiert. Die Praxis in den Krankenhäusern belegt schon heute, dass der Pflegedienst hier weitere Aufgaben erhält.

Insgesamt zeigt sich, dass der Pflegedienst an seiner Belastungsgrenze angelangt ist. Ohne grundlegende Veränderungen können nur schwerlich weitere Aufgaben übertragen werden.

Der im April 2009 durchgeführte „Zweite Pflegegipfel“ im Bundesministerium für Gesundheit hat wesentliche Probleme erkannt und benannt. Neben einem Pflegestellen-Förderprogramm, welches 17.000 zusätzliche Pflegestellen finanzieren soll, war die Erhöhung der Attraktivität der Pflegeberufe ein Kernthema.

Eine der Handlungsempfehlungen des Pflegegipfels lautete daher: „Für eine gute Patientenbetreuung ist eine verbesserte Zusammenarbeit der Berufsgruppen im Krankenhaus im Sinne eines kollegialen Miteinanders unverzichtbar. Neben der Ausschöpfung von Möglichkeiten der Delegation soll die Entwicklung und Erprobung sinnvoller neuer Arbeitsteilungen durch die Neuordnung von Aufgaben gestärkt werden.“⁵

Die DKI-Studie „Pflegefremde und patientenferne Tätigkeiten im Pflegedienst der Krankenhäuser“ hat bereits 2003 gezeigt, dass es in der Pflege ein nicht unerhebliches Delegationspotenzial gibt. Allein auf die Bereiche Dokumentation und Administration, Logistik und Beschaffung, Patientenbegleit-, Hol- und Bringendienste entfielen damals 20% der pflegerischen Arbeitszeit.

Ein wichtiges Ergebnis der Studie „Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes“ war die Beachtung von so genannten Kaskadeneffekten. Aus den zusätzlichen Belastungen der Pflege über eine zunehmende Übertragung bislang ärztlicher Tätigkeiten, aber auch aus der erfolgten Arbeitsverdichtung leitet sich die Notwendigkeit einer Delegation von bisher durch

⁵ Zweiter Pflegegipfel im Bundesministerium für Gesundheit: Handlungsempfehlungen zur Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe und zur Erhöhung ihrer Perspektiven im Krankenhaus, Berlin 2009.

den Pflegedienst ausgeführten Tätigkeiten an andere Berufsgruppen ab. Dies macht es auch erforderlich, die schon vorliegende Studie zur „Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes“ mit der hier vorgeschlagenen Studie zur „Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes“ inhaltlich zu verknüpfen.

Vor diesem Hintergrund hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft das Deutsche Krankenhausinstitut mit der Durchführung einer Studie zur „Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes unter Beachtung weiterer Berufsgruppen“ beauftragt.

Wesentliches Ziel dieser Studie soll u.a. das Aufzeigen von Entlastungspotentialen im Pflegebereich sein. Die Ergebnisse der schon erwähnten DKI-Studien zu „Pflegefremde und patientenferne Tätigkeiten im Pflegedienst der Krankenhäuser“ und zur „Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes“ werden berücksichtigt.

Ein Schwerpunkt der vorliegenden Studie liegt in der Ist-Analyse der delegationsfähigen Tätigkeiten und hier vor allem auf patientennahe stationsinterne Tätigkeiten.

Im Rahmen einer empirischen Erhebung wurden Pflegedienstleitungen nach delegationsfähigen Tätigkeiten vor allem im „grundpflegerischen“ Bereich befragt. Gerade in diesem Bereich besteht ein Mangel an wissenschaftlich tragbaren Aussagen. In der analysierten Literatur herrscht Einigkeit darüber, dass patientenferne stationsinterne Tätigkeiten wie Beschaffung und Logistik oder patientennahe stationsübergreifende Tätigkeiten wie der Patientenbegleitsdienst durchaus auf anders qualifizierte Kräfte übertragen werden kann. Wie sieht es aber mit der den patientennahen stationsinternen Tätigkeiten aus? Hierzu gibt es kaum Aussagen, und schon gar keine, die repräsentativ für die deutschen Krankenhäuser sind. Um diesem Mangel abzuwehren, wurde eine repräsentative Befragung bei denjenigen durchgeführt, die den Einsatz des Pflegepersonals zu verantworten haben, den Pflegedienstleitungen.

Auch wenn die Pflegedienstleitungen jeweils nur nach einzelnen übertragbaren Verrichtungen gefragt wurden, geht es bei der Übertragung von Aufgaben des Pflegedienstes keineswegs lediglich nur um eine veränderte Aufgabenzuordnung von *einzelnen* Tätigkeiten. Eine solche Vorgehensweise geht von einem zu vereinfachten Bild der Pflegetätigkeit aus und würde viel zu kurz greifen.

Die Ermittlung von einzelnen delegationsfähigen Tätigkeiten stellt nur den Ausgangs- und nicht den Endpunkt für die weitere Untersuchung dar. Natürlich ist es wichtig zu wissen, was

an anders qualifizierte Mitarbeiter übertragen werden kann. Dieses Wissen allein hilft aber nicht viel, wenn man nicht die Rahmenbedingungen, die Prozesse und die daraus folgenden organisatorischen Aspekte beachtet.

Es wird nur ganz wenige einzelne Tätigkeiten geben, die inhaltlich, zeitlich und auch ökonomisch ausreichend umfangreich sind, um sie an anders qualifizierte Kräfte zu delegieren. Für die meisten einzelnen Verrichtungen dürfte gelten, dass sie mit anderen Tätigkeiten zu einem Aufgabenfeld kombiniert werden. Letztlich geht es darum, sinnvolle Kombinationen zu schaffen. Unter welchen Bedingungen eine sinnvolle Kombination geschaffen werden kann, wird eingehend diskutiert.⁶

Aber unabhängig davon, ob einzelne Verrichtungen oder Aufgabenfelder übertragen werden, stellt der Dreh- und Angelpunkt die Optimierung der Prozesse dar. Einen schlecht strukturierten Prozess von den Pflegekräften auf anders qualifizierte Mitarbeiter zu übertragen, ist nicht sinnvoll. Letztlich geht es bei der Übertragung von Aufgaben des Pflegedienstes immer um eine Veränderung von Prozessen. Wer nur Tätigkeiten übertragen will, ohne Prozesse zu verändern, wird scheitern.

Zur Änderung der Prozesse gehört auch die Gestaltung der Aufbauorganisation. Mit dieser Frage steht und fällt die Übertragung von Aufgaben des Pflegedienstes. Es wird sich zeigen, dass die organisatorische Verantwortung für den Einsatz der anders qualifizierten Kräfte bei den Verantwortlichen für das Pflegemanagement liegen muss. Dies ist unabhängig davon, ob es sich um patientennahe oder patientennahe Tätigkeiten handelt. Es ist gleichfalls unabhängig davon ob stationsinterne oder stationsübergreifende Tätigkeiten betroffen sind.

Wer über die Übertragung von Aufgaben des Pflegedienstes nachdenkt, muss sich auch darüber Gedanken machen, wie die examinierten Pflegekräfte in Zukunft arbeiten sollen. Die ohne Zweifel großen fachlichen Kompetenzen werden durch eine Entlastung von Tätigkeiten stärker zur Geltung kommen können (oder müssen?). Dazu werden aber auch stärker als bislang organisatorische Kompetenzen hinzukommen. Es wird zu einer Zunahme der Führungskompetenzen kommen. Die bislang schon vorhandene Führungsverantwortung für Schüler, Zivildienstleistende und Praktikanten wird sich auch auf anders qualifizierte Mitarbeiter erstrecken.

⁶ Vgl. Kap. 7.2.

Die Veränderung von Prozessen und Organisationen haben aber nicht nur Auswirkungen auf den Pflegedienst, sondern auf viele andere Berufsgruppen im Krankenhaus. An die schon erwähnten sei nur erinnert. Hinzu kommen aber noch Veränderungen in den Kompetenzen und Aufgabenverteilungen. Die Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes stellt nicht nur ein Binnenproblem der Pflege dar. Sie wird, sofern sie ernsthaft und nicht nur als kurzfristige ökonomische Maßnahme angelegt ist, Veränderungsprozesse auslösen, die das Krankenhaus verändern werden.

Kurzum, zwar wird hier in der Studie die einzelne Verrichtung als Ausgangspunkt genommen, aber es wird auf die Veränderung der Prozesse und der Organisation abgezielt, ohne die eine Übertragung nicht stattfinden kann.

2 Methodische Vorgehensweise

Die Studie sieht einen zweigeteilten Aufbau vor. Im Rahmen einer Ist-Analyse erfolgt eine Bestandsaufnahme der übertragbaren Tätigkeiten und Verrichtungen. Daran schließt sich eine Analyse der Bedingungen an, unter denen eine Übertragung der Aufgaben des Pflegedienstes folgen kann.

2.1 Bestandsaufnahme

Die Bestandsaufnahme erfolgt durch zwei unterschiedliche methodische Verfahren.

Literaturanalyse

Zielsetzung der Literaturanalyse ist eine systematische Sichtung der Vorschläge, Modellversuche und Beispiele zur Neuordnung pflegerischer Tätigkeiten im Krankenhaus durch eine computergestützte Recherche, die eine klar definierte und mit der Projektbegleitenden Arbeitsgruppe abgestimmten Suchstrategie zum Inhalt hat. Hierzu werden Ein- und Ausschlusskriterien definiert und dargestellt. Hierbei gilt es, sofern vorhanden, systematische Literaturanalysen, Metaanalysen und Einzelfallstudien ausfindig zu machen.

Repräsentative Krankenhauserhebung

Zur Datenerhebung wurde eine bundesweite, repräsentative postalische Befragung von 900 Pflegedienstleitungen in Krankenhäusern durchgeführt.

Es wurden – getrennt nach Fachabteilungen - Tätigkeiten ermittelt, die auf geringe qualifizierte Kräfte delegiert wurden oder werden können.

Aus den Ergebnissen der Erhebung lassen sich patientennahe Tätigkeiten identifizieren, die von examinierten Pflegekräften an andere Berufsgruppen übertragen werden können.

Zusätzlich zu den aus der Erhebung bekannten Tätigkeiten liegen Informationen aus der DKI-Studie „Pflegefremde und patientenferne Tätigkeiten im Pflegedienst der Krankenhäuser“ vor. Hier wurden für die Innere Medizin und die Chirurgie die delegationsfähigen Tätigkeiten aus den Bereichen „Dokumentation und Administration“, „Patientenbegleitedienste“, „Hol- und Bringendienste“, „Beschaffung und Logistik“ sowie „Reinigungsdienste“ schon ermittelt.

2.2 Analyse und Bewertung der Übertragung pflegerischer Tätigkeiten

In der zweiten Stufe des Forschungsvorhabens geht es um eine Analyse und Bewertung der zur Delegation geeigneten Tätigkeiten.

Hierzu war vorgesehen:

1. Workshops
2. Juristische Expertise

Workshops

Im Sinne von differenzierten und praxisnahen Problemanalysen erscheinen detaillierte Expertenbefragungen im Rahmen von Workshops sinnvoll und erforderlich.

Die Expertenbefragungen dienen dazu, die Ergebnisse aus den Literaturanalysen und der repräsentativen Krankenhauserhebung zu ergänzen und zu vertiefen.

Im Städtischen Klinikum Karlsruhe wurden im August 2009 zwei Workshops zur Inneren Medizin bzw. Chirurgie mit Pflegeexperten aus mehreren Krankenhäusern durchgeführt.

Juristische Expertise

In diesen Methodenansatz fügt sich die juristische Expertise ein. Insbesondere haftungsrechtliche, aber auch arbeitsrechtliche Aspekte der Übertragung von Tätigkeiten des Pflegedienstes werden hier behandelt.

Bei den haftungsrechtlichen Fragestellungen geht es nicht um die Problematik der Ausführung von bisher ärztlichen Tätigkeiten. Vielmehr soll hier unter juristischen Aspekten diskutiert werden, inwieweit bislang von Pflegefachpersonal ausgeführte Tätigkeiten an anders qualifizierte Berufsgruppen im Krankenhaus delegiert werden können. Relevant ist z.B. die Haftung bei verursachten Pflegefehlern durch anders qualifiziertes Personal.

Mit der Erstellung eines juristischen Gutachtens wurde Prof. Dr. Karl Otto Bergmann beauftragt.

2.3 Projektbegleitende Arbeitsgruppe

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft als Auftraggeber hat eine Projektbegleitende Arbeitsgruppe eingerichtet, die diese Studie inhaltlich begleitet hat.

Mitglieder der Projektbegleitenden Arbeitsgruppe waren vorwiegend Pflegedienstleitungen und Pflegeexperten, aber auch Ärzte, Führungspersonal aus Krankenhäusern sowie Vertreter von Krankenhausgesellschaften.

Die Projektbegleitende Arbeitsgruppe hat in mehreren Sitzungen die Konzeption sowie die Vorgehensweise bei dieser Studie maßgeblich beeinflusst.

3 Literaturlauswertung

Im Rahmen der Literaturlauswertung wurde eine zweigeteilte Strategie verfolgt. Zum einen erfolgte eine computergestützte Recherche, zum anderen erfolgte eine systematische Handsuche in ausgewählten Zeitschriften.

Die computergestützte Recherche erfolgte über das DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) in MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online). Die Recherche umfasste den Zeitraum von 1995 bis 2009, wobei der Schwerpunkt auf den Jahren 2000 bis 2009 lag.

Als Einschlusskriterien wurden neben dem Zeitraum folgende Kriterien verwendet:

- Sprache: deutsch
- Altersgruppen: alle
- Allgemeine Konzepte: Mensch
- Dokumententyp: systematische Literaturlanalysen, Metaanalysen, Zeitschriftenartikel, Kommentare, Editorials und Fallstudien
- Suchwörter: Delegation, Übertragung von Tätigkeiten, Neuordnung von Tätigkeiten, pflegefremd, pflegefern, Aufgabenverteilung

Durch die computergestützte Literaturlanalyse konnte allerdings nur vorwiegend Literatur ermittelt werden, die die Delegation von Tätigkeiten des Ärztlichen auf den Pflegedienst zum Inhalt hatte.

Die systematische Handsuche wurde bei den nachfolgend aufgeführten Zeitschriften durchgeführt.

- Das Krankenhaus
- Deutsches Ärzteblatt
- Die Schwester/ Der Pfleger
- Endo-Praxis
- Endoskopie heute

- Führen und Wirtschaften im Krankenhaus
- Heilberufe
- Krankenhaus Umschau
- Pflege Aktuell
- Pflege und Gesellschaft
- Pflegezeitschrift

Ergänzend erfolgte eine Zeitschriftenrecherche bei den Fachbuch- und Fachzeitschriftenverlagen Thieme und Springer, die eine Datenbankrecherche ihrer Zeitschriften ermöglichen.

Schließlich wurden die Internetseiten der relevanten Verbände zur Thematik von Neuordnung und Aufgabenverteilung der Berufsgruppen gesichtet.

4 Ist-Analyse der delegationsfähigen Tätigkeiten

4.1 Systematik der zu übertragenden Tätigkeiten

Im Rahmen der Ist-Analyse geht es darum, Tätigkeiten zu ermitteln, die schon vom Pflegedienst auf andere Berufsgruppen übertragen worden sind oder ggf. übertragen werden könnten.

Um die Analyse zu systematisieren, wird anhand der Begriffspaare „patientennah/ patientenfern“ und „stationsintern/ stationsübergreifend“ eine Darstellung der verschiedenen Möglichkeiten zur Übertragung von Tätigkeiten vorgenommen.

Der Begriff „patientenfern“ bezeichnet sämtliche Tätigkeiten, die nicht die Anwesenheit oder die Teilnahme des Patienten, seine Information oder die Kommunikation mit ihm voraussetzen oder implizieren.⁷ Im Umkehrschluss liegt immer dann, wenn die Anwesenheit des Patienten zwingend erforderlich ist, mit ihm kommuniziert wird oder Informationen von ihm eingeholt werden, eine „patientennahe“ Tätigkeit vor.

Patientennahe Tätigkeiten können sowohl auf der Station bzw. in der Abteilung erfolgen als auch in anderen Bereichen des Krankenhauses. Die notwendige Beteiligung des Patienten in der oben genannten Art und Weise ist ein hinreichendes Kriterium für die Qualifizierung einer Tätigkeit als patientennah. Aus organisatorischer Sicht macht es aber sehr wohl einen Unterschied, wo eine patientennahe bzw. patientenferne Tätigkeit stattfindet. Aus diesem Grunde ist ein zweites Begriffspaar erforderlich, nämlich das Begriffspaar „stationsintern/ stationsübergreifend“.

Die Aufbauorganisation der Krankenhäuser unterteilt das Krankenhaus traditionell in organisatorisch abgegrenzte bettenführende Fachabteilungen und, tiefer gehend, Stationen. Im Rahmen dieser Studie soll auf die kleinste Einheit, nämlich die Station, Bezug genommen werden, da i.d.R. die Pflege sich ebenfalls auf Stationsebene organisiert.

Von den bettenführenden Fachabteilungen mit ihren Stationen sind zu unterscheiden

- einerseits die so genannten nicht bettenführenden Fachabteilungen, die besondere therapeutische oder diagnostische Leistungen anbieten. Hierzu zählen beispielsweise der

⁷ Vgl. Blum, Karl: Pflegefremde und patientenferne Tätigkeiten im Pflegedienst der Krankenhäuser – Bestandsaufnahme und Verbesserungsvorschläge -, Düsseldorf 2003, S.9.

OP-Bereich oder das Labor. Da sie allen bettenführenden Fachabteilungen zur Verfügung stehen und auch von ihnen in Anspruch genommen werden, sollen sie hier als stationsübergreifende Einrichtung definiert werden.

- andererseits die nicht medizinisch-pflegerischen Einrichtungen des Krankenhauses, die einen direkten Bezug zur bettenführenden Fachabteilung haben. Hierunter sind unter anderem diejenigen Teile des Wirtschafts- und Versorgungsdienstes zu verstehen, die für die Logistik, die Entsorgung oder den Patientenbegleitedienst verantwortlich sind. Auch diese Bereiche werden hier zu den stationsübergreifenden Einrichtungen gezählt.

Die nachfolgende Tabelle gibt eine Übersicht über die Kombination der beiden Begriffspaare. Zur Veranschaulichung wurden einige Beispiele für die mögliche Übertragung von Tätigkeiten in die Tabelle eingefügt, die die Begriffspaare erläutern helfen.

	Stationsintern	Stationsübergreifend
Patientennah	z.B. Pflegetätigkeiten	z.B. Patientenbegleitedienst
Patientenfern	z.B. Stationssekretärin	z.B. Hol- und Bringedienst

Tab. 1: Übersicht über zu übertragende Tätigkeiten

Für eine mögliche Entlastung des Pflegedienstes ist diese Unterscheidung ein erster Ansatzpunkt, bietet sie doch Gelegenheit, darüber nachzudenken, wo und welche Tätigkeiten ggf. übertragen werden können.

Anhand dieser Unterscheidung bewegt sich im Folgenden auch die Ist-Analyse der übertragbaren Tätigkeiten. Die nachfolgenden Abschnitte sind damit:

- **Patientennahe stationsinterne Tätigkeiten**
Hier wird es um die Tätigkeiten der Pflege gehen, die auf Station in der direkten Interaktion mit dem Patienten erfolgen.
- **Patientenferne stationsinterne Tätigkeiten**
Die stationsinterne Organisation, die i.d.R. weitgehend ohne einen direkten Patientenkontakt stattfinden kann, liegt hier im Fokus der Betrachtung.

- Patientennahe stationsübergreifende Tätigkeiten

Immer dann, wenn der Patient über die Stationsgrenze hinaus Leistungen, seien es medizinische oder pflegerische, in Anspruch nimmt, die seine persönliche Anwesenheit erforderlich machen, liegen entsprechende Tätigkeiten vor.

- Patientenferne stationsübergreifende Tätigkeiten

Die Aufgaben, die für das Funktionieren der Station erforderlich sind und die einen Kontakt zu anderen Bereichen des Krankenhauses erforderlich machen, zählen zu den stationsübergreifenden Tätigkeiten. Sofern zur Erfüllung dieser Aufgaben kein direkter Patientenbezug notwendig ist, handelt es sich um patientenferne stationsübergreifende Tätigkeiten.

In der Praxis sind die Aufgaben der eingesetzten Mitarbeiter aber nicht immer trennscharf. Es kommen Stellenbeschreibungen in Form von Aufgabenfeldern zustande, die durchaus patientennahe und patientenferne oder stationsinterne und stationsübergreifende Tätigkeiten kombinieren. Im Rahmen der Ist-Analyse sollen aber zunächst die Tätigkeiten und nicht das Aufgabenfeld im Fokus stehen. Über die Probleme im Zusammenhang mit sinnvollen Kombinationen von Tätigkeiten wird später diskutiert.⁸

Bewusst wurde hier der Begriff „pflegefremd“ vermieden. „Unter *pflegefremden Tätigkeiten* werden in der Regel die Tätigkeiten subsumiert, die nicht in den Kernbereich pflegerischen Handelns gehören. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es sich hierbei nicht um einen eindeutig definierten Bereich handelt bzw. dieser unterschiedlich von den Pflegenden definiert wird.“⁹ Hinzu kommt, dass sich die Auffassungen darüber, was zum Kernbereich pflegerischen Handelns zählt, im Zeitablauf wandeln.

Da diese begriffliche Unschärfe die Ist-Analyse erschweren würde, wurde auf die Verwendung der Begrifflichkeit „pflegefremde Tätigkeit“ verzichtet.

Dem ungeachtet werden natürlich auch Tätigkeiten betrachtet, die gemeinhin unter diesen Begriff gefasst werden. Anhand von drei Zitaten kann dies verdeutlicht werden:

- „Konkret werden im Rahmen der vorliegenden Studie die folgenden Bereiche als pflegefremd und/oder patientennah berücksichtigt:

⁸ Vgl. Kap. 7.2.

⁹ Simon, M./ Tackenberg, P. u.a.: Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland, www.next.uni-wuppertal.de, Wuppertal 2005, S.41.

- Dokumentation und Administration
 - Patientenbegleitedienste
 - Hol- und Bringendienste
 - Beschaffung und Logistik
 - Reinigungsdienste.“¹⁰
- „So werden insbesondere administrative (z.B. Bestellwesen, Leistungsangebotsanforderung) oder auch patientenferne Tätigkeiten (z.B. Hol- und Bringendienste etc.) häufig als pflegefremde Tätigkeiten verstanden.“¹¹
 - „Auf die Frage, in welchen Anteilen Tätigkeiten durchgeführt werden, die nicht in das berufliche Aufgabengebiet gehören, wie Essenswagen schieben oder Hol- und Bringendienste, gibt eine Mehrheit der Teilnehmer (50,2%) an, hierzu zu einem Fünftel der täglichen Arbeitszeit herangezogen zu werden. Und weitere 37,6% geben an, zu mehr als 20% zu solchen Tätigkeiten herangezogen zu werden. Das sind 87,8%, eine Ressourcenverschwendung ohnegleichen. Dieses Problem wird verschärft im Krankenhaus berichtet: 51,7% führen solche Tätigkeiten zu einem Fünftel aus, aber 41,0% berichten, dies zu mehr als einem Fünftel zu tun.“¹²

Die hier als pflegefern bezeichneten Tätigkeiten werden im Rahmen der hier vorliegenden Studie sowohl bei den patientennahen als auch bei patientenfernen Tätigkeiten behandelt.

Es sei an dieser Stelle noch einmal daran erinnert, dass die Betrachtung von einzelnen Verrichtungen lediglich den ersten Ansatzpunkt darstellt. Damit ist die Thematik „Übertragung von Aufgaben des Pflegedienstes auf andere Berufsgruppen“ selbstverständlich keineswegs erschöpft. Ganz im Gegenteil. Eine reine und ausschließliche Betrachtung von einzelnen Aufgaben, die möglicherweise zu übertragen sind, würde viel zu kurz greifen. Eine Übertragung der potentiell übertragbaren Tätigkeiten auf anders qualifizierte Berufsgruppen kann nur und ausschließlich unter Beachtung der sie auslösenden Prozessänderungen und mit ihnen einhergehenden Veränderungen der Aufbauorganisation sinnvoll sein.

¹⁰ Blum, Karl: Pflegefremde und patientenferne Tätigkeiten ..., a.a.O., S.9.

¹¹ Simon, M./ Tackenberg, P. u.a.: Auswertung der ersten Befragung ..., a.a.O., S.41.

¹² Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe: Wie sieht es im Pflegealltag wirklich aus? – Fakten zum Pflegekollaps, Berlin 2009, S.12.

4.2 Patientennahe stationsinterne Tätigkeiten

Bei den patientennahen stationsinternen Tätigkeiten handelt es sich um diejenigen Tätigkeiten, die auf der Stationsebene nur in der direkten Interaktion mit dem Patienten ausgeübt werden können.

Die patientennahen stationsinternen Tätigkeiten stehen derzeit eher nicht im Fokus der Übertragung von Tätigkeiten von Pflegekräften an andere Berufsgruppen. In der Vergangenheit hatte man mit der Berufsgruppe der KrankenpflegehelferInnen ein Modell, in dem patientennahe Tätigkeiten auch von einer anders qualifizierten Berufsgruppe ausgeübt worden sind. Zwar werden die Krankenpflegehelfer noch in rd. 79% der Krankenhäuser eingesetzt, aber es handelt sich nur noch um eine kleine Gruppe. Ihr Anteil am Personal des Pflegedienstes (nach Köpfen) liegt bei 4,5%

	Personal in Köpfen		teilzeit-/geringfügig beschäftigt	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	317.619	80,8%	142.420	44,8%
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen	37.789	9,6%	20.348	53,8%
3jährig examinierte Pflegekräfte	355.408	90,5%	162.768	45,8%
Krankenpflegehelfer/-innen	17.538	4,5%	9.065	51,7%
Sonstige Pflegepersonen (ohne/mit staatlicher Prüfung)	19.950	5,1%	11.479	57,5%
sonstige Pflegekräfte	37.488	9,5%	20.544	54,8%
Pflegedienst insgesamt	392.896	100,0%	183.312	46,7%

Quelle: Statistisches Bundesamt: Grunddaten der Krankenhäuser 2007, Fachserie 12, Reihe 6.1, Wiesbaden 2008 und eigene Berechnungen

Tab. 2: Pflegedienst im Jahr 2007 in allen Krankenhäusern

Der Anteil der sonstigen Pflegepersonen übersteigt mit 5,1% den Anteil der Krankenpflegehilfepersonen. Die Quote der examinierten Pflegekräfte am Pflegedienst liegt im Durchschnitt über alle Krankenhäuser bei 90,5%.

Im Folgenden soll nicht das Modell der „Krankenpflegehilfe“ diskutiert werden. Statt dessen soll zum einen dargestellt werden, welche einzelnen Tätigkeiten und Verrichtungen aus dem Bereich der Grundpflege von Pflegedienstleitungen als übertragbar angesehen werden, zum anderen sollen zwei Praxisbeispiele für eine Übertragung von Tätigkeiten vorgestellt werden.

4.2.1 Repräsentativerhebung zur Übertragung von Aufgaben des Pflegedienstes

Stichprobenplan, Durchführung der Erhebung und Rücklauf

Zwischen April und Juli 2009 führte das Deutsche Krankenhausinstitut eine schriftliche Befragung zur „Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes“ durch.

Bei dieser Befragung wurde differenziert zwischen verschiedenen Fachabteilungen. Es wurden vier verschiedene Erhebungsbogen mit teilweise unterschiedlichen Inhalten konzipiert und mit den Mitgliedern der Projektbegleitenden Arbeitsgruppe konsentiert.

Es wurden – getrennt nach Innerer Medizin, Allgemeinchirurgie, Kinderheilkunde, Allgemeinpsychiatrie - Tätigkeiten ermittelt, die auf anders qualifiziertes Personal delegiert wurden oder werden können. Diese einzelnen Tätigkeiten wurden unterteilt in folgende Kategorien:

- Körperpflege
- Ernährung
- Ausscheidung
- Bewegung und Lagerung
- Weitere Tätigkeiten vom Check-in bis Check-out des Patienten

Zwischen 12 und 21 einzelne Tätigkeiten und Verrichtungen wurden hier jeweils aufgeführt.

Für die Kinderheilkunde und die Allgemeinpsychiatrie wurde darüber hinaus noch der Gliederungspunkt „Zusätzliche Tätigkeiten“ mit 8 bzw. 21 fachabteilungsspezifischen Fragen aufgenommen.

Es wurde jeweils gefragt, ob die aufgeführten Tätigkeiten delegiert werden können. Als Antwortalternativen standen zur Verfügung

- Nein
- Ja, ohne Vorkenntnisse
- Ja, ohne Vorkenntnisse, aber mit Einweisung,
- Ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung

Während die beiden ersten Antwortalternativen eindeutig definiert sind, können unter den letzten beiden Alternativen unterschiedliche Qualifikationsniveaus verstanden werden.

Die für die Durchführung der aufgeführten Tätigkeiten und Verrichtungen benötigten Qualifikationen müssen aber jeweils vor Ort in den einzelnen Krankenhäusern definiert

werden, so dass eine pauschalierte Vorgabe nicht Ziel führend sein konnte. Das gilt es bei der Interpretation der Ergebnisse zu beachten.

Adressat der Erhebungsbogen waren die Pflegedienstleitungen.

Für die Stichprobenplanung waren folgende Ausgangsbedingungen bestimmend:

1. Um den Rücklauf zu optimieren, sollten die Pflegedienstleitungen durch die Erhebungsbogen nicht unnötig belastet werden. Daraus resultierte die Forderung, dass – mit Ausnahme der großen Krankenhäuser – jede Pflegedienstleitung nur einen Erhebungsbogen erhalten sollte, unabhängig davon, ob das betreffende Krankenhaus auch mehrere der einbezogenen Fachabteilungen vorhält.
2. Für die Fachabteilung „Kinderheilkunde“ sollten auch Angaben aus den großen Krankenhäusern vorliegen. Daher wurde bei den Krankenhäusern ab 600 Betten eine Präferenz für den Erhebungsbogen „Kinderheilkunde“ formuliert: Immer dann, wenn eines dieser Krankenhäuser eine entsprechende Fachabteilung vorhält, wurde ein zweiter Erhebungsbogen („Allgemeinchirurgie“ oder „Innere Medizin“) per Zufallsauswahl zugeordnet.

Nur dann, wenn keine „Kinderheilkunde“ vorgehalten wurde, erhielten die Krankenhäuser ab 600 Betten je einen Bogen für die Fachabteilungen „Allgemeinchirurgie“ und „Innere Medizin“.

3. Der Erhebungsbogen für die Fachabteilung „Allgemeine Psychiatrie“ sollte nur von Pflegedienstleitungen in Krankenhäusern mit ausschließlich psychiatrischen bzw. ausschließlich psychiatrischen und neurologischen Betten ausgefüllt werden.
4. Es wurde eine nach Größenklassen geschichtete disproportionale Stichprobe gezogen. Bei den Krankenhäusern ab 600 Betten wurde eine Vollerhebung durchgeführt.

Insgesamt wurden 929 Pflegedienstleitungen angeschrieben. Da die großen Krankenhäuser ab 600 Betten je zwei Erhebungsbogen erhielten, wurden insgesamt 1.065 Bogen versandt. Scheidet man die neutralen Ausfälle (Fachabteilung liegt nicht vor oder Adresse fehlerhaft) aus, so lag die Zahl der einbezogenen Krankenhäuser bei 921 bzw. bei 1.057 Erhebungsbogen.

Die nachfolgende Tabelle fasst die Anzahl der versandten Erhebungsbogen zusammen.

	Anzahl brutto	Neutrale Ausfälle	Anzahl netto
einbezogene Krankenhäuser	929	8	921
versandte Bogen	1.065	8	1.057
Krankenhäuser mit 2 Bogen	136	0	136

Tab. 3: Anzahl der versandten Erhebungsbogen

Die an die Pflegedienstleitungen der Krankenhäuser verschickten Erhebungsbogen bezogen sich auf die o.g. vier verschiedenen Fachabteilungen. Aus der nachfolgenden Tabelle geht die Verteilung nach Fachabteilungen hervor:

	Anzahl brutto	Neutrale Ausfälle	Anzahl netto
Kinderheilkunde	293	2	291
Innere Medizin	282	2	280
Chirurgie	282	0	282
Psychiatrie	208	4	204
Insgesamt	1.065	8	1.057

Tab. 4: Anzahl der versandten Erhebungsbogen nach Fachabteilungen

Bis Ende Juli 2009 beteiligten sich insgesamt 421 Krankenhäuser mit 477 Erhebungsbogen an der Erhebung. Das entspricht einer Rücklaufquote von 45,7% der Krankenhäuser bzw. 45,1% der Erhebungsbogen.

Der Rücklauf unterschied sich allerdings sehr deutlich, wenn man zwischen somatischen und psychiatrischen Krankenhäusern differenziert bzw. die vier einbezogenen Fachabteilungen näher betrachtet.

	Anzahl netto	Rücklauf	Quoten
Alle Krankenhäuser			
Anzahl einbezogener Krankenhäuser	921	421	45,7%
versandte Bogen	1.057	477	45,1%
Somatische Krankenhäuser			
Anzahl einbezogener Krankenhäuser	717	374	52,2%
versandte Bogen	853	430	50,4%
Psychiatrische Krankenhäuser			
Anzahl einbezogener Krankenhäuser	204	47	23,0%
versandte Bogen	204	47	23,0%

Tab. 5: Rücklauf nach Art des Krankenhauses

Die Rücklaufquote der somatischen Krankenhäuser lag mehr als doppelt so hoch wie die der psychiatrischen Krankenhäuser. Dieser Effekt ist im hohen Maße der Konzeption des Erhebungsbogens geschuldet, der überwiegend Tätigkeiten in Zusammenhang mit somatischen Erkrankungen aufführt und nur im geringen Umfang auf die spezifisch psychiatrischen Tätigkeiten Bezug nimmt. So konnte der für die psychiatrische Behandlung wichtige Aspekt der Beziehungspflege zwischen Pflegepersonal/ Therapeuten und Patienten im Instrument eines standardisierten schriftlichen Erhebungsbogens nur unzureichend abgebildet werden. Aufgrund der konzeptionellen Schwierigkeiten beim Erhebungsbogen „Allgemeine Psychiatrie“ wird im Folgenden auf dieses Fachgebiet nicht mehr eingegangen.

Aber auch zwischen den drei somatischen Fachabteilungen liegen Unterschiede vor. Die Rücklaufquoten für die Fachabteilungen „Allgemeinchirurgie“ und „Innere Medizin“ sind für eine schriftliche Befragung sehr gut. Das Antwortverhalten für die Fachabteilung „Kinderheilkunde“ liegt im Rahmen der zu erwartenden Rückläufe bei schriftlichen Erhebungen.

	Anzahl netto	Rücklauf	Quoten
Chirurgie	282	171	60,6%
Innere Medizin	280	160	57,1%
Kinderheilkunde	291	99	34,0%
Psychiatrie	204	47	23,0%
Insgesamt	1.057	477	45,1%

Tab. 6: Rücklauf nach Fachabteilungen

Insgesamt liegen damit 430 Erhebungsbogen für die drei somatischen Fachabteilungen vor, die ausgewertet werden konnten.

Beurteilungskriterien und Tätigkeitsbereiche

Aus den Ergebnissen der Erhebung lassen sich Tätigkeiten und Verrichtungen identifizieren, die vom Pflegedienst an andere Berufsgruppen übertragen werden können.

Bei der Auswertung der Erhebung wurde sehr konservativ vorgegangen. Die einzelnen Tätigkeiten und Verrichtungen wurden hinsichtlich ihrer Delegationsfähigkeit wie folgt bewertet:

Anteil Teilnehmer mit Ja-Angaben	Bewertung der Tätigkeit als delegationsfähig
> 90%	Sehr gut möglich
75% - 90%	Möglich
50% - 75%	Eingeschränkt möglich
< 50%	Nicht möglich

Tab. 7: Beurteilungskriterien

Nachfolgend werden nur die Tätigkeiten und Verrichtungen diskutiert, denen von den Pflegedirektionen eine mögliche oder sehr gut mögliche Delegationsfähigkeit attestiert worden ist.

Die Pflegedienstleitungen sollten bei ihrer Einschätzung der aufgeführten Tätigkeiten die überwiegend in den jeweiligen Abteilungen behandelten Patienten zugrunde legen. Explizit ausgeschlossen werden sollten extreme Lang- und Kurzlieger oder besonders schwerkranke Patienten. Für diese sind aufgrund der Besonderheit der Erkrankung andere Bedingungen erforderlich als für den „Normalpatienten“ der betreffenden Abteilung.

Insgesamt zeigen sich viele Übereinstimmungen hinsichtlich der Einschätzung der übertragbaren Tätigkeiten in den drei Abteilungen „Allgemeinchirurgie“, „Innere Medizin“ und „Kinderheilkunde“. Insbesondere zwischen „Allgemeinchirurgie“ und „Innere Medizin“ bestehen sehr große Überschneidungen, während die „Kinderheilkunde“ zu durchaus abweichenden Auffassungen gelangt. Letzteres dürfte vor allem auch an dem Altersmix der Patienten in der Kinderheilkunde liegen: bei Säuglingen und Kleinkindern besteht ein anderer Pflege- und Betreuungsbedarf als bei älteren Kindern oder gar bei Jugendlichen.

Sehr große Übereinstimmung lag aber auch bei der kritischen Einschätzung von Tätigkeiten vor. So wird beispielsweise die Übertragung der Versorgung eines Urostomas oder eines Blasendauerkatheters auf andere, geringer qualifizierte Berufsgruppen fast durchgängig abgelehnt.

Betrachtet man die Tätigkeiten nach den einzelnen Bereichen, zeigt sich sehr schnell, wo es ein größeres Potential für die Übertragung gibt und wo Vorbehalte bestehen.

Für die Allgemeinchirurgie und die Innere Medizin werden in den Bereichen „Körperpflege, „Ernährung“ und „Weitere Tätigkeiten“ jeweils mindestens 60% der aufgeführten

Einzeltätigkeiten als delegationsfähig (Delegation möglich/ sehr gut möglich) qualifiziert. Anders bei den beiden Bereichen „Ausscheidung“ und „Bewegung und Lagerung“. Hier werden nur wenige Tätigkeiten so bewertet.

Tätigkeit delegationsfähig	Allgemeinchirurgie	Innere Medizin	Kinderheilkunde
Körperpflege	<i>12 Tätigkeiten</i>	<i>12 Tätigkeiten</i>	<i>11 Tätigkeiten</i>
sehr gut möglich	33,3%	41,7%	18,2%
möglich	33,3%	25,0%	27,3%
Summe	66,7%	66,7%	45,5%
Ernährung	<i>19 Tätigkeiten</i>	<i>19 Tätigkeiten</i>	<i>19 Tätigkeiten</i>
sehr gut möglich	47,4%	47,4%	42,1%
möglich	15,8%	26,3%	5,3%
Summe	63,2%	73,7%	47,4%
Ausscheidung	<i>18 Tätigkeiten</i>	<i>18 Tätigkeiten</i>	<i>17 Tätigkeiten</i>
sehr gut möglich	22,2%	22,2%	23,5%
möglich	11,1%	11,1%	5,9%
Summe	33,3%	33,3%	29,4%
Bewegung und Lagerung	<i>16 Tätigkeiten</i>	<i>16 Tätigkeiten</i>	<i>16 Tätigkeiten</i>
sehr gut möglich	25,0%	25,0%	18,8%
möglich	18,8%	12,5%	6,3%
Summe	43,8%	37,5%	25,0%
Weitere Tätigkeiten	<i>23 Tätigkeiten</i>	<i>21 Tätigkeiten</i>	<i>21 Tätigkeiten</i>
sehr gut möglich	52,2%	57,1%	52,4%
möglich	17,4%	19,0%	28,6%
Summe	69,6%	76,2%	81,0%

Tab. 8: Delegationsfähige Tätigkeiten nach Bereichen und Fachabteilungen

So werden beispielsweise in der Allgemeinchirurgie im Bereich „Körperpflege“ von den 12 vorgegebenen Tätigkeiten je ein Drittel als sehr gut bzw. als gut delegierbar von den Pflegedienstleitungen eingeschätzt.

In der Kinderheilkunde erfolgt ausschließlich im Bereich „Weitere Tätigkeiten“ eine überwiegende Einschätzung der vorgegebenen Einzeltätigkeiten als delegationsfähig. Bei „Körperpflege“ und „Ernährung“ werden etwas weniger als die Hälfte der einzelnen Verrichtungen so qualifiziert. Nur wenige Tätigkeiten in den Bereichen „Ausscheidung“ und „Bewegung und Lagerung“ werden für die Kinderheilkunde als auf andere, geringer qualifizierte Berufsgruppe übertragbar angesehen.

Bei der nachfolgenden detaillierten Betrachtung muss natürlich auch immer berücksichtigt werden, welche Qualifikation derjenige besitzen soll, an den die Tätigkeiten übertragen werden können.

Tätigkeitsbereich „Körperpflege“

Für die Leistungen, die im Zusammenhang mit der Körperpflege stehen, wurden für alle Fachabteilungen zwölf verschiedene Tätigkeiten in den Erhebungsbogen aufgenommen. Die Auswahl der Tätigkeiten orientierte sich an den Tätigkeitsprofilen der Allgemeinen Pflege der „Pflege-Personalregelung“ sowie am „Tätigkeitskatalog für die praktische Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege“¹³. In Abstimmung mit der Projektbegleitenden Arbeitsgruppe wurden einige weitere Einzelverrichtungen aufgenommen.

Die Frage, ob das „Vor- und Nachbereiten der Utensilien zur Körperpflege“ an andere, geringer qualifizierte Berufsgruppen delegiert werden kann, wurde insgesamt für die

- Allgemeinchirurgie von 169 (von 171)
- Innere Medizin von 156 (von 160) und
- Kinderheilkunde von 98 (von 99)

Pflegedienstleitungen beantwortet.

Vor- und Nachbereiten der Utensilien zur Körperpflege	Allgemein- chirurgie	Innere Medizin	Kinderheil- kunde
Ja	98,2	98,7	95,9
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	19,6	25,2	23,5
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	68,5	61,9	61,2
ja, ohne Vorkenntnisse	10,1	11,6	11,2
Nein	1,8	1,3	4,1
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 169, Innere Medizin n = 156, Kinderheilkunde n = 98

Tab. 9: Vor- und Nachbereiten der Utensilien zur Körperpflege – Angaben in v.H.

Die Zustimmung zu dieser Frage war sehr hoch. Fast alle derjenigen, die hier geantwortet haben, halten eine Delegation dieser Tätigkeit für möglich. Auch die Einschätzung, welche Qualifikation hierfür erforderlich sei, wurde einheitlich beantwortet. Jeweils mehr als 60% der Pflegedienstleitungen halten lediglich eine Einweisung für notwendig. Allerdings werden von zwischen einem Fünftel und einem Viertel der Befragten Vorkenntnisse gewünscht. Da nicht explizit gefragt worden ist, welche Vorkenntnisse gemeint sind, muss offen bleiben, welche Qualifikation hierbei unterstellt wird.

¹³ Vgl. Krauss, Christa: Tätigkeitskatalog für die praktische Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege, Stuttgart 2004.

Auf der anderen Seite wird auch nur von einer Minderheit, nämlich rd. 10% bis 12%, die Erledigung dieser Tätigkeiten auch ohne Vorkenntnisse für möglich gehalten.

Deutlich weniger Pflegedienstleitungen halten die Unterstützung des Patienten bei der Ganzkörperwaschung im Bett für delegationsfähig. Wichtig ist hier, dass es sich um Patienten handelt, die schon gewisse Verrichtungen selbständig übernehmen können. Die Ganzkörperwaschung von Patienten, die nicht selbständig sind, wurde von vielen Krankenhäusern als nicht übertragbar abgelehnt.

Unterstützung Patienten bei Ganzkörperwaschung im Bett	Allgemeinchirurgie	Innere Medizin	Kinderheilkunde
Ja	77,4	79,9	72,4
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	58,9	61,0	59,2
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	14,3	13,6	12,2
ja, ohne Vorkenntnisse	4,2	5,2	1,0
Nein	22,6	20,1	27,6
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 169, Innere Medizin n = 155, Kinderheilkunde n = 98

Tab. 10: Unterstützung Patienten bei Ganzkörperwaschung im Bett – Angaben in v.H.

Für jeweils mehr als 70% der befragten Pflegedienstleitungen ist eine Übertragung der Unterstützung des Patienten bei der Ganzkörperwaschung im Bett an geringer qualifiziertes Personal vorstellbar. Allerdings fällt hier die Kinderheilkunde unter die oben genannte Grenze der als möglich angesehenen delegationsfähigen Tätigkeiten.

Bei den beiden anderen Fachabteilungen spricht sich eine eindeutige Mehrheit für eine Übertragung aus – aber nur an Personal mit Vorkenntnissen und mit Einweisung. Aufgrund der möglichen Sturzgefährdung des Patienten sind Vorkenntnisse unabdingbar, so dass angelernte Kräfte hier für diese Tätigkeit ausscheiden.

Deutlich größer sind die Zustimmungsquoten bei der „Hilfe bei der Körperwaschung am Waschbecken“. Bei dieser Tätigkeit liegen mobile Patienten vor, die einer Hilfestellung bedürfen.

Hilfe bei Körperwaschung am Waschbecken	Allgemein- chirurgie	Innere Medizin	Kinderheil- kunde
Ja	86,1	87,2	77,6
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	55,4	58,3	56,1
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	25,9	23,1	20,4
ja, ohne Vorkenntnisse	4,8	5,8	1,0
Nein	13,9	12,8	22,4
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 167, Innere Medizin n = 157, Kinderheilkunde n = 98

Tab. 11: Hilfe bei Körperwaschung am Waschbecken – Angaben in v.H.

Für mehr als 86% der allgemeinchirurgischen und internistischen sowie für mehr als drei Viertel der kinderheilkundlichen Abteilungen kommt eine Übertragung dieser Verrichtung in Frage. Wiederum spricht sich der Großteil der Befürworter allerdings für eine gewisse Mindestqualifikation derjenigen aus, die diese Tätigkeit übertragen bekommen sollen.

Übereinstimmung herrscht dagegen bei der Verrichtung „Waschschüssel/ Pflegeutensilien an das Bett stellen“. Für die drei Abteilungen sprechen sich fast alle Pflegedienstleitungen dafür aus, dass dies an anders qualifiziertes Personal übertragen werden kann.

Waschschüssel/Pflegeutensilien an das Bett stellen	Allgemein- chirurgie	Innere Medizin	Kinderheil- kunde
Ja	97,6	97,5	100,0
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	18,6	20,4	24,2
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	63,5	60,5	58,6
ja, ohne Vorkenntnisse	15,6	16,6	17,2
Nein	2,4	2,5	0,0
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 168, Innere Medizin n = 158, Kinderheilkunde n = 99

Tab. 12: Waschschüssel/ Pflegeutensilien an das Bett stellen – Angaben in v.H.

Die Mehrzahl der Befürworter denkt hier an die Übertragung an Personen ohne Vorkenntnisse, aber mit Einweisung. Mit einer entsprechenden Einarbeitung dürfte somit diese Tätigkeit auch von anderen Berufsgruppen als den examinierten Pflegekräften erledigt werden können.

Je nach Fachabteilung unterschiedlich wird die Übertragung von „Fußbad/ Arm- oder Fingerbad“ gesehen. Während die überwiegende Zahl der Pflegedienstleitungen für die Allgemeinchirurgie und die Innere Medizin in der Übertragung eher kein Problem sehen, ist die Skepsis in der Kinderheilkunde größer. Zwar befürworten auch hier über 70% der

Pflegedienstleitungen eine Delegation dieser Tätigkeit, aber im Vergleich zu den anderen betrachteten Abteilungen liegen doch größere Vorbehalte vor.

Fußbad/Arm- oder Fingerbad	Allgemein- chirurgie	Innere Medizin	Kinderheil- kunde
Ja	86,2	90,2	71,6
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	46,1	51,0	55,8
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	35,3	31,4	15,8
ja, ohne Vorkenntnisse	4,8	7,8	
Nein	13,8	9,8	28,4
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 167, Innere Medizin n = 154, Kinderheilkunde n = 95

Tab. 13: Fußbad/ Arm- oder Fingerbad – Angaben in v.H.

Bei den Befürwortern in der Kinderheilkunde sprechen sich über 55% dafür aus, dass diese Tätigkeit nur von Mitarbeitern mit Vorkenntnissen und mit Einweisung vorgenommen werden sollen.

Nicht ganz so eindeutig ist die Situation in der Allgemeinchirurgie. Hier tendiert fast die Hälfte der Pflegedienstleitungen für eine entsprechende Qualifikation. Aber immerhin mehr als ein Drittel betont, dass Fuß-/ Arm- oder Fingerbäder auch von Mitarbeitern ohne Vorkenntnisse, aber mit Einweisung durchgeführt werden können. Vergleichbar hierzu ist die Einschätzung in der Inneren Medizin.

Bei der Haarpflege sprechen sich so gut wie alle Pflegedienstleitungen dafür aus, dass diese Tätigkeit an geringer qualifiziertes Personal abgegeben werden könnte.

Haarpflege	Allgemein- chirurgie	Innere Medizin	Kinderheil- kunde
Ja	94,7	96,1	86,6
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	37,3	37,4	49,5
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	45,0	47,1	27,8
ja, ohne Vorkenntnisse	12,4	11,6	9,3
Nein	5,3	3,9	13,4
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 170, Innere Medizin n = 156, Kinderheilkunde n = 97

Tab. 14: Fußbad/ Arm- oder Fingerbad – Angaben in v.H.

Hinsichtlich der für die Erledigung dieser Aufgabe benötigten Qualifikation besteht allerdings Uneinigkeit. Sowohl die Antwortalternative „mit Vorkenntnissen und mit Einweisung“ als auch „ohne Vorkenntnisse und mit Einweisung“ werden von vielen Pflegedienstleitungen präferiert.

Die Gesichtsrasur wird für fast alle Pflegedienstleitungen für die Allgemeinchirurgie und die Inneren Medizin als delegierbar angesehen.¹⁴

Gesichtsrasur	Allgemein- chirurgie	Innere Medizin
Ja	94,1	94,2
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	31,4	34,6
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	49,7	49,4
ja, ohne Vorkenntnisse	13,0	10,3
Nein	5,9	5,8
Gesamt	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 170, Innere Medizin n = 157

Tab. 15: Gesichtsrasur – Angaben in v.H.

Knapp die Hälfte der Befürworter der Übertragung hält lediglich eine Einweisung für notwendig. Weitere Vorkenntnisse halten nur rd. ein Drittel der Befragten für erforderlich.

Deutlich geringe Zustimmung für eine Delegation findet die „Mundhygiene/Prothesenpflege“. Im Bereich der Kinderheilkunde sehen lediglich 68% der befragten Pflegedienstleitungen hier die Möglichkeit einer Übertragung. Höhere Zustimmungsquoten mit rd. 81% liegen für die Allgemeinchirurgie und die Innere Medizin vor. Im Vergleich zur Haarpflege oder der Gesichtsrasur handelt es sich hier aber um eine vergleichsweise eher geringe Akzeptanz.

Mundhygiene/Prothesenpflege	Allgemein- chirurgie	Innere Medizin	Kinderheil- kunde
Ja	81,4	81,7	68,4
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	49,1	51,0	51,0
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	25,1	23,5	17,3
ja, ohne Vorkenntnisse	7,2	7,2	
Nein	18,6	18,3	31,6
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 168, Innere Medizin n = 154, Kinderheilkunde n = 98

Tab. 16: Mundhygiene/ Prothesenpflege – Angaben in v.H.

Die Anforderungen an diejenigen Mitarbeiter, die diese Tätigkeit übernehmen könnten, liegen dafür höher. Von rd. der Hälfte der Pflegedienstleitungen, die hier eine delegationsfähige Leistung sehen, werden Vorkenntnisse und eine Einweisung gefordert. Lediglich einem Viertel reicht eine Einweisung aus.

¹⁴ Für die Kinderheilkunde ist diese Verrichtung nicht relevant.

Betrachtet man zusammenfassend die Antworten im Bereich der Körperpflege, so lässt sich feststellen, dass einfachere Tätigkeiten (z.B. „Hilfe bei der Körperwaschung am Waschbecken“) bzw. patientennahe Hilfstätigkeiten („Vor- und Nachbereiten der Utensilien zur Körperpflege“) als durchaus übertragbar angesehen werden. Keine große Zustimmung zur Delegation finden dagegen auf der anderen Seite folgende Tätigkeiten:

- Ganzkörperwaschung im Bett,
- Patienten baden/ duschen,
- Aktivieren zur Körperpflege,
- Dokumentation der geleisteten Pflegetätigkeit.

Hierbei handelt es sich zum einen um Tätigkeiten, bei denen es bei einer unsachgemäßen Ausführung zu durchaus schweren Patientenschädigungen kommen könnte, zum anderen um Tätigkeiten, bei denen es halt nicht nur um das „handwerkliche“ Know-how, sondern auch um die Wahrnehmung des Gesundheitszustandes des Patienten geht. Als Beispiele für die Schwierigkeiten in diesem Bereich seien nur die Geriatrie oder die neurologische Frührehabilitation genannt.

Die Wahrnehmungskompetenz, die nur durch Ausbildung und Berufserfahrung erworben werden kann, richtet sich nicht nur auf die einzelne Verrichtung, sondern sie „zeigt sich in der Sensibilisierung für bestimmte Erscheinungen und Handlungen, wie z. B. Registrieren von bläulichen Lippen oder Azetongeruch, Beachten kleinschrittigen Gehens oder ungezielter Bewegungen usw.“¹⁵

Schließlich liegen in diesen Tätigkeiten auch die Kernkompetenzen der Pflegekräfte vor, also die Tätigkeiten, die ihnen während der Ausbildung vermittelt werden und für die sie verantwortlich zeichnen. Insofern sind die Vorbehalte gegen die Übertragung dieser Tätigkeiten auf andere Berufsgruppen nachvollziehbar.

Tätigkeitsbereich „Ernährung“

Auch die hier aufgeführten Tätigkeiten und Verrichtungen im Bereich der Ernährung orientierten sich an den Tätigkeitsprofilen der Allgemeinen Pflege der „Pflege-

¹⁵ Brunen, M. Helgard/ Herold, Eva Elisabeth (Hrsg.): Ambulante Pflege, Band 1; Grundlagen, Pflegeanleitung, Pflegeberatung, Pflegeprozess, Kommunikative Methoden, Ganzheitliche, integrative Pflege, 2., überarbeitete und ergänzte Auflage, Hannover 2001, S.118.

Personalregelung“ sowie am schon genannten Tätigkeitskatalog. Diese wurden ergänzt durch die Mitglieder der Projektbegleitenden Arbeitsgruppe.

Es wurden den drei betrachteten Fachabteilungen insgesamt 19 verschiedene Tätigkeiten und Verrichtungen zur Beurteilung vorgegeben.

Von fast allen Pflegedienstleistungen wurde die Tätigkeit „Speise- und Getränkeangebot aufzeigen“ als übertragbar angesehen. Die Unterschiede zwischen den drei Abteilungen sind vernachlässigbar.

Speise- und Getränkeangebot aufzeigen	Allgemein- chirurgie	Innere Medizin	Kinderheil- kunde
Ja	98,8	100,0	92,8
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	24,4	24,0	43,3
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	50,6	59,7	33,0
ja, ohne Vorkenntnisse	23,8	16,2	16,5
Nein	1,2	0,0	7,2
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 169, Innere Medizin n = 155, Kinderheilkunde n = 97

Tab. 17: Speise- und Getränkeangebot aufzeigen – Angaben in v.H.

Interessanter ist die Auswertung der Frage, welches Qualifikationsniveau die Mitarbeiter haben sollten, die diese Tätigkeit ggf. übernehmen könnten. In der Allgemeinchirurgie und der Inneren Medizin sprachen sich mehr als die Hälfte der Pflegedienstleitungen dafür aus, dass auch Mitarbeiter ohne Vorkenntnisse, aber mit Einweisung das Speise- und Getränkeangebot aufzeigen könnten. Bei der Kinderheilkunde wurde dies nur von einem Drittel befürwortet. Dagegen halten es rd. 43% der Pflegedienstleitungen in der Kinderheilkunde für erforderlich, dass zusätzlich Vorkenntnisse vorliegen müssen. Diese Einschätzung wird von knapp einem Viertel der Pflegedienstleitungen für die beiden anderen Fachabteilungen geteilt.

Vergleichbar hierzu sind die Einschätzungen zum „Erfassen der Essenswünsche des Patienten“. Auch hier attestieren fast alle Pflegedienstleitungen für die Allgemeinchirurgie und die Innere Medizin eine Delegationsfähigkeit. Im Bereich der Kinderheilkunde liegt mit 89% ebenfalls eine hohe Zustimmungsquote vor. Sie liegt aber deutlich niedriger als bei den beiden anderen Abteilungen.

Erfassen Essenswünsche des Patienten	Allgemein- chirurgie	Innere Medizin	Kinderheil- kunde
Ja	97,6	100,0	88,9
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	30,8	28,6	40,4
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	53,3	57,1	35,4
ja, ohne Vorkenntnisse	13,6	14,3	13,1
Nein	2,4	0,0	11,1
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 170, Innere Medizin n = 155, Kinderheilkunde n = 99

Tab. 18: Erfassen der Essenswünsche des Patienten – Angaben in v.H.

Mehrheitlich sehen die Pflegedienstleitungen für die Allgemeinchirurgie und die Innere Medizin, dass Mitarbeiter ohne Vorkenntnisse, aber mit Einweisung die Essenswünsche erfassen können. Allerdings halten rd. jeweils 30% auch Vorkenntnisse für erforderlich. Eine reine Einweisung reiche nicht aus. In der Kinderheilkunde sind die Aussagen über die Qualifikation ausgewogen. Etwa gleich viele Pflegedienstleitungen sehen diese Tätigkeit nur von Mitarbeitern mit bzw. ohne Vorkenntnisse erbringbar. In jedem Fall wird aber eine Einweisung gefordert.

Zurückhaltender sind die Einschätzung bei der Erfassung von Spezialkost und Diät. Auch hier wird für die Allgemeinchirurgie und die Innere Medizin die Delegation an geringer qualifizierte Mitarbeiter als möglich angesehen. In der Kinderheilkunde wird dies als lediglich eingeschränkt möglich eingeschätzt. Nur 54% der Pflegedienstleitungen sehen hier eine Möglichkeit zur Übertragung dieser Tätigkeit an geringer qualifiziertes Personal.

