

Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes

- 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 April 2008

Inhaltsverzeichnis

	<u>Seite</u>
Zusammenfassung	4
1 Problemaufriss	13
2 Methodik und Ablauf der Studie	23
3 Screening <i>Krankenhaus Barometer</i>	27
4 Literaturanalyse	35
4.1 Entwicklung eines Analyserasters	35
4.2 Die Ausbildung in der Krankenpflege als Grundlage für die Qualifikations-Ebene	36
4.3 Leitfaden des VPU	43
5 Die juristische Problemstellung (Prof. Dr. Karl Otto Bergmann)	46
5.1 Berufsrechtliche Aufgabenverteilung zwischen Ärzten und Pflegekräften	46
5.2 Haftungsmaßstäbe der Rechtsprechung	51
5.3 Lösungsvorschlag für die Rechtspraxis	56
5.4 Neuordnung der ärztlichen Leistungen und Versicherungsschutz	58
5.5 Zum Schriftformerfordernis bei der Delegation	59
5.6 Zur Patientenaufklärung bei der Delegation	60
5.7 Organisatorische Grenzen von Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen aus rechtlicher Sicht	61
6 Einteilung der übertragbaren Leistungen	64
6.1 Einteilung der Tätigkeiten nach Fristigkeit	64
6.2 Entlastungspotential	65
7 Kurzfristig übertragbare Leistungen	66
7.1 Kriterien für die Einteilung der einzelnen Leistungen	66
7.2 Kategorie 1: Die erforderliche Qualifikation des nicht-ärztlichen Mitarbeiters wird durch eine Ausbildung und ggf. Anleitung nachgewiesen	69

7.3	Kategorie 2: Die erforderliche Qualifikation des nicht-ärztlichen Mitarbeiters wird durch eine Ausbildung und Einweisung nachgewiesen	70
7.4	Kategorie 3: Die erforderliche Qualifikation des nicht-ärztlichen Mitarbeiters wird durch eine qualifizierende Ausbildung nachgewiesen	73
7.5	Kategorie 4: Die erforderliche Qualifikation des nicht-ärztlichen Mitarbeiters wird durch eine qualifizierende Ausbildung und eine spezifische Schulung nachgewiesen, wobei die Delegation nur im Einzelfall erfolgt	77
7.6	Kategorie 5: Die erforderliche Qualifikation des nicht-ärztlichen Mitarbeiters wird durch eine qualifizierende Ausbildung und eine strukturierte Weiterbildung nachgewiesen, wobei die Delegation nur im Einzelfall unter Aufsicht eines Arztes erfolgt	80
8	Mittelfristig übertragbare Leistungen	85
8.1	Nichtärztliche Chirurgieassistenz bei operativen Eingriffen	86
8.2	Casemanagement	98
8.3	Wundpflegemanagement	116
8.4	Schmerzmanagement	121
9	Langfristig übertragbare Leistungen	127
10	Handlungsorientierte Empfehlungen	134
11	Ausblick	144
	Literaturverzeichnis	146
	Anhang	
Anhang 1:	Mitglieder der Projektbegleitenden Arbeitsgruppe	157
Anhang 2:	Liste der Experten	159
Anhang 3:	Liste der übertragbaren Leistungen ohne zusätzliche Qualifikation, die kurzfristig umgesetzt werden können	162

Zusammenfassung

Problemaufriss

Die vorliegenden Prognosen zur demographischen Entwicklung in Deutschland weisen ausnahmslos aus, dass der Anteil älterer Patienten, die in der Regel durch chronische und multimorbide Krankheiten gekennzeichnet sind, deutlich zunehmen wird. Für die Krankenhäuser bedeutet dies ein Anstieg der Fallzahlen, der mit einer Zunahme der durchschnittlichen Fallschwere verbunden ist. Konsequenz dieser Entwicklung wird eine zunehmende Nachfrage nach Krankenhausärzten sein.

Schon heute haben Krankenhäuser allerdings Probleme, alle freiwerdenden Arztstellen zu besetzen. Im *Krankenhaus Barometer 2006* des Deutschen Krankenhausinstituts gaben gut 28% der Krankenhäuser an, derzeit offene Stellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzen zu können.¹ Die Situation wird sich nicht verbessern. Die Bundesärztekammer kommt in ihrer „Studie zur Altersstruktur- und Arztlzahlentwicklung“² zu dem Ergebnis, dass zwischen 2007 und 2017 rund 17.800 Krankenhausärzte aufgrund ihres Alters aus dem Arztberuf ausscheiden werden. Im Vertragsarztbereich werden im gleichen Zeitraum etwa 59.000 Vertragsärzte ausscheiden. Aufgrund der seit Jahren rückläufigen Absolventenzahlen im Fach Humanmedizin droht somit ein Mangel an Ärzten sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich. Beide Bereiche werden in Zukunft noch stärker als bisher um die vorhandenen Ärzte konkurrieren.

Die demographische Entwicklung löst einen steigenden Bedarf an Ärzten aus, während die Prognose der Entwicklung der Arztlzahlen eine hohe Anzahl von ausscheidenden, aber nur eine vergleichsweise geringe Zahl an eintretenden Ärzten erwartet. Sofern die derzeit vorliegenden Bedingungen nicht verändert werden, käme es zu einer verstärkten Arbeitsverdichtung der Krankenhausärzte, die nicht nur Auswirkungen auf die Attraktivität des Arztberufes, sondern auch vor allem auf die Qualität der stationären

¹ Vgl. Deutsches Krankenhausinstitut: *Krankenhaus Barometer 2006*, Düsseldorf 2006, <http://dki.comnetinfo.de/PDF/Bericht%202006.pdf>.

² Kopetsch, Thomas: *Studie zur Altersstruktur- und Arztlzahlentwicklung: Daten, Fakten, Trends*, 4. aktualisierte und überarbeitete Auflage, Berlin 2007, www.baek.de/downloads/Arztlzahlstudie_09102007.pdf.

Patientenversorgung haben würde. Auch die Umsetzung des geänderten Arbeitszeitgesetzes führt zu einem steigenden Bedarf an Ärzten.

Unter der Prämisse des steigenden Bedarfs an Ärzten ist auch die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser zu analysieren. Die Krankenhäuser stehen unter einem erheblichen wirtschaftlichen Druck. Aus dem *Krankenhaus Barometer 2007* des Deutschen Krankenhausinstituts ist zu entnehmen, dass die finanzielle Belastbarkeit für viele Krankenhäuser offenbar erreicht ist. Neben den deutlichen Kostensteigerungen, etwa aufgrund des Sanierungsbeitrags für die Krankenkassen, der Erhöhung der Mehrwertsteuer oder der Umsetzung des neuen Arbeitszeitgesetzes, wird es im Jahr 2008 auch neue Tarifabschlüsse – und damit einhergehende deutliche Gehaltssteigerungen – geben, die zu einem deutlichen Anstieg der Personalkosten im Krankenhaus führen.

Folgerichtig werden die Krankenhäuser künftig noch stärker gezwungen sein, Ärzte so effizient wie möglich einzusetzen. Eine Möglichkeit des effizienten Personaleinsatzes stellt die Übertragung von Tätigkeiten des Ärztlichen Dienstes auf andere Berufsgruppen im Krankenhaus dar. Insofern stellt sich die Frage, welche Tätigkeiten des Ärztlichen Dienstes auch von nicht-ärztlichen Berufsgruppen des Krankenhauses übernommen werden dürfen und können.

Vor diesem Hintergrund hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) für die Durchführung des Studienprojekts „Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes“ beauftragt. Originäre Zielsetzung der Untersuchung, an der sich insgesamt mehr als 300 Krankenhäuser beteiligt haben, ist es, auf der Basis einer differenzierten Analyse praxisrelevante Konzepte zur Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes zu entwickeln, die von den Krankenhäusern – unter Berücksichtigung der individuellen Rahmenbedingungen – unmittelbar umgesetzt werden können.

Die Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten auf andere Berufsgruppen kann grundsätzlich auf zwei unterschiedlichen Wegen erfolgen, nämlich in Form einer Delegation ärztlicher

Tätigkeiten sowie in Form einer Neuordnung von Tätigkeiten. Hierbei meint Delegation die angeordnete Übertragung von Tätigkeiten auf andere Berufsgruppen, wobei die Tätigkeit weiterhin originärer Bestandteil der ärztlichen Berufsausübung bleibt. Dagegen kommt es bei einer Neuordnung zu einer Neu-Allokation bzw. Substitution von Tätigkeiten. Wesentliches Kennzeichen ist, dass die originären Zuständigkeiten anders gestaltet werden.

Probleme in der Rekrutierung von Ärzten, aber auch mögliche wirtschaftliche Schwierigkeiten können durch eine Übertragung von Tätigkeiten auf nicht-ärztliche Berufsgruppen im Krankenhaus wenn nicht gelöst, so doch wenigstens gelindert werden.

Die juristische Problemstellung

Die Frage der Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes wird spätestens nach dem Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen („Kooperation und Verantwortung“) vom Juli 2007 sowie den aktuellen legislativen Entwicklungen (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) unter den Juristen erneut intensiv und kontrovers diskutiert. In der Studie werden die relevanten juristischen Fragestellungen (berufsrechtliche Aufgabenverteilung, haftungsrechtliche Maßstäbe, Versicherungsschutz, Patientenaufklärung etc.) ausführlich analysiert und bewertet.

Hinsichtlich der berufsrechtlichen Aufgabenverteilung zwischen Arzt und nicht-ärztlichem Personal ist festzustellen, dass diese durch die bestehenden gesetzlichen Regelungen – bis auf sehr wenige Ausnahmen – nicht geregelt wird. Somit lässt sich das Tätigkeitsfeld des Arztes nicht eindeutig von dem des nichtärztlichen Personals abgrenzen. Mithin lässt sich keine eindeutige Kompetenzverteilung erschließen. Insofern erfolgt die Ausrichtung derzeit an Grundsätzen der Rechtsprechung (Richterrecht). Hierbei wird generell prioritär auf die kompetente, fachqualifizierte und lückenlose Patientenbetreuung, die sich aus dem notwendigen Patientenschutz ergibt, abgestellt. Dennoch gibt es einen Kernbereich medizinischer Behandlung, der nicht delegierbar ist. Behandlungsmaßnahmen, die wegen

- ihrer Schwierigkeiten,
- ihrer Gefährlichkeit oder wegen

- der Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen

professionelles ärztliches Fachwissen voraussetzen, sind vom Arzt persönlich durchzuführen und nicht delegationsfähig. Folgerichtig ist in der notwendigen arbeitsteiligen Medizin Delegation und Neuordnung von Tätigkeiten insofern zulässig, soweit sie nicht den Kernbereich, also insbesondere Diagnostik, Differenzialdiagnostik und Therapie nach unverzichtbarem ärztlichem Standard, betreffen. Demgegenüber ist eine Delegation unzulässig, wenn nach medizinischem Wissen bei Delegation an einen Nichtarzt eine konkrete Gefährdung für die Gesundheit des Patienten besteht und der Arzt nicht bei der Erbringung dergestalt mitwirkt, dass die Leistung insgesamt als solche des Arztes erkennbar ist.

Für die Rechtspraxis erscheint es hilfreich, dass inzwischen erste Vorschläge erarbeitet worden sind, die Bestimmung des Kernbereiches ärztlicher Leistung und die Zulässigkeit von Delegation und Neuordnung von Tätigkeiten institutionell festzulegen.

Zur Frage, ob der Arzt eine ärztliche Aufgabe grundsätzlich schriftlich auf das Pflegepersonal übertragen muss, kommt die vorliegende Studie zu dem Ergebnis, dass eine ärztliche Delegation aus Rechtsgründen nicht der Schriftform bedarf. Unabhängig davon sind ärztliche Anordnungen wie jede ärztliche Maßnahme, soweit sie nicht eine Routinemaßnahme ist, zu dokumentieren, was im Übrigen gleichermaßen für die Erbringung der ärztlichen Leistung gilt.

In der Studie wird ebenfalls das Problem erörtert, ob der Patient vor der Behandlung von der Delegation in Kenntnis zu setzen ist und ihr zustimmen muss. Beides kann, unter Hinweis auf die einschlägige Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes, verneint werden. Der Patient wird schon dadurch geschützt, dass in jedem Fall die Qualitätsanforderungen und Sorgfaltsmaßstäbe gelten, die von der Rechtsprechung insgesamt gestellt werden.

Einteilung der übertragbaren Tätigkeiten nach Fristigkeit

Die vorliegende Studie zeigt, dass das Spektrum der übertragbaren, ärztlichen Tätigkeiten breit ist. Es können aber nicht alle ärztlichen Tätigkeiten unmittelbar übertragen werden. Um eine ärztliche Leistung von nicht-ärztlichen Mitarbeitern des Krankenhauses hochwertig und ohne zusätzliche Gefährdung des Patienten erbringen zu können, ist eine Überprüfung und ggf. Anpassung der formellen und der materiellen Qualifikation der neuen Leistungserbringer erforderlich. Die für eine notwendige Anpassung erforderliche Zeitspanne bedingt, dass nicht alle Tätigkeiten sofort übertragen werden können. In der Studie wird diesbezüglich zwischen kurz-, mittel- und langfristig übertragbaren Leistungen differenziert.

Bei Leistungen, die *kurzfristig* umsetzbar sind, kann eine Anpassung der Qualifikation an das Niveau der Patientengefährdung in kurzer Frist erfolgen. Nach einer relativ kurzen Anpassungszeit können die ärztlichen Tätigkeiten auch vom nicht-ärztlichen Personal in gleicher Qualität und Sorgfalt ausgeführt werden. Bei den kurzfristig umsetzbaren ärztlichen Leistungen handelt es sich eher um einzelne, genau definierte Tätigkeiten. Es werden in Abhängigkeit von der Patientengefährdung und der vorausgesetzten formellen und materiellen Qualifikation fünf Kategorien unterschieden:

- Kategorie 1: Die erforderliche Qualifikation des nicht-ärztlichen Mitarbeiters wird durch eine Ausbildung und ggf. Anleitung nachgewiesen (z.B. Kodierung von Diagnosen/Prozeduren im Nachgang zur ärztlichen Festlegung durch Krankenpflegekräfte/Medizinische Dokumentationsassistenten oder Befunddokumentation durch Medizinische Fachangestellte),
- Kategorie 2: Die erforderliche Qualifikation des nicht-ärztlichen Mitarbeiters wird durch eine Ausbildung und Einweisung nachgewiesen (z.B. venöse Blutentnahme durch Krankenpflegekräfte/Medizinische Fachangestellte/Medizinisch-technische Assistenten oder Vitalzeichenkontrolle durch Krankenpflegekräfte/Medizinische Fachangestellte),
- Kategorie 3: Die erforderliche Qualifikation des nicht-ärztlichen Mitarbeiters wird durch eine qualifizierende Ausbildung nachgewiesen (z.B. intramuskuläre Injektion durch

Krankenpflegekräfte oder Blutentnahme aus einem peripheren Venenkatheter durch Krankenpflegekräfte),

- Kategorie 4: Die erforderliche Qualifikation des nicht-ärztlichen Mitarbeiters wird durch eine qualifizierende Ausbildung und eine spezifische Schulung nachgewiesen, wobei die Delegation nur im Einzelfall erfolgt (z.B. intravenöse Injektion eines Arzneimittels mit großer therapeutischer Breite und/oder geringer lokaler Toxizität durch Krankenpflegekräfte oder Anlage einer Venenverweilkanüle durch Krankenpflegkräfte/ Medizinische Fachangestellte),
- Kategorie 5: Die erforderliche Qualifikation des nicht-ärztlichen Mitarbeiters wird durch eine qualifizierende Ausbildung und eine strukturierte Weiterbildung nachgewiesen, wobei die Delegation nur im Einzelfall unter Aufsicht eines Arztes erfolgt (z.B. intravenöse Applikation von Zytostatika bei Vorliegen einer Medikamentenpositivliste durch Krankenpflegekräfte oder Punktion eines Portkatheters durch Krankenpflegekräfte).

Die bisherigen Erfahrungen der Krankenhäuser mit dieser Art der Übertragung von Tätigkeiten belegen, dass es zu einer Entlastung des Ärztlichen Dienstes kommt. Wie hoch das Entlastungspotential für das Krankenhaus im Einzelnen ist, hängt von den krankenhausesindividuellen Gegebenheiten vor Ort ab. Der Anhang der Studie enthält eine Liste von übertragbaren Tätigkeiten, die in den Krankenhäusern bereits in unterschiedlichem Umfang umgesetzt werden. In diesem Zuge erhalten die Krankenhäuser zugleich Hinweise über mögliche Delegierungsadressaten und damit verbundenen Qualifikationsanforderungen sowie über entsprechende Tätigkeitsbereiche und Entlastungspotentiale.

Tätigkeiten, die *mittelfristig* delegiert oder neu zugeordnet werden können, erfordern eine umfangreichere Anpassung der Qualifikation. Grund hierfür ist das höhere Gefährdungspotential der Patienten. Die Sorgfaltspflichten sind entsprechend höher. Sofern Tätigkeiten, die eine höhere Sorgfaltspflicht auslösen, auf nicht-ärztliche Berufsgruppen übertragen werden, erfordert das auch entsprechend umfangreiche und zeitintensive Weiterbildungen. Bei der Neuordnung der Tätigkeiten sind darüber hinaus auch zeitliche Mindestanforderungen an die Ausbildungszeit oder die berufliche Tätigkeit zu stellen. Bei den mittelfristig umsetzbaren Tätigkeiten handelt es sich i.d.R. um komplexe und/oder

umfangreiche Tätigkeitsbereiche, die Reorganisationsprozesse erfordern, die ebenfalls einen gewissen Zeitbedarf auslösen.

In der Studie werden exemplarisch die folgenden Bereiche aufgegriffen:

- nichtärztliche Chirurgieassistenz bei operativen Eingriffen
- Casemanagement
- Wundpflegemanagement
- Schmerzmanagement

Die wesentlichen Auswirkungen dieser in der mittleren Frist übertragbaren Tätigkeiten liegen nicht nur allein in dem z.T. erheblichen Entlastungspotential für den Ärztlichen Dienst, sondern können auch in eine Verbesserung der Qualität der Leistungserbringung münden.

Eine *langfristige* Anpassung der Qualifikation an die ärztlichen Tätigkeiten ist immer dann gegeben, wenn gesetzliche und/oder untergesetzliche Normen verändert werden müssen. Neben dem gesetzgeberischen Vorlauf ist dann auch die Zeitspanne für die Erst- oder Weiterqualifikation der Mitarbeiter, die die neuen Tätigkeiten übernehmen, einzuplanen. Anhand der beiden Beispiele „Anästhesie“ (Einsatz eines nicht-ärztlichen Mitarbeiters im Rahmen einer Parallelnarkose) und „Endoskopie“ (Einsatz von Pflegefachkräften in Großbritannien bei der Durchführung von endoskopischen Untersuchungen) werden Probleme und Möglichkeiten geschildert, die sich aus der Übertragung von Tätigkeiten in der langen Frist ergeben.

Handlungsorientierte Empfehlungen

Die praktischen Erfahrungen der im Rahmen von Expertengesprächen befragten Krankenhausmitarbeiter werden zu handlungsorientierten Empfehlungen für die Krankenhäuser verdichtet.

Übertragung von Tätigkeiten prüfen und ergänzen

Ein nicht unerheblicher Teil der Krankenhäuser hat schon Tätigkeiten vom Ärztlichen Dienst auf andere Berufsgruppen übertragen. Die Erfahrungen damit sind durchweg positiv. Den Krankenhäusern wird daher empfohlen, die Übertragung von Tätigkeiten zu prüfen oder zu ergänzen. Je nach Umsetzungsstand in den einzelnen Krankenhäusern, bieten sich unterschiedliche Vorgehensweisen an.

Bei den Häusern, die noch keine oder nur wenig Erfahrungen mit der Übertragung von Tätigkeiten haben, sollte mit den kurzfristig übertragbaren Tätigkeiten begonnen bzw. weiter fort gefahren werden.

Die Krankenhäuser, die schon einschlägige Erfahrungen sammeln konnten, sollten prüfen, inwieweit sie ganze Aufgabengebiete oder Querschnittsaufgaben übertragen können. Als sehr hilfreich hat sich eine frühzeitige Information und Einbindung der Mitarbeiter herausgestellt.

Prüfung der formellen und materiellen Qualifikation

Wenn eine Entscheidung über die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten gefallen ist, muss die formelle und materielle Qualifikation derjenigen geprüft und ggf. angepasst werden, die zukünftig neue Aufgaben übernehmen sollen.

Berufshaftpflichtversicherung abklären

Um die Akzeptanz der Übertragung ärztlicher Aufgaben zu erhöhen, ist das Risiko eines innerbetrieblichen Schadensausgleichs im Falle eines Behandlungsfehlers für die Mitarbeiter zu minimieren. In diesem Zusammenhang sollten auch die Organisationspflichten der leitenden Mitarbeiter des Krankenhauses thematisiert werden. Im Vorfeld eines Reorganisationsprojektes sollte daher Kontakt mit der Haftpflichtversicherung aufgenommen werden und die strittigen Fragen geklärt werden.

Keine isolierte Betrachtung des Ärztlichen Dienstes

Sowohl die Erfahrungen aus dem europäischen Ausland als auch die Expertenbefragungen und -gespräche, belegen, dass es nicht zielführend ist, den Fokus ausschließlich auf die

Übertragung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes auf Pflegefachkräfte zu richten. Vielmehr gilt es komplette Prozesse zu optimieren. Im Rahmen einer solchen Prozessoptimierung können sich Kaskadeneffekte derart ergeben, dass auch ergänzende Tätigkeitsübertragungen von Pflegefachkräften auf Pflegehilfskräfte oder andere Berufsgruppen erforderlich werden.

1 Problemaufriss

„Die Frage nach dem effizienten und effektiven Einsatz der Potentiale unterschiedlicher Berufsgruppen im Gesundheitssystem erhält ihre Bedeutung durch die Zunahme älterer Patienten mit chronischen und multimorbiden Leiden, die veränderten Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten, die gewandelten Versorgungsstrukturen, die neuen technischen Möglichkeiten in Diagnostik und Therapie, die Tendenzen der Akademisierung vieler Gesundheitsberufe und nicht zuletzt durch heute schon bestehende regionale Versorgungsengpässe und die Anforderung, auch in Zukunft hinreichend ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Nachwuchs zu rekrutieren.“³

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen spricht in seinem Gutachten für das Jahr 2007 mehrere Punkte an, die für eine Änderung der derzeitigen Aufgabenverteilung im Krankenhaus sprechen. In dem vorliegenden Problemaufriss sollen drei Punkte näher betrachtet werden, nämlich

- die demographische Entwicklung,
- die Entwicklung der Arztzahlen sowie
- der effiziente und effektive Personaleinsatz.

Alle Prognosen sind sich einig, dass die Menschen in Deutschland immer älter werden. Für die Krankenhäuser bedeutet dies, dass sie sich auf einen noch größeren Anteil älterer Patienten einstellen müssen. Dies wäre an sich nicht problematisch, wenn nicht diese Patienten durch chronische und multimorbide Krankheiten gekennzeichnet wären.

Das Deutsche Krankenhausinstitut hat 2006 im Auftrag des Bundesverbandes Medizintechnologie auf der Basis einer differenzierten Analyse der derzeitigen Krankenhausinanspruchnahme eine Prognose der Nachfrage nach Krankenhausleistungen für das Jahr 2010 vorgenommen.⁴ Die Zunahme der Fallzahlen in den Jahren 2000 bis 2004 zeigt nur bei Patienten ab 80 Jahren einen stärkeren Zuwachs als die Zunahme der entsprechenden Bevölkerungsgruppe.

³ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Bonn, 2007, S.69.

⁴ Deutsches Krankenhausinstitut: Die Entwicklung der Krankenhausinanspruchnahme bis zum Jahr 2010 und die Konsequenzen für den medizinischen Bedarf der Krankenhäuser, Düsseldorf 2006, www.dki.de.

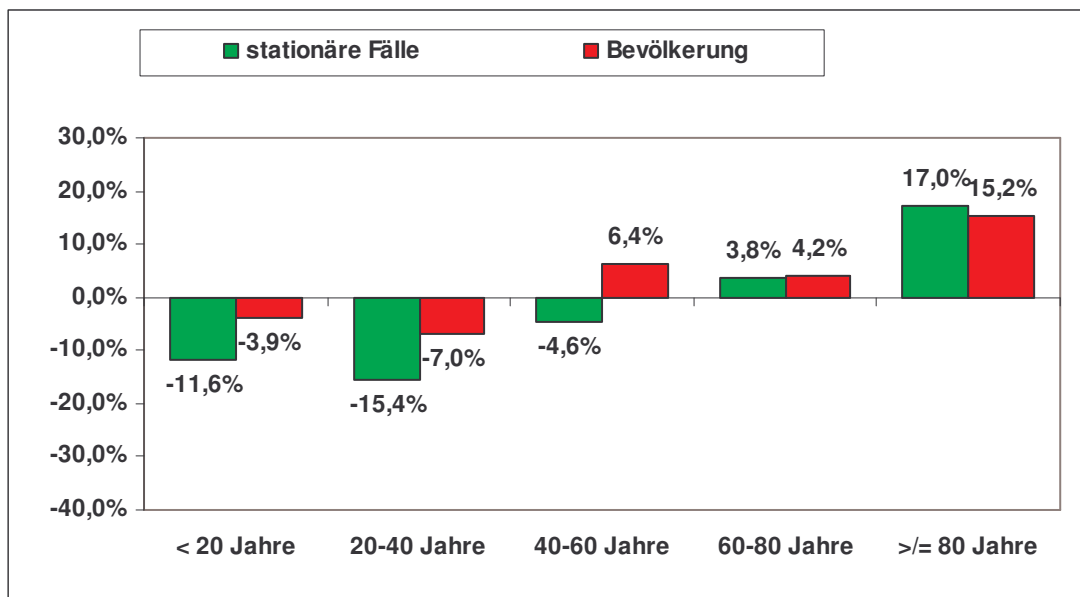


Abb. 1: Prozentuale Entwicklung Bevölkerung und stationäre Fälle A00-T98 (Krankheiten, Verletzungen und Vergiftungen) 2000 - 2004

Bis zum Jahr 2010 wurde in der erwähnten Studie prognostiziert, dass die stationären Fallzahlen der unter 40jährigen um rund 430.000 zurückgehe. Bei den über 80jährigen kommt es dagegen zu einem Fallzahlzuwachs in Höhe von 310.000.

Da sich in dieser kurzen Frist zwischen 2004 und 2010 die Morbidität nur unwesentlich verändern wird, ist davon auszugehen, dass die Krankenhäuser schon in wenigen Jahren eine merkliche Verschiebung ihres Behandlungsspektrums erleben werden. Altersbezogen ergibt sich die größte Veränderung bei den Patienten ab 80 Jahre mit einer Zunahme um 15%. Im Jahr 2010 werden 50% aller Patienten älter als 60 Jahre sein. Dieser Trend wird sich auch nach 2010 fortsetzen, d. h. die Krankenhäuser müssen sich auf die mit der Alterung der Patienten verbundenen zusätzlichen Herausforderungen einstellen.

Die durch ambulante Behandlungsmöglichkeiten abnehmende Krankenhaushäufigkeit jüngerer Patienten und der Anstieg der älteren Patienten führen zu einer Zunahme der durchschnittlichen Fallschwere.

Im stationären Bereich wird es zwar nur einen moderaten Fallzahlzuwachs geben. Doch der relevante Fallzahlzuwachs wird bei Patienten mit einer hohen Fallschwere stattfinden. Im ambulanten Behandlungsbereich der Krankenhäuser setzt sich die Entwicklung zu einem Fallzahlzuwachs fort. Konsequenz dieser Entwicklungen wird eine eher zunehmende Nachfrage nach Krankenhausärzten sein.

Schon heute haben Krankenhäuser Probleme, alle freiwerdenden Arztstellen zu besetzen. Im Krankenhaus Barometer 2006 gaben gut 28% der Krankenhäuser an, derzeit offene Stellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzen zu können. Gegenüber dem Vorjahr entspricht dies einer Steigerung um ca. 6%-Punkte. Legt man den Vorjahreswert von 22% als Basis zugrunde, hat sich der Anteil der Häuser mit entsprechenden Problemen, relativ gesehen, sogar um ein Viertel erhöht. Häuser mit entsprechenden Problemen konnten im arithmetischen Mittel 2,5 Stellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzen.

Die Situation wird sich nicht verbessern. Die Bundesärztekammer hat eine „Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung“ vorgelegt, die u.a. die Entwicklung der Zahl der Medizinstudenten und den Ersatzbedarf an Ärzten in den kommenden Jahren analysiert.⁵ Im Folgenden werden einige wesentliche Ergebnisse kurz referiert.

Die Zahl der Absolventen im Fach Humanmedizin ist gemäß dieser Studie seit Mitte der 90er Jahre kontinuierlich rückläufig. Im Jahr 2006 gab es rund 8.700 Absolventen.

Das Durchschnittsalter der Krankenhausärzte stieg im gleichen Zeitraum um rund 2 Jahre an. Lag es 1995 noch bei 38,7 Jahren, so waren im Jahr 2006 die Krankenhausärzte durchschnittlich 40,9 Jahre alt.

Zwischen 2007 und 2017 werden rund 17.800 Krankenhausärzte aufgrund ihres Alters aus dem Arztberuf ausscheiden. Im Vertragsarztbereich werden im gleichen Zeitraum etwa 59.000 Vertragsärzte ausscheiden. Aufgrund der rückläufigen Absolventenzahlen droht somit ein Mangel an Ärzten sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich. Beide Bereiche werden in Zukunft noch stärker um die vorhandenen Ärzte als bisher konkurrieren.

Die demographische Entwicklung löst einen steigenden Bedarf nach Ärzten aus, während die Prognose der Entwicklung der Arztzahlen eine hohe Anzahl von ausscheidenden, aber nur eine vergleichsweise geringe Zahl an eintretenden Ärzten erwartet. „Was heißt das für die Ärzte im Krankenhaus? Die ohnehin schon hohe Arbeitsverdichtung wird weiter zunehmen. Was heute drei Ärzte machen, muss demnächst ein Arzt erledigen. Das

⁵ Kopetsch, Thomas: Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung: Daten, Fakten, Trends, 4. aktualisierte und überarbeitete Auflage, Berlin 2007, www.baek.de/downloads/Arztzahlstudie_09102007.pdf.

wiederum wirkt abschreckend auf den ärztlichen Nachwuchs, erhöht die Ärzteflucht und führt unweigerlich zum Ärztemangel, wie sich an der hohen Zahl unbesetzter Stellen zeigt.“⁶

Aus dieser Problemstellung resultiert, wie der Sachverständigenrat erkannt hat, die Frage nach einem effizienten und effektiven Einsatz des vorhandenen Personals in den Krankenhäusern.

Für die Krankenhäuser ergibt sich eine darüber hinaus verschärfte Problemsituation aufgrund der Tarifabschlüsse des letzten Jahres, die eine erhebliche Verteuerung der ärztlichen Arbeitskraft bedeuten. Durch die Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes werden zusätzliche ärztliche Stellen in den Krankenhäusern geschaffen werden müssen. Schon heute zeichnet sich ein (noch) regionaler Mangel an Krankenhausärzten ab.

Eine Senkung der Personalkosten, die immerhin rund 72% der bereinigten Gesamtkosten der Krankenhäuser ausmachen⁷, ist kaum noch möglich, ohne die Qualität der Patientenversorgung ernstlich zu gefährden. Eine Erhöhung der Erlöse zur Finanzierung der steigenden Personalkosten ist bei einer Begrenzung der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen je Versichertem im Jahr 2008 auf 0,64 Prozent bei gleichzeitiger Rechkungskürzung zur Sanierung der Krankenkassen um 0,5% nur schwerlich möglich.

Damit die Krankenhäuser wirtschaftlich überleben können, muss daher das Personal, und hier vor allem das ärztliche Personal, so effizient wie möglich eingesetzt werden.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, welche Tätigkeiten des Ärztlichen Dienstes auch von nicht-ärztlichen Berufsgruppen des Krankenhauses übernommen werden dürfen.

Die Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten auf andere Berufsgruppen kann grundsätzlich auf zwei unterschiedlichen Wegen erfolgen, nämlich in Form einer Delegation ärztlicher Tätigkeiten sowie in Form einer Neuordnung von Tätigkeiten.