Erfassen Spezialkost, Diät	Allgemein- chirurgie	Innere Medizin	Kinderheil- kunde
Ja	81,0	76,6	54,5
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	56,0	48,7	41,4
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	19,6	21,4	13,1
ja, ohne Vorkenntnisse	5,4	6,5	
Nein	19,0	23,4	45,5
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 169, Innere Medizin n = 155, Kinderheilkunde n = 99

Tab. 19: Erfassen Spezialkosten, Diät – Angaben in v.H.

Sofern aber eine Übertragungsfähigkeit gesehen wird, sollte das Erfassen der Spezialkost/ Diät vorwiegend von Mitarbeitern mit Vorkenntnissen und mit Einweisung erbracht werden.

Beim „Essen austeilen“ besteht, trotz leichter Unterschiede zwischen den Fachabteilungen, wieder eine große Einigkeit, dass diese Tätigkeit delegierbar ist. Für die Innere Medizin haben fast alle Pflegedienstleitungen dies so gesehen. Für die Allgemeinchirurgie und die Kinderheilkunde haben ebenfalls sehr viele Pflegedienstleitungen Zustimmung signalisiert.

Essen austeilen	Allgemein- chirurgie	Innere Medizin	Kinderheil- kunde
Ja	95,2	98,7	91,8
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	28,6	27,0	36,7
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	57,1	57,9	43,9
ja, ohne Vorkenntnisse	9,5	13,8	11,2
Nein	4,8	1,3	8,2
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 169, Innere Medizin n = 153, Kinderheilkunde n = 98

Tab. 20: Essen austeilen – Angaben in v.H.

Weit mehr als die Hälfte der Befragten geht davon aus, dass in der Allgemeinchirurgie und der Inneren Medizin die Tätigkeit des Essenausteilens von Mitarbeitern erledigt werden kann, die lediglich über eine Einweisung verfügen. Bei der Kinderheilkunde ist die Auffassung geteilt. Mehr als ein Drittel der Pflegedienstleitungen fordern neben der Einweisung auch Vorkenntnisse. Fast 40% halten Vorkenntnisse für verzichtbar, sofern eine Einweisung stattgefunden hat.

Ein vergleichbares Bild zeigt sich auch bei der Tätigkeit „Patientenplatz zum Essen vorbereiten“. Wiederum wird von fast allen/ allen Pflegedienstleitungen eine Delegationsfähigkeit attestiert.

Patientenplatz zum Essen vorbereiten	Allgemein- chirurgie	Innere Medizin	Kinderheil- kunde
Ja	96,4	100,0	96,9
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	29,6	23,5	35,7
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	55,0	62,1	39,8
ja, ohne Vorkenntnisse	11,8	14,4	21,4
Nein	3,6	0,0	3,1
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 170, Innere Medizin n = 154, Kinderheilkunde n = 98

Tab. 21: Patientenplatz zum Essen vorbereiten – Angaben in v.H.

Von deutlich mehr als der Hälfte der Pflegedienstleitungen wird eine Einweisung als Qualifikation für die Ausführung dieser Tätigkeit als ausreichend angesehen. Das betrifft aber

nur die Allgemeinchirurgie und die Innere Medizin. Für die Kinderheilkunde wird dieses Qualifikationsniveau lediglich von rd. 40% der Pflegedienstleitungen präferiert. Etwa 36% der Befragten fordern hier außerdem Vorkenntnisse.

Einigkeit besteht auch darin, dass das Geschirr auch von Mitarbeitern mit geringerer Qualifikation abgeräumt werden kann. Eine besondere Qualifikation hierfür wird von der Mehrzahl der Pflegedienstleitungen nicht gesehen.

Geschirr abräumen	Allgemein- chirurgie	Innere Medizin	Kinderheil- kunde
Ja	98,8	100,0	99,0
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	13,1	12,3	14,3
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	41,7	40,9	38,8
ja, ohne Vorkenntnisse	44,0	46,8	45,9
Nein	1,2	0,0	1,0
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 169, Innere Medizin n = 155, Kinderheilkunde n = 98

Tab. 22: Geschirr abräumen – Angaben in v.H.

Allerdings fordern jeweils rd. 40% zumindest eine Einweisung in diese Tätigkeit.

Ähnliche Angaben liegen beim Aufräumen des Patientenplatzes vor.

Patientenplatz aufräumen	Allgemein- chirurgie	Innere Medizin	Kinderheil- kunde
Ja	98,8	100,0	97,0
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	10,2	11,7	13,1
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	38,6	40,3	36,4
ja, ohne Vorkenntnisse	50,0	48,1	47,5
Nein	1,2	0,0	3,0
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 167, Innere Medizin n = 155, Kinderheilkunde n = 99

Tab. 23: Patientenplatz aufräumen – Angaben in v.H.

Für die Allgemeinchirurgie und die Innere Medizin tendieren fast alle Pflegedienstleitungen dazu, das Verteilen von Getränken an jemand anderen abzugeben. Etwas verhaltener wird dies für die Kinderheilkunde gesehen.

Getränke verteilen	Allgemein- chirurgie	Innere Medizin	Kinderheil- kunde
Ja	97,6	99,3	91,8
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	15,6	17,0	31,6
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	58,7	53,6	43,9
ja, ohne Vorkenntnisse	23,4	28,8	16,3
Nein	2,4	0,7	8,2
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 168, Innere Medizin n = 154, Kinderheilkunde n = 98

Tab. 24: Getränke verteilen – Angaben in v.H.

Die meisten Befragten halten eine Einweisung für ausreichend, um diese Tätigkeit zu erbringen.

Während das Verteilen von Getränken als unproblematisch angesehen wird, gibt es doch einige Vorbehalte gegen die Verabreichung der Getränke. Für die Allgemeinchirurgie und die Innere Medizin geben jeweils mehr als vier Fünftel an, dass eine Delegation an geringer qualifizierte Mitarbeiter möglich sei. In der Kinderheilkunde liegt die Zustimmung aber nur bei rd. zwei Dritteln.

Verabreichung von Getränken	Allgemein- chirurgie	Innere Medizin	Kinderheil- kunde
Ja	82,8	86,3	67,7
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	56,4	56,2	50,0
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	20,2	22,9	14,6
ja, ohne Vorkenntnisse	6,1	7,2	3,1
Nein	17,2	13,7	32,3
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 164, Innere Medizin n = 154, Kinderheilkunde n = 96

Tab. 25: Verabreichung von Getränken – Angaben in v.H.

Es werden höhere Anforderungen an die Qualifikation derjenigen gestellt, die die Getränke verabreichen sollen. Eine bloße Einweisung reicht der Mehrzahl der Pflegedienstleitungen nicht aus. Stattdessen werden von mehr als der Hälfte der Befürworter zusätzlich zur Einweisung auch Vorkenntnisse gefordert.

Von fast allen Pflegedienstleitungen wird die Bereitstellung von Hilfsmitteln zur Nahrungsaufnahme als übertragbar angesehen. Nur wenige sehen dies als zwingende Aufgabe der examinierten Pflegekräfte.

Hilfsmittel zur Nahrungsaufnahme bereitstellen	Allgemein- chirurgie	Innere Medizin	Kinderheil- kunde
Ja	95,8	98,0	92,9
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	40,5	37,3	44,9
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	36,9	45,8	29,6
ja, ohne Vorkenntnisse	18,5	15,0	18,4
Nein	4,2	2,0	7,1
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 169, Innere Medizin n = 154, Kinderheilkunde n = 98

Tab. 26: Hilfsmittel zur Nahrungsaufnahme bereitstellen – Angaben in v.H.

Uneinigkeit herrscht dagegen bei der Frage, welche Qualifikation derjenige haben soll, der diese Tätigkeit übernehmen soll. Sowohl die Qualifikation „mit Vorkenntnissen und mit Einweisung“ als auch die „ohne Vorkenntnisse, aber mit Einweisung“ werden sehr häufig genannt. Die Unterschiede zwischen den betrachteten drei Fachabteilungen sind ebenfalls zu beachten.

Vergleichbare Bewertungen und Einschätzungen finden sich bei der „mundgerechten“ Vorbereitung des Essens.

Essen "mundgerecht" vorbereiten	Allgemein- chirurgie	Innere Medizin	Kinderheil- kunde
Ja	95,2	98,1	94,9
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	32,1	32,5	44,4
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	46,4	55,8	29,3
ja, ohne Vorkenntnisse	16,7	9,7	21,2
Nein	4,8	1,9	5,1
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 169, Innere Medizin n = 155, Kinderheilkunde n = 99

Tab. 27: Essen „mundgerecht“ vorbereiten – Angaben in v.H.

Auf der einen Seite besteht eine hohe Bereitschaft, diese Tätigkeit zu übertragen – unabhängig von der Fachabteilung. Auf der anderen Seite gibt es Uneinigkeit darüber, welche Qualifikation diejenigen Mitarbeiter aufweisen sollen, die diese Tätigkeit dann ausführen sollen.

Größere Vorbehalte bestehen bei der Verabreichung von Nahrung. Gemäß der oben genannten Qualifizierung der Tätigkeiten wird lediglich bei der Inneren Medizin die Übertragung als möglich angesehen. Nur rd. drei Viertel der Pflegedienstleitungen sehen hier für die Innere Medizin eine Handlungsoption. Bei der Allgemeinchirurgie wird der

Grenzwert von 75% Zustimmung gerade verfehlt, während in der Kinderheilkunde knapp die Hälfte der Befragten sich eine Übertragung vorstellen kann. Hier muss noch einmal Erwähnung finden, dass die Übertragung der Tätigkeiten an anders qualifizierte Berufsgruppen ausschließlich den „Normalpatienten“ betreffen sollte, also nicht die extremen Lang- und Kurzlieger oder besonders schwerkranke Patienten. Das gibt dieser Aussage besonderes Gewicht.

Patienten Nahrung verabreichen	Allgemein- chirurgie	Innere Medizin	Kinderheil- kunde
Ja	74,8	77,6	53,1
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	54,0	61,2	43,8
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	14,7	10,9	8,3
ja, ohne Vorkenntnisse	6,1	5,4	1,0
Nein	25,2	22,4	46,9
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 164, Innere Medizin n = 148, Kinderheilkunde n = 96

Tab. 28: Patienten Nahrung verabreichen – Angaben in v.H.

Als Qualifikation für die Übernahme der Verabreichung der Nahrung in der Inneren Medizin wird überwiegend von Vorkenntnissen und einer Einweisung ausgegangen.

Bei der Unterstützung beim Trinken sehen diesmal mehr als vier Fünftel der Pflegedienstleitungen Übertragungsmöglichkeiten in der Allgemeinchirurgie und der Inneren Medizin. Nur in der Kinderheilkunde liegt die Zustimmung bei rd. 72%.

Unterstützung beim Trinken	Allgemein- chirurgie	Innere Medizin	Kinderheil- kunde
Ja	85,6	84,6	71,6
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	55,0	59,1	56,8
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	25,0	20,8	10,5
ja, ohne Vorkenntnisse	5,6	4,7	4,2
Nein	14,4	15,4	28,4
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 161, Innere Medizin n = 150, Kinderheilkunde n = 95

Tab. 29: Unterstützung beim Trinken – Angaben in v.H.

Eindeutig ist hier die geforderte Qualifikation für die Mitarbeiter, die den Patienten beim Trinken unterstützen sollen. Gefordert wird jeweils – auch in der Kinderheilkunde – von über 55% der Befragten, dass Vorkenntnisse vorliegen müssen und eine Einweisung statt finden soll.

Bei der Informationsweitergabe über Ess- und Trinkverhalten bestehen größere Vorbehalte in der Allgemeinchirurgie und vor allem in der Kinderheilkunde. Lediglich in der Inneren Medizin beurteilen rd. 79% der Pflegedienstleitungen diese Tätigkeit als delegationsfähig.

Informationsweitergabe über Ess- und Trinkverhalten	Allgemeinchirurgie	Innere Medizin	Kinderheilkunde
Ja	74,7	79,1	59,8
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	48,8	56,1	49,5
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	19,3	18,2	8,2
ja, ohne Vorkenntnisse	6,6	4,7	2,1
Nein	25,3	20,9	40,2
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 167, Innere Medizin n = 149, Kinderheilkunde n = 97

Tab. 30: Informationsweitergabe über Ess- und Trinkverhalten – Angaben in v.H.

Von diesen wird dann aber auch mehrheitlich gefordert, dass Vorkenntnisse und Einweisung vorliegen müssen, wenn die Tätigkeit von geringer qualifiziertem Personal erbracht werden soll.

Wiederum ist, wie schon bei der Körperpflege, festzustellen, dass wenig komplexe sowie Hilfstätigkeiten i.d.R. als übertragbar angesehen werden. Sobald aber Tätigkeiten vorliegen, bei denen entweder eine höhere Patientengefährdung vorliegen könnte oder aber spezielle Kenntnisse erforderlich sind, werden die einzelnen Tätigkeiten als nicht delegierbar qualifiziert. Dies betrifft u.a. folgende Tätigkeiten

- Patient zum Essen lagern
- Überwachung der Nahrungsaufnahme
- Verabreichung von Sondenkost
- Aktivieren zur selbständigen Nahrungsaufnahme

Wie auch schon beim Themenkomplex „Ernährung“ so besteht auch hier Zurückhaltung bei der Übertragung der Dokumentation der geleisteten Tätigkeit auf andere Berufsgruppen.

Tätigkeitsbereich „Ausscheidung“

Wie schon bei der Körperpflege und der Ernährung orientierte sich die Auswahl der einzelnen Tätigkeiten beim Themenkomplex „Ausscheidung“ an den Tätigkeitsprofilen der Allgemeinen Pflege der „Pflege-Personalregelung“ und am Tätigkeitskatalog.

Für die beiden Fachabteilungen Allgemeinchirurgie und Innere Medizin wurden 18 und für die Kinderheilkunde 17 verschiedene Tätigkeiten den Pflegedienstleitungen zur Beurteilung vorgegeben.

Von fast allen Pflegedienstleitungen wurde die Bereitstellung von Ausscheidungsutensilien als eine delegationsfähige Tätigkeit beurteilt. Die Zustimmungsquote in der Kinderheilkunde war auch hier wieder niedriger als in den beiden anderen Abteilungen.

Bereitstellung von Ausscheidungsutensilien	Allgemein- chirurgie	Innere Medizin	Kinderheil- kunde
Ja	99,4	98,7	94,9
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	28,5	27,7	31,3
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	46,1	54,2	40,4
ja, ohne Vorkenntnisse	24,8	16,8	23,2
Nein	0,6	1,3	5,1
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 167, Innere Medizin n = 149, Kinderheilkunde n = 97

Tab. 31: Bereitstellung von Ausscheidungsutensilien – Angaben in v.H.

Allerdings wird fast durchgängig die Übertragbarkeit auf andere Berufsgruppen attestiert. Bei den meisten Pflegedirektoren reicht als Qualifikation hierzu eine Einweisung aus. Von einem Viertel bis knapp einem Drittel der Befragten werden aber Vorkenntnisse zusätzlich zur Einweisung verlangt.

Eine etwas geringere, aber dennoch immer noch sehr hohe Zustimmungsquote liegt bei der Anreicherung der Utensilien vor. Nur in der Allgemeinchirurgie und in der Kinderheilkunde sind etwas mehr als 10% gegen eine Delegation dieser Tätigkeiten auf niedriger qualifiziertes Personal.

Anreichen der Utensilien	Allgemein- chirurgie	Innere Medizin	Kinderheil- kunde
Ja	90,4	94,8	90,9
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	42,2	43,9	51,5
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	39,8	40,6	32,3
ja, ohne Vorkenntnisse	8,4	10,3	7,1
Nein	9,6	5,2	9,1
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 167, Innere Medizin n = 149, Kinderheilkunde n = 97

Tab. 32: Anreichen der Utensilien – Angaben in v.H.

Keine Eineinigkeit herrscht dagegen darin, welche Qualifikation ein Mitarbeiter benötigt, um die Utensilien anzureichen. Sowohl in der Allgemeinchirurgie als auch in der Inneren Medizin sind gleich viele Pflegedirektoren für Vorkenntnisse mit Einweisung bzw. nur für Einweisungen. In der Kinderheilkunde spricht sich eine Mehrheit der Befragten für die höhere Qualifikation aus.

Deutlich zurückhaltender sind die Auffassungen bei der Hilfestellung bei Anwendung der Ausscheidungsutensilien. Es liegt zwar immer noch eine sehr hohe Zustimmungsquote vor, aber im Vergleich zu den vorgenannten Tätigkeiten fällt die Akzeptanz zur Übertragung hier verhaltener aus.

Hilfestellung bei Anwendung der Utensilien	Allgemein- chirurgie	Innere Medizin	Kinderheil- kunde
Ja	86,9	85,2	84,7
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	51,8	52,9	60,2
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	29,8	27,7	24,5
ja, ohne Vorkenntnisse	5,4	4,5	
Nein	13,1	14,8	15,3
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 167, Innere Medizin n = 149, Kinderheilkunde n = 97

Tab. 33: Hilfestellung bei Anwendung der Utensilien – Angaben in v.H.

Dies zeigt sich auch daran, dass hier für alle drei Fachabteilungen mehrheitlich eine Qualifikation mit Vorkenntnissen und Einweisung gefordert wird.

Ganz anders dagegen bei der Entsorgung der Utensilien. Hier liegt eine ähnlich hohe Zustimmung wie bei der Bereitstellung der Utensilien vor. In beiden Fällen liegt der Fokus der Tätigkeit weniger in einer patientennahen Tätigkeit als vielmehr in der Vorbereitung/ Nachbereitung einer solchen Tätigkeit. Die vor- bzw. nachbereitende Tätigkeit kann entsprechend von einer erfahrenen Pflegekraft überprüft werden.

Entsorgung der Utensilien	Allgemein- chirurgie	Innere Medizin	Kinderheil- kunde
Ja	97,0	98,1	92,9
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	32,1	31,0	36,7
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	50,6	52,3	37,8
ja, ohne Vorkenntnisse	14,3	14,8	18,4
Nein	3,0	1,9	7,1
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 167, Innere Medizin n = 149, Kinderheilkunde n = 97

Tab. 34: Entsorgung der Utensilien – Angaben in v.H.

Mit Ausnahme der Kinderheilkunde wird mit deutlicher Mehrheit betont, dass eine Einweisung für die Entsorgung der Utensilien ausreichend sei.

Wiederum größere Vorbehalte liegen in der Delegation des Wechsels von Inkontinenz-Hilfsmitteln bei mobilen Patienten vor. Jeweils mehr als 85% der Pflegedirektoren sehen dies für die Allgemeinchirurgie und die Innere Medizin als möglich an. In der Kinderheilkunde wird dies nur von rund 71% vertreten. Aufgrund der oben geschilderten konservativen Vorgehensweise wird daher diese Tätigkeit für die Kinderheilkunde nur als eingeschränkt möglich qualifiziert.

Wechsel von Inkontinenz-Hilfsmitteln (mobile Patienten)	Allgemein- chirurgie	Innere Medizin	Kinderheil- kunde
Ja	85,5	86,3	70,8
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	55,8	63,4	55,2
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	23,6	18,3	13,5
ja, ohne Vorkenntnisse	6,1	4,6	2,1
Nein	14,5	13,7	29,2
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 167, Innere Medizin n = 149, Kinderheilkunde n = 97

Tab. 35: Wechsel von Inkontinenz-Hilfsmitteln (mobile Patienten) – Angaben in v.H.

Für die beiden anderen Fachabteilungen werden als Qualifikation für die Mitarbeiter aber mehrheitlich Vorkenntnisse und Einweisung gefordert.

Eine etwas höhere Zustimmung lag bei der Begleitung zur Toilette bei mobilen Patienten und Patientenreinigung vor. Sowohl für die Allgemeinchirurgie und die Innere Medizin wird diese Tätigkeit als sehr gut delegierbar eingeschätzt. Für die Kinderheilkunde wird eine Delegation nur als möglich eingeschätzt.

Begleitung zur Toilette bei mobilen Patienten und Patientenreinigung	Allgemein- chirurgie	Innere Medizin	Kinderheil- kunde
Ja	90,4	94,2	88,8
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	47,9	55,8	61,2
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	35,3	30,5	22,4
ja, ohne Vorkenntnisse	7,2	7,8	5,1
Nein	9,6	5,8	11,2
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 167, Innere Medizin n = 149, Kinderheilkunde n = 97

Tab. 36: Begleitung zur Toilette bei mobilen Patienten und Patientenreinigung – Angaben in v.H.

Sofern eine Delegation dieser Tätigkeit als möglich eingeschätzt wird, wird überwiegend die Qualifikation „mit Vorkenntnissen und mit Einweisung“ gefordert.

Die Ergebnisse zeigen, dass vorbereitende und nachbereitende Tätigkeiten ohne größere Probleme auf Mitarbeiter mit geringerer Qualifikation übertragen werden könnten. Bei mobilen Patienten könnten darüber hinaus noch weitere einfache Tätigkeiten übertragen werden.

Tätigkeitsbereich „Bewegung und Lagerung“

Auf der Basis der „Pflege-Personalregelung“ sowie von Ergänzungen der Projektbegleitenden Arbeitsgruppe wurden einzelne Tätigkeiten identifiziert, die möglicherweise aus dem Themenkomplex „Bewegung und Lagerung“ an geringer qualifiziertes Personal übertragen werden könnten.

Für alle Fachabteilungen wurden 16 verschiedene Tätigkeiten den Pflegedienstleitungen zur Einschätzung vorgelegt.

Eine Delegation der Einweisung der Patienten im Umgang mit den Patientenbetten stößt bei der Allgemeinchirurgie und der Inneren Medizin auf hohe Akzeptanz. Eine große Akzeptanz liegt zwar ebenfalls in der Kinderheilkunde vor, aber im Vergleich zu den beiden anderen Abteilungen fällt diese dennoch ab. Erklärbar ist das u.U. auch mit dem Alter der in der Kinderheilkunde behandelten Patienten bzw. der Art der Betten, die nicht einen entsprechenden Erklärungsbedarf auslösen wie in der Chirurgie oder der Inneren Medizin.

Einweisung Patienten im Umgang mit Patientenbetten	Allgemeinchirurgie	Innere Medizin	Kinderheilkunde
Ja	93,3	94,2	83,0
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	49,7	50,0	55,3
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	35,8	37,0	26,6
ja, ohne Vorkenntnisse	7,9	7,1	1,1
Nein	6,7	5,8	17,0
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 167, Innere Medizin n = 149, Kinderheilkunde n = 97

Tab. 37: Einweisung des Patienten im Umgang mit Patientenbetten – Angaben in v.H.

Mehrheitlich werden Vorkenntnisse und Einweisung als Voraussetzung für die Durchführung dieser Aufgabe genannt.

Von allen Pflegedienstleitungen wird betont, dass das Betten machen ohne Patient auch von geringer qualifiziertem Personal übernommen werden kann. Hierbei wird überwiegend davon ausgegangen, dass eine Einweisung ausreichend sei.

Bett machen ohne Patient	Allgemeinchirurgie	Innere Medizin	Kinderheilkunde
Ja	100,0	100,0	100,0
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	14,5	11,0	18,2
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	57,8	59,1	54,5
ja, ohne Vorkenntnisse	27,7	29,9	27,3
Nein	0,0	0,0	0,0
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 167, Innere Medizin n = 149, Kinderheilkunde n = 97

Tab. 38: Bett machen ohne Patient – Angaben in v.H.

Im gleichen Sinne wird das frisch beziehen eines leeren Bettes beurteilt.

Leeres Bett frisch beziehen	Allgemeinchirurgie	Innere Medizin	Kinderheilkunde
Ja	100,0	100,0	100,0
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	8,4	9,0	13,1
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	55,1	52,9	47,5
ja, ohne Vorkenntnisse	36,5	38,1	39,4
Nein	0,0	0,0	0,0
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 167, Innere Medizin n = 149, Kinderheilkunde n = 97

Tab. 39: Leeres Bett frisch beziehen – Angaben in v.H.

Im Unterschied zur Mobilisationshilfe im Bett oder gar zur Mobilisationshilfe bei Bewegungseinschränkung wird die Mobilisationshilfe ohne Bewegungseinschränkung in der Allgemeinchirurgie und der Inneren Medizin als delegationsfähig angesehen. In der Kinderheilkunde ist man hier weitaus reservierter.

Mobilisationshilfe ohne Bewegungseinschränkung	Allgemeinchirurgie	Innere Medizin	Kinderheilkunde
Ja	85,3	81,2	69,8
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	62,0	59,1	58,3
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	17,8	16,8	9,4
ja, ohne Vorkenntnisse	5,5	5,4	2,1
Nein	14,7	18,8	30,2
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 167, Innere Medizin n = 149, Kinderheilkunde n = 97

Tab. 40: Mobilisationshilfe ohne Bewegungseinschränkung – Angaben in v.H.

Sofern eine Übertragbarkeit dieser Tätigkeit gesehen wird, sollte diese nur von Personal mit Vorkenntnissen und mit Einweisung durchgeführt werden. Die Tendenz zu einer vergleichsweise hohen Qualifikation ist eindeutig. Am ausgeprägtesten ist das in der Allgemeinchirurgie. Dies könnte mit der Art der in der Allgemeinchirurgie behandelten Patienten, in der Regel kurz nach einem operativen Eingriff, zusammenhängen.

Eine Delegation der Unterstützung des Patienten beim Verlassen des Bettes wird in der Allgemeinchirurgie und der Inneren Medizin als möglich eingeschätzt. In der Kinderheilkunde sieht man dies etwas skeptischer, so dass hier nur eine eingeschränkte Delegationsmöglichkeit gesehen wird.

Unterstützung des Patienten beim Verlassen des Betts	Allgemeinchirurgie	Innere Medizin	Kinderheilkunde
Ja	78,9	82,2	72,4
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	57,1	61,8	59,2
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	16,1	15,1	12,2
ja, ohne Vorkenntnisse	5,6	5,3	1,0
Nein	21,1	17,8	27,6
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 167, Innere Medizin n = 149, Kinderheilkunde n = 97

Tab. 41: Unterstützung des Patienten beim Verlassen des Betts – Angaben in v.H.

Eine Unterstützungsleistung für den Patienten sollte es nach Auffassung der überwiegenden Mehrheit der Pflegedienstleitungen aber nur von Mitarbeitern geben, die Vorkenntnisse besitzen und eine Einweisung erhalten haben.

Größere Zustimmung erhält die Delegation der Unterstützung eines mobilen Patienten beim An- und Auskleiden. Hier gaben jeweils über 90% der Befragten an, dass eine Übertragung an andere Berufsgruppen möglich sei.

Unterstützung des Patienten beim An-/Auskleiden ohne Bewegungseinschränkung	Allgemeinchirurgie	Innere Medizin	Kinderheilkunde
Ja	93,9	93,5	90,8
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	49,7	57,1	60,2
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	30,9	27,9	23,5
ja, ohne Vorkenntnisse	13,3	8,4	7,1
Nein	6,1	6,5	9,2
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 167, Innere Medizin n = 149, Kinderheilkunde n = 97

Tab. 42: Unterstützung des Patienten beim An-/ Auskleiden ohne Bewegungseinschränkung – Angaben in v.H.

Eine solche Übertragung setzt aber für die meisten Pflegedirektoren aber Vorkenntnisse und eine Einweisung voraus.

So gerade eben findet die Übertragung des Aktivierens zum Ankleiden für die Allgemeinchirurgie noch Akzeptanz. Genau drei Viertel der Befragten können sich hier eine Delegation vorstellen. Für die beiden anderen Fachabteilungen lag die Zustimmung etwas niedriger.

Aktivieren zum Ankleiden	Allgemeinchirurgie	Innere Medizin	Kinderheilkunde
Ja	75,0	72,4	72,7
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	45,7	46,7	50,5
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	22,0	17,8	15,2
ja, ohne Vorkenntnisse	7,3	7,9	7,1
Nein	25,0	27,6	27,3
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 167, Innere Medizin n = 149, Kinderheilkunde n = 97

Tab. 43: Aktivieren zum Ankleiden – Angaben in v.H.

Zusammenfassend lässt sich für den Bereich „Bewegung und Lagerung“ konstatieren, dass einerseits Tätigkeiten ohne direkten Patientenbezug, andererseits einfache Tätigkeiten mit dem Patienten als durchaus übertragbar angesehen werden. Immer dann, wenn Tätigkeiten

betroffen sind, die zu ihrer Ausführung nicht nur eine manuelle Kompetenz, sondern auch ein Wissen über den pflegerischen Hintergrund verlangen, wird die Übertragbarkeit dieser Tätigkeit von großen Teilen der Pflegedienstleitungen abgelehnt.

Tätigkeitsbereich „Weitere Tätigkeiten vom Check-in bis Check-out des Patienten“

Neben den schon behandelten Tätigkeiten gibt es darüber hinaus im Krankenhausalltag Verrichtungen, die häufig zum Aufgabengebiet der Pflegekräfte zählen. Inwieweit diese Tätigkeiten auf andere Berufsgruppen übertragen werden können, sollte hier ermittelt werden.

Vorgegeben wurden für die Allgemeinchirurgie 23 und für die beiden anderen Fachabteilungen 21 verschiedene Tätigkeiten. Die Tätigkeiten wurden von der Projektbegleitenden Arbeitsgruppe konsentiert und in den Erhebungsbogen aufgenommen.

Fast einhellig waren die Pflegedienstleitungen der Ansicht, dass das Auf- und Abrüsten der Patientenplätze auch von anderen Mitarbeitern als examinieren Pflegekräften erbracht werden kann.

Ab- und Aufrüsten der Patientenplätze	Allgemein- chirurgie	Innere Medizin	Kinderheil- kunde
Ja	99,4	100,0	96,8
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	14,8	20,8	26,3
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	67,5	64,9	54,7
ja, ohne Vorkenntnisse	17,2	14,3	15,8
Nein	0,6	0,0	3,2
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 167, Innere Medizin n = 149, Kinderheilkunde n = 97

Tab. 44: Ab- und Aufrüsten der Patientenplätze – Angaben in v.H.

Als Qualifikation reicht hierzu, so die überwiegende Anzahl der Befragten, eine Einweisung aus.

In die gleiche Richtung gehen die Aufrüstung und die Reinigung der Pflegewagen. Auch hier gab es große Übereinstimmung, dass eine Übertragung auf andere Mitarbeiter möglich sei. Wiederum wurde überwiegend betont, dass eine Einweisung hierfür ausreichend sei.

Pflegewagen aufrüsten und reinigen	Allgemein- chirurgie	Innere Medizin	Kinderheil- kunde
Ja	98,8	99,3	94,7
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	16,6	23,5	28,4
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	69,2	66,7	57,9
ja, ohne Vorkenntnisse	13,0	9,2	8,4
Nein	1,2	0,7	5,3
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 167, Innere Medizin n = 149, Kinderheilkunde n = 97

Tab. 45: Pflegewagen aufrüsten und reinigen – Angaben in v.H.

Die Beschriftung der Patientenzimmer kann ohne weiteres von geringer qualifiziertem Personal übernommen werden. Wiederum wird von der Mehrheit der Befragten eine Einweisung als Qualifikation hierfür als ausreichend angesehen.

Beschriftung der Patientenzimmer	Allgemein- chirurgie	Innere Medizin	Kinderheil- kunde
Ja	100,0	98,6	97,8
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	7,7	13,9	16,7
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	65,2	58,3	56,7
ja, ohne Vorkenntnisse	27,1	26,4	24,4
Nein	0,0	1,4	2,2
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 167, Innere Medizin n = 149, Kinderheilkunde n = 97

Tab. 46: Beschriftung des Patientenzimmers – Angaben in v.H.

Zurückhaltender wird die Erfassung der Personalien bei der Aufnahme beurteilt. Für die Kinderheilkunde stimmen einer Übertragung nur rd. 70% der Befragten zu. Bei den beiden anderen Fachabteilungen liegt die Zustimmungquote bei knapp über 80%.

Erfassung der Personalien des Patienten bei Aufnahme	Allgemein- chirurgie	Innere Medizin	Kinderheil- kunde
Ja	82,4	84,2	69,8
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	40,6	34,2	35,4
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	35,2	40,1	30,2
ja, ohne Vorkenntnisse	6,7	9,9	4,2
Nein	17,6	15,8	30,2
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 167, Innere Medizin n = 149, Kinderheilkunde n = 97

Tab. 47: Erfassung der Personalien des Patienten bei Aufnahme – Angaben in v.H.

Was die Qualifikation der Mitarbeiter angeht, die diese Tätigkeiten übernehmen könnten, gibt es durchaus unterschiedliche Auffassungen. Im Bereich der Allgemeinchirurgie betont die

Mehrheit der Pflegedienstleitungen, dass hierzu Vorkenntnisse und Einweisung erforderlich seien. In der Inneren Medizin wurde mehrheitlich eine Einweisung als ausreichend angesehen.

Deutlich stärker ist die Zustimmung dazu, dass das Austeilen von Fragebögen von anderen Berufsgruppen vorgenommen werden könnte. Jeweils mehr als 90% der Pflegedienstleitungen stimmen dieser Ansicht zu.

Austeilen von Fragebögen	Allgemein- chirurgie	Innere Medizin	Kinderheil- kunde
Ja	95,3	96,1	93,6
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	16,6	18,4	22,3
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	55,6	50,0	37,2
ja, ohne Vorkenntnisse	23,1	27,6	34,0
Nein	4,7	3,9	6,4
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 167, Innere Medizin n = 149, Kinderheilkunde n = 97

Tab. 48: Austeilen von Fragebögen – Angaben in v.H.

Von den meisten Befragten wird als Qualifikation eine Einweisung als ausreichend angesehen. Lediglich im Bereich der Kinderheilkunde tendiert mehr als ein Drittel der Pflegedienstleitungen zu der Auffassung, dass das Austeilen von Fragebögen auch ohne Vorkenntnisse möglich sei.

Fast alle Pflegedirektoren sehen die Vorstellung des Patientenzimmers als übertragbar an – zumindest für die Allgemeinchirurgie und die Innere Medizin. Etwas weniger hoch ist die Zustimmung im Bereich der Kinderheilkunde.

Vorstellung des Patientenzimmers	Allgemein- chirurgie	Innere Medizin	Kinderheil- kunde
Ja	97,0	98,1	88,7
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	25,7	25,3	27,8
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	56,9	57,1	45,4
ja, ohne Vorkenntnisse	14,4	15,6	15,5
Nein	3,0	1,9	11,3
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 167, Innere Medizin n = 149, Kinderheilkunde n = 97

Tab. 49: Vorstellung des Patientenzimmers – Angaben in v.H.

Ohne Vorkenntnisse, aber mit Einweisung reicht nach mehrheitlicher Auffassung aus, um die entsprechende Tätigkeit auszuführen.

Wiederum mehr als jeweils 90% der Befragten können sich vorstellen, dass das Erklären der Klingel/ Rufanlage, Telefon usw. auch von anderen Kräften als examinierten Pflegekräften durchgeführt werden könnte. Von den meisten Pflegedienstleitungen wird betont, dass hierfür eine Einweisung als Qualifikation ausreichend sei.

Erklären der Klingel/Rufanlage, Telefon usw.	Allgemein- chirurgie	Innere Medizin	Kinderheil- kunde
Ja	96,4	97,4	91,9
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	22,6	26,6	31,3
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	62,5	62,3	52,5
ja, ohne Vorkenntnisse	11,3	8,4	8,1
Nein	3,6	2,6	8,1
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 167, Innere Medizin n = 149, Kinderheilkunde n = 97

Tab. 50: Erklären der Klingel/ Rufanlage, Telefon uws. – Angaben in v.H.

Tendenziell in die gleiche Richtung geht es bei den Informationen über die sichere Aufbewahrung von Wertsachen. Zwar gibt es keine so große Zustimmungquote wie bei der vorgenannten Tätigkeit, aber es ist dennoch eindeutig, dass diese Tätigkeit nach Ansicht der überwiegenden Mehrzahl der Pflegedienstleitungen durchaus auch von anderen Berufsgruppen übernommen werden kann.

Information über sichere Aufbewahrung von Wertsachen	Allgemein- chirurgie	Innere Medizin	Kinderheil- kunde
Ja	92,2	93,5	85,3
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	22,8	28,1	28,4
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	59,9	56,9	49,5
ja, ohne Vorkenntnisse	9,6	8,5	7,4
Nein	7,8	6,5	14,7
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 167, Innere Medizin n = 149, Kinderheilkunde n = 97

Tab. 51: Information über sichere Aufbewahrung von Wertsachen– Angaben in v.H.

Als Qualifikation wird die Einweisung als ausreichend angesehen.

Deutlich zurückhaltender wird die Delegationsfähigkeit der Information des Patienten über den Stationsablauf beurteilt. Lediglich für die Allgemeinchirurgie und die Innere Medizin wird eine Delegation als möglich angesehen. Für die Kinderheilkunde spricht sich zwar ebenfalls eine deutliche Mehrheit für die Übertragung dieser Aufgabe aus, aber aufgrund der eingangs erwähnten konservativen Einschätzung wird hier davon ausgegangen, dass die Übertragung

dieser Tätigkeit nur eingeschränkt möglich ist. Maßgeblich für diese Beurteilung dürfte wiederum das Patientenklimentel sein. Gerade bei kleinen Kindern wird eine andere Form der Einweisung erforderlich sein als bei Erwachsenen. Häufig werden auch die Eltern mit eingebunden, so dass es sinnvoll sein kann, den Kontakt auf eine Personengruppe, nämlich die examinierten Pflegekräfte, zu begrenzen.

Information des Patienten über Stationsablauf	Allgemein- chirurgie	Innere Medizin	Kinderheil- kunde
Ja	80,4	79,7	73,7
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	41,7	38,6	42,4
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	35,1	35,9	28,3
ja, ohne Vorkenntnisse	3,6	5,2	3,0
Nein	19,6	20,3	26,3
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 167, Innere Medizin n = 149, Kinderheilkunde n = 97

Tab. 52: Information des Patienten über Stationsablauf – Angaben in v.H.

Bei der Qualifikation tendieren die meisten Pflegedienstleitungen dahin, Vorkenntnisse und Einweisungen zu verlangen. Allerdings geht auch ein nicht unerheblicher Anteil davon aus, dass eine Einweisung ausreichend sei.

Dass die Hilfestellung beim Koffer aus- und einpacken übertragbar sei, betonen in der Allgemeinchirurgie und der Inneren Medizin alle sowie in der Kinderheilkunde fast alle Pflegedienstleitungen.

Hilfestellung beim Koffer aus-/einpacken	Allgemein- chirurgie	Innere Medizin	Kinderheil- kunde
Ja	100,0	100,0	99,0
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	16,1	17,5	23,5
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	58,3	51,9	41,8
ja, ohne Vorkenntnisse	25,6	30,5	33,7
Nein	0,0	0,0	1,0
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 167, Innere Medizin n = 149, Kinderheilkunde n = 97

Tab. 53: Hilfestellung beim Koffer aus-/ einpacken – Angaben in v.H.

Überwiegend wird hier eine Einweisung als ausreichende Qualifikation angesehen. Vielfach wird selbst dies als nicht erforderlich herausgestellt.

Jeweils über 90% der befragten Pflegedienstleitungen sehen für die Allgemeinchirurgie und die Innere Medizin eine Möglichkeit, die Mitbetreuung von Begleitpersonen auf andere

Berufsgruppe zu übertragen. Diese Auffassung wird für die Kinderheilkunde nur von rd. 83% der Befragten geteilt.

Mitbetreuung von Begleitpersonen	Allgemein- chirurgie	Innere Medizin	Kinderheil- kunde
Ja	95,0	90,5	82,3
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	32,1	29,7	36,5
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	44,7	43,2	34,4
ja, ohne Vorkenntnisse	18,2	17,6	11,5
Nein	5,0	9,5	17,7
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 167, Innere Medizin n = 149, Kinderheilkunde n = 97

Tab. 54: Mitbetreuung von Begleitpersonen – Angaben in v.H.

Unterschiedlich ist auch die Beurteilung, welche Qualifikation die Mitarbeiter der anderen Berufsgruppe aufweisen sollen. Während für die Allgemeinchirurgie und die Innere Medizin die Befragten dazu tendieren, nur eine Einweisung als erforderlich anzusehen, sehen in der Kinderheilkunde fast gleich große Anteile die Notwendigkeit, „Vorkenntnisse und Einweisung“ bzw. eine „Einweisung“ vorzuweisen.

Einheitlich ist dagegen die Auffassung bei der Entsorgung des pflegerischen Sachbedarfs aus dem Umfeld des Patientenplatzes. Fast alle Pflegedienstleitungen können sich vorstellen, diese Tätigkeit an geringer qualifiziertes Personal abzugeben.

Entsorgung des pflegerischen Sachbedarfs aus dem Umfeld des Patientenplatzes	Allgemein- chirurgie	Innere Medizin	Kinderheil- kunde
Ja	96,3	98,0	97,9
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	25,0	30,9	36,1
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	62,2	53,9	49,5
ja, ohne Vorkenntnisse	9,1	13,2	12,4
Nein	3,7	2,0	2,1
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 167, Innere Medizin n = 149, Kinderheilkunde n = 97

Tab. 55: Entsorgung des pflegerischen Sachbedarfs aus dem Umfeld des Patientenplatzes – Angaben in v.H.

Was die Qualifikation angeht, wird überwiegend eine Einweisung als ausreichend angesehen. Allerdings gehen in der Inneren Medizin und vor allem in der Kinderheilkunde doch eine Reihe von Befragten von einer höheren Qualifikation, nämlich „Vorkenntnisse und Einweisung“, aus.

Über 90% der Pflegedienstleitungen gehen davon aus, dass die Weiterleitung von Telefonanrufen auch von anderen Berufsgruppen vorgenommen werden können. Als Qualifikation wird mehrheitlich eine Einweisung als ausreichend angesehen.

Weiterleitung von Telefonanrufen	Allgemein- chirurgie	Innere Medizin	Kinderheil- kunde
Ja	93,9	94,7	91,8
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	26,7	34,2	30,6
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	55,2	48,7	46,9
ja, ohne Vorkenntnisse	12,1	11,8	14,3
Nein	6,1	5,3	8,2
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 167, Innere Medizin n = 149, Kinderheilkunde n = 97

Tab. 56: Weiterleitung von Telefonanrufen – Angaben in v.H.

Zurückhaltender ist die Einschätzung darüber, ob Klingelgänge delegiert werden können. Die Zustimmungsquote liegt hier nur noch zwischen 81 und 87%.

Klingelgänge	Allgemein- chirurgie	Innere Medizin	Kinderheil- kunde
Ja	87,0	87,1	80,9
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	38,9	51,7	47,9
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	37,7	25,2	28,7
ja, ohne Vorkenntnisse	10,5	10,2	4,3
Nein	13,0	12,9	19,1
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 167, Innere Medizin n = 149, Kinderheilkunde n = 97

Tab. 57: Klingelgänge – Angaben in v.H.

Für die Innere Medizin und die Kinderheilkunde werden Vorkenntnisse und Einweisung als Qualifikation verlangt. In der Allgemeinchirurgie tendieren annähernd gleich große Gruppen von dieser Qualifikation oder von einer reinen Einweisung aus.

Beinahe einhellig wird das Aufräumen, Aufrüsten von Stationsküche, Schmutzraum und Patientenbad als delegationsfähig angesehen. Von der überwiegenden Mehrheit der Befragten wird eine Einweisung als ausreichende Qualifikation angesehen.

Aufräumen,Aufrüsten von Stationsküche, Schmutzraum, Patientenbad	Allgemein- chirurgie	Innere Medizin	Kinderheil- kunde
Ja	100,0	99,4	100,0
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	13,3	18,2	19,4
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	65,7	55,8	53,1
ja, ohne Vorkenntnisse	21,1	25,3	27,6
Nein	0,0	0,6	0,0
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 167, Innere Medizin n = 149, Kinderheilkunde n = 97

Tab. 58: Aufräumen, Aufrüsten von Stationsküche, Schmutzraum, Patientenbad – Angaben in v.H.

Etwas anders gelagert ist das Abheften der Patientenakte. Auch hier herrscht wiederum eine große Zustimmung, diese Verrichtung durchaus auch auf andere Berufsgruppen zu übertragen.

Patientenakte abheften	Allgemein- chirurgie	Innere Medizin	Kinderheil- kunde
Ja	92,8	94,2	91,6
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	33,5	34,4	37,9
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	52,1	49,4	44,2
ja, ohne Vorkenntnisse	7,2	10,4	9,5
Nein	7,2	5,8	8,4
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 167, Innere Medizin n = 149, Kinderheilkunde n = 97

Tab. 59: Patientenakte abheften – Angaben in v.H.

In Bezug auf die Qualifikation wird von der Mehrheit der Befragten eine Einweisung gefordert. Allerdings betont jeweils mehr als ein Drittel, dass Vorkenntnisse und Einweisung notwendig seien, um diese Tätigkeit auszuführen.

Die Instrumentenaufbereitung könnte nach Meinung der Pflegedienstleitungen auch von geringer qualifiziertem Personal erledigt werden. Jeweils mehr als 80% der Pflegedienstleitungen schätzen diese Tätigkeit als delegationsfähig ein.

Instrumentenaufbereitung	Allgemein- chirurgie	Innere Medizin	Kinderheil- kunde
Ja	83,2	84,1	83,3
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	55,3	53,0	62,5
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	24,2	25,2	16,7
ja, ohne Vorkenntnisse	3,7	6,0	4,2
Nein	16,8	15,9	16,7
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 167, Innere Medizin n = 149, Kinderheilkunde n = 97

Tab. 60: Instrumentenaufbereitung – Angaben in v.H.

Einigkeit besteht auch in der geforderten Qualifikation: jeweils mehr als die Hälfte der Befragten hält Vorkenntnisse und Einweisung für erforderlich, um die Instrumente aufzubereiten.

Wiederum beinahe einhellig sind die Pflegedienstleitungen der Auffassung, dass Botengänge auch von anderen Berufsgruppen ausgeführt werden können.

Botengänge	Allgemein- chirurgie	Innere Medizin	Kinderheil- kunde
Ja	99,4	100,0	100,0
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	8,4	13,1	12,4
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	57,2	56,9	47,4
ja, ohne Vorkenntnisse	33,7	30,1	40,2
Nein	0,6	0,0	0,0
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Allgemeinchirurgie n = 167, Innere Medizin n = 149, Kinderheilkunde n = 97

Tab. 61: Botengänge – Angaben in v.H.

Die überwiegende Mehrzahl der Befragten ist der Auffassung, dass hierzu eine Einweisung ausreicht. Nicht wenige gehen aber auch davon aus, dass man Botengänge auch ohne Einweisung erledigen könne.

Zusammenfassend kann man feststellen, dass die meisten Tätigkeiten in diesem Bereich als durchaus delegationsfähig angesehen werden. Nur bei den Tätigkeiten, die einige Kenntnisse im pflegerischen/ medizinischen Bereich erfordern, bestehen größere Vorbehalte seitens der Pflegedienstleitungen.

Tätigkeitsbereich „Zusätzliche Tätigkeiten in der Kinderheilkunde“

Aufgrund von Besonderheiten in der Kinderheilkunde wurden für diese Fachabteilung acht weitere Tätigkeiten zur Beurteilung vorgelegt. Die Tätigkeiten wurden von der Projektbegleitenden Arbeitsgruppe konsentiert und in den Erhebungsbogen aufgenommen.

Die überwiegende Anzahl der Pflegedienstleitungen kam zu der Auffassung, dass die Bereitstellung/ Nachbereitung von Lektüre, Spiel-, Mal- und Bastelmaterial durchaus auch von anders qualifizierten Kräften übernommen werden kann.

Bereitstellung/ Nachbereitung Lektüre, Spiel-, Mal- und Bastelmaterial	Kinderheilkunde
Ja	94,8
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	37,1
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	41,2
ja, ohne Vorkenntnisse	16,5
Nein	5,2
Gesamt	100,0

Kinderheilkunde n = 97

Tab. 62: Bereitstellung/ Nachbereitung von Lektüre, Spiel-, Mal- und Bastelmaterial – Angaben in v.H.

Hinsichtlich der Qualifikation wurde von in etwa gleich großen Gruppen „Vorkenntnisse und Einweisung“ bzw. nur „Einweisung“ präferiert.

Einhellige Auffassung war es, dass das Vorlesen von Büchern oder das Erzählen von Geschichten auf andere Berufsgruppen delegiert werden könne.

Vorlesen / Erzählen	Kinderheilkunde
Ja	99,0
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	24,7
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	39,2
ja, ohne Vorkenntnisse	35,1
Nein	1,0
Gesamt	100,0

Kinderheilkunde n = 97

Tab. 63: Vorlesen/ Erzählen – Angaben in v.H.

Geteilter Meinung sind die Pflegedienstleitungen aber hinsichtlich der benötigten Qualifikation. Hier werden alle drei vorgegebenen Qualifikationsstufen von zahlreichen Befragten favorisiert.

Mit dem „Spielen und Basteln mit Kindern und Jugendlichen“ ist es genauso. Wiederum wird von fast allen Pflegedienstleitungen die Delegationsfähigkeit dieser Tätigkeit herausgestellt. Hinsichtlich der Qualifikation der Mitarbeiter, an die diese Tätigkeit übertragen werden kann, besteht ein leichtes Übergewicht für die Qualifikation „ohne Vorkenntnisse, aber mit Einweisung“.

Spielen und Basteln mit Kindern/Jugendlichen	Kinderheil- kunde
Ja	96,9
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	32,7
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	39,8
ja, ohne Vorkenntnisse	24,5
Nein	3,1
Gesamt	100,0

Kinderheilkunde n = 98

Tab. 64: Spielen und Basteln mit Kindern und Jugendlichen – Angaben in v.H.

Ein etwas geringerer Anteil der Befragten, nämlich 87%, sieht in der „Anleitung/Überwachung von Hausaufgaben“ gleichfalls einen Bereich, der von der Pflege auf andere Berufsgruppen übertragen werden könnte.

Anleitung/Überwachung von Hausaufgaben	Kinderheil- kunde
Ja	87,1
ja, mit Vorkenntnissen und mit Einweisung	49,5
ja, ohne Vorkenntnisse, mit Einweisung	20,4
ja, ohne Vorkenntnisse	17,2
Nein	12,9
Gesamt	100,0

Kinderheilkunde n = 93

Tab. 65: Anleitung/ Überwachung von Hausaufgaben – Angaben in v.H.

Auch bei den zusätzlichen Tätigkeiten in der Kinderheilkunde ist das gleiche Muster wie bei den anderen Tätigkeitsbereichen festzustellen: Immer dann, wenn eine spezifische pflegerische Kompetenz eine Rolle spielt, bestehen große Vorbehalte gegen eine Delegation

von Tätigkeiten. So wird beispielsweise die alterstypische spielerische Wahrnehmungsförderung nur von 46% der Pflegedienstleitungen als delegationsfähig angesehen.

Dagegen werden die Tätigkeiten, die nicht primär oder überwiegend eine Wahrnehmungskompetenz erfordern, durchaus als übertragbar angesehen.

Resümee

Die vorliegende Erhebung hatte zum Ziel, Tätigkeiten zu identifizieren, die ggf. vom Pflegedienst an andere Berufsgruppen im Krankenhaus übertragen werden könnten. Bei den aufgeführten Tätigkeiten handelt es sich überwiegend um Tätigkeiten aus dem Bereich der Grundpflege.

Betrachtet man zusammenfassend die Antworten in den verschiedenen Bereichen, so lässt sich feststellen, dass einfachere Tätigkeiten bzw. patientennahe Hilfstätigkeiten als durchaus übertragbar angesehen werden. Dies gilt insbesondere dann, wenn keine spezifische pflegerische Kompetenz von der Übertragung betroffen ist. Schließlich werden auch vorbereitende und nachbereitende Tätigkeiten als auf Mitarbeiter mit geringerer Qualifikation übertragbar eingeschätzt.

Als nicht übertragbar werden zwei verschiedene Arten von Tätigkeiten qualifiziert, wobei der Übergang zwischen den beiden fließend ist. Es handelt sich zum einen um Tätigkeiten, bei denen es bei einer unsachgemäßen Ausführung zu durchaus schweren Patientenschädigungen kommen könnte. Zum anderen sind Tätigkeiten betroffen, bei denen es nicht nur um das „handwerkliche“ Know-how, sondern auch um die Wahrnehmung des Gesundheitszustandes des Patienten geht. In beiden Fällen ist eine spezifische Kompetenz gefordert, die eine gründliche Ausbildung verlangt wie beispielsweise diejenige, über die examinierten Pflegekräfte verfügen.

Damit liegt ein Katalog von Tätigkeiten vor, der von der überwiegenden Mehrzahl der befragten Pflegedienstleitungen als delegationsfähig eingestuft wird. Das bedeutet aber noch nicht, dass diese Tätigkeiten in der Krankenhauspraxis tatsächlich auch auf andere Berufsgruppen übertragen werden können. Hierzu sind noch weitere Überlegungen anzustellen, die einerseits Rahmenbedingungen für die Delegation betreffen, andererseits die Zusammenfassung einzelner Tätigkeiten zu *sinnvollen* Stellenbeschreibungen. Schließlich gilt es den Patientenmix zu berücksichtigen. Liegt der Anteil der Langlieger oder

der besonders schwerkranken Patienten überdurchschnittlich hoch, sind andere Bedingungen und Gegebenheiten zu berücksichtigen als in Abteilungen, bei denen überwiegend „Normallieger“ oder gar „Kurzlieger“ behandelt werden.

Auf der anderen Seite liegt eine Übersicht über Tätigkeiten vor, bei denen die Pflegedienstleitungen Probleme sehen, sollten sie an geringer qualifizierte Kräfte übertragen werden. Bei diesen Tätigkeiten sollte in jedem Einzelfalle und in jedem Krankenhaus gründlich überprüft werden, ob sie überhaupt übertragen werden und – sofern dies der Fall sein sollte – unter welchen Bedingungen.

4.2.2 Beispiele für die Übertragung von Aufgaben des Pflegedienstes

Die patientennahen stationsinternen Tätigkeiten umfassen die gesamte Bandbreite von Tätigkeiten in der direkten Interaktion mit dem Patienten auf Station. Hierzu zählen neben den Aufgaben im grundpflegerischen Bereich auch Service- und Assistenz Tätigkeiten für den Patienten.

Im Folgenden werden zunächst zwei Beispiele aus der Krankenhauspraxis für die Übertragung von Tätigkeiten aus dem Bereich der Grundpflege auf andere Berufsgruppen betrachtet. Es zeigt sich, dass unterschiedliche Lösungen gewählt werden können, um Tätigkeitsfelder (nicht: einzelne Tätigkeiten oder Verrichtungen!) an anders qualifizierte Mitarbeiter zu übertragen. Gemeinsam ist beiden Beispielen der verantwortliche Umgang mit den zu übertragenden Aufgaben. Ohne eine umfangreiche Qualifizierung kann die Übertragung nicht funktionieren. Sie kann aber auch nur dann funktionieren, wenn die Kompetenzen sehr deutlich festgelegt sind. Die examinierten Pflegekräfte müssen wissen, was sie unter welchen Bedingungen übertragen dürfen und die Pflegeassistentinnen müssen wissen, welche Aufgaben sie übernehmen dürfen und welche nicht.

Praxisbeispiele Pflegeassistenz

Im Folgenden sollen zwei unterschiedliche Ansätze dargestellt werden. Bei dem einen Ansatz geht es darum, Pflegeassistenten als Entlastung für die examinierten Pflegekräfte einzusetzen. Der andere Ansatz geht von den examinierten Pflegekräften aus und fragt, welche Tätigkeiten von diesen und welche Tätigkeiten von Anderen erbracht werden können.

Die Asklepios Kliniken GmbH führen in ihren Kliniken so genannte „Pflegeassistenten“ ein. Diese neue Berufsgruppe wird in rd. 900 Stunden auf ihre Aufgaben vorbereitet. Hierbei

nimmt die praktische Vermittlung der Tätigkeiten mit etwa 654 Stunden den Großteil der Qualifizierung ein.

Als Voraussetzungen für die Qualifizierung werden u.a. patientenorientierte Umgangsformen, Bereitschaft zum stationsübergreifenden Einsatz sowie gute Deutschkenntnisse genannt. Ein wichtiges Ziel, welches vermittelt werden soll, ist die selbständige Durchführung der erlernten Tätigkeiten.

Folgende Aufgabenschwerpunkte sind für die Pflegeassistenten vorgesehen:

- Mithilfe bei der Pflege,
- Unterstützung der Patienten (Körperpflege, Aufnahme von Mahlzeiten ...)
- Begleitung der Patienten (Untersuchungen, Behandlungen, Spaziergänge ...)
- Hauswirtschaftliche Tätigkeiten (Betten beziehen/ machen, Ordnung in Patientenzimmern...)
- Bereiten von Zwischenmahlzeiten/ Tee und servieren
- Auf tägliche Wünsche und Bedürfnisse von Patienten eingehen
- Beratung von Patienten bei täglichen Problemen -> beobachten, zuhören, zureden, handeln.

Das St. Marien-Hospital Borken hat einen anderen Weg beschritten. Ausgangspunkt war hier die Zuordnung von Tätigkeiten zu definierten Kompetenzstufen.¹⁶

In einem mehrjährigen Prozess erfolgte eine Zuordnung von einzelnen Tätigkeiten zu vier Kompetenzstufen. Eine herauszustellende Besonderheit ist, dass in den nachfolgend zitierten Dokumenten nicht nur darauf eingegangen wird, wer welche Tätigkeit durchzuführen hat, sondern dass auch immer die Frage nach dem „Warum“ gestellt und beantwortet wird. Insgesamt 247 Tätigkeiten wurden diskutiert und dokumentiert.

Ein Beispiel für die Kompetenzstufe 1, also für eine Tätigkeit, die ausschließlich durch examinierte Pflegefachkräfte durchgeführt werden darf, wird in Frage 82 formuliert. Sie lautet:

¹⁶ Die im Folgenden zitierten Dokumente des St. Marien-Hospitals Borken GmbH wurden mir freundlicherweise von der Pflegedirektorin Elisabeth Rößmann zur Verfügung gestellt.

Frage 82: Ich leite PatientInnen beim Waschen an und/oder aktiviere sie zur Mitarbeit bei der Körperpflege.

Wer führt die Tätigkeit durch?

- Kompetenzstufe 1 (ab Mitte des OK an ExamensschülerInnen übertragbar)

Wie häufig wird die Tätigkeit durchgeführt?

- maximal 1x / Tag;

Wann erfolgt das Angebot?

- im Rahmen der normalen Körperpflege;

Warum führe ich diese Tätigkeit durch?