„Dabei ist Delegation eine Übertragung von beruflichen Tätigkeiten von einer Berufsgruppe auf eine andere, wobei die Übertragung jeweils angeordnet wird. Delegation führt also zur Substitution, es kommt jedoch nicht zu einem dauerhaften Übergang des Tätigkeitsinhalts

⁶ Hoppe, Jörg-Dietrich: Statement zur Pressekonferenz am 9.10.2007 – Studie zur Arztzahlentwicklung, www.baek.de/page.asp?his=0.3.1665.1668.

⁷ Vgl. Statistisches Bundesamt: Kostennachweis der Krankenhäuser 2005, Fachserie 12, Reihe 6.3, Wiesbaden 2007, S.16.

auf eine andere Berufsgruppe, sondern sie kann zurückgenommen werden.“⁸ Bei dieser Form der Übertragung bleibt die Tätigkeit originärer Bestandteil der ärztlichen Berufsausübung. Damit bleibt auch die Verantwortlichkeit weiterhin beim Arzt.

Bei einer Neuordnung von Tätigkeiten kommt es dagegen zu einer Neu-Allokation von Tätigkeiten, so dass hier die originären Zuständigkeiten grundsätzlich anders gestaltet werden.⁹ Es kommt daher zu strukturellen Verschiebungen in der Aufgabenzuordnung zwischen den Berufsgruppen im Krankenhaus.

Unabhängig von der juristischen Dimension sind die beiden Begriffe „Delegation von Aufgaben“ und „Neuordnung von Aufgaben“ nicht hinreichend trennscharf. Das betrifft sowohl die zeitliche als auch die inhaltliche Dimension.

In der zeitlichen Dimension kann aus einer delegierten Leistung eine Leistung werden, die einer Berufsgruppe neu zugeordnet wird: „Wenn eine Tätigkeitsübertragung im Delegationsverfahren hinreichend lange stattgefunden und sich als zieladäquat erwiesen hat, sollte eine dauerhafte Übertragung an den bisherigen Delegationsempfänger zur Diskussion stehen.“¹⁰

Die inhaltliche Dimension betrifft beispielsweise die Frage, ob bestimmte Tätigkeiten eine ärztliche oder eine pflegerische Aufgabe darstellen. Unterstellt man bei Tätigkeiten eher eine originär ärztliche Aufgabe, dann wird die Übertragung dieser Tätigkeit an Pflegefachkräfte eine Delegation darstellen. Definiert man allerdings die gleiche Tätigkeit als originär pflegerische Aufgabe, dann liegt der Fall einer Neuordnung vor, wenn Pflegefachkräfte diese Aufgabe übernehmen.

Die inhaltliche Dimension kann auch kontextabhängig sein. Es kann darauf ankommen, wer eine bestimmte Tätigkeit übernimmt. Genauer: welche Qualifikation derjenige hat, der eine Tätigkeit übernimmt. Bei unterschiedlichen Qualifikationsniveaus kann bei ein und der gleichen Tätigkeit eine Delegation oder eine Neu-Allokation vorliegen.

⁸ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung, a.a.O., S.91.

⁹ Der Sachverständigenrat spricht hier von Substitution. Vgl. auch Lemke, Andrea: Aufgabenverteilung. Allokation statt Delegation, in: Die Schwester/ Der Pfleger 46 (2007), S.976-977. Eine anderer Abgrenzung nimmt vor: Jacobs, Peter: Plädoyer für eine Neudefinition. Delegation – Übernahme – Allokation, in: Die Schwester/ Der Pfleger 46 (2007), S.739.

¹⁰ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung, a.a.O., S.179.

Die Übergänge zwischen „Delegation“ und „Neuordnung“ sind fließend. Deshalb wird in diesem Gutachten immer nur dann von Neuordnung gesprochen, wenn eine eindeutige und trennscharfe Abgrenzung zur Delegation vorliegt.

Sowohl die Delegation als auch die Neuordnung von Tätigkeiten können dazu beitragen, das in den Krankenhäusern vorhandene Personal effizienter einzusetzen. Mögliche wirtschaftliche Schwierigkeiten, aber auch Probleme in der Rekrutierung von Ärzten können durch entsprechende Maßnahmen wenn nicht gelöst, so doch wenigstens gelindert werden.

Allerdings gibt es bei beiden Möglichkeiten zur Verlagerung von Tätigkeiten sowohl Vor- als auch Nachteile. Ob die Vor- oder die Nachteile überwiegen, hängt von der krankenhausesindividuellen Ausgestaltung der Delegation bzw. der Neuordnung von Tätigkeiten ab.

Der Sachverständigenrat hat folgende Übersicht über die Vor- und Nachteile einer Tätigkeitsübertragung vorgelegt:

Mögliche Vorteile	Mögliche Nachteile
Arbeitsentlastung	Koordinations-, Kommunikations- und Kontrollfehler
Auffangen personeller Engpässe	Entstehung neuer Schnittstellen im Gesundheitswesen
Verbesserung der Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit (z.B. durch höhere Prozessroutine)	Verschlechterung der Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit
Neue Karrieremöglichkeiten für die nicht-ärztlichen Berufsgruppen	Verlust von Erfahrungen
Steigerung der Attraktivität des Berufs	Abwälzen unliebsamer Tätigkeiten auf andere Berufsgruppen ...
Erhöhung der Arbeitszufriedenheit innerhalb der Berufsgruppen	Leistungs- und damit Ausgabenausweitung
Mehr Möglichkeiten zur Förderung individueller Kompetenzen	Rechtsunsicherheit
Flexibilisierung der Versorgung	
Kostenreduktion der Gesundheitsversorgung	
Stärkung des Teamgedankens	

Quelle: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung, a.a.O., S.93.

Tab. 1: Vor- und Nachteile einer Tätigkeitsübertragung

Deutlich zeigt sich, dass Delegation und Neuordnung von Tätigkeiten nicht nur ökonomische Wirkungen entfalten, sondern auch vielfältige andere Konsequenzen haben können. Das gilt es im Auge zu behalten, wenn in den Krankenhäusern Projekte zur Tätigkeitsübertragung initiiert werden. Führt man beispielsweise eine Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf das Pflegepersonal nur aufgrund von ökonomischen Überlegungen durch, kann dies kurzfristig unter Umständen zu einer Kostenreduktion führen. Mittelfristig können aber auch die gegenteiligen Effekte auftreten, wenn nun mehr Leistungen als bisher von den Ärzten angeordnet werden oder wenn zusätzliche Schnittstellen geschaffen worden sind, die die Gefahr einer erhöhten Fehleranfälligkeit bieten.

In dem vorliegenden Gutachten geht es um die Übertragung von Tätigkeiten von Ärzten auf andere Berufsgruppen. Hierbei soll die Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes

einer Prozessoptimierung und einem effizienteren Personaleinsatz dienen. Die damit verbundenen ökonomischen Ziele sind wichtiger Bestandteil der Betrachtung. Sie sind aber nicht die einzige Zielgröße, die erreicht werden soll. Gleichrangige Ziele sind u.a. die Steigerung der Attraktivität des Arztberufes, eine Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit nicht nur der Ärzte, sondern auch der anderen Berufsgruppen sowie eine Verbesserung der Versorgungsqualität der Patienten.

Auch wenn es in diesem Gutachten primär um die Neuordnung ärztlicher Tätigkeiten geht, ist aufgrund der wechselseitigen Abhängigkeit der Berufsgruppen im Krankenhaus klar, dass eine Tätigkeitsübertragung auch Auswirkungen auf diese andere Berufsgruppen haben wird. Eine Entlastung für die Berufsgruppe der Ärzte bedeutet damit zugleich eine Belastung für eine andere Berufsgruppe im Krankenhaus. Bei der konkreten Umsetzung einer Tätigkeitsübertragung im Krankenhaus ist daher sorgfältig zu prüfen, wie stark die Berufsgruppe, die zusätzliche Tätigkeiten erhält, schon durch ihre bisherigen Aufgaben belastet ist. In den meisten Fällen, in denen beispielsweise Tätigkeiten von Ärzten auf Pflegekräfte verlagert werden, wird es notwendig sein, die Pflegekräfte von anderen Tätigkeiten zu entlasten.

Die konkrete Umsetzung eines Projektes zur Neuordnung von ärztlichen Aufgaben kann somit nicht isoliert für die Ärzte allein betrachtet werden. Aufgrund der Komplexität der Fragestellung beschränkt sich das hier vorliegende Gutachten auf die Neuordnung ärztlicher Tätigkeiten.

Die Delegation von ärztlichen Leistungen sowie die Neuordnung von ärztlichen Tätigkeiten sind ohne eine Änderung von Abläufen und Strukturen nicht möglich.¹¹ Hierbei treten organisatorische und rechtliche Umsetzungsprobleme auf, die im Rahmen dieses Gutachtens angesprochen werden.

Die Einteilung der ärztlichen Tätigkeiten, die an andere Berufsgruppen übertragen werden können, erfolgt anhand der Fristigkeit ihrer Umsetzungsmöglichkeiten. Bei Tätigkeiten, die ohne zusätzliche Qualifikation in Form einer Weiterbildung übertragen werden können, ist von einer kurzfristigen Umsetzung auszugehen. Erfordert dagegen die ursprünglich ärztliche Aufgabe eine zusätzliche Qualifikation in Form einer Weiterbildung oder einer Ausbildung,

¹¹ Vgl. z.B. Jacobs, Peter: Arbeitsteilung im Gesundheitswesen. Delegation – mehr als eine Frage der Ärzteentlastung, in: Die Schwester/ Der Pfleger 46 (2007), S.970-974.

dann wird eine Übertragung nur mittelfristig möglich sein können. Bei den Tätigkeiten, die eher langfristig umgesetzt werden können, ist i.d.R. zunächst eine Anpassung der rechtlichen Rahmenbedingungen notwendig.

Ergebnis dieses Gutachten soll eine Aufbereitung und Kategorisierung der möglichen übertragbaren Tätigkeiten sein. Es werden Anhaltspunkte dafür geliefert, unter welchen Bedingungen eine Übertragung stattfinden kann.

Eine ökonomische Detailanalyse, ob sich die Übertragung von bestimmten Tätigkeiten auf andere Berufsgruppen „rechnet“, ist nicht Gegenstand dieses Gutachtens. Folgende Gründe sprechen gegen eine solche Aufarbeitung des Themas:

1. Die strukturellen Unterschiede zwischen den Krankenhäusern sind zu groß. Dies betrifft nicht nur die unterschiedliche Organisation von Fachabteilungen und Arbeitsabläufen oder des Personaleinsatzes, sondern auch die Art und Höhe der Entlohnung der jeweils von Änderungen betroffenen Mitarbeiter.
2. Um die ökonomischen Effekte einer Übertragung von Tätigkeiten ermitteln zu wollen, muss bekannt sein, wie viel personelle Ressourcen durch die entsprechende Tätigkeit gebunden sind. Mit anderen Worten, die Anzahl der betroffenen Patienten und der Zeitaufwand je Einzelleistung muss bekannt sein. Während die Anzahl der betroffenen Patienten noch relativ problemlos ermittelt werden kann, steht man beim Zeitaufwand je Einzelleistung häufig vor dem Problem der verlässlichen Ermittlung eines Minutenwertes. Der Zeitaufwand kann nämlich u.a. von der Art und Schwere der Erkrankung eines Patienten abhängen, der Geschicklichkeit des Arztes bzw. desjenigen, der die Tätigkeit in Zukunft übernehmen soll, oder von der (medizin-)technischen Infrastruktur des Krankenhauses.
3. Die ökonomischen Auswirkungen einer Übertragung von Tätigkeiten von Ärzten auf andere Berufsgruppen beschränken sich häufig nicht auf die eigentliche Tätigkeit. Geändert werden auch vor- und/oder nachgelagerte Prozesse sowie Organisationsstrukturen. Die Abschätzung, welche ökonomischen Auswirkungen die Verlagerung einer Tätigkeit haben kann, ist dann alles andere als trivial.

Hinzu kommt, dass die Übertragung von Tätigkeiten nicht nur mit direkt messbaren ökonomischen Kriterien verbunden ist. Es kann (sollte) auch zu einer Verbesserung der

Prozess- und/oder der Ergebnisqualität kommen. Dies zu quantifizieren, ist äußerst komplex und mit vielen Annahmen und Werturteilen verbunden.

Die genannten Gründe sprechen gegen eine Detailanalyse der ökonomischen Konsequenzen im Rahmen dieses Gutachtens. Mögliche Ergebnisse einer solchen Analyse wären schwerlich auf die Gegebenheiten in den Krankenhäusern vor Ort zu übertragen.

Dennoch ermöglichen die Ergebnisse dieses Berichts erste Einschätzungen zu den ökonomischen Wirkungen einer Übertragung von Tätigkeiten in den verschiedenen Bereichen. Diese Einschätzungen können verwendet werden, um in den Krankenhäusern vor Ort eine ökonomische Detailanalyse durchzuführen.

2 Methodik und Ablauf der Studie

Von der Deutschen Krankenhausgesellschaft wurde das Deutsche Krankenhausinstitut mit der Durchführung eines Forschungsvorhabens beauftragt, in dem geklärt werden sollte, welche ärztlichen Tätigkeiten in den Krankenhäusern durch nicht-ärztliches Personal übernommen werden können und wie groß das potentielle Entlastungspotential der Ärzte durch eine Übertragung von Tätigkeiten ist.

Die Konzeption für das Forschungsvorhaben des Deutschen Krankenhausinstituts sah ein zweistufiges Verfahren vor. In der ersten Stufe erfolgte eine Bestandsaufnahme der Neuordnung der ärztlichen Tätigkeit vor. In einem zweiten Schritt sollte durch Expertenbefragungen eine Bewertung der Vorschläge und Modelle vorgenommen werden.

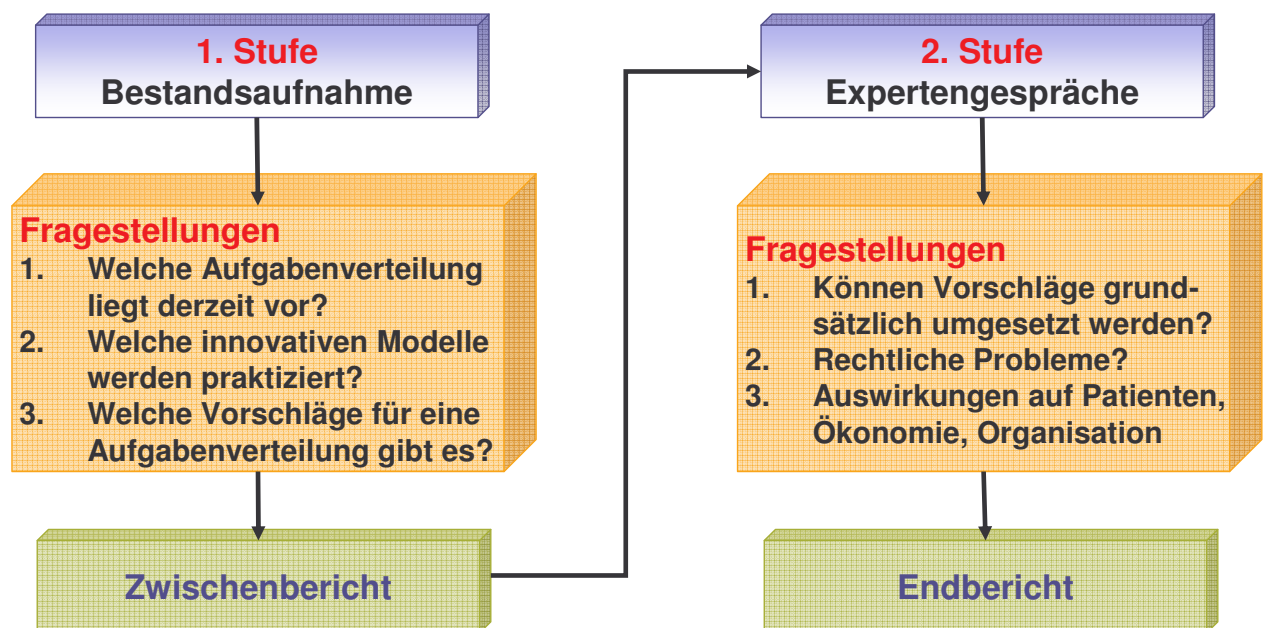


Abb. 2: Konzeption des Forschungsvorhabens

Ziel war es, Tätigkeiten darzustellen, die unter bestimmten Bedingungen von Ärzten an nicht-ärztliche Berufsgruppen übertragen werden können.

In der ersten Stufe des Forschungsvorhabens wurde eine Bestandsaufnahme der bisherigen Aufgabenverteilung vorgenommen. Diese Bestandsaufnahme erfolgte durch drei unterschiedliche methodische Verfahren:

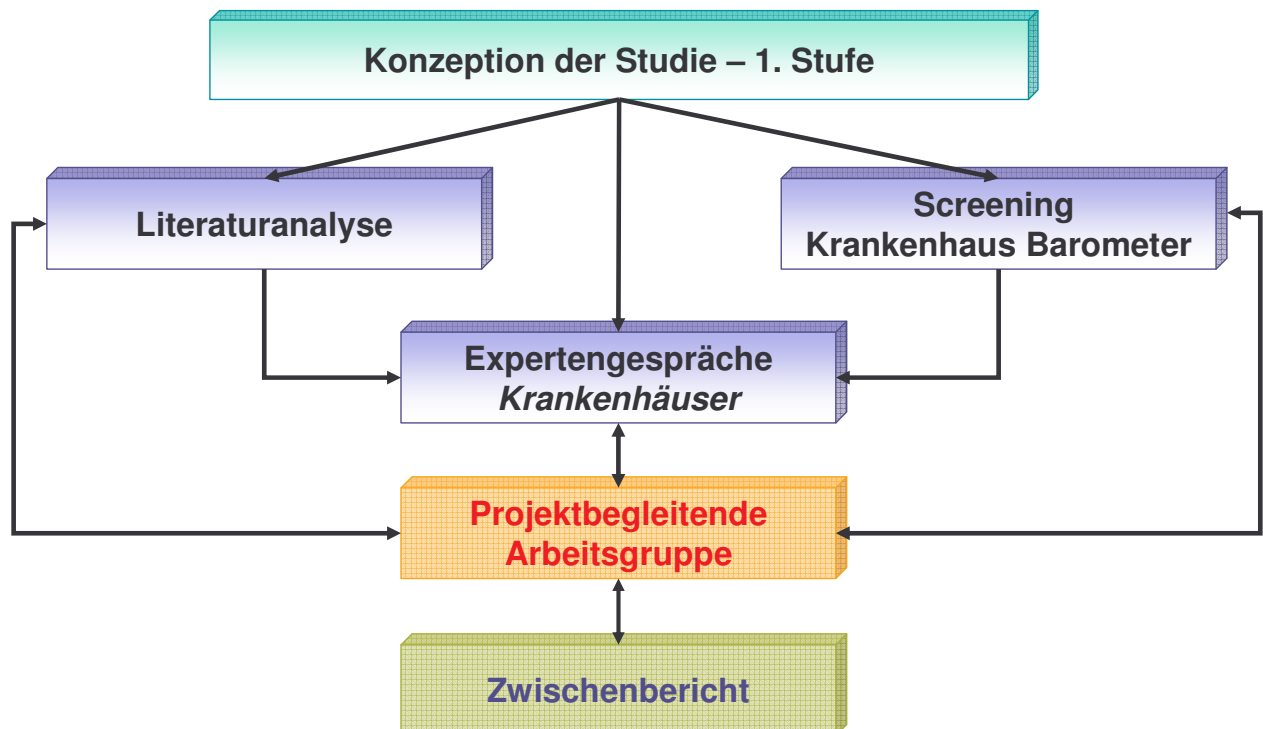


Abb. 3: Konzeption der 1. Stufe

Zielsetzung der Literaturanalyse war eine *systematische* Sichtung der Vorschläge, Modellversuche und Beispiele zur Übertragung ärztlichen Tätigkeiten. Basis hierfür war das von der Geschäftsstelle der Deutschen Krankenhausgesellschaft vorgelegte Arbeitspapier zur „Übertragung ärztlicher Aufgaben auf andere Berufsgruppen im Krankenhaus“.

Durch die Erhebung des *Krankenhaus Barometers* 2007 erfolgte ein Screening der Krankenhäuser, bei denen es eine vom Normalfall abweichende Arbeitsverteilung zwischen Ärzten und nicht-ärztlichen Berufsgruppen gibt.

Aufgrund der Ergebnisse beider methodischen Verfahren konnten innovative Ansätze zur Neuordnung der ärztlichen Tätigkeiten identifiziert werden. Durch vertiefende Expertengespräche wurden dann Vor- und Nachteile sowie fördernde und hemmende Faktoren eruiert.

Eine wichtige Funktion kam der aus Krankenhauspraktikern aller relevanten Berufsgruppen und Vertretern der Krankenhausgesellschaften bestehenden Projektbegleitenden Arbeitsgruppe der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu. Sie hatte in der ersten Phase die Aufgabe, die Projektplanung zu konkretisieren und das Arbeitsprogramm bis zum ersten Zwischenbericht festzulegen. In der konstituierenden Sitzung der Projektbegleitenden

Arbeitsgruppe der Deutschen Krankenhausgesellschaft am 9. Mai 2007 erfolgte die Konsentierung der weiteren Vorgehensweise.

Die Projektbegleitende Arbeitsgruppe der Deutschen Krankenhausgesellschaft war sich darüber einig, dass das Forschungsvorhaben mehrere Dimensionen umfasse und unterschiedliche Ziele erreicht werden sollten:

- Den Krankenhäusern sollten als Ergebnis Vorschläge und Voraussetzungen für die Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten vorgestellt werden. Den Verbänden sollten tragfähige Konzepte für eine weitergehende Neuordnung der ärztlichen Tätigkeiten zur Verfügung gestellt werden. Schließlich sollten dem Gesetz- und Verordnungsgeber dadurch Handlungsoptionen für die Änderung der notwendigen rechtlichen Rahmenbedingungen vermittelt werden.
- Die Neuordnung von Aufgaben der des Ärztlichen Dienstes sollte der Prozessoptimierung und einem effizienteren Personaleinsatz dienen.

Am 4. Juli 2007 fand die 2. Sitzung der Projektbegleitenden Arbeitsgruppe der Deutschen Krankenhausgesellschaft statt. Die Ergebnisse der Bestandsaufnahme wurden vorgestellt und diskutiert. Die Projektbegleitende Arbeitsgruppe der Deutschen Krankenhausgesellschaft entschied darüber, welche der vorliegenden Modelle und Beispiele im Rahmen der Expertenbefragungen der 2. Stufe der Untersuchung weiter bearbeitet und vertieft werden sollten.

Um die Komplexität zu reduzieren und um den unterschiedlichen Interessenlagen der Krankenhäuser als Adressaten des Untersuchungsberichts gerecht zu werden, wurde für die 2. Stufe der Untersuchung eine Zuordnung der ärztlichen Tätigkeiten - unter Berücksichtigung der von der Projektbegleitenden Arbeitsgruppe der Deutschen Krankenhausgesellschaft konsentierten Differenzierung der Übertragung (kurz-, mittel-, langfristig) – zu den entsprechenden Tätigkeitsfeldern/Tätigkeitsbereichen vorgenommen.

Hinsichtlich der Fristigkeit der delegationsfähigen Leistungen wurde daher unterschieden zwischen

- übertragbaren Leistungen ohne zusätzliche Qualifikation (in Form einer Weiterbildung), die *kurzfristig* umgesetzt werden können;

- übertragbaren Leistungen mit zusätzlicher Qualifikation (in Form einer Weiterbildung) oder mittels eines neuen Berufsbildes, die *mittelfristig* umgesetzt werden können;
- übertragbaren Leistungen mit zusätzlicher Qualifikation (in Form von Weiterbildung) oder mittels eines neuen Berufsbildes, die eventuell *langfristig* umgesetzt werden könnten und möglicherweise zu einer Neuordnung von Tätigkeiten führen, sofern die rechtlichen Rahmenbedingungen geschaffen werden.

Im Rahmen der 2. Stufe der Untersuchung erfolgte eine Befragung – im Sinne einer Bewertung hinsichtlich der Praktikabilität –Experten, bei denen es sich um im Krankenhaus tätige Ärzte und Pflegekräfte handelte.



Abb. 4: Konzeption der 2. Stufe

Nach Abschluss der Expertenbefragung wurde ein vorläufiger Endbericht erstellt, der von der Projektbegleitenden Arbeitsgruppe der Deutschen Krankenhausgesellschaft – im Hinblick auf die Fertigstellung des Endberichts – analysiert und bewertet wurde.

3 Screening Krankenhaus Barometer

In der Erhebung 2007 des *Krankenhaus Barometers*, die in der Zeit zwischen April und Juni durchgeführt wurde, erfolgte u.a. ein Screening der Krankenhäuser, bei denen eine vom Normalfall abweichende Arbeitsverteilung zwischen Ärzten und nicht-ärztlichen Berufsgruppen vorlag.

Ziel des Screenings war keine wissenschaftliche Analyse der in den Krankenhäusern umgesetzten oder geplanten Verlagerungen von Tätigkeiten des ärztlichen Dienstes. Vielmehr ging es um die Identifizierung von Krankenhäusern mit solchen Modellen.

An der Erhebung haben sich insgesamt 304 Krankenhäuser beteiligt. In mehreren Fragen wurden die Krankenhäuser gebeten, sich zu diesem Problemfeld zu äußern.

Zunächst wurde danach gefragt, welche ärztlichen Tätigkeiten ganz oder teilweise in dem betreffenden Krankenhaus an Pflegekräfte oder andere Berufsgruppen delegiert werden. Hintergrund dieser Frage war es, einen Überblick über die Häufigkeit der Verlagerung der gängigen delegierbaren Tätigkeiten zu bekommen.

Es zeigt sich, dass das Anlegen/ Wechsel von Verbänden sowie das Anlegen und Umstecken von Infusionen in rd. 80% der Krankenhäuser (auch) von nicht-ärztlichen Berufsgruppen durchgeführt wird.

In rund zwei Dritteln der Krankenhäuser erfolgen die venöse Blutentnahme sowie Injektionen (i.v. oder i.m.) ebenfalls nicht ausschließlich durch Ärzte.

Auch wenn nicht gefragt wurde, wie häufig oder auf welchen Stationen die vier genannten Leistungen durch nicht-ärztliche Berufsgruppen erfolgten, wurde deutlich, dass diese Tätigkeiten zum Standardrepertoire der Delegation von ärztlichen Leistungen zählen.

Seltener wird das Legen von Magensonden oder das Legen von peripheren venösen Zugängen an nicht-ärztliche Berufsgruppen delegiert.

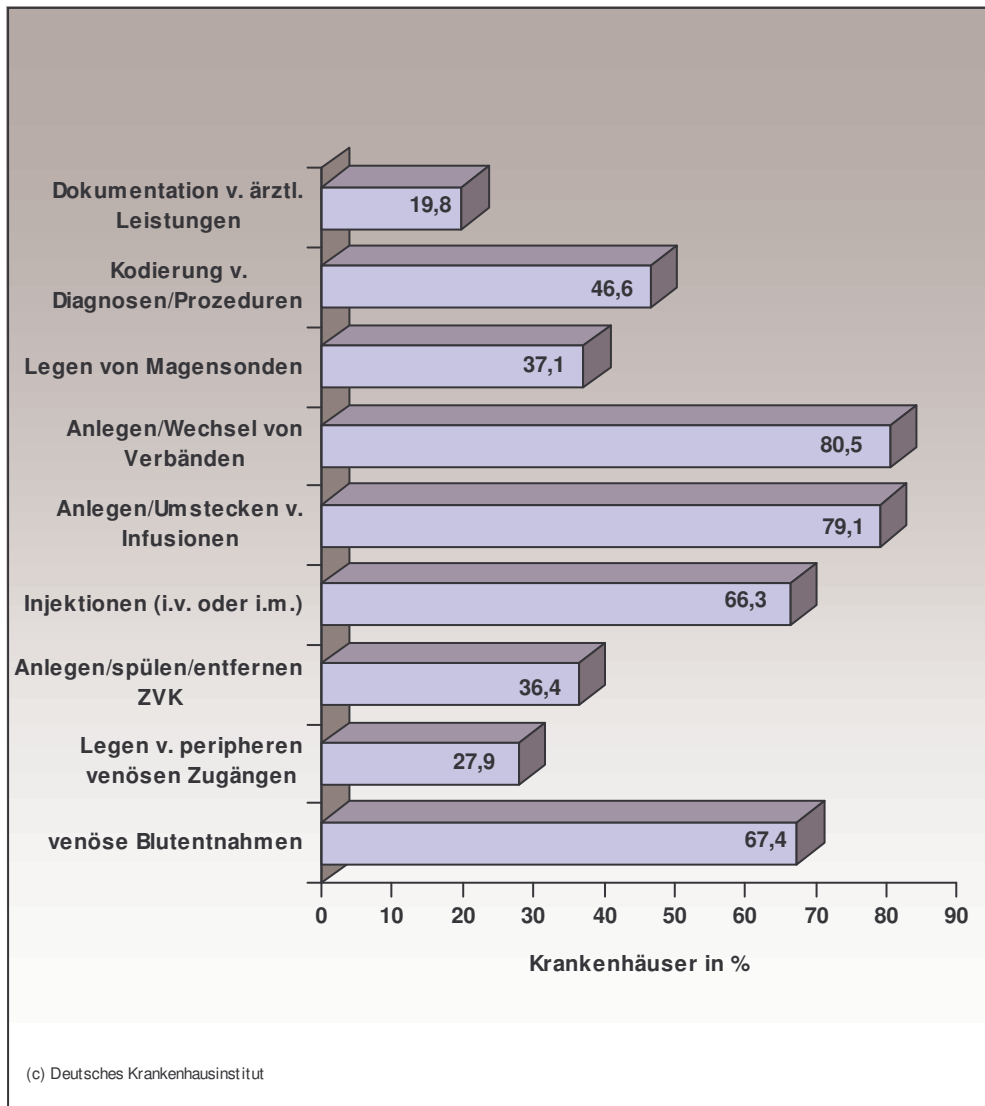


Abb. 5: Delegation von ärztlichen Tätigkeiten an andere Berufsgruppen

Eine Auswertung nach Größe der Krankenhäuser belegte, dass es kaum signifikante Unterschiede zwischen den Größenklassen gibt. Die aufgeführten Leistungen wurden weitgehend unabhängig von der Größe der Krankenhäuser vom ärztlichen Dienst an die andere Berufsgruppen delegiert.