- die Grundannahme ist, dass die PatientInnen angeleitet werden wollen und die pflegfachliche Notwendigkeit dazu besteht;
- Hilfe zur Selbsthilfe;
- aktivierende Pflege nach dem jeweiligen Krankheitsbild unter Berücksichtigung der individuellen Ressourcen unter Einbindung der entsprechenden Pflegekonzepte;
- Wohlbefinden erzeugen;
- Steigerung des Selbstwertgefühls;

Was passiert bei Nichtangebot oder reduziertem Angebot?

- Reduzierung der individuellen Ressourcen durch mangelnde Förderung;
- Erhöhung des Pflegebedarfs;
- Verlängerung der Verweildauer;

Welche besonderen Qualitätsmerkmale sind mit dieser Tätigkeit verbunden?

- die Einbeziehung der Angehörigen auf Wunsch der PatientInnen, nach entsprechender Beratung und Anleitung, hat Priorität und ist im Rahmen des Pflegeprozesses entsprechend zu berücksichtigen;
- Wissen um Pflegekonzepte und deren praktischer Umsetzung;
- Beziehungsarbeit nach den Vorgaben der pflegerischen Leitgedanken der St. Marien-Hospital Borken GmbH;

An diesem Beispiel wird deutlich, warum diese Tätigkeit ausschließlich den examinierten Pflegekräften vorbehalten ist. Die Pflegekräfte müssen nicht nur über die entsprechenden „handwerklichen“ Kompetenzen zur Durchführung dieser Tätigkeit verfügen, sondern auch über ein umfassendes Kenntnisniveau, welches es ihnen erlaubt, situativ zu erkennen, welche Fertigkeiten angewendet werden können und welche Bedürfnisse der Patient hat. Schließlich handelt es sich um eine Tätigkeit, deren Nicht- oder Schlechtleistung zu gesundheitlichen Problemen des Patienten führen können.

Als Beispiel für eine teilweise delegierbare Tätigkeit die

Frage 3: Ich helfe PatientInnen vom Bett in den Stuhl/ Sessel oder umgekehrt

Wer führt die Tätigkeit durch?

- Kompetenzstufe 3

Wie häufig wird die Tätigkeit durchgeführt?

- die Häufigkeit richtet sich nach den individuellen Bedürfnissen der PatientInnen unter Berücksichtigung der Wahrung ihrer/seiner Selbstständigkeit, sowie zu den jeweiligen Hauptmahlzeiten;

Wann erfolgt das Angebot?

- zu den Hauptmahlzeiten Frühstück, Mittag und Abend;
- zur Körperpflege;
- zur Unterstützung bei der Ausscheidung;
- situativ;

Warum führe ich diese Tätigkeit durch?

- um die Eigenständigkeit der PatientInnen zu fördern (Hilfe zur Selbsthilfe);
- Sicherheit geben;
- zur Herstellung von Normalität;
- verstärkte Wirkung der prophylaktischen Maßnahmen;
- Erhöhung der Vitalität und Mobilität, die eine effektivere Beteiligung am Diagnose- und/oder Therapieprozess impliziert (Verweildauerreduzierung);

Was passiert bei Nichtangebot oder reduziertem Angebot?

- Unzufriedenheit wegen Abweichung von der Normalität (z.B. Essen im Bett);
- Steigerung der Klingelfrequenz;
- Aspirations- und/oder Verbrühungsgefahr bei der Nahrungsaufnahme;
- Appetitlosigkeit mit entsprechenden Folgen für den Allgemeinzustand (Malnutrition);
- Reduzierung der Vitalität mit entsprechender Erhöhung des Dekubitus-, Pneumonie-, Kontrakturen- und/oder Thromboserisikos;
- Intensivierung der prophylaktischen Maßnahmen zur Schadensabwehr;

Welche besonderen Qualitätsmerkmale sind mit dieser Tätigkeit verbunden?

- Neben dem Herstellen der Normalität ist ein besonderer Augenmerk auf die kommunikativen Möglichkeiten der PatientInnen zu legen (Einhaltung der Kommunikationsebene);
- Das Wissen um die Bedeutung von Mobilität und Vitalität für einen erfolgreichen Therapieverlauf;
- die Einbeziehung der Angehörigen auf Wunsch der PatientInnen hat Priorität und ist im Rahmen des Pflegeprozesses entsprechend zu berücksichtigen;

Anmerkungen/Besonderheiten:

- diese Tätigkeit ist nicht zu delegieren bei Menschen mit vitalen Indikationen und/oder bei Menschen ohne eigene körperliche und/oder geistige Kompensationsmöglichkeiten (z.B. Menschen mit Paresen, frischen Verletzungen der Bandscheiben, instabiler Wirbelsäule, Plasmozytom, frischen Gelenkoperationen, starke Osteoporose, WachkomapatientInnen etc.);

Diese Tätigkeit kann an nicht ausgebildete Pflegepersonen übertragen werden, aber nur, wenn sich die examinierte Pflegekraft davon überzeugt hat, dass eine Übertragung aus

pflegefachlicher Sicht möglich ist. Hier wird somit die Expertise der Pflegekraft vorgeschaltet, so dass eine Delegation nur jeweils im Einzelfalle und nicht grundsätzlich möglich und erlaubt ist.

Eine weitere Einschränkung erfährt die Übertragbarkeit darin, dass explizit bestimmte Personengruppen von der Delegation dieser Tätigkeit ausgeschlossen sind. Bei dieser Patientengruppe darf die Unterstützung des Patienten daher auch nur und ausschließlich von examinierten Pflegekräften durchgeführt werden.

Die Tätigkeiten, die in die Kompetenzstufe 4 fallen, *dürfen nicht* von Pflegefachkräften ausgeführt werden. Verantwortlich für die Durchführung sind die Nicht-Pflegefachkräfte. Nur dann, wenn diese nicht zur Verfügung stehen, dürfen examinierte Pflegekräfte die Arbeiten übernehmen.

Zu den delegierbaren Tätigkeiten zählen u.a.

- Administrative Tätigkeiten
 - „Ich suche alle Unterlagen (PatientInnenkurve, Krankengeschichte, Röntgentüten usw.) zusammen.“
 - „Ich führe die PatientInnen administrativ in der EDV.“
- Servicetätigkeiten
 - „Ich packe die Sachen von PatientInnen zusammen.“
 - „Ich besorge für Neuaufnahmen etwas zu essen und zu trinken.“
- Reinigungstätigkeiten
 - „Ich reinige das Zimmer (Schrank, Wand, Regale) nach der Entlassung.“
 - „Ich reinige Nachtschränkchen.“
 - „Ich reinige Betten (Auswaschen, Beziehen).“
- Logistik
 - „Ich prüfe den Bestand und bestelle Medikamente.“
 - „Ich prüfe den Bestand und bestelle Sterilgut (Verbandscheren, Pinzetten, scharfe Löffel usw.).“

- Hol- und Bringendienste
 - „Ich besorge das nötige Lagerungsmaterial, z.B. Keil, Kissen, Schienen.“
 - „Ich bringe Blut zum Labor.“
- Entsorgungstätigkeiten
 - „Nach der Blutentnahme desinfiziere oder entsorge ich das benutzte Material.“
 - „Ich entsorge Müll/Altpapier/Altglas aus PatientInnenzimmern, Schwesternzimmer.“

Das Beispiel des St. Marien-Hospitals Borken belegt, dass eine Reihe von Tätigkeiten, die zu den Aufgabengebieten der Pflege gehörten, durchaus auch an geringer qualifizierte Kräfte übertragen werden können. Zu berücksichtigen ist hierbei aber, dass die sehr sorgfältig erstellten und durchdachten Verfahrensanweisungen in einem zeitintensiven Prozess zustande gekommen sind. Vorteilhaft ist auf jeden Fall, dass eine Pflegekonzeption gelebt wird. Allen Mitarbeitern wird für alle relevanten Tätigkeiten transparent, welche Tätigkeiten von wem und warum zu erfüllen sind.

Einen Schwerpunkt der Übertragung von patientennahen stationsinternen Tätigkeiten stellt der Servicebereich dar. Hier werden bestimmte Tätigkeiten, die nicht oder nur sehr eingeschränkt zur Grundpflege zählen, an bestimmte Berufsgruppen übertragen. Im Folgenden werden einige Praxisbeispiele kurz dargestellt.

Praxisbeispiele Servicekräfte

Im Klinikum Fürth verfügen alle Stationen über hauswirtschaftliche Servicekräfte, die den Patienten unterstützend zur Seite stehen.¹⁷

Die hauswirtschaftliche Servicekraft wird zur Unterstützung der Pflegefachkräfte eingesetzt. Sie unterliegt den Weisungen der Pflegefachkräfte. Insbesondere die patientennahen Tätigkeiten werden auf Anweisung einer Pflegefachkraft ausgeführt.

Zu den Tätigkeiten gehören im Einzelnen:

¹⁷ Das Stellenprofil „hauswirtschaftliche Servicekraft“ wurde dankenswerter Weise von der Pflegemanagerin des Klinikums Fürth, Frau Irene Hößl, zur Verfügung gestellt.

Patientennahe Tätigkeiten:

- Betten machen bei mobilen Patienten
- Getränkeservice
- Mithilfe beim Verteilen der Mahlzeiten
- Anrichten der Speisen
- Unterstützung von Patienten, die selbständig essen können (ohne Risiken wie z.B. Kau- und Schluckstörungen!!!) auf Anweisung der verantwortlichen Pflegekraft
- Mithilfe beim Abtragen des Geschirrs
- Information des Pflegepersonals über gegessene Menge
- nach Absprache mit der Stationsleitung kleinere Besorgungen für Patienten
- Unterstützung der Patienten beim Laden der Telefonkarte
- Begleitung einer Pflegekraft bei Patientenverlegung und –abholung

Aufgaben in der Speiserversorgung:

- EDV-gestützte Befragung der Patienten nach ihren Essenswünschen (Priorität im Ablauf)
- Abfrage von Non-food-Artikeln (z. B. Zeitungen)
- Täglicher Datenbankabgleich am PC
- Absprachen mit den Pflegefachkräften bei speziellen Kostformen, Kostformänderungen
- Informationsweitergabe an die leitenden Diätassistentin/ Diätküchenleiterin, die Stationsleitung bzw. zuständige Pflegekraft und die Stationsärzte
- Kurzfristige Menüänderungen bei Patienten mit besonderen Diäten oder Privatpatienten durch telefonische Rücksprache mit den Diätassistentinnen
- Rücksprache mit den Diätassistentinnen bei individuellen Unverträglichkeiten und Allergien der Patienten
- Beachtung der fachlichen Weisungen der Küchenleitung bzw. der leitenden Diätassistentin

Darüber hinaus gehören hierzu noch Aufgaben im Bereich der patientenfernen stationsinternen Tätigkeiten, auf die gleich noch eingegangen wird.

Das Universitätsklinikum setzt seit wenigen Jahren Hotelfachkräfte als Entlastung des Pflegepersonals auf Stationen ein.¹⁸

Zu den Tätigkeiten zählen im Einzelnen¹⁹:

Check in der Patienten

- Abholung der Patienten und Begleitung auf Station
- Koffer ausräumen und einräumen in Schrank
- Einweisung in das Patientenzimmer
- Erklärung des Patientenrufes, Medien

Essen und Beverage

- Erfassung von Essenswünschen und Bestellung
- Servieren der Speisen (dekorieren Speisen nach)
- Servieren fachgerecht „preisen die Speisen an“
- Nehmen Änderungswünsche entgegen und geben dies via EDV weiter (es funktioniert)

Bestellungen und Lagerhaltung

- Küche
- Einräumen und Verwalten
- Ver- und Entsorgung (Küche)

Mobile Patienten

- Betten frisch machen
- Umfeld des Patienten in Ordnung halten
- „Erzeugt Wohlbefinden für den Patienten“
- Empfang der Angehörigen und Pflege der Blumen

¹⁸ Vgl. etwa http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/uploads/media/pm160_08.pdf.

¹⁹ Vgl. Först, David: Moderne Konzepte der innerbetrieblichen Zusammenarbeit: Serviceassistent, http://www.vdgh.de/images/downloads/veroeffentlichungen-gesetze/internet/16_vkd/foerst.pdf, Berlin 2008.

Erfüllen von Patientenwünschen

- Besorgungen, Telefonate, Organisieren

Check-Out der Patienten

- Bahnauskunft
- Taxi
- Koffer packen
- Begleitung zum Ausgang
- Verabschiedung
- Ein positiver Eindruck bleibt: „Ich komme wieder, wie im Hotel“

• Nach Entlassung des Patienten

- Wechseln der gebrauchten Gegenstände

Im Rahmen des Modellprojekts „Servicehelfer im Sozial- und Gesundheitswesen“ der Robert-Bosch-Stiftung haben mehrere Krankenhäuser Ausbildungsverhältnisse für Servicehelfer angeboten.²⁰ Darunter war u.a. das Klinikum Augsburg, welches in mehreren klinikinternen Publikationen über die Erfolge berichtet hat.²¹

Zu den Aufgaben der Servicehelfer zählen keine Pflegetätigkeiten. Die Aufgaben umfassen u.a.:

- Begleitung der Patienten auf ihr Zimmer
- Einweisung der Patienten
- Anmeldung von Telefon und Fernsehen
- Aufladen der Wertkarten
- Besorgungen für Patienten
- Bettentransport
- Essenverteilung

²⁰ Vgl. u.a. <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/16628.asp> sowie Teigeler, Brigitte: Modellprojekt Servicehelfer: Service als Chance, in: Die Schwester/ Der Pfleger 48 (2009), S.1-3.

²¹ Vgl. http://www.klinikum-augsburg.de/299/Projekte_und_Innovationen/Servicehelfer.htm und http://www.klinikum-augsburg.de/index.php/fuseaction/download/lrn_file/modellprojekt_servicehelfer.pdf.

- Versorgung von Patienten, die ihre Mahlzeiten nicht selber einnehmen können
- Versorgung der Patienten mit Getränken
- Hilfestellung bei Einsortieren von Befunden in die Patientenakten
- Kleinere Putz- und Aufräumarbeiten in Stationsküche, Stützpunkt und Personalräumen
- Bei Bedarf werden die Patienten zu Untersuchungen gebracht und abgeholt

Im Rahmen von Blockunterricht werden den Servicekräften die erforderlichen Kenntnisse vermittelt.

Im Bereich der patientennahen stationsinternen Tätigkeiten gibt es eine große Bandbreite von Aufgaben, die an anders qualifiziertes Personal übertragen werden kann. Hierzu zählen, wie gesehen, Servicetätigkeiten, aber auch Tätigkeiten im Bereich der Grundpflege.

4.3 Patientenferne stationsinterne Tätigkeiten

Auf der Station fallen vielfältige Tätigkeiten an, die für den laufenden Betrieb unerlässlich sind. Diese Tätigkeiten erfordern aber i.d.R. keinen direkten Patientenkontakt.

Zu diesen Tätigkeiten zählen

- Dokumentation und Administration,
- Beschaffung und Logistik sowie
- stationsinterne Reinigungsdienste

Bei den Dokumentationstätigkeiten muss differenziert werden zwischen genuinen Aufgaben des Pflegedienstes, wie die Pflegedokumentation, und anderen administrativen Aufgaben. Die genuinen Aufgaben des Pflegedienstes können und dürfen selbstverständlich nicht auf andere Berufsgruppen übertragen werden. Es muss daher in jedem Einzelfalle geprüft werden, ob die betrachtete Dokumentationstätigkeit zu den ureigensten Aufgaben des Pflegedienstes zählt oder nicht.

In der Studie „Pflegefremde und patientenferne Tätigkeiten im Pflegedienst der Krankenhäuser“ wurden die einzelnen Bereiche bereits intensiv diskutiert. Die nachfolgenden Ausführungen basieren im Wesentlichen auf den Ergebnissen dieser Studie.

In der nachfolgenden Abbildung sind die fallbezogenen erhobenen Tätigkeitsarten zusammengefasst, welche sich vor allem auf die Aufnahme und Entlassung des Patienten beziehen. Aufgeführt sind die jeweiligen Mittelwerte (arithmetisches Mittel). Demnach dauert die Dokumentation von Patientendaten im Aufnahmebuch etwa 3 Minuten pro Fall. Für das Vorbereiten von Papieren für Neuzugänge sind ca. 7 Minuten pro Fall anzusetzen. Weiterer Dokumentations- und Administrationsaufwand entsteht bei Entlassung des Patienten durch das Vorbereiten der Entlassungspapiere (ca. 6 Minuten pro Fall) und das Erstellen des Überleitungsberichtes (ca. 10 Minuten pro Fall).

Auf das Ausfüllen von Untersuchungsanforderungen für die Funktionsbereiche entfallen zwischen 4 und 5 Minuten je Fall und Tag.

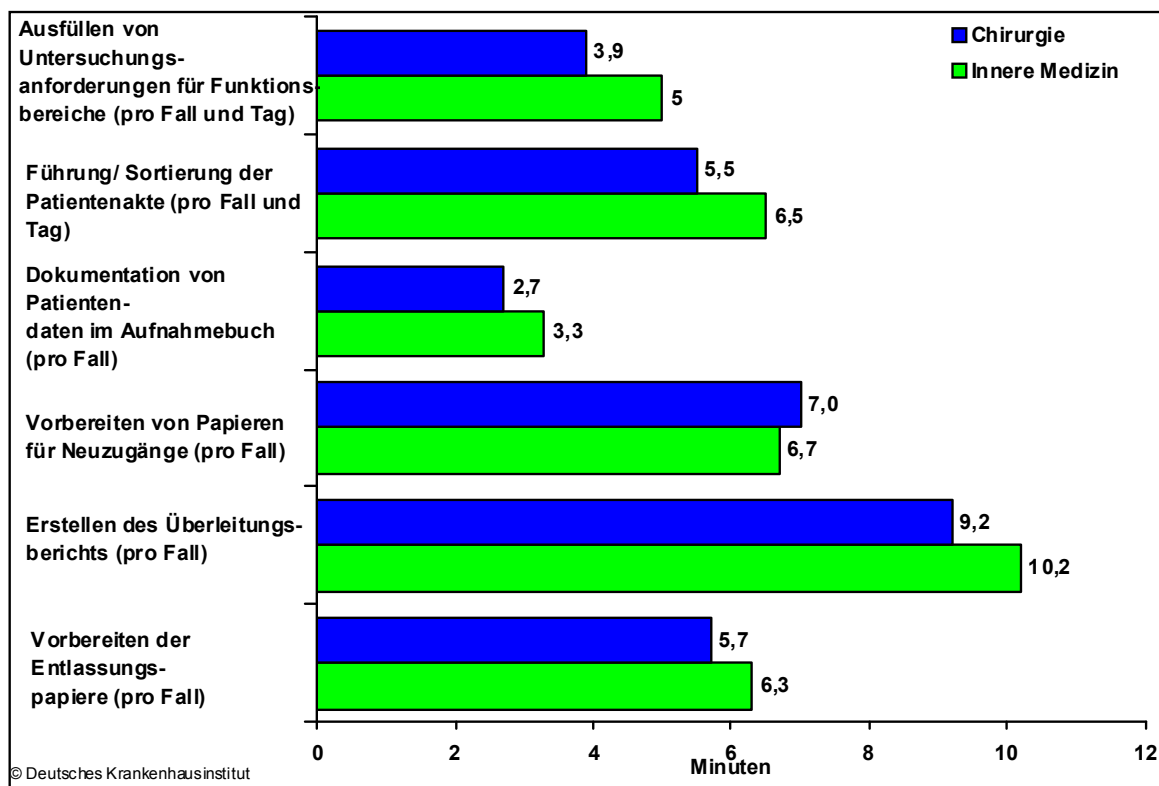


Abb. 1: Dokumentation und Administration: Pflegetagbezogene Tätigkeitsarten - Mittelwerte -
 Einen weiteren wichtigen Bereich patientenferner Tätigkeiten bildet die Beschaffung und Logistik auf den Stationen. Der zeitliche Aufwand pro Abteilung und Woche hierfür hängt von den folgenden drei Komponenten ab: der durchschnittlichen Dauer für die einzelne Tätigkeit pro Station, ihrer Häufigkeit pro Woche und Station sowie der Anzahl der Stationen pro

Abteilung. Aus ihrer Multiplikation ergibt sich der durchschnittliche Aufwand je Tätigkeit, Abteilung und Woche.

Die nachfolgende Abbildung zeigt den Aufwand für die Bestandserfassung verschiedener Produktgruppen in den chirurgischen und internistischen Abteilungen. Den größten Aufwand verursacht hier die Bestandserfassung von Arzneimitteln. Die Pflegekräfte der Chirurgie sind damit im Durchschnitt 135,7 Minuten pro Woche beschäftigt, in der Inneren Medizin sogar 174,7 Minuten pro Woche. Vordergründig mögen diese Werte relativ hoch erscheinen. Allerdings ist zu bedenken, dass diese Tätigkeit auf mehreren Stationen in der Regel mehrfach die Woche von mehr als einer Pflegekraft durchgeführt wird. Auch die Bestandserfassung von Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln ist mit Durchschnittswerten von deutlich mehr als einer Stunde pro Abteilung und Woche noch vergleichsweise zeitaufwendig.

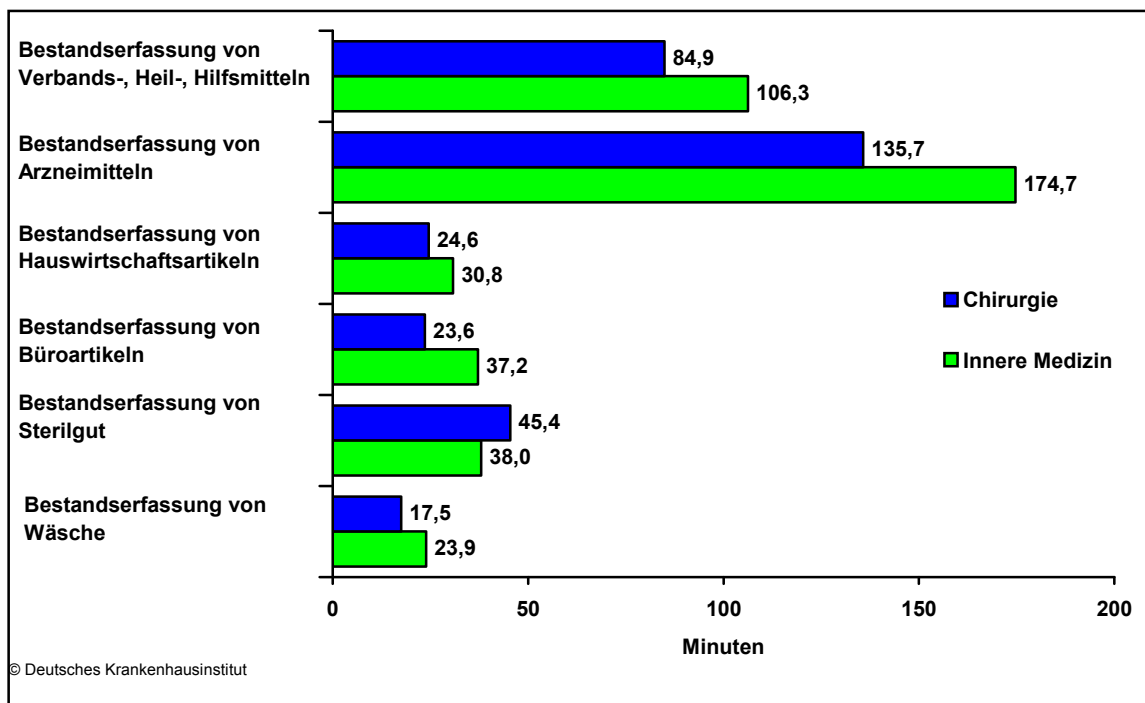


Abb. 2: Beschaffung und Logistik: Aufwand für Bestandserfassung pro Fachabteilung und Woche- Mittelwerte -

Demgegenüber ist für die Bestandserfassung von Wäsche, Sterilgut, Büro- und Hauswirtschaftsartikeln jeweils weniger als eine Stunde anzusetzen. Insgesamt beläuft sich der Aufwand für die Bestandserfassung bei diesen Produktgruppen auf rund 2 Stunden pro Abteilung und Woche. Bei fast allen Merkmalen fallen die Werte für die Innere Medizin

merklich höher aus als für die Chirurgie. Allerdings ist dies insbesondere auf die Fachabteilungsgrößen in der Inneren Medizin zurückzuführen.

Die Werte für die Bestellung der verschiedenen Produktgruppen entsprechen in der Struktur der Bestandserfassung. Auch hier dauert die Bestellung von Arzneimitteln mit gut anderthalb Stunden (Chirurgie) bzw. rund 2:15 Stunden (Innere Medizin) pro Abteilung und Woche am längsten, gefolgt von der Bestellung von Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln mit jeweils rund einer Stunde, während die Bestellung für die übrigen Produktgruppen vergleichsweise wenig Zeit beansprucht. Auch mit Blick auf die Bestellungen existieren wiederum deutliche Unterschiede nach Fachgebieten und Bettengrößenklassen. Nicht auszuschließen ist im Übrigen, dass die Befragungsteilnehmer nicht immer streng zwischen Bestandserfassung und Bestellung der verschiedenen Produktgruppen getrennt haben, so dass es möglicherweise zu Überlagerungen der ermittelten Werte für die beiden Tätigkeiten kommen kann.

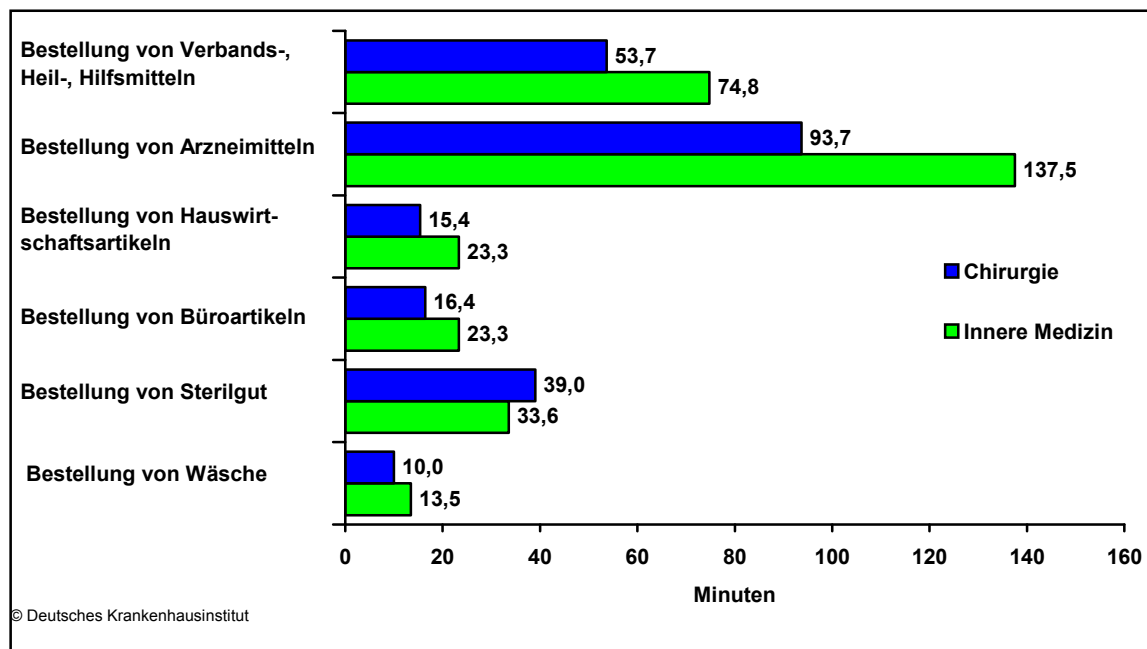


Abb. 3: Beschaffung und Logistik: Bestellaufwand pro Fachabteilung und Woche - Mittelwerte

Der Aufwand für die Verräumung der bestellten Artikel ist in der folgenden Abbildung aufgeführt. Mit Werten von jeweils mehr als 2 Stunden pro Abteilung und Woche ist die Bestückung der Lagerschränke mit Arzneimitteln sowohl in der Chirurgie als auch in der Inneren Medizin am zeitaufwendigsten. Auffallend war hier, wie bei fast allen Tätigkeitsarten aus dem Bereich *Beschaffung und Logistik*, die wiederum sehr große Streuung der

Aufwandswerte. Dies lässt auf erhebliche Unterschiede in der Beschaffung und Logistik der Krankenhäuser schließen, ggf. auch in der Ausstattung.

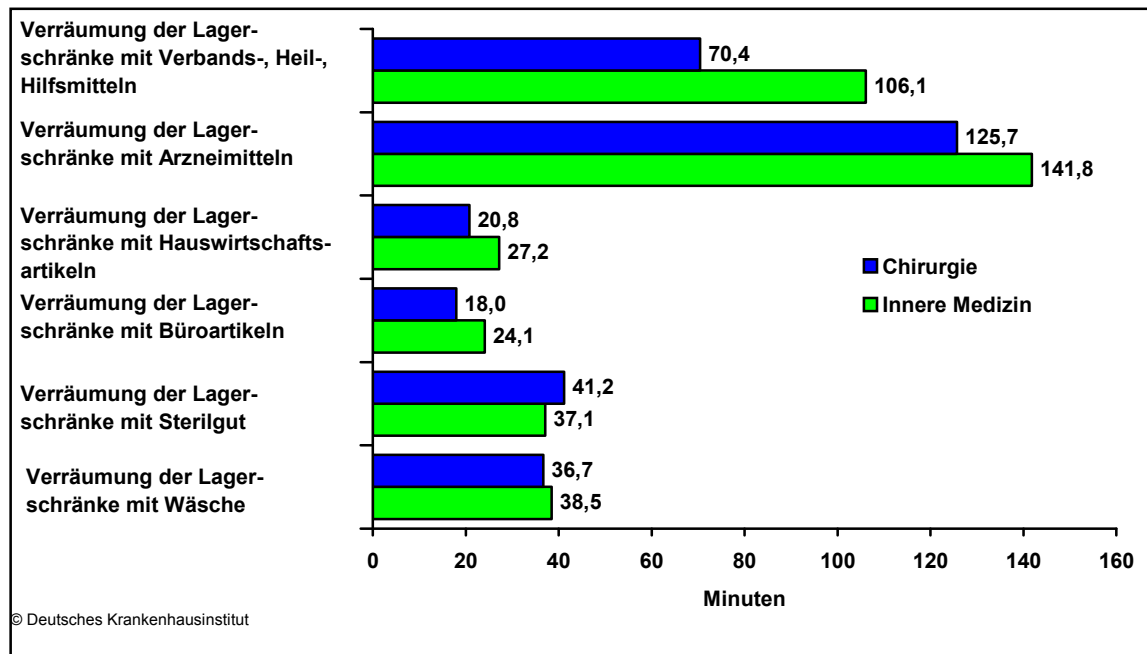


Abb. 4: Beschaffung und Logistik: Verräumungsaufwand pro Fachabteilung und Woche - Mittelwerte -

Die folgende Abbildung fasst die Aufwandswerte für sonstige Tätigkeiten dieses Tätigkeitsbereichs zusammen. Demnach nimmt die Bestückung der Patientenzimmer mit Pflegeutensilien den Pflegedienst etwa 2 Stunden (Chirurgie) bzw. gut 3 Stunden (Innere Medizin) pro Abteilung und Woche in Anspruch. Auf die Kontrolle von Verfallsdaten bei Arzneimitteln entfallen jeweils rund 60 Minuten, auf die Kontrolle von Verfallsdaten bei Sterilgut etwa gut 20 Minuten. Gewisse Überschneidungen zur Bestandserfassung der jeweiligen Produktgruppen sind im Übrigen nicht völlig auszuschließen. Darüber hinaus wurde noch der zeitliche Aufwand für die Abstimmung über das Produktsortiment mit dem Einkaufs- bzw. Beschaffungsbereich erfragt. Die befragten Pflegekräfte gaben an, dafür im Schnitt etwa eine knappe halbe Stunde pro Woche zu benötigen.

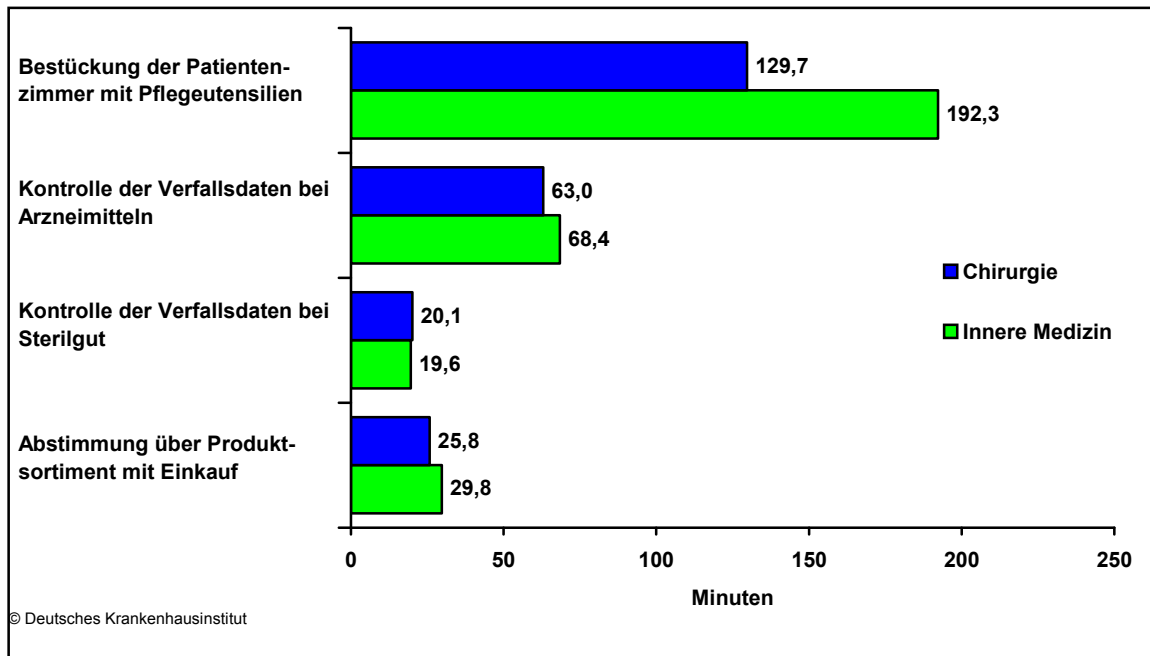


Abb. 5: Beschaffung und Logistik: Aufwand für sonstige Tätigkeiten pro Fachabteilung und Woche - Mittelwerte

Der Gesamtaufwand für Beschaffung und Logistik beträgt in der Chirurgie durchschnittlich 18,5 Stunden pro Fachabteilung und Woche, in der Inneren Medizin, bedingt durch im Schnitt größere Fachabteilungen, 23,4 Stunden. In beiden Fachabteilungen lässt sich eine deutliche Abstufung nach Bettengrößenklassen (BGK)²² nachweisen.

²² Chirurgie: BGK 1 < 60 Betten; BGK 2 = 60 – 85 Betten; BGK 3 > 85 Betten
 Innere Medizin: BGK 1 < 70 Betten; BGK 2 = 70 – 100 Betten; BGK 3 > 100 Betten.

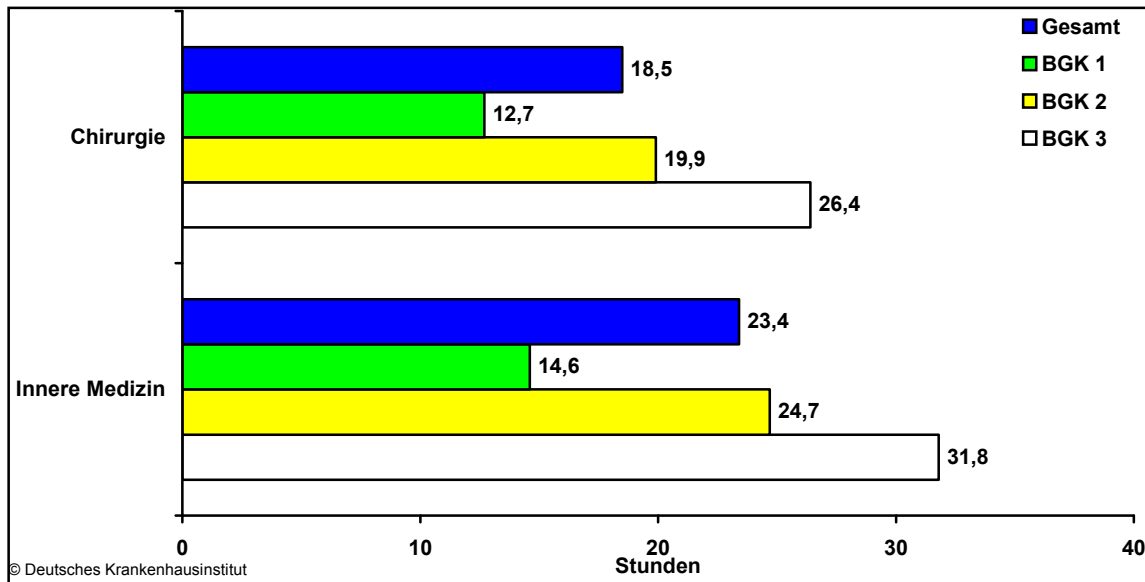


Abb. 6: Gesamtaufwand für Beschaffung und Logistik pro Abteilung und Woche nach Bettengrößenklassen - Mittelwerte -

So entfallen etwa in den kleineren internistischen Abteilungen mit weniger als 70 Betten (BGK 1) pro Woche knapp zwei Arbeitstage des Pflegedienstes auf Beschaffung und Logistik, während in den großen Fachabteilungen mit mehr als 100 Betten (BGK 3) der Pflegedienst etwa vier Arbeitstage pro Woche mit entsprechenden Tätigkeiten befasst ist. In den großen chirurgischen Abteilungen entspricht der Aufwand für Beschaffung und Logistik etwa dreieinhalb Arbeitstagen des Pflegedienstes.

Praxisbeispiele

Beschaffung und Logistik sind somit Tätigkeiten, die einen erheblichen Zeitbedarf in Anspruch nehmen. Das liegt nicht nur an der Menge der zu beschaffenden Gegenstände, sondern auch an ihrer Verschiedenheit (z.B. Medikalprodukte, Arzneimittel, Sterilgut, Blutprodukte) und den jeweils eigenen Bestellvorgängen. Unterschiede zwischen verschiedenen Stationen und Abteilungen in Bezug auf die Ausstattung mit Vorratsschränken, der Verräumung oder dem benötigten Bedarf nach Art und Menge komplizieren die Logistik.

Anhand von zwei Beispielen wird gezeigt, wie die Beschaffung und Logistik in Krankenhäusern organisiert sein kann.

Im Städtischen Klinikum Karlsruhe erfolgt die Versorgung der Stationen im Rahmen der Modulversorgung. Die Logistik besteht aus drei unabhängig voneinander organisierten Teams: Transportdienst, Zentrallager und Versorgungsdienst.

Folgende Tätigkeiten erbringt der Versorgungsdienst²³

- Modulversorgung im Nachschubverfahren für alle Normal- und Intensivpflegestationen sowie OP-Bereiche und der Notaufnahmen mit allen lagerhaltigen Artikeln (Verbandstoffe, sowie hauswirtschaftliche und medizinische Verbrauchsgüter). Hierbei wird der Bedarf vor Ort in den Organisationseinheiten mittels Barcodescannern erhoben und an das Zentrallager übermittelt. Die so aufgegebenen Bestellungen werden im Zentrallager kommissioniert und über den Transportdienst in die verschiedenen Kliniken transportiert. Die Mitarbeiter des Versorgungsdienstes räumen die Güter vor Ort in die Schränke ein und entlasten damit das Pflegepersonal, welches früher selbst den Bedarf erheben, Bestellungen einräumen und Lieferungen aus - und einräumen musste.
- Bereitstellung von Lagerartikel für alle nicht modulversorgten Bereiche (im Wesentlichen Ambulanzen sowie einige Funktionsbereiche) nach Anforderung durch den Pflege- oder Funktionsdienst. Der Reinigungsdienst und alle administrativen Bereich werden ebenfalls durch den Versorgungsdienst mit Verbrauchsgütern beliefert.
- Bereitstellung von Gütern aus der zentralen Sterilgutaufbereitung (ZSVA) nach Anforderung der Stationen und Funktionsbereiche sowie Rückführung gebrauchter Instrumente und Gegenstände zur Aufbereitung in die ZSVA.
- Die Entsorgung des Mülls wird in einigen Bereichen aus organisatorischen Gründen ebenfalls vom Versorgungsdienst übernommen. In den meisten Kliniken wird dies jedoch vom Transportdienst erledigt.
- Belieferung der Stationen mit der Speiseversorgung (3x1Tag)
- Belieferung der Stationen mit Getränken (1x1Woche)
- Transport der bestellten Medikamente aus der Klinikapotheke in die Bereiche (2 bis 3x1Woche). Diese werden vom Pflegedienst ausgeräumt. Eine Belieferung der Stationen

²³ Städtisches Klinikum Karlsruhe: Beispiel Versorgungsdienst (Modulversorgung), internes Dokument, welches dem Verfasser zur Verfügung gestellt worden ist.

mit Medikamenten im Nachschubverfahren wird zwar von den Pflegekräften gewünscht, ist jedoch auf Grund der aktuellen Rechtslage nicht möglich.

Aufgrund der Komplexität wurden in den Dr. Horst-Schmidt-Kliniken Versorgungsassistenten eingeführt. Zu deren Aufgaben zählen²⁴

1. Bestellaufnahme in den Verbrauchsstellen
 - Abgehen der Vorratsorte
 - Prüfen der Verbrauchsmengen
 - Eintragen der Bestellmengen in die Anforderungsbelege
2. Kommissionierung
 - Kommissionierung anhand der Bestellscheine im Zentrallager
3. Bereitstellung der Ware
 - Transportdienst stellt die Lieferung der Verbrauchsstelle zu
4. Einräumen der Ware
 - - Einräumen der Artikel in die Schränke/Vorratsorte
5. Mitnahme und Entsorgung des Verpackungsmülls
 - und abschieben der Leercontainer am Abfall- und Wertstofftransport-Bahnhof

Die Aufgaben der Versorgungsassistenten erstrecken sich aber nicht nur auf diese Tätigkeiten. Die Versorgungsassistenten stellen das Bindeglied zwischen den Stationen und der Warenwirtschaft dar. Aus diesem Grunde kommt ihnen eine wichtige Rolle in der gegenseitigen Vermittlung von Anforderungen und Bedarfen zu.

So haben sie mit dem Einkauf zu kooperieren, um geeignete Abgabeeinheiten zu ermitteln. Kostengünstige Großpackungen werden nicht auf Stationen benötigt. Eine Umpackung ist teuer und nicht immer möglich.

²⁴ HSK Service: Versorgung durch Versorgungsassistenten, Wiesbaden 2008, internes Dokument.

In Zusammenarbeit mit dem Einkauf und dem medizinischen Bereich sollen sie Möglichkeiten schaffen, vom Verfall bedrohte Artikel vorrangig einzusetzen. Je mehr Möglichkeiten gefunden werden, umso geringer der finanzielle Verlust für das Krankenhaus.

Die Stationen werden auch von den Versorgungsassistenten über neu angelegte Lagerware informiert. Ärzte und Pflegepersonal haben somit Kenntnis von neuen im Krankenhaus zur Verfügung stehenden Produkten.

Damit diese Aufgaben durchgeführt und die angestrebten Ziele erreicht werden können, müssen im Vorfeld bestimmte Maßnahmen durchgeführt werden:

1. Es wird ein *verbindlicher* Anforderungsplan erstellt, in dem definiert ist, wer wann Anforderungen stellen darf. Die Durchführung obliegt den Stationsleitungen und der Logistik.
2. Ein *verbindlicher* Belieferungsplan (nach Klinikstandorten und Verbrauchsstellen) wird erstellt. Aus diesem Plan gehen Anlieferzeiten und mögliche Abholzeiten der Transportwagen hervor. Die Durchführung obliegt den Stationsleitungen und der Logistik.
3. Es wird ein Anlieferungsplan für Lieferanten erstellt, um die Anzahl und Umfänge der Anlieferungen für die Verbrauchsstellen zu optimieren. Die Durchführung obliegt dem Einkauf und der Logistik.
4. Erstellen einer Liste der berechtigten Personen aus den Stationen für die Versorgung mit Medicalprodukten, Wirtschaftsartikeln und Verwaltungsartikeln, um verbindliche Ansprechpartner für Artikel-, Mengen, Verpackungsänderungen, sowie Lagerplatzordnung/ -kennzeichnungen zu erhalten und zu standardisieren. Die Durchführung obliegt den Stationsleitungen und der Logistik.
5. Abstimmung der Bestellmengen je Artikel und Versorgungszyklus nach den Kriterien von Anforderungshäufigkeit, Verbrauch und kleinster Abgabeeinheit (Einkauf-/Lager-/Hygienevorgaben und Fassungsvermögen der Lagerorte auf den Stationen). Dazu stellt der Einkauf je Station eine Verbrauchsliste mit den Verbräuchen eines Jahres zur Verfügung. Die Logistik erstellt einen Vorschlag (Hitliste) je Artikel, der mit den Stationsleitungen der Verbraucher abgestimmt und verabschiedet wird. Die Durchführung obliegt dem Einkauf, den Stationsleitungen und der Logistik.

6. Auf den Stationen wird ein Lagerort-Guide erstellt, der Angaben enthält zu Raumnummer, Bezeichnung (z.B. Arbeitsraum rein, Stationsstützpunkt), Lagerort (z.B. Schrank 1, Regal), Lagerplatz Modul 1, Regal 1). Die Durchführung obliegt den Stationsleitungen.

Alle diese genannten Maßnahmen sollen dazu dienen, die Versorgung der Stationen zu erleichtern und, wenn möglich, zu standardisieren.

Putz- und Reinigungsarbeiten werden standardmäßig vom Reinigungsdienst des Krankenhauses oder externem Reinigungspersonal – in der Regel zu festgelegten Tageszeiten – erledigt.

Allerdings übernimmt der Pflegedienst teilweise darüber hinaus ausgewählte Reinigungsdienste. Der entsprechende Aufwand pro Abteilung und Tag kann, differenziert nach Fachgebieten, der nachfolgenden Abbildung entnommen werden.

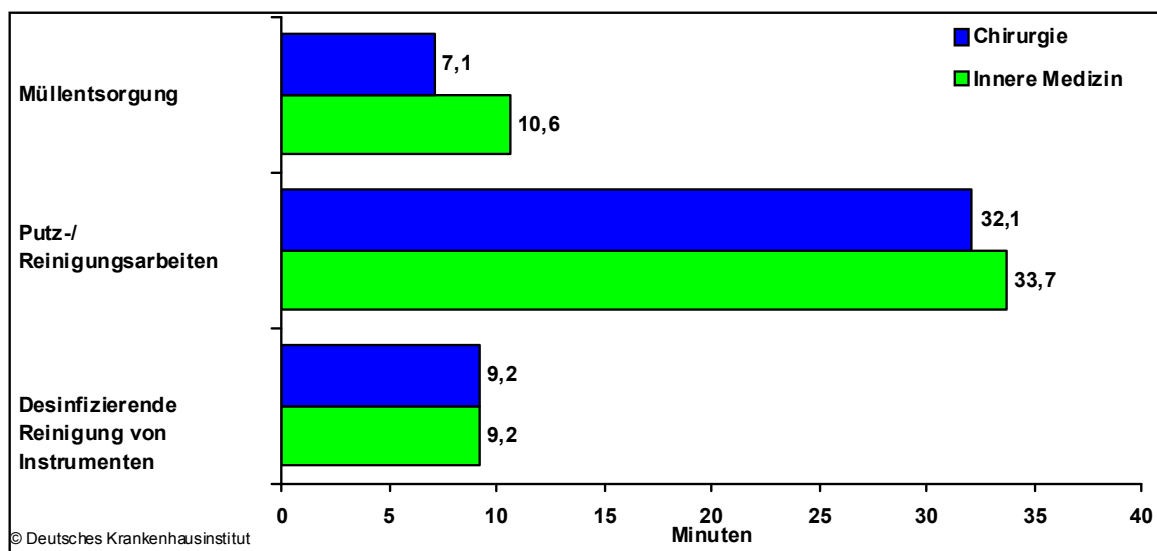


Abb. 7: Reinigungsdienste: Aufwand pro Fachabteilung und Tag - Mittelwerte

Demnach entfallen auf die Müllentsorgung (z.B. Papierkörbe, Sackständer) und die desinfizierende Reinigung von (Stations-) Instrumenten jeweils etwa 10 Minuten pro Abteilung und Tag. Putz- und Reinigungsarbeiten (z.B. Patientenzimmer, Stationszimmer, Sanitäreinrichtungen) schlagen mit einem tagesbezogenen Aufwand von gut einer halben Stunde pro Abteilung zu Buche.

Durch die genannten Reinigungsdienste werden die Pflegekräfte in den chirurgischen und internistischen Abteilungen demnach insgesamt rund 50 Minuten pro Tag in Anspruch genommen.

Für die Reinigungsdienste gilt, dass diese in vielen Abteilungen nur noch sporadisch vom Pflegedienst wahrgenommen werden, etwa bei kurzfristigem Anfall oder wenn professionelle Reinigungskräfte kurzfristig nicht verfügbar sind. Demgegenüber gibt es aber auch eine relevante Minderheit von Abteilungen, in denen der Pflegedienst routinemäßig in nennenswertem Umfang zu Reinigungsarbeiten herangezogen wird. So beträgt beispielsweise in rund einem Viertel der Abteilungen der tägliche Aufwand alleine für Putzarbeiten 60 Minuten oder mehr.

Praxisbeispiele

Wie oben schon erwähnt verfügen im Klinikum Fürth alle Stationen über hauswirtschaftliche Servicekräfte, die auch hauswirtschaftliche und logistische Aufgaben übernehmen.²⁵

Die hauswirtschaftliche Servicekraft wird zur Unterstützung der Pflegefachkräfte eingesetzt. Sie unterliegt den Weisungen der Pflegefachkräfte. Zu den patientenfernen stationsinternen Tätigkeiten gehören im Einzelnen:

Hauswirtschaftliche Aufgaben:

- Betreuung der Teeküche
- Anforderung des Stationsbedarfs (Geschirr, Milch, etc.)
- Zubereitung von Tee und Kaffee
- Spülmaschine in der Küche ein- und ausräumen
- Vorbereitung der Zimmer bei Entlassung und Neuaufnahmen
- Ordnung halten in den Patientenzimmern sowie Untersuchungs-, Arbeits- und Nebenräumen
- Reinigung der
 - Waschschüsseln

²⁵ Das Stellenprofil „hauswirtschaftliche Servicekraft“ wurde dankenswerter Weise von der Pflegemanagerin des Klinikums Fürth, Frau Irene Hößl, zur Verfügung gestellt.

- Bettenschüsseln/ Urinflaschen
 - Infusionsständer und Rollstühle
- Sauber halten der Schränke (z.B. Wäsche, Apotheke und Lager)
- Abtauen und Reinigung der Kühlschränke
- Dekoration der gemeinschaftlichen Räume
- ggf. Pflanzenpflege

Logistische Aufgaben:

- Auffüllen der Lagerschränke mit
 - Verband-, Heil- und Hilfsmitteln
 - Büroartikeln
 - Hauswirtschaftsartikeln
 - Sterilgut
 - Wäsche
- Bestückung der Patientenzimmer mit
 - Pflegeutensilien
 - frischen Betten und Nachtkästchen
- Reinigung und Bestückung der Pflegewagen mit Pflegeutensilien
- Reinigung und Bestückung der Verbandswagen
- Abholen von Befunden aus dem Labor und aus den Funktionsbereichen (z.B. EKG), Transport von Laboranforderungen
- Transport von Dokumenten ins und aus dem Archiv
- Benachrichtigung der Bettenzentrale zum Abtransport schmutziger Betten
- Transport von gebrauchten Patientenbetten und Nachttischen zu den Aufzügen
- interner Post- und Dokumententransport (Poststelle und Verwaltung)
- interner Transport von Sterilgut

Im Klinikum Ingolstadt wurden, trotz langjähriger bestehender Aufgabenverteilung mit dem Klinischen Hauspersonal, Tätigkeiten, die keine pflegerische Qualifikation erfordern, von examinierten Pflegekräften erbracht. Durch die Einführung von Service-/ Stationsassistentinnen sollen Tätigkeiten ohne direkten Patientenbezug nicht mehr von examinierten Pflegekräften geleistet werden. Zu den Tätigkeiten gehören im Einzelnen:

Hauswirtschaftliche Tätigkeiten:

- allgemeine Aufräumarbeiten
- Getränke bereitstellen/ verteilen
- Mahlzeitenmanagement: austeilern, einsammeln, erwärmen und nach erfassen
- Blumen wässern und entsorgen
- Tee umfüllen
- Geschirr entsorgen und aufbereiten
- Teewägen abräumen
- Abwurfsäcke neu bespannen
- Kaffeemaschinen/ Wasserkocher entkalken (regelmäßig)
- Betten machen bei mobilen Patienten, die keiner professionellen Unterstützung bedürfen

Stationsorganisatorisch bezogene Tätigkeiten:

- Blumenvasenwagen bestücken und reinigen
- Für freie Stationsgänge sorgen
- Zugänge ins Zimmer begleiten: Einweisung in die Bedienung von Rufanlage und Telefon
- Beim Ein- und Auspacken helfen
- Medikamenten- und Lagerbestellungen einräumen
- Bettenbeschriftung/ Name an der Tür anbringen
- Telefonkarten aufladen
- Einkaufsdienste
- Abwurfkanister austauschen

- Mappen für Patientenschulung zusammenstellen
- Unterstützung der Pflegekraft bei Verlegungen

Reinigungsarbeiten:

- Laufende Reinigung/ Desinfektion im Patientenzimmer (Nachtischkasten, Telefon, Rufanlage, Ablagen, Schränke etc.)
- Bei Entlassung Zimmer aufbereiten
- Urinflaschen/ Toilettenstühle entleeren
- Patientenküche aufräumen
- im Versorgungsraum der Stationen für Ordnung sorgen
- Reinigung/ Desinfektion von Arbeitsmaterialien und Arbeitsflächen

Bestückung/ Auffüllung:

- Auffüllen von Verbrauchsmaterial (z.B. Monovetten, Tupfer etc.)
- Büromaterial bestellen/ holen (z.B. Briefumschläge, Druckerpatronen etc.)

Sowohl die Stellenbeschreibung der hauswirtschaftlichen Servicekräfte im Klinikum Fürth als auch die Aufgabengebiete einer Service-/ Stationsassistentin im Klinikum Ingolstadt umfassen eine Vielzahl von Tätigkeiten, die nicht nur zu den patientenfernen stationsinternen Tätigkeiten zählen. Es werden sowohl patientennahe stationsinterne als auch patientenferne stationsübergreifende Aufgaben von den jeweiligen anders qualifizierten Kräften wahrgenommen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass im Bereich der patientenfernen stationsinternen Tätigkeiten ein Potential für die Verlagerung von Tätigkeiten von Pflegekräften auf andere Berufsgruppen besteht. Bei den in Rede stehenden Tätigkeiten muss aber sorgfältig darauf geachtet werden, ob sie zum Kernbestand des Pflegedienstes zählen. In diesem Falle können sie nicht an andere Berufsgruppen abgegeben werden.

Zu klären, nicht nur bei den patientenfernen stationsinternen Tätigkeiten, sondern grundsätzlich, sind folgende Punkte:

- Welche Qualifikation benötigt derjenige, der die Tätigkeiten zukünftig übernehmen soll?

- Sind die zu übertragenden Tätigkeiten so umfangreich, dass eine andere Berufsgruppe damit ausreichend beschäftigt ist?
- Wann fallen die Tätigkeiten in welcher Häufigkeit an?

Diese Fragen werden im Rahmen des Endberichts noch thematisiert werden müssen.

4.4 Patientennahe stationsübergreifende Tätigkeiten

Patientennahe Tätigkeiten in dem hier interessierenden Sinne liegen dann vor, wenn der Patient über die Station hinausgehende Leistungen in Anspruch nimmt, die seine persönliche Anwesenheit oder zumindest eine Interaktion mit ihm erforderlich machen. Nicht gemeint ist eine Verlegung oder Verbringung auf eine andere Station. Der Patient bleibt weiterhin in der Organisationshoheit der Station.

Zu den Tätigkeiten, die hier gemeint sind, zählen beispielsweise die Organisation und Terminierung von Untersuchungen in Funktionsbereichen oder Patientenbegleitdienste.

Die nachfolgenden Ausführungen basieren im Wesentlichen auf den Ergebnissen der Studie „Pflegefremde und patientenferne Tätigkeiten im Pflegedienst der Krankenhäuser“.

Diese Tätigkeiten, die eine Interaktion, zumindest aber eine Kommunikation mit dem Patienten voraussetzen, nehmen einen erheblichen Umfang im Stationsalltag ein. Die nachfolgende Abbildung verdeutlicht, den Minutenaufwand pro Fall und Tag bzw. pro Abteilung und Tag.

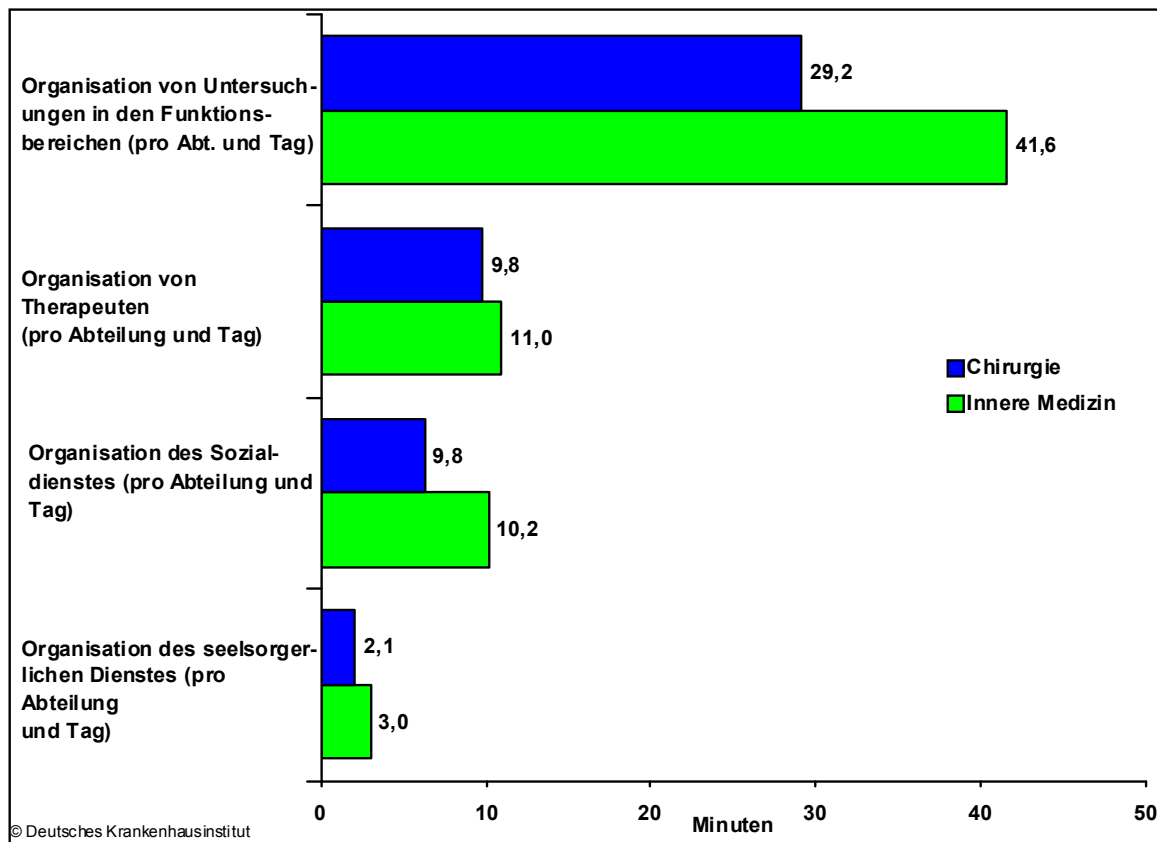


Abb. 8: Dokumentation und Administration: Abteilungsbezogene Tätigkeitsarten - Mittelwerte

Der Pflegedienst ist durch eine Fülle von administrativen Aufgaben belastet, die die Organisation und Koordination der Patientenbehandlung betreffen. Die Organisation bzw. Terminierung von Untersuchungen in den Funktionsbereichen wird – pro Abteilung und Tag – im Durchschnitt auf 29,2 Minuten in der Chirurgie und 41,6 Minuten in der Inneren Medizin taxiert. Darüber hinaus sind für die Organisation von Therapeuten (z.B. Physiotherapie, Ergotherapie), des Sozialdienstes und des seelsorgerlichen Dienstes durchschnittlich insgesamt rund 18 Minuten (Chirurgie) bzw. ca. 24 Minuten (Innere Medizin) pro Abteilung und Tag anzusetzen.

Bei den Patientenbegleitdiensten sind ausschließlich Patientenbegleitungen durch Pflegekräfte der jeweiligen Fachabteilungen für Chirurgie bzw. Innere Medizin berücksichtigt, also nicht durch Personal anderer Abteilungen und Bereiche oder einen eigenständigen Patientenbegleitdienst des Krankenhauses.

Der tägliche Aufwand für Patientenbegleitdienste hängt von drei Komponenten ab: der durchschnittlichen Dauer der einzelnen Patientenbegleitung, der durchschnittlichen

Häufigkeit der von Pflegekräften durchgeführten Patientenbegleitungen pro Abteilung und Tag und dem sog. Gleichzeitigkeitsfaktor, also dem Anteil der Patiententransporte, die von zwei oder mehr Pflegekräften begleitet werden.

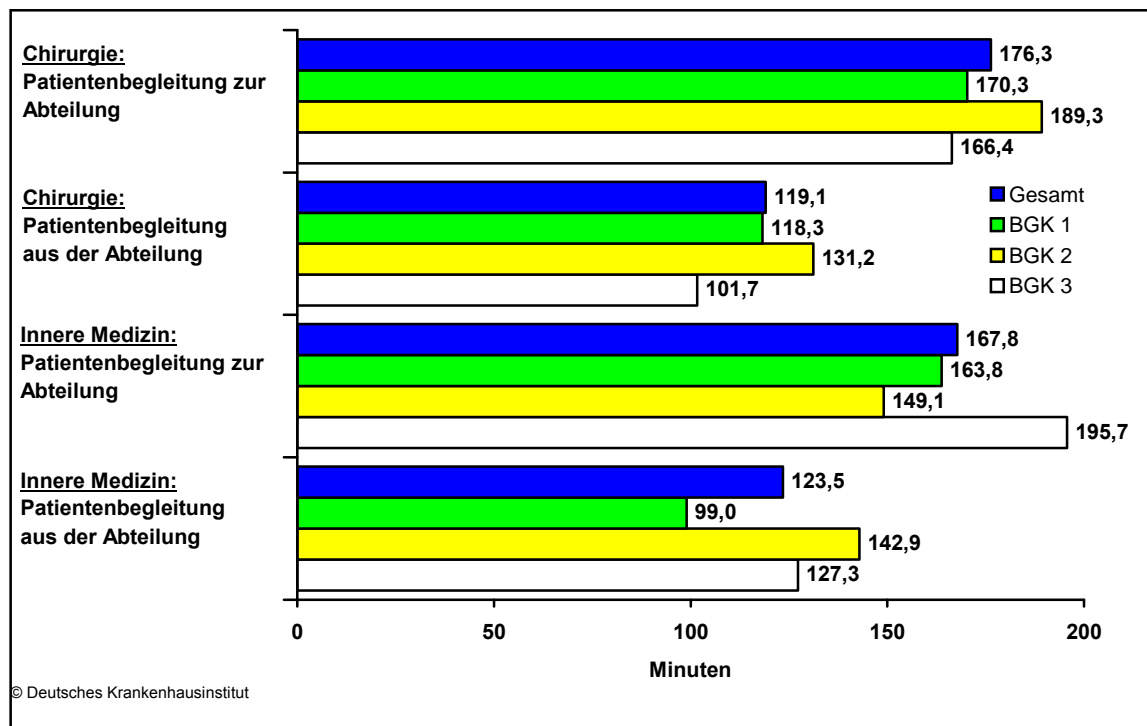


Abb. 9: Patientenbegleitdienste: Aufwand pro Fachabteilung und Tag nach Bettengrößenklassen (BGK) - Mittelwerte

Den durchschnittlichen zeitlichen Aufwand für Patientenbegleitdienste pro Abteilung, differenziert nach Fachgebieten und Bettengrößenklassen, zeigt die obige Abbildung. Für die Patientenbegleitung zur Abteilung (z.B. Abholen aus Funktionsbereichen, Aufwachraum, Intensivstation) und die Patientenbegleitung aus der Abteilung (z.B. Transport in Funktionsbereiche, interne Verlegungen) sind in beiden Fachgebieten durchschnittlich insgesamt jeweils knapp fünf Stunden pro Tag zu veranschlagen.

Der zeitliche Aufwand für die Patientenbegleitung zur Abteilung fällt (mit knapp 3 Stunden) merklich höher aus als für die Patientenbegleitung aus der Abteilung (ca. 2 Stunden). Dies ist insbesondere auf einen höheren Gleichzeitigkeitsfaktor und eine größere Häufigkeit der Patientenbegleitung zur Station zurückzuführen, welches seinerseits mit medizinischen Gründen erklärbar sein dürfte (höherer Betreuungsbedarf des entsprechenden Patientenkontingents).

Auch bei den patientennahen stationsübergreifenden Tätigkeiten ist, je nach Organisation, noch ein erhebliches Potential für eine Übertragung von Aufgaben vom Pflegedienst auf andere Berufsgruppen feststellbar. Vielfach ist beispielsweise der Patientenbegleitedienst schon auf andere Berufsgruppen übertragen worden. In Kliniken, in denen dies erfolgt ist, ist das Potential für die Delegation von Aufgaben natürlich geringer.

Praxisbeispiel

Im Städtischen Klinikum Karlsruhe findet sich ein Beispiel für die Übertragung des Patientenbegleitedienstes auf andere Berufsgruppe. Insgesamt rd. 29 Vollkraftstellen sind in diesem Krankenhaus mit rd. 1.500 Betten im Patientenbegleitedienst tätig. Darunter befinden sich 30 festangestellte Mitarbeiter und 27 Zivildienstleistende.

Der Patientenbegleitedienst führt den Transport von Patienten zu Untersuchungen und zurück durch. Im Jahr 2009 wurden insgesamt rd. 161.000 Patiententransporte durchgeführt. Aber der Patiententransport stellt nur einen Tätigkeitsbereich dar. Zusätzlich erfolgt der Transport von

- Laborproben,
- Befunden, Röntgenbildern und digitalen Bildträgern,
- dringend benötigten Arzneimitteln,
- Schnellschnitten und
- Blutkonserven.

In der Zwischenzeit nehmen diese zusätzlichen Transporte im Hinblick auf die Transportbewegungen mit rd. 60% sogar den Schwerpunkt ein.

Bei den Zivildienstleistenden erfolgt zu Beginn ihrer Tätigkeit im Klinikum eine Grundqualifizierung. Dazu gehören eine Hygieneschulung, die Einweisung in den Umgang mit Labormaterialien, die Einweisung in den Umgang mit Transportmedien, Bettenschubgeräten und der Kommunikationsanlage sowie der Umgang mit Notfallsituationen und Erste Hilfe-Maßnahmen.

Die Einweisung, die Grundschulung und auch die Orientierung im Klinikum dauern ihre Zeit. Die Fluktuation ist aufgrund der Kürze des Zivildienstes sehr hoch. Dieses Problem wird sich

aufgrund der Verkürzung der Wehr- und damit auch der Zivildienst noch weiter verstärken. Es bleibt abzuwarten, welche Folgeprobleme daraus resultieren werden.

Entlastungsmöglichkeiten sind auch in weiteren patientennahen stationsübergreifenden Bereichen gegeben. Angesprochen wurden u.a. die Organisation von Untersuchungen in Funktionsbereichen oder die Organisation des Sozialdienstes. Diese Tätigkeiten könnten beispielsweise auch von Spezialisten wie Casemanagern²⁶ oder Entlassungsmanagern²⁷ übernommen werden.

Am Beispiel des Entlassungsmanagements kann man zeigen, dass – je nach Organisation – eine Entlastung des Pflegepersonals erreicht wird, wenn sich spezialisierte Kräfte auf die Entlassungsplanung derjenigen Patienten konzentrieren, die einen hohen poststationären Betreuungsbedarf haben.

Praxisbeispiel

Im Folgenden wird das Grundmodell des Entlassungsmanagements kurz wiedergegeben. Im Rahmen von Fallstudien in neun Krankenhäusern konnte belegt werden, dass dieses Modell angewendet wird und zu einer Entlastung der Stationspflegekräfte führen kann.²⁸

„Die Entlassungsplanung sollte frühestmöglich unter Einbeziehung von Patient und Angehörigen sowie den beteiligten Berufsgruppen erfolgen. Im Rahmen eines Aktionsplans sind die jeweiligen Aufgabenanteile der Beteiligten zu benennen und gegenüber dem Patienten und seinen Angehörigen transparent zu machen. Inhalte der individuellen Entlassungsplanung richten sich nach dem Grad des Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs des Patienten. Das Wissen über den typischen Verlauf von ‚Patientenkarrieren‘ und damit verbundenen Entlassungsproblemen spielt hier eine große Rolle.“²⁹

²⁶ Vgl. Offermanns, Matthias: Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes, Düsseldorf 2008, S.120ff.

²⁷ Vgl. Blum, Karl/ Offermanns, Matthias: Entlassungsmanagement im Krankenhaus. Düsseldorf 2009.

²⁸ Vgl. Blum, Karl/ Offermanns, Matthias: Entlassungsmanagement im Krankenhaus, a.a.O., S.30 ff.

²⁹ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Osnabrück 2004, S. 53.

Folgender Auszug aus einem Versorgungsplan eines der teilnehmenden Krankenhäuser, der im Anschluss an das differenzierte Assessment erstellt wird, gibt einen Überblick über die einzelnen Maßnahmen, die ggf. einzuleiten sind.

Notwendig?		Maßnahmen bezogen auf den Patienten	Bis wann?	Eingeleitet am
Nein	Ja			
Nein	Ja	Erstellung einer Pflegeplanung		
Nein	Ja	Koordinierung der Termine		
Nein	Ja	Einbeziehung des Sozialdienstes (Betreuungsverfahren etc.)		
Nein	Ja	Beantragung einer Pflegestufe		
Nein	Ja	Kontaktaufnahme zum ambulanten Pflegedienst/ Hausarzt etc.		
Nein	Ja	Einbindung der Seelsorge		
Nein	Ja	Antrag auf Hilfsmittel		
Nein	Ja	Planung der Entlassung (z.B. Transport bestellen)		
Nein	Ja	Schulung, Anleitung und Beratung		
Nein	Ja	Organisation von Hilfsmitteln und Einweisung		
Nein	Ja	Planung des Aufenthaltes in der Kurzzeitpflege, Reha etc.		
Nein	Ja			
Nein	Ja			
Sonstiges				

Quelle: Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster 2007, Zuständigkeit: Pflegedienst

Tab. 66: Auszug aus einem pflegerischen Versorgungsplan

Neben diesen Maßnahmen sind natürlich auch andere denkbar und möglich, und zwar in Abhängigkeit vom Versorgungsbedarf des Patienten. So können beispielsweise auch Logopäden oder Ergotherapeuten eingeplant werden.

Ausgangspunkt stellt dabei das differenzierte Assessment mit dem Patienten dar. Die Entlassungsmanager führen somit zunächst Gespräche mit den als problematisch erkannten Patienten. Ein wichtiger Teil dieser Gespräche mit dem Patienten ist die Durchführung eines differenzierten Assessments. Hierdurch erfolgt eine konkrete und differenzierte Einschätzung des Unterstützungsbedarfs für den Patienten.

Nach der Schilderung ihrer Situation und der Einschätzung des Versorgungsbedarfs durch den Entlassungsmanager werden die Wünsche des Patienten hinsichtlich der weiteren Versorgung ermittelt. Es muss festgestellt werden, ob die Wünsche des Patienten mit den gegebenen Möglichkeiten in Übereinstimmung zu bringen sind. Hierzu werden auch, sofern der Patient eingewilligt hat, Gespräche mit den Angehörigen geführt. Je nach Situation, können dies gemeinsame Gespräche mit Angehörigen und Patienten oder separate

Gespräche nur mit den Angehörigen sein. Die Entlassungsmanager müssen beurteilen, ob beispielsweise eine häusliche Versorgung für die Angehörigen leistbar ist. Die medizinisch-pflegerische Versorgung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus liegt im primären Fokus dieser Gespräche mit Patienten und Angehörigen.

Teilweise werden die Angehörigengespräche nicht von den Entlassungsmanagern, sondern vom Sozialdienst durchgeführt. Hierbei stehen dann vor allem sozialrechtliche Aspekte im Vordergrund. Neben der Abstimmung mit dem Patienten und seinen Angehörigen ist die Information und Beteiligung anderer Berufsgruppen unabdingbar.

Mit den behandelnden Ärzten muss u.a. über den Entlassungstermin, die Weiterbehandlung in einer Rehabilitationsklinik oder Kurzzeitpflege gesprochen werden. Bei einem Bedarf an Heilmitteln oder häuslicher Krankenpflege muss der Arzt zeitnah eine Verordnung ausstellen. Auf die Vorgehensweise bei einer erforderlichen Heilmittelversorgung und einem Bedarf an häuslicher Krankenpflege wird noch gesondert eingegangen.

Die Stationspflegekräfte sind beispielsweise über die eingeleiteten Maßnahmen, einzuleitende Schulungsmaßnahmen oder die Einbindung von anderen Berufsgruppen wie Ergotherapeuten zu informieren. Zu diesem Zweck findet ein regelmäßiger Kontakt zwischen Entlassungsmanagement und Pflegekräften statt. In einer Verfahrensanweisung zum Case Management eines teilnehmenden Krankenhauses wird etwa das Briefing mit dem Pflegedienst als ein unverzichtbarer Baustein des Entlassungsmanagements genannt. Es wird vorgegeben, dass wochentäglich eine Abstimmung zu erfolgen hat, in der es um den Pflegeverlauf oder Entlassungsprobleme gehen soll. Der Informationsaustausch und das Feedback zu eingeleiteten Maßnahmen stellen sicher, dass sowohl die Stationspflegekräfte als auch die Entlassungsmanager über die als problematisch erkannten Patienten umfassend und zeitnah informiert sind.

Bei bestimmten Erkrankungen sind andere Berufsgruppen in die Entlassungsplanung einzubinden. Hierzu zählen beispielsweise Ergotherapeuten, Logopäden oder Physiotherapeuten. Neben der von Ärzten anzuordnenden Therapie können die genannten oder andere relevante Heilberufe für die Schulung und Beratung der Patienten und Angehörigen angefordert werden.

Alle genannten Aufgaben und Tätigkeiten werden von Entlassungsmanagern durchgeführt. Die Stationspflegekräfte werden dadurch deutlich entlastet. Die Besonderheit ist hier, dass

die Entlassungsmanager i.d.R. ebenfalls zur Berufsgruppe der Pflegekräfte zählen. Um diese Position wahrnehmen zu können, erfolgt eine Höher- und Weiterqualifikation der Kräfte.

Auch im Bereich der patientennahen stationsübergreifenden Tätigkeiten finden sich Entlastungspotentiale, die genutzt werden können. Sowohl das Beispiel des Patientenbegleitdienstes im Städtischen Klinikum Karlsruhe als auch das der Entlassungsmanager belegen, dass nicht einzelne Aufgaben und Verrichtungen übertragen werden, sondern Aufgabenfelder. Dafür ist eine Qualifizierung erforderlich, die im Falle des Patientenbegleitdienstes zeitlich geringer ausfällt als bei den Entlassungsmanagern.

In beiden Fällen zeigt sich, dass Prozesse verändert werden müssen, wenn man die entsprechende Entlastung des Pflegedienstes erreichen will. Insbesondere im Fall des Entlassungsmanagements sind umfangreiche Prozessveränderungen erforderlich, die nicht nur den Pflegedienst, sondern auch den Ärztlichen Dienst und den Sozialdienst tangieren.

Mit einer einfachen Übertragung von einzelnen Verrichtungen ist es also im Falle der patientennahen stationsübergreifenden Tätigkeiten nicht getan.

4.5 Patientenferne stationsübergreifende Tätigkeiten

Die Aufgaben, die für das Funktionieren der Station erforderlich sind und die einen Kontakt zu anderen Bereichen des Krankenhauses erforderlich machen, zählen zu den stationsübergreifenden Tätigkeiten. Sofern zur Erfüllung dieser Aufgaben kein direkter Patientenbezug erforderlich ist, handelt es sich um patientenferne stationsübergreifende Tätigkeiten.

Zu diesen Tätigkeiten zählen vor allem Hol- und Bringendienste. Vom Patientenbegleitdienst unterscheidet er sich durch den Transport von Gütern oder Sachen.

Hol- und Bringendienste für das Labor bzw. andere Funktionsbereiche gehören nach wie vor zum Aufgabenbereich vieler Pflegekräfte bettenführender Abteilungen. Für den Transport von Laboranforderungen zum Labor sowie das Abholen von Befunden aus dem Labor bzw. anderen Funktionsbereichen bemisst sich der zeitliche Aufwand in den chirurgischen Abteilungen durchschnittlich auf 43,6 Minuten pro Tag, in den internistischen Abteilungen sogar auf täglich 50,8 Minuten. In der Inneren Medizin steigt der Aufwand mit der Fachabteilungsgröße, während sich entsprechende Zusammenhänge in der Chirurgie nicht ausmachen lassen.

Grundsätzlich ist zu bedenken, dass in vielen Fachabteilungen die genannten Tätigkeiten zumindest teilweise vom Hol- und Bringedienst des Krankenhauses durchgeführt bzw. Befunde online abgerufen werden. Diese Abteilungen gehen mit entsprechend niedrigeren Zeitwerten in die Durchschnittsbildung ein.

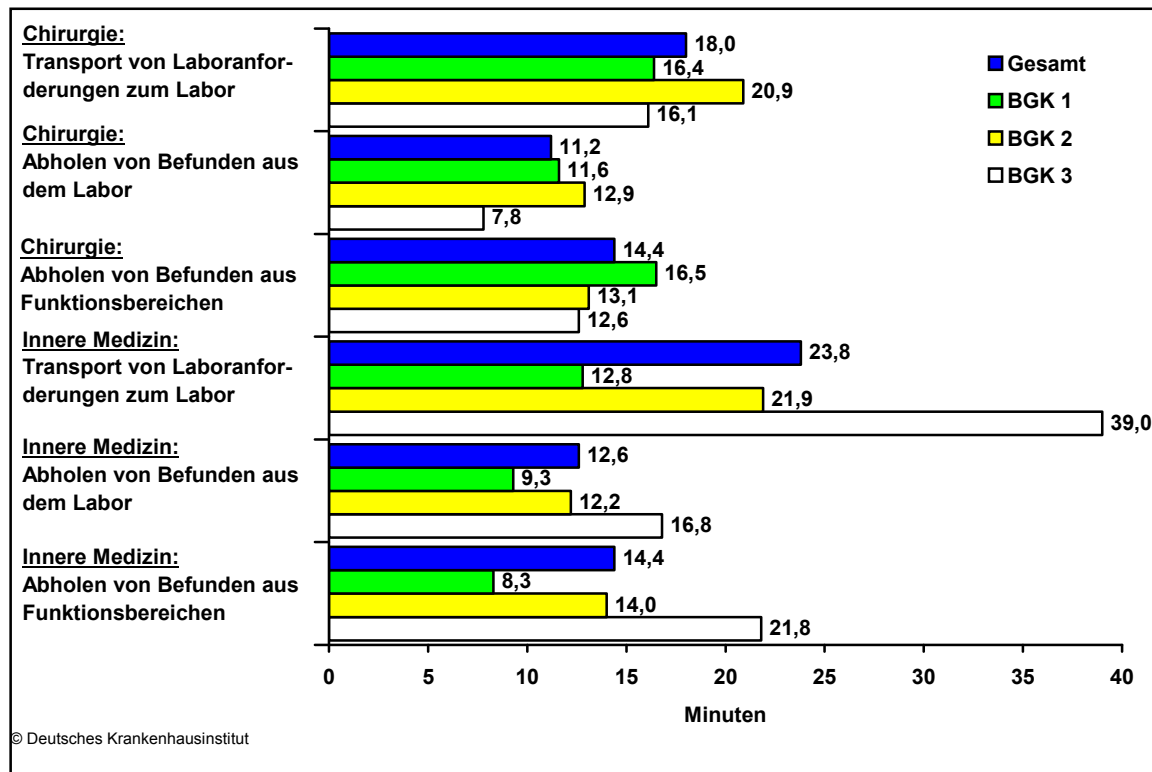


Abb. 10: Hol- und Bringedienste: Aufwand für Labortransporte pro Fachabteilung und Tag nach Bettengrößenklassen - Mittelwerte

Eine Reihe von Hol- und Bringediensten betrifft primär die Organisation und Verwaltung des Krankenhauses. Auf Grund ihrer absehbar geringen Zeitintensität wurde der durchschnittliche Aufwand pro Woche und Abteilung erfragt. Die nachfolgende Abbildung fasst die Ergebnisse für die Chirurgie und die Innere Medizin zusammen.

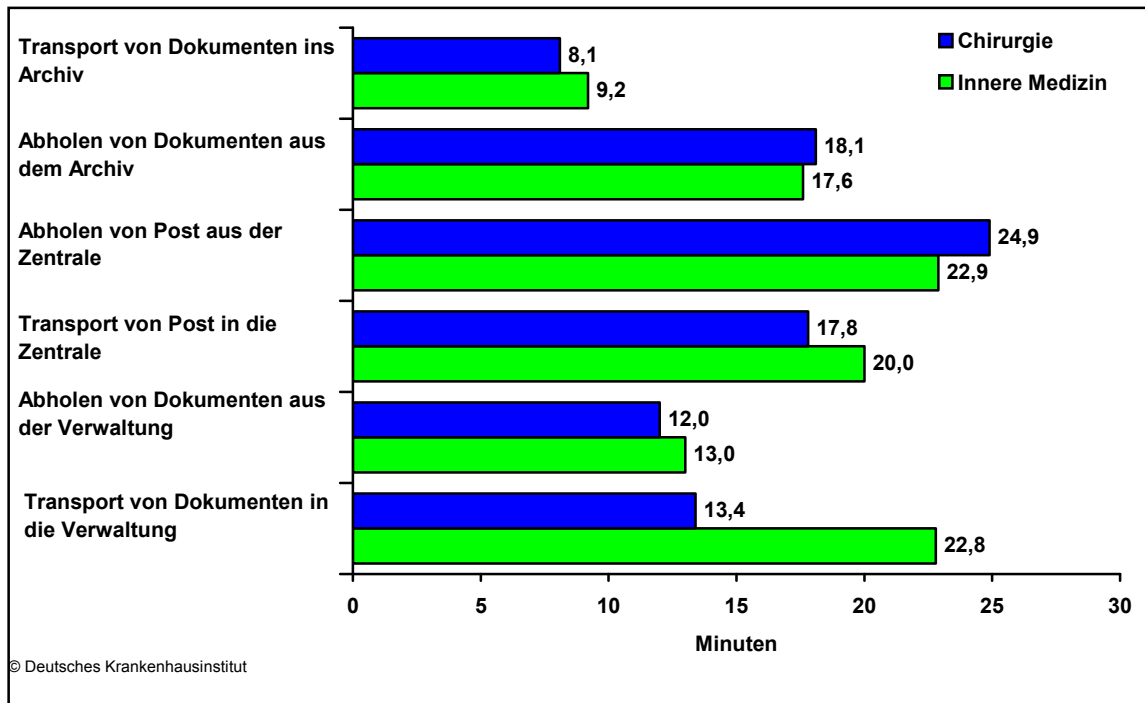


Abb. 11: Hol- und Bringendienste: Aufwand für Verwaltungstransporte pro Fachabteilung und Woche - Mittelwerte

In den meisten Krankenhäusern ist ausschließlich der Hol- und Bringendienst für die Post und das Labor in Form einer Festlegung darauf, wer die Aufgaben zu erledigen hat, organisiert. Alle anderen möglichen Tätigkeiten in diesem Bereich (z.B. Transport von Dokumenten in das Archiv oder Abholen von Dokumenten aus der Verwaltung) sind weitaus seltener organisiert. Die anfallenden Tätigkeiten werden dann von demjenigen erledigt, der ad hoc dazu bestimmt wird. Insofern stellt die grundsätzliche Festlegung darauf, wer bestimmte Tätigkeiten zu übernehmen hat, schon eine Prozessverbesserung dar.

Insgesamt entfallen auf die Tätigkeiten des Hol- und Bringendienstes etwa 100 Minuten pro Woche und Abteilung; dies entspricht einem tagesbezogenen Aufwand von rund 15 Minuten je Abteilung. Auch hier gilt es zu konstatieren, dass in vielen Abteilungen die aufgeführten Tätigkeitsarten nicht (mehr) zum normalen Aufgabenbereich des Pflegedienstes gehören, so dass deswegen die Durchschnittswerte eher niedrig ausfallen.

Die Stationsversorgung bzw. –entsorgung bildet einen letzten Schwerpunkt von Hol- und Bringendiensten. Hier beansprucht der Bettentransport, relativ gesehen, die meiste Zeit des Pflegedienstes der bettenführenden Abteilungen. Der zeitliche Aufwand für den Transport von Betten in die Bettenaufbereitung bzw. aus der Bettenaufbereitung zur Station beträgt

fachgebietsübergreifend insgesamt rund 25 Minuten pro Abteilung und Tag. Allerdings wird der Bettentransport in weniger als der Hälfte der Abteilungen noch routinemäßig vom Pflegedienst übernommen. Insofern muss der Wert von 25 Minuten als Durchschnittswert betrachtet werden, da schon der Bettentransport je Fall mit 20 bis 25 Minuten anzusetzen ist.

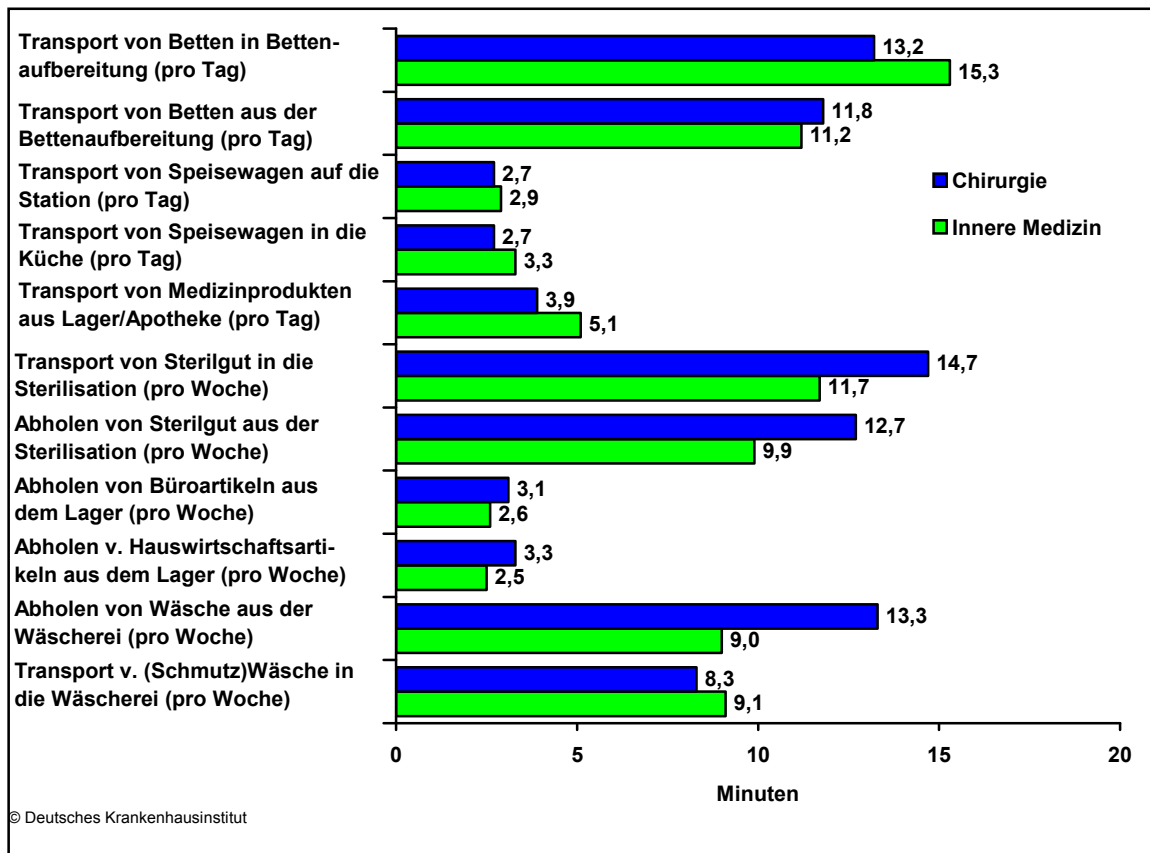


Abb. 12: Hol- und Bringendienste: Aufwand für Stationsversorgung/-entsorgung pro Fachabteilung und Tag/Woche - Mittelwerte

Dasselbe gilt für den Transport der Speisewagen von bzw. zur Station und den Transport von Medizinprodukten aus dem Lager bzw. der Apotheke zur Station. Deswegen fallen diese Hol- und Bringendienste mit Werten von 5 Minuten oder weniger pro Abteilung und Tag faktisch ebenso kaum ins Gewicht wie die übrigen, durchweg wochenbezogen erfassten Tätigkeitsarten; im Einzelnen dem Transport von Sterilgut, Wäsche, Büro- und Hauswirtschaftsartikeln. Insgesamt wird der Pflegedienst durch die aufgeführten Hol- und Bringendienste zur Stationsversorgung bzw. -entsorgung weniger als 45 Minuten pro Tag und Abteilung in Anspruch genommen.

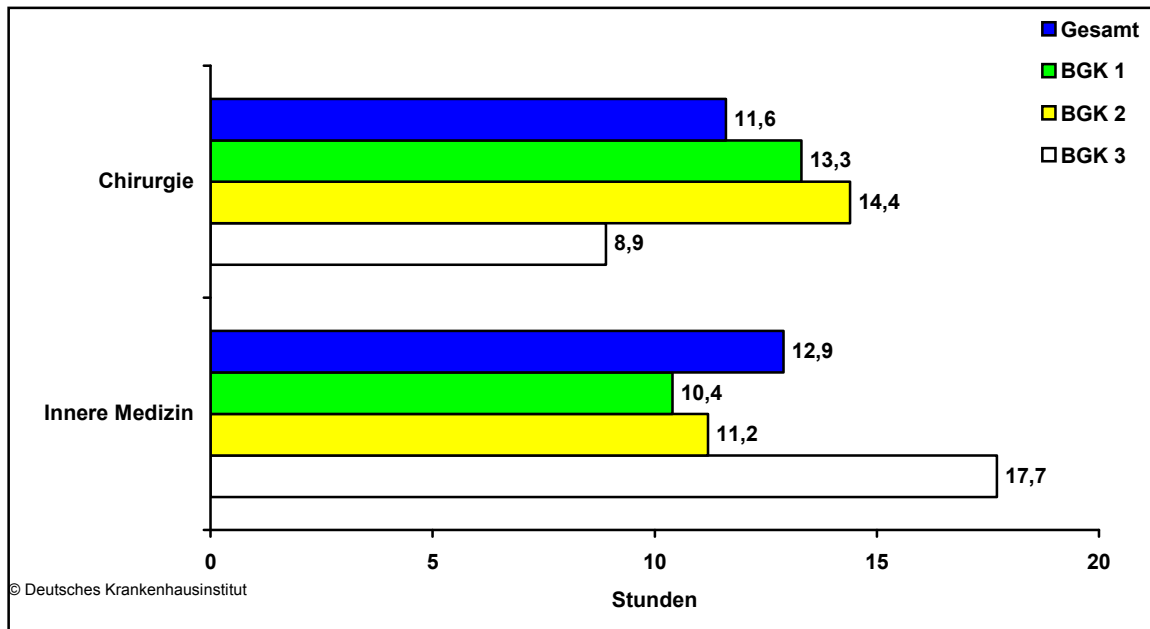


Abb. 13: Gesamtaufwand für Hol- und Bringendienste pro Abteilung und Woche nach Bettengrößenklassen - Mittelwerte

Umgerechnet auf die Woche beträgt der durchschnittliche Aufwand für Hol- und Bringendienste in der Chirurgie wie in der Inneren Medizin etwa 12 Stunden pro Abteilung. D.h. legt man eine 38,5-Stunden-Woche zugrunde, ist der Pflegedienst etwa anderthalb Arbeitstage pro Woche mit Hol- und Bringendiensten befasst. Dabei lässt sich in der Inneren Medizin eine Abstufung der Aufwandswerte nach Bettengrößenklassen eindeutig nachweisen. Demgegenüber ist in den größeren chirurgischen Abteilungen der Pflegedienst durch Hol- und Bringendienste weniger belastet als in der kleinen und mittleren Bettengrößenklasse.

Praxisbeispiel

Die schon erwähnten Service-/ Stationsassistentinnen im Klinikum Ingolstadt führen auch patientenferne stationsübergreifende Tätigkeiten aus. Hierzu zählen im Einzelnen:

Transporte:

- Essenswägen transportieren
- Betten entsorgen und neu bestücken der Zimmer
- Essensbörse beliefern/ bedienen
- Teebehälter transportieren

- Desinfektionslösung holen
- Wasserkästen transportieren
- Lagerungsmaterial besorgen (z.B. Kissen, Decke etc.)
- Botengänge für Patienten
- Zimmermöblierung
- Post, Formulare etc. an den Patienten verteilen (ohne medizinisch-pflegerischen Erklärungsbedarf)
- Materialbeschaffung/ Entsorgung

Zu den patientenfernen stationsübergreifenden Tätigkeiten lässt sich zusammenfassend sagen, dass auch hier ein hohes Entlastungspotential für den Pflegedienst zu erwarten ist. Vielfach wurden in der Vergangenheit in Krankenhäusern hier schon Maßnahmen ergriffen, um andere Berufsgruppen mit diesen Tätigkeiten zu beauftragen. Aber die schon erwähnte Umfrage des Deutschen Bundesverbandes für Pflegeberufe belegt, dass Pflegekräfte im hohen Umfange noch hier einbezogen werden.³⁰

4.6 Übertragung von Tätigkeiten in Funktionsbereichen

Die Ist-Analyse der delegationsfähigen Tätigkeiten bezog sich bislang auf stationsinterne und stationsübergreifende Tätigkeiten. Eine Verlagerung von Aufgaben ist aber auch in Funktionsbereichen möglich.

Die Endoskopie stellt einen wichtigen Bereich der Funktionsdiagnostik dar. Auch hier stellt sich die Frage nach dem optimalen Personaleinsatz. In den Krankenhäusern werden regelhaft hochqualifizierte examinierte Pflegekräfte sowie fachweitergebildete Pflegekräfte in den Endoskopieeinheiten eingesetzt. Die benötigte Fachqualifikation hat sich in den letzten Jahren deutlich verändert. Die Endoskopie verlangt ein kompliziertes Praxiswissen. Die Vorbereitung des Eingriffs ist komplexer geworden. Im Aufwachraum werden erfahrene Pflegekräfte benötigt, die hier ihr Wissen einsetzen können.

³⁰ Vgl. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe: Wie sieht es im Pflegealltag wirklich aus? – Fakten zum Pflegekollaps, Berlin 2009, S.12.

Auf der anderen Seite finden sich in den Endoskopieeinheiten ebenfalls Tätigkeiten und Verrichtungen, die von geringer qualifiziertem Personal erledigt werden können. Bei entsprechender Größe einer Einheit ist eine nennenswerte Entlastung des hochqualifizierten Personals durch andere Berufsgruppen denkbar und sinnvoll. Zu den Tätigkeiten, die ggf. übertragen werden könnten, gehören beispielsweise:

- Administrative Aufgaben

Zu den administrativen Aufgaben zählen u.a. die Einbestellung der Patienten, die Begrüßung der Patienten oder die Prüfung der mitgebrachten oder übermittelten Unterlagen auf Vollständigkeit. Darüber hinaus gehören hierzu noch die Materialbestellung oder die Apothekenbestellung.

- Telefondienst

Der Telefondienst zählt zu den Tätigkeiten, die vielfach Zeit binden und andere, wichtigere Arbeiten unterbrechen.³¹ Auf telefonischem Wege erfolgt die Anmeldung, die Absage, die Verschiebung oder auch die Nachmeldung von Untersuchungen. Rückfragen von Station an die Endoskopieeinheit und umgekehrt finden gleichfalls statt. So wird z.B. eine z.B. telefonische Kontaktaufnahme am Vortag bei Koloskopiepatienten erfolgen, um abzuklären, ob die Abführmaßnahmen funktionieren und ob der Termin eingehalten werden kann.

- Aufbereitung der Endoskopiegeräte

Die Aufbereitung der Geräte kann auch von entsprechend geschultem Personal durchgeführt werden. Eine Schulungsmaßnahme wäre beispielsweise der Fachkundelehrgang I gemäß den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Sterilgutversorgung e.V. (DGSV).

Ein Teil der Aufgaben kann von Medizinischen Fachangestellten übernommen werden. In ihrer Ausbildung werden ihnen die organisatorischen Fähigkeiten vermittelt, die hier benötigt werden.

³¹ Vgl. Abraham, Kerstin: Organisation in der Endoskopie – Wie und Wer, Krefeld, ohne Jahr, http://www.endoline.de/assets/applets/Organisation_in_der_Endoskopie.pdf.

Die Bundesärztekammer hat in ihrer „Empfehlung zur Qualitätssicherung in der gastrointestinalen Endoskopie“³² verdeutlicht, dass zum an der Endoskopie mitwirkenden nicht-ärztlichen Assistenzpersonal auch eine im Bereich „Endoskopie“ weitergebildete Facharzhelferin zählt. Solcherart qualifizierte Medizinische Fachangestellte wären darüber hinaus noch breiter einzusetzen.

Auch in weiteren Funktionsbereichen gibt es Möglichkeiten, Aufgaben an andere Kräfte zu übertragen.

Krankenhäuser sind gemäß § 115b SGB V dazu berechtigt, ambulante Operationen zu erbringen. Hierzu besteht mit dem „Vertrag nach § 115 b Abs. 1 SGB V - Ambulantes Operieren und stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus - (AOP-Vertrag)“ ein eigenständiges Vertragswerk. Es wird dort vorgegeben, dass die ärztlichen Leistungen nach dem jeweiligen zum Behandlungszeitpunkt geltenden Facharztstandard erbracht werden müssen. Zu den nicht-ärztlichen Tätigkeiten finden sich keine Regelungen.

Die im Krankenhaus durchführbaren ambulanten Operationen werden auch von Vertragsärzten durchgeführt. Dort anfallende nicht-ärztliche Assistenzaufgaben werden von Medizinischen Fachangestellten durchgeführt, während sie im Krankenhaus häufig von examinierten oder gar fachweitergebildeten Pflegekräften durchgeführt werden.

Auch im Krankenhaus können die nicht-ärztlichen Assistenzaufgaben aus fachlichen Gründen auch von Medizinischen Fachangestellten übernommen werden. Dagegen sprechen können aber organisatorische Gründe.

Wenn beispielsweise die ambulanten Operationen in einem Zentral-OP durchgeführt werden und das nicht-ärztliche Assistenzpersonal dort auch bei stationären Operationen eingesetzt wird, dann kann keine Medizinische Fachangestellte die Aufgaben einer fachweitergebildeten Pflegekraft übernehmen.

Bei einem Einsatz von Operationstechnischen Assistenten (OTA) wäre demgegenüber eine größere Flexibilität gegeben, da sie auch bei stationären operativen Eingriffen zum Einsatz kommen können.

³² Vgl. Bundesärztekammer: Empfehlung zur Qualitätssicherung in der gastrointestinalen Endoskopie, <http://www.baek.de/downloads/empfendo.pdf>, S.3.

Ökonomische Gründe sprechen gegen den Einsatz von Medizinischen Fachangestellten, wenn nur eine geringe Anzahl ambulanter Operationen vorliegt. Die Medizinischen Fachangestellten wären nicht ausgelastet.

Das bedeutet aber im Umkehrschluss, dass über den Einsatz von Medizinischen Fachangestellten bei ambulanten Operationen dann nachzudenken ist, wenn die Anzahl der Eingriffe hoch genug ist und/ oder es ein ambulantes OP-Zentrum gibt, in dem die Eingriffe durchgeführt werden.

Praxisbeispiel

Auch im Bereich der kardiologischen Funktionsdiagnostik ist eine Übertragung von Tätigkeiten möglich. Die Uniklinik Köln hat beispielsweise ein Curriculum für das Schreiben von Ruhe-EKGs entwickelt. Qualifiziert werden sollen ausgewählte Mitarbeiter des Patienten Service.

Leitziel

Assistenten / Assistentinnen im Patienten Service erweitern ihre Kompetenzen und können eine bisher vom medizinischen oder pflegerischen Personal durchgeführte Aufgabe eigenständig übernehmen. Dies hat ökonomische und ablauforganisatorische Vorteile.

Die für diese Tätigkeit ausgewählten Mitarbeiter/-innen müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllen. Dabei haben eine hohe Zuverlässigkeit und die Fähigkeit zur Konversation absoluten Vorrang.

Richtziel

Ausgewählte Mitarbeiter/-innen im Patienten Service lernen das Ruhe-EKG (Nutzen und Durchführung) kennen und erwerben dabei die Kenntnisse einer Fachkraft (medizinische/r Fachangestellte/r). Sie können eigenverantwortlich Ruhe-EKGs schreiben und die Patienten entsprechend anweisen / unterstützen. Das EKG wird nicht von ihnen beurteilt! Das Pflegepersonal wählt die vom Patienten Service zu betreuenden Personen aus.

Kognitive und instrumentelle Feinziele und Lerninhalte

Die Feinziele zeigen, dass theoretisches Wissen und praktische Fertigkeiten erlernt werden müssen. Die Inhalte verdeutlichen, welche relevanten Kenntnisse zu erwerben sind.

Feinziele	Lerninhalte
<p><u>Basiswissen Herz</u> Anatomie und Physiologie des Herzens soweit verstehen, dass die Bedeutung eines EKGs nachzuvollziehen ist</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Körper- und Lungenkreislauf im Überblick - Herzhöhlen, Blutvolumen, Herzzyklus - Begriff „Erregungsleitung“ und „Sinusknoten“
<p><u>Basiswissen EKG</u> Prinzip einer Elektrokardiographie und Aufzeichnung eines Standard-EKGs verstehen sowie Indikationen für ein Ruhe-EKG kennen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Stromflusskurve des Herzens: Extremitäten- und Brustwandableitungen - Nutzen eines EKGs - Begriff „Ruhe-EKG“ - Indikationen für ein Ruhe- oder ein Schrittmacher-EKG - Grundprinzip der Aufzeichnung am Bsp. eines Standard-EKGs
<p><u>Ruhe-EKG anschließen und schreiben</u> Ein Ruhe-EKG sachgerecht schreiben und den Patienten angemessen betreuen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vorbereiten <ul style="list-style-type: none"> - Delegation: Anordnung des Arztes (EKG-Schein / ORBIS-Terminbuch) → Pflegepersonal → Patienten Service - Materialien überprüfen - geeignete Raumtemperatur einhalten - Befindlichkeit des Patienten einschätzen (Husten, Schluckauf, Zittern,...) - Patienten begrüßen und informieren; Regeln der Kommunikation kennen - Hände desinfizieren - EKG schreiben <ul style="list-style-type: none"> - Stecker elektrischer Betten oder naher Geräte ziehen (Wechselströmeinfluss) - Elektroden in standardisierter Reihenfolge (12 Kanäle: bipolare bzw. unipolare Extremitätenableitungen nach Einthoven und Goldberg sowie unipolare Brustwandableitungen nach Wilson) anbringen und deren Sitz / Hautkontakt überprüfen; Besonderheiten wie Amputationen oder Morbus Parkinson berücksichtigen - Sitz der Ableitungskabel überprüfen und mit den Elektroden verbinden - Elektrokardiograph einschalten, einstellen (Patientendaten) und starten (automatischer oder manueller Ausschrieb) - Qualität des Ausdrucks überprüfen und ggf. Fehler lokalisieren / beheben - Verhalten bei unvorhergesehenen Ereignissen

	<ul style="list-style-type: none"> - Nachsorge durchführen - Patienten betreuen und EKG mitgeben - Material aufbereiten / entsorgen; hygienische Maßnahmen durchführen - Maßnahme dokumentieren
--	---

Methodik

Theoretischer Unterricht:

Der Unterricht erfolgt im „Klassenverband“. Die Referenten berücksichtigen die Inhalte des Curriculums und die Vorkenntnisse und Lernerfahrungen der Teilnehmer/-innen (Unterrichtsentwurf). Sie wählen Methoden, Lehrmittel und Sozialformen (z.B. Kurzvortrag + Gruppenarbeit mit Metaplan-Technik) aus und können ihr Vorgehen in einem Artikulationsschema (Phasen des Lehr-Lern-Prozesses während einer Unterrichtseinheit) begründen. Die Teilnehmer/-innen erhalten ein Skript mit Bildmaterial, Arbeitsblättern und einer detaillierten Checkliste, die die Tätigkeit schrittweise auflistet. Die Referenten sind verpflichtet, das erworbene Wissen mittels eines Tests zu überprüfen. Der theoretische Unterricht umfasst 2x4 Stunden (Mindeststundenzahl).

Praktische Unterweisung am Elektrokardiographen:

Die nachmachende Demonstration (Vorführen und Nachmachen lassen) ist erforderlich, damit die Teilnehmer/-innen das Gerät kennenlernen, die Theorie in die Praxis umsetzen und üben können. Die Unterweisung umfasst 2 Stunden (Mindeststundenzahl). Dabei ist zu kontrollieren, ob jede/r

Teilnehmer/-in die Tätigkeit voll verstanden hat und im Ablauf korrekt durchführen kann.

Hospitation:

Um die Ausgabe sicher zu beherrschen und selbstständig durchführen zu können, werden die Mitarbeiter/-innen an ihrem Arbeitsplatz nochmals eingewiesen und führen 10 EKGs (Mindestzahl) in Zusammenarbeit mit dem medizinischen oder pflegerischen Personal durch.

Evaluation

Da die Mitarbeiter/-innen die Aufgabe zum Wohle des Patienten sehr sicher beherrschen müssen, sind der Ablauf der Schulung und die Teilnahme genau zu dokumentieren. Der Lern-, Lehrerfolg muss während der Schulung überprüft werden.

Eine weitere Berufsgruppe, die Tätigkeiten im Bereich der Funktionsdiagnostik übernehmen kann, stellen die Medizinisch-Technischen Assistenten für Funktionsdiagnostik (MTAF) dar. Den MTAF sind „bestimmte berufsspezifische Tätigkeiten vorbehalten, die - wenngleich auf Anforderung eines Arztes oder sonstiger berechtigter Personen - nur von ihnen eigenverantwortlich ausgeübt werden dürfen. Zu diesen vorbehaltenen Tätigkeiten des MTAF gehören im Einzelnen die folgenden Bereiche:

- Durchführung von Untersuchungsgängen in der Funktionsdiagnostik des Nervensystems und der Sinnesorgane,

- Durchführung von Untersuchungsgängen in der kardiovaskulären Funktionsdiagnostik,
- Durchführung von Untersuchungsgängen in der pulmologischen Funktionsdiagnostik,
- technische Mitwirkung im Rahmen der chirurgischen und invasiven Funktionsdiagnostik.³³

Ein Einsatz dieser relativ neuen Berufsgruppe kann beispielsweise im Herzkatheterlabor erfolgen. Sofern genügend übertragbare Aufgaben vorliegen, ist aufgrund der Ausbildung eine Übertragung von Tätigkeiten sinnvoll und rechtlich abgesichert.

³³ Blum, Karl: Weiterentwicklung der nicht-ärztlichen Heilberufe am Beispiel der technischen Assistenzberufe im Gesundheitswesen, Düsseldorf 2009, S.29.

5 Die juristische Problemstellung

(Prof. Dr. Karl Otto Bergmann)

5.1 Aufgabenstellung

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat das Deutsche Krankenhaus Institut mit der Durchführung einer Studie zur Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes beauftragt. Diese Studie soll die im letzten Jahr abgeschlossenen Untersuchungen zur „Neuordnung von Aufgaben des ärztlichen Dienstes“, in der die Delegation ärztlicher Tätigkeiten an den Pflegedienst untersucht wurde, fortsetzen und ergänzen. Der Erstverfasser hatte hierzu das Rechtsgutachten erstattet, die rechtlichen Überlegungen bedürfen für die Studie zum Pflegedienst der Fortführung.

Die jetzige Studie untersucht die Möglichkeiten der Entlastung des Pflegedienstes durch Übertragung von Aufgaben des Pflegedienstes an andere Berufsgruppen im Krankenhaus. Die Studie untersucht aufgrund einer Repräsentativerhebung und Expertenbefragung organisatorische und juristische Aspekte der möglicherweise zu delegierenden Tätigkeiten. Es handelt sich dabei um folgende juristische Aspekte:

1. Haftungsrechtliche Fragen im Zusammenhang mit der Übertragung pflegerischer Tätigkeiten auf andere Berufsgruppen
2. Bedeutung und Verbindlichkeiten der Berufsstandards in Vorschriften, soweit sie eine klare Zuordnung der Zuständigkeiten der Pflege vorsehen,

Zur wirtschaftlichen Dimension der Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes sei eine Vorbemerkung gestattet, da die juristischen Fragestellungen ohne Kenntnis des wirtschaftlichen Hintergrundes nicht system- und gleichzeitig interessengerecht lösbar sind:

5.1.1 Vorbemerkung

Im Rahmen der Bemühungen um Kostentransparenz im Gesundheitswesen sind Krankenhäuser auch gezwungen, die Kosten des Pflegedienstes - soweit als möglich – darzustellen, betriebswirtschaftlich zu analysieren und zu optimieren. Die Frage, ob Teilbereiche pflegerischer Aufgaben auch auf anderes qualifiziertes oder neu zu qualifizierendes Personal übertragen werden können, steht daher im Vordergrund der Überlegungen. Die folgende Tabelle der Gesundheitsberichterstattung des Bundes zeigt die Personalkosten in Krankenhäusern in 1.000 € von 1996 bis 2008.

Personalaufwendungen	Jahr					
	1996	2002	2005	2006	2007	2008
☐ Personalkosten insgesamt	33.437.833	39.541.980	40.957.758	41.217.848	41.929.684	43.365.435
Ärztlicher Dienst	6.928.380	9.152.616	10.392.370	10.705.285	11.400.138	12.117.432
Pflegedienst	13.195.801	14.313.137	14.005.417	13.885.698	13.915.564	14.231.959
Medizinisch- technischer Dienst	3.815.226	5.195.959	5.520.543	5.527.234	5.603.142	5.844.196
Funktionsdienst	2.975.422	3.740.176	3.933.180	3.984.887	4.049.848	4.228.514
Klinisches Hauspersonal	799.096	618.627	471.399	442.167	416.198	387.985
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	2.272.025	2.120.093	1.875.516	1.797.062	1.709.007	1.658.771
Technischer Dienst	765.832	856.238	853.562	847.591	835.351	833.936
Verwaltungsdienst	2.039.162	2.525.151	2.708.927	2.722.900	2.736.698	2.830.485
Sonderdienste	175.902	208.796	207.577	204.960	204.191	211.584
Sonstiges Personal	229.241	326.303	310.418	313.273	325.124	352.941
Nicht zurechenbare Personalkosten	241.746	484.884	678.849	786.791	734.423	667.630

Quelle: Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 27.02.2010

5.1.2 Umfang der zu bewertenden Tätigkeiten

Das Deutsche Krankenhausinstitut hat bereits im April 2003 einen Bericht zum Aufwand für pflegefremde und patientenferne Tätigkeiten im Pflegedienst deutscher Krankenhäuser vorgelegt mit dem Ziel, die Kernkompetenzen und Kernaufgaben von Krankenschwestern und -pflegern zu reflektieren die Möglichkeit zur Optimierung der Arbeitsorganisation im Pflegedienst und eine weitgehende Entlastung bzw. Delegation von pflegefremden bzw. patientenfernen Tätigkeiten zu überprüfen und in den deutschen Krankenhäusern bewusst

zu machen. Die Ergebnisse des Forschungsprojektes lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Patientenferne Tätigkeiten sind sämtliche Tätigkeiten, die nicht die Anwesenheit oder Teilnahme des Patienten, seine Information oder die Kommunikation mit ihm voraussetzen, oder implizieren. Dabei handelt es sich nicht unbedingt um pflegefremde Tätigkeiten. So ist beispielsweise die Pflegedokumentation in der Regel eine patientenferne Tätigkeit, gehört aber zu den genuinen Aufgaben des Pflegedienstes. Pflegefremde Tätigkeiten sind solche, die nicht der primären Aufgabe des Pflegedienstes, nämlich der Pflege und Betreuung kranker bzw. pflegebedürftiger Menschen dienen. Als pflegefremde und/oder patientenferne Tätigkeiten sind in der Studie 2003 untersucht worden

- Dokumentation und Administration
- Patientenbegleitedienste
- Hol- und Bringendienste
- Beschaffung und Logistik
- Reinigungsdienste

Dokumentation und Administration machen ungefähr 20 % der Arbeitszeit der Pflege aus, Patientenbegleitedienste beanspruchen 4,7 % (Chirurgie) bzw. 3,3 % (Innere Medizin) der täglichen Arbeitszeit von Krankenschwestern und –pflegern, Beschaffung und Logistik lediglich rd. 2 %, noch etwas weniger Hol- und Bringendienste. Der Gesamtaufwand für pflegefremde/patientenferne Tätigkeiten macht gut 28 % der Arbeitszeit von Krankenschwestern und –pflegern aus.

Die Studie hat festgestellt, dass für die Definition „pflegefremd“ kein breiter Konsens besteht. Die Experten erachten es als notwendig, dass die Pflege zunächst einmal selbst klärt, welche Arbeiten sie weiterhin verrichten (oder zusätzlich übernehmen) will und welche der bislang vom Pflegedienst durchgeführten Tätigkeiten sinnvoller Weise an andere Dienste oder Berufsgruppen delegiert werden können oder sollen.

Aus der Studie ist für die juristische Betrachtungsweise an Einzelergebnissen noch wichtig, dass nach Einschätzung der Krankenschwester und –pfleger zumindest ein Teil der Stationssekretärinnen entweder objektiv oder subjektiv nicht hinreichend qualifiziert sind, um einen relativen Anteil der administrativen und Dokumentationstätigkeiten zu übernehmen.

Bei der Beschaffung und Logistik existierten starke Unterschiede je nach technischer Präsenz des Krankenhauses. Vorteile ergeben sich bei der Verwendung von Modulschränken und Scannertechnologie, insbesondere aus ihrem kombinierten Einsatz. Die Benutzung dieser modernen Technik ist also mit einzubeziehen. Gleiches gilt für die Vorteile einer EDV-gestützten Pflegedokumentation.

Der Gesamtaufwand für pflegefremde bzw. patientenferne Tätigkeiten beträgt fachübergreifend im Durchschnitt rd. 2 Stunden und 10 Minuten pro Pflegekraft und Arbeitstag im arithmetischen Mittel. Diesem Durchschnittswert liegt eine sehr breite Streuung zugrunde.

Wenn man die Beispiele der Delegation pflegefremder bzw. patientenferner Tätigkeiten weiter differenzieren will, so gehören hierzu folgende Tätigkeiten:

- Einstellung von Stationssekretärinnen/ -assistentinnen
- Einrichtung eines Patientenbegleitdienstes
- Beschäftigung von Versorgungsassistenten
- Einstellung von Arzthelferinnen
- Einsatz von Dokumentationsassistenten
- stärkerer Rückgriff auf ehrenamtliche Helfer/ „grüne Damen“
- Schaffung eines zentralen Servicebereiches, der Hotelleistungen, Hol- und Bringendienste, Reinigungsdienste etc. abdeckt
- Einsatz von Hauswirtschaftskräften/Hostessen zur Menübestellung und Essensverteilung
- Bestückung der Patientenzimmer mit Pflegeutensilien durch Hauswirtschaftskräfte
- Delegation der Desinfektion an Hauswirtschaftskräfte
- Stellenausbau im Stationssekretariat
- Ausbau des Hol- und Bringendienstes
- personell zuverlässige Besetzung zentraler Dienste
- bessere Besetzung von Patientenbegleitdiensten zu Stoßzeiten
- ganztägige Präsenz des Reinigungsdienstes

- Präsenz von Hilfsdiensten an Wochenenden/Feiertagen
- Dienstzeiten zentraler Dienste dem Bedarf anpassen

Als Berufsgruppen, die diese Aufgaben übernehmen können, kommen nach der Studie die Stationssekretärin, die Arzthelferin, der Dokumentationsassistent in Frage.