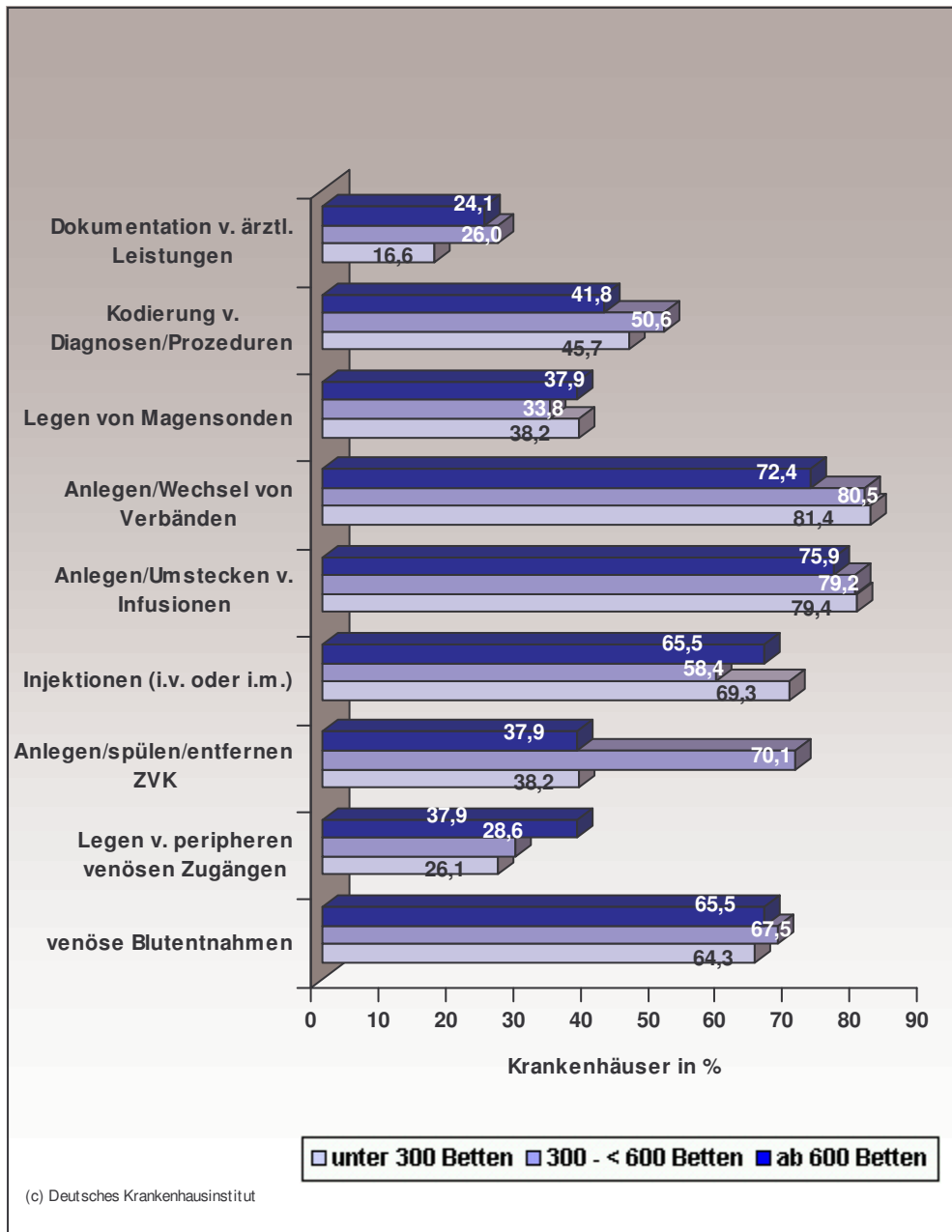


Abb. 6: Delegation von ärztlichen Tätigkeiten an andere Berufsgruppen – nach Größenklassen
Lediglich bei der Delegation der administrativen Aufgaben zeigten sich deutlichere Unterschiede.

So wurde beispielsweise in der Hälfte der Krankenhäuser mit 300 bis 599 Betten die Kodierung von Diagnosen und Prozeduren ganz oder teilweise an andere Berufsgruppen übertragen. Der entsprechende Anteil lag in den Häusern ab 600 Betten dagegen bei rd. 42%.

In Krankenhäusern wurden aber nicht nur die oben genannten Tätigkeiten von den Ärzten an andere Berufsgruppen delegiert, sondern auch andere Tätigkeiten. Die Krankenhäuser nannten folgende Tätigkeiten, wobei die Angaben je Spiegelstrich sich auf ein Krankenhaus beziehen:

- Legen von Urinkathetern
- Kodierung an Dokumentationsassistenten
- Erfassung der pflegerelevanten Nebendiagnosen
- i.v. Injektionen -> Intensivstation
Gips anlegen -> Ambulanz
Antibiose Erstgabe (teilweise)
- Legen von Blasenkatheeter; spezielle Wundversorgung (diabetischer Fuß)
- Es sind verschiedenste Tätigkeiten, die primär dem ÄD zuzurechnen sind, grundsätzlich aber delegierbar sind und von anderen Berufsgruppen ausgeführt werden. I.d.R. ist dieses auch in Verfahrensanweisungen festgelegt, z.B.: peri- u. postoperatives Schmerzmanagement oder Wundversorgung, wie Dekubiti etc.
- Legen von Harnröhren-Dauerkatheter
- Intubation in Anästhesiepflegebereich zu Wiederbelegungszwecken
- teilweise MDK-Prüfverfahren Einzelfälle
- Katheterismus
- Einleitung Reha-Maßnahmen; Kurzberichte an Kostenträger
- teilweise: Entfernen von Wundfäden, -klammern; Entfernen von Redondrg.
- Untersuchungs- und Behandlungsanforderungen
- Bettenbelegung/ Bettensteuerung
- Venenwalker; DRG-Codierung
- Entfernung der Femoraarterien bzw. Katheterschleusen durch Intensivpflegepersonal; arterielle Blutentnahmen überliegende Katheter (BGA)

- Kommunikation mit MDK
- Anlegen von Kurzinfusionen bei liegender Flexüle;
Antibiose anhängen;
ZVK entfernen - ITS -
Wechsel der Perfusorspritze/der Leitung;
Porth-Nadel-Heparinblock und anspülen;
Klammern/Fäden entfernen;
Entfernen von Drainagen;
im OP Bildwandler bedienen
- Das Legen von peripheren, venösen Zugängen, i.v.-Injektionen und das Legen von Braunülen wird von Pflegekräften im Funktionsdienst übernommen.
- Wundmanagement
- Assistent bei OPs (wie z.B. Hakenhalter)
- Validierung
- Funktionstests
- Festlegung von Haupt- und Nebendiagnosen (teilweise)
- Beantwortung von MDK-Anfragen
- Organisation
- OP - Assistenzleistungen
- Dokumentationen
- Entlassmanagement
- Portpunktion nach Anweisung
- Lagerung im OP
- Entfernung von PDK's (Periduralkatheter);
Blasenspülung über Dauerkatheter;
Abstrichentnahme
- MTA Labor: Blutgasanalysen, Thrombozythenabnahmen, Blutzuckerabnahmen;

Nicht-ärztliche Kodierfachkraft: Kodierung von Diagnosen/Prozeduren

- Hilfstätigkeiten bei der Dokumentation in der Patientenakte
- Nahtmaterial entfernen;
Entfernen von Drainagen;
Bedienen von Perfusor und Infusomat
- Patientenmanagement
- Entlassungsmanagement
- administrative Tätigkeiten
- Einarbeitung ärztlicher Mitarbeiter
- Hakenhalter im OP;
Katheterlegen beim Mann
- OP-Bereich: Venenstripping / Nahtschluss;
zusätzliche OP Ausbildungspflege (nicht OTA); Med. Dokumentation
- Infusionen anlegen und wechseln
- Begleitung von Forschungstätigkeit
- Vorbereitung Arztbrief
- Belegungsmanagement (zentral): vorgesehen
- Kodierung von Diagnosen/Prozeduren an klinische Kodierer
- Wundversorgung in der ZNA auf Pflegekräfte
- Blutentnahmen durch Mitarbeiter des Labors (MTA)
- Entfernung von Drainagen
- Anlegen und Schreiben von EKG; BGA bei arteriellem Zugang; endotracheales Absaugen; Entfernen von Portnadeln; Entfernen von Nahtanlagen; Entfernen einer Saugdrainage; Entfernen einer Tamponade; Fäden führen und schneiden; Wechsel der Perfusorspritze, der Leitung und des Filters; Wechsel einer Trachealkanüle
- Bettenmanagement (Belegungsmanagement)

- Fortsetzung der i.v. Chemotherapie
- Zytostatikagabe; Antibiotikagabe;
OP-Lagerung;
nicht invasive Beatmung
- Belegungsplanung
- studentische Hakenhalter im OP
- teilweise EKG-Diagnostik durch Pflegekräfte/Arzthelferin;
Case-Management wird aus Pflegebereichen organisiert
- Medikamentenanamnese
- Beobachtung, Kontrolle und Dokumentation der Wirkung der Schmerztherapie und
Einleitung entsprechender Maßnahmen;
Injektion in liegende Periduralkatheter u. Peritonealraum;
Durchführung von Zystase-Therapien;
Injektionen in ZVK;
Auffüllen/Wechsel in Katheterpumpen und PTA-Pumpen
- Anlegen von Gipsverbänden -> Pflege
Schreiben von CTG -> Pflege
Anhängen von Chemotherapie -> Pflegepersonal in der Onkologie.

Die von den Krankenhäusern genannten Tätigkeiten gehen zum großen Teil ein in die Liste der Tätigkeiten, die von den Ärzten an nicht-ärztliche Berufsgruppen delegiert werden könnten.

Eine weitere Frage im *Krankenhaus Barometer* richtete sich danach, ob in Krankenhäusern im Rahmen von Modellvorhaben oder durch die Entwicklung neuer Berufsbilder bzw. den Einsatz neuer Berufsgruppen eine veränderte Aufgabenverteilung zwischen Ärztlichem Dienst und anderen Berufsgruppen geplant oder erreicht worden ist. Bei der Frage ging es nicht mehr um die Delegation, sondern um die Neu-Allokation von Tätigkeiten. Die originäre Zuständigkeit für eine Tätigkeit liegt damit nicht mehr bei den Ärzten, sondern bei einer anderen Berufsgruppe.

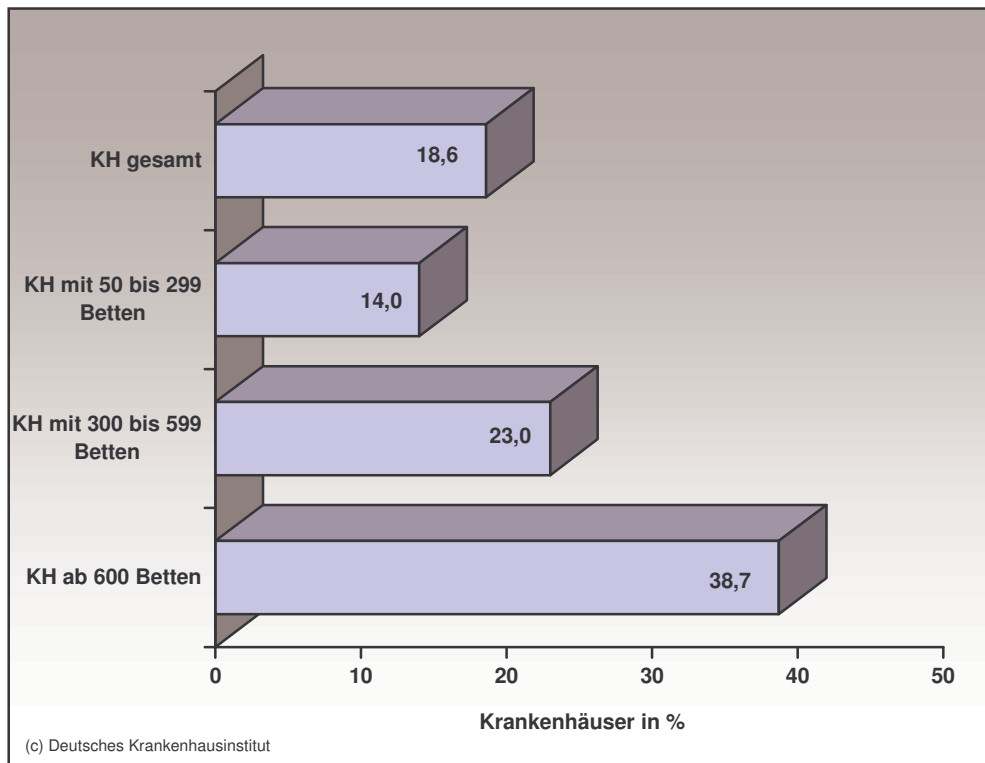


Abb. 7: Neue Aufgabenverteilung zwischen Ärzten und nicht-ärztlichen Berufsgruppen

Hier spielten offensichtlich Größenunterschiede eine Rolle. Je größer die Krankenhäuser sind, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass es zu einer Übertragung von Tätigkeiten kam.

Gefragt danach, um welche Berufsgruppen es sich handeln würde, wurden von den Krankenhäusern folgende Angaben gemacht:

- OTA im OP
- Arzthelferinnen im OP
- Chirurgische Assistenten im OP-Bereich/ Bachelor of Science in Physician Assistance
- Gefäßchirurgische Assistenten
- Anästhesietechnische Assistenten
- Stationsassistenten
- Medizinische Dokumentations-Assistenten.

Im Rahmen der mittelfristigen Umsetzung von übertragungsfähigen Leistungen werden einige dieser Tätigkeiten weiter untersucht.

4 Literaturanalyse

4.1 Entwicklung eines Analyserasters

Zielsetzung der Literaturanalyse war eine *systematische* Sichtung der Vorschläge, Modellversuche und Beispiele zur Neuordnung der ärztlichen Tätigkeit. Basis hierfür war das von der Geschäftsstelle der Deutschen Krankenhausgesellschaft vorgelegte Arbeitspapier zur „Übertragung ärztlicher Aufgaben auf andere Berufsgruppen im Krankenhaus“.

Die Auswertung der Literatur wurde anhand eines einheitlichen Analyserasters durchgeführt, welches dazu diente, die vorliegenden Modelle und Beispiele zu systematisieren.

Das Analyseraster bestand aus mehreren Ebenen, die nachfolgend dargestellt werden sollen.

1. Inhaltliche Ebene

- Welche Tätigkeit wird übertragen?
- Welche Probleme treten bei der Bereitschaft zur Delegation und der Übernahme von Aufgaben auf?

2. Qualifikations-Ebene

- An wen mit welcher Qualifikation werden Tätigkeiten übertragen?

3. Rechtliche Ebene

- Wie ist die rechtliche Ausgangslage hinsichtlich der Delegationsfähigkeit?
- Haftungsrecht (z.B. Ausführungsverantwortung)?
- Arbeitsrecht (z.B. Weisungsrecht des Arbeitgebers)?
- Sonstiges Recht (z.B. persönliche Leistungserbringung)?

4. Ökonomische Ebene

- Welche Auswirkungen hat die Übertragung auf das Krankenhaus?

5. Organisatorische Ebene

6. Entscheidungs-Ebene

- Welche Anforderungen müssen erfüllt sein, damit eine Übertragung der ärztlichen Tätigkeiten erfolgen kann (z.B. Patientenklintel, Leistungskatalog, Hinzuziehungsregeln)?

7. Fristigkeit der Umsetzung

- Können die Maßnahmen eher kurzfristig oder eher mittelfristig umgesetzt werden?

Die Analyse der aus Deutschland stammenden Beispiele und Modellversuche hatte solche ärztlichen Tätigkeiten zum Gegenstand, die schon heute von Ärzten auf nicht-ärztliche Berufsgruppen verlagerbar sind, ohne dass rechtliche Probleme aufgeworfen werden.

Die Analyse der internationalen Literatur zur Arbeitsverteilung zwischen Ärzten und anderen Berufsgruppen hatte dagegen ausschließlich solche Modelle zum Gegenstand, die zumindest kurzfristig nicht ohne weiteres auf Deutschland übertragbar sind. Die Berücksichtigung ausgewählter Beispiele sollte dennoch erfolgen, da sie aufzeigen, welche Verteilung der Tätigkeiten prinzipiell möglich ist, ohne die Gesundheit der Patienten zu gefährden. Für eine Berücksichtigung spricht auch, dass von einzelnen Modellen durchaus nennenswerte quantitative Effekte ausgehen könnten.

In den Bericht eingegangen sind lediglich ausgewählte ausländische Modelle, da der Fokus des Gutachtens auf andere Aspekte ausgerichtet war.

4.2 Die Ausbildung in der Krankenpflege als Grundlage für die Qualifikations-Ebene

Für die Frage, ob und welche ärztlichen Tätigkeiten an das Pflegepersonal delegiert werden können, ist grundlegend, welche medizinischen Tätigkeiten in der Ausbildung des Pflegepersonals vermittelt werden. Es geht also um die Frage, welche grundsätzlichen Qualifikationen das Pflegepersonal neben der Pflegekompetenz aufweist. Der Sachverständigenrat führt hierzu aus: „Vor einer Delegation sind also sowohl die Aus- und Weiterbildungsabschlüsse als auch die individuellen Befähigungen zu prüfen. Erschwert wird

die Überprüfung der formellen Eignung des Qualifikationsempfängers durch Unterschiede in den landesrechtlich geregelten Aus- und Weiterbildungen.“¹²

Das „Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG)“ in der Fassung vom 16.7.2003 nennt in § 3 Abs. 2 Nr. 2 als Ausbildungsziel, dass die Ausbildung für die Pflege insbesondere dazu befähigen soll, „die folgenden Aufgaben im Rahmen der Mitwirkung auszuführen:

- a) eigenständige Durchführung ärztlich veranlasster Maßnahmen,
- b) Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation ...“

Um Mindestanforderungen an die Ausbildungen zu gewährleisten, wurde auf Grund des § 8 KrPflG die „Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV)“ erlassen, die näheres zum Inhalt und Umfang der Ausbildung enthält.

In Anlage 1 der „Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege“ wird der Mindestinhalt des theoretischen und praktischen Unterrichts konkretisiert. Von besonderer Relevanz ist hier Punkt 8, der überschrieben ist mit „Bei der medizinischen Diagnostik und Therapie mitwirken“. Die Ausbildungsinhalte werden dann wie folgt beschrieben: „Die Schülerinnen und Schüler sind zu befähigen,

- in Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten sowie den Angehörigen anderer Gesundheitsberufe die für die jeweiligen medizinischen Maßnahmen erforderlichen Vor- und Nachbereitungen zu treffen und bei der Durchführung der Maßnahmen mitzuwirken,
- Patientinnen und Patienten bei Maßnahmen der medizinischen Diagnostik und Therapie zu unterstützen,
- Ärztlich veranlasste Maßnahmen im Pflegekontext eigenständig durchzuführen und die dabei relevanten rechtlichen Aspekte zu berücksichtigen.“

Allerdings bieten weder die Formulierung des Krankenpflegegesetzes („eigenständige Durchführung ärztlich veranlasster Maßnahmen“) noch die der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung („Ärztlich veranlasste Maßnahmen im Pflegekontext eigenständig durchzuführen“) Hinweise darauf, welche *konkreten* Tätigkeiten an Pflegekräfte delegiert werden dürfen bzw. eigentlich schon originäre Tätigkeiten der Pflege darstellen. Hinweise

¹² Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung, a.a.O., S.103.

dazu bieten dagegen die Lehrpläne der Bundesländer für die Ausbildung „Gesundheits- und Krankenpflege“.

Arbeitsfassung des Lehrplanentwurfs Gesundheits- und Krankenpflege Thüringen

Der Lehrplanentwurf des Thüringer Kultusministeriums¹³ sieht das Lernfeld „Bei der Diagnostik und Therapie mitwirken“ vor. Als kompetenzbezogene allgemeine Lernziele wird die Mitwirkung bei den erforderlichen Maßnahmen herausgestellt. Die Schüler sollen eigenständig ärztlich veranlasste Maßnahmen im Rahmen ihres Pflegehandelns durchführen.

In diesem Lernfeld werden verschiedene Lernfeldabschnitte/ Themen behandelt. Hierbei handelt es sich u.a. um folgende Themen:

- Injektionen
- Infusionen
- Blutentnahmen
- Transfusionen
- Punktionen und Biopsien
- Bildgebende Verfahren
- Prä-, intra- und postoperative Betreuung
- Wundbehandlung
- Sonden, Drainagen und Saugsysteme

Bei den Lernzielen und Lerninhalten ist ein abgestuftes Verfahren für die eigenständige Durchführung von ärztlich veranlassten Maßnahmen vorgesehen. Die Stufen reichen von „Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten **im Zusammenhang mit ...**“ über „Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in Bezug **auf die Mitwirkung bei ...**“ bis hin zu „Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten **zur Durchführung von...**“.

Bei allen der oben genannten Themen muss also jeweils genau auf die Lernziele und Lerninhalte geachtet werden, um feststellen zu können, welche Tätigkeiten originäre Tätigkeiten der Pflege oder delegationsfähige Leistungen seitens der Ärzte sind.

In der folgenden Übersicht sind die für diese Untersuchung relevanten Themen mit ihren jeweiligen Lernzielen und Lerninhalten aufgeführt.

¹³ Thüringer Kultusministerium: Arbeitsfassung des Lehrplanentwurfs Gesundheits- und Krankenpflege, Erfurt 2005.

Injektionen	
Lernziele	Lerninhalte
Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Mitwirkung bei der Durchführung von subcutanen und intramuskulären Injektionen	Durchführung von Injektionen - subcutane Injektionen - intramuskuläre Injektionen
Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Mitwirkung in Bezug auf die Mitwirkung bei intravenösen Injektionen	Mitwirkung bei intravenösen Injektionen
Infusionen	
Lernziele	Lerninhalte
Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Mitwirkung bei der Infusionstherapie	- Durchführung - Flüssigkeitsbilanzierung - Besonderheiten zentralvenöse Infusionen - Messung des zentralen Venendrucks
Blutentnahmen	
Lernziele	Lerninhalte
Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Durchführung von Blutentnahmen	Kapillare Blutentnahme und venöse Blutentnahme - Vorbereitung - Durchführung - Nachsorge - Gefahren, Komplikationen, Sofortmaßnahmen
Transfusionen	
Lernziele	Lerninhalte
Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Mitwirkung bei der Transfusionstherapie	- Voruntersuchungen - Vorbereitung - Mitwirkung beim Anlegen - Überwachung - Nachbereitung - Transfusionsreaktionen, Sofortmaßnahmen
Sonden, Drainagen und Saugsysteme	
Lernziele	Lerninhalte
Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Mitwirkung beim Legen, Überwachen und Entfernen von ausgewählten Sonden, Drainagen und Saugsystemen	- Magensonde - Gallenablaufsonde - Penrose-Drainage - Robinson-Drainage - Redondrainage - Spül-/ Saugdrainage

Tab. 2: Lernziele und Lerninhalte ausgewählter Themen - Thüringen

Rahmenplan für den theoretischen und praktischen Unterricht und die praktische Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin in Brandenburg

Im 3. Rahmenplan, der vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg herausgegeben wurde, sind im Themenbereich 8 „Bei der medizinischen Diagnostik und Therapie mitwirken“ verschiedene Lehrinhalte aufgeführt.¹⁴

Im Lehrinhalt „Medikamente verabreichen“ soll u.a. als Wissen die Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der subkutanen und intramuskulären Injektion vermittelt werden.

Die Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der Blutentnahme ist Wissensbestandteil des Lerninhaltes „Bei medizinisch-invasiven Eingriffen assistieren bzw. die Patienten/Klienten pflegen“.

Im Rahmen des Lehrinhaltes „Bei der Infusions- und Transfusionstherapie assistieren“ ist als Wissensbestandteil die Messung des Zentral-Venösen-Druckes vorgesehen.

Ausbildungsrichtlinie für die staatlich anerkannten Kranken- und Kinderkrankenpflegeschulen in NRW

Die vom Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen herausgegebene Richtlinie sieht im Lernbereich I „Pflegerische Kernaufgaben“ die Qualifizierung für die Aufgaben vor, „von denen angenommen wird, dass sie gegenwärtig und zukünftig den Kern pflegeberuflichen Handelns ausmachen ...“¹⁵ Hierzu zählt auch die Assistenz bei der medizinischen Diagnostik und Therapie.

Der „Teilbereich: Bei der medizinischen Diagnostik und Therapie assistieren und in Notfällen handeln“ beinhaltet verschiedene Lerneinheiten, von denen einige in dem hier betrachteten Zusammenhang eine hohe Relevanz aufweisen.

Die Zielsetzung in der Lerneinheit „**Injizieren**“ lautet: „In einem ersten Teil werden den Lernenden allgemeine Grundsätze des Injizierens vermittelt, die sie am vergleichsweise einfachen Beispiel des subcutanen Injizierens vertiefen bzw. anwenden können. Der zweite

¹⁴ Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg: 3. Rahmenplan für den theoretischen und praktischen Unterricht und die praktische Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin in Brandenburg, Potsdam 2005, S. 53ff.

¹⁵ Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen: Ausbildungsrichtlinie für die staatlich anerkannten Kranken- und Kinderkrankenpflegeschulen in NRW, Düsseldorf 2003, S.8.

Teil dient dann dem Erwerb von anspruchsvolleren Fertigkeiten zum Durchführen der intramuskulären Injektion.“¹⁶

Die Lerneinheit „**Bei der Infusionstherapie assistieren**“ nennt als Zielsetzung den Erwerb von Kenntnissen und Fertigkeiten, die zur Assistenz beim Legen eines venösen Zugangs, zum Vorbereiten einer Infusion und zum Überwachen der Infusionstherapie befähigen. Konkret werden als pflegerische Aufgaben bei der Durchführung der Infusionstherapie das Überwachen der Infusion bzw. des Infusionsprogrammes, das Überwachen und Bilanzieren des Flüssigkeitshaushaltes, Überwachen und Versorgen des venösen Zuganges, Maßnahmen zum Vermeiden bzw. beim Auftreten von Komplikationen genannt.

Rahmenlehrplan für die Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in Hessen

Der vom Hessischen Sozialministerium herausgegebene Entwurf eines Rahmenlehrplanes¹⁷ differenziert im „Themenbereich 8: Bei der medizinischen Diagnostik und Therapie mitwirken“ zwischen der Mitwirkung und der eigenständigen Durchführung ärztlich veranlasster Maßnahmen.

Als Lerninhalte bei der Mitwirkung bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sind u.a. Punktionen (z.B. Lumbalpunktion, Gelenkpunktion, Pleurapunktion), Transfusionen oder der Bereich „Funktionsdiagnostik“ zu finden.

Als Ziel bei der eigenständigen Durchführung ärztlich veranlasster Maßnahmen wird neben der Beherrschung der grundlegenden Fertigkeiten im Pflegekontext auch die Durchführung diagnostisch und therapeutisch relevanter Pflorgetechniken genannt. Es werden beispielsweise folgende Inhalte genannt¹⁸:

- Umgang mit Zugängen, z.B.
 - Portsystemen
 - Zentrale Zugänge
 - Periphere Zugänge

¹⁶ Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen: Ausbildungsrichtlinie ..., a.a.O., S.31.

¹⁷ Hessisches Sozialministerium: Entwurf Rahmenlehrplan für die Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in Hessen, Wiesbaden 2005.

¹⁸ Hessisches Sozialministerium: Entwurf Rahmenlehrplan ..., a.a.O., S.117f.

- Verbandstechniken, besondere Verbände und ihre Ziele, z.B.
 - Gipsverband
 - Kompressionsverband
 - Vakuumversiegelung
- Gewinnung von und Umgang mit Untersuchungsmaterial, z.B.
 - Wundabstriche
 - Blutkulturen
 - Mittelstrahlurin

Rahmenlehrplan und Ausbildungsrahmenplan für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege des Landes Rheinland-Pfalz

Der vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz herausgegebene Rahmenlehrplan¹⁹ sieht in Modul 5 als Kompetenz für die Lernenden die Verabreichung ärztlich verordneter Arzneimittel vor. Als konkrete Inhalte werden genannt²⁰:

- Betäubungsmittel verabreichen
 - Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der Applikation von Betäubungsmitteln
- Arzneimittel parenteral verabreichen
 - Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung parenteraler Applikationen
 - Injektionen
 - Infusionen

Lehrplan für die Berufsfachschule Gesundheits- und Krankenpflege/ Gesundheits- und Kinderkrankenpflege des Freistaates Sachsen

Im vom Sächsischen Staatsministerium für Kultus herausgegebenen Lehrplan findet sich im Lernfeld „Bei Maßnahmen der Diagnostik und Therapie mitwirken und ärztlich veranlasste Maßnahmen im Pflegekontext durchführen“ die Zielformulierung, dass die Schülerinnen und Schüler entsprechend der ärztlichen Anordnungen bei diagnostischen und therapeutischen

¹⁹ Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz: Rahmenlehrplan und Ausbildungsrahmenplan für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege des Landes Rheinland-Pfalz, Mainz 2005.

²⁰ Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz: Rahmenlehrplan ..., a.a.O., S.23.

Maßnahmen mitwirken.²¹ Als Inhalte werden u.a. Injektionen, Blutentnahmen, Infusionen oder Punktionen und Biopsien angesprochen.

Diese Auflistung der Inhalte der Rahmenlehrpläne verdeutlicht, dass eine Reihe von ärztlichen Tätigkeiten schon heute in der Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpfleger verankert sind. Es liegt somit eine grundlegende Qualifikation der Pflegekräfte für diese Leistungen vor. Das hat u.a. Auswirkungen auf haftungsrechtliche Fragen.

Allerdings sind nicht alle Rahmenlehrpläne hinreichend detailliert. Es wäre ggf. zu überprüfen, inwieweit sich hieraus unterschiedliche rechtliche Konsequenzen für die Delegation von Leistungen des ärztlichen Dienstes ergeben.

4.3 Leitfaden des VPU

Der „Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätsklinik VPU e.V.“ hat im März 2007 eine überarbeitete und erweiterte Auflage des Leitfadens „Übernahme ärztlicher Tätigkeiten. Praktische und rechtliche Grenzen bei der Delegation ärztlicher Tätigkeiten“ veröffentlicht.²²

Anhand eines einfachen visuellen Musters („Ampelrichtlinie“) erfolgt eine Einteilung ärztlicher Tätigkeiten, die nach Einschätzung des VPU zur Delegation fähig oder nicht fähig sind. Ob die ärztlichen Tätigkeiten von nicht-ärztlichen Mitarbeitern übernommen werden dürfen, hängt nicht zuletzt auch von der Berufsgruppe und der damit verbundenen Qualifikation ab.

Die Zusammenstellung von Tätigkeiten, die

- zur Delegation nicht geeignet sind,
- zur Delegation geeignet sind,
- eine pflegerische Tätigkeit im Rahmen der Mitwirkung darstellen,

ist sehr umfassend und umfangreich.

Für die Berufsgruppen der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger(innen) wird beispielsweise folgende Zuordnung vorgenommen:

²¹ Sächsisches Staatsministerium für Kultus: Lehrplan für die Berufsfachschule Gesundheits- und Krankenpflege/ Gesundheits- und Kinderkrankenpflege des Freistaates Sachsen, Dresden 2005, S. 41.

²² Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätsklinik in Deutschland VPU e.V.: Übernahme ärztlicher Tätigkeiten. Praktische und rechtliche Grenzen bei der Delegation ärztlicher Tätigkeiten, Münster 2007.

4

BEISPIELHAFT TÄTIGKEITSFELDER NACH QUALIFIKATION

**Beispielhafte Tätigkeitsfelder nach Qualifikation
Gesundheits- und Krankenpfleger(-in),
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(-in)**

ZUR DELEGATION NICHT GEEIGNETE TÄTIGKEITEN IM RAHMEN DER MITWIRKUNG

- Anlage einer PEG-Sonde
- Anlage und Wechsel einer Blutkonserve
- Anlage eines peripheren arteriellen Zuganges
- Anlage eines ZVK
- Applikation von Röntgenkontrastmittel
- Defibrillation (außer AED*)
- Extubation
- Intubation

ZUR DELEGATION GEEIGNETE TÄTIGKEITEN IM RAHMEN DER MITWIRKUNG

- Anlage von Kurzinfusionen
- Anlage einer Venenverweilkanüle
- Anlage eines Gipsverbandes
- Anlage und Pflege einer Vakuumversiegelung
- Anlegen und Entfernen (Extraktion) der Heparinblockung eines Portkatheters
- Anlegen und Entfernen (Extraktion) der Heparinblockung eines ZVK
- Anlegen und Schreiben von EKG/Langzeit-EKG
- Anspülen eines ZVK mit 0,9% NaCl-Lösung
- BGA bei arteriellem Zugang
- Durchführung einer venösen Blutentnahme
- Durchführung einer kapillaren Blutgasanalyse
- Durchführung eines Tuberkulin-Tests (Quaddelsetzung)
- Entfernen (Extraktion) einer Portnadel
- Entfernen (Extraktion) eines ZVK
- Entfernen einer Saugdrainage
- Entfernen einer Tamponade
- i.v.-Applikation von Antibiotika
- i.v.-Applikation von Zytostatika
- i.v.-Injektion
- Injektion in liegende Infusionssysteme
- Punktion eines Portkatheters
- Wechsel der Perfusorspritze, der Leitung und des Filters
- Wechsel einer Trachealkanüle

PFLEGERISCHE TÄTIGKEIT IM RAHMEN DER MITWIRKUNG

- Anlage einer transnasalen Sonde
- Anlage eines harnableitenden Katheters
- BZ-Messung und Insulinapplikation nach Bedarfmedikation
- Endotracheales Absaugen
- Medikamentengabe
- Entfernen (Extraktion) von Nahtanlagen (Fäden und Klammern)
- i.m. Injektion
- Messung des ZVD
- s.c. Injektion

20

*AED=„automatic external defibrillator“, halbautomatischer Defibrillator

ÜBERNAHME ÄRZTLICHER TÄTIGKEITEN - PRAKTISCHE UND RECHTLICHE GRENZEN BEI DER DELEGATION ÄRZTLICHER TÄTIGKEITEN

Abb. 8: Delegationsfähige Tätigkeiten nach Leitfaden VPU

Darüber hinaus werden für die nachfolgend aufgeführten Berufsgruppen beispielhafte Tätigkeiten anhand des oben aufgeführten Schemas umfangreich dargestellt:

- Fachweitergebildetes Personal „Intensivpflege und Anästhesie“
- Fachweitergebildetes Personal „Funktionspflege/ Operationspflege“
- Fachweitergebildetes Personal „Onkologische Pflege“
- Operationstechnische Assistentinnen und Assistenten (OTA)
- Krankenpflegehelfer(-in)/ Altenpflegehelfer(-in) mit einjähriger Ausbildung, nur unter Anleitung und Verantwortung von Pflegekräften.

In einem abschließenden Kapitel wird kurz auf die innerbetrieblichen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen eingegangen. Hier werden u.a. folgende Punkte angerissen, die für die erfolgreiche Umsetzung von entscheidender Bedeutung sind:

- Verbindliche Vorgaben
 - Anordnungs- und Durchführungsverantwortung der Maßnahme
 - Aufklärung und Information des Patienten
 - Dokumentation
 - Zuständigkeiten
- Medikamenten-Positivliste
- Befähigungsnachweis
- Arbeitsvertrag

Das Resümee des Leitfadens lautet: „Es gibt zwar keine pauschale Formel, inwieweit Gesundheits- und Kranken- bzw. Kinderkrankenpfleger Aufgaben übernehmen dürfen, die auch die ärztliche Zuständigkeit berühren und in wieweit Pflegekräfte aufgrund ärztlicher Delegation tätig werden können. Grundsätzlich kann man aber sagen, es haftet wer in der Durchführung ärztlicher Tätigkeit die erforderliche Sorgfalt außer acht lässt; dabei ist der Standard der ärztlichen Berufsgruppe zu gewährleisten.“²³

Die im Leitfaden des VPU aufgeführten einzelnen Leistungen werden zusammen mit den von den Krankenhäusern im Rahmen des *Krankenhaus Barometers* genannten ärztlichen Leistungen erfasst und anhand der Fragestellungen des Forschungsvorhabens qualifiziert.

²³ Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätsklinika in Deutschland VPU e.V.: Übernahme ärztlicher Tätigkeiten, a.a.O., S.33.

5 Die juristische Problemstellung

(Prof. Dr. Karl Otto Bergmann)

Die Frage der Neuordnung von Aufgaben des ärztlichen Dienstes ist spätestens nach dem Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: „Kooperation und Verantwortung“ auch kontroverses Thema unter den Juristen.²⁴ Die aktuellen legislativen Entwicklungen, insbesondere der Gesetzesentwurf zu § 63 Abs. 3c SGB V, mit dem im Modellvorhaben ärztliche Behandlung auch bei Leistung durch Nichtärzte zulässig sein soll, wirft eine Fülle von rechtlichen Problemen auf²⁵. Der Arbeitskreis „Ärzte und Juristen“ der AWMF beschäftigte sich am 28. und 29.04.2006 mit demselben Thema. Auch in der pflegerechtlichen Literatur werden Probleme der Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen auf Pflegeberufe eingehend diskutiert²⁶. Die Probleme der Delegation oder Neuordnung ärztlicher Tätigkeiten werden fokussiert durch drei Fragestellungen:

- (1) Was ist kraft Gesetzes Aufgabe des Arztes bzw. des nichtärztlichen Dienstes?
- (2) Welche rechtlichen Einschränkungen gibt es für die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal?
- (3) Unter welchen Voraussetzungen ist die Neuordnung der Aufgabenverteilung zulässig?

5.1 Berufsrechtliche Aufgabenverteilung zwischen Ärzten und Pflegekräften

Die berufsrechtliche Aufgabenverteilung zwischen Ärzten und Pflegekräften ergibt sich aus verschiedenen Rechtsquellen²⁷.

Gemäß § 2 Abs. 5 der Bundesärzteordnung ist die Ausübung des ärztlichen Berufs die Ausübung der Heilkunde. Die Ausübung der Heilkunde ist nach Narr „die auf ärztlich-wissenschaftliche Erkenntnis gerichtete und auf der Approbation als Arzt beruhende

²⁴ Vgl. zuletzt Wienke, Albrecht: Delegation ärztlicher Verantwortung auf nicht-ärztliches Personal, Vortrag vor der Kaiserin-Friedrich-Stiftung bei dem 36. Symposium für Juristen und Ärzte am 22.02.2008.

²⁵ Vgl. bereits Gaibler, T./Trenkler, C., Rechtliche Grundprinzipien bei arbeitsteiligem Zusammenwirken im Verhältnis Arzt-Pflegekraft, in: Berg, Dietrich/ Ulsenheimer, Klaus, Patientensicherheit, Arzthaftung, Praxis- und Krankenhausorganisation, Berlin-Heidelberg-New York, S. 111-123.

²⁶ Vgl. Roßbruch, Robert: Zur Problematik der Delegation ärztlicher Tätigkeiten an das Pflegefachpersonal auf Allgemeinstationen unter besonderer Berücksichtigung zivilrechtlicher, arbeitsrechtlicher und versicherungsrechtlicher Aspekte, in: Pflegerecht 2003, S. 95-102, 139-149, vgl. Böhme, Hans / Hasseler, Martina, Delegation, Standortbestimmung Pflege, in: Die Schwester/Der Pfleger 45 (2006), S. 664-668.

²⁷ Ein guter Überblick über diese schwierige Thematik findet sich in Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung, a.a.O., S. 93-98.

praktische, wissenschaftliche oder verwaltende Tätigkeit, die sich unmittelbar auf die Verhütung, Früherkennung, Heilung oder Linderung menschlicher Krankheiten, Körperschäden oder Leiden bezieht“.²⁸

Der Begriff der Heilkunde wird bisher in § 1 des Heilpraktikergesetzes vom 17.02.1939 wie folgt definiert:

„Ausübung der Heilkunde im Sinne dieses Gesetzes ist hier die berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen, auch wenn sie im Dienst von anderen ausgeübt wird.“

Nach dieser Vorschrift bedarf derjenige, der die Heilkunde, ohne als Arzt bestellt zu sein, ausüben will, dazu der Erlaubnis. Damit lässt sich nach der Legaldefinition lediglich festhalten, dass die Ausübung des ärztlichen Berufes die Ausübung der Heilkunde unter der Berufsbezeichnung „Arzt“ oder „Ärztin“ ist.

Der Bezug auf die Ausübung der Heilkunde als Kennzeichen des Arztberufes hat den Nachteil, dass damit eine sehr weit gefasste und sehr allgemeine Definition vorliegt, die nicht geeignet ist, die originäre ärztliche Tätigkeit einzugrenzen. Der Sachverständigenrat resümiert daher auch: „Somit lässt sich das ärztliche Tätigkeitsfeld nicht eindeutig von dem der anderen Gesundheitsberufe abgrenzen“.²⁹

Lediglich in Ausnahmefällen wird gesetzlich normiert, dass eine Tätigkeit von einem Arzt auszuführen ist. So wird beispielsweise in § 5 Abs. 1 des Gesetzes zur Regelung des Transfusionswesens (Transfusionsgesetz - TFG) normiert, dass die Auswahl der spendenden Personen „unter der Verantwortung einer ärztlichen Person nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik für tauglich befunden worden sind und die Tauglichkeit durch eine ärztliche Person festgestellt worden ist“. In § 7 Abs. 2 wird dann allerdings offener formuliert: „Die Entnahme der Spende darf nur durch eine ärztliche Person oder durch anderes qualifiziertes Personal unter der Verantwortung einer ärztlichen Person erfolgen“.

²⁸ Narr, Helmut: Ärztliches Berufsrecht, 2. Auflage, Köln 1988, Loseblatt, Anmerkung 20.

²⁹ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung, a.a.O., S. 96. Ähnlich Dettmeyer, Reinhard: Medizin und Recht. Rechtliche Sicherheit für den Arzt, 2., vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage, Heidelberg 2006, S. 286.

Das Sozialgesetzbuch (SGB) V regelt die Aufgabenverteilung zugunsten der Ärzte noch am eindeutigsten. Gemäß § 15 Abs. 1 SGB V erbringen Ärzte die ärztliche Behandlung. „Sind Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich, dürfen sie nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt (Zahnarzt) angeordnet und von ihm verantwortet werden.“ Weiter ausgeführt wird dies in § 28 Abs. 1 SGB V. Dort wird normiert, dass die ärztliche Behandlung die Tätigkeit des Arztes umfasst, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Allerdings zählt zur ärztlichen Behandlung auch die Hilfeleistung anderer Personen. Diese muss aber vom Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten sein.

In Übereinstimmung mit §§ 15 und 28 SGB V fordert § 15 Bundesmantelvertrag-Ärzte:

„Jeder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt ist verpflichtet, die vertragsärztliche Tätigkeit persönlich auszuüben. ... Persönliche Leistungen sind ferner Hilfeleistungen nichtärztlicher Mitarbeiter, die der Arzt anordnet und fachlich überwacht, wenn der nichtärztliche Mitarbeiter zur Erbringung der jeweiligen Hilfeleistung qualifiziert ist.“

Was jedoch delegiert werden kann, ist weder im SGB V noch in anderen gesetzlichen Vorschriften geregelt. Lediglich für Zahnärzte bestimmt § 1 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde, dass approbierte Zahnärzte im Einzelnen aufgeführte Tätigkeiten an dafür qualifiziertes Prophylaxepersonal mit abgeschlossener Ausbildung delegieren kann, u.a. Röntgenaufnahmen, Entfernung von Belägen, Herstellung provisorischer Kronen und Brücken, Erklärung der Ursache von Karies und Parodontopathien sowie Einfärben der Zähne etc.

Prüft man andererseits die berufsrechtlichen Bestimmungen für das nichtärztliche Personal, zeigt sich folgendes Bild: Obgleich das Krankenpflegegesetz ein Berufszulassungs- und kein Berufsbildgesetz darstellt³⁰, können ihm dennoch wichtige Hinweise über das vom Gesetzgeber intendierte Berufsbild der „Gesundheits- und (Kinder-)krankenpfleger/in“ entnommen werden. Gemäß § 3 Abs. 1 Krankenpflegegesetz ist „die Pflege auf die Wiedererlangung, Verbesserung, Erhaltung und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit des zu pflegenden Menschen auszurichten“.

³⁰ Sträßner, Heinz: Haftungsrecht für Pflegeberufe. Ein Leitfaden, Stuttgart 2006, S. 250. Vgl. auch Dettmeyer, Reinhard: Medizin und Recht, a.a.O., S. 147.

Anders als im „Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers“ oder im Österreichischen Krankenpflegegesetz gibt es keine Definition von Vorbehaltsaufgaben, also Aufgaben und Tätigkeiten, die ausschließlich von Pflegekräften zu erbringen sind.

Somit bleibt als Zwischenergebnis festzustellen, dass gesetzliche Bestimmungen - bis auf wenige Ausnahmen - die Zuordnung der Einzelaufgaben innerhalb des Aufgabenbereichs der Heilkunde an den Arzt oder das nichtärztliche Personal nicht regeln.

In diesen Zusammenhang sind die aktuellen legislativen Entwicklungen zu stellen. Nachdem der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD aus November 2005 dem Parlament die Prüfung auferlegte, inwieweit nichtärztliche Heilberufe stärker in Versorgungskonzepte einbezogen werden können und zur Vorbereitung eine interministerielle Arbeitsgruppe eingesetzt wurde, forderte das Gutachten des Sachverständigenrats zur Kooperation und Verantwortung im Gesundheitswesen 2007 eine neue Arbeitsverteilung zwischen den Gesundheitsberufen, eine Neufassung des Begriffs der Heilkunde im Heilpraktikergesetz und ernsthafte Bemühungen um die Abgrenzungen der Tätigkeitsgebiete, darunter auch ein Erprobungsmodell zur Delegation und Substitution.

Mit dem Kabinettsentwurf zum „Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)“ beabsichtigt der Gesetzgeber (zunächst auf der Basis von Modellvorhaben), auch in Deutschland einen neuen Weg zu beschreiten. § 63 Abs. 3c SGB V lautet:

„Modellvorhaben nach Abs. 1 können eine Übertragung der ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbständige Ausübung von Heilkunde handelt und für die Angehörige der im Krankenpflegegesetz geregelten Berufe aufgrund einer Ausbildung nach § 4 Abs. 7 des Krankenpflegegesetzes qualifiziert sind, auf diese vorsehen. Satz 1 gilt für die Angehörige des im Altenpflegegesetz geregelten Berufes aufgrund einer Ausbildung nach § 4 Abs. 7 des Altenpflegegesetzes entsprechend.“

In der Begründung heißt es: „Da es sich hierbei um die eigenständige Ausübung von Heilkunde handelt, kann sich die Befugnis nur auf den Umfang der Tätigkeiten beziehen, die Gegenstand einer vorangegangenen zusätzlichen Ausbildung und staatlichen Prüfung waren.“

Der Gesetzgeber orientiert sich somit konkret an den Empfehlungen des Sachverständigenrates, wonach die Einführung von Vorbehaltsaufgaben für einzelne

nichtärztliche Heilberufe kein geeignetes Mittel zur Neuverteilung der Aufgaben bildet, da sie neuerlich unflexible Strukturen schaffen würden.

Der Bundesrat lehnte entsprechend der gemeinsamen Stellungnahme der BÄK und KBV vom 30.10.2007 in seiner Stellungnahme zu dem Gesetzentwurf vom 30.11.2007 die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf nichtärztliches Personal aus grundsätzlichen Erwägungen ab. Hintergrund ist der Schutzgedanke, der dem Prinzip innewohnt, dass ärztliche Behandlung nur von approbierten Ärzten erbracht wird und Hilfeleistungen anderer Personen, soweit erforderlich, nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt angeordnet und von ihm verantwortet werden. Der Bundesrat empfiehlt zunächst eine Bestandsaufnahme und gegebenenfalls Neubewertung von Aufgaben aller Gesundheitsfachberufe.

Insofern kann derzeit nicht genau eingeschätzt werden, ob, und wenn ja, inwieweit, ein solcher „Quantensprung“ im Zuge des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes herbeigeführt wird. Die Gegenäußerung der Bundesregierung vom 12.12.2007, mit der die Stellungnahme des Bundesrates abgelehnt wird, spricht für eine Verwirklichung des Gesetzesvorhabens. Das Gesetz soll zum 01. Juli 2008 in Kraft treten.

Die Entwicklungen innerhalb der Selbstverwaltungsaufgaben der Ärzteschaft, die Entwicklung zu medizinischen Kooperationen wie MVZ mit angestellten Ärzten, mit dem Rückgang der Freiberuflichkeit, der teilweisen Aufgabe der persönlichen Leistungserbringung sowie der Filialisierung ärztlicher Leistungen sprechen für ein Fortschreiten der Gesetzesentwicklung in Richtung Neuordnung ärztlicher Tätigkeiten. Umso mehr gilt es, haftungsrechtliche Grundsätze als Maßstab für die Neuordnung ärztlicher Tätigkeiten zu geben. Zu Recht hat bereits der Sachverständigenrat darauf hingewiesen, dass sich unter der gegenwärtigen Rechtslage bei der Übertragung ärztlicher Aufgaben in erster Linie haftungsrechtliche Aufgaben stellen³¹. Denn Arbeitsteilung in der Medizin kann nicht anders als patientenorientierte Risikobegrenzung verstanden werden. Arbeitsteilung setzt haftungsrechtlich voraus, dass die mit ihr verbundenen Risiken sicher begrenzt werden können. Maßstab muss sein, ob die Übertragung noch den Anforderungen ordnungsgemäßer Berufsausübung genügt. Maßstab kann also nur die verkehrsübliche Sorgfalt des jeweiligen Berufsstandes sein (§ 276 BGB).

³¹ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung, a.a.O., S 101.

5.2 Haftungsmaßstäbe der Rechtsprechung

Prüft man den Meinungsstand in der Rechtsprechung zur Frage der Zuordnung von Aufgaben der Heilkunde an die Berufsgruppen, ergibt sich folgendes Bild:

Aufgabe der Rechtsprechung ist es, einen konkreten Konfliktfall aus dem Arzt-/Krankenhaus-Patientenverhältnis zu lösen, nicht etwa allgemeingültige Kriterien und Grundsätze, zur Zuordnung der Leistungen im Gesundheitswesen oder zur Zulässigkeit einer Delegation ärztlicher Leistungen zu entwickeln. Gleichwohl hat sich die Rechtsprechung, da es speziell keine Kodifizierung des Arzt-Krankenhausvertrages gibt, bemüht, mit umfangreichem Richterrecht Konturen in das Haftungsrecht zu bringen, so auch für die Zulässigkeit der Delegation ärztlicher Leistungen³².

Als rechtliche Grundlagen bleiben festzuhalten, dass die Behandlungsbeziehungen zwischen Arzt/Krankenhaus und Patient rechtlich auf vertraglicher und deliktischer Ebene geordnet sind. Arzt und Krankenhaus haben die Behandlung des Patienten aufgrund Vertrages übernommen, deliktisch haftet der einzelne Handelnde aufgrund übernommener Garantstellung für die professionelle Steuerung der Krankheitsrisiken. Vertragsrechtlich und deliktsrechtlich richtet sich die Haftungsverantwortung der Akteure in der Gesundheitsversorgung nach der von ihnen beanspruchten Expertenstellung³³. Dabei sind vertraglicher und deliktischer Patientenschutz prinzipiell identisch³⁴. In der Praxis wirkt sich kaum aus, dass der Vertragspartner des Patienten auch für Fremdverschulden des Gehilfen, etwa der Schwester oder des Pflegers gemäß § 278 BGB haftet, deliktisch aber nur für Eigenverschulden. Denn auch das Eigenverschulden kann sich nicht nur auf die primären Behandlungsaufgaben, sondern auch auf die Organisation, auf Auswahl, Anleitung, Überwachung und Ausstattung seiner Gehilfen beziehen. Wenn dem Gehilfen ein Fehler unterläuft, wird solches Verschulden und die Ursächlichkeit für den Fehler des Gehilfen vermutet (§ 831 BGB). Insoweit haftet der nach dem Zuschnitt des vertraglich übernommenen Pflichtenkreises zuständige Geschäftsherr für den weisungsabhängigen Gehilfen, den Verrichtungsgehilfen im Sinne von § 831 BGB.

³² Eingehender Überblick bei Steffen, Erich / Pauge, Burkhard, Arzthaftungsrecht, Neue Entwicklungslinien der BGH-Rechtsprechung, 10. neubearbeitete Auflage, Köln 2006.

³³ Zutreffend Steffen/Pauge, a.a.O., Rn. 2.

³⁴ Ständige Rechtsprechung, vgl. BGH, Urt. v. 25.06.1985 -VI ZR 270/83-, NJW 1985, 2749.

Für die Untersuchung können wir demnach die Differenzierung zwischen vertraglicher und deliktischer Haftung vernachlässigen, ebenso spielt der potentielle Rückgriffsanspruch des Krankenhausträgers gegenüber dem Mitarbeiter keine Rolle, da er arbeitsrechtlichen Besonderheiten unterliegt und ohnehin bei dem nahezu immer bestehenden Deckungsanspruch des Betriebshaftpflichtversicherers eliminiert ist³⁵. Hinsichtlich der zivilrechtlichen Haftung für Behandlungsfehler, sei es also aus Vertrag oder Delikt, kommt es allein wie bei jeder anderen Berufshaftung auf Qualitätsmängel der medizinischen Behandlung an. Haftungsbegründend ist das Unterschreiten des zu fordernden Qualitätsstandards, sofern der daraus resultierende Behandlungsfehler und seine Ursächlichkeit für die Schädigung des Patienten feststehen³⁶. Aufgabe des Haftungsrechts ist es, dem Patienten bei Unterschreiten des Standards guter medizinischer Behandlung einen Ausgleichsanspruch zu geben. Dabei kommt es nicht auf persönliche Schuld des Handelnden, sondern auf ein Unterschreiten des medizinischen Standards an. Das Haftungsrecht hat zu ermitteln, welches Verhalten von einem gewissenhaften und aufmerksamen Arzt oder einer anderen behandelnden Person, etwa einem Pfleger oder einer Schwester in der betroffenen Behandlungssituation nach dem anerkannten und gesicherten Stand der medizinischen Wissenschaft im Zeitpunkt der Behandlung erwartet werden muss³⁷.

In der notwendigerweise arbeitsteiligen Medizin fordert die Rechtsprechung wegen des notwendigen Patientenschutzes, dass der Patient kompetente, d.h. fachqualifizierte Betreuung erhält und dass diese lückenlos ist, Haftungsbereiche können nur nach dem medizinischen Einflussbereich und den medizinischen Kontrollmöglichkeiten der beanspruchten medizinischen Expertenstellung abgegrenzt werden³⁸.

Kann andererseits die Betreuung des Patienten ohne Defizit auch einer nichtärztlichen Stelle, sei es dem Pflegedienst, sei es dem technischen Ingenieur für die Gerätewartung überlassen werden, erkennt die Rechtsprechung die Substitution an. So sind Grund- und Funktionspflege Aufgaben von Krankenschwester, Krankenpfleger und Krankenpflegehilfe.

³⁵ Insoweit verwirrend Roßbruch, Robert, Zur Problematik der Delegation ärztlicher Tätigkeiten an das Pflegefachpersonal, *Pflegerecht* 2003, S. 97.

³⁶ BGH, Urt. v. 03.02.1987 -VI ZR 56/86 -, BGHZ 99, 391.

³⁷ Steffen/Pauge, a.a.O., Rn. 133.

³⁸ Vgl. OLG Zweibrücken, Urt. v. 18.02.1997 - 5 U 3/96, VersR. 1997, 833: Berechtigtes Vertrauen des Assistenzarztes in Weiterbildung zum Chirurgen auf die Operationsanweisungen des ihn führenden Facharztes; ebenso OLG Zweibrücken, Urt. v. 20.10.1998 - 5 U 50/98 -, VersR 2000, 728: Berechtigtes Vertrauen der Stationsärztin in die Geburtsleitung des leitenden Gynäkologen.

Sie erfüllen nicht aus dem ärztlichen Tätigkeitsbereich abgeleitete Aufgaben, die Handelnden sind deshalb auch nicht Erfüllungsgehilfen des Arztes, sondern stehen unter Kontrollverantwortung der Pflegedienstleitung und des Krankenhausträgers³⁹.

Verlangt aber die Pflege aus besonderen Gründen ärztliche Bewertung und Anordnung, etwa wegen der Bedeutung im Diagnose- und Therapiekonzept oder wegen ihrer schwerwiegenden Auswirkungen auf die körperliche oder gesundheitliche Integrität des Patienten, hat also der Arzt eine Anordnungspflicht und ein Weisungsrecht, wird der nichtärztliche Dienst wiederum Erfüllungsgehilfe des Arztes⁴⁰. In diesem Bereich der Diagnose und Therapie dürfen Krankenschwester und Krankenpfleger, in geringerem Umfange auch die Krankenpflegehilfe nur unter ärztlicher Anweisung handeln⁴¹. Die Rechtsprechung richtet sich zur Beurteilung der Frage, ob und inwieweit Krankenschwester und Krankenpfleger bzw. Krankenpflegehelferin und -helfer bei ärztlichen Leistungen assistieren dürfen, im Streitfall nach dem bestellten medizinischen Sachverständigen, insbesondere auch nach den Empfehlungen und Stellungnahmen der Berufsverbände⁴².

Zur generellen Zulässigkeit der Assistenz muss darüber hinaus die Gewähr für die fachkompetente Ausführung der Behandlung - ebenfalls nach Prüfung des Sachverständigen im konkreten Fall - hinzutreten⁴³.

In diesen Fällen kommt auch ein haftungsbegründendes Übernahmeverschulden infolge fehlender Spezialkenntnisse und Erfahrung des die Behandlung übernehmenden Gehilfen in Betracht⁴⁴.

³⁹ BGH, Urt. v. 10.01.1984 - VI ZR 158/82 -, BGHZ 89, 263, 271 f.

⁴⁰ Vgl. BGH, Urt. v. 10.01.1984 - VI ZR 158/82 -, BGHZ 89, 263, 271 f. für Subclavia-Verweilkanüle; BGH, Urt. v. 18.03.1986 - 6 ZR 215/84 -, NJW 1986, 2365 und BGH, Urt. v. 02.06.1987 - VI ZR 174/86 -, NJW 1988, 762 für Dekubitus; BGH, Urt. v. 29.09.1998 - VI ZR 268/97 -, VersR 1999, 190 für Ruhigstellen des Beines nach Schädigung des Peroneusnervs.

⁴¹ OLG Stuttgart, Urt. v. 20.08.1992 - 14 U 3/92 -, VersR 1993, 1358 für Höherstellen des Wehentropfes; OLG Köln, Urt. v. 02.12.1992 - 27 U 103/91 -, VersR 1993, 1487 mit Nichtannahmebeschluss des BGH vom 05.10.1993 - VI ZR 3/93 - für Fixierung eines erregten Patienten.

⁴² Vgl. BGH, Urt. v. 08.05.1979 - VI ZR 58/78 -, NJW 1979, 1935.

⁴³ BGH, Urt. v. 24.06.1975 - VI ZR 72/74 -, VersR 1975, 951.

⁴⁴ BGH, Urt. v. 07.05.1985 - VI ZR 224/83 -, NJW 1985, 2193 für Lymphknotenexstirpation durch Anfänger; BGH, Urt. v. 10.03.1992 - VI ZR 64/91 -, NJW 1992, 1560 für Operation einer chronisch rezidivierenden Appendizitis durch Nichtfacharzt; OLG Stuttgart, Urt. v. 15.07.1993 - 14 U 3/93 -, VersR 1994, 1114 für Übernahme einer Entbindung des Kindes aus Schulterdystokie durch Hebamme.

Umgekehrt trifft den Geschäftsherrn ein Organisations- bzw. Kontrollverschulden, wenn er Anweisungen unterlässt, die die handelnde Person aus eigenem Wissen nicht von sich aus umsetzen kann⁴⁵.

Immer muss sich das Krankenhaus durch Kontrollen vergewissern, dass Pflegepersonal nicht zu ärztlichen Entscheidungen berufen wird⁴⁶

Dieser Überblick über die höchstrichterliche und obergerichtliche Rechtsprechung zeigt:

1. Es gibt einen Kernbereich medizinischer Behandlung, der nicht delegierbar ist. Behandlungsmaßnahmen, die wegen

- ihrer Schwierigkeiten,
- ihrer Gefährlichkeit oder wegen
- der Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen

professionelles ärztliches Fachwissen voraussetzen, sind vom Arzt persönlich durchzuführen und nicht delegationsfähig. Einen Katalog derartiger Kernleistungen hat die Rechtsprechung nicht erarbeitet, sondern immer den Einzelfall entschieden.

2. Im Übrigen ist in der arbeitsteiligen Medizin Delegation und Substitution zulässig, soweit sie nicht den Kernbereich, also insbesondere Diagnostik, Differenzialdiagnostik und Therapie nach unverzichtbarem ärztlichem Standard, betreffen.

3. Eine Delegation ist unzulässig, wenn nach medizinischem Wissen bei Delegation an einen Nichtarzt eine konkrete Gefährdung für die Gesundheit des Patienten besteht und der Arzt nicht bei der Erbringung dergestalt mitwirkt, dass die Leistung insgesamt als solche des Arztes erkennbar ist.

⁴⁵ So BGH, Urt. v. 09.01.1996 - VI ZR 70/95 -, VersR 1996, 647 für das Unterlassen einer Anweisung an die Arzthelferin, pathologische Krankheitssymptome sofort zu melden; OLG Köln, Urt. v. 21.08.1996 - 5 U 286/94 -, VersR 1997, 1404 für fehlende Anweisungen des Krankenhauses hinsichtlich der postoperativen Betreuung frisch operierter Patienten bei fehlendem Aufwachraum; BGH, Urt. v. 16.04.1996 - VI ZR 190/95 -, NJW 1996, 2429 für die Bewertung der CTG während der Nachtzeit durch Pflegepersonal statt Hebamme oder Arzt; OLG Hamm, Urt. v. 18.09.1989 - 3 U 233/88 -, VersR 1991, 228 für die unzulässige Übertragung der Risikogeburt auf eine Hebamme; ebenso für die Überwachung des Geburtsverlaufs trotz hochpathologischem CTG durch Hebamme, OLG Oldenburg, Urt. v. 16.01.1996 - 5 U 17/95 -, VersR 1997, 1236 und OLG Celle, Urt. v. 28.07.1997 - 1 U 19/96 -, VersR 1999, 486 für unzureichende CTG-Kontrolle durch mangelhaft ausgebildete Hebamme; OLG Köln, Urt. v. 29.11.1989 - 27 U 111/89 -, VersR 1991, 311 für Einführen eines Darmrohrs durch eine Arzthelferin statt durch Arzt, hier Radiologen.

⁴⁶ BGH, Urt. v. 16.04.1996 - VI ZR 190/95 -, NJW 1996, 2429 so BGH, Urt. v. 18.06.1985 - VI ZR 234/83 -, BGHZ 95, 63, 71 ff. für Überwachung der Anaesthesie; BGH, Urt. v. 18.06.1985 - VI ZR 234/83 -, BGHZ 95, 63, 71 ff. für Parallelnarkose (dazu unten Kap.9).

4. Zum Schutz des Patienten hat die Rechtsprechung dem Krankenhausträger umfassende Organisationspflichten auferlegt: „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 bereitstehen, um die notwendigen Anweisungen zu geben und zu überwachen⁴⁷. Der Krankenhausträger muss darüber hinaus die ärztlichen und pflegerischen Standards in personeller und fachlicher Hinsicht gewährleisten⁴⁸.

Eine sehr wichtige Verpflichtung 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 gekennzeichnet⁴⁹.

Für die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten an andere Berufsgruppen ist die vertikale Arbeitsteilung von Relevanz. Hier geht es nämlich um die fachliche Über- und Unterordnung nicht nur innerhalb des Ärztlichen Dienstes, sondern auch zwischen (leitenden) Ärzten und nichtärztlichen Berufsgruppen. „Lässt es der Arzt an der gebotenen Sorgfalt bei der Auswahl, Anleitung oder Kontrolle seiner Helfer fehlen, so muss er für deren Versäumnisse selbst einstehen. Bei der ersten Auswahl darf er sich freilich auf Zeugnisse verlassen. Doch im Zuge des Zusammenwirkens muss er sich ein eigenes Bild von der Sachkunde und der Zuverlässigkeit des Mitarbeiters machen“⁵⁰.

Der Krankenhausträger wiederum hat den leitenden Arzt im Rahmen der Fachaufsicht im Hinblick auf organisatorische Aspekte zu überwachen und die fachgerechte Organisation seitens des Arztes zu überprüfen. Daraus folgt, dass es „gemeinsame Aufgabe von Krankenhausträger und Chefarzt [ist] dafür zu sorgen, dass das nachgeordnete Personal, also ärztlicher Dienst und Pflegepersonal, die erforderliche fachliche Qualifikation ohne

⁴⁷ Bergmann, Karl Otto / Kienzle, Hans Friedrich: Krankenhaushaftung. Organisation, Schadensverhütung und Versicherung - Leitfaden für die tägliche Praxis, 2. Auflage, Düsseldorf 2003, S. 37.

⁴⁸ Vgl. Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht (DGMR) e.V.: Organisationsverschulden in Klinik und Praxis, Einbecker-Empfehlungen, www.medizin.uni-koeln.de/dgmr/pdf/dgmr-empf-2005-als-pdf.pdf, Stand: 30. November 2007.

⁴⁹ Eingehend Bergmann, Karl Otto, Die Arzthaftung, 2. Aufl., Berlin-Heidelberg-New York 2004, S. 43 ff.

⁵⁰ Laufs, Adolf: Arztrecht, a.a.O., S.295.

persönliche Mängel besitzen. Bezüglich des Pflegepersonals gelten strenge Anforderungen an Auswahl, Überwachung und Einsatz⁵¹.