Die verbesserte technische Ausrüstung kann in folgenden Bereichen in Betracht kommen

- elektronische Patientenakte
- EDV-gestützte Pflegedokumentation
- verbesserte EDV-Lösungen für Pflegedokumentation
- krankenhausesweites EDV-System
- Online-Bestellungen/Anforderungen
- Online abrufbare Befunde/Untersuchungstermine
- mobile Leistungserfassung
- Scannertechnik zur Anforderung von Pflege-/Medizinprodukten
- Modulschränke
- Rohrpost

Unterstützt werden kann der technisch verbesserte Ablauf durch Standardpflegepläne, definierte Behandlungspfade, die Reduktion der Dokumentation auf das absolut Notwendige, die zentrale Patientenaufnahme und Pflegeanamnese sowie das Primary Nursing.

Über diese patientenfernen oder –fremden Tätigkeiten hinaus gibt es aber auch eine Reihe patientennaher Tätigkeiten, bei denen sich gleichfalls problematisieren ließe, inwiefern dafür qualifiziertes Pflegepersonal mit dreijähriger Ausbildung zwingend erforderlich ist, z.B. für die Essensverteilung, Bettenmachen, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme und Ausscheidung. Bei der rechtlichen Überprüfung müssen auch diese Tätigkeiten mit einbezogen werden.

In der Erhebung des Deutschen Krankenhausinstitutes im Jahre 2009 wird zwischen patientennahen und patientenfernen Tätigkeiten differenziert, die teils stationsintern, teils stationsübergreifend stattfinden. Der Begriff pflegefremde Tätigkeit wird vermieden, da es sich hierbei nicht um einen eindeutig definierten Bereich handelt und die Auffassung darüber,

was im Kernbereich pflegerischen Handelns zählt, im Zeitablauf wandeln. Untersucht wurden die Bereiche Innere Medizin, Allgemeinchirurgie und Kinderheilkunde, um diejenigen Tätigkeiten zu ermitteln, die auf Hilfs- und Servicekräfte delegiert werden können.

Bei den aufgeführten Tätigkeiten handelt es sich überwiegend um Tätigkeiten aus dem Bereich der Grundpflege. Zusammenfassend ergibt sich aus dieser Studie, dass einfachere Tätigkeiten bzw. patientennahe Hilfstätigkeiten als durchaus übertragbar angesehen werden. Dies gilt insbesondere dann, wenn keine pflegerische Kompetenz von der Übertragung betroffen ist. Auch vorbereitende und nachbereitende Tätigkeiten werden als auf Mitarbeiter mit geringerer Qualifikation übertragbar eingeschätzt. Tätigkeiten, bei denen es bei einer unsachgemäßen Ausführung zu durchaus schweren Patientenschädigungen kommen könnte, werden als nicht übertragbar angesehen. Gleiches gilt für Tätigkeiten, bei denen es um die Wahrnehmung des Gesundheitszustandes des Patienten geht.

Damit liegt ein Katalog von Tätigkeiten vor, die von der überwiegenden Mehrzahl der befragten Pflegedienstleitungen als delegationsfähig eingestuft werden. So führen beispielsweise die Asklepios-Kliniken sogenannte „Pflegeassistenten“ ein. Diese neue Berufsgruppe wird in rd. 900 Stunden auf ihre Aufgaben vorbereitet. Als Voraussetzungen für die Qualifizierung werden u.a. patientenorientierte Umgangsformen, die Bereitschaft zum stationsübergreifenden Einsatz sowie gute Deutschkenntnisse genannt. So werden Arbeiten bei der Körperpflege in allen Fachbereichen als sehr gut delegierbar bezeichnet. Gleiches gilt für die Ernährung, nur sehr eingeschränkt betrifft dies Arbeiten bei der Ausscheidung. Bei der Bewegung und Lagerung besteht Zurückhaltung der Befragten. Bei den einzelnen Tätigkeiten ist sehr zu differenzieren. So kann das Vor- und Nachbereiten der Utensilien zur Körperpflege uneingeschränkt delegiert werden. Delegationsfähig ist die Hilfe bei Körperwaschung am Waschbecken, das Fußbad oder Fingerbad, die Haarpflege, die Gesichtsrasur, die Mundhygiene, das Aufzeigen des Speise- und Getränkeangebotes, das Erfassen der Essenswünsche. Gleiches gilt für die Aufteilung des Essens, die Vorbereitung des Patientenplatzes zum Essen, das Geschirrabräumen, die Verteilung der Getränke, deren Verabreichung oder die Gabe von Hilfsmitteln. Auch die Verabreichung der Nahrung sowie die Unterstützung beim Trinken sind delegationsfähig. Ähnliche Differenzierungen sind bei anderen pflegerischen Tätigkeiten, wie Hilfe bei der Ausscheidung, Beschaffung und Logistik, Patientenbegleitedienste, Hol- und Bringendienste, Reinigung, Information des

Patienten über Stationsablauf etc., möglich. Die Delegationsmöglichkeiten erstrecken sich auch auf Botengänge, in der Kinderheilkunde auch auf Vorlesen, Basteln, Hausaufgaben.

Aus rechtlicher Sicht wird man insbesondere die Tätigkeiten prüfen müssen, die Patientenschädigungen auslösen können oder die die Wahrnehmung des Gesundheitszustandes des Patienten betreffen. Diese werden daher im Mittelpunkt der Betrachtungen stehen.

5.2 Haftungsrechtliche Fragen

Bei der haftungsrechtlichen Bewertung der Delegation pflegerischer Aufgaben auf Hilfspersonal sollen zum einen die allgemeinen haftungsrechtlichen Grundlagen, zum anderen aber auch die Bedeutung und Verbindlichkeit der maßgeblichen Vorschriften für den Berufsstandard betrachtet werden. Die oben aufgezeigten hohen Personalaufwendungen im pflegerischen Dienst und die ebenfalls aufgezeigte Vielfalt und der große Umfang pflegerischer Tätigkeit schaffen einen hohen Anreiz, Pflege von möglichst vielen Tätigkeiten zu entlasten und auf dafür angelerntes kostengeringeres Personal zu übertragen, zumal auf die Pflege im Zuge der Übertragung ärztlicher Leistungen auf nicht ärztliches Personal neue Aufgaben hinzukommen sollen. Betriebswirtschaftliche Überlegungen müssen sich aber naturgemäß im Rahmen der rechtlichen Zulässigkeit bewegen.

Für die Beurteilung der Sorgfaltswidrigkeit pflegerischer Maßnahmen und damit letztlich der rechtlichen Zulässigkeit des Krankenhausbetriebes kommt es nicht darauf an, welche Fähigkeiten, Möglichkeiten und Ressourcen in diesem Krankenhaus bestehen, da der Verschuldensmaßstab nach § 276 BGB die Gewährleistung des objektiv notwendigen Pflegestandards aus Sicht des Patienten ist³⁴.

5.2.1 Haftungsmaßstab

5.2.1.1 Pflegestandard

Der objektiv zu fordernde Pflegestandard, der haftungsrechtlich gemäß § 276 BGB allein entscheidend ist, orientiert sich an den zu fordernden Fähigkeiten des Pflegepersonals. Diese lassen sich zunächst einmal berufsobjektivierend und allgemein deskriptiv dem Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz - KrPflG) entnehmen. § 3 Abs. 1

³⁴ Vgl. OLG Düsseldorf, Urteil vom 16.06.2004 - 15 U 160/03 - PflR 2005, 62, zur Haftung des Pflegeheimbetreibers für fahrlässige Pflegefehler.

KrPflIG definiert das Ausbildungsziel für Gesundheits- und Krankenpflegerinnen sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen dahingehend, dass *„entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten“* vermittelt werden sollen. Dies beinhaltet gemäß § 3 Abs. 2 KrPflIG insbesondere:

1. die folgenden Aufgaben eigenverantwortlich auszuführen:
 - a) Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, Planung und Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege,
 - b) Evaluation der Pflege, Sicherung und Entwicklung der Qualität und Pflege,
 - c) Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit,
 - d) Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes,
2. die folgenden Aufgaben im Rahmen der Mitwirkung auszuführen:
 - a) eigenständige Durchführung ärztlich veranlasster Maßnahmen,
 - b) Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation,
 - c) Maßnahmen in Krisen- und Katastrophensituationen,
3. interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen zusammenzuarbeiten und dabei multidisziplinäre und berufsübergreifende Lösungen von Gesundheitsproblemen zu entwickeln.

Voraussetzung für die Ausbildung ist gemäß § 5 KrPflIG neben der gesundheitlichen Eignung zur Ausübung des Berufes auch ein Realschulabschluss, eine andere gleichwertige abgeschlossene Schulausbildung oder der erfolgreiche Abschluss einer sonstigen zehnjährigen allgemeinen Schulausbildung. Ein Hauptschulabschluss erfordert zusätzlich eine abgeschlossene Berufsausbildung mit einer Ausbildungsdauer von mindestens zwei Jahren, eine Erlaubnis als Krankenpflegehelfer oder eine abgeschlossene mindestens einjährige Ausbildung zur Krankenpflegehilfe bzw. Altenpflegehilfe. Die Ausbildung selbst ist

in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPfiAPrV), dort vor allem § 1, geregelt. Der Umfang der Ausbildung beträgt insgesamt 2.100 Stunden theoretischen und praktischen Unterricht sowie 2.500 Stunden praktische Ausbildung.

In Abgrenzung zur ärztlichen Tätigkeit handelt es sich bei der rein pflegerischen Tätigkeit nicht um die Ausübung der Heilkunde (vgl. § 2 Abs. 5 BÄO). Die Frage, inwieweit ärztliche Tätigkeiten, also die Ausübung von der Heilkunde, an pflegendes Personal übertragen werden kann, war Gegenstand des Gutachtens zur Neuordnung ärztlicher Aufgaben, auf das insofern verwiesen wird. § 15 des Bundesmantelvertrages Ärzte stellt für die Zulässigkeit von Hilfeleistungen nicht ärztlicher Mitarbeiter darauf ab, dass

„persönliche Leistungen ferner Hilfeleistungen nicht ärztlicher Mitarbeiter sind, die der Arzt anordnet und fachlich überwacht, wenn der nicht ärztliche Mitarbeiter zur Erbringung der jeweiligen Hilfeleistung qualifiziert ist.“

Entscheidendes Kriterium ist also die jeweilige persönliche Qualifikation des nicht ärztlichen Mitarbeiters.

Gesetzliche Vorschriften über sog. Vorbehaltsaufgaben, also solche, die ausschließlich von Pflegekräften zu erbringen sind, gibt es nicht. Anders als im „Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspfleger“ oder im österreichischen Krankenpflegegesetz gibt es keine Definition von Vorbehaltsaufgaben für die Pflege, also Aufgaben und Tätigkeiten, die ausschließlich von Pflegekräften zu erbringen sind. Die Zuordnung der Einzelaufgaben innerhalb des Aufgabenbereichs der Pflege ist also gesetzlich nicht geregelt.

Der Anspruch des Patienten richtet sich grundsätzlich auf Einhaltung des Pflegestandards, wie er durch die dargelegten rechtlichen Vorgaben und den Einsatz einer entsprechend ausgebildeten Pflegekraft gewährleistet wird. Ob dieser Pflegestandard zwangsläufig den Einsatz einer Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. eines Gesundheits- und Krankenpflegers erfordert oder ob der Standard auch bei Einsatz einer geringer qualifizierten Person gewährleistet bleibt, richtet sich zum einen nach den einzelnen Elementen der Pflege, zum anderen aber auch nach der Kompetenz und Qualifikation des jeweiligen Delegationsempfängers. Diese beiden Aspekte sollen im Folgenden genauer beleuchtet werden.

5.2.1.2 Pflegeleistungen

Neben der Grund- und Funktionspflege gehört auch die pflegerische Ergänzung des ärztlichen Behandlungskonzeptes durch die Behandlungspflege zu den Aufgaben medizinischer Pflegekräfte. Diese Aufgaben können patientennah oder patientenfern sowie stationsnah oder stationsfern anfallen. Die unterschiedlichen Aufgaben sind im Rahmen der Erhebung des Deutschen Krankenhausinstitutes umfassend ausgewertet worden. Hierauf wird insofern verwiesen. Gemein ist allen pflegerischen Aufgaben, dass diese nicht aus dem ärztlichen Tätigkeitsbereich abgeleitet sind, die Pflegekräfte insofern auch nicht Erfüllungsgehilfen des Arztes sind, sondern einzig der Weisungs- und Überwachungsverantwortung der Pflegedienstleitung und des Krankenhausträgers unterstehen³⁵. Die pflegerische Betreuung der Patienten einschließlich der Verabreichung von Medikamenten und Infusionen ist in erster Linie Vertragsaufgabe des Krankenhausträgers, der insoweit eine eigene Verantwortung für das eingesetzte Pflegepersonal trägt. Die pflegerische Betreuung gehört aber auch zur ärztlichen Behandlungsaufgabe, soweit es um die vom Arzt zu gebenden Instruktionen geht. Die erforderlichen Anweisungen für die Behandlungspflege zu geben, ist Sache des die Behandlung führenden Arztes³⁶. Die Rechtsprechung differenziert also zwischen den einzelnen Verantwortungsbereichen, schafft aber auch Haftungsverknüpfungen.

Nicht alle pflegerischen Aufgaben müssen jedoch von dem Gesundheits- und Krankenpfleger erbracht werden. Das Gesundheitswesen kennt daneben auch den Gesundheits- und Krankenpflegehelfer.

Der Gesundheits- und Krankenpflegehelfer (früher Schwesternhelferin) ist ein Gesundheitsfachberuf mit einjähriger Ausbildung. Pflegehelfer assistieren Pflegefachkräften der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Kinderkrankenpflege bei deren Aufgaben. Sie übernehmen Pflēgetätigkeiten in Absprache mit den Pflegefachkräften, vor allem grundpflegerische Aufgaben wie die Lagerung, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, Toilettengang, Begleitung, Körperpflege, Richten der Betten sowie Schreibarbeiten, Dokumentation, Beschäftigungsangebote, hauswirtschaftliche Hilfe und Hygiene. Seit Januar 2004 unterliegt die Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpflegehelfer dem

³⁵ vgl. Steffen/Pauge, Arzthaftungsrecht, 10. Auflage Rdnr. 224; BGH, Urteil vom 10.01.1984 - VI ZR 158/82 - NJW 1984, S. 1400.

³⁶ BGH aaO S. 1402.

Landesrecht, d. h. jedes Bundesland entscheidet, ob diese Ausbildung angeboten wird und wie sie strukturiert wird. Neben den Ausbildungsgesetzen zum Krankenpflegehelfer³⁷ gibt es landesunterschiedlich auch den Gesundheits- und Krankenpflegeassistenten³⁸, den Gesundheits- und Pflegeassistenten³⁹ bzw. den Pflegefachhelfer⁴⁰. In einigen Bundesländern fehlen jedoch entsprechende gesetzliche Vorgaben für Pflegehilfstätigkeiten vollends.

Die Ausbildung zum Pflegehelfer bzw. dem Pflegeassistenten orientiert sich an der Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger, ist jedoch zeitlich kürzer (i. d. R. 500 Stunden theoretische Ausbildung und über 1.100 Stunden praktische Ausbildung). Ziel ist die Erlangung von Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten, die für die Pflege und Versorgung von Patientinnen und Patienten unter Anleitung und Verantwortung von Pflegefachkräften erforderlich sind.

Es bleibt daher festzuhalten, dass gesetzlich bereits eine Assistenz bzw. Hilfe der Pflegefachkraft - je nach Landesrecht - vorgesehen ist.

5.2.1.3 Delegation pflegerischer Aufgaben

Bei der Neuordnung pflegerischer Aufgaben ist - ebenso wie bei der Frage nach der Neuordnung ärztlicher Aufgaben - zwischen Substitution und Delegation zu unterscheiden. Die Aufgabensubstitution (Neu-Allokation) ist die Übertragung der Aufgabe einschließlich der Entscheidungskompetenz. Der Substitutionsempfänger entscheidet daher selbstständig über die Frage des Ob einer pflegerischen Tätigkeit. Abzugrenzen hiervon ist die Delegation als Übertragung der Durchführungskompetenz der pflegerischen Tätigkeit in eigener Verantwortung. Der Delegationsempfänger entscheidet eigenverantwortlich über die Frage des Wie der pflegerischen Tätigkeit. Gegenstand der vorliegenden Betrachtung ist ausschließlich die Delegation, also die Übertragung der Durchführungskompetenz.

a) Haftungsverantwortliche

aa) Zivilrechtliche Haftungsnormen

Nach den zivilrechtlichen Haftungsnormen begründet eine Delegation pflegerischer Aufgaben folgende Anspruchskonstellation für den geschädigten Patienten:

³⁷ Vgl. u. a. Gesetz über den Beruf der Gesundheits- und Krankenpflegehelferin und des Gesundheits- und Krankenpflegehelfers im Land Brandenburg - Brandenburgisches Krankenpflegehilfegesetz - BbgKPHG vom 26.05.2004.

³⁸ So in Nordrhein-Westfalen.

³⁹ So in Hamburg.

⁴⁰ So in Bayern.

- Aufgrund des Krankenhausbehandlungsvertrages ist der Krankenhausträger für etwaige Fehler des Delegationsempfängers vertraglich wegen positiver Vertragsverletzung aus § 280 i. V. m. § 278 BGB sowie deliktisch aus §§ 823, 831, 847 BGB verantwortlich.
- Der Delegationsgeber bleibt weiterhin verantwortlich, da der Delegationsempfänger nicht eigenständig handelt, § 823 i. V. m. § 831 BGB.
- Darüber hinaus haftet der Delegationsempfänger aus unerlaubter Handlung gemäß § 823 BGB.

Die Vorschrift des § 831 BGB ermöglicht die Exkulpation und Freizeichnung bei Darlegung einer ordnungsgemäßen Auswahl und Überwachung des Delegationsempfängers. Bei einer unzulässigen Delegation oder bei unzureichenden organisatorischen Strukturen für die Kontrolle des Delegationsempfängers tritt zu den obigen Anspruchsgrundlagen eine Organisationshaftung des Krankenhausträgers ggf. auch des Delegationsgebers hinzu. Anspruchsgrundlage bleibt insoweit § 823 BGB (unerlaubte Handlung).

bb) Einfluss der Zivilrechtsprechung

Aufgabe der Rechtsprechung ist es, einen konkreten Konfliktfall aus dem Arzt-/Krankenhaus-Patientenverhältnis zu lesen, nicht etwa allgemein gültige Kriterien und Grundsätze zu Zuordnungen der Leistungen im Gesundheitswesen oder zur Zulässigkeit einer Delegation von Leistungen am Patienten. Gleichwohl hat sich die Rechtsprechung, da es speziell keine Kodifizierung des Arzt-Krankenhaus-Vertrages gibt, bemüht, mit umfangreichem Richterrecht Konturen in das Haftungsrecht zu bringen, so auch für die Frage der Zulässigkeit der Delegation ärztlicher und pflegerischer Leistungen am Patienten.⁴¹

Hinsichtlich der zivilrechtlichen Haftung für Behandlungsfehler, sei es aus dem Krankenhausvertrag, sei es aus deliktischer Haftung, kommt es allein wie bei jeder anderen Berufshaftung auf Qualitätsmängel der medizinischen, also auch pflegerischen Behandlung an. Haftungs begründend ist das Unterschreiten des zu fordernden Qualitätsstandards, sofern der daraus resultierende Behandlungsfehler und seine Ursächlichkeit für die Schädigung des Patienten feststehen.⁴² Aufgabe des Haftungsrechtes ist es, den Patienten bei Unterschreiten des Standards guter medizinischer, also auch pflegerischer Behandlung, einen Ausgleichsanspruch zu geben. Dabei kommt es nicht auf die persönliche Schuld des Handelnden, sondern allein auf ein Unterschreiten des medizinischen Standards an. Das Haftungsrecht hat für den Standard der pflegerischen Behandlung zu ermitteln, welches

⁴¹ Eingehender Überblick bei Bergmann/Kienzle, Krankenhaushaftung, 3. Aufl., 2010, Abschnitt B.
⁴² BGH, Urt. v. 03.02.1987 – VI ZR 56/86 – BGHZ 99, 391.

Verhalten von einem gewissenhaften und aufmerksamen Pfleger/Pflegerin in der betroffenen Behandlungssituation nach dem anerkannten und gesicherten Stand der Wissenschaft im Zeitpunkt der Behandlung erwartet werden muss.⁴³ Die Rechtsprechung richtet sich zur Beurteilung der Frage, ob und inwieweit Krankenschwester und Krankenpfleger bzw. Krankenpflegerhelferin und –helfer bei ärztlichen Leistungen assistieren dürfen, im Streitfall nach dem bestellten medizinischen Sachverständigen, insbesondere auch nach den Empfehlungen und Stellungnahmen der Berufsverbände.⁴⁴

Es ist Aufgabe des Krankenhausträgers, fachkundiges, nicht ärztliches Personal für die Behandlung des Patienten zu stellen und organisatorisch sicherzustellen, dass das Personal ausreichende Anweisungen erhält. Insofern kommt der Organisationsverantwortung des Krankenhausträgers und der Notwendigkeit ärztlicher Überweisung der pflegerischen Tätigkeit entscheidende Bedeutung zu.⁴⁵

An die Organisationspflichten des Krankenhausträgers stellen die Gerichte hohe Anforderungen. „Der Organisationsbereich des Krankenhausträgers umfasst ein sehr weites Spektrum. So hat der Krankenhausträger die Pflicht, ausreichend qualifiziertes, ärztliches und nichtärztliches Personal zur Verfügung zu stellen, anzuleiten, zu überwachen und weiterzubilden. In jeder Behandlungsphase muss ein qualifizierter Arzt bereit stehen, um die notwendigen Anweisungen zu geben und zu überwachen.“⁴⁶ Der Krankenhausträger muss darüber hinaus die ärztlichen und pflegerischen Standards in personeller und fachlicher Hinsicht gewährleisten.⁴⁷

Eine sehr wichtige Verpflichtung des Organisationsträgers besteht in der Organisation der horizontalen und der vertikalen Arbeitsteilung. Bei der horizontalen Arbeitsteilung geht es um die Zusammenarbeit mehrerer Abteilungen bei der Behandlung eines Patienten. Diese Form der Zusammenarbeit ist durch Gleichordnung und Weisungsfreiheit gekennzeichnet.⁴⁸

⁴³ Vgl. BGH, Urt. vom 02.06.1987 – VI ZR 174/86 -, NJW 1988, 762, für Behandlungsmängel und Dekubitus; BGH, Urt. vom 29.09.1998 – VI ZR 268/97 – VersR 1999, 190, für Hohlstellen des Beines nach Schädigung des Peroneus-Nervs.

⁴⁴ Vgl. BGH, Urt. v. 08.05.1979 – VI ZR 58/78 – NJW 1979, 1935.

⁴⁵ OLG Stuttgart, Urt. v. 20.08.1992 – 14 U 3/92 – .

⁴⁶ Bergmann, Karl Otto/Kienzle, Hans Friedrich; Krankenhaushaftung. Organisation, Schadensverhütung und Versicherung - Leitfaden für die tägliche Praxis, 2. Auflage, Düsseldorf 2003, S. 37.

⁴⁷ Vgl. Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht e. V. (DGMR): Organisationsverschulden in Klinik und Praxis, Einbecker-Empfehlungen, www.medizin.uni-koeln.de/dgmr/pdf/dgmr-empf-2005-als-pdf.pdf, Stand 30.11.2007.

⁴⁸ Vgl. Laufs, Adolf: Arztrecht, 5. verbesserte und erweiterte Auflage, München 1993, S. 299.

Die Übertragung pflegerischer Tätigkeiten an andere Berufsgruppen im Rahmen der vertikalen Arbeitsteilung setzt also die fehlerfreie Organisation von fachlicher Über- und Unterordnung voraus.

Aufschlussreich ist die Entscheidung des BGH vom 08.05.1979.⁴⁹ Der BGH beruft sich für seine Auffassung, dass Pflegehelferinnen derartige Leistungen nicht ausführen dürfen, sowohl auf die Richtlinien der deutschen Krankenhausgesellschaft als auch auf die Rechtslehre.⁵⁰ Er führt aus, dass dies anders sein mag, wenn das Pflegepersonal über das allgemeine Ausbildungsziel hinaus in dieser Maßnahme der intramuskulären Injektion besonders geübt ist. Neben der Ausbildung kann also Übung in praktischer Tätigkeit den zu fordernden Standard gewährleisten. Nach Auffassung des Bundesgerichtshofes wurde das Organisationsverschulden des Klinikträgers im konkreten Fall besonders dadurch deutlich, dass der Chefarzt darauf hingewiesen hatte, dass man angesichts des Personalmangels im Krankenhaus „zwischen dem Wünschenswerten und dem Machbaren stehe“. Mangelhafte Ressourcen oder finanzielle Engpässe können also nach der Rechtsprechung den gebotenen Standard nicht herabsetzen.

So hat der Bundesgerichtshof in einer anderen Entscheidung auch betont, dass notfalls auf eine Ausweitung einer chirurgischen Abteilung verzichtet und weiter angeordnet werden muss, dass nach Erschöpfung der jeweils vorhandenen Kapazität die Patienten an andere Krankenhäuser zu verweisen sind.⁵¹

b) Ist-Zustand der Delegation

Wie die Erhebung des Deutschen Krankenhausinstitutes zur Frage der Delegation pflegerischer Aufgaben belegt, erfolgt die Delegation pflegerischer Tätigkeit auf Dritte bereits jetzt in vielen Krankenhäusern in nicht unerheblichem Umfang. Dies wird auch in der folgenden Grafik noch einmal bestätigt.⁵²

⁴⁹ BGH – VI ZR 58/78 – NJW 1979, 1935 zur Haftung bei von einer Schwesternhelferin fehlerhaft gesetzten intramuskulären Injektion.

⁵⁰ Rieger DMW 1972, 1371; DMW 1974, S. 1380.

⁵¹ BGH, Urt. v. 16.04.1996, VI ZR 190/95.

⁵² Krankenhaus Barometer des Deutschen Krankenhausinstitutes e. V., Oktober 2008.

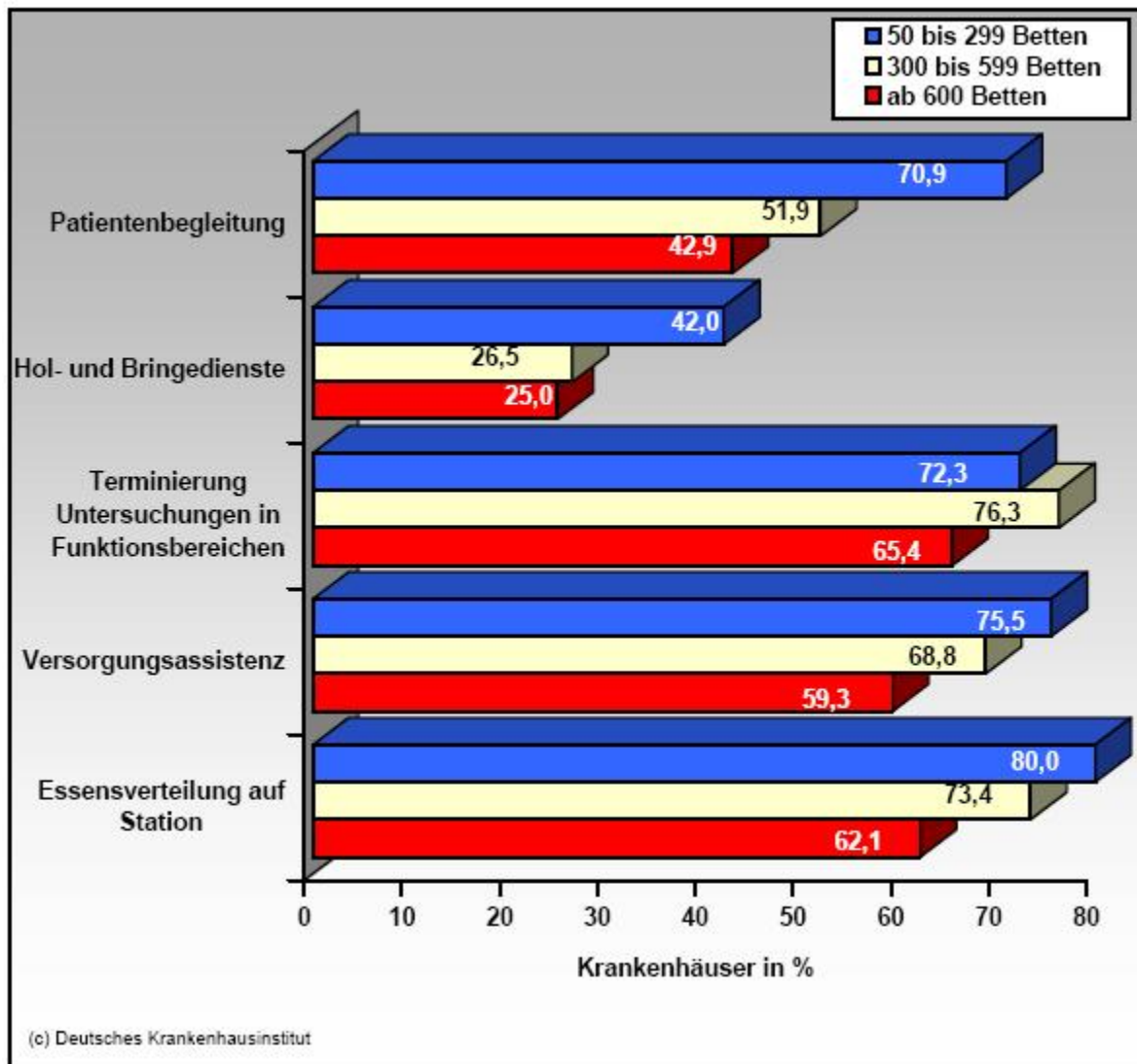


Abb. 14: Übernahme von Tätigkeiten durch KrankenpflegerInnen bzw. KrankenpflegehelferInnen

In jeweils rund 70% der befragten Krankenhäuser erfolgt die Patientenbegleitung von/zur Abteilung, die Terminierung von Untersuchungen in Funktionsbereichen, die Versorgungsassistenz sowie die Essensverteilung auf der Station üblicherweise ganz oder überwiegend durch Krankenpflegerinnen bzw. Krankenpflegehelferinnen. Nur noch in rund 37% der Krankenhäuser sind diese Mitarbeitergruppen für Hol- und Bringdienste zuständig. Allerdings zeigen sich bei diesen fünf Tätigkeiten deutliche bis sehr deutliche Unterschiede zwischen den Größenklassen. Beispielsweise erfolgt in 71% der Krankenhäuser mit 50 bis 299 Betten die Patientenbegleitung durch Mitarbeiter dieser Berufsgruppen. Dagegen ist dies nur in rund 43% der Häuser ab 600 Betten der Fall.

Vergleichbar hierzu ist auch die Übernahme der Versorgungsassistenz. In drei Viertel der Häuser zwischen 50 und 299 Betten, aber nur in 59% der Krankenhäuser ab 600 Betten, wird diese Aufgabe durch KrankenpflegerInnen/ KrankenpflegehelferInnen wahrgenommen.

In den letzten Jahren wurden in 44% der Krankenhäuser nicht-pflegerische Berufsgruppen auf den Stationen neu eingesetzt, insbesondere in den großen Häusern ab 600 Betten (63%).

Von den Krankenhäusern wurden in diesem Zusammenhang folgende Berufsgruppen häufiger genannt:

- Medizinische Dokumentationsassistenten
- Versorgungsassistenten
- Stationsassistenten
- Stationssekretärinnen
- Medizinische Fachangestellte
- Pflegeservicekräfte.

In vielen Krankenhäusern wurden somit in den letzten drei Jahren neue Berufsgruppen in die Patientenversorgung integriert. Der Prozess der Neugestaltung pflegerischer Tätigkeit ist also von großer Dynamik geprägt.⁵³

c) Rechtliche Grenzen der Delegation

Wie auch bei der Prüfung der zulässigen Delegation ärztlicher Tätigkeit⁵⁴ empfiehlt sich ebenso für die Delegation pflegerischer Tätigkeit die Orientierung an drei Kriterien:

1. relative Einfachheit der Maßnahme im Verhältnis zum Kenntnisniveau des Delegationsempfängers,
2. relative Ungefährlichkeit der Maßnahme im Verhältnis zum Gesundheitszustand des Patienten und
3. absolute Beherrschbarkeit durch den Delegationsempfänger.⁵⁵

Die Kriterien 1. und 3. beziehen sich auf die formelle bzw. materielle Qualifikation desjenigen, der die ärztliche Tätigkeit übernimmt, während das zweite Kriterium auf die potentielle Gefährdung des Patienten abzielt. Eine materielle Qualifikation ist gegeben, wenn

⁵³ Krankenhaus Barometer, a. a. O.

⁵⁴ Eingehend Bergmann MedR 2009 ff.

⁵⁵ Angelehnt an Böhme, Hans: „Nicht alles, was Medizin ist, muss der Arzt selbst tun“. Delegation ärztlicher Tätigkeiten, in: Die Schwester/Der Pfleger 44 (2005), S. 260.

jemand über die Fertigkeiten und Techniken verfügt, die erforderlich sind, diese Tätigkeit auszuüben. Hierzu ist auch ein theoretisches Hintergrundwissen vonnöten, das sich nicht nur auf die Frage bezieht, wie es geht, sondern auch auf die Frage, warum es so und nicht anders funktioniert.⁵⁶

Je qualifizierter ein Mitarbeiter ist, desto umfassendere Tätigkeiten können auf diesen übertragen werden, auch Tätigkeiten mit einer potentiell höheren Gefährdung des Patienten. Es muss allerdings auch für den pflegerischen Bereich ein **Kernbereich** von Tätigkeiten definiert werden, der nicht zur Übertragung geeignet ist. Dieser Kernbereich bleibt dem ausgebildeten Gesundheits- und Krankenpfleger vorbehalten.

Welche Tätigkeiten genau zu dem Kernbereich gehören, ist keine juristische, sondern eine fachlich-pflegerische Wertung, die im Streitfall von einem Pflege-Sachverständigen vorgenommen werden muss.

d) Anforderungen an den Delegationsempfänger

Im Bereich der sachlich zulässigen Delegation - also jenseits des Kernbereichs pflegerischer Tätigkeiten - kommt es entscheidend auf die formelle und materielle Qualifikation des Delegationsempfängers an, darüber hinaus auf die potentielle Gefährdung des Patienten durch die Ausübung dieser Tätigkeit. Je stärker der Patient durch die medizinische Maßnahme gefährdet wird, desto höher sind die Ansprüche an die Qualifikation desjenigen, der die Maßnahme durchführt.

Wer eine Aufgabe ohne berechtigtes Vertrauen und in Erkennbarkeit dessen, dass die übernommene Aufgabe die Grenzen seiner Fähigkeit und Möglichkeiten übersteigt, übernimmt, haftet aus Übernahmeverschulden. Denn auch die Übernahme einer Leistung, die die Fähigkeiten des die Aufgabe Übernehmenden übersteigt, stellt im Verhältnis zum Patienten einen Qualitätsmangel der Krankenhausleistung dar, die zum Schadensersatz verpflichtet.⁵⁷

In der Zivilrechtsprechung lässt sich letztlich die patientenorientierte Risikobegrenzung als zutreffender Maßstab entnehmen. Erforderliche Sorgfalt im Sinne des § 276 BGB meint den Standard der jeweiligen Berufsgruppe. Die berufsspezifische Sorgfaltspflicht richtet sich nach

⁵⁶ Vgl. hierzu Weber, Martina: Delegation ärztlicher Tätigkeiten: Weisung kann unverbindlich sein, in: Pflegezeitschrift 60 (2007), S. 579 - zur Delegation ärztlicher Tätigkeiten, deren Grundsätze allerdings auch für die Delegation pflegerischer Tätigkeit gelten.

⁵⁷ Bergmann, Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen auf nicht ärztliches Personal, MedR 2009, 1 f.

medizinischen Maßstäben und muss im Streitfall vom Sachverständigen im Wege juristischer Plausibilitätskontrolle ermittelt werden, ohne Streitfall kann es nur Aufgabe dazu berufener Sachverständiger sein, den Stand von Delegation und Substitution zu ermitteln.

Sowohl das Arzthaftungsrecht als auch das Arztstrafrecht legen keine unmittelbare Grenze hinsichtlich der Zulässigkeit der Delegation pflegerischer Aufgaben fest. Die Rechtsprechung hat aber mehrfach entschieden, dass ein haftungsbegründendes schuldhaftes Verhalten vorliegt, wenn einer nach ihrem Ausbildungs- und Erfahrungsstand zur Vornahme bestimmter Eingriffe in die körperliche Integrität eines Patienten oder zur Wahrung seiner Integrität nicht befugten Person solche Eingriffe oder Maßnahmen dennoch übertragen und von ihr ausgeführt werden⁵⁸. Die Berufsgruppen haben die Abgrenzung pflegerischer und Assistenzleistungen, Bildung ihres Kernbereiches und Möglichkeiten und Grenzen ihrer Übertragbarkeit selbst vorzunehmen. Die Abgrenzung ist historisch gewachsen, sie unterliegt dem historischen Wandel und zwar national und international. Die Festlegung hat durch die Leistungserbringer selbst zu erfolgen.

Sofern landesrechtlich die Assistenz des Gesundheits- und Krankenpflegers durch einen Gesundheits- und Krankenpflegehelfer geregelt wird, kann hierin ein Indikator für die Zulässigkeit der Delegation an den Pflegehelfer gesehen werden. Gerade die Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpflegehelfer (oder -assistenten) belegt die formelle Qualifikation als Befähigungsnachweis für die Assistenz bei pflegerischen Maßnahmen, die allerdings weiterhin in der Verantwortung des Gesundheits- und Krankenpflegers verbleiben.

Ein Befähigungsnachweis erleichtert die Auswahl der Person, die eine pflegerische Tätigkeit ausüben soll. Durch einen solchen Befähigungsnachweis wird die materielle Qualifikation für die Erbringung der Leistung ebenfalls dokumentiert. „Entscheidend ist nur, dass die Pflegekraft mit abgeklärter materieller Qualifikation, d. h. mit gesichertem Leistungsprofil, tätig wird. Erforderlich ist daher eine laufende Kontrolle der vorhandenen Kenntnisse und Fähigkeiten der (...) Mitarbeiter, damit die Delegationsfähigkeit sichergestellt ist.“⁵⁹ Je weniger (potentiell) gefährlich die einzelne pflegerische Maßnahme ist, desto geringere Anforderungen dürften auch an die Qualifikation des Delegationsempfängers zu stellen sein.

⁵⁸ Vgl. BGH NJW 1984, 655 m.w.N.

⁵⁹ So zur Delegation ärztlicher Tätigkeit: Sträßner, Heinz: Haftungsrecht für Pflegeberufe. Ein Leitfaden, Stuttgart 2006, S. 249.

Auch eine zulässige Delegation bewirkt einen erhöhten organisatorischen Aufwand des Krankenhausträgers. Je mehr unterschiedliche Qualifikationsniveaus und Aufgabenzuschnitte existieren, desto größer ist auch die Gefahr von Schnittstellenproblemen und arbeitsorganisatorischen Friktionen.⁶⁰

Das Maß der objektivierten und nach § 276 BGB gebotenen Sorgfalt richtet sich aus an der Gefährdung des Patienten durch die Maßnahme. Je größer die Eintrittswahrscheinlichkeit für eine Gefährdung des Patienten ist, desto höher ist der Maßstab, an dem sich die erforderliche Sorgfalt auszurichten hat.⁶¹

Der Delegationsempfänger muss angeleitet und überwacht werden. Die Schnittstellenprobleme müssen organisatorisch gelöst werden. Diese Verantwortung trifft primär den Krankenhausträger. Allerdings ist auch der Delegationsgeber, also der ausgebildete Gesundheits- und Krankenpfleger, in der Verantwortung, die Zulässigkeit der Delegation einzelner Tätigkeiten kontinuierlich zu überprüfen und sicherzustellen, dass der Kernbereich seiner pflegerischen Tätigkeit unberührt bleibt.

Die organisatorischen und kommunikativen Rahmenbedingungen auch für eine zulässige Delegation sicherzustellen, bleibt Hauptaufgabe des Krankenhausträgers. Dies gilt vor allem, sobald weniger gut ausgebildetes Personal in einzelnen Bereichen eingebunden werden soll. Schnittstellenprobleme dürfen auf gar keinen Fall zu Lasten der Patienten gehen, eine Gefahrerhöhung muss vermieden werden. Dies sind die Probleme der tatsächlichen Umsetzung einer zulässigen Delegation, sie sind einer juristischen Überprüfung nur bedingt zugänglich.

Versicherungsrechtlich ergeben sich bei der Delegation bisher pflegerischer Arbeiten auf dritte Personen keine rechtlichen Probleme. Für den Regelfall kann davon ausgegangen werden, dass der Krankenhausträger eine Betriebshaftpflichtversicherung abgeschlossen hat. Das Problem des Regresses aus dem Arbeitsverhältnis besteht erst dann, wenn der Krankenhausträger nicht haftpflichtversichert ist, schafft also für den Fall der Übertragung von Aufgaben pflegerischer Tätigkeiten auf Dritte keine zusätzlichen Probleme. Der Versicherungsschutz erstreckt sich im Rahmen der Haftpflichtversicherung auf die gesamte

⁶⁰ Kritisch zur neuen Arbeitsteilung im Gesundheitswesen: Gewerkschaftliche Positionsbestimmung zu aktuellen Fragen der Arbeitsteilung und Berufsbildung der Gesundheitsberufe, Beschluss des Bundesfachbereichsvorstandes Fachbereich Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen vom 30.04.2009, unter www.verdi.de.

⁶¹ Vgl. Sträßner, Heinz, Haftungsrecht für Pflegeberufe, a.a.O., S. 287.

gesetzliche Haftpflicht des Krankenhauses, also auf die Haftung für eigenes Organisationsverschulden. Darüber hinaus besteht Versicherungsschutz für sämtliche übrigen Beschäftigten einschließlich ehrenamtlicher und nebenamtlich tätiger Personen und für mitarbeitende Betreute/Patienten für Schäden, die sie in Ausübung ihrer Aufgabe für das versicherte Risiko verursachen. Insofern besteht grundsätzlich Versicherungsschutz für alle Personen im Rahmen ihrer dienstlichen Tätigkeiten unabhängig von der Frage, welche Tätigkeiten konkret ausgeübt werden, so dass eine Neuordnung pflegerischer Aufgaben auf Dritte versicherungsrechtlich keine Auswirkungen hat. Lediglich rein theoretisch kommt eine Gefährdung des Versicherungsschutzes bei wissentlicher Pflichtverletzung in Betracht, falls die Übertragung dieser pflegerischen Leistungen auf Dritte schon per se gänzlich unverantwortlich ist und gewissermaßen nur Fassungslosigkeit auslösen könnte. Versicherungsrechtlich absichern kann sich der Krankenhausträger dadurch, in dem er der Versicherung die Veränderungen in der Delegationsstruktur mitteilt und sich den Versicherungsschutz für die Maßnahmen bestätigen lässt.

5.2.2 Grenzen haftungsrechtlicher Bewertung

In rechtlicher Hinsicht kann es kein Prüfkriterium sein, ob durch eine Neuordnung der Pflege das berufliche Selbstverständnis der Pflegeberufe berührt ist oder ob Pflegearbeit tariflich als Hilfsarbeit abgewertet wird.⁶² Allenfalls unter rechtspolitischen Erwägungen kann die Frage aufgeworfen werden, ob die Delegation auf neue Berufsgruppen unterschiedliche Qualitätsniveaus und Aufgabenzustände schafft, so dass sich die Gefahr von Schnittstellenproblemen und arbeitsorganisatorischen Funktionen stellt. Schnittstellenprobleme lassen sich in der arbeitsteiligen Medizin nicht vermeiden. So lange sie gelöst werden, ist der Zuschnitt der einzelnen Aufgabenbereiche haftungsrechtlich nicht relevant. Ebenso ist es haftungsrechtlich irrelevant, ob die fachgerechte Anleitung und Überwachung von Hilfspersonal zeitraubender sein kann als bestimmte Aufgabe selbst zu erledigen. Dies obliegt dem Organisationsmanagement des Krankenhausträgers. Haftungsrechtlich relevant kann aber beispielsweise die Frage sein, ob im konkreten Einzelfall der Patient einer fachlichen Begleitung durch das Pflegepersonal bedarf und der Hol- und Bringedienst dieses Krankenhauses im konkreten Fall nicht fachlich hinreichend qualifiziert ist. Dies gilt auch für pflegerische Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme,

⁶² Dazu im einzelnen Verdi: Neue Arbeitsteilung im Gesundheitswesen, Beschluss des Bundesfachbereichs, Fachbereich Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen vom 30.04.2009.

sofern sie im Einzelfall nur durch Pflegefachkräfte erfolgen kann. Ebenso kann es im Einzelfall geboten sein, die Ganzkörperwäsche, das Betten und Lagern bei Schwerpflegebedürftigen und akut Erkrankten den Pflegefachkräften vorzubehalten.

Im rechtlichen Teil dieses Gutachten kann auch nicht die Frage beantwortet werden, welche Ausbildung am besten geeignet ist, den unterschiedlichen Anforderungen in den Arbeitsfeldern der Akutversorgung im Krankenhaus, der ambulanten pflegerischen Versorgung und letztlich auch der stationären Altenhilfe zu erfüllen. Aus haftungsrechtlicher Sicht kann lediglich die Forderung gestellt werden, dass Ausbildung und Weiterbildung auch von Assistenz und Serviceberufen so strukturiert sein müssen, dass sie dem Ziel, den gebotenen Sorgfaltsstandard bei der Pflege des Patienten zu erreichen, gerecht werden. Hier besteht sicherlich für die Verantwortlichen, die die Ausbildung strukturieren müssen, ein erheblicher Spielraum, der sich einer haftungsrechtlichen, ja schlechthin einer rechtlichen Bewertung entzieht.

Ebenso ist der Bewertung des Haftungsrechtlers die Frage entzogen, ob für die Einführung von Assistenzberufen im Pflegebereich, wie es im Beschluss des Bundesfachbereichsvorstands von Verdi vom 30.04.2009 heißt, keine fachlichen, sondern allenfalls ökonomischen Gründe sprechen oder die Gefahr besteht, dass durch die Bildung von Pflegeassistenten und -assistentinnen die Versorgungsqualität sinkt. Soweit Ausbildung und Weiterbildung von den hierzu legitimierten Institutionen geregelt werden, ist haftungsrechtlich auf der Makroebene die erforderliche Sorgfalt im Sinne des § 276 BGB eingehalten. Eine Haftung kann sich insoweit nur aus Organisationsfehlern des Krankenhaus- oder Altenheimträgers, mangelhafter Anordnung oder Überwachung oder individuellen Pflegefehlern ergeben.

5.2.3 Fazit

Eine abschließende juristische Bewertung der Zulässigkeit einer Delegation pflegerischer Tätigkeiten ist nicht möglich. Dies liegt zum einen daran, dass sich weder die juristische Fachliteratur noch die deutschen Gerichte bislang umfassend mit diesem Thema befasst haben. Zum anderen sind die wesentlichen Fragen für die Zulässigkeit der Delegation keine juristischen, sondern tatsächliche, die im Streitfall von einem Pflegesachverständigen beurteilt werden müssen.

Ebenso wie bei der ärztlichen Tätigkeit wird man nun auch für die pflegerische Tätigkeit einen Kernbereich zu definieren haben, der nicht delegiert werden kann. Im Übrigen hängt die Zulässigkeit der Delegation von der Kompetenz des Delegationsempfängers und von dem Vorhalten einer organisatorischen Struktur, die eine Gefahrerhöhung durch die Delegation für den Patienten verhindert, ab. Die Voraussetzungen für eine zulässige Delegation sind daher kumulativ zu nennen:

- klare Definition der zu delegierenden Aufgaben (außerhalb des Kernbereichs),
- genaue Prüfung, welche Kompetenz der Delegationsempfänger für die Übernahme der jeweiligen pflegerischen Tätigkeiten benötigt,
- Überprüfung, welche Ausbildung hierfür vorgehalten werden muss (z. B. Gesundheits- und Krankenpflegehilfe),
- Überprüfung der formellen und materiellen Qualifikation des Delegationsempfängers vor Zugang zu der jeweiligen pflegerischen Tätigkeit,
- kontinuierliche weitergehende Kontrolle und Überwachung des Delegationsempfängers,
- genaue Definition der Schnittstellen und konkrete Vorgaben für die Kommunikation zwischen den verschiedenen an der Pflege beteiligten Akteuren,
- dauerhafte Kontrolle der reibungslosen Kommunikation an den Schnittstellen durch den Krankenhausträger,
- dauerhafte Kontrolle und Überprüfung der übertragenen Tätigkeit hinsichtlich des Gefahrenpotentials für den Patienten,
- Mitteilung der Delegation pflegerischer Tätigkeiten an den Haftpflichtversicherer mit der Bitte um Bestätigung des Versicherungsschutzes.

Die Frage der Verlagerung bisher nur pflegerischer Tätigkeiten auf Pflegeassistenten ist letztlich auch eine Frage der Organisationsverantwortung. Die Pflegedienstleitung hat die Organisationsverantwortung für die standardgerechte Delegation und auch für die Überwachung der Durchführungsverantwortung. Das vielfach in der Kritik stehende Über-/Unterordnungsverhältnis zwischen Arzt und Pflege wird insoweit auf die „Pflege-/Pflegeassistenten-Beziehung“ übertragen. Ob und inwieweit eine solche Entwicklung gewünscht wird, müssen die Verantwortlichen selbst entscheiden. Grundlegende rechtliche Bedenken sind insoweit nicht erkennbar.

6 Rahmenbedingungen für die Übertragung von Tätigkeiten

Inwieweit Einzeltätigkeiten tatsächlich übertragbar sind, hängt von den konkreten Gegebenheiten in jedem einzelnen Krankenhaus ab. Jede der nachfolgend aufgeführten Punkte hat Einfluss auf die Art und Weise, wie eine Übertragung von Tätigkeiten stattfinden kann.

6.1 Schichtstärke

Die Problematik der Schichtstärke kreist um die Frage, wie viele examinierte Pflegekräfte je Schicht eingeteilt werden.

Eine wissenschaftlich exakte und objektiv überprüfbare Methode zur Bestimmung einer optimalen Schichtstärke liegt (derzeit) nicht vor. Die Bestimmung der Schichtstärke steht damit im Spannungsfeld zwischen rechtlichen Vorgaben, Erfahrungswissen, Qualitätsansprüchen und ökonomischen Zwängen.

Vor dem Hintergrund der Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes gilt es zu beachten, dass bestimmte Aufgaben in der Patientenversorgung nur von examinierten Pflegekräften wahrgenommen werden dürfen, andere Aufgaben durchaus auch von anders qualifizierten Kräften erbracht werden können.

„Bei der Planung des Dienstplanes muss die Qualifikation der Mitarbeiter berücksichtigt werden. Jede Schicht sollte eine Schichtleitung haben, damit die Verantwortung und die Ausübung des Weisungsrechts sichergestellt wird.“⁶³ Daraus lässt sich die Forderung für den Dienstplan ableiten, dass immer eine hin- und ausreichende Zahl examinierter Pflegekräfte in einer Schicht eingeplant sein müssen.

Die genaue Anzahl der benötigten examinierter Pflegekräfte hängt selbstverständlich von den konkreten Gegebenheiten vor Ort ab. Hierbei spielt nicht nur die Größe der Station als das nahe liegende Kriterium eine Rolle. Es kommt auch auf andere Faktoren an, wie beispielsweise das Patientenklientel oder die konkrete Verteilung der Aufgaben.

Eine Stationsbelegung mit überdurchschnittlich vielen schwerkranken oder pflegeintensiven Patienten bedarf mehr examinierter Pflegekräfte als eine Einheit, die sich vorwiegend um relativ gesunde Patienten am Ende ihres Krankenhausaufenthaltes kümmert.

⁶³ Kelm, Ronald: Arbeitszeit- und Dienstplangestaltung in der Pflege, Stuttgart/ Berlin/ Köln 2001, S.110.

Der Patiententransport stellt ein Beispiel für die Beachtung der Aufgabenverteilung dar. Der Gesundheitszustand mancher Patienten erfordert einen Patiententransport unter Einbeziehung einer examinierten Pflegekraft. In der Zeit, in der dieser Patiententransport erfolgt, darf die Station natürlich nicht von examinierten Pflegekräften verwaist sein.

Gerade an diesem Beispiel lässt sich zeigen, welche alternativen Organisationsmodelle sich ableiten lassen können:

1. Der Patiententransport erfolgt mit einer examinierten Pflegekraft der Station. Auf Station muss dann allerdings (mindestens) eine weitere examinierte Pflegekraft verbleiben, um eine hochwertige Patientenversorgung zu gewährleisten.
2. Der Patiententransport erfolgt mit einer examinierten Pflegekraft, die vom Patientenbegleitdienst gestellt wird. Dies erfordert aber eine genaue Abstimmung zwischen Station und Begleitdienst über den Einsatz dieser hochqualifizierten Kraft.

Es ist unstrittig, dass es Aufgaben gibt, die ausschließlich von examinierten Pflegekräften durchgeführt werden dürfen. Hierbei handelt es sich z.B. um die Tätigkeiten, wie sie in § 3 Abs. 2 Krankenpflegegesetz aufgeführt sind. Die examinierte Pflegekraft soll u.a. die „Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege“ eigenverantwortlich durchführen. Diese zum Kernbereich des Pflegeberufs zählenden Tätigkeiten dürfen nicht von weniger qualifiziertem Personal durchgeführt werden, es sei denn, es läge dafür eine gesetzliche Ermächtigung vor.

Es ist aber ebenso unstrittig, dass es Aufgaben gibt, die von anders qualifiziertem Personal mit gleich gutem Ergebnis erledigt werden können. Ein Krankenpflegeexamen ist nicht erforderlich, um etwa Tätigkeiten im Bereich der Hol- und Bringendienste auszuführen.

Zwischen diesen beiden Endpunkten findet sich eine Bandbreite von Tätigkeiten, über die krankenhausintern diskutiert werden sollte, ob diese Aufgaben von examinierten Pflegekräften oder von anders qualifiziertem Personal erbracht werden kann.

Es dürfte selbstverständlich sein, dass die Qualität der Patientenversorgung durch eine Übertragung von Tätigkeiten nicht beeinträchtigt werden darf. Jedes Krankenhaus muss daher für sich eine Entscheidung darüber treffen, welche Qualitätsstandards erreicht werden sollen und welcher „Skill-Mix“ dazu notwendig ist. Eine Übertragung von Aufgaben vom Pflegedienst auf andere Berufsgruppen macht damit eine Diskussion über die angestrebten

Qualitätsziele erforderlich. Aber nicht jede Tätigkeit ist *nur deswegen* qualitativ hochwertig, weil sie von einer examinierten Pflegekraft durchgeführt wird. Es geht letztlich um die Vergegenwärtigung, warum manche (Pflege-)Handlungen und Tätigkeiten so und nicht anders durchgeführt werden. Eine Neuordnung von Tätigkeiten sollte daher von einer kritischen Hinterfragung des eigenen Handelns begleitet sein. Wenn Klarheit darüber herrscht, warum bestimmte Tätigkeiten in einer bestimmten Art und Weise gemacht werden, kann man auch inhaltlich darüber diskutieren, welche Qualifikation für die Erledigung dieser Aufgaben notwendig ist.

Noch einmal: dies betrifft nicht die Tätigkeiten, die unzweifelhaft zum Kernbestand der examinierten Pflegekräfte zählen. Hier ist die Aufgabenzuordnung fest vorgegeben.

Bei der Übertragung von Aufgaben sind mögliche Rückwirkungen zu beachten. Der Einsatz von anders qualifiziertem Personal zulasten von examinierten Pflegekräften kann dazu führen, dass die verbleibenden Pflegekräfte stärker mit unattraktiven Diensten am Wochenende belastet werden oder aber die Anzahl der abzuleistenden Nachtdienste ansteigt. Eine Entlastung der examinierten Pflegekräfte ist damit nicht erreicht. Stattdessen erfolgt eine weitere Belastung, die kontraproduktiv wirkt.

Bei der Rekrutierung von examinierten Pflegekräften dürfte eine hohe Belastung durch ungünstige Dienstzeiten ein Malus-Faktor darstellen. Gleiches gilt für eine durch Bewerber als unzureichend eingeschätzte Schichtstärke.

Ein weiterer Aspekt, den es hier zu berücksichtigen gilt, ist die zunehmende Alterung des Pflegepersonals. Die starke körperliche Belastung durch die Pfl egetätigkeit kann mit zunehmendem Alter zu einem Ansteigen der Ausfallzeiten führen. Bei einer ungünstigen Altersstruktur im Pflegedienst muss dies bei der Ermittlung der Personalstellen und auch bei der Neuordnung von Aufgaben Berücksichtigung finden.

Die Schichtdienstfähigkeit der älteren Mitarbeiter könnte ebenfalls zu einem Problem werden, sofern die Zahl der ungünstigen Dienstzeiten zunehmen würde.

Insgesamt müssen somit bei der Neuordnung von Tätigkeiten und der damit einhergehenden Veränderung der Personalzusammensetzung nicht nur direkte Wirkungen, sondern auch Folgewirkungen ins Blickfeld genommen werden.

Zu diesen indirekten Wirkungen gehören auch die so genannten Kaskadeneffekte. Gemeint ist hier, dass der Ärztliche Dienst zunehmend von solchen Tätigkeiten entlastet werden soll, die mit gleicher Qualität auch von examinieren Pflegekräften durchgeführt werden können. Eine solche Umverteilung setzt natürlich voraus, dass es genügend hochqualifizierte Pflegekräfte gibt, die diese Tätigkeiten auch erbringen können, wenn sie benötigt werden. Insofern gibt es auch hier Grenzen der Substituierbarkeit des examinieren Pflegepersonals durch anders qualifizierte Kräfte – sofern man eine ganzheitliche Betrachtung der Neuordnung von Tätigkeiten favorisiert.