Der Krankenhausträger, aber auch der Chefarzt, hat nachzuweisen, dass er seine Organisationspflichten mit der erforderlichen Sorgfalt erfüllt hat. Von einem objektiven Mangel wird auf ein pflichtwidriges Verhalten geschlossen. Insofern besteht eine erhöhte Dokumentationspflicht bei der Übertragung ärztlicher Aufgaben auf andere Berufsgruppen.

5. Wer eine Aufgabe ohne berechtigtes Vertrauen und in Erkennbarkeit dessen, dass die übernommene Aufgabe die Grenzen seiner Fähigkeiten und Möglichkeiten übersteigen, haftet aus Übernahmeverschulden, denn auch die Übernahme einer Leistung, die nach den persönlichen Fähigkeiten für den die Aufgabe Übernehmenden seine Fähigkeiten übersteigt, stellt einen Qualitätsmangel dar, der zum Schadensersatz verpflichtet.

In der Zivilrechtsprechung lässt sich letztlich die patientenorientierte Risikobegrenzung als zutreffender Maßstab entnehmen. Eine erwünschte Arbeitsteilung ist nur zulässig, wenn man die mit ihr verbundenen Risiken sicher begrenzen kann und die Übertragung der originär dem Arzt zugewiesenen Aufgabe nach den Anforderungen ordnungsgemäßer Berufsausübung und medizinischem Standard gemäß § 276 BGB genügt. Denn erforderliche Sorgfalt im Sinne des § 276 BGB meint den Standard der jeweiligen Berufsgruppe. Die berufsspezifische Sorgfaltspflicht richtet sich nach medizinischen Maßstäben und muss im Streitfall vom Sachverständigen im Wege juristischer Plausibilitätskontrolle ermittelt werden, ohne Streitfall kann es nur Aufgabe dazu berufener sachverständiger Kreise sein, den Standard von Delegation und Substitution zu ermitteln.

5.3 Lösungsvorschlag für die Rechtspraxis

Inzwischen sind erste Vorschläge erarbeitet worden, welche Institution die Bestimmung des Kernbereiches ärztlicher Leistung und die Zulässigkeit von Delegation und Substitution festlegen soll. Wienke⁵² schlägt vor, dass die Leitlinien der AWMF auch Qualitätsanforderungen an der Leistungserbringung näher festlegen. Leitlinien haben die

⁵¹ Bergmann, Karl Otto / Kienzle, Hans Friedrich: Krankenhaushaftung ..., a.a.O., S. 182.

⁵² Wienke, Albrecht: Vortrag Kaiserin-Friedrich-Stiftung, 36. Symposium für Ärzte und Juristen, Delegation ärztlicher Verantwortung auf nichtärztliches Personal.

Aufgabe, die aktuellen und anerkannten medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse in Bezug auf bestimmte diagnostische und therapeutische Verfahren und Maßnahmen zu beschreiben. Neben inhaltlichen werden auch strukturelle Maßgaben festgelegt (z.B. stationär oder ambulant). Nach Auffassung von Wienke können Leitlinien aus diesem Grunde auch Kernbereiche ärztlichen Handelns sowie die Möglichkeit von Delegation und Substitution beschreiben. Dabei müssen nach Wienke die bisher bekannten Ausbildungs- und Qualifikationsmöglichkeiten und Voraussetzungen (z.B. für OTA, CTA, MAfA etc.) auf Tauglichkeit hin evaluiert und vereinheitlicht werden. Ähnlich äußert sich der Rechtswissenschaftler Rudolph vor dem Arbeitskreis „Ärzte und Juristen“ der AWMF unter dem Thema „Rechtliche Einschränkungen für die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal“, wobei er zutreffend darauf hinweist, dass die Kriterien notwendig auf hohem Abstraktionsniveau liegen und Handlungssicherheit im klinischen Alltag nicht zu schaffen vermögen, also die Ausarbeitung maßnahmenbezogener Delegationslisten in Form von Leitlinien innerhalb der einschlägigen Fachkreise erforderlich ist, wobei die Pflege an der Leitlinienentwicklung zu beteiligen ist.

Gegen diese Lösung spricht, dass letztlich nicht ausgeschlossen werden kann, dass die unter der Verantwortung allein der Ärzte zu konzipierenden Leitlinien der AWMF die Beteiligung anderer Berufsgruppen wie Pflege, Verwaltung, Controlling, Geschäftsführung nicht hinreichend berücksichtigen können. Gegen eine solche Lösung spricht auch die relative Unverbindlichkeit derartiger Leitlinien, die nur eine Empfehlung an die Akteure in der Gesundheitsversorgung sein können, ohne ein bestimmtes Maß an Rechtssicherheit und Verbindlichkeit zu schaffen. Es bleibt zu überlegen, ob nicht innerhalb der Konkretisierung des GKV-Leistungskataloges die allgemeine Normsetzungskompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses herangezogen werden soll, um den Berufsträgern hinreichende Sicherheit zu verschaffen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung zu sichern und kann daher die Erbringung und Verordnung von Leistungen oder Maßnahmen einschließlich Arzneimitteln einschränken/ausschließen, wenn nach dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind sowie wenn die Maßnahme unzweckmäßig oder eine andere wirtschaftlichere Behandlungsmöglichkeit mit vergleichbarem Nutzen verfügbar ist. Zu diesem Zweck hat der Gemeinsame

Bundesausschuss die Möglichkeit der Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt bei negativer Bewertung für NUB in der stationären Behandlung (Innovationsschiene). Dieses Mittel erscheint aus rechtlicher Sicht durchaus geeignet, die Neuordnung von Aufgaben des ärztlichen Dienstes sowie den Umfang von Delegation und Substitution für bestimmte Bereiche festzulegen. Letztlich ist es aber Aufgabe der Mitglieder der Selbstverwaltung innerhalb der Gesundheitsversorgung, ein geeignetes Gremium zu schaffen, welches diese Aufgabe leisten kann.

5.4 Neuordnung der ärztlichen Leistungen und Versicherungsschutz

Versicherungsrechtlich ergeben sich durch die Übertragung herkömmlich ärztlicher Leistungen auf nichtärztliche Mitarbeiter keine besonderen Probleme. Dabei kann für den Regelfall davon ausgegangen werden, dass der Krankenhausträger eine Betriebshaftpflichtversicherung abgeschlossen hat. Wenn der Krankenhausträger keine Betriebshaftpflichtversicherung abgeschlossen hat, bleibt für den Krankenhausmitarbeiter eine nicht unbeträchtliche Deckungslücke. Denn in nahezu jedem Arzthaftpflichtfall bemüht sich der Kläger - zwecks Beweiserleichterung bei Kausalitätsproblemen -, einen schweren Behandlungsfehler im Sinne der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs darzulegen. Wenn nun der grobe Behandlungsfehler zugleich die grobe Fahrlässigkeit des Arztes impliziert, entsteht ein unnötiger Konflikt zwischen Dienstherr und Krankenhausarzt. Der Krankenhausträger kann versuchen, nach den arbeits- und tarifrechtlichen Vorschriften im Falle grober Fahrlässigkeit des mitversicherten Bediensteten Rückgriff zu nehmen⁵³. Dieses Problem des Regresses aus dem Arbeitsverhältnis oder auch einem beamtenrechtlichen Dienstverhältnis (§ 84 LBG) besteht aber immer dann, wenn der Krankenhausträger nicht haftpflichtversichert ist, schafft also für den Fall der Übertragung von Aufgaben vom ärztlichen auf den nichtärztlichen Dienst keine zusätzlichen Probleme.

Besteht aber eine Betriebshaftpflichtversicherung des Krankenhausträgers, so erstreckt sich der Versicherungsschutz im Rahmen der Haftpflichtversicherung auf die gesamte gesetzliche Haftpflicht des Krankenhauses.

⁵³ Eingehend Hanau, Peter: Haftungssystem und Haftpflichtversicherung der medizinischen Einrichtungen der Universitäten und ihrer Mitarbeiter im stationären Bereich, in: MedR 1992, 18-22; Bergmann, Karl Otto: Die Arzthaftpflichtversicherung, in: van Bühren, Hubert, Handbuch des Versicherungsrechts, 3. Auflage, Köln 2007, S. 988.

Darüber hinaus besteht ebenfalls Versicherungsschutz für sämtliche übrigen Beschäftigten einschließlich ehrenamtlich 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 Verschiebung ärztlicher Aufgaben an nichtärztliches Personal versicherungsrechtlich keine Auswirkungen hat⁵⁴. Inwieweit dies für alle zu übertragenden Tätigkeiten und/oder alle Berufsgruppen gilt, sollte aber krankenhausesindividuell mit dem jeweiligen Haftpflichtversicherungsunternehmen abgestimmt werden.

5.5 Zum Schriftformerfordernis bei der Delegation

Eine ärztliche Delegation bedarf aus Rechtsgründen nicht der Schriftform. Soweit dieses Problem in der pflegerechtlichen Literatur aufgeworfen wird⁵⁵, wird die Bedeutung der Schriftform verkannt. Sofern jede Delegation einer ärztlichen Tätigkeit und eine Anweisung schriftlich erfolgen müsste, würde der Effekt einer Kostenersparnis und Arbeitserleichterung im Regelfall wieder aufgehoben und lediglich ein formaler Aspekt gewonnen. Das ärztliche Berufsrecht und die ärztliche Sorgfaltspflicht verlangen lediglich, dass die Anordnung klar und eindeutig erfolgt und die Übertragung der Leistung zulässig ist. Ein Schriftformerfordernis wird nicht aufgestellt. Unabhängig davon sind ärztliche Anordnungen wie jede ärztliche Maßnahme, soweit sie nicht eine Routinemaßnahme ist, zu dokumentieren, ebenso wie die Erbringung der Leistung selbst zu dokumentieren ist. Die Dokumentationspflicht beruht aber, wie auch § 10 der MBOÄ zeigt, auf dem Behandlungsvertrage, der Patient hat unter dem Aspekt der Wahrung des Persönlichkeitsrechtes Anspruch auf Dokumentation des Behandlungsgeschehens und ein Einsichtsrecht in diese Dokumentation⁵⁶. Davon zu trennen ist die im Ergebnis zu verneinende Frage, ob jede delegierte Tätigkeit schriftlich anzuordnen ist.

⁵⁴ So der Geschäftsführer der ECCLESIA Versicherungsdienst GmbH, Manfred Klocke in einem Brief an das Deutsche Krankenhausinstitut.

⁵⁵ Weber, Martina: Injektionen, Infusionen, Blutentnahme - Was dürfen Krankenpflegeschüler/-innen? -, in: Pflege- und Krankenhausrecht 3 (2000), Heft 4 S. 90-94, hier: S. 91.

⁵⁶ Bergmann, Karl Otto / Kienzle, Hans Friedrich, Krankenhaushaftung, 2. Auflage, Rn. 190.

5.6 Zur Patientenaufklärung bei der Delegation

Ebenso wenig kann die Forderung aufgestellt werden, dass der Patient vor der Behandlung von der Delegation informiert und aufgeklärt werden muss. Zwar hat der Sachverständigenrat hierzu ausgeführt „Eine Aufklärung ist auch notwendig, wenn in der Wissenschaft noch umstritten ist, ob die neue Form der Aufgabenteilung zu einer Risikoerhöhung führen kann⁵⁷“.

Eine Aufklärungspflicht über Art und Weise der Delegation ärztlicher Leistung steht entgegen, dass die Rechtsprechung die Aufklärung über medizinische Fragen und Qualitätsprobleme in Grenzen zu halten versucht; denn regelmäßig ist der Patient schon durch die Haftung für Behandlungsfehler geschützt. Das Krankenhaus hat unter dem Gesichtspunkt der Wahrung des Standards die Qualitätsanforderungen und Sorgfaltsmaßstäbe einzuhalten, die an die ärztliche Behandlung von der Rechtsprechung insgesamt gestellt werden. Über Qualitätsmängel selbst ist nicht aufzuklären⁵⁸. So hat der Bundesgerichtshof auch bereits entschieden, dass der Patient nicht über die Beteiligung eines Anfängers bei einer Operation zu unterrichten ist⁵⁹. Ausdrücklich weist der Bundesgerichtshof in dieser Entscheidung darauf hin, dass zwar Krankenhausträger und Ärzte dem Patienten, der sich in das Krankenhaus begibt, Aufklärung über Überstände schulden, die das Risiko der Behandlung aus besonderen Gründen erhöhen⁶⁰. Wird indessen die Operation an einen unerfahrenen Assistenzarzt zur selbständigen Durchführung übertragen, steht nicht die mangelnde Aufklärung des Patienten über sein dadurch gesteigertes Operationsrisiko im Vordergrund, sondern die Frage eines Verstoßes gegen die bei der Behandlung des Patienten geschuldete ärztliche Sorgfaltspflicht. Etwas anderes könnte nur dann gelten, wenn - insoweit hat die Rechtsprechung eine Aufklärungspflicht bejaht - sich die Ausstattung des Krankenhauses infolge dieser organisatorischen Maßnahme für die kontrollierte Führung der Therapie sich „in der untersten Bandbreite der von Wissenschaft und Praxis akzeptierten Norm“ bewegt⁶¹. Darum geht es aber bei der Frage kontrollierter Übertragung ärztlicher Leistungen auf nichtärztliches

⁵⁷ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung, a.a.O., S. 101.

⁵⁸ BGH, Urt. v. 22.09.1987 - VI ZR 238/86 -, BGHZ 102, 17; BGH, Urt. v. 31.05.1988 - VI ZR 261/87 -, NJW 1988, 2302. BGH, Urt. v. 27.09.1983 - VI ZR 230/81 -, BGHZ 88, 248.

⁶⁰ So für den Fall schlechter hygienischer Verhältnisse im Krankenhaus schon BGH NJW 1971, 271; ihm folgend OLG Köln NJW 1978, 1690.

⁶¹ BGH, Urt. v. 30.05.1989 - VI ZR 200/88 -, NJW 1989, 2312.

Personal nicht. Ebenso wenig wie der Patient nicht darüber aufzuklären ist, ob Chefarzt, Oberarzt oder Assistenzarzt mit Oberarzt den Eingriff durchführen, es sei denn, die Operation ist durch den Chefarzt persönlich zugesagt⁶², bedarf es der Einwilligung des Patienten, wenn eine bisher ärztliche Leistung auf einen Nichtarzt übertragen oder substituiert wird. Dies ist alleine eine organisatorische Maßnahme, für die sich der Krankenhausträger gegebenenfalls unter dem Gesichtspunkt des Organisationsverschuldens verantworten muss. Mit der Frage der Selbstbestimmungsaufklärung hat dies jedoch nichts zu tun. Anders wäre auch die Organisation der vertikalen Arbeitsteilung vom Krankenhausträger nicht zu leisten.

5.7 Organisatorische Grenzen von Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen aus rechtlicher Sicht

Im weiteren Teil des Gutachtens wird also die entscheidende Frage zu klären sein, wie sich die rechtlichen Einschränkungen für die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal im Rahmen der horizontalen und vertikalen Arbeitsteilung im Einzelnen auswirken, konkret, welche Leistungen übertragen werden können, welche aber andererseits den Kernbereich ärztlichen Handelns betreffen und nicht übertragen werden können. Wenn eine Übertragung von Leistungen zulässig ist, wird sodann im konkreten Einzelfall zu prüfen sein, ob eine Anordnungsverantwortung und Kontrollverantwortung bei dem ärztlichen Dienst verbleiben muss oder eine vollständige Substitution der Leistung erfolgen kann. In jedem Einzelfall wird man nach dem Maßstab des § 276 Abs. 2 BGB, als dem Maßstab der verkehrsüblichen, berufsspezifischen Sorgfaltspflicht, prüfen müssen, ob man die mit der Delegation verbundenen Risiken sicher begrenzen kann, die Übertragung von Leistungen noch den Anforderungen ordnungsgemäßer Berufsausübung genügt und welche Überwachung nach Übertragung noch geschuldet wird. Auch bei Leistungen, die den Kernbereich des ärztlichen Handelns betreffen, etwa eine Operation, wird man prüfen müssen, ob und inwieweit Teile dieser ärztlichen Leistung bei Wahrung des Facharztstandards aus Wirtschaftlichkeitsgründen auf nichtärztliches Personal übertragen werden kann. Wenn also beispielsweise eine chirurgische Operation nach der Rechtsprechung von einem Facharzt geleitet werden muss, weil der Patient Anspruch auf eine Behandlung hat, die dem Standard eines erfahrenen Facharztes entspricht,

⁶² OLG Celle, Urt. v. 02.03.1981 - 1 U 22/80 -, NJW 1982, 706, 707.

Facharztstandard aber das in der ärztlichen Praxis und Erfahrung bewährte, nach naturwissenschaftlichen Erkenntnissen gesicherte, von einem durchschnittlich befähigten Facharzt verlangte Maß an Kenntnis und Können voraussetzt⁶³, schließt dies nicht die Mitwirkung eines chirurgisch-technischen Assistenten (CTA) bei dieser Operation aus. So können nach der Auffassung von Eypasch überschaubare Eingriffe an der Körperoberfläche wie beispielsweise einfache Blinddarmoperationen, Leistenhernie, Herzschrittmacher, Kniegelenksspiegelung und ambulante Eingriffe von einem Facharzt gemeinsam mit einem chirurgisch-technischen Assistenten erbracht werden, während aufwendige Eingriffe in den Körperhöhlen wie beispielsweise Bypass-Herzoperation, offene Hirntumoroperation, komplizierte Darmoperation, aufwendige Gefäßoperation, aufwendige Unfallopation nur von zwei Ärzten, also entweder zwei Fachärzten oder einem Facharzt und einem Weiterbildungsassistenten erbracht werden können⁶⁴.

Das Maß der objektivierten und erforderlichen ärztlichen Sorgfalt richtet sich aus an der Gefährdung des Patienten durch den Eingriff. Je größer die Eintrittswahrscheinlichkeit für eine Gefährdung des Patienten ist, desto höher ist der Maßstab, an dem sich die erforderliche Sorgfalt auszurichten hat⁶⁵.

Die Gefährdung eines Patienten „macht sich vor allem an der Schwere des Eingriffs, der Bedeutung für den unmittelbaren Gesundheitszustand sowie der akuten Gefährdung des Patienten fest. Generell wird man daher sagen müssen, dass je höher die Komplikationswahrscheinlichkeit und/oder je größer die Komplikationsschwere der vorzunehmenden ärztlichen Tätigkeit ist, diese das persönliche Tätigwerden des Arztes erfordert“⁶⁶.

Bei der Auswahl der Mitarbeiter, die die bislang ärztliche Tätigkeit übernehmen sollen, sind ebenfalls die berufsspezifischen Sorgfaltsanforderungen (§ 276 BGB) zu wahren. Inwieweit ärztliche Tätigkeiten delegationsfähig sind, „ist im Einzelfall anhand von drei Kriterien zu prüfen:

⁶³ Vgl. Bergmann, Karl Otto / Kienzle, Hans Friedrich: Krankenhaushaftung ..., a.a.O., Rn. 132.

⁶⁴ Eypasch, Ernst, Rechtliche Einschränkungen für die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal aus chirurgischer Sicht, Arbeitskreis „Ärzte und Juristen“ am 28.04.2006 in Würzburg, www.uni-duesseldorf.de/awmf/pdf/aej06-1.pdf.

⁶⁵ Vgl. Sträßner, Heinz: Haftungsrecht für Pflegeberufe ..., a.a.O., S. 287.

⁶⁶ Roßbruch, Robert: Zur Problematik der Delegation ärztlicher Tätigkeiten ..., S. 141.

1. relative Einfachheit der Maßnahme im Verhältnis zum Kenntnisniveau des Delegierungsadressaten,
2. relative Ungefährlichkeit des Eingriffs im Verhältnis zum Gesundheitszustand des Patienten und
3. absolute Beherrschbarkeit durch den nicht ärztlichen Mitarbeiter.⁶⁷

Die Kriterien 1 und 3 beziehen sich auf die formelle bzw. materielle Qualifikation desjenigen, der die ärztliche Tätigkeit übernimmt, während das 2. Kriterium auf die schon behandelte Gefährdung des Patienten durch die Tätigkeit abzielt.

Für die Zuordnung der Tätigkeiten muss maßgebend sein, dass die Tätigkeit der Person zuzuordnen ist, die diese fachlich, rechtlich, wirtschaftlich und „dem Prozess entsprechend“ hochwertig erbringen kann.

Die Rechtssicherheit für den Patienten, aber auch der Schutz des einzelnen Mitarbeiters erfordern eine möglichst weitgehend schriftliche Festlegung der Neuordnung von Aufgaben des ärztlichen Dienstes durch Richtlinien oder Leitlinien in dazu berufenen Gremien, etwa auf der Makroebene durch den Gemeinsamen Bundesausschuss oder auf der Mikroebene durch den Krankenhausträger in Abstimmung mit ärztlichem und pflegerischem Dienst unabhängig davon, dass zur Wahrung der notwendigen Einzelfallsicherheit je nach Struktur des Krankenhauses auch Abweichungen „nach oben oder unten“ zulässig sein können. Der Deutsche Bundestag hat am 14.03.2008 dem Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) zugestimmt und hierbei die Änderungsvorschläge des Ausschusses für Gesundheit, soweit es die Zuständigkeit des G-BA betrifft, aufgegriffen. Danach „legt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien fest, bei welchen Tätigkeiten eine Übertragung von Heilkunde ... im Rahmen von Modellvorhaben erfolgen kann. Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses ist der Bundesärztekammer sowie den maßgeblichen Verbänden der Pflegeberufe Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben...“. In der Praxis müssen die Kriterien für die Einteilung der einzelnen Leistungen entwickelt und fachspezifisch ermittelt werden, welche Leistungen kurzfristig, mittelfristig oder langfristig übertragbar sind.

⁶⁷ Böhme, Hans: „Nicht alles, was Medizin ist, muss der Arzt selbst tun“. Delegation ärztlicher Tätigkeiten, in: Die Schwester/ Der Pfleger 44 (2005), S.260.

6 Einteilung der übertragbaren Leistungen

6.1 Einteilung der Tätigkeiten nach Fristigkeit

„Gesetzlich ist an keiner Stelle auch nur einigermaßen konkret umschrieben, welche Aufgaben genuin ärztliche Tätigkeit sind und zwingend ein entsprechendes Hochschulstudium der Humanmedizin erfordern. Es ist schlicht nur die Rede von der ‚Ausübung der Heilkunde‘.“⁶⁸

Unstrittig ist, dass es einen Kernbereich von ärztlichen Tätigkeiten gibt, die nicht delegationsfähig sind. Die Bandbreite der ärztlichen Leistungen, die für eine Delegation oder eine Neuordnung allerdings in Frage kommen, ist dennoch groß. Es können aber nicht alle Leistungen sofort umgesetzt werden. Grund hierfür ist die Zeitdauer der Anpassung der formellen und materiellen Qualifikation an die Voraussetzungen für die Erbringung von Leistungen in Form der erforderlichen Sorgfaltspflichten.

Für die konkrete Umsetzung einer Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf andere Berufsgruppen liegen damit drei Kriterien vor:

- Gefährdung des Patienten durch die Tätigkeitsübertragung,
- erforderliche Qualifikation der Mitarbeiter,
- Fristigkeit der Umsetzbarkeit der Übertragung.

Hierbei ist das Kriterium für die Zuordnung der Tätigkeiten in eine kurz-, mittel- oder langfristige Umsetzung direkt abhängig von den beiden anderen Kriterien.

Bei Leistungen, die *kurzfristig* umsetzbar sind, kann eine Anpassung der Qualifikation an das Niveau der Patientengefährdung in kurzer Frist erfolgen. Nach einer relativ kurzen Anpassungszeit können die ärztlichen Tätigkeiten auch vom nicht-ärztlichen Personal in gleicher Qualität und Sorgfalt ausgeführt werden. Bei den kurzfristig umsetzbaren ärztlichen Leistungen handelt es sich eher um einzelne, genau definierte Tätigkeiten.

Tätigkeiten, die *mittelfristig* delegiert oder neu zugeordnet werden können, erfordern eine umfangreichere Anpassung der Qualifikation. Grund hierfür ist das höhere Gefährdungspotential der Patienten. Die Sorgfaltspflichten sind entsprechend höher. Sofern

⁶⁸ Dettmeyer, Reinhard: Medizin und Recht. Rechtliche Sicherheit für den Arzt, 2., vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage, Heidelberg 2006, S.286.

Tätigkeiten, die eine höhere Sorgfaltspflicht auslösen, auf nicht-ärztliche Berufsgruppen übertragen werden, erfordert das auch entsprechend umfangreiche und zeitintensive Weiterbildungen. Bei der Neuordnung der Tätigkeiten sind darüber hinaus auch zeitliche Mindestanforderungen an die Ausbildungszeit oder die berufliche Tätigkeit zu stellen. Bei den mittelfristig umsetzbaren Tätigkeiten handelt es sich i.d.R. um komplexe und/oder umfangreiche Tätigkeitsbereiche, die Reorganisationsprozesse erfordern, die ebenfalls einen gewissen Zeitbedarf auslösen.

Eine *langfristige* Anpassung der Qualifikation an die ärztlichen Tätigkeiten ist immer dann gegeben, wenn gesetzliche und/oder untergesetzliche Normen verändert werden müssen. Neben dem gesetzgeberischen Vorlauf ist dann auch die Zeitspanne für die Erst- oder Weiterqualifikation der Mitarbeiter, die die neuen Tätigkeiten übernehmen, einzuplanen.

6.2 Entlastungspotential

Eine Tätigkeitsübertragung von Ärzten auf andere Berufsgruppen soll auch zu einer Entlastung des ärztlichen Dienstes in den Krankenhäusern führen.

Das Entlastungspotential einzelner Tätigkeiten wird von zwei Einflussfaktoren bestimmt, nämlich einerseits von der Anzahl der Patienten, die von dieser geänderten Leistungserbringung betroffen sind, andererseits vom Zeitaufwand der jeweiligen Einzelmaßnahme.

Um zu vergleichbaren Angaben in den Expertengesprächen zu kommen, wurde in der Konzeption der Zeitaufwand anhand von Zeitintervallen präzisiert. Diese Zeitintervalle gingen jeweils von der Behandlung eines durchschnittlichen Patienten aus. Sie können somit im Einzelfall bei Patienten, die von der durchschnittlichen Behandlungszeit abweichen, nach oben und nach unten variieren. Die Zeitintervalle gaben demzufolge nur einen Anhaltspunkt für den Zeitaufwand je spezifischer Leistung.

Kein Experte sah sich aber in der Lage, eine solche Einteilung vorzunehmen. Bedenken wurden nicht nur wegen der Unterstellung der Behandlung eines durchschnittlichen Patienten geäußert. Die individuelle Geschicklichkeit und Fertigkeit der ärztlichen Mitarbeiter wurde gleichfalls ins Feld geführt.

Das Entlastungspotential musste daher anhand der unbestimmten Begriffe „gering“, „mittel“ und „hoch“ eingeschätzt werden.

7 Kurzfristig übertragbare Leistungen

7.1 Kriterien für die Einteilung der einzelnen Leistungen

Kurzfristig umsetzbare übertragbare Leistungen bedingen i.d.R. eine Anpassung der formellen und/oder materiellen Qualifikation. Das kann, je nach Tätigkeit, unterschiedlich hohen Anpassungsbedarf verursachen.

In Abhängigkeit vom Umfang der Anpassungen der Qualifikation und der Gefährdung des Patienten werden die kurzfristig delegierbaren Leistungen in fünf verschiedene Kategorien eingeteilt.

Kategorie 1

Die Kategorie 1 ist gekennzeichnet durch Tätigkeiten, durch deren Ausübung eine niedrige bis sehr niedrige Gefährdung des Patienten entsteht. Im Wesentlichen handelt es sich um patientenferne Tätigkeiten wie die vorbereitende Dokumentation oder die Kodierung von Diagnosen und Prozeduren im Nachgang zur ärztlichen Festlegung.

Für die reinen administrativen Tätigkeiten reicht i.d.R. eine Sekretariatsausbildung aus. Für andere delegationsfähige Tätigkeiten kann eine Ausbildung als Medizinische Fachangestellte oder Gesundheits- und Krankenpflege hilfreich sein. Eine Ausbildung z.B. als Medizinischer Dokumentar oder aber eine entsprechende Weiterbildung bei einer Basisqualifikation in einem Gesundheitsfachberuf ist erforderlich für die Übernahme von Kodiertätigkeiten.

Die Delegation der Leistungen erfolgt routinemäßig über den Arzt bzw. über eine Entscheidung der Geschäftsführung des Krankenhauses.

Kategorie 2

Auf der Grundlage einer Ausbildung in einem Gesundheitsfachberuf (z.B. Gesundheits- und KrankenpflegerIn, KrankenpflegehelferIn, Medizinische Fachangestellte) stellt die Einweisung in eine zu delegierende Tätigkeit geringe Anforderungen für die Anpassung der materiellen Qualifikation dar. Die materielle Qualifikation ist nachzuweisen, beispielsweise durch einen Befähigungsnachweis.

Betroffen hiervon sind nur Maßnahmen, die eine niedrige Gefährdung des Patienten auslösen. Bei den zu delegierenden Tätigkeiten handelt es sich um patientennahe Tätigkeiten. Diese Maßnahmen werden zur Kategorie 2 gezählt.

Die Delegation von Kategorie 2-Leistungen erfolgt routinemäßig durch den Arzt.

Kategorie 3

Je nach Ausbildungsort gehören bestimmte zu delegierende Tätigkeiten schon zum Gegenstand der Ausbildung im Rahmen einer qualifizierenden Ausbildung wie zum Gesundheits- und Krankenpfleger. Die formelle Qualifikation ist damit gegeben.

Inwieweit die materielle Qualifikation vorliegt, ist ggf. individuell zu prüfen und durch eine Einweisung anzupassen.

Von diesen Maßnahmen geht nur eine geringe Gefährdung des Patienten aus. Sie werden in die Kategorie 3 eingeteilt.

Wiederum erfolgt die Delegation der Leistungen routinemäßig durch den Arzt, sofern ein Befähigungsnachweis vorliegt. Liegt kein Befähigungsnachweis vor, muss sich der delegierende Arzt von der Qualifikation der Person überzeugen, an die er die Tätigkeit überträgt.

Kategorie 4

Tätigkeiten, bei denen eine mittlere Gefährdung des Patienten vorliegt, bedingen höhere Anforderungen an die formelle und materielle Qualifikation.

Voraussetzung für die formelle Qualifikation ist eine qualifizierende Ausbildung (z.B. Gesundheits- und KrankenpflegerIn). Die materielle Qualifikation wird durch spezifische Schulungen erworben, die über eine reine Einweisung hinausgehen. Theoretisches Wissen und praktische Fertigkeiten müssen erworben werden. Die Kenntnisse sind in einem Befähigungsnachweis zu dokumentieren. Eine regelmäßige Wiederholung der Schulung kann angezeigt sein.

Diese Leistungen werden in die Kategorie 4 eingeordnet. Eine Delegation ist nur im Einzelfall möglich, wenn sich der Arzt von den Kenntnissen und Fähigkeiten überzeugt hat.

Kategorie 5

Tätigkeiten, die mit einer hohen Patientengefährdung verbunden sind, erfordern neben einer qualifizierenden Ausbildung eine strukturierte Qualifizierung z.B. über eine fachspezifische Weiterbildung, um die materielle und formelle Qualifikation anzupassen. Voraussetzung für die strukturierte Qualifizierung ist eine mehrjährige Berufserfahrung. Im Vergleich zu den spezifischen Schulungen ist die strukturierte Qualifizierung umfangreicher und komplexer.

Die hier einzuordnenden Maßnahmen werden zur Kategorie 5 zugeordnet. Eine Delegation ist nur im Einzelfall möglich. Bedingungen hierfür sind:

- Der Arzt hat sich von den Kenntnissen und Fähigkeiten überzeugt.
- Ein Tätigwerden ist ausschließlich unter unmittelbarer Aufsicht und Weisung mit der Möglichkeit des unverzüglichen Eingreifens möglich.

Die nachfolgende Übersicht visualisiert die fünf Kategorien in Abhängigkeit vom Qualifikationsniveau und der Patientengefährdung.

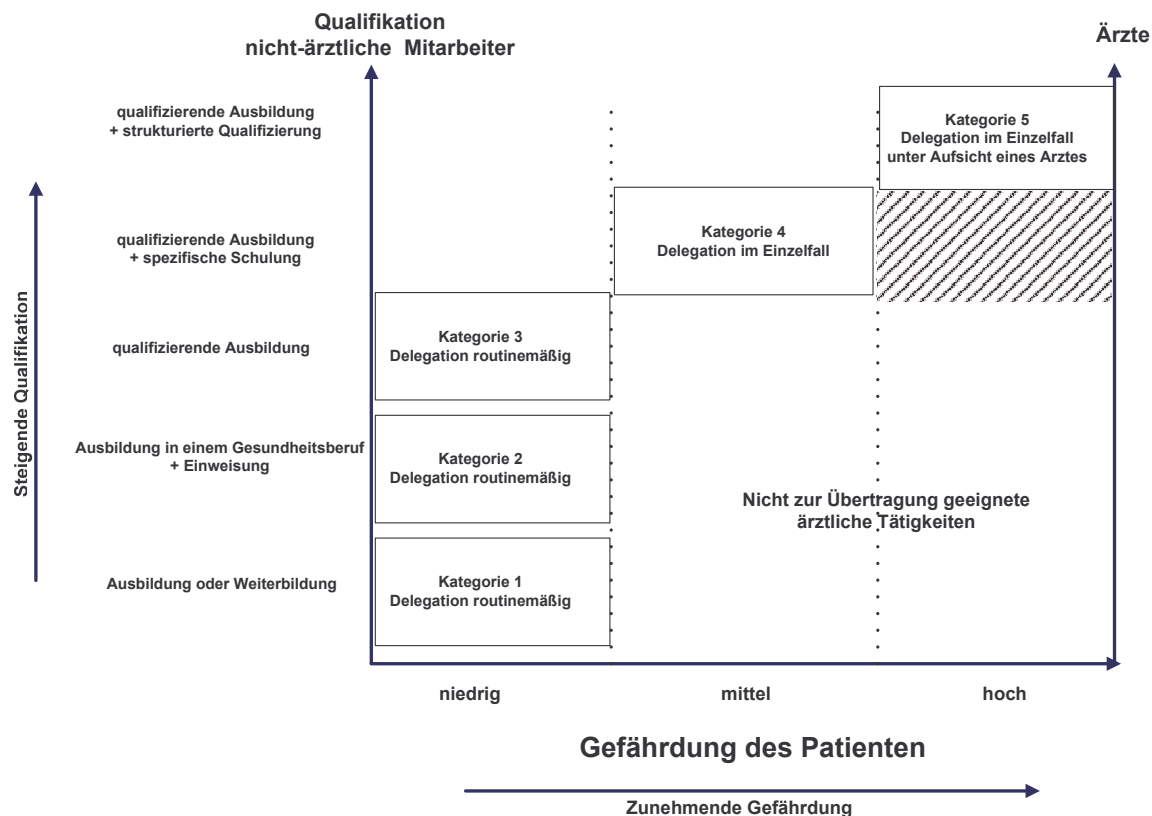


Abb. 9: Kategorien in Abhängigkeit von der Qualifikation und der Gefährdung des Patienten

Im Folgenden werden aus jeder Kategorie einzelne Tätigkeiten pars pro toto diskutiert. Die Bewertung der Tätigkeit in Bezug auf die Qualifikation und die Gefährdung des Patienten gelten gleichfalls für alle anderen Tätigkeiten aus der gleichen Kategorie.

In Anhang 3 ist eine ausführliche Liste delegationsfähiger Leistungen wiedergegeben.

Für jede ärztliche Tätigkeit wird nicht nur angegeben, in welche Kategorie sie fällt. Darüber hinaus werden auch Hinweise gegeben, von welcher Berufsgruppe die zu delegierende

Maßnahme ausgeführt werden könnte. Andere Aufgabenzuordnungen sind denkbar, sofern die erforderliche formelle Qualifikation gegeben ist. Der erforderliche Schulungsbedarf, um die notwendige materielle Qualifikation zu erzielen, wird idealtypisch angegeben.

Schließlich wird noch (nicht abschließend) angegeben, in welchen Tätigkeitsfeldern/ Tätigkeitsbereichen eine Delegation möglich erscheint. Hierbei wird, wenn möglich, die konkrete Fachabteilung angegeben, in der die Delegation einer Leistung möglich ist. Vielfach sind die Tätigkeiten aber so allgemein, dass eine Übertragung auf nicht-ärztliche Berufsgruppen in den meisten Fachabteilungen und auch in den Funktionsbereichen möglich ist.

Bei bestimmten ärztlichen Tätigkeiten kann darüber hinaus auch eine Delegation in ambulanten OP-Zentren oder Medizinischen Versorgungszentren erfolgen. Gerade bei den Medizinischen Versorgungszentren ist aufgrund der Vergleichbarkeit zur Leistungserbringung bei Vertragsärzten eine umfangreiche Delegation möglich. Was bei den Vertragsärzten von ihren ärztlichen Tätigkeiten an die Medizinischen Fachangestellten delegiert wird, kann auch in Medizinischen Versorgungszentren vom nicht-ärztlichen Personal übernommen werden – sofern die entsprechende Qualifikation vorliegt.

Das potentielle Entlastungspotential wird angegeben. Je nach Organisationsgrad des Krankenhauses oder der vorliegenden Arbeitsverteilung zwischen den Berufsgruppen können sich krankenhausspezifische Unterschiede ergeben.

7.2 Kategorie 1: Die erforderliche Qualifikation des nicht-ärztlichen Mitarbeiters wird durch eine Ausbildung und ggf. Anleitung nachgewiesen

Die Deutschen Kodierrichtlinien formulieren, dass die Auflistung der Diagnosen bzw. Prozeduren in der Verantwortung des behandelnden Arztes liegt.⁶⁹

„Aus dieser Richtlinie kann aber nicht zwangsläufig abgeleitet werden, dass der Arzt die Kodierung, also die Umsetzung der klartextlich von ihm beschriebenen Diagnosen und Prozeduren in die ICD-10- bzw. OPS-Kodes selbst vornehmen muss. Während er die

⁶⁹ Vgl. Deutsche Kodierrichtlinien. Allgemeine und Spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren, Version 2008, Siegburg 2007, S.3.

Primärdokumentation selbst durchführen muss, kann die Kodierung delegiert werden. Der Arzt ist gemäß dieser Kodierregel jedoch für das Ergebnis der Kodierung verantwortlich.⁷⁰

Eine Delegation der eigentlichen Kodiertätigkeit, nicht aber der Festlegung oder der Freigabe, auf nicht-ärztliches Personal ist möglich.

Um ein gewisses Qualitätsniveau der Kodierung zu gewährleisten, sollten für die Kodierung nur Personen ausgewählt werden, die dafür speziell qualifiziert sind. Das können z.B. Medizinische Dokumentationsassistenten sein, die eine fachspezifische Ausbildung abgeschlossen haben. Es können aber auch Pflegekräfte sein, die eine entsprechende Anleitung erhalten haben.

Die Gefährdung des Patienten durch diese Delegation ist als sehr gering einzustufen, da die Freigabe der Kodierung durch einen Arzt zu erfolgen hat.

Die Übernahme der Kodierung durch nicht-ärztliche Mitarbeiter kann für alle Fachabteilungen des Krankenhauses durchgeführt werden. Aus der Natur der Sache ergibt sich, dass nur stationäre sowie teilstationäre Fälle von der Tätigkeitsübertragung betroffen sind.

Wie hoch das Entlastungspotential für jedes Krankenhaus ist, hängt davon ab, wie dort derzeit die Kodierung schon organisiert ist. Sofern die Kodierung ausschließlich von Ärzten durchgeführt wird, ist das entsprechende Entlastungspotential als sehr hoch anzusehen.⁷¹

7.3 Kategorie 2: Die erforderliche Qualifikation des nicht-ärztlichen Mitarbeiters wird durch eine Ausbildung und Einweisung nachgewiesen

Bei der venösen Blutentnahme wird i.d.R. eine Punktion einer der starken Venen der Ellenbeuge durchgeführt. Gut geeignet sind alle anderen oberflächlich liegenden und gut zugänglichen Venen (z.B. am Handrücken oder am Unterarm).

Für den Patienten liegt nur eine geringe Gefährdung durch eine venöse Blutentnahme vor.⁷² Bei brüchigen oder durchstochenen Venen bildet sich unmittelbar ein Hämatom. Die Traumatisierung eines Nervs löst kurzfristige Schmerzen und Dysästhesie aus.

⁷⁰ Roeder, Norbert u.a.: Arzt oder „Koder“ – wer kodiert Diagnosen und Prozeduren im Krankenhaus?, in: das Krankenhaus 96 (2004), S.802-810, hier: S.803.

⁷¹ Vgl. grundlegend zum Dokumentationsaufwand und zum Entlastungspotential Blum, Karl/ Müller, Udo: Dokumentationsaufwand im Ärztlichen Dienst der Krankenhäuser – Bestandsaufnahme und Verbesserungsvorschläge, Düsseldorf 2003.

⁷² Universität zu Köln Studiendekanat/ Kölner Interprofessionelles Skills Lab: Venöse Blutentnahme, www.medizin.uni-koeln.de/dekanat/dateien/skills-dat/Skript-Intravenoese-Injektion.pdf, Stand: 29. Oktober 2007, S,7.

Die Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung einer venösen Blutentnahme erfordert eine bestimmte formelle und materielle Qualifikation.

Die formelle Qualifikation ergibt sich hier z.B. durch die Ausbildung zum Medizinischen Fachangestellten oder zur Gesundheit- und KrankenpflegerIn.

Zu den vermittelnden Fertigkeiten, Kenntnissen und Fähigkeiten gehören gemäß der „Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten“ folgende Tätigkeiten: „Proben für Untersuchungszwecke und Laborauswertungen, insbesondere durch venöse und kapilläre Blutentnahmen sowie Abstriche, gewinnen“.⁷³

Aufgrund der Länderzuständigkeit für die Konkretisierung der Ausbildungsinhalte bei den Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, ergibt sich die formelle Qualifikation nicht unmittelbar. Die von den jeweils zuständigen Landesbehörden erstellten konkretisierten Ausbildungsinhalte sehen in Brandenburg⁷⁴, Hessen⁷⁵, Sachsen⁷⁶ und Thüringen⁷⁷ die Durchführung der venösen Blutentnahme als eigenständige Aufgabe der Pflegefachkraft. Dies bedeutet nun nicht, dass diese Ausbildungsinhalte in den anderen Bundesländern nicht auch vermittelt werden. Allerdings geht dies nicht aus den entsprechenden Dokumenten der Landesregierungen hervor. Um hier die formelle Qualifikation zu überprüfen, könnte der Nachweis über die Lehrinhalte der jeweiligen Pflegeschule erforderlich sein.

Um zu gewährleisten, dass auch die materielle Qualifikation vorliegt, also die Beherrschung der eigentlichen Technik der venösen Blutentnahme, ist eine Einweisung erforderlich. Die Einweisung ist über einen Befähigungsnachweis zu dokumentieren.

Ist die formelle und die materielle Qualifikation gegeben, kann die Delegation der venösen Blutentnahme an die entsprechenden qualifizierten nicht-ärztlichen Mitarbeiter routinemäßig erfolgen.

⁷³ Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten, Bundesgesetzblatt Jahrgang 2006 Teil I Nr. 22, S.1097-1108.

⁷⁴ Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg: 3. Rahmenplan ..., a.a.O., S. S.56.

⁷⁵ Hessisches Sozialministerium: Entwurf Rahmenlehrplan ..., a.a.O., S.118.

⁷⁶ Sächsisches Staatsministerium für Kultus: Lehrplan ..., a.a.O., S.41.

⁷⁷ Thüringer Kultusministerium: Arbeitsfassung des Lehrplanentwurfs ..., a.a.O., S.69.

„Der Arzt muss sich davon überzeugen, dass die beauftragte Pflegekraft qualifiziert ist. Es kann sich entweder über ihre Qualifikation informieren oder ihre Durchführung überwachen ... Die Qualifikation einer Pflegekraft ergibt sich aus ihrer Ausbildung, etwaigen Zusatzqualifikationen, Berufserfahrung und Übung.“⁷⁸

Es scheint herrschende Meinung zu sein, dass der Arzt die venöse Blutentnahme an eine bestimmte, zu bezeichnende Pflegekraft delegieren darf.⁷⁹

Das Entlastungspotential für die Ärzte kann sehr hoch sein. Dies hängt allerdings davon ab, auf welchen Stationen die venöse Blutentnahme durchgeführt wird und ob ausschließlich elektive, routinemäßige venöse Blutentnahmen betroffen sind.

Anhand der konkreten Umsetzung des Einsatzes von so genannten Phlebotomisten im Klinikum Ludwigshafen kann gezeigt werden, welche Auswirkungen die Delegation von ärztlichen Leistungen haben kann. Im Klinikum Ludwigshafen gibt es eine eigene Berufsgruppe, die die Blutentnahmen durchführen. Bei diesen Mitarbeitern handelt es sich um Medizinische Fachangestellte.⁸⁰

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.“⁸¹ Dem stehen Kosten in Höhe von rund 180.000 Euro für zehn teilzeitbeschäftigte Mitarbeiter gegenüber, die die Blutentnahmeteams bilden. Die Finanzierung dieser Kosten erfolgte aus Mitteln, die das Bundesministerium für Gesundheit dem Klinikum für Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen zur Verfügung gestellt hatte.

⁷⁸ Weber, Martina: Injektionen, Infusionen, Blutentnahme – Was dürfen Krankenpflegeschüler/ -innen? - , in: Pflege und Krankenhausrecht 3 (2000), Heft 4, S.90-94, hier: S.92. Vgl. u.a. auch Bachstein, Elke: Die Delegation von ärztlichen Aufgaben. Immer wieder in der Diskussion: Die Delegation von ärztlichen Aufgaben an Krankenpflegepersonal, in: Pflege aktuell, Oktober 2005, S.544-547, Schell, Werner: Die Delegation von Injektionen, Infusionen und Blutentnahmen auf nichtärztliches Personal – ein Dauer-Rechtsproblem im Bereich der vertikalen Arbeitsteilung, <http://www.wernerschell.de/Rechtsalmanach/Diagnostik%20und%20Therapie/delegation.htm>, Stand: 16. Mai 2007.

⁷⁹ Vgl. mit weiteren Nachweisen Weber, Martina: Injektionen, Infusionen, Blutentnahme ..., a.a.O., S.91 und Schell, Werner: Die Delegation von Injektionen, Infusionen und Blutentnahmen auf nichtärztliches Personal ..., a.a.O. Vgl. aber auch Dettmeyer, Reinhard: Medizin und Recht. Rechtliche Sicherheit für den Arzt, 2., vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage, Heidelberg 2006, S287.

⁸⁰ Vgl. Asché, Peter: Delegation von ärztlichen Aufgaben stärkt Qualität und senkt Kosten, 3. Personalkongress der Krankenhäuser, Dresden 2007, Folie 16.

⁸¹ 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.

Die Autoren gehen auch auf die organisatorischen Aspekte im Zusammenhang mit der Delegation der venösen Blutentnahmen ein. Die Situation vorher war gekennzeichnet durch eine Vielzahl von Beteiligten und Schnittstellen in Verbindung mit fehlenden Kontrollregelungen. Die zeitliche Belastung der Stationsärzte durch Routineblutentnahmen war hoch. Durch die Übertragung der venösen Blutentnahmen konnten nicht nur die Ärzte entlastet werden, sondern der gesamte Prozess konnte verbessert werden. Damit wurde eine deutliche qualitative Verbesserung des Probeneingangs sowie Reduzierung der Belastungsspitzen und Auslastungslücken in den Laboren erreicht.

Roßbruch hat eine einfache Modellrechnung vorgestellt, die die Kosten der venösen Blutentnahme bei Erbringung durch Ärzte oder bei Erbringung durch Pflegekräfte aufzeigt.⁸² Ausgangspunkt sind 70 venöse Blutentnahmen täglich in einer Klinik für Innere Medizin mit 100 Betten. Unterstellt wird ein Zeitaufwand von täglich 210 Minuten. Dies entspricht einer Wochenarbeitszeit von 24,5 Stunden oder 0,76 Vollkräfte. Würden Ärzte alle Blutentnahmen übernehmen, entspräche dies wöchentlichen Kosten in Höhe 710 Euro. Sofern die Pflege die Blutentnahme übernehmen würde, lägen die entsprechenden Kosten bei 456 Euro. Wie die Differenz von 254 Euro verteilt werden könnte, spielt Rossbruch in mehreren Varianten durch, wobei die Verteilung anhand des Stellenplans und/oder des Budgetanteils operationalisiert wird.

7.4 Kategorie 3: Die erforderliche Qualifikation des nicht-ärztlichen Mitarbeiters wird durch eine qualifizierende Ausbildung nachgewiesen

„Bei Injektionen unterscheidet die Rechtsprechung nach

- formeller Qualifikation,
- materieller Qualifikation des beteiligten Pflegepersonals und
- nach Gefährdungsdichte/ -wahrscheinlichkeit,

die sich aus

- Arbeitstechnik,

⁸² Vgl. Roßbruch, Robert: Zur Delegation Zur Delegation ärztlicher Tätigkeiten an das Pflegefachpersonal unter besonderer Berücksichtigung zivilrechtlicher, versicherungsrechtlicher, arbeitsrechtlicher und sozialrechtlicher Aspekte, DBfK Baden-Württemberg, Fachtagung „Pflegerrecht“ 20.6.2006, www.agnes-karll-institut.de/baw/download/Delegation-freiburg-27-06.pdf, Stand: 3.4. 2007

- Hygiene
- Medikamentenwirkung und
- Patientenbefindlichkeit

ergeben.“⁸³

Es ist somit zu klären, welche Qualifikation vorliegen muss, um diese Tätigkeit ausüben zu dürfen, und wie hoch die Gefährdung des Patienten ist.

Bei der intramuskulären Injektion (i.m. Injektion) handelt es sich um eine Injektionstechnik, bei der kleinere Arzneimittelmengen in einen Muskel appliziert werden.

Eine intramuskuläre Injektion darf nur von Personen ausgeführt werden, die das dazu benötigte theoretische und praktische Wissen besitzt. Der (medizinische) Grund hierfür liegt einerseits darin, dass intramuskuläre Injektionen nicht bei allen Patienten indiziert sind. Beispielsweise sind intramuskuläre Injektionen bei Patienten mit Verdacht auf akutem Myokardinfarkt oder Patienten, die eine Heparintherapie erhalten, kontraindiziert. Andererseits können etwa durch eine falsche Lokalisation der Injektionsstelle Spritzenschäden entstehen oder es können bei Injektionen in Nervennähe toxische Gewebeschäden oder Injektionslähmungen auftreten.

Ein gewisses, wenn auch niedriges Gefährdungspotential für den Patienten ist somit vorhanden. Der delegierende Arzt darf daher eine intramuskuläre Injektion nur auf Personen übertragen, wenn diese die Injektionstechnik theoretisch und praktisch beherrschen. Der Arzt muss darauf vertrauen können, dass die materielle Qualifikation bei demjenigen vorliegt, der die intramuskuläre Injektion an seiner Stelle durchführt.

Sofern der Arzt nicht in jedem Einzelfall bei einer zu delegierenden Leistung die Qualifikation überprüfen will, könnte die materielle Qualifikation durch einen Befähigungsnachweis belegt werden.

Für die Frage, ob und welche ärztlichen Tätigkeiten an das Pflegepersonal delegiert werden können, ist daher grundlegend, welche medizinischen Tätigkeiten in der Ausbildung des Pflegepersonals vermittelt werden. Es geht also um die Frage, welche grundsätzlichen Qualifikationen das Pflegepersonal neben der Pflegekompetenz aufweist.

⁸³ Sträßner, Heinz: Haftungsrecht für Pflegeberufe. Ein Leitfaden, Stuttgart 2006, S.255.

Das „Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG)“ in der Fassung vom 16.7.2003 nennt in § 3 Abs. 2 Nr. 2 als Ausbildungsziel, dass die Ausbildung für die Pflege insbesondere dazu befähigen soll, „die folgenden Aufgaben im Rahmen der Mitwirkung auszuführen:

- a) eigenständige Durchführung ärztlich veranlasster Maßnahmen,
- b) Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation ...“

Um Mindestanforderungen an die Ausbildungen zu gewährleisten, wurde auf Grund des § 8 KrPflG die „Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV)“ erlassen, die näheres zum Inhalt und Umfang der Ausbildung enthält.

In Anlage 1 der „Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege“ wird der Mindestinhalt des theoretischen und praktischen Unterrichts konkretisiert. Von besonderer Relevanz ist hier Punkt 8, der überschrieben ist mit „Bei der medizinischen Diagnostik und Therapie mitwirken“. Die Ausbildungsinhalte werden dann wie folgt beschrieben: „Die Schülerinnen und Schüler sind zu befähigen,

- in Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten sowie den Angehörigen anderer Gesundheitsberufe die für die jeweiligen medizinischen Maßnahmen erforderlichen Vor- und Nachbereitungen zu treffen und bei der Durchführung der Maßnahmen mitzuwirken,
- Patientinnen und Patienten bei Maßnahmen der medizinischen Diagnostik und Therapie zu unterstützen,
- ärztlich veranlasste Maßnahmen im Pflegekontext eigenständig durchzuführen und die dabei relevanten rechtlichen Aspekte zu berücksichtigen.“

Allerdings bieten weder die Formulierung des Krankenpflegegesetzes („eigenständige Durchführung ärztlich veranlasster Maßnahmen“) noch die der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung („Ärztlich veranlasste Maßnahmen im Pflegekontext eigenständig durchzuführen“) Hinweise darauf, welche *konkreten* Tätigkeiten an Pflegekräfte delegiert werden dürfen bzw. eigentlich schon originäre Tätigkeiten der Pflege darstellen.

Konkreter werden hier einige, wenn auch nicht alle vorliegenden bundeslandbezogenen Lehrpläne für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege.⁸⁴

„Das KrPflIG ... samt den dazugehörigen Prüfungs- und Ausbildungsordnungen geben keine Gewähr dafür, dass die examinierten Kräfte auch tatsächlich in der Lage sind, Injektionen, Infusionen und venöse Blutentnahmen ordnungsgemäß durchzuführen. Daher ist die hausinterne Prüfung der Voraussetzungen für die Delegation dieser Aufgaben notwendig.“⁸⁵ Das bedeutet, dass die qualifizierende Ausbildung zwar an sich ausreichend ist, dass das geforderte theoretische und praktische Wissen auch vorliegt. Aufgrund der zum Teil sehr unterschiedlichen Ausbildungsinhalte an den Krankenpflegesschulen kann es qualifizierte Pflegekräfte geben, die in ihrer Ausbildung die geforderten Kenntnisse nicht erwerben konnten.

Aufgrund des niedrigeren Gefährdungspotentials werden intramuskuläre und subcutane Injektionen als wenig problematisch angesehen. „Subkutane und intramuskuläre Injektionen können generell auf Assistenzpersonal übertragen werden, wenn die zur Durchführung dieser Eingriffe erforderliche Qualifikation gewährleistet ist. Dieses ist in der Regel anzunehmen bei Mitarbeitern der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeberufe“.⁸⁶ Die generelle Übertragung auf examiniertes Pflegepersonal ist möglich.⁸⁷

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass intramuskuläre Injektionen auf examiniertes Pflegepersonal übertragen werden kann, wenn die materielle und formelle Qualifikation gegeben sind.

Einsatzgebiete für die intramuskuläre Injektion können alle Fach- und Funktionsbereiche sowie Medizinische Versorgungszentren und ambulante Operationszentren sein.

Durch eine (generelle) Übertragung der intramuskulären Injektionen auf Pflegepersonen entsteht ein Entlastungspotential auf Seiten der Ärzte.

⁸⁴ Vgl. hierzu Kapitel 4.2.

⁸⁵ Sträßner, Heinz: Haftungsrecht für Pflegeberufe ..., a.a.O., S.252.

⁸⁶ Bachstein, Elke: Die Delegation von ärztlichen Aufgaben. Immer wieder in der Diskussion: Die Delegation von ärztlichen Aufgaben an Krankenpflegepersonal, in: Pflege aktuell, Oktober 2005, S.544-547, hier: S.546.

⁸⁷ Vgl. Weber, Martina: Injektionen, Infusionen, Blutentnahme ..., a.a.O., S.91.

Die Höhe des Entlastungspotentials hängt einerseits von der Anzahl der Patienten ab, die mittels der delegierten Maßnahme behandelt werden, andererseits vom Zeitaufwand der jeweiligen Einzelmaßnahme.

Folgende Gründe sprechen dafür, dass eher weniger Patienten von einer Delegation von den Ärzten zu den Krankenpflegern betroffen sind:

1. Die meisten Arzneimittel können auch oral eingenommen werden, so dass eine intramuskuläre Injektion nicht indiziert ist.
2. Anstelle einer intramuskulären Injektion kann eine parenterale Gabe auch durch eine intravenöse Injektion durchgeführt werden.
3. Intramuskuläre Injektionen werden eher selten von Ärzten vorgenommen. Diese Injektionstechnik wird schon heute häufig als Aufgabe von Pflegepersonen betrachtet.

Die intramuskuläre Injektion ist an sich als Einzelleistung nicht sehr aufwendig.

Das Entlastungspotential wird daher als eher gering eingeschätzt.

7.5 Kategorie 4: Die erforderliche Qualifikation des nicht-ärztlichen Mitarbeiters wird durch eine qualifizierende Ausbildung und eine spezifische Schulung nachgewiesen

Bei der intravenösen Injektion (i.v. Injektion) handelt es sich um eine Injektionstechnik, bei der Arzneimittel in eine Vene appliziert werden.

Stärker noch als bei den intramuskulären Injektionen ist hier zu betonen, dass eine intravenöse Injektion nur von Personen ausgeführt werden darf, die über das dazu benötigte theoretische und praktische Wissen verfügen. Bei einer intravenösen Injektion tritt die Wirkung des applizierten Arzneimittels oft schon nach wenigen Sekunden ein, so dass hier je nach injiziertem Arzneimittel eine erhöhte Gefährdung des Patienten auftreten kann.

Die Gefährlichkeit der Injektion hängt hierbei im hohen Maße von der Art des zu verabreichenden Arzneimittels ab. Die Gabe etwa von Mucosolvan ist eher unkritisch, während die Applikation eines hochpotenten Herzmittels oder von Röntgenkontrastmittel als sehr kritisch zu werten sind.

Kriterien für das Gefährdungspotential können einerseits die therapeutische Breite des verabreichten Arzneimittels, andererseits die lokale Toxizität sein.

Die therapeutische Breite eines Arzneimittels bezeichnet den Abstand zwischen der Dosis, bei der die erwünschte Wirkung eintritt und der Dosis, bei der unerwünschte Wirkungen bis hin zum Tod des Patienten auftreten. Die therapeutische Breite gibt also den Bereich zwischen der Wirkungslosigkeit und der Toxizität an. Je kleiner die therapeutische Breite ist, desto sorgfältiger muss die Dosierung erfolgen. Umgekehrt ist ein Arzneimittel umso sicherer, je größer die therapeutische Breite ist.

Zu den Arzneimitteln mit großer therapeutischer Breite, bei der also das Gefährdungspotential für den Patienten geringer ausfällt, zählen beispielsweise Mucosolvan oder Penicillin. Eine geringe therapeutische Breite zeichnen z.B. die Herzglykoside, Lithium oder Immunsuppressiva aus. Bei einer Falschdosierung liegt ein hohes Gefährdungspotential für den Patienten vor.

Die therapeutische Breite eines Arzneimittels wird u.a. beeinflusst von der Dosis, der Applikationsart, dem Gewicht und den Nebenerkrankungen des Patienten.

Ein Gefährdungspotential für den Patienten ergibt sich aber nicht nur aus der therapeutischen Breite eines Arzneimittels, sondern auch aus seiner Toxizität. Von einer lokalen Toxizität spricht man, wenn die toxischen Wirkungen begrenzt sind auf ein Gewebe oder ein Organ. Die systemische Toxizität betrifft dagegen einen großflächigen Bereich oder den gesamten Körper des Patienten.

Nicht nur die systemische, sondern auch die lokale Toxizität ist für den Patienten gefährdend, wenn sie zu schwerwiegenden Folgen wie zu Nekrosen führen kann.

Je größer die therapeutische Breite und je geringer die lokale Toxizität ist, umso geringer ist das Gefährdungspotential durch eine intravenöse Injektion. Mit abnehmender therapeutischer Breite und/oder steigender lokaler Toxizität wird das potentielle Risiko durch eine intravenöse Injektion für den Patienten erhöht.

Aufgrund der unterschiedlich hohen potentiellen Gefährdung des Patienten kann nicht pauschal die intravenöse Injektion delegiert werden. Eine Delegation dieser Injektionen kann sich nur auf eine unter Mitwirkung von Ärzten zu erstellende Liste von Arzneimitteln erstrecken, die regelmäßig zu überprüfen und zu aktualisieren ist. Je nach Fachabteilung,

können diese Listen unterschiedlich umfangreich ausfallen. Bei bestimmten Arzneimitteln können auch nur Folgeapplikationen delegationsfähig sein, während die Erstapplikation entweder Ärzten vorbehalten bleibt oder die Durchführung ausschließlich unter unmittelbarer Aufsicht und Weisung mit der Möglichkeit des unverzüglichen Eingreifens von Ärzten erfolgen darf.

Neben der Wirkung und Gefährlichkeit des zu verabreichenden Arzneimittels spielt für die Beurteilung der Delegierbarkeit der intravenösen Injektionen auch der Gesundheitszustand des Patienten eine wichtige Rolle. Der Arzt muss den Zustand des Patienten beurteilen können, bevor er eine Anweisung für eine intravenöse Injektion erteilt. Damit ist diese Form der Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf den Einzelfall beschränkt.

Bei den intravenösen Injektionen herrscht in der Literatur keine einheitliche Meinung darüber vor, ob sie delegiert werden darf. Auf der einen Seite wird argumentiert, dass eine Übertragung auf qualifizierte Pflegekräfte generell möglich sei⁸⁸, auf der anderen Seite werden der intravenösen Injektion seitens der Pflegekräfte enge Grenzen gesetzt⁸⁹.

Da bei den intravenösen Injektionen ein mittleres Gefährdungspotential vorliegt, sind die Ansprüche an die Qualifikation derjenigen, die diese Tätigkeit übertragen bekommen, entsprechend hoch. Zunächst muss eine qualifizierte Ausbildung vorliegen. Im konkreten Falle heißt das, dass diese Tätigkeit nur von examinierten Gesundheits- und Krankenpfleger vorgenommen werden darf. Die formelle Qualifikation ist dann gegeben.

Die materielle Qualifikation kann durch eine spezifische Schulung erworben werden. Inhalte dieser Schulung müssen u.a. die Wirkungsweise der verschiedenen Medikamente, Nebenwirkungen und das Notfallmanagement sein. Es muss den Pflegekräften ein theoretisches und ein praktisches Wissen vermittelt werden, damit „die materielle Qualifikation der Pflegekraft im Einzelfall (in concreto) der eines Arztes entspricht“.⁹⁰ Durch diese Anforderung wird deutlich, dass die spezifische Schulung über eine reine Einweisung hinausgeht.

⁸⁸ So u.a. Schell, Werner: Die Delegation von Injektionen, Infusionen und Blutentnahmen ..., a.a.O., S.5. und Scholz, Uwe: Kontrastmittelinjektionen im Spannungsverhältnis zwischen der persönlichen Leistungserbringungspflicht des Arztes und der Delegationsfähigkeit von ärztlichen Leistungen an nicht-ärztliches Hilfspersonal, www.rsk-recht.de/Kontrastmittelinjektionen_im_Spannungsve.1440.0.html, Stand: 10.4.2007.

⁸⁹ So Großkopf, Volker: Zulässigkeit der Übertragung ärztlicher Aufgaben auf Pflegekräfte, www.pwg-seminare.de/service/topthema05.php, Stand: 4. April 2007.

⁹⁰ Sträßner, Heinz: Haftungsrecht für Pflegeberufe ..., a.a.O., S.249.

In Übereinstimmung mit den gebotenen Sorgfaltspflichten und den Qualifikationsvoraussetzungen darf der delegierende Arzt daher eine intravenöse Injektion *im Einzelfall* nur auf examinierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen übertragen, sofern diese

1. die Injektionstechnik theoretisch und praktisch beherrschen
2. eine hausinterne oder externe Schulung absolviert haben
3. sich die Applikation auf einer Medikamenten-Positivliste befindet.