6.2 Bauliche Struktur

Eine der wichtigsten Rahmenbedingungen, die auch nur mittel- und langfristig veränderbar ist, stellt die bauliche Struktur der Krankenhäuser dar. Sie beeinflusst wesentlich die Art und Weise, ob und wie der Pflegedienst von Tätigkeiten entlastet werden kann.

Mit der baulichen Struktur ist sowohl die Gebäudeanlage gemeint, als auch die bauliche Flexibilität innerhalb des vorgegebenen Rahmens durch die Gebäudeanlage.

Bei der Gebäudeanlage unterscheidet man verschiedene Grundstrukturen, wie z.B. die Pavillionbauweise oder den Doppelkamm.

Je nachdem, ob beispielsweise eine Pavillion- oder eine Doppelkammstruktur vorliegt, wird man verschiedene Lösungsansätze für die Entlastung der Pflege finden müssen. So wird man in einer Pavillionstruktur, die durch verstreut liegende Gebäude gekennzeichnet ist, aufgrund der langen Wege den Hol- und Bringedienst anders organisieren und personell ausstatten müssen als in einem Krankenhaus, welches kurze Wege aufweist wie eine Doppelkammbauweise.

Aber auch das Argument der kurzen Wege hängt von verschiedenen anderen Faktoren ab. Ein typisches Breitfußkrankenhaus⁶⁴ ist gekennzeichnet durch ein hohes Gebäude. Im Sockel befinden sich dann i.d.R. die Behandlungs- und Funktionsräume. Die kurzen Wege sind damit im Sockelbereich gegeben. Aber dafür existieren länger dauernde Wege zwischen den Funktionsräumen, die typischerweise im Sockelbereich angesiedelt sind, und den bettenführenden Stationen. Die Organisation und die personelle Ausstattung des

⁶⁴ Vgl. Netherlands Board for Healthcare Institutions: The General Hospital Building Guidelines for new Buildings, <http://www.bouwcollege.nl/smartsite.shtml?id=3106>, ohne Ort, 2002, S.16.

Patientenbegleitdienstes hängen hier nicht zuletzt von den Aufzugskapazitäten ab. Bei unzureichenden Aufzugskapazitäten, die möglicherweise auch noch von mobilen Patienten und Besuchern genutzt werden, kann der Patiententransport trotz der räumlich kurzen Wege zeitlich länger dauern.

Die Gebäudeanlage kann kurz- und mittelfristig nur wenig bis gar nicht geändert werden. Wenn man dennoch innerhalb dieses Zeitraumes eine Neuordnung von Tätigkeiten anstrebt, dann geht dies nur, wenn die bauliche Flexibilität hinreichend groß ist, um dies auch adäquat umsetzen zu können. „The concept of flexibility refers to the degree to which a building is adaptable to changing space needs.“⁶⁵

Sofern eine kurz- bis mittelfristige Anpassung der baulichen Struktur möglich ist, dann ist man weitgehend flexibel für alternative Einsatzkonzepte im Rahmen der Neuordnung von Tätigkeiten.

Besteht beispielsweise die räumliche (und organisatorische) Möglichkeit, eine zentrale Endoskopieabteilung einzurichten, dann kann man durchaus über den Einsatz von anders qualifiziertem Personal als bisher diskutieren. Denn die Zentralisierung schafft auch Raum zur Zusammenfassung von Tätigkeiten, die bislang von hochqualifizierten Fachkräften zusätzlich erbracht worden sind. So kann beispielsweise die Patientenmeldung und –administration auch von Medizinischen Fachangestellten anstelle von examinierten Pflegekräften durchgeführt werden.

Liegt dagegen keine bauliche Flexibilität vor und kann man deshalb aus bautechnischen (oder organisatorischen) Gründen keine Zusammenfassung von eigentlich zusammengehörenden Tätigkeiten erreichen, können eigentlich sinnvolle Übertragungen Tätigkeiten nicht oder nur eingeschränkt erfolgen. Ein Beispiel hierfür zeigt die Medizinische Klinik IV des Städtischen Klinikums Karlsruhe. Diese hat einen Behandlungsschwerpunkt in der Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Herzens. Das Krankenhaus verfügt sowohl über ein hochmodernes Herzkatheterlabor als auch über einen Eingriffsraum. In beiden Räumlichkeiten werden Herzschrittmacher implantiert. Allerdings sind diese beiden Einrichtungen räumlich getrennt, so dass eine gemeinsame Nutzung von Personal nicht nur einen erheblichen Koordinations-, sondern auch einen (unproduktiven) zeitlichen Aufwand

⁶⁵ Netherlands Board for Healthcare Institutions: The General Hospital Building ..., a.a.O., S.12.

auslöst. Eine eigentlich sinnvolle Übertragung von Tätigkeiten auf anders qualifiziertes Personal wird schwieriger. Es liegen zwar genug übertragbare Verrichtungen vor, um Personal sinnvoll einzusetzen, aber an zwei verschiedenen Orten. Aufgrund der langen Wege ergibt sich eine Einschränkung in der Flexibilität des Einsatzes des Personals, aufgrund des Umfangs der zu übertragenen Tätigkeiten ist der Einsatz von zwei anders qualifizierten Mitarbeitern nicht sinnvoll.

In die gleiche Richtung zielt auch der Einsatz beispielsweise von Stationssekretärinnen. Der Einsatz von Stationssekretärinnen ist dann nicht sinnvoll, wenn das zu erledigende Arbeitsaufkommen zu gering ist. Eine Tätigkeit für zwei Stationen ist häufig nicht in der Art möglich, dass der Einsatz an wechselnden Tagen oder zu bestimmten Tageszeiten erfolgt. Dies löst zum einen einen höheren Koordinierungsaufwand aus, zum anderen sind von der Stationssekretärin auch zeitkritische Tätigkeiten auszuführen, die dann in Abwesenheit der Stationssekretärin möglicherweise von dem vorhandenen Stationspersonal erledigt werden müssen.

Hilfreich in einem solchen Falle ist dann die räumliche Nähe der betroffenen Stationen. So kann unter Umständen gewährleistet werden, dass der Einsatz der Stationssekretärin auf mehreren Stationen tatsächlich zu einer Entlastung der examinierten Pflegekräfte führt.

6.3 Patientenklientel

Inwieweit eine Entlastung der Pflege durch anders qualifizierte Kräfte stattfinden kann, hängt auch davon ab, welches Patientenklientel auf Station liegt.

Trivial ist hierbei die Sichtweise, dass bei relativ gesunden Patienten eher anders qualifiziertes Personal eingesetzt werden kann und, im Umkehrschluss, bei schwerkranken Patienten ein stärkerer Einsatz von hoch qualifiziertem Personal erforderlich ist. In Abhängigkeit vom Patientenklientel ist daher eine unterschiedliche Zusammensetzung der Qualifikationen des Personals notwendig. Voraussetzung für eine Neuordnung von Tätigkeiten ist hier allerdings eine Planbarkeit des Personaleinsatzes.

Nicht ganz so trivial ist die Planbarkeit der Abläufe. Wenn feststeht, dass auf einer Station das Patientenklientel relativ homogen hinsichtlich der Erkrankungsschwere ist, dann kann der Personaleinsatz so geplant werden, dass der richtige Qualifikationsmix auf Station vorhanden ist. Es steht dann weitgehend vorab fest, wann Mitarbeiter mit welcher Qualifikation eingesetzt werden können. Das erleichtert die Neuordnung von Tätigkeiten.

Wenn die Belegung der Station aber nicht homogenisiert ist, ist die Entlastung der Pflege über anders qualifiziertes Personal nur eingeschränkt möglich. Aufgrund der nicht planbaren Patientenbelegung hat sich der Personaleinsatz nach den Erfahrungswerten der Vergangenheit zu richten.

Wenn man eine konsequente Neuordnung von Tätigkeiten mit dem Einsatz von Mitarbeitern mit unterschiedlichen Qualifikationen anstrebt, kann sich die Notwendigkeit ergeben, auch vor- und nachgelagerte Prozesse und Strukturen zu ändern.

In Bezug auf die Homogenisierung des Patientenlientels geht es konkret um eine Änderung der Bettendisposition und des Belegungsmanagements. Eine Homogenisierung der Patienten nach Schweregrad und Anzahl setzt eine sehr enge Zusammenarbeit zwischen Bettendisposition und Station voraus. Die Einbestellung der Patienten und ihre Verteilung auf die Stationen erfolgt hierbei im Hinblick auf die festgelegten Behandlungskonzepte.

Eine Bündelung der Patienten nach Schweregrad mit entsprechender Zuweisung zu einzelnen Stationen kann sich daraus ergeben. Mit anderen Worten: die Stationen werden möglichst homogen in Bezug auf das Patientenlientel belegt. Je nach Größe des Krankenhauses kann eine interdisziplinäre Belegung der Stationen die Folge sein.

Wie die Bettenbelegung, so kann eine Neuordnung von Tätigkeiten auch Auswirkungen auf das Entlassungsmanagement haben.⁶⁶ Um Missverständnissen vorzubeugen: selbstverständlich entscheidet der Arzt darüber, wann ein Patient entlassen wird. Aber durch sein systematisches und strukturiertes Entlassungsmanagement können Patienten schon bei der Aufnahme identifiziert werden, die einen höheren Behandlungsaufwand und damit eine andere Zusammensetzung des Behandlungsteams erfordern als Patienten mit einem geringeren Betreuungsaufwand.

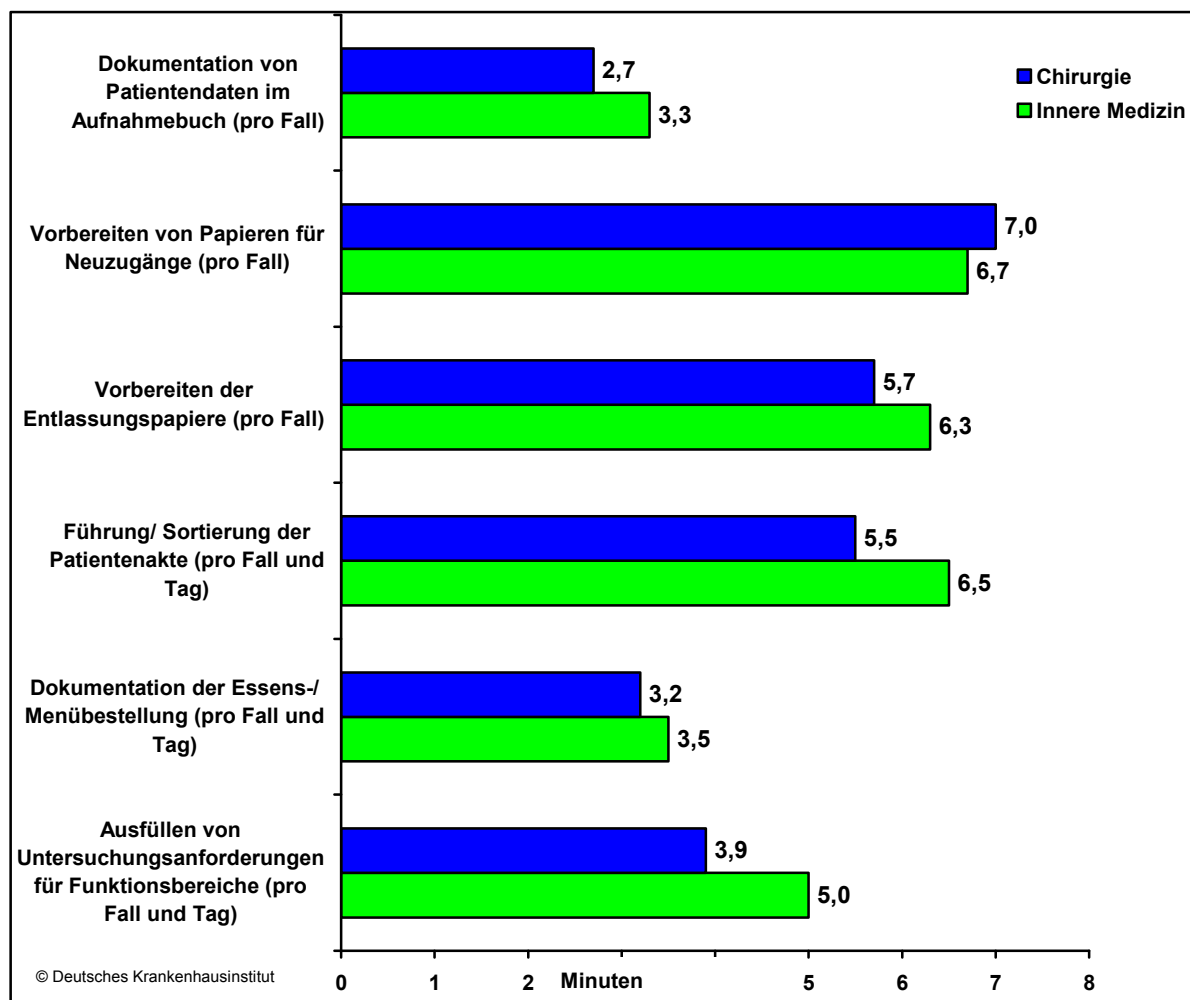
Dass die hier kurz dargestellten Prozess- und Strukturänderungen auch mit der Größe des Krankenhauses zusammenhängen, dürfte klar sein.

6.4 Größe der Station/ Abteilung

Eine weitere wichtige Rahmenbedingung stellt die Größe der Station bzw. Abteilung dar.

⁶⁶ Vgl. Blum, Karl/ Offermanns, Matthias: Entlassungsmanagement im Krankenhaus, Düsseldorf 2008.

Bei großen Stationen bzw. Abteilungen mit entsprechend vielen Mitarbeitern bestehen gute Möglichkeiten, eine Entlastung des Pflegepersonals durchzuführen. Betrachtet man nämlich nur die Station/ Abteilung isoliert, dann gibt es aufgrund der Menge der anfallenden Tätigkeiten einen größeren Spielraum, um Tätigkeiten auf andere Berufsgruppen zu übertragen. Anhand der beiden nachfolgenden Abbildungen kann diese Überlegung veranschaulicht werden.



Quelle: Blum, Karl: Pflegefremde und patientenferne Tätigkeiten im Pflegedienst der Krankenhäuser, Düsseldorf 2002, S.17 und 18.

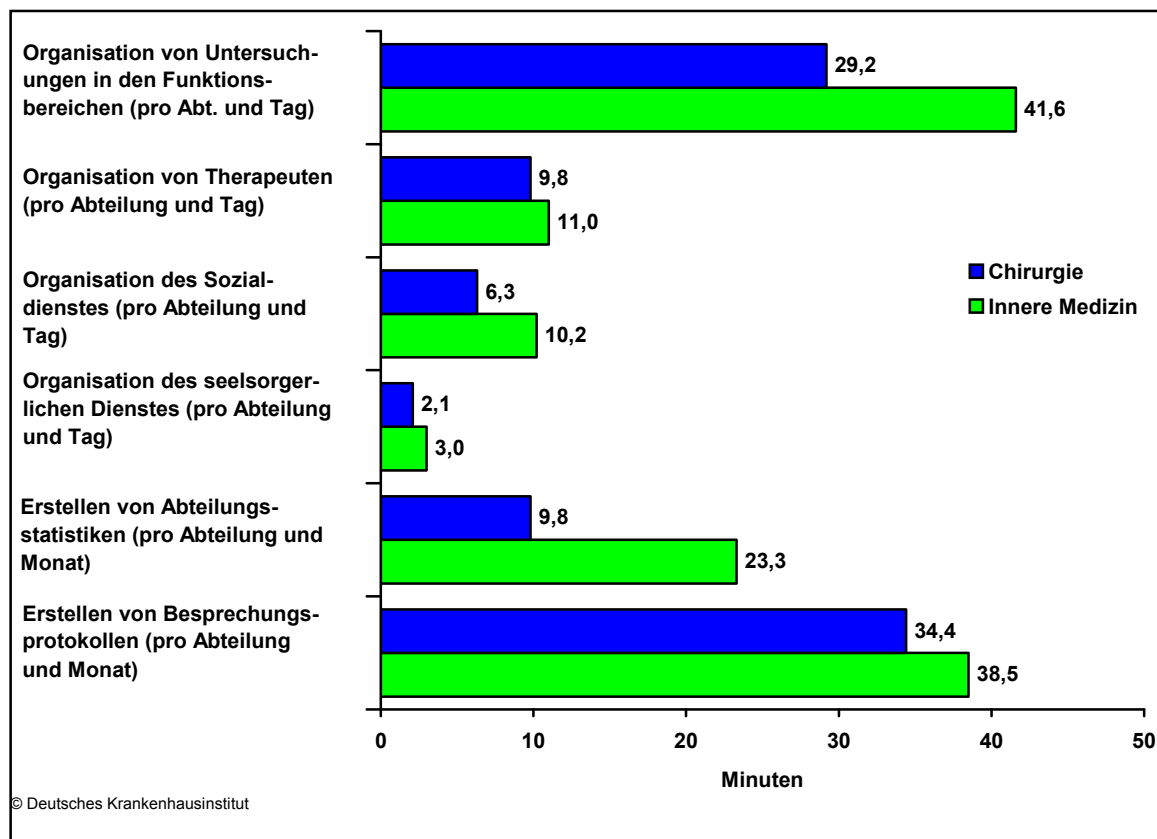
Abb. 15: Dokumentation und Administration: Pflegetagebezogene bzw. fallbezogene Tätigkeitsarten - Mittelwerte -

Der Minutenaufwand für Tätigkeiten im Bereich der Dokumentation und Administration wurde nach den beiden Fachabteilungen „Innere Medizin“ und „Chirurgie“ unterteilt. Es handelt sich bei den pflegetage- und fallbezogenen administrativen Tätigkeiten um eine Auswahl.

Auswahlkriterium stellt die mögliche Übertragung dieser Tätigkeiten an anders qualifiziertes Personal dar. Aus diesem Grunde wurde beispielsweise das Erstellen des Pflegeberichts, welcher in der Inneren Medizin den höchsten Minutenwert pro Fall und Tag aufweist, nicht ausgewählt.

Deutlich zeigt sich der Zusammenhang zwischen der Größe der Abteilung – gemessen anhand der Fallzahl – und dem zeitlichen Umfang an Tätigkeiten, die übertragen werden können.

In die gleiche Richtung zielen auch die abteilungsbezogenen Tätigkeitsarten.



Quelle: Blum, Karl: Pflegefremde und patientenferne Tätigkeiten im Pflegedienst der Krankenhäuser, Düsseldorf 2002, S.19.

Abb. 16: Dokumentation und Administration: Abteilungsbezogene Tätigkeitsarten - Mittelwerte
Selbstredend kann eine Organisation etwa von Untersuchungen in den Funktionsbereichen erst auf Anordnung durch den behandelnden Arzt eingeleitet werden. Die Organisation und Koordinierung der Patientenbehandlung kann auch von anders qualifiziertem Personal

durchgeführt werden. Vorausgehen muss allerdings immer eine Anweisung durch eine entsprechend kompetente Pflegekraft.

Auch hier zeigt sich wiederum der Zusammenhang mit der Abteilungsgröße. Je größer die Abteilung ist, desto stärker ist die zeitliche Belastung durch die abteilungsbezogenen administrativen Tätigkeiten.

Bei kleineren Abteilungen oder Stationen kann sich daraus das Problem ergeben, dass zwar eine vergleichsweise hohe zeitliche Bindung auftritt, diese aber in Summe für die Einheit nicht ausreichend ist, um eine Kraft eigens dafür abzustellen. Aber auch hier muss man nicht auf eine Neuordnung von Tätigkeiten verzichten. Es bieten sich hier organisatorische Alternativen an. So kann man beispielsweise mehrere Stationen zusammenlegen, so dass der Zeitaufwand für die o.g. administrativen Tätigkeiten wiederum ausreichend ist, um einen Mitarbeiter zu beschäftigen. Oder es kann eine Entlastung durch stationsexterne Kräfte, die in einem Mitarbeiterpool gebündelt sind, stattfinden. In beiden Fällen tritt gegebenenfalls ein höherer Koordinationsaufwand auf.

Eine andere Möglichkeit besteht darin, Tätigkeiten aus unterschiedlichen Bereichen zu kombinieren. Auf die damit verbundene Problematik wird gleich noch eingegangen.

Die Komplexität des hier behandelten Themas zeigt sich u.a. an den engen Verzahnungen der bisher dargestellten Rahmenbedingungen. Große Stationen verfügen i.d.R. über eine höhere Schichtstärke. Das spricht für die Möglichkeit der Übertragung von Tätigkeiten an anders qualifiziertes Personal. Zu beachten ist dabei aber das Patientenkontext. Je inhomogener das Patientenkontext ist, umso schwieriger kann sich die Übertragung gestalten.

6.5 Nicht nur die Stellenpläne der Station/ Abteilung beachten

Die ökonomischen Zwänge vieler Kliniken lassen es häufig nicht zu, dass zusätzliches Personal eingestellt wird. Für die Neuordnung von Aufgaben hat das zur Konsequenz, dass eine stellenneutrale Besetzung angestrebt wird, zumindest was die Vollkraftstellenäquivalente anbelangt.

Für die Entlastung wirkt sich das dann so aus, dass ermittelt wird, welche Tätigkeiten an andere Berufsgruppen übertragen werden können und welcher Stellenanteil damit verbunden ist. Eine Entlastung der Pflege geht damit einher mit einem Wegfall eines

bestimmten Stellenanteils. Allerdings nur dann, wenn man nur die Station oder Abteilung oder nur den Pflegebereich isoliert betrachtet.

Dies schafft sofort Vorbehalte gegen eine Neuordnung von Aufgabenbereichen. Daher sollte man den Fokus nicht zu eng setzen. Weder sollte man sich allein auf die Pflege, noch allein auf eine Station oder Abteilung konzentrieren. Möglicherweise gibt es eine Unterauslastung in anderen Bereichen des Krankenhauses, wo Mitarbeiter nicht entsprechend ihren Fähigkeiten oder ihren Stellenanteilen beschäftigt werden. Wenn es gelingt, diese Mitarbeiter zu identifizieren und ihnen durch entsprechende Qualifikation ein neues Betätigungsfeld zuzuweisen, ist die Diskussion um Stellenpläne entspannter.

7 Vorgehensweise bei der Neuordnung von Tätigkeiten

7.1 Einbindung der Mitarbeiter

In den Krankenhäusern besteht ein großer Veränderungsdruck. Spätestens seit der Einführung der DRGs stehen die Krankenhäuser unter einem wirtschaftlichen Druck, der zu Veränderungen in den Prozessen und den Strukturen geführt hat und auch weiter führen wird. Die Krankenhausmitarbeiter haben in den letzten Jahren vielfältige Änderungen erfahren (müssen). Die Veränderungsbereitschaft ist daher nicht in allen Fällen sehr ausgeprägt.

Dennoch ist einer der wichtigsten Punkte bei der Neuordnung von Tätigkeiten die frühzeitige Einbeziehung und die Überzeugung der Mitarbeiter. In den seltensten Fällen wird man alle Mitarbeiter von den beabsichtigten Maßnahmen überzeugen können, aber einen Großteil wird man auf dem Weg mitnehmen können. Dazu ist es aber erforderlich, über die Vor- und Nachteile einer Neuordnung von Tätigkeiten offen zu reden.

Die Vor- und Nachteile einer solchen veränderten Aufgabenzuordnung müssen von den Mitarbeitern abgewogen werden.

Je nach Ausgestaltung der Aufgabenverteilung können sich folgende Vorteile ergeben:

- Wegfall von Tätigkeiten, die nicht zur Qualifikation der examinierten Pflegekräfte gehören.

Durch die Neuordnung von Tätigkeiten soll es zu einer Entlastung der Pflegekräfte kommen. Davon betroffene Tätigkeiten können nur solche sein, die nicht zur Kernkompetenz der examinierten Pflegekräfte zählen. Es wird sich im Regelfall um solche Tätigkeiten handeln, wie sie weiter vorne beschrieben worden sind.⁶⁷

- Konzentration auf die Kernkompetenzen
„Praxiserfahrungen zeigen, dass die Übertragung benannter Leistungen an anders qualifizierte Mitarbeiter zu einer grundlegenden Entlastung der Pflegekräfte in Bezug auf Unterstützungstätigkeiten führt. Der Tätigkeitsschwerpunkt – insbesondere von Gesundheits- und (Kinder-) KrankenpflegerInnen – wird auf die Kernkompetenzen in der

⁶⁷ Vgl. Kapitel 4.

allgemeinen und speziellen Pflege verlagert, wodurch eine Erhöhung der Pflegebindungszeit zu erwarten ist.“⁶⁸

Durch den Wegfall von Tätigkeiten verbleibt den verbliebenen examinierten Pflegekräften mehr Zeit für die Tätigkeiten, die zu den Kernkompetenzen der Pflege zählen. Folge könnte sein, dass mehr Zeit für Patienten zur Verfügung steht. Allerdings, dies hängt im hohen Maße von der Ausgestaltung der Neuordnung von Tätigkeiten vor Ort ab.

- Examinierte Pflegekräfte müssen Führungsverantwortung über die anders qualifizierten Mitarbeiter auf Station übernehmen.

Die neu einzusetzenden anders qualifizierten Kräfte müssen, sofern sie stationsinterne Tätigkeiten übernehmen, angewiesen, kontrolliert und geführt werden. Das kann nur von examinierten Pflegekräften geschehen, da nur diese den erforderlichen Überblick über die Vorgänge auf Station haben.

- Die Verantwortung nimmt zu, da zur fachlichen Kompetenz noch eine Organisationskompetenz hinzutritt.

In die gleiche Richtung wie die erhöhte Führungskompetenz zielt die Zunahme der Organisationskompetenz. Der Einsatz der anders qualifizierten stationsinternen Kräfte muss zeitlich und inhaltlich geplant und organisiert werden.

Im Unterschied zu anderen administrativen Tätigkeiten mit starren Regelungen liegen hier aber erhöhte Freiheitsgrade vor. Bei einer echten Organisationskompetenz verfügen die examinierten Pflegekräfte über ein gewisses Maß an Autonomie über die Art und Weise des Einsatzes der anders qualifizierten Kräfte.

- Verringerung der Schnittstellenproblematik.

Je nach Ausgestaltung der neuen Aufgabenverteilung kommt es zu einer Verringerung der Schnittstellen, nämlich dann, wenn der Pflegedienst die organisatorische Hoheit über den Einsatz der Kräfte erlangt, die stationsinterne Tätigkeiten übernehmen. Die Schnittstellenproblematik ist beherrschbar, wenn eine genaue Definition dessen erfolgt, wer welche Aufgaben bis wann zu erledigen hat.

⁶⁸ Verband der PflegedirektorInnen der Unikliniken: Leitfaden Servicekräfte, Münster 2009, S.8.

Aber die Schnittstellenproblematik wird dann wieder akut, wenn zu viele unterschiedlich qualifizierte Kräfte auf Station tätig sind. Insofern muss die Neuordnung von Aufgaben mit Augenmaß durchgeführt werden.

Insgesamt kann es zu einer Aufwertung der examinierten Pflegekräfte kommen.

Diesen Vorteilen stehen aber auch Nachteile gegenüber:

- Es kommt zu Veränderungen, die dazu führen, dass eingespielte Abläufe verändert werden.
- In den wenigsten Fällen wird der Einsatz anders qualifizierten Personals zu einem erhöhten Personaleinsatz führen. Es werden i.d.R. keine Stellen „on top“ geschaffen. Mit anderen Worten: der Einsatz der neuen Kräfte führt dazu, dass Stellen in anderen Bereichen wegfallen.
- Durch eine andere Aufgabenverteilung werden Tätigkeiten übertragen, die möglicherweise bislang als Rückzugsmöglichkeiten gedient haben, wo sich Mitarbeiter Freiräume geschaffen haben jenseits ihrer Pfl egetätigkeit am Patienten. Möglicherweise führt die Übertragung von Tätigkeiten auch zu einer Arbeitsverdichtung insofern, als dass zukünftig die examinierten Pflegekräfte keinen Erholungsmöglichkeiten im Rahmen der Ausführung von leichteren Aufgaben (z.B. Aufräumen der Stationsküche, Verräumen der Medikamente) haben.
- Schnittstellen
Zusätzliche Schnittstellen sind dann problematisch, wenn der Abstimmungs- und Koordinierungsbedarf deutlich zunimmt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn eine zusätzliche Leitungsebene für die anders qualifizierten Mitarbeiter neu hinzukommt.

Aber nicht nur die Pflegekräfte betrifft die Neuordnung von Aufgaben. Durch den Einsatz anders qualifizierten Personals ist das gesamte Behandlungsteam betroffen. Im Regelfall geht es nicht nur um die Übertragung von Aufgaben, sondern auch um die Änderungen von Prozessen, in die auch andere Professionen eingebunden sind. Die Übertragung von Aufgaben und der Einsatz von anders qualifiziertem Personal sollten daher im Einvernehmen mit dem gesamten Behandlungsteam erfolgen.

Unabhängig von den Vor- und Nachteilen der Neuordnung von Aufgaben sollte krankenhausintern eine offene Diskussion über die Fragen „Wo stehen wir als Krankenhaus?“ und „Wo wollen wir hin?“ geführt werden.

In dem hier diskutierten Kontext ist das dann relevant, wenn nicht nur eine Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes erfolgen soll, sondern auch der Ärztliche Dienst neu geordnet werden soll. Damit wird sich der gesamte Prozess der Patientenversorgung ändern. Strukturen werden sich damit anpassen.

Ein wichtiger Punkt bei der Neuordnung von Tätigkeiten stellt der zeitliche Aspekt dar. Hier sind zwei verschiedene Fragestellungen zu thematisieren, nämlich:

- Gibt es überhaupt genug geringer, aber ausreichend qualifizierte Kräfte? Wie schnell können diese Kräfte angeworben und für die Tätigkeiten vorbereitet werden?
- Wenn die anders qualifizierten Kräfte anstelle von examinieren Pflegekräften eingesetzt werden sollen, stellt sich die Frage, wie schnell die bisherigen Kräfte ersetzt werden sollen. Setzt man auf die natürliche Fluktuation, wird die Zeitspanne größer sein als wenn die Geschäftsführung arbeitsrechtliche Maßnahmen ergreift.

Ein realistischer Zeithorizont für die Veränderung sollte daher den Mitarbeitern vorab kommuniziert werden.

Die Einbindung der Mitarbeiter bezieht sich aber auch auf die Mitarbeitervertretung. Viele der Maßnahmen, die durch die Neuordnung von Tätigkeiten angeregt werden, sind mitbestimmungspflichtig, zumindest aber informationspflichtig. Die Mitarbeitervertretung ist allein schon aus rechtlichen Gründen frühzeitig zu informieren und einzubinden.

Darüber hinaus ist die Mitarbeitervertretung als die Interessenvertretung der Mitarbeiter ein guter Verbündeter um Veränderungsprozesse zu unterstützen. Eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Geschäftsführung und Mitarbeitervertretung kann die Neuordnungsprozesse unterstützen und beschleunigen. Die frühe und aktive Einbindung der Verantwortlichen für das Pflegemanagement im Kommunikationsprozess zwischen Geschäftsführung und Mitarbeitervertretung sorgt dafür, dass der Mitarbeitervertretung Kommunikationswege und Verantwortlichkeiten bekannt sind.

Eine weniger gute Zusammenarbeit kann demzufolge zu zeitlichen Verzögerungen oder gar zur Verhinderung einer neuen Aufgabenverteilung führen.

7.2 Von den einzelnen Tätigkeiten zu Aufgabenfeldern

7.2.1 Nicht über einzelne Verrichtungen, sondern über Aufgabenfelder ist zu reden

Aus der Erhebung, aber auch aus der früheren Studie „Pflegefremde und patientenferne Tätigkeiten im Pflegedienst der Krankenhäuser“ sind einzelne Tätigkeiten bekannt, die auf andere Berufsgruppen übertragen werden könnten. In den meisten Fällen ist eine einzelne Verrichtung aber noch nicht ausreichend, um damit andere Mitarbeiter im hinreichenden Umfange beschäftigen zu können.

Schließlich und dies ist in diesem Zusammenhang das wichtigere Argument: „Bei dem Versuch, eine Aufgabenverteilung zwischen den verschiedenen Berufsgruppen im Krankenhaus vorzunehmen, erweist sich die Orientierung an Einzeltätigkeiten als nicht zielführend. Die Zergliederung von Aufgabenkomplexen schafft zusätzliche Schnittstellen und erhöht damit die Gefahr von Schnittstellenproblematiken wie unnötigen Wartezeiten, Verlust von Information oder Missverständnissen ...“⁶⁹

Es geht also darum, sinnvolle Kombinationen von Tätigkeiten zu schaffen. Mit anderen Worten: es geht um die Definition von Aufgabenfeldern.

Die Forderung nach sinnvollen Kombinationen von Tätigkeiten hat dabei mehrere Dimensionen, die es zu bedenken gilt. In Frage kommen folgende Dimensionen:

- inhaltliche Dimension: Was kann/ sollte zusammengefasst werden?
- zeitliche Dimension: Welche zeitlichen Lagen sind betroffen?
- qualifikatorische Dimension: Welches Qualifikationsniveau ist erforderlich?
- ökonomische Dimension: Welches Entlastungspotential ergibt sich?

Diese Dimensionen kann man in der Krankenhauspraxis nicht isoliert betrachten, da sie wechselseitig voneinander abhängig sind. Lediglich in dem hier vorgegebenen analytischen Rahmen hat eine eigenständige Betrachtung ihre Legitimation. Darüber hinaus finden sich immer Bezugspunkte zu Gestaltung von Prozessen.

So ist beispielsweise die inhaltliche Dimension nicht enggeführt auf die *reine* Definition der zu übertragenden Tätigkeit. Vielmehr müssen auch organisatorisch-inhaltliche Aspekte

⁶⁹ Stemmer, Renate: Pflegewissenschaft, in: Stemmer, Renate/ Haubrock, Manfred/ Böhme, Hans: Gutachten zu den zukünftigen Handlungsfeldern in der Krankenhauspflege, Mainz 2008, S.74.

berücksichtigt werden. Bei der Überlegung, welche Tätigkeit an eine andere Berufsgruppe übertragen werden soll, muss gleichzeitig auch immer mitgedacht werden, wie sich die Form der Ausführung durch den Einsatz einer anderen Berufsgruppe ändert.

Die Benennung einer Tätigkeit schließt damit automatisch auch eine Änderung der Prozesse mit ein. Als Mindeständerung wird ein Schnittstellen- und Kommunikationsmanagement dadurch erforderlich sein, dass eine weitere Berufsgruppe tätig wird, die sich mit den vorhandenen Berufsgruppen abstimmen muss, und sei es, dass im Vorfeld eine genaue Definition über die Aufgabenverteilung erfolgt ist, an die sich alle zu halten haben.

Oder der enge Zusammenhang zwischen der zeitlichen und der qualifikatorischen Dimension ergibt sich allein schon dadurch, dass die Aus-, Weiter- und Fortbildung immer auch gewisse Zeiträume in Anspruch nimmt. Je umfangreicher und zeitintensiver Qualifizierungen sind, desto nachhaltiger muss über die ökonomische Dimension nachgedacht werden.

Schließlich: „Problematisch scheinen die personellen Umstrukturierungen dann zu sein, wenn lediglich ein simplifizierter tätigkeitsbezogener Ansatz für Skill Mix angewendet wird. Dieser ausschließlich tätigkeitsbezogene Ansatz blendet mögliche Auswirkungen eines veränderten Qualifikationsniveaus aus. Hierunter sind die Ansätze zu verstehen, bei denen die Anzahl der höher qualifizierten Pflegepersonen vermindert wird und die gleichen pflegerischen Aufgaben vermehrt von schlechter ausgebildetem Personal durchgeführt werden. Als Beurteilungskriterium steht das Pflegeergebnis im Zentrum des Interesses.“⁷⁰ Durch eine neue Aufgabenverteilung mit einem entsprechenden Einsatz von anders qualifiziertem Personal darf sich die Qualität der Versorgung der Patienten nicht verschlechtern!

7.2.2 Inhaltliche Dimension

Bei der inhaltlichen Dimension geht es darum, welche Tätigkeiten oder Verrichtungen übertragen werden können. Hierbei können sowohl einzelne Tätigkeiten als auch Kombinationen von verschiedenen Tätigkeiten in Frage kommen.

Zunächst zu einem Beispiel, in dem nur eine einzelne Tätigkeit an eine andere, neue Berufsgruppe übertragen wird.

⁷⁰ Haubrock, Manfred: Betriebswirtschaft/ Gesundheitsökonomie, in: Stemmer, Renate/ Haubrock, Manfred/ Böhme, Hans: Gutachten zu den zukünftigen Handlungsfeldern in der Krankenhauspflege, Mainz 2008, S.196.

Praxisbeispiel

Es geht hier um den Einsatz von so genannten Phlebotomisten im Klinikum Ludwigshafen. Hierbei handelt es um eine eigene Berufsgruppe, die die Blutentnahmen durchführt. Bei diesen Mitarbeitern handelt es sich um Medizinische Fachangestellte⁷¹. Die Übertragung der venösen Blutentnahme erfolgte vorwiegend vom Ärztlichen Dienst an die Medizinischen Fachangestellten. In anderen Krankenhäusern ist die venöse Blutentnahme aber eine Tätigkeit, die zur Standardaufgabe der Pflege zählt. Insofern kann eine entsprechende Delegation auch hier durchaus in Betracht kommen.

Bei der Übertragung der venösen Blutentnahmen sind zwei Aspekte wichtig.

1. Es handelt sich zum einen um eine Tätigkeit, die mengen- und zeitmäßig eine große Relevanz hat. Der tägliche Zeitaufwand für die Blutentnahmen lag klinikweit bei 46,2 Stunden. „Bei 260 Arbeitstagen im Jahr nahmen Blutentnahmen damit jährlich etwa 12.000 Arztarbeitsstunden in Anspruch. Das entspricht 7,5 Vollkräften (auf der Basis von 1.600 Nettoarbeitsstunden pro Jahr) oder rund 450.000 Euro pro Jahr.“⁷²
2. Die Übertragung der venösen Blutentnahmen erfolgte an eine Berufsgruppe, die die dafür erforderliche Qualifikation qua Ausbildung hat.

Die Übertragung dieser einzelnen Tätigkeit führte im Klinikum Ludwigshafen dazu, dass die neue Berufsgruppe, die hiermit beauftragt wurde, im hinreichenden Umfange beschäftigt werden konnte. Der tägliche Zeitaufwand für die Erledigung der venösen Blutentnahme war hoch genug, um Teilzeitkräfte mit einer bestimmten Mindestbeschäftigungszeit pro Tag einzusetzen. Hier geht es somit auch um die zeitliche Dimension der Tätigkeit.

Die organisatorischen Rahmenbedingungen mussten allerdings geklärt werden. Hierzu zählte u.a. die Frage, in welcher Priorität die Blutentnahmen zu erfolgen haben oder bis zu welchem Zeitraum die Proben im Labor vorliegen mussten und wer die Proben ins Labor bringt.

⁷¹ Vgl. Asché, Peter: Delegation von ärztlichen Aufgaben stärkt Qualität und senkt Kosten, 3. Personalkongress der Krankenhäuser, Dresden 2007, Folie 16.

⁷² Asché, P./ Nagel, D./ Reucher, U.: Delegation von ärztlichen Aufgaben stärkt Qualität und senkt Kosten. Das Klinikum Ludwigshafen setzt Phlebotomisten ein, in: f & w24 (2007), Heft 1, S.73-75, hier: S.73.

Mit anderen Worten: auch bei der Übertragung einer einzelnen Tätigkeit müssen Fragen geklärt werden, die über die reine Definition der zu übertragenden Tätigkeit weit hinaus gehen. Es müssen darüber hinaus organisatorisch-inhaltliche Regelungen getroffen werden. Prozesse müssen möglicherweise reorganisiert werden. Schnittstellen sind zu definieren und durch Regelungen handhabbar zu machen.

Ein weiterer Punkt ist die Frage nach der Qualifikation desjenigen, der eine Tätigkeit übernimmt. Schließlich wird auch noch auf die ökonomische Dimension hingewiesen.

Bei der Zusammenfassung mehrerer Tätigkeiten zu einem Aufgabenfeld müssen inhaltliche, zeitliche und qualifikatorische Aspekte Berücksichtigung finden. Man kann die genannten Aspekte in der Krankenhauspraxis nicht isoliert betrachten, da sie wechselseitig abhängig voneinander sind. Lediglich in dem hier vorgegebenen analytischen Rahmen hat eine eigenständige Betrachtung ihre Legitimation.

Die inhaltliche Dimension kreist um die Fragestellung, welche Tätigkeiten sinnvollerweise kombiniert werden können. Der analytische Rahmen wird vorgegeben durch eine mögliche Entlastung des Pflegepersonals. Dennoch sollte das nicht den Blick dafür verschließen, dass auch Tätigkeiten anderer Berufsgruppen durchaus Eingang in ein neues Aufgabenfeld finden können.

Praxisbeispiel

Ein Beispiel der Zusammenfassung verschiedener Tätigkeiten zum Komplex „Patientenservice“ findet sich im Klinikum Offenbach. Folgende Tätigkeiten zählen zu den Aufgaben der Mitarbeiter im Patientenservice:

- „Essen- und Getränkemanagement (Menüerfassung, Patientenessen austeilen, bei Bedarf mundgerechte Zubereitung des Essens, Patienten zum Trinken animieren, Wasserschananlage bedienen, Wasser austeilen, Getränkeservice; aber kein Füttern der Patienten)
- Einfache Unterstützungsleistungen: Klingelrufe, Urinflasche leeren, Steckbecken reichen und leeren
- Patientenverschiebung innerhalb einer Station inclusive Administration
- An-, Ab- und Ummeldung von Patiententelefonen

- Betten machen bei Aufstehpatienten
 - Neue Patienten in die Patientenzimmer begleiten, Tagesablauf erklären
 - Patienten bei Entlassung helfen (Hilfe beim Gepäck, Begleitung zum Taxi) und Patienten verabschieden
 - Frische Betten und Nachtschränke in die Patientenzimmer fahren
 - Wäsche und Pflegewagen reinigen und auffüllen
 - Aufräumarbeiten in der Pflegeeinheit.⁷³
-

Die inhaltliche Zusammenstellung dieser Tätigkeiten geht in einzelnen Punkt weit über das hinaus, was gemeinhin als „Hotelservice“ bezeichnet wird. Die Mitarbeiter im Patientenservice nehmen auch unterschiedliche Aufgaben aus dem Bereich der Grundpflege wahr. Diese Tätigkeiten reichen vom Komplex „Ernährung“ über den Bereich „Ausscheidung“ bis hin zu den Tätigkeiten, die die „Bewegung und Lagerung“ des Patienten betreffen.

Bei einer solchen Zusammenstellung von Tätigkeiten wird es Folgewirkungen auf das zu rekrutierende Personal und dessen Qualifizierung geben. Je breiter die Zusammenfassung der Tätigkeiten, desto anspruchsvoller die erforderliche Qualifikation der neu einzusetzenden Mitarbeiter - bei zumindest gleicher Qualität der Leistungserbringung.

Mit anderen Worten: bei der Zusammenfassung einzelner Tätigkeiten zu Aufgabenfeldern muss man sich Gedanken darüber machen, welches Personal für die in Frage kommenden Stellen geeignet sein könnte.

Hier kann man zwei Strategien unterscheiden.

- Zum einen kann man auf schon vorhandene Berufsbilder und Qualifikationen zurückgreifen, die ggf. ergänzt werden um einzelne Tätigkeiten oder Tätigkeitskomplexe, die keinen oder nur einen geringen zusätzlichen Qualifizierungsbedarf auslösen. Hier ist z.B. an die Hotelfachfrau/ Hotelfachmann zu denken, der im Wesentlichen den so genannten „Hotelservice“ im Krankenhaus übernimmt und dadurch die examinierten

⁷³ Goldschmidt, Sabine: Arbeit neu verteilen und teure Stellen einsparen, in f&w 26 (2009), S. 350-353, hier: S.353.

Pflegekräfte entlastet. Sofern eine Konzentration auf die Tätigkeiten, die diese Personen in ihrer Ausbildung gelernt haben, vorliegt, können sie recht zügig die Aufgaben wahrnehmen.

Sofern aber weitere Tätigkeiten hinzukommen, die beispielsweise aus dem Bereich der Grundpflege stammen, wird eine weitergehende Qualifikation erforderlich. Welche Art von Qualifikation im Einzelnen benötigt wird, hängt von den zu übertragenden Tätigkeiten und der Grundqualifikation der neuen Mitarbeiter ab.

- Zum anderen kann man unabhängig von bestehenden Ausbildungsberufen selbständig Aufgaben- und Stellenbeschreibungen kreieren. Es erfolgt dann je nach Notwendigkeit und Bedarf eine Aufgabenbeschreibung, die die zu übertragenden Einzeltätigkeiten aufführt.

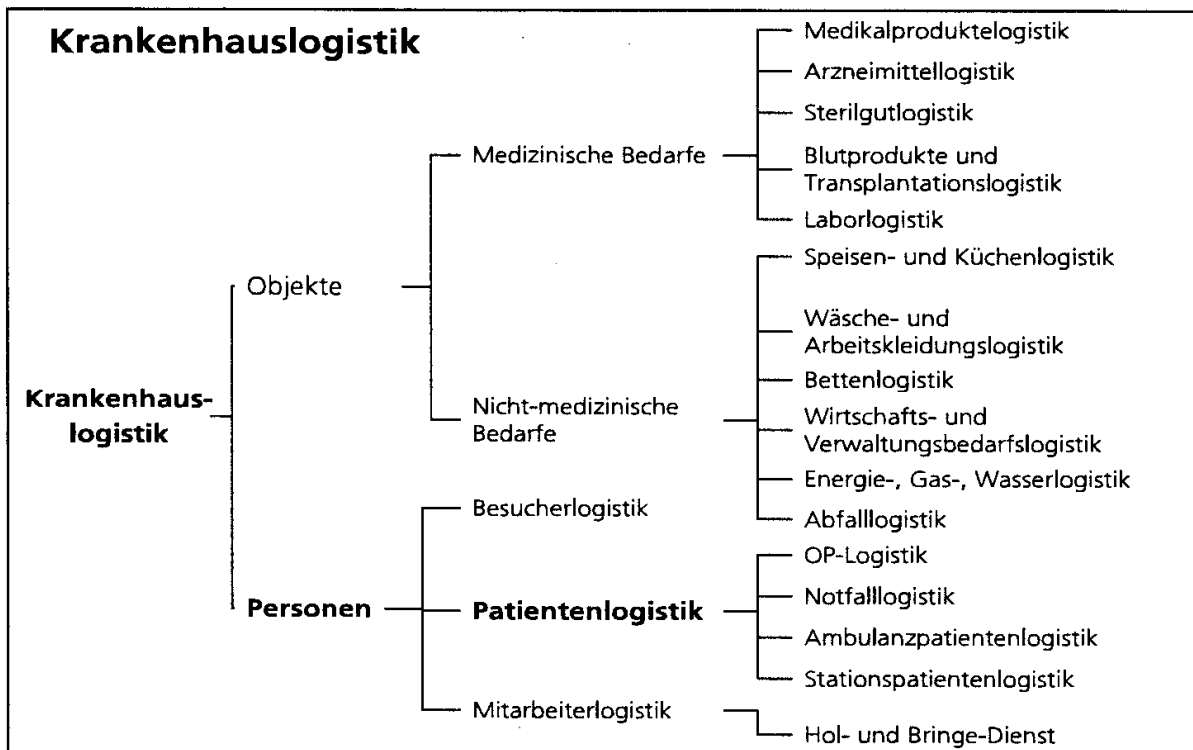
Auch hier wird man nicht umhin können, sich Gedanken über die Qualifikation und die Qualifizierung der Mitarbeiter zu machen.

Unabhängig davon, welche der beiden Strategien man verfolgt, muss man das gewünschte Personal auch rekrutieren. Im Rahmen der Personalrekrutierung sind zwei Aspekte zu unterscheiden: zum einen die Frage, ob es überhaupt Personen gibt, die die Aufgaben erfüllen können, zum anderen, wie man an diese Personen kommt.

Wenn man einzelne Tätigkeiten und Verrichtungen zu einem Aufgabenfeld kombiniert, muss man berücksichtigen, ob es überhaupt Personen gibt, die die Anforderungen erfüllen können. Um es überspitzt zu formulieren: Die Fachkraft für Alles, die jederzeit einsatzbereit ist und für einen Gotteslohn arbeitet, dürfte heute schwer zu finden sein.

Daher sollte man bei der Zusammenstellung von Aufgaben zwischen dem Wünschbaren und dem Realisierbaren abwägen. Wünschbar ist natürlich eine Kraft, die alle an sie herangetragenen Tätigkeiten zumindest in der gleichen Qualität wie vorher erbringt.

So kann eine Servicekraft für die Reinigung, die Ver- und Entsorgung der Station und auch für Servicetätigkeiten für den Patienten zuständig sein. Aber allein schon der Bereich der Versorgung der Station setzt Kompetenzen voraus, die man nicht ohne weiteres voraussetzen kann. Anhand der nachfolgenden Abbildung wird ein Eindruck darüber vermittelt, wie umfangreich die Versorgung einer Station sein kann.



Quelle: Kriegel, Johannes/ Jehle, Franziska/ Seitz, Michael: Der schnelle Patient. Innovationen für die Patientenlogistik in Krankenhäusern, Stuttgart 2009, S.11.

Abb. 17: Krankenhauslogistik

Lässt man die personenbezogene Logistik außen vor, dann zeigt sich allein schon für den Bereich der Medizinischen Bedarfe ein durchaus komplexes Bild. Natürlich ist die fach- und zeitgerechte Versorgung einer Station beherrsch- und durchführbar. Aber mit welchen Qualifikationen?

Wenn man sich auf eine realistische Bündelung von Tätigkeiten verständigt hat, dann wird man auf die Suche nach dem entsprechenden Personal gehen. Diese Suche kann auf dem externen oder dem krankenhausinternen Arbeitsmarkt erfolgen.

Hier trifft dann die Nachfrage auf das Angebot. Mit anderen Worten: Es erfolgt der Abgleich zwischen der vom Krankenhaus erwarteten Qualifikation und dem Angebot an entsprechend qualifizierten Personen. Im ungünstigsten Falle wird man zuwenig geeignete Bewerber finden, so dass man über eine Änderung des Aufgabenfeldes und/ oder der benötigten Qualifikation nachdenken muss.

Die inhaltliche Dimension ist aber nicht nur für die Gestaltung eines Aufgabenfeldes für die neuen Mitarbeiter wichtig. Je nach Ausprägung werden sich Rückwirkungen auch auf die vorhandenen examinierten Pflegekräfte ergeben. Gemeint ist hier nicht die triviale Auswirkung, dass bestimmte Tätigkeiten und Verrichtungen an anders qualifizierte Mitarbeiter abgegeben werden.

Wie schon oben angedeutet, werden die examinierten Pflegekräfte Führungsverantwortung übernehmen müssen, sofern beispielsweise Servicekräfte auf Station eingesetzt werden. Diese anders qualifizierten Kräfte können und werden nur mit und im Auftrag der examinierten Pflegekräfte eingesetzt werden können. Damit kommt auf die Pflegekräfte eine Anordnungs- und eine Kontrollverantwortung zu, die sie zu übernehmen haben, wenn Tätigkeiten delegiert werden. Die Durchführungsverantwortung obliegt den anders qualifizierten Kräften.

Auch hier muss genau abgewogen werden, inwieweit die Anordnungs- und Kontrollverantwortung übertragen werden kann. Hierbei stellt der juristische Aspekt nur einen Teilbereich dar. Als weiterer Punkt muss geklärt werden, ob die examinierten Pflegekräfte die Anordnungs- und Kontrollverantwortung übernehmen können und wollen.

Das Können hängt nun nicht nur von den fachlichen Fähigkeiten ab, die bei den Tätigkeiten als gegeben anzunehmen sind, die es auf anders qualifizierte Mitarbeiter zu übertragen gilt. Vielmehr bezieht sich dies auf die zeitliche Belastung der examinierten Pflegekräfte. Ziel einer Übertragung von Tätigkeiten soll ja eine Entlastung der Pflegekräfte darstellen. Durch eine möglicherweise engmaschige Anordnungs- und Kontrollverantwortung wird diese Zielsetzung teilweise konterkariert. Werden gleichzeitig noch Aufgaben des Ärztlichen Dienstes an die Pflegekräfte übertragen, so steht noch weniger Zeit zur Verfügung, so dass die mit der Neuordnung von Tätigkeiten des Pflegedienstes verbundenen Ziele nur noch zum Teil erreicht werden können.

Aber nicht nur das Können, sondern auch das Wollen ist zu beachten. Es muss seitens der examinierten Pflegekräfte auch eine Bereitschaft dazu bestehen, die Verantwortung zu übernehmen. Das gilt es bei der Einbindung der Mitarbeiter frühzeitig zu berücksichtigen.

7.2.3 Zeitliche Dimension

Bei der zeitlichen Dimension sind mehrere unterschiedliche Teilbereiche von Relevanz.

1. Welche Tätigkeiten werden wann ausgeführt?

2. Handelt es sich hierbei um zeitlich fest definierte Tätigkeiten, (relativ) frei einzuteilende Tätigkeiten oder wiederkehrende Tätigkeiten?
3. Wer übernimmt diese Tätigkeiten, sofern sie am Wochenende erledigt werden müssen?

Zunächst zur Frage, welche Tätigkeiten wann ausgeführt werden.

Es sollte ein Überblick erstellt werden, wer wann welche Tätigkeit ausführt. Das betrifft nicht nur die Aufgaben des Pflegedienstes, sondern die aller Berufsgruppen, auch die der Ärzte.

Praxisbeispiel

Im Folgenden ist ein Beispiel aus den Dr. Horst-Schmidt-Kliniken aufgeführt, die für zwei Stationen die Tätigkeiten aus den Bereichen Reinigung, Logistik und Service im Rahmen einer Ist-Analyse vor einer Übertragung von Aufgaben zeitlich aufgeführt haben.

Es werden die möglichen zu übertragenden Aufgaben zwischen 6 Uhr und 20 Uhr von Montag bis Freitag aufgeführt. Diese Tätigkeitsbeschreibung wurde für verschiedene Stationen durchgeführt. Teilweise wurden einzelne Verrichtungen zu den gleichen Zeitpunkten durchgeführt, teilweise zu durchaus unterschiedlichen Zeiten.

Hier in diesem Beispiel wurden nur Tätigkeiten des Pflegedienstes berücksichtigt. Sofern noch andere Berufsgruppen beteiligt sind, ändert sich an der grundlegenden Struktur einer solchen zeitlichen Analyse nichts, sie wird nur komplexer.

Ein wichtiger Punkt bei der zeitlichen Aufstellung ist die Darstellung der logischen Abfolge von Tätigkeiten, also, ob es eine sachlogische Begründung für eine bestimmte Reihenfolge der durchgeführten Tätigkeiten gibt. Diese Tätigkeiten sind damit zueinander seriell geschaltet. So hat natürlich eine venöse Blutentnahme der Analyse der Probe voranzugehen.

In diesem simplen Beispiel ist aber auch schon die Problematik im Zusammenhang mit der Neuordnung von Tätigkeiten verborgen. Es sind nämlich unterschiedliche Berufsgruppen beteiligt. Die Anordnung zur venösen Blutentnahme wird ein Arzt treffen. Die Probenentnahme kann, je nach Art der Organisation, ein Arzt, eine examinierte Pflegekraft oder eine Medizinische Fachangestellte durchführen, den Transport in die Diagnostik übernimmt beispielsweise eine Mitarbeiterin aus dem Pflegedienst und die Analyse wird vom Medizinisch-Technischen Dienst vorgenommen. Damit hier keine zeitlichen Verwerfungen auftreten, ist ein genau abgestimmtes berufsgruppen- und stationsübergreifendes Vorgehen notwendig. Bei einer Änderung der Aufgabenzuordnung müssen demzufolge auch die Prozesse geändert werden.

Die meisten seriell geschalteten Tätigkeiten sind in Form einer Ende-Anfang-Beziehung miteinander verbunden.⁷⁴ Mit der einen Tätigkeit kann erst begonnen werden, wenn die andere beendet ist. So kann beispielsweise erst eine Infusion gelegt werden, wenn das für die Durchführung der Infusion benötigte Material vorbereitet ist. Oder der Patientenbegleitedienst kann seiner Aufgabe erst nach Beendigung der Röntgenuntersuchung nachkommen und den Patienten wieder zurück auf Station bringen.

⁷⁴ Vgl. Greiling, Michael/ Rudloff, Beate: Klinische Pfade optimal gestalten. Prozessanalyse mit Hilfe der Netzplantechnik, Kulmbach 2005, S.57.

Neben den Tätigkeiten, die in einer seriellen Ablauffolge zueinander stehen, gibt es auch Tätigkeiten, die parallel und (relativ) unabhängig voneinander geschaltet sind. Unterstützungsleistungen beim An- und Ausziehen des Patienten können unabhängig von der Aktualisierung der Patientenakte stattfinden. Die Anmeldung zur Diagnostik kann parallel zur Essensausgabe durchgeführt werden. Eine parallele Abarbeitung von Tätigkeiten setzt selbstverständlich unterschiedliche Mitarbeiter voraus, die die Tätigkeiten übernehmen.

Wichtig ist es nun, die Prozesse im Hinblick auf die seriell und parallel geschalteten Tätigkeiten zu strukturieren.⁷⁵ Die Freiheitsgrade bei parallel geschalteten Tätigkeiten sind größer als die bei seriell geschalteten. Parallel geschaltete Tätigkeiten können zeitlich flexibler gestaltet werden als seriell geschaltete Tätigkeiten. Dies heißt nun nicht, dass es bei den nebeneinander ablaufenden Tätigkeiten keine Limitationen gibt, aber diese Beschränkungen sind nicht so stark wirksam wie bei den anderen Tätigkeiten.

Bei der Zusammenstellung einzelner Tätigkeiten zu sinnvollen Kombinationen ist daher darauf zu achten, wie das Abhängigkeitsverhältnis einzelner Tätigkeiten aussieht. Das hat u.a. Rückwirkungen auf die Stellenbeschreibung und die Arbeitszeitgestaltung. Das Zusammenwirken unterschiedlicher Berufsgruppen und/ oder verschiedener organisatorischer Einheiten des Krankenhauses kompliziert den reibungslosen Arbeitsablauf.