Die Delegation von intravenösen Injektionen kann unter diesen Bedingungen in allen Fachbereichen und vor allem auch auf der Intensivstation erfolgen.

Von den Krankenhausexperten wird das Entlastungspotential für die Ärzte als „mittelhoch“ eingestuft.

In zwei Kliniken des Universitätsklinikums Münster wurde sowohl die Blutentnahme als auch die intravenöse Medikamentengabe an das Pflegepersonal delegiert. Das Entlastungspotential bei den Ärzten lag je Klinik bei rund 8 Stunden täglich. „Das Pflegepersonal wird optimal in die neuen Aufgabengebiete, Blutentnahme und intravenöse Medikamentengaben eingearbeitet, es wird auch hier eine enge Kooperation zwischen Pflegepersonal und Ärzten geben. Und die Anordnungsverantwortung wird bei dem zuständigen Arzt bleiben.“⁹¹

7.6 Kategorie 5: Die erforderliche Qualifikation des nicht-ärztlichen Mitarbeiters wird durch eine qualifizierende Ausbildung und eine strukturierte Weiterbildung nachgewiesen

Bei Onkologiepatienten wird als eine Therapieform die Verabreichung von Zytostatika angewendet. Bei Zytostatika handelt es sich um chemische Substanzen, welche eine Schädigung oder Zerstörung von Tumorzellen bewirken. „Vieler dieser Substanzen beeinflussen das Zellgeschehen, das heißt entweder Verhinderung der normalen Zellteilung, Veränderung des Erbgutes oder Störung des normalen Zellstoffwechsels.“⁹²

⁹¹ Universitätsklinikum Münster: Der Krankenhausalltag soll sich wandeln. UKM testet neue Aufgabengebiete für die Pflege, in: Pulsschlag. Informationsblatt des Universitätsklinikums Münster, Heft 3, Münster 2007.

⁹² Dahm, Elke: Der richtige Umgang mit Zytostatika, in: Die Schwester/ der Pfleger 40 (2001), S.16-19, hier: S:16.

Die besondere Gefährdung des Patienten ergibt sich daraus, dass nicht nur erkrankte Zellen von diesen Wirkungen betroffen sein können, sondern auch gesunde Zellen. Die Behandlung löst vielfältige Nebenwirkungen aus, die vom Haarausfall bis hin zur Verminderung der Blutkörperchen im Blut führen können. Darüber hinaus sind einige Zytostatika selber krebserregend. Die Verabreichung von Zytostatika stellt daher ein sehr hohes Gefährdungspotential für den Patienten dar.

In der nachfolgenden Übersicht sind Risikofaktoren aufgeführt, die mit einer Gabe von Zytostatika einhergehen können.

1. Arzneimittelbedingte Risikofaktoren	
Gewebsschädigende Potenz	Konzentration von Wirk- und/oder Hilfsstoffen
Osmolarität und ph-Wert	Art und Volumen der Infusionslösung
Expositionsdauer	Menge und Konzentration des Wirk- und/oder Hilfsstoffes im Paravasat
2. Patientenassoziierte Risikofaktoren	
Schwierige Venenverhältnisse	Fragile Venen bzw. generalisierte Gefäßerkrankungen; mehrfache Vortherapien
Beeinträchtigung des Lymphflusses und der venösen Zirkulation	Dissektion der axillären Lymphknoten im ipsilateralen Arm; lokal infiltrierende Tumoren; Gefäßspasmus; Thrombophlebitis; Thrombose proximaler Venen
Alter	Bei Kindern und geriatrischen PatientInnen kann die Kommunikationsfähigkeit eingeschränkt sein.
Recall-Phänomene	Erhöhte Neigung zur Gewebsnekrose nach vorangegangener Chemotherapie mit Doxorubicin oder Paclitaxel
Sonstige Faktoren	Polyneuropathie, z.B. bedingt durch Diabetes mellitus oder Vortherapie mit Vinca-Alkaloiden; motorische Unruhe
3. Iatrogene Risikofaktoren	
Mangelnde Schulung	Auswahl eines ungünstigen Punktionsortes (ungeeignete Venen; Cave! Handrücken); mangelhafte Punktionstechnik
Mehrfachpunktion	Im Bereich des Infusionsortes
Mangelnde Fixierung des Armes	Während der Infusion
Nichtbeachtung von Patientenangaben	z.B. Symptome, die auf eine Paravasation hinweisen können
Organisatorische Schwierigkeiten	Verzögerung des Therapiebeginns nach Setzen des intravenösen Zuganges; unzureichende Überwachung der Infusionen insbesondere während der Nacht; Zeitdruck bei der Verabreichung; übermüdetes Personal
Applikationstechnik	Bolusapplikation bzw. periphervenöse Dauerapplikation mittels Infusionspumpen

Quelle: Mader, Robert: Paravasation von Zytostatika – eine endlose Geschichte, www.paravasate.at/cms/dokumente/10001178/87a80db7/Paravasation_eine_unendliche_Geschichte3.pdf, Stand: 29. Oktober 2007, S.3

Tab. 3: Risikofaktoren Gabe von Zytostatika

Das Tätigwerden einer nicht-ärztlichen Berufsgruppe im Rahmen der Behandlung mit Zytostatika stellt daher die höchsten Ansprüche an die formelle und die materielle Qualifikation.

Ausschließlich die Gabe von Zytostatika mit Einschluss der intravenösen Applikation kann einer nicht-ärztlichen Berufsgruppe übertragen werden. Aufgabe des Arztes bleibt immer u.a.

die Erstellung des Therapieplans, die Dosierung, die Festlegung der Applikationsart und Applikationszeit. Diese ärztlichen Tätigkeiten dürfen nicht delegiert werden.

Die Gabe von Zytostatika kann auf bestimmte Medikamente beschränkt sein.

In der Fachabteilung „Hämatologie/ Onkologie“ der Medizinischen Universitätsklinik Freiburg ist eine entsprechende Vorgehensweise installiert. Zu den Strukturkriterien, unter denen die Zytostatikagabe erlaubt ist, gehören:

- „Anwesenheit eines Arztes (möglichst auf Station)
- Keine Erst- und Bolusgaben von Zytostatika
- Keine Studienmedikamente
- Vollständiges schriftliche Anordnung (incl. Bestätigung der korrekten Lage des ZVK)
- Die Stationsärzte müssen informiert sein, wer eine Qualifikation zur Zytostatikagabe hat.
- Die Krankenschwester/ der –pfleger hat die Durchführungsverantwortung.“⁹³

Die Anordnungsverantwortung bleibt beim Arzt. Er hat die Aufsicht über das Tätigwerden der entsprechend qualifizierten Pflegefachkraft. Das impliziert aber auch, dass ein Tätigwerden der Pflegekräfte ausschließlich unter unmittelbarer Aufsicht und Weisung des Arztes mit der Möglichkeit des unverzüglichen Eingreifens erlaubt ist.

Die Übertragung der Zytostatikagabe an Pflegekräfte ist nur möglich, wenn eine entsprechend hohe formelle und materielle Qualifikation vorliegt.

Die formelle Qualifikation besteht darin, dass nur examinierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen für diese Aufgabe in Frage kommen können. „Für die Übernahme der i.v. Zytostatika-Applikation ist eine Zusatzqualifikation unabdingbar. Die pflegerische Erstausbildung alleine reicht nicht.“⁹⁴ Es ist weitergehende und strukturelle Qualifizierung erforderlich. Ob diese Qualifizierung in der Fachweiterbildung „Onkologische Pflege“ besteht

⁹³ Naegele, Matthias: Intravenöse Applikation von Zytostatika durch das Pflegepersonal, www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/pflegebereich/krebskrankenpflege/15_Symposium/Praesentationen/Naegele_PPTminimizer.ppt, Stand: 29. Oktober 2007, Folie 9.

⁹⁴ Naegele, Matthias/ Hasemann, Monika/ Buchstor, Beate: Eine pflegerische Aufgabe. Intravenöse Applikation von Zytostatika, in: Die Schwester/ Der Pfleger 46 (2007), S.978-983, hier: S.979.

oder ob entsprechend umfangreiche und detaillierte Qualifizierungen ausreichend sind, kann hier nicht beantwortet werden.⁹⁵

Die Mindestinhalte einer strukturierten Qualifizierung könnten beispielsweise sein:

- „Sicherheitsvorschriften im Umgang mit Zytostatika
- Umgang mit venösen Zugängen
- Pharmakologie
- Therapiepläne und zeitliches Therapiefenster
- Supportive Therapie
- Erstmaßnahmen bei akuten Reaktionen
- Paravasate und deren Behandlung
- Umgang mit (Fast-)Fehlern und deren Meldung
- ...⁹⁶

Die strukturierte Qualifizierung muss nachgewiesen werden können. Sinnvoll ist die Verpflichtung, die erworbenen Kenntnisse regelmäßig zu aktualisieren.

„Die Frage, ob man mit der Fachweiterbildung zur onkologischen Pflege befähigt ist, auf ärztliche Anordnung Zytostatika zu verabreichen, muss mit einem deutlichen Ja beantwortet werden.“⁹⁷ Gleiches gilt auch für eine vergleichbare alternative Qualifizierung.

Die Entlastung für die Ärzte in onkologisch tätigen Fachabteilungen ist als mittel bis hoch einzuschätzen.

⁹⁵ Vgl. für das Schulungskonzept und die Zusatzqualifikation im Freiburger Modell Naegele, Matthias/ Hasemann, Monika/ Buchstor, Beate: Eine pflegerische Aufgabe. Intravenöse Applikation von Zytostatika, a.a.O., S.980 f.

⁹⁶ Meier, Klaus: Konzept zur Applikation von Chemotherapien mit der Rolle der Pflege an der MHH, [www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/pflegebereich/krebskrankenpflege/15_Symposium/Praesentationen/Meier_PPTminimizer .pdf](http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/pflegebereich/krebskrankenpflege/15_Symposium/Praesentationen/Meier_PPTminimizer.pdf), Stand: 29. Oktober 2007, Folie 15.

⁹⁷ Böhme, Hans: Darf die Zytostatikagabe auf Pflegende übertragen werden, in: Die Schwester/ Der Pfleger 45 (2006), S.120.

8 Mittelfristig übertragbare Leistungen

Die Umsetzung von bestimmten übertragbaren Leistungen ist nur mittelfristig möglich. Grund hierfür ist einerseits die mit der Übertragung von Tätigkeiten verbundene Zeitspanne für die erforderliche zusätzliche Qualifikation in Form einer Weiterbildung oder Ausbildung, andererseits die damit verbundenen zeitintensiven krankenhausesinternen Reorganisationsprozesse.

Ein wesentliches Kennzeichen der mittelfristig umsetzbaren Tätigkeiten ist die zusätzliche Qualifikation. Eine zusätzliche Qualifikation kann entweder durch eine Weiterbildung bei schon vorhandener Ausbildung erworben werden oder durch eine eigenständige Ausbildung. In jedem Falle werden durch diese zusätzliche Qualifikation Aufgaben neu verteilt.

Ursache für die neue Aufgabenverteilung ist, dass es sich bei den mittelfristig umsetzbaren Tätigkeiten entweder um Querschnittsaufgaben handelt oder es um die komplette Übertragung eines Aufgabenbereichs geht.

In beiden Fällen müssen vorhandene Prozesse reorganisiert werden. Diese Reorganisation ist nur multiprofessionell möglich. Nur das Zusammenwirken von Ärzten und Pflegenden kann krankenhausesintern zu den gewünschten Effekten führen.

Grund für die Anpassung der Qualifikation stellt das Niveau der Patientengefährdung dar. Die Übertragung kompletter Prozesse oder komplexer Aufgabenbereiche kann, je nach Ausgestaltung, dazu führen, dass Aufgaben übernommen werden, mit denen eine niedrige, eine mittlere oder eine hohe Patientengefährdung verbunden ist. Weder werden alle übertragenen Aufgaben mit einer hohen Gefährdung des Patienten verbunden sein, noch werden alle Personen, die diese Aufgabenbereiche übernehmen, Tätigkeiten ausführen, die ein hohes Niveau der Patientengefährdung implizieren.

In der nachfolgenden Abbildung wird versucht, dies zu visualisieren. Der Kernbereich der ärztlichen Tätigkeiten, die nicht delegiert, aber auch nicht übertragen werden können, wird auch hier nicht tangiert.

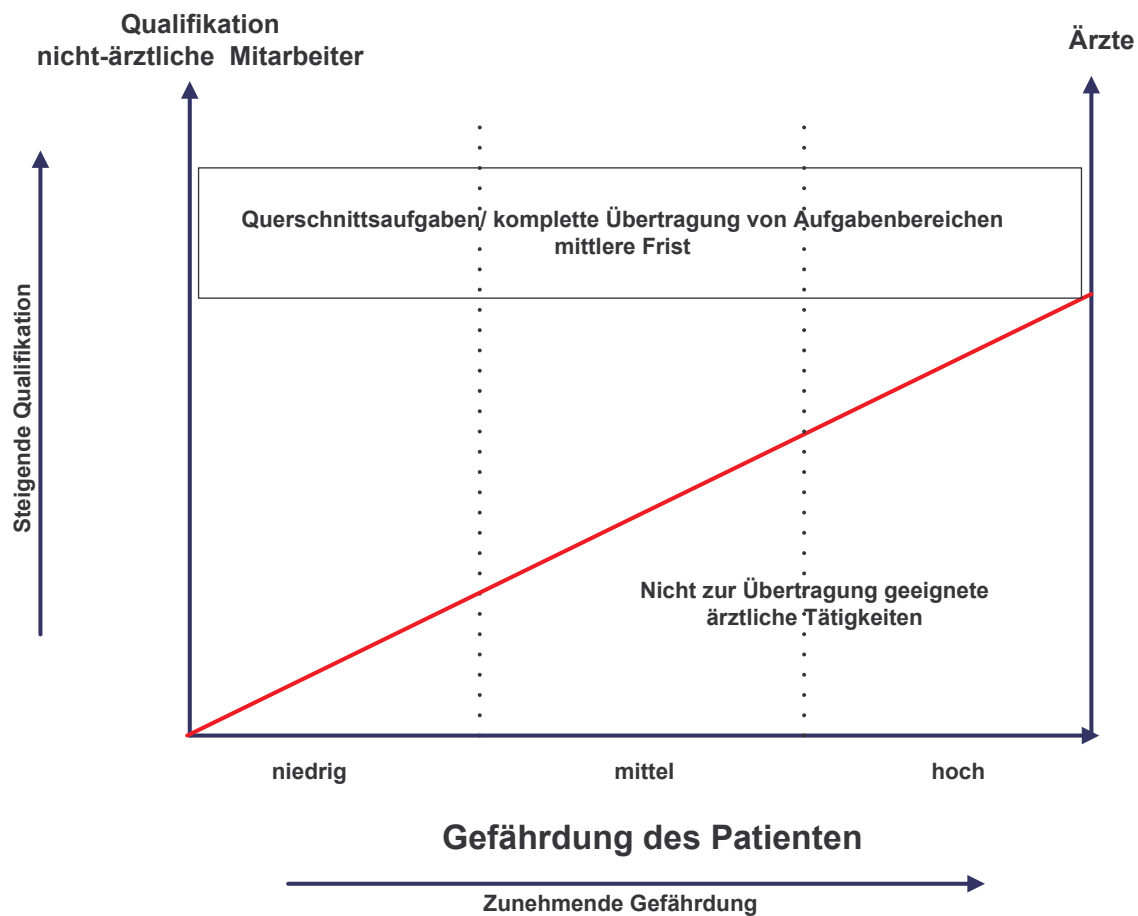


Abb. 10: Steigende Qualifikation und Gefährdung des Patienten in der mittlere Frist

Bei den im Folgenden dargestellten vier Bereichen mit einer Tätigkeitsübertragung, die mittelfristig umgesetzt werden können, handelt es sich selbstverständlich nicht um eine abschließende Liste. Weitere Formen der Delegation und Neuordnung von Tätigkeiten sind möglich.

8.1 Nichtärztliche Chirurgieassistenz bei operativen Eingriffen

Das ursprüngliche, weiter gefasste Konzept stammt aus den USA und firmiert dort unter der Bezeichnung „Physician Assistant“. Bei den Physician Assistants handelt es sich um eine Berufsgruppe, die Medizin unter der Aufsicht eines Arztes ausübt. „As members of the health care team, PAs provide a broad range of medical services that would otherwise provided by physicians.“⁹⁸

⁹⁸ American Academy of Physician Assistants: Profession Policy Manual, Alexandria 2007, S.46.

Die ersten Physician Assistants wurden Mitte der 60er Jahre aufgrund des damals erkannten Ärztemangels ausgebildet. Nachdem im Jahr 2003 in den USA eine Beschränkung der Arbeitszeit der Krankenhausärzte auf 80 Stunden pro Woche verfügt worden war, erhielt der Einsatz von Physician Assistants in Krankenhäusern einen großen Schub. Etwa 40% der 63.000 Physician Assistants arbeiten in und an Krankenhäusern.

Voraussetzungen für die Ausbildung sind der mindestens zweijährige Besuch eines Colleges sowie berufliche Erfahrungen im Gesundheitswesen. „The typical applicant has a bachelor’s degree and approximately four years of health care experience. Commonly nurses, EMTs, and paramedics apply to PA programs.“⁹⁹

Die Ausbildung dauert i.d.R. 26 Monate. Im ersten Jahr der Ausbildung werden grundlegende medizinische Kenntnisse vermittelt. Danach beginnt die klinische Phase der Ausbildung. „This includes classroom instruction and clinical rotations in medical and surgical specialties (family medicine, internal medicine, obstetrics and gynecology, pediatrics, general surgery, emergency medicine, and psychiatry). PA students complete 2.000 hours of supervised clinical practice prior to graduation.“¹⁰⁰

Nach bestandenem Examen und einer ggf. durchgeführten Zertifizierung durch die „National Commission of Physician Assistants“ bestehen vielfältige Einsatzmöglichkeiten auch in Krankenhäusern. Diese reichen von der Chirurgie und Orthopädie bis hin zur Onkologie, Kardiologie und Gastroenterologie.

Eine Zusammenfassung der Tätigkeiten, die ein Physician Assistant übernehmen kann, aber nicht zwingend auch in allen Fällen übernimmt, gibt folgende Tätigkeitsbeschreibung:

„Job Description of a House Staff PA

As a member of the health care team, the PA will provide medical and/or surgical support to the hospital’s attending physicians, nurses, and patients and may perform the following functions:

- Screen patients to determine need for medical attention.
- Take patient histories, perform physical examinations, and identify normal and abnormal findings on histories, physicals, and commonly performed laboratory studies. Record pertinent patient data in the medical record.

⁹⁹ American Academy of Physician Assistants: Information about PAs and the PA Profession, www.aapa.org/geninfo1.html, Stand: 30. Oktober 2007.

¹⁰⁰ American Academy of Physician Assistants: The Physician – PA Team, www.aapa.org/gandp/issuebrief/pateamb.pdf, Stand: 30. Oktober 2007, S.1.

- Carry out or relay a physician's orders for diagnostic procedures, treatments, and medication in accordance with existing drug laws. The PA may transcribe the orders on the patient chart as a verbal or telephone order from the physician and may then sign it. The physician may review orders written by PAs.
- Collect specimens for commonly performed laboratory procedures; collect urine, sputum, stool specimens, and cultures for laboratory analysis.
- Evaluate patients in the emergency department for traumatic and surgical problems.
- Conduct daily patient rounds. Evaluate changes in patients' condition. Issue orders for medications, treatments, and laboratory tests.
- Write discharge summaries.
- Perform the following clinical procedures, subject to institutional credentialing:
 - Venipuncture/arteriopuncture, electrocardiogram recording
 - Administer intravenous medications and contrast materials for radiologic studies
 - Collect fluids, blood, and blood components upon order from a supervising MD
 - Administer injections: intramuscular, intravenous, or intradermal
 - Perform nasogastric intubation, endotracheal intubation, insertion of urinary catheters
 - Clean and debride wounds
 - Administer local infiltrative anesthesia
 - Suture laceration: injuries involving arteries, tendons, or nerves, examined by the supervising physician prior to the institution of therapy
 - Apply dressings, bandages, and splints. Apply and remove casts.
 - Cardiopulmonary resuscitation
 - Assist in surgery, fulfilling all requirements of a surgical assistant
 - Provide pre- and postoperative surgical/medical care
 - Provide patient education and health-promotion and disease-prevention instructions
 - Be available for 'call' as determined by the department
 - Other duties as delegated by the physician and approved by the credentials committee of the institution.¹⁰¹

In Deutschland wird das amerikanische Konzept enger gefasst und umfasst lediglich die nichtärztliche Chirurgieassistenten. Bei der nichtärztlichen Chirurgieassistenten „geht es um die regelhafte Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf besonders geschultes Personal (CTA), das eigenständig spezialisierte Assistenzaufgaben im medizinischen und operationstechnischen Bereich unter Aufsicht eines Arztes durchführt.“¹⁰²

¹⁰¹ Duffy, Kara: Physician Assistants: Filling the Gap in Patient Care in Academic Hospitals, in: Perspectives on Physician Assistant Education 14 (2003), Heft 3, S.158-167, hier: 160.

¹⁰² Bauer, Hartwig: CTA-Workshop, Workshop der DGCH zur Delegation ärztlicher Aufgaben in der Chirurgie, www.dgch.de/dgch/aktuelles/CTA-Workshop/index.html, Stand: 4.4.2007.

In der Diskussion sind derzeit verschiedene Ausbildungs- bzw. Weiterbildungskonzepte, die sich im Hinblick auf das zu rekrutierende Personal, den Umfang der Ausbildung/ Weiterbildung sowie den Umfang der Tätigkeiten unterscheiden.

In der nachfolgenden Übersicht sind die bekanntesten Konzepte gegenübergestellt.¹⁰³

¹⁰³ Vgl. auch Müller, Tim: Wer schneidet, der haftet. Haftungsrechtliche Aspekte der Chirurgie-Assistenz, in: nahdran Heft 3, 2005, S. 10-13, hier: S.13 sowie Vortragsunterlagen, die von Herrn Jochen Berentzen zur Verfügung gestellt worden sind..

	Ausbildung „Chirurgisch-Technischer Assistent	Weiterbildung „Chirurgie-Assistent“	Studiengang „Bachelor of Science in Physician Assistance	Weiterbildung „Gefäßassistent DGG“
Dauer	3 Jahre	Mindestens 6 Monate praktische Ausbildung + 40 Stunden Theorie	3 Jahre	Abhängig vom Nachweis der erbrachten externen und internen Lerninhalte
Zielgruppen	Berufseinsteiger, OTA, Pflegekräfte u.a.	Pflegekräfte, OTA	Pflegekräfte, OTA	Examinierte Pflegekräfte, Arzthelferin, OTA, MTA, RTA, u.a. med. Berufe
Voraussetzungen	Fachhochschulreife in Verbindung mit einem erlernten Beruf oder Abitur	<ul style="list-style-type: none"> • Fachpflegekraft für den OP- Dienst mit 2 Jahren Berufserfahrung im OP-Dienst • Pflegekraft mit 5 Jahren Berufserfahrung im OP-Dienst • OTA mit 2 Jahren Berufserfahrung im OP-Dienst 	<ul style="list-style-type: none"> • Abgeschlossene Ausbildung Krankenpflege bzw. OTA • Abitur/ Fachhochschulreife und 2jährige Erfahrung in der Praxis/ Ausbildung 	2 Jahre ganztägige Tätigkeit in stationärer gefäßchirurgischer Einrichtung

Tab. 4: Aus- und Weiterbildungskonzepte nichtärztliche Operationsassistenten

Für die von den nichtärztlichen Chirurgieassistenten übernommenen Tätigkeiten gibt es zwischenzeitlich einige Überblicksartikel.¹⁰⁴

Die in Zusammenarbeit mit dem Marienhospital Osnabrück weitergebildeten Chirurgie-Assistenten in der Allgemeinen Chirurgie, Unfallchirurgie und Gynäkologie sollen folgende Aufgaben intraoperativ übernehmen:

„Aufgaben eines Chirurgie-Assistenten

- Kontrolle der OP-relevanten Patientenunterlagen auf Vollständigkeit
- Fachspezifische Lagerung des Patienten für den Eingriff
- Inspektion, Desinfektion und steriles Abdecken des Patienten
- Mithilfe beim Zugangsweg durch situationsgerechtes Verwenden von Instrumenten und/oder Händen
- Situationsgerechtes intraoperatives Darstellen des OP-Gebietes durch den Einsatz von Retraktoren, Haken und Händen
- Mithilfe bei intraoperativer Blutstillung durch Elektrokoagulation, Saugertechniken, setzen von Klammern, legen und kneten von Ligaturen, Einsatz von Clipinstrumenten, Einsatz von Tupfer und Tüchern
- Bearbeitung unterschiedlicher Gewebestrukturen unter fachgerechter Verwendung chirurgischer Instrumente
- Faden führen, Anwendung verschiedener Knotentechniken
- Bedienung und Anwendung medizinischer Instrumente/ Geräte
- Einlegen und Sicherung von Drainagen/ Sonden/ Kathetern/ Tamponaden
- Mithilfe beim schichtweisen Wundverschluss, auch durch eigenständige Naht
- Anlegen steriler Verbände jeglicher Art

¹⁰⁴ Vgl. u.a. o.V.: Chirurgie-Assistent in der Allg. Chirurgie, Unfallchirurgie und Gynäkologie, Marienhospital Osnabrück, www.mho.de/s236.html, Stand: 21.6.2007; Schmid, Volker/ Matschke, Klaus/ Knaut, Michael: Chance für die Kardiotechnik in Deutschland? Einführung des Neuen Aufgabenfeldes „Physician Assistant“ in der Herzchirurgie des Herzzentrums Dresden GmbH, www.dgfk.de/frankenthal2006/Sitzungen/Abstracts/SchmidtV.htm. Berentzen, Jochen: Erfahrung ist gefragt – Aufstieg durch Spezialisierung, in nahdran, Heft 2, 2005, S.29-31. Ulrich, Bernward: Physician Assistant – ein neues Berufsbild neben dem Chirurgen, in: Die Schwester/ Der Pfleger 45 (2006), S.704-706, hier: S.705.

- Kameraführung bei endoskopischen Eingriffen¹⁰⁵

Die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie hat das Ausbildungskonzept des Gefäßassistenten entwickelt. Zu den Tätigkeitsmerkmalen gehören:

- „Praktische Durchführung nicht-invasiver Untersuchungsverfahren unter vorläufiger Wertung der Ergebnisse
- Organisation von Gefäßsprechstunde und Gefäßstation
- Erhebung einer Basisanamnese und eines Basisbefundes einschl. vorläufiger Symptomenzuordnung und Stadieneinteilung
- Kodierung von Erkrankungen und gefäßchirurgischen Eingriffen
- Vorbereitende Information des Patienten (Stufenaufklärung)
- Blutabnahme und Legen von Verweilkanülen
- Wundmanagement nach ärztlicher Anordnung
- Vorbereitung des Patienten im Operationssaal
- Aktive Assistenz im Operationssaal
- Assistenz bei Qualitätssicherungsmaßnahmen
- Überwachung ärztlich eingeleiteter Therapien.“¹⁰⁶

Für die Herzchirurgie liegen mehrjährige sehr positive Erfahrungen mit der nichtärztlichen Chirurgieassistenz vor. „Als nicht zwingend dem Arzt vorbehaltenen Assistenz Tätigkeiten können in der Herzchirurgie angesehen werden:

- Überwachung des zeitlichen Ablaufs,
- Lagerung
- Desinfektion und Abdeckung
- Thorakotomie
- Venenentnahme konventionell
- Venenentnahme endoskopisch

¹⁰⁵ Internes Dokument, welches freundlicherweise von Herrn Jochen Berentzen, Katholische Bildungsstätte für Gesundheitsberufe Osnabrück, zur Verfügung gestellt wurde.

¹⁰⁶ Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie: Ausbildungskonzept Gefäßassistent/-in, www.gefaesschirurgie.de/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=345, Stand: 4.4.2007.

- Erste Assistenz
- Wundverschluss
- Wundverband
- OP-Dokumentation.¹⁰⁷

Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie hat ein Positionspapier zum Chirurgisch-Technischen Assistenten vorgelegt¹⁰⁸, welches eine Auflistung von delegierbaren Aufgaben auf Station und im OP-Bereich enthält. Folgende Aufgaben könnten demzufolge von Chirurgisch-Technischen Assistenten übernommen werden:

Auf den Stationen

- *vorbereitende* Anamnese (Dokumentation), *vorbereitende* OP-Aufklärung (Standardeingriffe), Befunddokumentation, *vorbereitende* Standardarztbriefe
- einfache Verbandswechsel
- Blutentnahmen, Legen peripher venöser Zugänge, Infusionsanlage
- Sicherstellung der Umsetzung angeordneter medizinischer Maßnahmen, Untersuchungen und Konsile
- Organisation der Nachsorge in Kooperation mit Angehörigen und Sozialdienst
- Verwaltungs-Dokumentationsaufgaben

Im Operationsbereich

- Optimierende Unterstützung der Ablauforganisation
- Standard-Patientenlagerung, OP-Felddesinfektion und Abdeckung
- OP-Assistenz, Wundverschluss (nach Schwierigkeitsgrad und persönlicher Qualifikation des CTA)
- Wundverband, Lagerungsschienen
- OP-Verwaltungs-Dokumentationsaufgaben
- Technische Assistenz (Arthroskopietürme, Navigationsgeräte u.ä.)

¹⁰⁷ Diegeler, Anno u.a.: Nichtärztliche Chirurgieassistenz. Bessere Qualität durch mehr Routine, in: Deutsches Ärzteblatt 103 (2006), S.A1802-A1804, hier: S.A1802. Vgl. auch Behr, R. u.a.: Endoskopische Venenentnahme durch Kardiotechniker – Rechtliche Aspekte/ Erfahrungen, in: Kardiotechnik 15 (2006), S.13-20

¹⁰⁸ Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie: Überarbeitetes Positionspapier der DGU vom 21.3.2007 – Entwurf -, www.dgu-online.de/pdf/unfallchirurgie/aktuelle_themen/andere_themen/cta_stellungnahme.pdf.

Der Umfang der Tätigkeiten, die der Physician Assistant (PA) im Rahmen des Bachelor-Studiengangs an der Steinbeis Hochschule erlernen soll, zeigt die nachfolgende Auflistung. „Zu den Aufgaben der PAs gehören Assistenzfunktionen in u.a. folgenden Bereichen:

OP-Abteilung

- Spezielle Präparationsaufgaben, die in der jeweiligen Klinik mit hohen Fallzahlen vorkommen, z.B. V. saphena magna-Präparation oder Entnahme von Graftmaterial in der Herzchirurgie
- Lagerung, Abwaschen und Abdecken des Patienten
- Zugang zum Operationsgebiet, z.B. Laparotomie, Thorakotomie
- Chirurgische Assistenz während des Eingriffs
- Platzierung von Drainagen, Wundverschluss, Wundverband
- Qualitätskontrolle chirurgischer Maßnahmen

Interventionelle Funktionsbereiche:

- Assistenz bei interventionellradiologischen Verfahren, z.B. Herstellung des angiographischen Zugangs
- Assistenz bei flexibel-endoskopischen Verfahren

Ambulanz:

- ‚Kleine Chirurgie‘: Wundversorgung, Hautnaht
- Kleine Ambulanzeingriffe“.¹⁰⁹

Die aufgeführten Tätigkeitsbeschreibungen zeigen den unterschiedlichen Umfang an Tätigkeiten im und außerhalb des OPs, welche von den nichtärztlichen Chirurgieassistenten übernommen werden sollen. Sofern der Einsatz solcher Kräfte im Krankenhaus beabsichtigt ist, muss im Vorfeld eine Entscheidung darüber gefällt werden, ob nur ein Einsatz im OP-Dienst oder aber ein weitergehender Assistenz-Einsatz auf Station und Ambulanz beabsichtigt ist. Je nachdem, wie man sich entscheidet, kann dann eine entsprechende Aus- oder Weiterbildung durchgeführt werden bzw. eine entsprechend qualifizierte Kraft beschäftigt werden.