Aber nicht nur die Prozesskette ist hier relevant, sondern noch ein weiterer Aspekt, der die zeitliche Dimension tangiert. Es geht um die zeitliche Lage der Tätigkeit an sich. So wird die Übertragung der Abendessensausgabe zu keiner Entlastung des Pflegepersonals führen, da zu dieser Zeit die Schichtstärke gering ist. Eine Substitution einer examinierten Pflegekraft durch eine Servicekraft würde hier keinen Sinn machen, da dies zu Lasten der pflegerischen Versorgung der Patienten führen würde. Eine zusätzliche Kraft einzustellen, um das Abendessen zu verteilen, wäre ökonomisch nicht sinnvoll. Die zeitliche Dimension ist also auf das engste verknüpft mit den oben dargestellten Rahmenbedingungen.

Das ist aber nicht der einzige Punkt, der eine Neuordnung von Aufgaben im Hinblick auf die zeitliche Dimension komplex macht. Bei den Tätigkeiten muss nämlich auch berücksichtigt werden, ob es sich um zeitlich fest definierte Tätigkeiten, (relativ) frei einzuteilende Tätigkeiten oder wiederkehrende Tätigkeiten handelt.

⁷⁵ Ein Vorteil stellt die Strukturierung an sich schon dar. Wenn es vorher keine Regelungen zur Durchführung von Aufgaben gab und die Organisation der Tätigkeiten mehr oder weniger ad hoc vorgenommen wurde, dann ist eine (verbindliche) Regelung vorteilhaft, selbst dann, wenn eine zusätzliche Schnittstelle installiert werden muss.

Bei zeitlich fest definierten Tätigkeiten (z.B. Betten machen oder Essenswünsche aufnehmen) besteht nur ein geringer Spielraum zur zeitlichen Verlagerung. Bei einer möglichen Zusammenfassung einzelner Verrichtungen und Tätigkeiten zu einem Aufgabenfeld stellen die zeitlich fest definierten Tätigkeiten Eckpunkte dar, die nur geringfügig verändert werden können. Die relative starre zeitliche Bindung muss beim Einsatz von anders qualifiziertem Personal berücksichtigt werden.

Bei den beiden anderen Tätigkeitsarten liegen dagegen größere Freiheitsgrade vor. Die innerhalb eines fest definierten Zeitraumes wiederkehrenden Tätigkeiten wie Botengänge oder der Transport von Blutproben zur Entsorgung sind zeitlich zwar vorgegeben, aber sie treten nicht kontinuierlich auf, sondern nur in bestimmten Zeiträumen. Bei einigen dieser wiederkehrenden Tätigkeiten steht fest – sei es aufgrund von Erfahrungswissen, sei es aufgrund von Vorgaben –, dass sie zu einem bestimmten Zeitpunkt auftreten und somit zu erledigen sind. Andere dagegen, wie z.B. bei der Zimmeraufbereitung bei einer Verlegung von MRSA-Patienten, treten zufallsbedingt auf und sind damit nicht oder zumindest nur wenig planbar. In beiden Fällen müssen die wiederkehrenden, über einen Zeitraum auftretenden Tätigkeiten bei der Übertragung von Aufgaben an weniger qualifiziertes Personal berücksichtigt werden. Im planbaren Falle kann dies durch eine Aufgabenbeschreibung und –zuordnung erfolgen, für die es dann eine entsprechende zeitliche Reserve einzuräumen gilt. Im nicht planbaren Falle muss die Aufgabenverteilung ebenfalls vorher geklärt werden. Wie mit der höheren zeitlichen Belastung dann umzugehen ist – für die Pflegekräfte oder für die neueinzusetzenden Kräfte –, sollte gleichfalls normiert werden.

Den größten Freiheitsgrad versprechen die Tätigkeiten, die innerhalb eines gewissen Zeitraumes, frei eingeteilt werden können (z.B. Überprüfung der Kühlschranktemperaturen oder Reinigung von Lagern). Solange sie in der vorgegebenen Zeiteinheit erledigt werden, spielt es keine Rolle, wann sie ausgeführt werden.

Bei der Zusammenstellung von einzelnen Tätigkeiten zu einem Aufgabenfeld sind damit verschiedene zeitliche Restriktionen zu beachten. Die Aufgaben müssen in der richtigen Reihenfolge und zur richtigen Zeit zu erfüllen sein. Andernfalls drohen Frustration und Verärgerung nicht nur bei den anders qualifizierten Mitarbeitern, sondern auch bei den examinierten Pflegekräften, zu deren Gunsten eigentlich eine Entlastung erfolgen soll.

Bei der Bündelung der Tätigkeiten wird man Spitzenzeiten ermitteln können, bei denen ein Einsatz von Hilfs- und Servicekräften sinnvoll ist.

Praxisbeispiel

Bei den Dr. Horst-Schmidt-Kliniken ging es um die Bündelung von Tätigkeiten für Servicekräfte, die auf mehreren Stationen eingesetzt werden sollten. Bei einem solchen Ansatz tritt eine zusätzliche Schwierigkeit auf, nämlich die Abstimmung zwischen den Stationen. Damit Stationsegoismen vermieden werden, muss genau definiert werden, wann welche Tätigkeiten auf welcher Station erledigt werden sollen.

Bündelung von fest definierten Tätigkeiten	Uhrzeit, Aufgabenprofil Montag- Freitag																			
	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20					
Reinigung																				
Reinigungsarbeiten im Patientenzimmer																				
Zimmeraufbereitung bei Verlegung, MRSA																				
Zimmeraufbereitung, Monitoraufbereitung																				
Reinigungsarbeiten in Nebenräumen:																				
Terrett																				
Pflegearbeitsraum, Pflegewägen, Wäschekammer					A43	A53			A43	A53			A53	A43						
Sonoraum																				
Dienstzimmer, Küche, Kaffeeneische, Servierwagen						A55			A55				A55							
Infusionsständer desinfizieren				A55/ A53																
Wäschesäcke entsorgen					A43	A53			A43						A43/A 55					
Reinigung von Lager und Kühlchränken																				
Logistik																				
Holen und Entsorgen von Containern, Güter aus-/einräumen		A53/ A55						A53/ A55					A53/ A55							
Mithilfe beim Bestellwesen																				
materialwirtschaftliche Prozesse nach Vorgabe																				
Pflegearbeitsraum, Pflegewägen, Wäschekammer																				
Zi. 40 (Onko-Nephro-Multiraum), Chemoraum																				
Verfalldaten überprüfen																				
Service																				
Essenswünsche aufnehmen und in JOMO eingeben										A53/ A55	A53/ A55									
Blutproben in Entsorgung bringen																				
Botengänge																				
Betten machen (Aufsteher)																				
Kühlchränktemperaturren überprüfen		A43/ A53/ A55	A43/ A53/ A55	A43/ A53/ A55																

Spitzenzeiten von 7.00- 10.00 Uhr, 12.00- 15.00 Uhr, 18.00- 20.00 Uhr

Abb. 19: Ermittlung der Spitzenzeiten

In diesem Beispiel werden drei Spitzenzeiten identifiziert, zu denen eine Entlastung der examinierten Pflegekräfte erfolgen kann. Es erfolgt eine genaue Bestimmung, welche Tätigkeiten wann auf welcher Station zu erfolgen haben. Für den möglichen Einsatz von Servicekräften heißt dies, dass sie einen Überblick darüber haben, zu welchem Zeitpunkt sie auf welcher Station zu sein haben und welche Aufgaben dort zu erledigen sind.

Das hier aufgeführte Beispiel leitet implizit schon auf die nächste zeitliche Fragestellung über. Die Bündelung von Tätigkeiten bezieht sich nämlich nur auf die Zeit zwischen 6 und 20 Uhr zwischen Montag und Freitag. Wer aber übernimmt Tätigkeiten am Wochenende?

Eine Reihe von zeitlich fest definierten Tätigkeiten wird auch am Wochenende anfallen (z.B. Betten machen). Für die beiden anderen Tätigkeitskategorien gilt, dass man relativ frei ist, sie zeitlich einzuteilen. Lediglich bei den nicht planbaren wiederholt auftretenden Tätigkeiten kann keine Planung derart stattfinden, dass sie am Wochenende nicht anfallen.

Bei den Wochenendtätigkeiten muss beachtet werden, ob bestimmte Tätigkeiten überhaupt oder im nennenswerten Umfang am Wochenende anfallen. So findet z.B. mit Ausnahme der Notfalldiagnostik am Wochenende so gut wie keine Routinediagnostik statt. Ein anderes Beispiel betrifft die Bettenbelegung am Wochenende. Je nach Abteilung und Patientenklientel sind die Stationen am Wochenende geringer belegt als in der Arbeitswoche. Auch hier fallen dann weniger übertragbare Tätigkeiten an. Insofern besteht dann keine Möglichkeit, die entsprechenden Aufgaben zu übertragen.

Für die Erledigung der Aufgaben, die aber tatsächlich am Wochenende stattfinden, stehen zwei verschiedene Alternativen zur Verfügung:

- entweder werden die Aufgaben weiterhin von examinierten Pflegekräften durchgeführt
- oder es stehen entsprechend anders qualifizierte Mitarbeiter zur Verfügung.

Im ersten Falle würden die Wochenenddienste für hochqualifizierten Mitarbeiter noch unattraktiver als sie es ohnehin schon sind. Es müssten dann wiederum Tätigkeiten übernommen werden, die unattraktiv sind und für die es eigentlich schon anderes Personal gibt. Als zusätzliche Belastung käme hinzu, dass ggf. die Anzahl dieser unattraktiven Dienste zunehmen würde, sofern zu viele Stellen für examinierte Pflegekräfte zugunsten anders qualifizierten Personals abgebaut werden würde.

Im zweiten Falle würde natürlich mehr anders qualifiziertes Personal benötigt als bei einer Lösung, die nur die Wochentage abdeckt. In vielen Krankenhäusern wird es nicht zum Aufbau zusätzlicher Stellen kommen (können), so dass in diesem Falle Stellen zulasten anderer Berufsgruppen ersetzt werden. Wenn davon examinierte Pflegekräfte betroffen sein sollten, könnte sich die oben beschriebene Situation verstärken, dass die hochqualifizierten Kräfte stärker mit unattraktiven Diensten belastet werden würden.

Die Fragestellung muss erweitert werden um die Frage, wie lange die anders qualifizierten Mitarbeiter pro Tag auf Station bzw. den Stationen sein sollen. In den oben aufgeführten Beispiel der Dr. Horst-Schmidt-Kliniken wurden drei Spitzenzeiten identifiziert, nämlich von 7.00 bis 10.00 Uhr, 12.00 bis 15.00 und 18.00 bis 20.00 Uhr.

Die ersten oder die letzten beiden Spitzenzeiten könnten (theoretisch) noch mit Vollkraftstellen abgedeckt werden, alle drei Spitzenzeiten aber nicht. Über den Einsatz von mehreren Teilzeitkräften könnte man zwar alle drei Spitzenzeiten abdecken, aber es ist zu fragen, ob der Bedarf auch bei den ungünstigen Zeiten am Abend über den Arbeitsmarkt gedeckt werden kann.

Vor der Klärung der Frage, ob der Bedarf gedeckt werden kann, muss aber eine Entscheidung darüber gefällt werden, welche Präsenzzeiten die anders qualifizierten Kräfte aufweisen sollen, sprich: von wann bis wann sollen diese Mitarbeiter in Anspruch genommen werden können. Je nach Lösung, werden die anders qualifizierten Kräfte den Großteil bzw. alle oder aber die examinierten Pflegekräfte einen Teil der übertragbaren Tätigkeiten übernehmen.

Bei der Festlegung der Präsenzzeiten sollte man nicht außer acht lassen, dass es auch genügend Personen geben muss, die zu den entsprechenden Zeiten beschäftigt werden können. Es finden sich i.d.R. eher Bewerber für eine Tätigkeit am Vormittag in der Woche als am Nachmittag oder am Wochenende.

Sollten nicht ausreichend Bewerber zur Verfügung stehen, muss man beispielsweise über eine Änderung des Aufgabenfeldes, der zeitlichen Verteilung der Tätigkeiten oder aber der Vergütung nachdenken.

Bei den Präsenzzeiten ist eine personen- von einer organisationsgebundenen Präsenz zu unterscheiden. Eine personengebundene Präsenz liegt dann vor, wenn bestimmte Personen zu definierten Zeiten anwesend sind und die ihnen zugewiesenen Aufgaben erledigen.

Demzufolge handelt es sich bei einer organisationsgebundenen Präsenz um die Erledigung von Aufgaben in den definierten Zeiten, unabhängig von einer konkreten Person. Im Rahmen der Diskussion über die Vor- und Nachteile von Pool- und Stationslösungen wird darauf zurückgekommen.

7.2.4 Qualifikatorische Dimension

Bei der Verteilung von Aufgaben von examinierten Pflegekräften an anders qualifiziertes Personal spielt die Qualifikation derjenigen, die die Aufgaben zukünftig übernehmen sollen, eine wichtige Rolle.

Je nach formeller und materieller Qualifikation der Mitarbeiter und dem Aufgabenfeld, welches übernommen werden soll, wird eine Anpassung der Qualifikation der Mitarbeiter entsprechend dem potentiellen Niveau der Patientengefährdung erforderlich sein. Mitarbeiter, die ausschließlich im Bereich der Ver- und Entsorgung tätig sein sollen, werden eine andere Qualifikation benötigen, als die Mitarbeiter, die patientennahe Tätigkeiten erbringen sollen.

Die Frage nach der Qualifikation der Mitarbeiter ist aber kein Selbstzweck. Es muss die grundsätzliche Frage geklärt werden, welche Qualifikation jemand aufweisen muss, der bislang pflegerische Tätigkeiten übernehmen soll.

In Anlehnung an die Zuordnung von ärztlichen Tätigkeiten im Rahmen der Studie „Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes“⁷⁶ kann auch hier die Übertragung von Aufgaben von examinierten Pflegekräften auf anders qualifizierte Mitarbeiter in Abhängigkeit von der Gefährdung des Patienten und der Qualifikation der Mitarbeiter gesehen werden. Wie schon mehrfach betont, gibt es einen Kernbereich pflegerischer Tätigkeiten, die nicht auf andere delegiert werden können. Sie sind und bleiben Aufgaben der examinierten Pflegekräfte.

⁷⁶ Vgl. Offermanns, Matthias: Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes, Düsseldorf 2008, S.65.

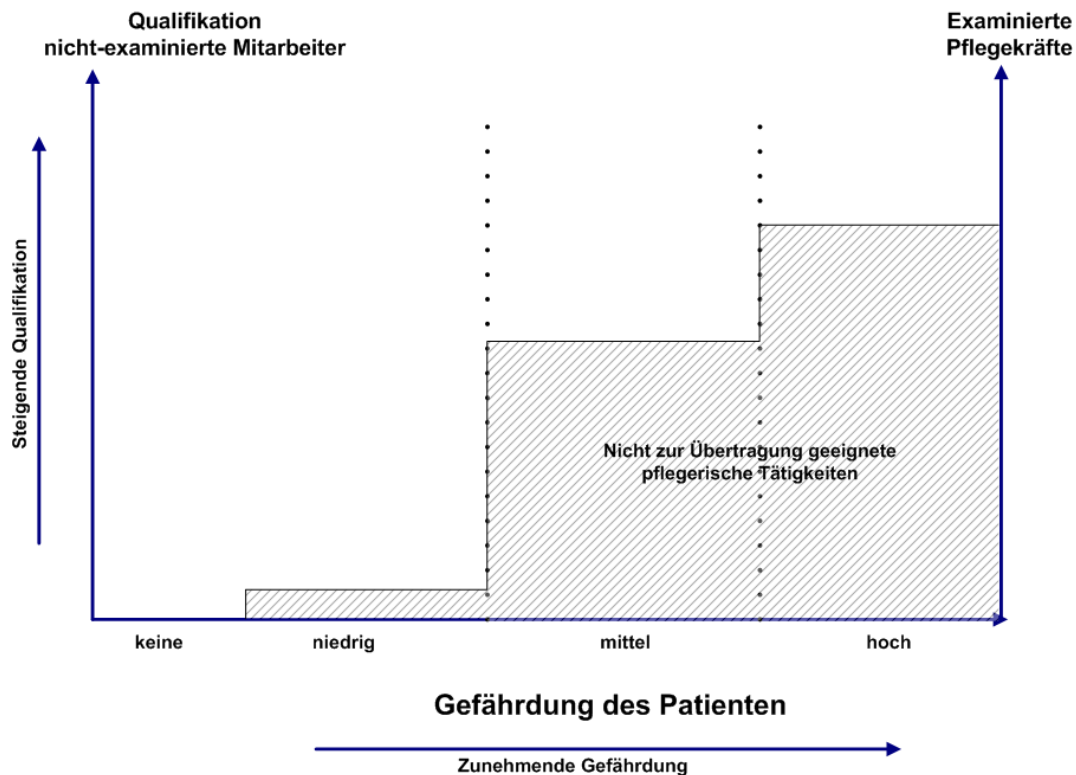


Abb. 20: Qualifikation und Patientengefährdung

Daneben gibt es aber einen weiten Bereich von Tätigkeiten, die auch auf andere Mitarbeiter übertragen werden können.

Allerdings darf bei der Übertragung von Tätigkeiten ein gewisser Standard nicht unterschritten werden. Eine Verpflichtung, einen gewissen Standard einzuhalten, kann sich aufgrund von haftungs- oder berufsrechtlichen Regelungen ergeben. Dies ist der Fall bei patientennahen Tätigkeiten. Insoweit ist besonderes Augenmerk auf die zur Übertragung vorgesehenen Tätigkeiten zu richten, bei denen es zu einer Gefährdung des Patienten kommen könnte. Hierzu zählen beispielsweise alle Tätigkeiten im Bereich der so genannten Grundpflegerischen Versorgung.

Darüber hinaus kann es Standards geben, die sich aus einer Selbstverpflichtung zur Erbringung von qualitativ hochwertigen Leistungen ergeben. Betroffen hiervon können die gesamte Bandbreite der zur Übertragung geeigneten Tätigkeiten und Verrichtungen sein.

Schließlich gibt es einen Bereich von Tätigkeiten, bei denen keine Gefährdung des Patienten vorliegt, wenn sie auf anders qualifiziertes Personal übertragen werden. Beispiel hierfür ist

die Versorgung einer Station mit Büromaterial. Das schließt nicht aus, dass auch hier interne Qualitätsvorgaben vorliegen, die eingehalten werden sollen.

Anhand von Beispielen soll nunmehr gezeigt werden, wie unterschiedlich und wie umfangreich die Qualifizierung der Mitarbeiter ausfallen kann.

Praxisbeispiele

Die Dr. Horst-Schmidt-Kliniken haben vor 2008 ein Pilotprojekt zur Einführung von Servicekräften gestartet. Aufgabe der Servicekräfte war die Unterstützung der Pflege im Bereich Patientenservice und Reinigung. Dazu wurde ein Schulungskonzept entwickelt, welches sich aus der Vermittlung von Wissen und praktischen Übungen zusammensetzt. Die nachfolgende Abbildung zeigt die wesentlichen Eckpunkte:

Lernziel / Qualifizierungsthema	Art der Vermittlung	Dauer	Stundenzahl
Kennenlernen der Aufgaben und des Arbeitsablaufs der Servicekraft auf Station	Anleitung	2 Wochen, täglich 6 h, von 8.00 - 14.00 Uhr	60,0
Kennenlernen des Arbeitsablaufs auf Ziel-Station	Einweisung durch eine Pflegekraft vor Ort	2 Tage, täglich 6 h; von 8.00 - 14.00 Uhr	12,0
Aufbereitung / Reinigen von Medizin-Geräten	Wissensvermittlung und praktische Anleitung	1 h	1,0
Allgem. Reinigungsmaßnahmen, -mittel Verhalten + Maßnahmen bei MRSA, infek. Diarrhoe,...	Wissensvermittlung und praktische Anleitung	1 Tag, 6 h; von 8.00 - 14.00 Uhr	6,0
Arbeitsschutz / Gesundheitsschutz	Kombi-Pflichtveranstaltung, Vorträge	am: 20.11. 14.30 - 18.00 Uhr	3,5
Brandschutz			
Hygiene			
JOMO (Erfassung Essenswünsche am PC)	Programmeinweisung mit praktischen Übungen	6 h; von 8.00 - 14.00 Uhr	6,0
Betten machen	Einweisung und Hintergrundinformation (Bettenzentrale)	1 Tag, 6 h; von 8.00 - 14.00 Uhr	6,0
Orientierung im Klinikum - wo ist was? (Apotheke, Labor, Funktionsabteilung, Postfächer, Lager, Patientenrufanlage, Telefon und Fernsehkarten, Bettenzentrale)	Führung durch das Haus unter Berücksichtigung der künftigen Aufgaben, z.B. Botengänge		
Einarbeitung auf der Zielstation	Betreuung durch eine erfahrene Servicekraft; Feedbackgespräche durch Leitungskräfte	3 Wochen täglich 6 h	90,0
Gesamtaufwand		6 Wochen	184,5
Weitere fest eingeplante Qualifizierung			
Kommunikation, Kunden- und Patientenorientierung	orientiert an best practice Vermittlung von Grundlagen gelungener Kommunikation	3 x 4 h; nach ca. 8 - 12 Wochen	12,0

Quelle: internes Dokument, welches dem Verfasser zur Verfügung gestellt worden ist

Abb. 21: Qualifizierungskonzept Servicekräfte Dr. Horst-Schmidt-Kliniken

In insgesamt rd. 184 Stunden erfolgt eine Qualifizierung der Servicekräfte. Zusätzlich erfolgt eine Schulung im Bereich der Kommunikation, Kunden- und Patientenorientierung, die mit weiteren 12 Stunden angesetzt ist.

Die Uniklinik Köln setzt ebenfalls seit einigen Jahren Servicekräfte ein, die das examinierte Pflegepersonal von Tätigkeiten in den Bereichen Logistik und Servicetätigkeiten entlasten soll. Das Schulungskonzept sieht eine Weiterbildungsstruktur mit 182 Unterrichtseinheiten, die 137 Stunden umfassen, vor. Hierbei hat der theoretische Unterricht eine Umfang von 60 Stunden und die praktische Anleitung von 77 Stunden.

Eine Besonderheit dieses Modells besteht darin, dass krankenhausinterne Mitarbeiter umgeschult wurden. Voraussetzungen für die Teilnahme waren u.a., dass die Mitarbeiter der deutschen Sprache mündlich und schriftlich mächtig und mehr als 13 Wochenstunden beschäftigt waren.

In den Schulungen wurden die nachfolgend aufgeführten Fertigkeiten vermittelt⁷⁷:

Patientenservice: Gastronomieservice

- Angemessene Kommunikation
 - Freundliches Telefonieren
 - Umgang mit Beschwerden
 - Umgang mit Patientendaten
- Einweisen des Patienten in sein Zimmer
 - Zimmer herrichten
 - Bedienung von Telefon und Fernseher erklären
- Speiseversorgung
 - Kostformen – Grundzüge der Diätetik
 - Servieren
 - Speisen mundgerecht vorbereiten

Patientenservice: Logistik und Administration

- Elektronische Kommunikationsmittel
- Gebrauchsgüter be- und entsorgen
 - Bestellformalitäten

⁷⁷ Vgl. Groß, Thomas/ Strohbücker, Barbara: Neuordnung ärztlicher und pflegerischer Aufgaben, Köln 2009, unveröffentlichter Vortrag.

- Container benutzen
- Einfache Administrationsaufgaben
 - Post der Abteilung besorgen
 - Akten aus Archiven holen und bringen
 - Akten führen, Befunde abheften
 - Kleinere Reparaturen einleiten und überwachen

Patientenservice: Ergonomische Bewegung und Arbeitsschutz

- Patienten beim Aufsetzen unterstützen
 - Kinästhetische Bewegungsmuster
- Lasten ergonomisch tragen
 - Rückenschonendes Arbeiten
- Regelungen des Arbeitsschutzes
 - Aufgaben des Arbeitsschutzes
 - Gefahrenquellen

Patientenservice: Hygiene

- Infektionen und Infektionsschutz
 - Typische Krankenhausinfektionen
 - Multiresistente Keime
 - Umkehrisolierung
- Reinigung, Desinfektion, Sterilisation
- Umgang mit Medizinartikeln und Sterilgut
- Umgang mit Abfall

Interessant an diesem Beispiel ist insbesondere der Bereich des Gastronomieservices, bei dem es nicht nur um die Art und Weise der Speisenversorgung und des Servierens geht, sondern auch um die Kommunikation mit dem Patienten. Das betrifft nun nicht nur den Normalfall der Kommunikation, sondern auch den Konfliktfall, in dem ein Patient sich beschwert. Auch dieses Kommunikationsmodell muss vermittelt werden, da es hier darauf ankommt, dass der Mitarbeiter versteht, dass nicht er persönlich, sondern er in seiner Rolle als Krankenhausmitarbeiter kritisiert wird.

Die Sana Kliniken AG hat eine „Musterausbildungsordnung zur Qualifizierung von Service-, und Pflegeassistenten für den Einsatz in Kliniken“ entwickelt. Ziel der Qualifizierung der Serviceassistenten ist die Unterstützung der Stationsabläufe durch Versorgung mit den

notwendigen Materialien und Verbrauchsgütern, die Einweisung der Patienten in die technischen Gegebenheiten des Zimmers und Vorstellung der Serviceangebote der Station und der Klinik sowie die Ordnung und Sauberkeit im Stations- und Patientenbereich.

Persönliche Voraussetzung für die Qualifizierung ist ein abgeschlossener Hauptschulabschluss oder der Nachweis eines gleichwertigen Bildungsabschlusses. Die Ausbildung dauert 6 Monate. Die Ausbildung umfasst mindestens 160 Stunden Unterricht. Die praktische Ausbildung erfolgt durch Mitarbeit im späteren Tätigkeitsfeld im Umfang von mindestens 600 Stunden.

Die Ausbildung ist nach Modulen aufgebaut. Für die Serviceassistenten sind folgende Module vorgesehen:

1	Modul I – Grundlagen für die Arbeit im Krankenhaus		60
1.1	Aufbau und Organisation einer Klinik	20	
1.1.1	Besichtigung einer Klinik		
1.1.2	Klinikleitbild		
1.1.3	Einführung in die Organisation im Krankenhaus		
1.1.4	Berufe im Krankenhaus		
1.1.4.1	Verwaltung		
1.1.4.2	Ärztlicher Dienst		
1.1.4.3	Co-therapeutische Berufe		
1.1.4.4	Pflegedienst		
1.1.4.5	Technik		
1.1.4.6	Sonstige Berufe		
1.2	Hygiene	20	
1.2.1	Hygiene und Gesundheit		
1.2.2	Krankenhausthygiene		
1.2.3	Medizinische Mikrobiologie		
1.2.3.1	Ver- und Entsorgung / Ökologie im Krankenhaus		
1.3	Arbeitssicherheit / Arbeitsschutz	10	
1.3.1	Evakuierungspläne /Notfallpläne		
1.3.2	Gesundheitsförderung / Eigen- und Selbstschutz / Rückenschonende Arbeitsweise		
1.3.3	Brandschutz / Unfallverhütung / UVV		
1.4	Gesetzeskunde	10	
1.4.1	Gesundheitsrecht		
1.4.2	Strafrecht		
1.4.3	Arbeitsrecht		
1.4.4	Vorschriften zum Schutz der Jugend		
1.4.5	Datenschutz / Schweigepflicht / Dokumentation		
1.5	Prüfung Modul I		
2	Modul II: Notfall- und Erste Hilfe		20

2.1	Einleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen - Notruf		
2.2	Kardiopulmonale Reanimation		
2.2	Prüfung Modul II		
5	Modul V: Assistenz im Service		50
5.1	Organisation der Versorgung		
5.2	Grundlagen der Versorgung		
5.3	Ökonomische und ökologische Betriebsabläufe		
5.4	Aufbereitung von Materialien		
5.5	Beschaffungswesen / Materialwirtschaft		
5.6	Grundlagen der Kommunikation		
5.7	Gesundheitsförderung / Einsatz von Hilfsmitteln		
5.7	Besichtigung von Serviceeinrichtungen im Krankenhaus		
5.8	Grundlagen von Klinikinformationssystemen		
6	Modul VI: Sonstiges		30
6.1	Kursreflexion / Aussprachen / Lernzielkontrollen	10	
6.2	Frei zu verteilende Stunden auf die Module 1-4	10	
6.3	Prüfungsvorbereitung	2	
6.4	Prüfung	8	

Quelle: Sana Kliniken AG: Musterausbildungsordnung zur Qualifizierung von Service-, und Pflegeassistenten für den Einsatz in Kliniken

Abb. 22: Qualifizierung Serviceassistenten Sana Kliniken AG

Auch in der Musterweiterbildungsordnung der Sana Kliniken AG wird neben der Vermittlung von spezifischem Fachwissen ein Schwerpunkt auf die Kommunikation gelegt. Darüber hinaus werden die Hygieneanforderungen behandelt.

Der Landes-Caritasverband für Oldenburg hat ein Konzept zur Qualifizierung von Servicekräften im Pflegebereich entwickelt. Angesprochen werden zunächst krankenhausinterne Mitarbeiter.

Das Konzept sieht einen Umfang der Schulungen in Höhe von 92 Stunden. Im Einzelnen soll geschult werden:

Nummer	Modul	Inhalt	Stunden
1	Kunden und Dienstleistungsorientierung	Grundlagen der Kommunikation und Gesprächsführung	8
		Telefontraining (bedarfsbezogen)	4
		Beschwerdemanagement	4
		Verhalten im Dienst (Etikette, Auftreten gegenüber Patienten und Angehörigen)	16
		Aufbau und Organisation des Krankenhauses (Prozesslandschaft, Führung)	6
		Rechtliche Grundlagen: Informations- und Schweigepflicht, persönlicher Handlungsspielraum (was darf ich, Wann muss ich mich bei wem vergewissern)	6
2	Arbeitssicherheit	Grundlagen der Hygiene Hygiene und Desinfektionspläne Nosokomiale Infektionen Reinigung und Desinfektion von Isolierzimmern Aufbereitung von Patientenzimmern	16
3	Arbeitsschutz	Rechtsgrundlagen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes Gefahrenstoffe am Arbeitsplatz Gefährdungsbeurteilung aus Anwendersicht	4
4	Notfallsituationen	Erste Hilfe – Grundlagen	6
5	EDV	PC- Grundlagenkenntnisse Bestellsystem Speiseerfassungssysteme	6
6	Lebensmittelhygiene Lebensmittelkenntnisse	Hazard Analysis an Critical Controlpoints (HACCP) Grundlagen der diätischen Versorgung , Arten von Diäten, Diätangebote	8
7	Administration	Dokumentation Akten- und Befundmanagement Laborvorbereitung Unterstützung im Stationsbereich	8
			92

Quelle: Landes-Caritasverband für Oldenburg

Abb. 23: Konzept zur Qualifizierung von Servicekräften im Pflegebereich

Der Verband der PflegedirektorInnen der Unikliniken (VPU) hat im Herbst 2009 einen „Leitfaden Servicekräfte“ herausgegeben⁷⁸, der in einer Abbildung den Schulungsbedarf möglicher Servicetätigkeiten bündelt.

Die auf eine Befragung der Unikliniken zurückgehende Zusammenstellung unterscheidet zwischen der Vermittlung theoretischer Grundlagen und praktischer Anleitung. Da hier kein einheitliches Konzept, sondern die Zusammenstellung unterschiedlicher Konzeptionen vorliegt, kann keine Gesamtstundenzahl für die Qualifizierung von Servicekräften angegeben werden.

⁷⁸ Verband der PflegedirektorInnen der Unikliniken: Leitfaden Servicekräfte, Münster 2009.

Bereich	Tätigkeit	Schulungs- bedarf: Theoretische Grundlagen (h)	Schulungs- bedarf: Praktische Anleitung (h)
Patienten-Service	Abfrage von Essenswünschen und -bestellungen	3	3
	Einweisung neuer Patienten in den Stationsablauf	2	2
	Hilfestellung bei der Entlassung		1
	Empfangs-Service	20	10
	Komfortleistungen		
	1) Exklusivmahlzeiten (für spezifisches Selbstzahlerklientel)		
2) individuelle Botendienste			1
3) persönlicher Service			4
Versorgungs-Service	Vorbereitung von Mahlzeiten	10	10
	Verteilung von Essen und Getränken	20	1
	Reinigung von Küche und Spülküche	8	
	Lager- u. Materialversorgung, Lagerhaltung	4	2
	Serviceleistungen in speziellen Bereichen: 1) Endoskopie (Zu- und Nachbereitung)	40	
2) Instrumentenaufbereitung: Sterilisations-Assistenz I	80		
3) Instrumentenaufbereitung: Sterilisations-Assistenz II	80		
Reinigungs-Service	Geschirr-Reinigung		1
	Bettplatzaufbereitung, Reinigung der Station	8	2
	Reinigung von Isolationszimmern		2
	Spezielle Reinigungstätigkeiten in Intensivbereichen		4
	Entsorgung (Müll, Wäsche)	2	1
Administrations-Service	Akten- und Befundbearbeitung	2	1
	Labordiagnostik (Vor- und Nachbereitung)	1	2
	Telefon-, Informations- und Kommunikationszentrale	6	2
	Allgemeine Unterstützung der Stationsorganisation	4	6
	Postverteilung		1

Quelle: Verband der PflegedirektorInnen der Unikliniken: Leitfaden Servicekräfte, Münster 2009, S.10

Abb. 24: Schulungsbedarf möglicher Servicetätigkeiten

Die jeweils aufgeführten Stundenzahlen bieten einen Anhaltspunkt, mit welchem Aufwand man bei einer Qualifizierung rechnen muss.

Die Asklepios Kliniken GmbH haben in ihrer Broschüre „Delegationsmöglichkeiten im Krankenhaus“⁷⁹ die Curricula zu den Schulungen für den Service- bzw. den Pflegeassistenten veröffentlicht. Im Folgenden soll nur der Pflegeassistent betrachtet werden.

Der Pflegeassistent soll die fachlichen und praktischen Kenntnisse für eine qualifizierte Assistenz und grundpflegerische Versorgung erwerben. Die Aufgabenschwerpunkte sind u.a. die Mithilfe bei der Pflege, die Unterstützung der Patienten bei alltäglichen Verrichtungen, die Verrichtung von hauswirtschaftlichen Tätigkeiten oder das Bereiten und Servieren von Zwischenmahlzeiten.

Die Qualifizierung sieht 7 Theoriemodule in 20 Lerneinheiten mit etwa 250 Stunden vor. Daneben sind 5 Praxismodule zu absolvieren.

⁷⁹ Asklepios Kliniken GmbH: Delegationsmöglichkeiten im Krankenhaus. Neuordnung von Aufgaben und Tätigkeitsprofilen im Asklepios Konzern – best practice -, Wiesbaden/ Bad Wildungen 2010.

Übersicht: Lerneinheiten Pflegeassistent/-in

Lerneinheiten	Stunden
LE 1 Arbeitsplatz Krankenhaus Allgemeiner Überblick stationärer und außerstationärer Bereich des Krankenhauses einschließlich Stationsalltag/Stationsablauf in Früh- und Spätdienst	4
LE 2.1 Grundlagen Einführung in das Aufgabenfeld der Assistenz Tätigkeiten und im Service für die Station Unternehmensphilosophie Guter Service als Grundlage für die Kundenbindung	6
LE 2.2 Vertiefung Aufgabenfeld der Assistenz Tätigkeiten und im Service für die Station Guter Service bedeutet Kundenbindung Kooperationsfähigkeit und Team Aufgabenteilung im Stationsteam	8
LE 3.1 Grundlagen der Krankenhaushygiene Persönliche Hygiene Raumpflege und Reinigung Desinfektion (Hände, Flächen, Inventar) Bettenaufarbeitung	10
LE 3.2 Vertiefung der Hygienethematik Unterstützung bei der Versorgung infektiöser Patienten und isolierter Patienten	8
LE 4.1 Grundlagen der persönlichen Gesunderhaltung Rückenschonendes Arbeiten/Unfallverhütung	10
LE 4.2 Vertiefung Persönliche Gesunderhaltung Gesundheit am Arbeitsplatz: Umgang mit Stress - Stressprophylaxe, Zeitmanagement	8
LE 5.1 Grundlagen der Kommunikation mit Patienten, Angehörigen und anderen Berufsgruppen Rhetorik	8
LE 5.2 Kommunikation mit Patienten, Angehörigen und anderen Berufsgruppen Rhetorik, praktische Übungen zur Gesprächsführung	8
LE 5.3 Kommunikation mit Patienten, Angehörigen und anderen Berufsgruppen Rhetorik, praktische Übungen zur Gesprächsführung	8
LE 6.1 Grundlagen zur Hilfe bei der Speisen- und Getränkeversorgung der Patienten	6

Fortsetzung Übersicht: Lerneinheiten Pflegeassistent/-in

Lerneinheiten	Stunden
LE 6.2 Vertiefung Hilfestellungen in Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme	10
Hilfe bei der Speisen- und Getränkeversorgung der Patienten Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme Dokumentationsaufgaben (Assistenz bei prophylaktischen Maßnahmen)	
LE 7.1 Grundlagen, Verhalten in Notfällen	4
LE 7.2 Vertiefung Verhalten in Notfällen - Erste-Hilfe-Maßnahmen	16
LE 8 Ver- und Entsorgung	6
Materialbestellung/Auffüllarbeiten/Wirtschaftlichkeit	
LE 9.1 Assistenzarbeiten im patientennahen Bereich	6
Patiententransfer, Patiententransport, Wahrnehmen, Beobachten, Reagieren	
LE 10 Rechtliche Grundlagen	4
Arbeitssicherheit/Haftungsrecht/Schweigepflicht	
LE 11.1 Assistenzarbeiten im patientennahen Bereich	6
Umgang mit Problempatienten/dementen Patienten	
LE 11.2 Vertiefung Umgang mit Problempatienten	4
Umgang mit dementen Patienten Gewalt in der Pflege Umgang mit Ängsten	
LE 12 Einführung in das Aufgabenfeld der Pflegeassistenten für die Station	10
Kompetenz- und Rollenverteilung im Team	
LE 13 Krankenbeobachtung	20
Hilfestellung bei der Körperpflege Durchführung grundpflegerischer Maßnahmen (Assistenz bei prophylaktischen Maßnahmen)	
LE 14 Menschen aus fremden Kulturen	4
Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund	

Fortsetzung Übersicht: Lerneinheiten Pflegeassistent/-in

Lerneinheiten	Stunden
LE 15 Hilfestellungen in Zusammenhang mit der Mobilisation von Patienten Heben und Lagern (Assistenz bei prophylaktischen Maßnahmen)	10
LE 16 Hilfestellungen in Zusammenhang mit den Ausscheidungen Stuhl und Urin Umgang mit Scham und Ekel	10
LE 17 Unterstützungsleistungen im Rahmen der Behandlungspflege in Zusammenarbeit mit examiniertem Pflegepersonal	11
LE 18 Hilfestellungen in Zusammenhang mit den Vitalzeichen Vitalzeichenkontrollen / Weitergabe der Informationen / Dokumentation (Assistenz bei prophylaktischen Maßnahmen)	12
LE 19 Hilfestellungen in Zusammenhang mit palliativer Versorgung von Patienten Sterben und Tod/Ethische Probleme im Pflegealltag	10
LE 20 Gesundheit am Arbeitsplatz Umgang mit Stress - Stressprophylaxe, Zeitmanagement, Konfliktmanagement, Mobbing	8
Ohne Zuordnung zu den Lerneinheiten	
Schriftliche Prüfung	2
Mündliche Prüfung	2
Praktische Prüfung	6
Evaluation der Ausbildung zur/zum Pflegeassistent/in	2
Verabschiedung in die praktische Tätigkeit	2
Gesamtstundenzahl	249

Quelle: Asklepios Kliniken GmbH: Delegationsmöglichkeiten im Krankenhaus. Neuordnung von Aufgaben und Tätigkeitsprofilen im Asklepios Konzern – best practice -, Wiesbaden/ Bad Wildungen 2010

Abb. 25: Qualifizierung Pflegeassistenten

In rd. 250 Stunden werden die Mitarbeiter in die Pflegeassistenz eingeführt. Umfangreiche Lerneinheiten beziehen sich auf die Hilfestellungen und Unterstützungsleistungen bei patientennahen Tätigkeiten. Wichtig ist hier, dass hier keineswegs die Durchführung von selbständigen Tätigkeiten vermittelt wird, sondern nur mithelfende Tätigkeiten – also Tätigkeiten unter Aufsicht und Kontrolle von examinierten Pflegekräften.

Die hier aufgeführten Schulungskonzepte sollen als Anhaltspunkt für die Umsetzung in den eigenen Krankenhäusern dienen. Über den Umfang und die konkreten Inhalte der Qualifizierung muss natürlich vor Ort entschieden werden, da auch nur dort die Rahmenbedingungen und die Art und Weise der Neuordnung von Aufgaben bekannt sind.

Gerade dann, wenn krankenhausexterne Personen eingesetzt werden sollen, bietet sich aber eine Vermittlung von grundlegenden Kenntnissen im Bereich der Hygiene und der Kommunikation an. Man sollte bedenken, dass die Mitarbeiter ein Aushängeschild des Krankenhauses darstellen. Insofern ist der richtige Umgang mit Patienten ein wichtiger Punkt bei der Schulung jedweden Personals.

Das betrifft aber auch und insbesondere die Sprachkenntnisse des eingesetzten Personals. Immer dort, wo Mitarbeiter mit Patienten in Kontakt treten, erfolgt eine Kommunikation zwischen beiden Gruppen. Selbst die Kraft, die ausschließlich die Patientenzimmer reinigt, hat Kontakt zu den Patienten. Auch hier erfolgt eine Kommunikation zwischen Mitarbeiter und Patient. Wenn keine hinreichenden deutschen Sprachkenntnisse vorhanden sind, kann beispielsweise die Reinigungskraft die Wünsche und Anliegen des Patienten möglicherweise nicht verstehen.

Ausreichende Sprachkenntnisse sind aber auch erforderlich, um verstehen zu können, welche Anweisungen gegeben werden und welche Regeln einzuhalten sind. Eine individuelle Verantwortung für bestimmte Tätigkeiten setzt ein Mindestmaß an sprachlichen Fertigkeiten voraus.

7.2.5 Ökonomische Dimension

Die Übertragung von Tätigkeiten an anders qualifiziertes Personal hat selbstverständlich auch eine ökonomische Dimension.

„Es ist legitim, Leistungen, die von anders qualifizierten Mitarbeitern ausgeführt werden können, an diese zu übertragen und mit einem geringeren Entgelt zu vergüten.“⁸⁰ Die Höhe des möglichen Einsparvolumens hängt dabei von mehreren Faktoren ab.

Betrachtet man zunächst die individuelle Ebene, dann kommt es auf die Lohnsatzdifferenz zwischen dem bislang eingesetzten und dem zukünftig einzusetzenden Mitarbeiter an. Eine angelernte oder fachfremde Kraft wird i.d.R. geringer entlohnt als beispielsweise eine

⁸⁰ Verband der PflegedirektorInnen der Unikliniken: Leitfaden Servicekräfte, Münster 2009, S.8.

Medizinische Fachangestellte. „Die jährlichen Lohnkosten einer Servicekraft liegen mit 23.000 Euro deutlich unter denen einer Pflegekraft mit 42.000 bis 46.000 Euro.“⁸¹ Sofern eine Medizinische Fachangestellte eingesetzt wird, reduzieren sich die Differenzen deutlich. Welcher anders qualifizierte Mitarbeiter benötigt wird, hängt dann von der Definition des Aufgabenfeldes und der benötigten Qualität der Leistung ab.

Aber es kommt nicht nur auf die individuelle Betrachtung an. Verfolgt das Krankenhaus die Zielsetzung, eine für den Patienten möglichst hohe Servicequalität zu bieten, dann kann man das beispielsweise durch eine höhere Betreuungsrelation als bisher erreichen. Statt rechnerisch einer examinierten Pflegekraft werden z.B. 1,5 Vollkraftstellen im Servicebereich eingesetzt. Aufgrund der unterschiedlich hohen Vergütung verbleibt dann immer noch ein Einsparpotential bei einem verbesserten Patientenservice.

Weiterhin muss die ökonomische Dimension im engen Zusammenhang mit den anderen Dimensionen gesehen werden.

Oben wurde schon gezeigt, dass durch die Bündelung von Tätigkeiten zu einem Aufgabenfeld die zeitliche Lage des Einsatzes der anders qualifizierten Mitarbeiter festgelegt wird. Es kann also dazu kommen, dass mehrere Mitarbeiter die Aufgaben erledigen müssen – sei es gleichzeitig oder sei es zeitlich versetzt. Mit anderen Worten: der Umfang und die zeitliche Lage der zu übertragenen Tätigkeiten haben direkten Einfluss auf das Entlastungspotential.

Bei der zeitlichen Lage sei noch erwähnt, dass Wochenenddienste i.d.R. nur durch entsprechende Gehaltszuschläge attraktiv werden.

Je komplexer die zu übertragenen Aufgaben sind, desto qualifizierter muss das einzusetzende Personal sein. Die Lohnkosten stehen in einem direkten Zusammenhang mit der Qualifikation der Mitarbeiter. Sofern die Mitarbeiter erst noch qualifiziert werden müssen, müssen auch noch diese Kosten berücksichtigt werden.

Die möglichen Einsparungen über die Lohndifferenz zwischen examinierten Pflegekräften und den anders qualifizierten Mitarbeitern stellen aber nur einen Aspekt der ökonomischen Dimension dar. Ein weiterer entscheidender Aspekt sind die im Zuge der Neuordnung von Tätigkeiten veränderten Prozesse und Zuordnungen.

⁸¹ Witt, M./ Richter, F.-J.: Neue Maßstäbe im Service, in: f & w 25 (2008), S.326-328, hier: S.327.

Je nach Ausgangslage und Ausgestaltung der Veränderungen, kann davon ausgegangen werden, dass das Entlastungspotential hoch bis sehr hoch ist.⁸² Je stärker bislang schlecht strukturierte Prozesse verändert und verbessert werden, desto höher werden die Einsparungen sein. Wenn sich die Neuordnung von Tätigkeiten lediglich auf den Einsatz kostengünstigerer Kräfte reduziert, wird es nicht zu der Kostensenkung kommen, die erwartbar sind, wenn auch Prozesse reorganisiert werden.

7.3 Prozessanalyse

Bei der Prozessanalyse geht es um die Verortung der möglicherweise zu übertragenden Aufgaben im Prozess der Patientenversorgung. Dazu ist es erforderlich, den Prozess und die einzelnen Prozessschritte zu betrachten.

Die Prozessanalyse ist kein Selbstzweck. Ziel der Prozessanalyse, die selbstverständlich der Neuordnung von Tätigkeiten vorauszugehen hat, ist die Optimierung der Prozesse und ein optimaler Einsatz des Personals. Werden diese Ziele erreicht, zeigen sich deutliche ökonomische Vorteile.

Eine Optimierung der Prozesse kann aber nur dann erfolgreich sein, wenn man die Ist-Situation kennt und Verbesserungspotentiale ausmachen kann.

Allein die Ermittlung und die im Anschluss daran notwendige Beschreibung der einzelnen Tätigkeiten lassen erkennen, welche unterschiedlichen Tätigkeiten zu welchem Zeitpunkt notwendig und wie viele Berufsgruppen in den Prozess eingebunden sind. So werden Tätigkeiten von unterschiedlichen Berufsgruppen (z.B. Ärzte und Pflege) und aus verschiedenen Bereichen des Krankenhauses (z.B. Station und Diagnostik) ausgeführt. Bei der Prozessbeschreibung der einzelnen Tätigkeiten ist u.a. auf die richtige Reihung und Abfolge von Tätigkeiten zu achten. Oder aber die Tätigkeiten kommen zu einem bestimmten Zeitpunkt vor. Hier wird der enge Zusammenhang mit der zeitlichen Dimension der zu übertragenden Tätigkeiten deutlich. Die Zusammenstellung, wer und wann Zugriff auf Informationen hat, die relevant sind, stellt einen weiteren wichtigen zu beachtenden Aspekt der Prozessanalyse dar.

⁸² Vgl. z.B. Kiemele, Jan/ Bothe, Jens: Delegation von Serviceaufgabe spart Zeit und Geld, in: Die Schwester Der Pfleger 48 (2009), S.10-14.

Die Prozessanalyse sollte auf jeden Fall einer Neuordnung von Tätigkeiten vorangehen. Es sollte mit ihr zunächst die Zielsetzung verbunden sein, festzustellen, ob eine Verbesserung der Ablauforganisation und/ oder die Vorgabe einer Verbindlichkeit nicht schon ausreichend ist, um eine Entlastung des Pflegepersonals zu erreichen. Um dies beurteilen zu können, ist eine pflegfachliche Kompetenz erforderlich. Ohne die entsprechende sachlich fundierte Fachkompetenz ist eine Betrachtung der Prozesse nicht möglich. Eine allein auf fachfremden Kompetenzen (z.B. betriebswirtschaftlichen Kenntnissen) basierende Prozessanalyse wird kaum zu einer dauernden und nachhaltigen Entlastung des Pflegepersonals beitragen.

Wenn beispielsweise eine routinemäßige venöse Blutentnahme durch einen Arzt durchgeführt werden soll und dieser erst nach mehrfacher Kontaktaufnahme seitens der Pflegekräfte diese Aufgabe erledigt, hat dies Rückwirkungen auf die Arbeitszeit der Pflegekräfte. Abgesehen davon, dass die mehrfache Kontaktaufnahme Zeit in Anspruch nimmt, können bestimmte Verrichtungen am Patienten auch erst nach der Blutentnahme durchgeführt werden. Eine Änderung des Verfahrens zur Blutentnahme könnte hier eine Entlastung bewirken, sofern entweder Ärzte verpflichtet werden, die Blutentnahme prioritär durchzuführen oder eine weitere Berufsgruppe die venösen Blutentnahmen durchführt. Aber selbst dann, wenn die Pflegekräfte diese Aufgabe übertragen bekommen, *könnte* sich eine Entlastung ergeben, wenn die Schnittstellen- und Kommunikationsprobleme mit den Ärzten im entsprechenden Umfang reduziert werden.

Wichtig an diesem eigentlich trivialen Beispiel ist das Kenntlichmachen eines nicht funktionierenden Prozesses. Entweder wird dies mit den daraus resultierenden Folgen akzeptiert, oder aber es werden Veränderungen im Prozess *verbindlich* vereinbart. So kann durch eine Verfahrensanweisung verbindlich geregelt werden, dass Ärzte die Blutentnahmen zu einem bestimmten Zeitpunkt durchzuführen haben. Es kann aber auch festgelegt werden, dass eine weitere Berufsgruppe diese Tätigkeit übernimmt. Das erfordert dann weitere Prozessabstimmungen.

Eine reine Ist-Beschreibung der Prozesse reicht aber nicht aus. Es müssen darüber hinaus kritische Teilprozesse identifiziert werden, also Prozesse, wo Informations-, Zeit- oder Reibungsverluste auftreten können. Hierbei handelt es sich um Prozesse, bei denen

- Entscheidungen getroffen werden müssen, die den weiteren Ablauf bestimmen oder auslösen (z.B. Weitergehende Diagnostik erforderlich? Über die Grundpflege hinausgehende „Spezielle Pflege“ notwendig?),
- Prozesse, die interne Schnittstellen betreffen, wo also entweder der Teilprozess wechselt und/ oder eine andere Berufsgruppe Tätigkeiten übernehmen muss, oder
- aufgrund unterschiedlicher Patientengruppen eine Differenzierung der Prozessabläufe erforderlich ist.

Die Situationen, in denen Entscheidungen über weitere Maßnahmen getroffen werden müssen, stellen einen wichtigen kritischen Teilprozess dar. Bevor aber Entscheidungen getroffen werden können, muss zunächst die Situation erkannt und (fachgerecht) beurteilt werden. Das setzt voraus, dass in Bezug auf die Situation eine entsprechende Beurteilungskompetenz vorliegt.

Bei wenig komplexen oder Standardsituationen (z.B. Schließung der Patientenakte nach Entlassung des Patienten) ist die Beurteilung einer Situation, die Entscheidungen zur Folge haben sollen, unproblematisch. Möglicherweise gibt es Vorgaben in Form von Wenn-Dann-Formulierungen oder es liegen Verfahrensanweisungen vor, die die Situation und die zu treffenden Entscheidungen beschreiben.

In komplexeren situativen Kontexten bedarf es aber einer umfassenderen Beurteilungskompetenz. So müssen beispielsweise die Gefahren aufgrund von hygienischen Mängeln bis hin zu einer erhöhten Infektionsgefahr erkannt werden, wenn die Pflegearbeitsräume nicht regelmäßig und ordnungsmäßig gereinigt werden. Es muss also jemanden geben, der in solchen Situationen über die erforderliche Kompetenz verfügt.

Auf die Wahrnehmung folgt die Reaktion. Entweder ist jemand befugt, selbstständig eine Entscheidung zu treffen, oder aber die wahrgenommene Situation muss an jemanden kommuniziert werden, der Entscheidungen fällen darf. Gerade dieser Punkt führt wieder zur Schnittstellenproblematik zurück.

Im Rahmen der Prozessanalyse muss somit festgelegt werden, wer welche fachlichen und auch dienstrechtlichen Kompetenzen hat. Auch hier ist Verbindlichkeit ein wichtiger Punkt. Damit keine Unklarheiten entstehen, sollten Arbeits- und Verfahrensanweisungen entwickelt werden.

Bei der Darstellung der Ablauforganisation ist besonderes Augenmerk auf stationsinterne und stationsübergreifende Schnittstellen zu legen. Jede Schnittstelle sorgt für einen erhöhten Abstimmungs- und Kommunikationsbedarf. Bei einer Neuordnung von Tätigkeiten mit einer Übertragung von Aufgaben muss daher sorgfältig überlegt werden, wie diese in die Ablauforganisation einzupassen ist. Auch hier ist verbindlich festzulegen, wie mit Schnittstellen umzugehen ist.

Um in dem Beispiel der venösen Blutentnahmen zu bleiben: Wenn Medizinische Fachangestellte die venöse Blutentnahme durchführen sollen, wird eine weitere Berufsgruppe auf Station eingebunden. Diese dürfen natürlich nicht eigenverantwortlich darüber entscheiden, auf welcher Station sie zuerst tätig werden und welcher Patient sich als erster der Blutentnahme unterziehen muss. Im ersten Fall liegt eine Schnittstelle zwischen einer Berufsgruppe und mehreren Stationen vor, im zweiten Fall eine zwischen den Medizinischen Fachangestellten und den examinieren Pflegekräften der Station.

Auch wenn eine zusätzliche Schnittstelle zu einem erhöhten Abstimmungs- und Kommunikationsbedarf führt, kann es sein, dass eine weitere Schnittstelle sogar zu einer verbesserten Organisation beiträgt. Wenn die vorherige Situation zwar durch weniger Schnittstellen gekennzeichnet war, aber aufgrund von unklaren Kompetenzzuweisungen zu einer suboptimalen Prozessausführung geführt hat, dann kann die Etablierung einer zusätzlichen Schnittstelle zu einer Prozessverbesserung beitragen.

Im Rahmen von Schnittstellenanalysen sind auch die Arbeitsverteilung und die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen einer Station zu thematisieren. Insofern ist die Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes kein Bereich, der ausschließlich den Pflegedienst betrifft. Auch die anderen Mitglieder des therapeutischen Teams sind hier beteiligt. Auch deren Tätigkeit muss analysiert werden. Auch deren Einbindung in die relevanten Prozesse ist zu betrachten.

Da die Neuordnung von Aufgaben nicht nur stationsinterne Tätigkeiten betrifft, muss die gesamte Prozesskette betrachtet werden. Auch die Funktionsabteilungen oder die nicht-medizinischen Bereiche des Krankenhauses sind ggf. einzubinden.

Die Optimierung eines Prozesses wird nicht nur die Pflegekräfte betreffen.

Ein letzter Punkt im Hinblick auf kritische Teilprozesse betrifft die Einteilung der Patienten in verschiedene Subgruppen, die unter Umständen auch unterschiedliche Prozesse auslösen können.

Im Nachgang zur Identifikation und zur Einteilung der Patienten in unterschiedliche Gruppen kann es auch zu differenzierten Prozessabläufen kommen. Weiter oben wurde schon einmal im Zusammenhang mit den Kompetenzstufen des St. Marien-Hospitals Borken eine entsprechende Regelung dargestellt. Dort ging es um die Hilfestellung für den Patienten vom Bett in den Stuhl/ Sessel. Diese Tätigkeit darf nicht delegiert werden „bei Menschen mit vitalen Indikationen und/ oder bei Menschen ohne eigene körperliche und/oder geistige Kompensationsmöglichkeiten (z.B. Menschen mit Paresen, frischen Verletzungen der Bandscheiben, instabiler Wirbelsäule, Plasmozytom, frischen Gelenkoperationen, starke Osteoporose, WachkomapatientInnen etc.).“

Je nach Patientengruppe liegen somit unterschiedliche Prozessabläufe vor. Für die genannten Patienten darf die Hilfestellung nur von examinieren Pflegekräften durchgeführt werden. Bei allen anderen Patienten können auch geringer Qualifizierte tätig werden.

Die Bildung von Patientengruppen hat nun nicht nur Auswirkungen auf die Identifikation der Patienten und die im Anschluss daran bewirkten Prozesse, sondern beinhaltet im Vorfeld schon eine grundsätzliche Entscheidung.

Wenn nämlich Patientengruppen unterschiedliche Prozessabläufe auslösen, muss im Vorfeld folgendes bedacht werden:

- Wie viele Patientengruppen werden unterschieden?
- Welchen Umfang nehmen die Patientengruppen ein?
- Welches Qualifikationsniveau ist notwendig, um die erforderlichen Tätigkeiten für die unterschiedlichen Patientengruppen zu erbringen?

Je differenzierter die Patientengruppen und damit je differenzierter die Prozesse, desto schwieriger ist eine Übertragung von Tätigkeiten an anders qualifizierte Mitarbeiter zu organisieren. Wenn dann noch unterschiedlich hohe Qualifikationen notwendig erscheinen, dann spielt außerdem noch die Schnittstellenproblematik eine Rolle.

Es zeigt sich hier noch einmal, wie wichtig die Homogenisierung der Patientengruppen für die Neuordnung von Tätigkeiten ist.

Die genannten Grundsatzentscheidungen sind erforderlich und notwendig. Dennoch darf nicht verkannt werden, dass die Übertragung der Tätigkeiten an anders qualifiziertes Personal täglich neu von den Pflegeverantwortlichen auf Station entschieden werden muss. Das Kriterium hierbei ist die individuelle Situation des Patienten. Die Wahrnehmungs- und Entscheidungskompetenz der examinieren Pflegekräfte ist auch bei einer Homogenisierung der Patientengruppen weiterhin notwendig.

Im Anschluss an die Prozessanalyse und die Ermittlung der zu übertragenen Tätigkeiten sind ggf. die Prozesse so zu reorganisieren, dass die Abläufe vereinfacht werden, kritische Teilprozesse beherrscht werden, verbindliche Vorgaben über die Arbeitsteilung vorliegen und eine Zuordnung zu den Tätigkeiten anhand der Qualifikation erfolgt. Da Prozesse auch stationsübergreifend sein können, wird sich die Reorganisation im Zweifelsfall nicht nur auf eine Station beziehen können.

Welche Aspekte im Nachgang zur Prozessanalyse zu beachten sind, soll im nächsten Kapitel thematisiert werden.

8 Organisatorische Aspekte

8.1 Idealtypische Organisationsmodelle

Die Optimierung der Prozesse lässt sich nicht trennen von der Frage, wie der Prozess organisiert werden soll. Ablauf- und Aufbauorganisation sind in engster Weise miteinander verbunden.

Für die Neuordnung von Tätigkeiten stehen grundsätzlich zwei verschiedene Organisationsmodelle zur Verfügung, die natürlich auch in den unterschiedlichen Kombinationen auftreten können.⁸³

Beim Organisationsmodell „Integration“ werden alle bzw. die Mehrzahl der delegierten Tätigkeiten von allen anders qualifizierten Mitarbeitern übernommen. So können beispielsweise im Extremfall Servicekräfte alle Aufgaben von der Versorgung über die Entsorgung bis hin zur Reinigung oder Grundpflege übernehmen.

Anders dagegen beim Organisationsmodell „Fraktionierung“. Hier erfolgt eine Zuweisung bestimmter Aufgaben auf spezialisierte Kräfte. Hier sind Mitarbeiter für die Entsorgung, andere Mitarbeiter für die Reinigung und wiederum andere Mitarbeiter für das Stationssekretariat zuständig. Dies ist solange unproblematisch, wie die einzelnen Prozesse und Tätigkeiten sinnvoll aufeinander abgestimmt sind. Entscheidend ist, ob die Schnittstellen sauber definiert sind, die Verantwortlichkeiten klar vorgegeben sind und es Prozessverantwortliche gibt.

Auf den engen Zusammenhang der Prozessanalyse mit der Aufgabe, sinnvolle Kombinationen von Tätigkeiten zu bilden, sei hier nur hingewiesen. Die Zusammenstellung einzelner Tätigkeiten zu einem Aufgabenfeld hat implizit schon die Wahl eines Organisationsmodells zur Folge.

Einige Voraussetzungen für das Organisationsmodell „Integration“ sind u.a.

- Entlastung der Pflege durch Abgabe von Tätigkeiten an andere nicht-ärztliche Mitarbeiter oder Einsatz von mehr Kräften
- Qualifizierung aller anders qualifizierten Mitarbeiter für die relevanten übertragbaren Tätigkeiten, damit die Voraussetzungen für die Übernahme erfüllt sind.

⁸³ Vgl. Offermanns, Matthias: Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes, Düsseldorf 2008, S.132f.

Bei diesem Organisationsmodell hat ein Patient auf Station nur wenige verschiedene Ansprechpartner. Abstimmungs- und Schnittstellenprobleme zwischen verschiedenen Berufsgruppen werden minimiert. Es entstehen keine bzw. nur wenige Friktionen, wenn die übertragenen Tätigkeiten zu bestimmten Dienstzeiten (Nachts, Wochenende) ausgeführt werden müssen.

Nachteile des Organisationsmodells „Integration“ könnten sein:

- die mit der Ausübung der delegierten Tätigkeiten verbundenen Personalkosten,
- ggf. hoher Schulungsaufwand, da viele Mitarbeiter qualifiziert werden müssen,
- ggf. Problem bei der Rekrutierung von Mitarbeitern, die die relevanten Tätigkeiten ausführen sollen

Beim Organisationsmodell „Fraktionierung“ werden spezialisierte und genau definierte Tätigkeiten von einer je eigenen Berufsgruppe im Krankenhaus durchgeführt.

Voraussetzungen für dieses Modell sind damit beispielsweise die Schaffung einer neuen Berufsgruppe sowie die Abstimmung der verschiedenen Berufsgruppen untereinander. Es gibt dann beispielsweise einen Serviceassistenten, einen Versorgungsassistenten, einen Pflegeassistenten und eine Stationssekretärin.

Vorteil dieses Modells ist, dass es aufgrund der Spezialisierung der eingesetzten Kräfte und der damit verbundenen Lerneffekte zu einer höherwertigen Qualität kommen kann.

Nachteile dieses Organisationsmodells könnten dagegen sein:

- weitere Schnittstellen
- das begrenzte Zeitkontingent, welches den Spezialisten zur Verfügung steht, um die delegierten Tätigkeiten auszuüben. Das könnte dazu führen, dass zusätzlich, z.B. am Wochenende, andere Mitarbeiter in der Lage sein müssten, die entsprechende Tätigkeit auszuüben. Damit könnte eine „Doppelvorhaltung“ vorliegen, die nicht im Sinne des Organisationsmodells „Fraktionierung“ ist.

Wenn zu viele Spezialisten Tätigkeiten übernehmen und beispielsweise der Stellenplan der Pflege angepasst wird, kann es dazu kommen, dass zu wenig examinierte Pflegekräfte vorhanden sind. Das führt dann dazu, dass die qualifizierten Pflegekräfte überproportional unattraktive Dienste (Nacht- oder Wochenenddienste) übernehmen müssen.

8.2 Dezentrale oder zentrale Lösung

Eng verbunden, aber nicht deckungsgleich mit den beiden gerade beschriebenen Organisationsmodellen ist die Frage danach, ob es dezentrale (also z.B. Einbindung der anders qualifizierten Mitarbeiter in die Station) oder zentrale Lösungen (also Poollösungen) geben soll.

Bevor man aber über Vor- und Nachteile der beiden idealtypischen Lösungen diskutiert, sollten bestimmte Vorüberlegungen statt finden, nämlich darüber,

- über welche Tätigkeiten man redet und
- welche Rahmenbedingungen vorliegen.

Bestimmte Tätigkeiten, wie z.B. Hol- und Bringdienste oder Patientenbegleitedienste, eignen sich eher für zentrale Lösungen als andere. Grundsätzlich lassen sich stationsübergreifende Tätigkeiten besser zentral organisieren. Eine dezentrale Organisationsform würde hier deutlich höhere Personalkosten generieren bei einem insgesamt zu geringen Arbeitsanfall für die jeweiligen dezentralen Einheiten.

Bei stationsinternen Tätigkeiten kann sowohl eine dezentrale als auch eine zentrale Lösung in Frage kommen. Neben den Kosten müssen auch die weiter oben schon genannten Rahmenbedingungen beachtet werden.

Liegen beispielsweise aufgrund der baulichen Struktur nur kleine Stationen vor und kann eine Zusammenlegung etwa aus organisatorischen Gründen nicht erfolgen, dann wäre eine dezentrale Lösung mit direkter Zuordnung beispielsweise von Servicekräften zu teuer bzw. es könnten zu wenig übertragbare Leistungen gefunden werden.

Gleiches gilt für Stationen mit inhomogener Patientenstruktur. Aufgrund des schwierig planbaren Personaleinsatzes könnten ebenfalls nur wenig übertragbare Leistungen vorliegen bzw. die übertragbaren Tätigkeiten kämen zu nicht planbaren Zeitpunkten vor.

Bei kleineren Stationen kommt noch die Problematik der Mindestbesetzung hinzu, so dass hier nicht ohne weiteres examiniertes Pflegepersonal abgebaut werden kann, so dass eine stationsinterne Lösung nur mit dem Aufbau von weiterem Personal verbunden wäre.

Bei den stationsinternen Tätigkeiten müssen somit vor der Entscheidung, ob eine zentrale oder dezentrale Lösung angestrebt wird, folgende Fragen geklärt werden:

- Sprechen die Rahmenbedingungen eher für eine dezentrale oder eine zentrale Lösung?
- Liegen genug Tätigkeiten vor, so dass anders qualifizierte Mitarbeiter zu vernünftigen Konditionen beschäftigt werden können?

Welche Argumente sprechen nun für zentrale oder dezentrale Lösungen?

Bei zentralen Lösungen gibt es eine Organisationseinheit, die über die Einsatzhoheit und auch häufig über die dienstrechtliche Hoheit über die anders qualifizierten Kräfte verfügt. Die anders qualifizierten Mitarbeiter stehen in den Stationen und Abteilungen über einen Pool zur Verfügung und werden entsprechend den Anforderungen eingesetzt. Eine zentrale Lösung setzt somit eine veränderte Aufbauorganisation voraus.

Die Vorteile einer Poollösung sind:

- Kostengünstigere Lösung, da i.d.R. weniger Personal benötigt wird als bei dezentralen Lösungen.
- Durch zeitversetzte Dienste kann eine längere Präsenzzeit der im Pool eingesetzten Mitarbeiter erreicht werden.
- Es werden standardisierte Einarbeitungskonzepte entwickelt, welches den Einsatz der Mitarbeiter auf verschiedenen Stationen erlaubt.
- Gegenseitige Vertretungen sind zumindest grundsätzlich möglich. Vertretungen im Krankheits- oder Urlaubsfall sind leichter zu organisieren.

Dezentrale Lösungen sind dadurch gekennzeichnet, dass die anders qualifizierten Mitarbeiter im Rahmen einer stationsinternen Lösung eingesetzt werden. Die Einsatzhoheit liegt bei den Stationsleitungen bzw. pflegerischen Abteilungsleitungen. Stationsinterne Lösungen binden sich in die vorhandene Aufbauorganisation ein.

Vorteile der dezentralen Lösung sind:

- Stärkere Berücksichtigung der jeweiligen Stationsbelange, so dass auch mehr Tätigkeiten übertragbar sind.
- Es kann eine bessere Feinabstimmung der Arbeitsabläufe erfolgen.
- Tätigkeiten können unmittelbar erledigt werden, da die Mitarbeiter vor Ort sind.

- Aufgrund der Einbindung auf Station höhere Akzeptanz der anders qualifizierten Mitarbeiter durch die examinierten Pflegekräfte.
- Die Einbindung auf Station führt bei den anders qualifizierten Mitarbeitern zu einer höheren Motivation, da sie sich für „ihre“ Station verantwortlich fühlen. Dadurch werden, sofern das Arbeitsklima gut ist, auch Fehlzeiten und Fluktuationen reduziert.
- Durch die Einbeziehung in das Team, die höhere Motivation und die Berücksichtigung der Stationsbelange kann sich eine höhere Kompetenz bei den anders qualifizierten Mitarbeitern entwickeln, die zu einer verbesserten Qualität führen kann.
- Es liegt keine weitere Schnittstelle zu stationsexternen Bereichen vor. Die Kommunikation erfolgt auf der stationsinternen Ebene.

Ob zentrale oder dezentrale Lösungen angestrebt werden, hängt somit von den Rahmenbedingungen vor Ort und der Bewertung der jeweiligen Vorteile ab.

8.3 Standardisierung

In engem Zusammenhang mit der Frage nach der Organisationsstruktur steht die Frage nach der Standardisierung von Tätigkeiten und Aufgaben.

„Aufgrund der Delegation kommt es zu einer Veränderung der Arbeitsprozesse und der Organisationsstrukturen. Um hier weiterhin qualifizierte Abläufe zu gewährleisten, ist es erforderlich,

- die Strukturen,
- die Abläufe,
- die Prozesse

zu standardisieren und definieren – von allen am Patientenprozess beteiligten Personen!“⁸⁴

Inwieweit es zu einer Änderung der Aufbauorganisation kommen soll, sollte ein wesentliches Ergebnis der Prozessanalyse sein. Ist dies der Fall, ist es unumgänglich, Prozesse und Verantwortlichkeiten neu festzulegen.

⁸⁴ Asklepios Kliniken GmbH: Delegationsmöglichkeiten im Krankenhaus. Neuordnung von Aufgaben und Tätigkeitsprofilen im Asklepios Konzern – best practice -, Wiesbaden/ Bad Wildungen 2010, S.22.

Durch die Prozessanalyse wurden die Ist-Prozesse mit all ihren Facetten beleuchtet. Eine Optimierung der Prozesse setzt die Standardisierung von Abläufen und Entscheidungen voraus. Gerade dann, wenn man sich für eine zentrale Lösungen entscheidet, wird man nicht umhin kommen, bestimmte Standardisierungen durchzuführen.

In weiten Teilen stellt das nichts grundlegend Neues für die Krankenhäuser dar. Durch die Einführung von Pflegestandards oder medizinischen Behandlungspfaden sind Standardisierungen auch im medizinisch-pflegerischen Bereich wirksam.

Standardisiert werden müssen vor allem Verantwortlichkeiten. Es muss eindeutig und klar und verbindlich festgelegt werden, wer welche Tätigkeiten macht. Irgendwelche Unklarheiten darüber, wer die Stationsküche reinigt oder wer einen Patienten zu einer Untersuchung zu begleiten hat, darf es nicht geben. Diskussionen über unklare Zuordnungen von Tätigkeiten sind insofern ein Indiz für einen anzugehenden Verbesserungsprozess.

Weiterhin müssen die Prozesse in der Art und Weise definiert sein, dass klar, eindeutig und verbindlich geklärt ist, wie und in welcher Form bestimmte Tätigkeiten zu erledigen sind. Für die wichtigen Aufgaben und Verrichtungen müssen Standards vorgegeben werden, an die sich die Mitarbeiter zu halten haben. Wenn Standards zur Bettenreinigung oder Desinfektion von Infusionsständern festgelegt wurden, dann müssen diese auch umgesetzt werden. Diskussionen über die Einhaltung von Standards kann es nicht geben, nur Diskussionen über die Veränderung von Standards.

Schließlich muss festgelegt werden, wann welche Tätigkeiten von wem zu erledigen sind. Bei zeitlich fest definierten Tätigkeiten wie beispielsweise das Betten machen oder der Aufnahme von Essenswünschen sind die vorgegebenen Zeiten auch einzuhalten. Gerade bei Tätigkeiten, die am Anfang einer Prozesskette stehen, muss festgelegt werden, dass sie in den vorgegebenen Zeiten auch erledigt werden.

Gleiches gilt, wenn beispielsweise Servicekräfte für mehrere Stationen tätig sind. Hier muss eine verbindliche Absprache erfolgen, wann sie wo eingesetzt werden.

Gerade bei Tätigkeiten, die auch zu ungünstigen Dienstzeiten anfallen, wie das Betten machen am Wochenende, muss festgelegt werden, wer die Tätigkeiten dann durchführt.

Dies leitet schon zu einem sehr wichtigen Punkt über, nämlich den Vertretungsregelungen. Es müssen eindeutige und klare und verbindliche Regelungen vorliegen, wer wen zu

vertreten hat. Das betrifft zum einen die gerade angesprochenen Regelungen zu den ungünstigen Dienstzeiten. Aber es betrifft auch den Urlaub- oder Krankheitsfall. Ein Ausfall von Mitarbeitern darf nicht den Ausfall von notwendigen Tätigkeiten zur Folge haben. Unklare Vertretungsregelungen sorgen für sehr viel Ärger, welcher dann zu einer Verringerung der Akzeptanz der Übertragung von Aufgaben führt. Daher darf dieser Punkt keineswegs vernachlässigt werden.

Die Optimierung von Prozessen kann nicht ohne Standardisierungen funktionieren. Diese Standardisierung erweckt beim ersten Eindruck den Anschein, als ob hier ein unnötiger Aufwand betrieben wird. Das ist aber nicht so, und dies aus zwei Gründen.

Klare Rahmenbedingungen sorgen für einen möglichst reibungslosen Ablauf von Prozessen. Wenn Standards und Verantwortlichkeiten vorab festgelegt wurden, dann weiß jeder Mitarbeiter, was er wie zu tun hat und was andere zu tun haben. Das sorgt für weniger Diskussionen und Unzufriedenheit.

Durch die Einführung und den Einsatz von Qualitätsmanagementsystemen liegen vielfach schon Standardisierungen vor. In einem solchen Falle ist zu überprüfen, ob eine Anpassung oder Ergänzung an die verschiedenen Zwecke notwendig ist. Der zusätzliche Aufwand hält sich dann in Grenzen.

8.4 Organisationsstruktur

Die Neuordnung von Aufgaben steht und fällt mit der Frage nach der Organisation und den Verantwortlichkeiten für den Einsatz der anders qualifizierten Mitarbeiter in den Bereichen, die übertragen werden.

Die Frage nach den Kompetenzen betrifft mehrere Ebenen. Geklärt werden muss, welche Kompetenzen

- das Pflegemanagement,
- die Stations- bzw. Bereichsleitungen sowie
- die examinierten Pflegekräfte

im Nachgang zur Neuordnung von Tätigkeiten haben werden.

Durch die Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes soll es zu einer Entlastung der Pflegekräfte kommen. Diese geben Aufgaben und Verrichtungen an andere Mitarbeiter ab.

Das Wissen über die Modalitäten der Erbringung der Tätigkeiten ist somit bei den Pflegekräften vorhanden. Es geht um Tätigkeiten, die im engen Zusammenhang mit den Aufgaben der Pflegekräfte stehen. Es werden teilweise Verrichtungen übertragen, die nur unter Aufsicht der Pflegekräfte ausgeführt werden können. Eine Kontrolle der ausgeführten Tätigkeiten kann demzufolge auch nur von den Pflegekräften stattfinden. Es sollten Prozesse in der Art optimiert werden, dass die Pflegekräfte entsprechend ihren Fähigkeiten eingesetzt werden und keine zusätzlichen Belastungen auftreten.

„Verbleibt die operative Koordinierung und Ergebniskontrolle von thematisierten Unterstützungstätigkeiten in der Verantwortung der Pflege, tritt das potentielle Problem zusätzlicher Schnittstellen gegenüber den positiven Effekten kontinuierlicher, zeitlich adaptierter Einzelprozesse in den Hintergrund.“⁸⁵

Alle diese Argumente führen dazu, dass die Gesamtverantwortung der Umsetzung der organisierten und definierten Prozesse bei den Verantwortlichen für das Pflegemanagement liegen sollte.⁸⁶ Dem Pflegemanagement kommt damit die zentrale Rolle bei der Neuordnung von Tätigkeiten zu.

Ganz deutlich zeigt sich das beim Einsatz anders qualifizierten Personals auf Station im Rahmen einer dezentralen Lösung. Hier muss es jemanden geben, der die dienstrechtliche Hoheit über das neu einzusetzende Personal hat. Da hier eine enge Abstimmung mit den Stations- bzw. Bereichsleitungen sowohl in dienstrechtlichen Fragen als auch in fachlicher Hinsicht zu erfolgen hat, bietet sich die Organisationshoheit über den Einsatz des anders qualifizierten Personals durch das Pflegemanagement geradezu an.

Um Schnittstellenprobleme und zusätzlichen Koordinationsaufwand zu vermeiden, sollte auch bei zentralen Lösungen das Pflegemanagement federführend wirken. Dafür sprechen nicht nur die oben schon genannten Gründe, sondern als weiterer Aspekt auch, dass es neben zentralen (z.B. Patiententransport) häufig auch dezentrale Lösungen (z.B. Pflegeassistenten oder Stationssekretärinnen) geben wird. Gleiche fachliche bei unterschiedlicher dienstrechtlicher Unterstellung wird zu problematischen Konstellationen führen. Um Konflikte zu vermeiden, sollte auch bei zentralen Lösungen das Pflegemanagement die entsprechenden Kompetenzen erhalten.

⁸⁵ Verband der PflegedirektorInnen der Unikliniken: Leitfaden Servicekräfte, Münster 2009, S.8.

⁸⁶ Vgl. Asklepios Kliniken GmbH: Delegationsmöglichkeiten im Krankenhaus. Neuordnung von Aufgaben und Tätigkeitsprofilen im Asklepios Konzern – best practice -, Wiesbaden/ Bad Wildungen 2010, S.22.

Welche Auswirkungen werden sich nun für die examinierten Pflegekräfte ergeben?

Wenn

- es zu einer Entlastung der Pflegekräfte kommen soll,
- weitere Berufsgruppen auf Station tätig sind und
- das Pflegemanagement die Koordination und Verantwortung für den Einsatz dieser Personen übernimmt,

dann werden sich die Arbeit und die Organisation des Pflegedienstes auf Station in Zukunft deutlich verändern.

Die Konzentration auf die Kernkompetenzen der Pflege ist ein Aspekt, der nicht zu unterschätzen ist. Für die examinierten Pflegekräfte bedeutet das eine Fokussierung auf die Tätigkeiten, weswegen sie diesen Beruf ergriffen haben. Die Arbeits- und Berufszufriedenheit wird dadurch steigen. Die Möglichkeiten zur fachlichen Weiterqualifizierung werden steigen. Die Organisation der Pflegetätigkeit auf Station wird sich dem anpassen haben.

Auf der anderen Seite kann die eigentliche Kompetenz des Pflegedienstes von anderen Mitgliedern des therapeutischen Dienstes stärker (als bisher schon) wahrgenommen werden.

Ein anderer Aspekt stellt die zunehmende Organisationsverantwortung dar. Die zuarbeitenden Mitarbeiter in den Hilfs- und Servicebereichen müssen fachlich angeleitet oder eingewiesen werden. Das erfordert auf Seiten der examinierten Pflegekräfte auch die Bereitschaft, Personalverantwortung zu übernehmen. Und dies betrifft nicht nur das Pflegemanagement der unterschiedlichen Ebenen.

Eine Entlastung der Pflege bei gleichbleibender Qualität der Patientenversorgung kann es nur geben, wenn

- die Prozesse optimiert werden,
- die Schnittstellen minimiert und richtig integriert werden,
- zusätzliche Kommunikations- und Abstimmungsbedarfe möglichst vermieden werden
- eine gute und ausreichende Qualifizierung der neuen Mitarbeiter erfolgt,

- Regelungen für die Übernahme von Tätigkeiten am Nachmittag und am Wochenende existieren,
- Vertretungsregeln für Krankheit/ Urlaub definiert werden und
- eine Integration der zusätzlichen Mitarbeiter ins Team erfolgt.

Die Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes reduziert sich somit keineswegs nur auf eine Auswahl von Tätigkeiten und Verrichtungen, die an anders qualifizierte Mitarbeiter übertragen werden. Das stellt eher das geringere Problem dar. Die richtige Organisation, die Optimierung der Prozesse und der optimierte Einsatz der Mitarbeiter nach Kompetenzen ist der schwierigere Part – aber unumgänglich, soll die Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes zu einem Erfolgsmodell werden.

9 Kaskadeneffekte

Zielsetzung der Prozessanalyse ist die Optimierung von Prozessen. Das geht nur, sofern komplette Prozesse betrachtet werden. Alle beteiligten Mitarbeiter des therapeutischen Teams und alle relevanten Tätigkeiten sind einzubeziehen.

Im Zuge einer Prozessoptimierung können dann Tätigkeitsverlagerungen von einer Berufsgruppe auf eine andere erwogen werden. In einem solchen Falle können sich Kaskadeneffekte derart ergeben, dass die Tätigkeitsverlagerung von einer Berufsgruppe auf eine andere ihrerseits wiederum eine Verlagerung von Aufgaben auf eine dritte Berufsgruppe auslösen kann.

Im Rahmen der Studie „Neuordnung ärztlicher Tätigkeiten“ wurde die Übertragung von ärztlichen Aufgaben an den Pflegedienst ausführlich diskutiert. Die Arbeitsbelastung sowohl der Ärzte als auch der Pflegekräfte sind dabei zu berücksichtigen.

Ein Kaskadeneffekt ergibt sich dann, wenn von den Pflegekräften ihrerseits Tätigkeiten beispielsweise auf Service- oder Pflegeassistenten übertragen werden. Die examinierten Pflegekräfte werden damit von einfachen Tätigkeiten entlastet und könnten die Aufgaben aus dem bisherigen ärztlichen Bereich übernehmen.

Das bedeutet, dass weder der Ärztliche Dienst noch der Pflegedienst isoliert betrachtet werden dürfen. Eine Prozessanalyse und die nachfolgend durchzuführende Tätigkeitsverlagerung müssen alle relevanten Berufsgruppen mit ihren Belastungen berücksichtigen.

Praxisbeispiele

Anhand von zwei Praxisbeispielen können Kaskadeneffekte verdeutlicht werden.

Das Universitätsklinikum Heidelberg hat im Zuge des Projektes „Der Heidelberger Weg“ u.a. eine optimierte Aufgabenverteilung vorgenommen. Erreicht werden sollte dieses Ziel durch eine Verlagerung von Tätigkeiten, die nicht zu den primären Kernaufgaben der jeweiligen Berufsgruppe gehören.

Die folgende Abbildung zeigt die Aufgabenverlagerung vom Ärztlichen Dienst an den Pflegedienst und vom Pflegedienst an Team- und Serviceassistenten.

2. Aufgabenverlagerung

- **Ärztliche Dienst:**
 - Indikation zur Patientenaufnahme
 - Diagnose und Therapieplanung, medizinische Gesamtverantwortung
- **Pflegedienst:**
 - Prozessorganisation, Primäre Pfl egetätigkeiten
 - Übernahme (*Delegation*) von Ärztlichen Tätigkeiten
- **Teamassistenten:**
 - Unterstützung (Support) bei Dokumentation, Arztbrief, Schreibarbeiten, DRG, Order Entry.....
- **Serviceassistentin:**
 - Patienten check in und check out
 - Versorgungstätigkeiten, Menüfassung, Service

Quelle: Reisch, Edgar: *Moderne Konzepte der innerbetrieblichen Zusammenarbeit*, Berlin 2009, S. 24, http://www.vdgh.de/images/downloads/veroeffentlichungen-gesetze/internet/16_vkd/reisch.pdf

Abb. 26: Kaskadeneffekte im Universitätsklinikum Heidelberg

Vom Ärztlichen Dienst wird beispielsweise die i.v. Medikation an qualifizierte Pflegekräfte übertragen. Der Pflegedienst überträgt seinerseits u.a. den Patienten check in und check out an Serviceassistenten.

Ein weiteres Beispiel stammt von der Sozialstiftung Bamberg. Auch hier geht es wieder um die Verlagerung von Aufgaben, die außerhalb der Kernkompetenzen von Ärzten und Pflegedienst liegen. Ziel ist die Leistungserbringung unter den wirtschaftlichen Gesichtspunkten „Qualität und Kosten“.

Medizin	Pflege	Service	Stationssekretariat
Blut abnehmen Braunülen legen	Blut, Urin, Sputum usw. sortieren, mit den Anforderungsscheinen vergleichen, evtl. Anforderungsschein vervollständigen oder Zweitschrift anfordern		
iv. Gabe Antibiosen	ärztl. Anordnungen ausarbeiten und anfordern, Krankengeschichten anlegen, Befunde suchen, sortieren und einordnen, Entlassbriefe schreiben		

Medizin	Pflege	Service	Stationssekretariat
Kontrolle Codierung	Wirtschaftsgüter und Geräte reinigen, aufrüsten, überprüfen, Reparaturen veranlassen, Geräte wegbringen und abholen		
	Speisenversorgung bei selbständigen Patienten <ul style="list-style-type: none"> - Anfragen der Patienten - Ausfüllen und Sortieren der Essenkarten - Austeilen und Einsammeln der Tablettts 		

Quelle: Hollstein, Brigitte: Das Aufgabenprofil der Ärzte und des Pflegepersonals im Umbruch, 2. IIR-Konferenz: Budgetkiller Personalkosten, Köln 2008

Abb. 27: Kaskadeneffekte in der Sozialstiftung Bamberg

Anhand der Abbildung wird deutlich, welche Tätigkeiten an wen übertragen werden. Ärzte übertragen Aufgaben an den Pflegedienst. Der Pflegedienst gibt Aufgaben an den Service und das Stationssekretariat ab.

Durch die Beachtung der Kaskadeneffekte kann eine Entlastung der Ärzte und der Pflegekräfte gleichermaßen erfolgen. Die jeweiligen Be- und Entlastungen müssen dabei berücksichtigt werden. Durch eine Prozessoptimierung kann die Qualität der Leistungserbringung sogar steigen, da eine Konzentration auf Kernkompetenzen die Ärzte

und die Pflegekräfte von Tätigkeiten entlastet, die als fachfremd und belastend empfunden werden.

10 Handlungsleitende Empfehlungen

Die praktischen Erfahrungen der Krankenhäuser mit der Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes belegen eine Reihe organisatorischer Umsetzungsprobleme, die es zu vermeiden gilt, wenn die angestrebten Veränderungen erfolgreich sein sollen.

Top down und bottom up

Die Entscheidung für die Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes ist eine Geschäftsführungsentscheidung.

Die Neuordnung von Aufgaben betrifft nicht nur den Pflegedienst, sondern auch andere Berufsgruppen. Sie löst Prozessveränderungen aus, die Auswirkungen auch auf die Aufbauorganisation des Krankenhauses hat.

Die inhaltliche Gestaltung der veränderten Arbeitsverteilungen liegt in der Kompetenz der Verantwortlichen des Pflegemanagements. Die organisatorische Verantwortung für den Einsatz der anders qualifizierten Kräfte liegt häufig ebenfalls dort.

Die konkrete Ausgestaltung der neuen Arbeitsteilungen erfolgt auf Stations- bzw. Abteilungsebene. Nur hier liegen die Kenntnisse über die Arbeitsabläufe, Hemmnisse und Schwierigkeiten, aber auch über projektfördernde Faktoren vor.

Einbindung der Mitarbeiter

Die frühzeitige Information und Einbindung der Mitarbeiter ist eine der wesentlichen Erfolgsfaktoren der Neuordnung von Tätigkeiten des Pflegedienstes.

In den seltensten Fällen wird man alle Mitarbeiter von den beabsichtigten Maßnahmen überzeugen können, aber ein Großteil wird man auf dem Weg mitnehmen können. Dazu ist es aber erforderlich, über die Vor- und Nachteile einer Neuordnung von Tätigkeiten offen zu reden. Hierzu gehört auch, dass die Geschäftsführungen auch offen die ökonomischen Beweggründe und die daraus resultierenden Vorteile kommunizieren.

Eine erfolgreiche Einbindung der Mitarbeiter im Pflegedienst wird es nur dann geben können, wenn es zu einer echten Entlastung kommt. Die Entlastung bezieht sich hierbei aber nicht nur auf den Umfang der Tätigkeiten, sondern auch auf die Art der Tätigkeiten. Der Wegfall von Tätigkeiten, die nicht zur Qualifikation der examinierten Pflegekräfte gehören, und eine Konzentration auf die Kernkompetenzen der Pflege, erhöhen die Erfolgsaussichten einer neuen Aufgabenverteilung sehr deutlich.

Einbindung der Mitarbeitervertretung

Die Einbindung der Mitarbeiter bezieht ebenfalls die Mitarbeitervertretung mit ein. Viele der Maßnahmen, die durch die Neuordnung von Tätigkeiten angeregt werden, sind mitbestimmungspflichtig, zumindest aber informationspflichtig. Die Mitarbeitervertretung ist allein schon aus rechtlichen Gründen frühzeitig zu informieren und einzubinden.

Darüber hinaus ist die Mitarbeitervertretung als die Interessenvertretung der Mitarbeiter ein guter Verbündeter um Veränderungsprozesse zu unterstützen. Eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Geschäftsführung und Mitarbeitervertretung kann die Neuordnungsprozesse unterstützen und beschleunigen.

Rahmenbedingungen beachten

Die Übertragung von Aufgaben des Pflegedienstes auf andere Berufsgruppen ist im hohen Maße von den Rahmenbedingungen vor Ort abhängig. Die konkrete Ausgestaltung der Rahmenbedingungen hat Einfluss auf die Art und Weise, wie eine Übertragung von Tätigkeiten stattfinden kann. Nicht alles ist überall umsetzbar.

Insofern gilt es zunächst die Rahmenbedingungen zu betrachten und dann darauf aufbauend die konkrete Umsetzung der Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes in Angriff zu nehmen.

Nicht einzelne Tätigkeiten, sondern Tätigkeitsfelder übertragen

Die Ermittlung von einzelnen delegationsfähigen Tätigkeiten stellt nur den Ausgangs- und nicht den Endpunkt dar. Bei der Übertragung von Aufgaben des Pflegedienstes geht es keineswegs lediglich nur um eine veränderte Aufgabenzuordnung von *einzelnen* Tätigkeiten. Eine solche Vorgehensweise geht von einem zu einfachen Bild der Pfl egetätigkeit aus und würde viel zu kurz greifen.

Hinzu kommt, dass es nur ganz wenige einzelne Tätigkeiten geben wird, die inhaltlich, zeitlich und auch ökonomisch ausreichend sind, um sie an anders qualifizierte Kräfte zu delegieren. Für die meisten einzelnen Verrichtungen dürfte gelten, dass sie mit anderen Tätigkeiten zu einem Aufgabenfeld kombiniert werden. Letztlich geht es darum, sinnvolle Kombinationen zu schaffen.

Bei der Kombination ist die inhaltliche, die zeitliche, die qualifikatorische und die ökonomische Dimension zu beachten.

Aufgabe ist es, die gleiche Qualität der Patientenversorgung u.a. auch durch anders qualifiziertes Personal zu erbringen.

Prozesse reorganisieren

Der Dreh- und Angelpunkt der Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes stellt die Optimierung von Prozessen dar. Letztlich geht es bei der Übertragung von Aufgaben des Pflegedienstes immer um eine Veränderung von Prozessen.

Eine bloße und alleinige Verteilung von Aufgaben greift in den meisten Fällen zu kurz. Das Potential einer Neuordnung wird damit bei weitem nicht ausgeschöpft.

Im Rahmen einer Reorganisation von Prozessen muss die Orientierung am Patienten und nicht an Berufsgruppen oder Hierarchien erfolgen.

Verbindliche und klare Strukturen

Eine Optimierung der Prozesse setzt die Standardisierung von Abläufen und Entscheidungen voraus.

Standardisiert werden müssen vor allem Verantwortlichkeiten. Es muss eindeutig und klar und verbindlich festgelegt werden, wer welche Tätigkeiten macht.

Weiterhin müssen die Prozesse in der Art und Weise definiert sein, dass klar, eindeutig und verbindlich geklärt ist, wie und in welcher Form bestimmte Tätigkeiten zu erledigen sind. Für die wichtigen Aufgaben und Verrichtungen müssen Standards vorgegeben werden, an die sich die Mitarbeiter zu halten haben.

Es müssen eindeutige und klare und verbindliche Vertretungsregelungen vorliegen.

Einsatz des Fachpersonals entsprechend ihrer Qualifikation

Im Krankenhaus sind viele hochqualifizierte Berufsgruppen tätig. Vielfach werden sie mit Tätigkeiten belastet, für die sie überqualifiziert sind. Das sorgt für eine Unzufriedenheit der Mitarbeiter, fehlende zeitliche Kapazitäten für die eigentlich hochqualifizierten Tätigkeiten und ist letztlich gesehen ökonomisch nicht sinnvoll.

Das Fachpersonal, seien es examinierte Pflegekräfte oder Ärzte, ist entsprechend seiner Qualifikation einzusetzen. Unterstützungsleistungen sind durch anders qualifizierte Mitarbeiter zu erbringen.

Prüfung der formellen und der materiellen Qualifikation

Wenn eine Entscheidung über die Übertragung pflegerischer Tätigkeiten gefallen ist, muss die formelle und die materielle Qualifikation derjenigen geprüft und ggf. angepasst werden, die zukünftig neue Aufgaben übernehmen sollen.

Es ist daher großer Wert auf die Qualifizierung der Mitarbeiter zu legen.

Nachdenken über die Qualitätsziele und das dazu erforderliche Qualifikationsniveau

Es dürfte selbstverständlich sein, dass die Qualität der Patientenversorgung durch eine Übertragung von Tätigkeiten nicht beeinträchtigt werden darf. Jedes Krankenhaus muss daher für sich eine Entscheidung darüber treffen, welche Qualitätsstandards erreicht werden sollen und welches Qualifikationsniveau der Mitarbeiter dazu notwendig ist.

Eine Übertragung von Aufgaben vom Pflegedienst auf andere Berufsgruppen macht damit eine Diskussion über die angestrebten Qualitätsziele erforderlich. Aber nicht jede Tätigkeit ist *nur deswegen* qualitativ hochwertig, weil sie von einer examinierten Pflegekraft durchgeführt wird. Es geht letztlich um die Vergegenwärtigung, warum manche (Pflege-)Handlungen und Tätigkeiten so und nicht anders durchgeführt werden. Eine Neuordnung von Tätigkeiten sollte daher von einer kritischen Hinterfragung des eigenen Handelns begleitet sein. Wenn Klarheit darüber herrscht, warum bestimmte Tätigkeiten in einer bestimmten Art und Weise gemacht werden, kann man auch inhaltlich darüber diskutieren, welche Qualifikation für die Erledigung dieser Aufgaben notwendig ist.

Wachsende Kompetenzen der Pflegekräfte

Die Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes soll zu einer Entlastung des Pflegedienstes von Aufgaben beitragen, für die sie überqualifiziert sind. Dadurch sollen die Kernkompetenzen des Pflegedienstes wiederum in den Vordergrund gerückt werden.

Die Neuordnung von Aufgaben geht einher mit der Veränderung von Prozessen. Wer aber Prozesse reorganisiert, muss auch über andere Verantwortlichkeiten und Kompetenzen nachdenken.

Die Gesamtverantwortung der Umsetzung der organisierten und definierten Prozesse bei der Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes sollte bei den Verantwortlichen für das Pflegemanagement liegen. Dem Pflegemanagement kommt damit die zentrale Rolle bei der Neuordnung von Tätigkeiten zu.

Die fachliche Anleitung und Einweisung der zuarbeitenden Mitarbeiter in den Hilfs- und Servicebereichen kann in vielen Fällen nur durch examinierte Pflegekräfte erfolgen, vor allem dann, wenn stationsinterne Tätigkeiten betroffen sind. Diese Pflegekräfte erhalten eine stärkere Organisations- und Personalverantwortung. Es wird somit zu einer Zunahme der Führungskompetenzen kommen. Die bislang schon vorhandene Führungsverantwortung für Schüler, Zivildienstleistende und Praktikanten wird sich auch auf anders qualifizierte Mitarbeiter erstrecken.

Durch die DKI-Studie „Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes“ wurde eine Verlagerung ärztlicher Tätigkeiten an Pflegekräfte thematisiert. Eine wesentliche Schlussfolgerung dieser Studie war, dass der Pflegedienst durch die Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten eine höhere Verantwortung als bisher schon erlangt.

Eine wesentliche Schlussfolgerung der hier vorliegenden Studie ist, dass die Organisations-, Führungs- und Prozessverantwortung des Pflegedienstes im Rahmen der Neuordnung von Aufgaben deutlich zunehmen wird.

11 Ausblick

Die Übertragung von Aufgaben des Pflegedienstes auf andere Berufsgruppen stellt kein neues Phänomen in den Krankenhäusern dar.

Aufgrund eines sich abzeichnenden Fachkräftemangels bei examinierten Pflegekräften wird zunehmend über die Attraktivität des Pflegeberufes nachgedacht. Die Rekrutierung von geeignetem Personal bzw. die Mitarbeiterzufriedenheit steht heute mehr und mehr im Fokus der Diskussion.

Der im April 2009 durchgeführte „Zweite Pflegegipfel“ im Bundesministerium für Gesundheit hat sich eingehend mit der Thematik beschäftigt und eine verbesserte Zusammenarbeit der Berufsgruppen im Krankenhaus im Sinne eines kollegialen Miteinanders als unverzichtbar qualifiziert. „Neben der Ausschöpfung von Möglichkeiten der Delegation soll die Entwicklung und Erprobung sinnvoller neuer Arbeitsteilungen durch die Neuordnung von Aufgaben gestärkt werden.“⁸⁷

Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft derzeit gemäß seinen Kompetenzen nach § 63 Abs. 3c SGB V, welche ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbständige Ausübung von Heilkunde handelt, im Rahmen von Modellvorhaben an examinierte Pflegekräfte übertragen werden können. Je nach Ausgang der Beratungen werden Richtlinien stehen, die es den examinierten Pflegekräften erlauben, weitere ärztliche Tätigkeiten auszuüben. Sofern dies von der Krankenhauspraxis angenommen wird, wird aufgrund der Kaskadeneffekte auch eine Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes tangiert werden.

Insofern sollte bei der Ausgestaltung von neuen Arbeitsteilungen eine Offenheit herrschen, die es erlaubt, die möglichen Entwicklungspotentiale zu nutzen. Möglicherweise werden auch der stationären Krankenhausbehandlung vor- und nachgelagerte Bereiche von einer Änderung der Arbeitsteilungen betroffen sein.

Die Tätigkeit des Pflegedienstes im Krankenhaus stellt eine hochqualifizierte Tätigkeit dar. Es geht nicht nur um das „handwerkliche“ Know-how der Verrichtung einer Tätigkeit, sondern auch um die Wahrnehmung des Gesundheitszustandes des Patienten. Die spezifische pflegerische Wahrnehmungskompetenz kann nur durch eine qualifizierte Ausbildung und Berufserfahrung erworben werden. Die Ausübung des Berufs der Gesundheits- und

⁸⁷ Zweiter Pflegegipfel im Bundesministerium für Gesundheit: Handlungsempfehlungen zur Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe und zur Erhöhung ihrer Perspektiven im Krankenhaus, Berlin 2009.

KrankenpflegerIn ist nur möglich, wenn eine Sensibilisierung für die Nöte und Belange der Patienten vorliegt.

Es ist nicht jeder geeignet für die Ausübung dieses Berufs. Daher sollte wohlüberlegt werden, wie ein möglicher Fachkräftemangel behoben werden kann. Arbeitsmarktpolitische Schnellschüsse sind daher zu vermeiden.

Bei der Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes geht es auch um patientennahe Tätigkeiten. Wie deutlich wurde, kann eine Übertragung geeigneter Tätigkeiten nur unter Aufsicht und Weisung der examinierten Pflegekräfte erfolgen. Es geht vor allem um solche (Hilfs-) Tätigkeiten, für deren Erwerb keine eigenständige Ausbildung erforderlich ist. Die Vermittlung der erforderlichen Grundqualifikationen bedarf zwar einer gründlichen Qualifizierung, die aber keineswegs über ein oder gar zwei Jahre erfolgen muss. Die Praxis zeigt bereits zum heutigen Zeitpunkt, dass unterschiedliche Instrumente zielführend sein können (z.B. Einarbeitungsleitfäden). Insofern ist eine gewisse Skepsis angebracht, inwieweit in der Krankenhauspraxis ein größerer Bedarf nach KrankenpflegerhelferInnen mit einer einjährigen Ausbildung oder nach Pflegeassistenten mit einer zweijährigen Ausbildung besteht.

Die Konzentration auf die Kernkompetenzen der Pflege sowie die neu hinzu kommenden Organisations-, Personal- und Prozesskompetenzen sollten auf jeden Fall auch im Berufszulassungsgesetz abgebildet sein. Insofern ist die zwischen CDU, CSU und FDP im Koalitionsvertrag vereinbarte Novellierung der Pflegeausbildung insgesamt als große Chance zu bewerten, die dahingehend genutzt werden muss, dass bundesweit einheitliche Qualitätsmaßstäbe gesetzt werden können.

Insgesamt betrachtet ist es für die Zukunft unabdingbar, dass die Prozesse im pflegerischen Bereich quasi neu gedacht werden und mit der Unterstützung von Service- und Assistenzkräften mehr Patientennähe für die dreijährig examinierten Gesundheits- und Krankenpflegekräfte erreicht werden kann, die zugleich auch mit einer größeren Patientenzufriedenheit einhergeht.

Literaturverzeichnis

- Abraham, Kerstin: Organisation in der Endoskopie – Wie und Wer, Krefeld, ohne Jahr, http://www.endoline.de/assets/applets/Organisation_in_der_Endoskopie.pdf
- ahr-service GmbH (2009): Servicemitarbeiterinnen im Unfallkrankenhaus Berlin (ukb) auf der Station für Rückenmarkverletzte. Statements, www.ahr-service.com/index.php?id=110
- Asché, P./ Nagel, D./ Reucher, U.: Delegation von ärztlichen Aufgaben stärkt Qualität und senkt Kosten. Das Klinikum Ludwigshafen setzt Phlebotomisten ein, in: f & w24 (2007), Heft 1, S.73-75
- Asché, Peter: Delegation von ärztlichen Aufgaben stärkt Qualität und senkt Kosten, 3. Personalkongress der Krankenhäuser, Dresden 2007
- Asklepios intern (2009): Perfektes Timing: Optimierung der OP-Planung. Asklepios intern 40/2009, S. 33.
- Asklepios Kliniken GmbH: Delegationsmöglichkeiten im Krankenhaus. Neuordnung von Aufgaben und Tätigkeitsprofilen im Asklepios Konzern – best practice -, Wiesbaden/ Bad Wildungen 2010
- Baierlein, J.; Ungar-Hermann, M.; Da-Cruz, P.; Schommer, R.; Oberender, P. (2009): Sachlichkeit statt Emotion. Die Aufgaben zwischen Ärzten und Pflegenden müssen neu justiert werden. f&w, 25 (2008), S. 401-404
- Barth, Lutz (2009): „Richtig substituieren statt irgendwie delegieren“, Online Informationen: 12.3.2009, <http://blog-neuordnung-gesundheitsberufe.iqb-info.de/>
- Barth, Lutz (2009): Brennpunkt Pflegerecht: Expertenstandards. Online Informationen: 13.3.2009, <http://blog-neuordnung-gesundheitsberufe.iqb-info.de/>
- Barth, Lutz (2009): Neuordnung der Gesundheitsberufe, Online Informationen: 6.3.2009. <http://blog-neuordnung-gesundheitsberufe.iqb-info.de/>
- Bartholomeyczik, Sabine/ Donath, Elke u.a.: Strukturverbesserung in der Krankenpflege durch den Einsatz von StationsassistentInnen, Eschborn 1993
- Batholomeyczik, Sabine; Donath, Elke; Schmidt, Sascha; Rieger, Monika, R.; Berger, Elisabeth; Wittich, Andrea; Dieterie, Wilfried, E. (2008): Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Forschung Projekt F 2032. Eigenverlag BAuA, Dortmund, Berlin, Dresden, 2008
- Becker, H. (2008): Neue Aufgabenverteilung der Gesundheitsberufe. Bericht vom Symposium in der Robert-Bosch-Stiftung Berlin am 6. Juni 2008.
- Beilenhoff, U. (2006): Die Weiterbildungen im Fachbereich Endoskopie – Umfragen in 28 europäischen Ländern. Endo-Praxis, Heft 01, Jahrgang 22, Juni 2006, S. 18-24.
- Berentzen, Jochen (2009): Arbeitsteilung der Gesundheitsberufe. Delegation ärztlicher Tätigkeiten im OP, in: Die Schwester/Der Pfleger, 05/2009, S. 458-463.
- Bergmann, Karl Otto (2009): Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen auf/durch nichtärztliches Personal, in: MedR 01/2009, S. 1-10,.

- Bergmann, Karl Otto/Kienzle, Hans Friederich: Krankenhaushaftung, 3. Aufl., Düsseldorf 2010
- Blum, Karl: Pflegefremde und patientenferne Tätigkeiten im Pflegedienst der Krankenhäuser, Düsseldorf 2002
- Blum, Karl: Weiterentwicklung der nicht-ärztlichen Heilberufe am Beispiel der technischen Assistenzberufe im Gesundheitswesen, Düsseldorf 2009
- Blum, Karl/ Offermanns, Matthias: Entlassungsmanagement im Krankenhaus, Düsseldorf 2008
- Böhme, Hans: „Nicht alles, was Medizin ist, muss der Arzt selbst tun“. Delegation ärztlicher Tätigkeiten, in: Die Schwester/Der Pfleger 44 (2005), S. 260
- Bothe, Jens: Delegation von Service-aufgaben spart Zeit und Geld. Die Schwester/Der Pfleger 48 (2009), S. 10-14
- Brunen, M. Helgard/ Herold, Eva Elisabeth (Hrsg.): Ambulante Pflege, Band 1; Grundlagen, Pflegeanleitung, Pflegeberatung, Pflegeprozess, Kommunikative Methoden, Ganzheitliche, integrative Pflege, 2., überarbeitete und ergänzte Auflage, Hannover 2001
- Bundesärztekammer: Empfehlung zur Qualitätssicherung in der gastrointestinalen Endoskopie, <http://www.baek.de/downloads/empfendo.pdf>
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK): Wie sieht es im Pflegealltag aus? – Fakten zum Pflegekollaps. Ausgewählte Ergebnisse der DBfK-Meinungsumfrage 2008/09
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK): Aufgaben- und Tätigkeitskatalog der gesundheits- und Krankenpflege in der Endoskopie. Ein Leitfaden zur Qualitätssicherung der pflegerischen Arbeit, 2009
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Osnabrück 2004
- Donath, Elke: Erfahrungen aus einer Interventionsstudie: Arbeitsbedingungen im Krankenhaus Abik. Eingeladener Vortrag bei wissenschaftlicher Tagung. Sechste Internationale Konferenz Pflege und Pflegewissenschaft. DBfK, Nürnberg/Fürth, 26.06.2007
- Först, David: Moderne Konzepte der innerbetrieblichen Zusammenarbeit: Serviceassistent, http://www.vdgh.de/images/downloads/veroeffentlichungen-gesetze/internet/16_vkd/foerst.pdf, Berlin 2008
- Gaede, Kerstin: Retter des Personalbudgets. kma 03/2008. S.50-53.
- Gewerkschaft ver.di: Neue Arbeitsteilung im Gesundheitswesen. Gewerkschaftliche Positionsbestimmung von Verdi, in: Die Schwester/ Der Pfleger 48 (2009), S. 806 – 811
- Gewerkschaft ver.di: Neue Arbeitsteilung im Gesundheitswesen, Beschluss des Bundesfachbereichs, Fachbereich Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen vom 30.04.2009

- Goldschmidt, Andreas: Arbeitsteilung: Neue Berufsgruppen im Krankenhaus, f&w 25 (2008), S.160-168
- Goldschmidt, S.: Arbeit neu verteilen und teure Stellen einsparen. Das Klinikum Offenbach hat die Möglichkeiten und Potenziale der Delegation zur Entlastung von Ärzten und Pflege untersucht, in: f&w, 26 (2009), S. 350 – 353.
- Golombek, von Günter; Roßbauer, Winfried: Stellenbeschreibungen für den Pflegedienst: Anforderungsprofile in Krankenhäusern und Reha-Kliniken, Stuttgart 1998
- Greiling, Michael/ Rudloff, Beate: Klinische Pfade optimal gestalten. Prozessanalyse mit Hilfe der Netzplantechnik, Kulmbach 2005
- Häser, Isabel: Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal - Was macht eine Tätigkeit "delegationsfähig"? Klinikarzt 37(2008), S. 222-223.
- Haubrock, Manfred: Betriebswirtschaft/ Gesundheitsökonomie, in: Stemmer, Renate/ Haubrock, Manfred/ Böhme, Hans: Gutachten zu den zukünftigen Handlungsfeldern in der Krankenhauspflege, Mainz 2008
- Hausner, E.; Juchems, S.; Richter, I.; Schulze Geiping, A.; Simon, M.; Voß, K.; Wiedemann, R.; Donath, E.; Bartholomeyczik, S. (2005): Arbeitsstrukturen in der Pflege im Krankenhaus und die Einführung der DRGs, in: Pflege & Gesellschaft, 10 (2005), S.125- 130.
- Hofmeier, Carena: Ablaufoptimierung einer Endospieabteilung – Probleme / Lösungsansätze. 35. Kongress der deutschen Gesellschaft für Endoskopieassistentenpersonal (DEGEA). Am 16 – 17.09.2005 in Köln.
- Hollstein, Brigitte: Das Aufgabenprofil der Ärzte und des Pflegepersonals im Umbruch, 2. IIR-Konferenz: Budgetkiller Personalkosten, Köln 2008
- Huppers, Thomas: Neue Aufgabenverteilung und Arbeitsorganisation/Klinken Maria Hilf. kma Pflege, 2008, S.22-25
- Isfort, M./ Weidner, F. u.a.: Pflege-Thermometer 2009, Köln 2010
- Kelm, Ronald: Arbeitszeit- und Dienstplangestaltung in der Pflege, Stuttgart/ Berlin/ Köln 2001
- Kiemele, Jan/ Bothe, Jens: Delegation von Serviceaufgabe spart Zeit und Geld, in: Die Schwester/ Der Pfleger 48 (2009), S.10-14
- Kordis, Mirica: Entwicklung eines Tätigkeitskataloges für den Einsatz von pflegerischem Assistenzpersonal. Weiterbildungslehrgang zur Leitung einer Station am Klinikum Großhadern der LMU, München 1994
- Krauss, Christa: Tätigkeitskatalog für die praktische Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege, Stuttgart 2004
- Kriegel, Johannes/ Jehle, Franziska/ Seitz, Michael: Der schnelle Patient. Innovationen für die Patientenlogistik in Krankenhäusern, Stuttgart 2009
- Ludwig, Corinne: Mehr Service fürs Geld. Die Schwester/ Der Pfleger 48 (2009), S. 16-18
- Mißbeck; Angela: Bei der Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegekräften gibt es viele Regelungslücken. Ärztezeitung, 27.07.2009, S. 1

- Netherlands Board for Healthcare Institutions: The General Hospital Building Guidelines for new Buildings, <http://www.bouwcollege.nl/smartsite.shtml?id=3106>, ohne Ort, 2002
- Offermanns, Matthias: Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes, Düsseldorf 2008
- Peters, Tina/ Bertok, Claudia/ Clavijo, Celda; Juan: Neuordnung der Aufgaben. Prozessoptimierung schafft mehr Patientennähe. Die Schwester/ Der Pfleger, 48. (2009), S. 806 – 811
- Reisch, Edgar: Moderne Konzepte der innerbetrieblichen Zusammenarbeit, Berlin 2009, S. 24, http://www.vdgh.de/images/downloads/veroeffentlichungen-gesetze/internet/16_vkd/reisch.pdf
- Roßbauer, Winfried/ Neiheiser, Ralf: Stellenbeschreibungen für den Pflegedienst. Anforderungsprofile in Krankenhäusern und Reha-Kliniken, 2. überarbeitete Auflage, Stuttgart 2009
- Rossel, S.: Funktionsaufteilung in der Endoskopie – wer macht was? Endo-Praxis, Heft 02, 25 (2009), S. 5-6
- Schmidt, Dita: Die Rückkehr der Funktionspflege, in: Die Schwester/ Der Pfleger 47 (2008), S.1000-1004.
- Simon, M./ Tackenberg, P. u.a.: Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland, www.next.uni-wuppertal.de, Wuppertal 2005
- Statistisches Bundesamt: Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, Wiesbaden 2008
- Statistisches Bundesamt: Grunddaten der Krankenhäuser 2007, Fachserie 12, Reihe 6.1, Wiesbaden 2008
- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Einfluss der demografischen Entwicklung auf die Pflege und Krankenhausversorgung, Stuttgart 2006
- Steinbeis-Transfer-Institut Medicine and Allied Health: Informationsflyer Studiengang Bachelor of Science mit den Vertiefungsrichtungen: Physician Assistance (PA), Cardiology Assistance (CA), Intensive Care Practitioner (ICP). www.dhzb.de/aktuell/karriere_ausbildung/akademie_kardiotechnik/ausbildungsverlauf/, 2009
- Stemmer, Renate: Arbeitsteilung im Krankenhaus. Wer macht was? Die Schwester/ Der Pfleger, 46 2007, S. 162-164
- Stemmer, Renate: Pflegewissenschaft, in: Stemmer, Renate/ Haubrock, Manfred/ Böhme, Hans: Gutachten zu den zukünftigen Handlungsfeldern in der Krankenhauspflege, Mainz 2008
- Stemmer, Renate; Böhme, Hans (2008): Aufgabenverteilung im Krankenhaus der Zukunft. Einige Aussagen eines Gutachtens für das Sozialministerium Rheinland-Pfalz. Pflege & Gesellschaft, Heft 3 (2008), S. 197-215.
- Sträßner, Heinz, Haftungsrecht für Pflegeberufe. Ein Leitfaden, Stuttgart 2006
- Teigeler, Brigitte: Modellprojekt Servicehelfer: Service als Chance, in: Die Schwester/ Der Pfleger 48 (2009), S.1-3

Verband der PflegedirektorInnen der Unikliniken: Leitfaden Servicekräfte, Münster 2009

Weber, Martina: Delegation ärztlicher Tätigkeiten: Weisung kann unverbindlich sein, in: Pflegezeitschrift 60 (2007), S. 579

Witt, M./ Richter, F.-J.: Neue Maßstäbe im Service, in: f & w 25 (2008), S.326-328

Zweiter Pflegegipfel im Bundesministerium für Gesundheit: Handlungsempfehlungen zur Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe und zur Erhöhung ihrer Perspektiven im Krankenhaus, Berlin 2009

Anhang

Mitglieder der Projektbegleitenden Arbeitsgruppe

Manfred Fiedler
Geschäftsführung – Arbeitsdirektor
Klinikum Dortmund gGmbH

Thorsten Ganse
Referatsleiter Recht
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen

Dr. Thomas Groß
Leitung Zentralbereich Medizinische Synergien
Klinikum der Universität zu Köln

Josef Hug
Pflegedirektor
Städtisches Klinikum Karlsruhe gGmbH

Petra Jaschke-Müller
Pflegedirektorin
Hegau-Bodensee-Hochrhein Kliniken GmbH

Jutta Killgen
Pflegedirektorin
Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken Wiesbaden

Friedrich München
Krankenhausgesellschaft Sachsen

Ralf Neiheiser
Deutsche Krankenhausgesellschaft

Dr. med. Robert Pfeiffer
Kaufmännischer Geschäftsführer
Klinikum Bremen-Mitte gGmbH

Dr. Martin Pohlmann
Landes-Caritasverband für Oldenburg e.V.

Sabine Schwoerer
Geschäftsführerin
Hegau-Bodensee-Hochrhein-Kliniken GmbH

Walburga Sprenger
Leitung Bildung und Pflege im Asklepios Konzern
Geschäftsführung Asklepios Krankenpflegeschulen gGmbH
Asklepios Kliniken Verwaltungsgesellschaft mbH

Barbara Strohbücker, MScN
Zentralbereich Medizinische Synergien
Klinikum der Universität zu Köln