¹⁰⁹ Bauer, Stefan: Assistenten mit Dipol – Studium für Ambitionierte, in: nahdran, Heft 2, 2005, S.22-25

Bevor eine Entscheidung über den Einsatz nichtärztlicher Chirurgieassistenten getroffen wird, sind darüber hinaus wichtige Aspekte zu klären.

An erster Stelle steht hier zunächst die Frage, welche Ziele mit dem Einsatz einer neuen Berufsgruppe im Krankenhaus erreicht werden sollen. „Da starke Veränderungen in der Regel große Beharrungskräfte in den einzelnen Berufsgruppen auslösen, ist es unabdingbar, dass sich die verantwortlichen Ärzte, Schwestern und Pfleger sowie die Verwaltung – selbstverständlich nach ausführlicher Diskussion – gemeinsam und geschlossen der Umsetzung dieser Ziele durch die Ausbildung und Etablierung der neuen Berufsgruppe stellen.“¹¹⁰ Alle beteiligten Berufsgruppen müssen davon überzeugt sein, dass der Einsatz neuer Kräfte vorteilhaft ist.

Die operierenden Ärzte sind hier die wichtigste Stellschraube. Da sie für die Durchführung einer Operation verantwortlich sind, müssen sie ihr Plazet geben, sofern bisher ärztliche Tätigkeiten von einer anderen Berufsgruppe übernommen werden. Es muss daher deutlich werden, dass durch die neue Berufsgruppe die Qualität der medizinischen Behandlung nicht schlechter wird, sondern eventuell steigen wird. Förderlich für die Akzeptanz seitens der Ärzte sind „die Verbesserung der Planbarkeit und Durchführung der Prozesse im Operationsalltag und der Aufbau von stabilen Operationsteams.“¹¹¹ Eine mögliche Entlastung der Ärzte durch den Einsatz von nichtärztlichen Chirurgieassistenten ist ebenfalls hilfreich.

Aus einem weiteren Grund ist die Unterstützung der Ärzte erforderlich. Je nach Konzept, wird die Aus- und Weiterbildung der nichtärztlichen Chirurgieassistenten in den Krankenhäusern von den Ärzten durchgeführt. Hier muss frühzeitig in Zusammenarbeit zwischen Ärzten und der Stelle, die die Aus- und Weiterbildung der Chirurgieassistenten federführend übernimmt, eine Planung der Inhalte und der Organisation erfolgen.

Gegen die Bedenken der Ärzte kann es somit keinen Einsatz von nichtärztlichen Chirurgieassistenten geben.

Bei den nichtärztlichen Chirurgieassistenten handelt es sich in aller Regel um Personen, die aus dem Bereich der Pflege stammen. Durch den Einsatz im OP sollen ärztliche Aufgaben übernommen werden, so dass die entsprechende Pflegekraft nicht mehr im vollen Umfange

¹¹⁰ Schoppik, Rainer: Pflegende übernehmen ärztliche Assistenz im OP. Kardiovaskular-Assistenz an der Herz- und Gefäß-Klinik Bad Neustadt, in: Die Schwester/ Der Pfleger 45 (2006), S.10-11, hier: S.10.

¹¹¹ Schoppik, Rainer: Pflegende übernehmen ärztliche Assistenz im OP, a.a.O., S.10.

dem Pflegedienst zur Verfügung steht. Hierüber muss mit der Pflegedienstleitung Einvernehmen erzielt werden.

Dies gilt umso mehr, je nachdem, wem die nichtärztlichen Chirurgieassistenten zugeordnet werden. Denkbar ist die Zuordnung zur Pflege oder zum Ärztlichen Dienst. Damit keine Kompetenzstreitigkeiten entstehen, sollte dies im Vorfeld genau bestimmt werden. Bei einer Zuordnung zum pflegerischen Bereich ist zu klären,

- ob von den Chirurgieassistenten noch Tätigkeiten auf der Station übernommen werden bzw.
- wie die Abstimmung und Koordination mit den Operateuren/ OP-Koordinatoren erfolgt.

Bei einer Zuordnung zum ärztlichen Bereich ist zu klären,

- ob ausschließlich eine Assistenz im OP-Bereich stattfinden soll. Ist dies der Fall, so muss entweder die nichtärztliche Chirurgieassistenz ein entsprechend großes Spektrum abdecken können oder es liegen genug Operationen vor, so dass eine Vollzeitbeschäftigung gewährleistet ist.
- ob Tätigkeiten außerhalb des OPs übernommen werden sollen. Wenn ja, so ist zu klären, um welche Tätigkeiten es sich handelt und wie die Weisungsbefugnisse aussehen.

Schließlich muss auch die Geschäftsführung vom Einsatz einer neuen Berufsgruppe überzeugt sein. Zunächst kann sich eine veränderte Organisationsstruktur ergeben, die in das Konzept des Krankenhauses eingefügt werden muss. Vor allem entstehen aber Kosten, nämlich sowohl bei der Aus-/ Weiterbildung der nichtärztlichen Chirurgieassistenten als auch ggf. bei der Vergütung der neuen Berufsgruppe.

Ein wichtiger Aspekt betrifft die Gestaltung des Arbeitsvertrages. Bei bestehenden Arbeitsverträgen oder bei neuen Arbeitsverträgen empfiehlt es sich, in einer Nebenabrede die Tätigkeiten aufzuführen, die die Chirurgieassistenten erbringen dürfen. „Dieser Katalog hat sich strikt an den bereits vorhandenen Fähigkeiten des Assistenten zu orientieren und muss in allen Situationen die Obergrenze der OP-Tätigkeit des CTA/ PA darstellen.“¹¹²

Den Operateuren, die die Chirurgieassistenten einsetzen, ist der Umfang der delegierbaren Leistungen transparent zu machen. Nur so können Unsicherheiten über den

¹¹² Müller, Tim: Wer schneidet, der haftet. Haftungsrechtliche Aspekte der Chirurgie-Assistenz, in: nahdran Heft 3, 2005, S. 10-13, hier: S.12.

Tätigkeitsbereich der Chirurgieassistenten vermieden werden und eine klare Grenzziehung zwischen ärztlicher und assistierender Tätigkeit gezogen werden. Der nichtärztliche Chirurgieassistent darf keine Tätigkeiten übernehmen, für die er nicht ausreichend qualifiziert ist. Der Operateur darf keine Tätigkeiten an ihn delegieren, wenn er sich nicht sicher ist, ob der Chirurgieassistent dafür qualifiziert ist.

Aus den Erfahrungen im Bereich der Herzzentren, die mehrjährige Erfahrungen mit dem Einsatz von Chirurgieassistenten aufweisen, können die ökonomischen Auswirkungen abgeleitet werden. So kann praktisch jede Herzoperation bei Einsatz von Chirurgieassistenten durch einen einzelnen Operateur durchgeführt werden.

„Wenn ein Bereitschaftsdienst ausschließlich zum Zweck der Operationsassistenz außerhalb der Arbeitszeit besteht, kann dieser vollständig von Chirurgieassistenten abgedeckt werden. Hierdurch wird eine wesentlich verbesserte Präsenz der Assistenzärzte während der Regelarbeitszeit erreicht.“¹¹³

Dadurch, dass der Chirurgieassistent die OP-Vorbereitungen durchführt, könnten darüber hinaus Betriebskosten gesenkt werden, sofern die Ärzte durch Stations- oder Dokumentationstätigkeiten daran gehindert sind, pünktlich zur OP zu erscheinen¹¹⁴.

Folgende Modellrechnung wird für den Einsatz des Chirurgieassistenten erstellt:

„Wirtschaftlichkeit am Beispiel eines OP mit 4 Sälen: 4 OP Säle (2,5 Ärzte/ VK/ Saal = 10 Ärzte) oder (2 Ärzte VK/ Saal + 0,5 PA = 8 Ärzte + 2 PA).“¹¹⁵

Bedenken¹¹⁶ hinsichtlich der Weiterbildung der Assistenzärzte können nach den Erfahrungen in Bad Neustadt und Bad Rothenfelde zerstreut werden. Demnach zeigte sich, dass sich Assistenzärzte und Chirurgieassistenten ergänzen. Die Assistenzärzte lernten von den Chirurgieassistenten praktische Verrichtungen.

„Die chirurgischen Grundarbeiten werden bisher vielerorts von ständig neuen Ärzten mit entsprechender Lernkurve durchgeführt, die unnötig lange in dieser Funktion verharren. Mit dem neuen Modell der Arbeitsteilung im chirurgischen Team ist es den Assistenzärzten schneller möglich, sich in Richtung Facharzt zu weiterzuentwickeln. Die Freiräume hierfür

¹¹³ Diegeler, Anno u.a.: Nichtärztliche Chirurgieassistenz. Bessere Qualität durch mehr Routine, a.a.O., S.A1803.

¹¹⁴ Schaab, Franz: Physician Assistant – Top oder Flop für die Pflege?, in: Die Schwester/ Der Pfleger 46 (2007), S.322.

¹¹⁵ Brucksch, Michael M. u.a.: Bachelor of Science in Physician Assistance,

www.ihci.com/?download=IHCI_BSc%20PhysAss_060109_v3a.pdf, Stand: 4. April 2007, S.10.

¹¹⁶ Vgl. beispielsweise Jähne, Joachim: Chirurgische Assistenz: Wirklich nötig?, in: nahdran, Heft 2, 2005, S.27-29 oder die Leserbriefe im Deutschen Ärzteblatt 103 (2006), Heft 39, S.A2535 f.

schaft der Physician Assistant, der die Standardarbeiten bis hin zur ersten Assistenz qualitativ hochwertig übernimmt.“¹¹⁷

Dies bestätigen auch die Erfahrungen im Rahmen des Osnabrücker Modells: „Zeitraubende Bindung an den OP-Tisch ohne Bezug zur Fachausbildung wird so vermieden. Es werden Freiräume geschaffen für die Tätigkeiten außerhalb der OP-Abteilung.“¹¹⁸

Schließlich: „Natürlich ist die Anleitung junger Ärzte durch Mitwirkung an Operationen auch in Zukunft, insbesondere bei komplexen Operationen, unerlässlich. Wer aber 30 und mehr Leistenbruch-Operationen selbst durchgeführt hat, wird von einer Assistenz keine weiteren Vorteile haben.“¹¹⁹

8.2 Casemanagement

„Die funktionale Spezialisierung und Zentralisierung, die Fragmentierung der einzelnen Subsysteme der Fachabteilungen oder Funktionsbereiche verursachen eine Vielzahl von Schnittstellen in einem Behandlungsgeschehen, die eine zielorientierte, effektive Versorgung der Patienten behindern.“¹²⁰ Um diese Probleme zu lösen, wird in einer Reihe von Krankenhäusern ein Casemanagement eingeführt.

Hinzu kommt, dass der Kabinettsentwurf zum „Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)“ in § 11 Abs. 4 SGB V vorsieht, dass die Krankenhäuser ein Entlassungsmanagement zur Gewährleistung des nahtlosen Übergangs von der Krankenhausbehandlung in die ambulante Versorgung, zur Rehabilitation oder zur Pflege einzurichten haben. Die Durchführung soll durch hierfür qualifiziertes Personal, insbesondere Pflegefachkräfte, die koordinierend mit den behandelnden Krankenhausärzten, den stationär Pflegenden, dem sozialen Dienst, der jeweiligen Krankenkasse, den Angehörigen und den Vertragsärzten oder den aufzunehmenden Einrichtungen zusammenwirken, erfolgen. Insofern werden die Krankenhäuser, sofern der Kabinettsentwurf mit diesem Passus den Gesetzgebungsprozess durchlaufen hat, verpflichtet sein, ein Entlassungsmanagement als einen Teilbereich des Casemanagements einzurichten.

¹¹⁷ Schaab, Franz: Physician Assistant – Top oder Flop für die Pflege?, a.a.O.

¹¹⁸ Berentzen, Jochen: Erfahrung ist gefragt, a.a.O., S.31.

¹¹⁹ Ulrich, Bernward: Physician Assistant – ein neues Berufsbild neben dem Chirurgen, a.a.O., S.706.

¹²⁰ Huber, Peter: Stand der Implementierung von Case Management. Die Umsetzung erfolgt zögerlich, in: Pflege Zeitschrift 59 (2006), S.513-517, hier: S.513.

Der Begriff des Casemanagements ist ebenso vielschichtig wie die Konzepte, die unter diesem Namen firmieren. Eine Definition des Casemanagements, die aus der Krankenhauspraxis und nicht aus der theoretischen Literatur stammt, lautet: „Case Management bedeutet Schnittstellenmanagement aller am Versorgungsprozess beteiligten Akteure, um eine integrierte, strukturierte und koordinierte Versorgung für den Patienten von der Aufnahme bis nach der Entlassung zu organisieren.“¹²¹

So unterschiedlich die Umsetzungskonzepte zur Beantwortung dieser Fragen auch sein mögen, ein allgemeines Kennzeichen der diversen Projekte dürfte eine Reorganisation derart sein, dass die neu gestalteten Prozesse tendenziell dem Patienten folgen und nicht der Patient den Prozessen.

Im Folgenden werden drei unterschiedliche Umsetzungskonzepte des Casemanagements dargestellt. Daran schließt sich eine Darstellung von allgemeinen Kriterien an, die im Zusammenhang mit dem Casemanagement stehen. Die Entlastungseffekte für Ärzte und die möglichen Vorteile für das Krankenhaus werden jeweils herausgearbeitet.

Casemanagement in den Kreiskliniken Dillingen-Wertingen gGmbH

In der Kreiskliniken Dillingen-Wertingen gGmbH wurde im Jahr 2005 ein Casemanagement zur Fallsteuerung und Unterstützung des medizinischen Personals auf den Stationen eingesetzt.¹²²

Eine Integration des *klinischen* Casemanagements auf Station mit der Patientenaufnahme und Entlassung ist nach den Erfahrungen in Dillingen-Wertingen zwingend erforderlich. In einer ersten Projektphase erfolgte zunächst eine Nachkodierung aller stationären Fälle durch Kodierfachkräfte. Zwar wurde damit eine Steigerung der Kodierquantität und –qualität erreicht. „Durch die retrospektive Fallbehandlung fand die Kodierung ohne klinischen Bezug statt. Aufgrund der teilweise schlechten Dokumentation war der zeitliche Aufwand für die Diagnosen- und Therapiesicherung sowie die begleitende Schulung für die Dokumentation beträchtlich. Außerdem wurde ein Großteil der Akten den Kodierbüros verspätet

¹²¹ Huber, Peter u.a.: Stationäres Case Management im Klinikalltag. Qualität, Wirtschaftlichkeit und Humanität vereinigen, in: Pflegezeitschrift 58 (2005), S.513-515, hier: S.513.

¹²² Vgl. Toth, Andor: Erlössicherung durch Klinisches Case-Management im MDK-Verfahren. Lösungsansätze zur Reduzierung von steigenden Prüffällen und Erlösverlusten, in: das Krankenhaus 99 (2007), S.550-553, hier: S.552.

zugestellt.“¹²³ Dies führte dazu, dass zwischen der Entlassung des Patienten und der Ermittlung der DRG im Durchschnitt 44 Tage lagen.

Es wurde erkannt, dass nur eine Reorganisation der Prozesse zu einer Verbesserung der Situation führen würde. Mit der Veränderung der Prozesse sollten folgende Ziele erreicht werden:

- „Mit der Entlassung des Patienten Abschluss der Kodierung anhand der vorhandenen Dokumentation,
- laufende Aufzeichnung und Kontrolle der Dokumentation und Umsetzung in der Kodierung,
- Ermittlung der DRG zur Entlassung des Patienten für rasche Rechnungsstellung an die Kostenträger,
- Entkoppelung der Administration und Kodierung vom medizinischen Behandlungsweg und vor allem des Aktenlaufes,
- unmittelbarer Kontrakt zum medizinischen Personal und Bereitstellung von DRG-relevanten Daten einschließlich der aktuellen Arbeits-DRG.“¹²⁴

Es wurde eine Abteilung „Zentrales Case-Management“ neu geschaffen, in die das Klinische Case-Management, das Medizincontrolling, die Sozialdienste, die Patientenaufnahme und die EDV integriert wurden.

Durch die neue Organisationsstruktur konnte der gesamte Aufenthalt des Patienten von der Aufnahme bis zur Entlassung in der Abteilung abgebildet werden.

Das Klinische Case-Management wurde auf die einzelnen Stationen verlagert. Die Kodierfachkräfte übernahmen dort die Kodierung anstelle der Ärzte. „Das Zusammenführen der täglichen Sichtung der Dokumentation aus der aktuellen klinischen Behandlung des Patienten und der Kodierung („Just in time“) im Klinischen Case-Management ermöglichte es, durch die Bereitstellung von DRG-relevanten Informationen und Daten den Fall prospektiv zu begleiten und nach DRG-Gesichtspunkten zu steuern.“¹²⁵ Die klinischen Case-Manager

¹²³ Toth, Andor: Liquidität steigern und Kosten senken durch Klinisches Case-Management, in: das Krankenhaus 99 (2007), S.23-27, hier: S.23.

¹²⁴ Jahn-Hofmann, Barbara/ Toth, Andor: Wege der Professionalisierung. Klinisches Case Management, in: Die Schwester/ Der Pfleger 46 (2007), S.652-657, hier: S.653.

¹²⁵ Toth, Andor: Liquidität steigern ..., a.a.O., S.24.

haben eine Check-Liste entwickelt, in der alle wesentlichen Informationen zeitnahe dokumentiert werden. Aus diesen Informationen wird eine Arbeits-DRG entwickelt, die den Ärzten und Pflegekräften zur Verfügung gestellt wird, und ihnen eine DRG-konforme Steuerung des Falles ermöglicht. Die Angaben der klinischen Case-Manager werden dann zur Therapieplanung einer Behandlung innerhalb der mittleren Verweildauer genutzt. Wesentlich ist, dass die bereitgestellten Informationen für die Ärzte natürlich keinen Weisungscharakter haben.

Der Einsatz von Kodierkräften wird aber erst durch weitergehende Aufgaben und Tätigkeiten zum einem Casemanagement.

Die klinischen Case-Manager werden nicht nur für die Kodierung eingesetzt, sondern begleiten auch in regelmäßigen Abständen die Visiten der Chef- und Oberärzte. „So kann direkt am Krankenbett die Therapieplanung in Bezug zu den empfohlenen Entlasszeiträumen gebracht werden. Zusätzlich lassen sich unklare Diagnosen und Symptome besprechen.“¹²⁶ Den Assistenzärzten steht die Möglichkeit offen, die auf der Station tätigen Case-Manager zu kontaktieren und Informationen auszutauschen.

Das Klinische Case-Management hat darüber hinaus die Aufgabe, jeden Patienten kurz nach der Aufnahme auf einen möglichen Bedarf an Unterstützung bei der Entlassung zu prüfen. Die schon erwähnte Check-Liste der Case-Manager wurde dazu entsprechend erweitert. „Durch einen Entscheidungsbaum mit Möglichkeiten des einfachen Ankreuzens werden auf einfache, aber schnelle Weise die Patienten für den Sozialdienst vorsortiert.“¹²⁷ Ein Abgleich und eine Erweiterung mit dem „Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege“¹²⁸ ist geplant.

Die Überleitung in den ambulanten Bereich wird begleitet und so die Versorgung des Patienten bis zu seiner Haustür gewährleistet.

Für die Klinischen Casemanager wurden gezielt Mitarbeiterinnen aus der Krankenpflege gesucht, die dann eine Kodierausbildung sowie weitere fachspezifische Schulungen erhielten. Alle Mitarbeiter in der Abteilung „Zentrales Case Management“ „erhielten eine zusätzliche Ausbildung an einer Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen über

¹²⁶ Toth, Andor: Liquidität steigern ..., a.a.O., S.27.

¹²⁷ Jahn-Hofmann, Barbara/ Toth, Andor: Wege der Professionalisierung ..., a.a.O., S.656.

¹²⁸ Vgl. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung, Osnabrück 2004.

insgesamt fünf Monate in den Basis- und Aufbaumodulen nach den Standards und Richtlinien für die Weiterbildung Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen.“¹²⁹

Die direkte Entlastung der Ärzte erfolgt nicht nur durch die Kodierung, sondern auch durch die Bearbeitung von MDK-Anfragen durch die Kodierkräfte im Casemanagement. So werden rd. 55% der Anfragen zur Kodierung von Diagnosen und Therapien durch die Kodierkräfte bearbeitet. Diese Anfragen gelangen somit nicht mehr zu den Ärzten in den Fachabteilungen. „In der Kommunikation mit dem MDK und den Kostenträgern konnten viele Bereiche der sonst üblichen strittigen Kodierungen geklärt werden. Als Folge davon wurden diese Rechnungsprüfungen nicht mehr in Auftrag gegeben. Dieses Vorgehen bewirkte, dass die monatlichen Anfragen nach dem Einstieg in das DRG-System innerhalb von 2 Jahren um 54 Prozent gesenkt werden konnten.“¹³⁰

Insgesamt werden die Ergebnisse des Einsatzes des Casemanagements sehr positiv eingeschätzt. Neben einer verbesserten Liquidität durch eine schnellere Rechnungsstellung und einer Reduzierung der MDK-Anfragen konnte durch die Patientensteuerung auch die Verweildauer reduziert werden.

Casemanagement im Städtischen Krankenhaus München-Bogenhausen

Begonnen wurde mit der Einführung des Casemanagements im Städtischen Krankenhaus München-Bogenhausen Ende 2002. Zunächst beschränkt auf eine Abteilung wurden aufgrund der guten Erfahrungen bis Ende 2006 in insgesamt sechs Abteilungen bzw. Zentren ein stationäres Casemanagement installiert.

Im Städtischen Krankenhaus München-Bogenhausen ist das Casemanagement in drei Ebenen organisiert: „Die erste Ebene stellt das Zentrale Case Management dar, das für die Gesamtkonzeption und für die Implementierung der Teilkonzepte verantwortlich ist. Diese Position ist durch die Stabsstelle Zentrales Case Management besetzt. Die zweite Ebene bildet das Stationäre Case Management, das für die Koordination und Steuerung der Patienten von der Aufnahme bis zur Entlassung verantwortlich ist. Die Ebene des

¹²⁹ Jahn-Hofmann, Barbara/ Toth, Andor: Wege der Professionalisierung ..., a.a.O., S.654.

¹³⁰ Toth, Andor: Erlössicherung durch Klinisches Case-Management im MDK-Verfahren ..., a.a.O., S.552.

Poststationären Case Managements ist für die poststationäre Betreuung bestimmter Patientengruppen nach Entlassung zuständig ...¹³¹

Dem Zentralen Case Management kommt die Rolle der Supervision und der Koordination zu. Vor allem ist dies bei der Einführung des Casemanagements erforderlich. So unterschiedlich auch die Ausprägungen des Stationären Case Managements auf den Stationen auch sein können, bestimmte Grundstrukturen und –abläufe sind unverzichtbar und müssen umgesetzt werden. Das Zentrale Case Management ist als Stabsstelle der Pflegedirektion unterstellt.

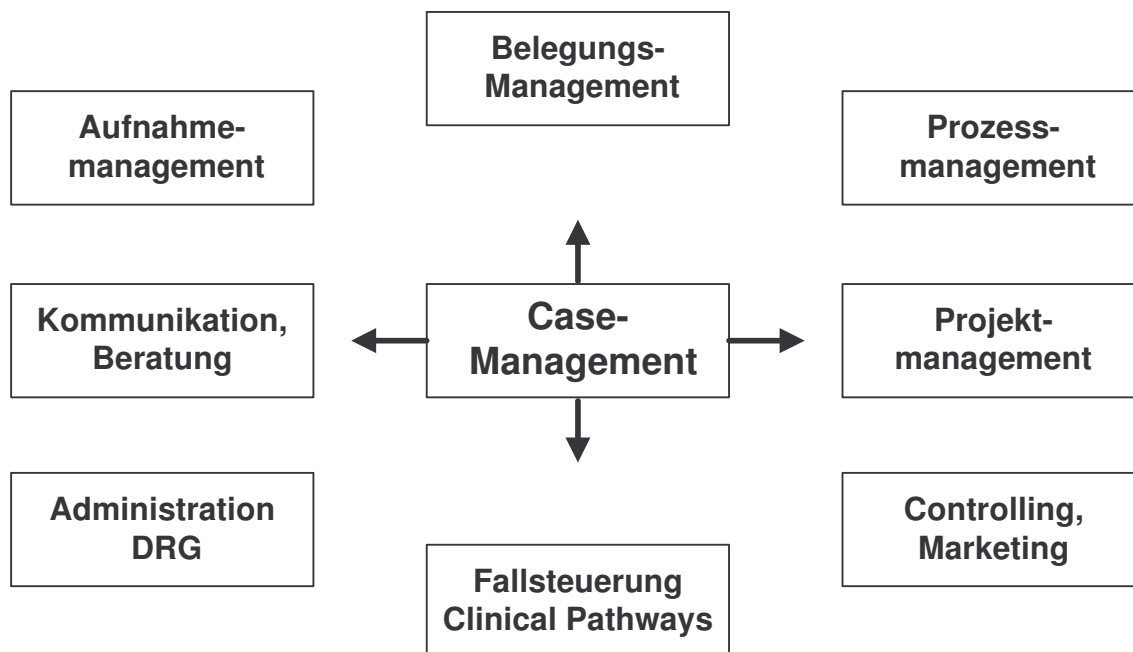
„Ziel des Stationären Case Management ... ist es, die Pflege und die Behandlung des Patienten von der Aufnahme hin bis zur Entlassung zu optimieren und möglichst viele PatientInnen auf Grundlage von Behandlungspfaden zu steuern.“¹³² Das Stationäre Case Management ist auf Abteilungsebene tätig.

Die gemeinsame Abteilungsleitung aus leitendem Arzt und Abteilungspflegedienstleitung haben die gemeinsame Fachaufsicht über die Stationären Case Manager. Dienstrechtlich sind sie der Pflegedirektion unterstellt, aus deren Budget die Stellen auch finanziert werden.

Die Aufgabenkomplexe der Stationären Case Manager gehen aus der nachfolgenden Abbildung hervor.

¹³¹ Richarz, Carola u.a.: Konzeption und Umsetzung von Case Management im Klinikum München-Bogenhausen unter besonderer Berücksichtigung eines stationären Ansatzes, in: Hellmann, Wolfgang (Hrsg.): Handbuch Integrierte Versorgung, 7. Aktualisierung, Heidelberg 2006, S.6.

¹³² Richarz, Carola/ Kircher, Manfred: Case Management – Konzeption und Implementierung im Krankenhaus München-Bogenhausen, in: Hellmann, Wolfgang (Hrsg.): Handbuch Integrierte Versorgung, Heidelberg 2004, S.4.



Quelle: Richarz, Carola u.a.: Konzeption und Umsetzung von Case Management im Klinikum München-Bogenhausen unter besonderer Berücksichtigung eines stationären Ansatzes, in: Hellmann, Wolfgang (Hrsg.): Handbuch Integrierte Versorgung, 7. Aktualisierung, Heidelberg 2006, S.8.

Abb. 11: Casemanagement im Klinikum München Bogenhausen

Nicht in allen Abteilungen werden die Aufgaben in gleicher Intensität wahrgenommen. Im Mittelpunkt der Aufgaben steht allerdings immer die organisatorische Begleitung des Patienten bereits vor der Aufnahme bis hin zur Entlassung.

Am Beispiel des Aufnahmemanagements, des Controllings und der Kommunikation seien die Aufgaben des Stationären Case Managements verdeutlicht.

Die elektive Patientenmeldung der zuweisenden Ärzte erfolgt telefonisch über das Stationäre Case Management der jeweiligen Abteilung. „Basierend auf einer konkreten Diagnose oder Fragestellung und der Vorinformation bereits durchgeführter Diagnostik, terminiert der Case Manager weitere Untersuchungen mit der Zielsetzung, teure Doppeluntersuchungen wie auch Wartezeiten zu verhindern. Zentrales Werkzeug stellt hierzu der Behandlungspfad dar. Der voraussichtliche pflegerische Unterstützungsbedarf sowie die evtl. daraus resultierende poststationäre Betreuungsnotwendigkeit werden vom Case Manager erfragt bzw. eingeschätzt. Besteht ein voraussichtlicher poststationärer Unterstützungsbedarf wird dies dem Team des Entlassungsmanagements kurz nach der

Aufnahme gemeldet. Mit der Vereinbarung des Aufnahmetermins wird der Patient über alle relevanten Aspekte des stationären Aufenthalts informiert.“¹³³

Neben dieser am konkreten Fall orientierten Tätigkeit kommen dem Stationären Case Manager auch Steuerungsfunktionen auf der Ebene des „Systems“ Fachabteilung zu. Hierzu zählen beispielsweise die Auswertung von Controllingdaten und die Erstellung abteilungsinterner Daten, die die leitenden Ärzte und die Abteilungspflegedienstleitung für die Festlegung der prospektiven Steuerung der Abteilung benötigen. Hinzu kommt die Überprüfung der Verweildauer der Patienten.

„Durch die tägliche Überprüfung der DRG-Verschlüsselung mit der Kodierung so genannter ‚pflegerelevanter Nebendiagnosen und Procedures‘ kann ein wesentlicher Beitrag zur Verbesserung der Kodierqualität und somit zur Erlössteigerung geleistet werden ... Die Aufgabe des Case Managers ist es, die erfassten Daten auf Plausibilität zu prüfen und in den PC einzugeben. Die Zentralisierung der Erfassung ermöglicht es, den Rücklauf und die Qualität der Datenerfassung zu überprüfen. Zusätzlich ist der Case Manager Ansprechpartner für Fragen der kodierenden Ärzte.“¹³⁴

In diesen Rahmen fällt auch die Kommunikationsaufgabe der Stationären Case Manager. In der allmorgendlichen Besprechung, an der der leitende Arzt, die Abteilungspflegeleitung und Vertreter aller Disziplinen teilnehmen, stellt der Case Manager die angemeldeten Patienten mit ihren Diagnosen, ggf. Besonderheiten oder angemeldete Diagnostik vor. „Der Case Manager weist anhand der Verweildauertabelle auf Patienten hin, die gefährdet sind, die kalkulierte Zielverweildauer zu überschreiten und hinterfragt die Ursachen, um mögliche unterstützende Maßnahmen zur Limitierung der Aufenthaltsdauer einzuleiten.“¹³⁵

Die Kommunikation erfolgt jedoch nicht nur intern, sondern auch extern. Der Stationäre Case Manager beantwortet alle externen Anfragen. Sofern erforderlich, werden die Anfragen von ihm an die entsprechenden Ansprechpartner in der Abteilung oder im Krankenhaus weitergeleitet.

Neben dem Zentralen Case Management und dem Stationären Case Management wurde das Poststationäre Case Management als dritte Ebene des Casemanagements im Städtischen Krankenhaus München-Bogenhausen installiert.

¹³³ Richarz, Carola u.a.: Konzeption und Umsetzung von Case Management ..., a.a.O., S.9.

¹³⁴ Richarz, Carola u.a.: Konzeption und Umsetzung von Case Management ..., a.a.O., S.14.

¹³⁵ Richarz, Carola u.a.: Konzeption und Umsetzung von Case Management ..., a.a.O., S.16.

Um Patienten poststationär begleiten zu können, wird möglichst frühzeitig ein Screening der Patienten durchgeführt, um Patienten mit einem Hilfebedarf zu identifizieren. In einem mehrstufigen Prozess wird der Hilfebedarf festgestellt, mit dem Patienten vereinbart und überprüft.¹³⁶ „Die Zielgruppe ist beschränkt auf Patienten, die in den häuslichen Bereich entlassen werden:

- mit einem sehr komplexen Hilfebedarf
- ohne unterstützendes Umfeld
- die sehr unsicher mit der Situation nach der Entlassung sind
- bei denen die Gefahr der Wiedereinweisung gegeben ist.“¹³⁷

Die direkte Entlastung für Ärzte ist insgesamt als hoch einzuschätzen. Sie resultiert vor allem aus der Übernahme der externen Kommunikation, der Terminierung der Diagnostik, der Hilfestellung bei der Kodierung sowie bei der Vorbereitung der Fallvorstellung seitens der Stationären Case Manager. Nicht zu unterschätzen sind die indirekten Wirkungen, die sich aus dem fachabteilungsspezifischen Controllingansatz und der Durchführung von Prozessanalysen durch die Stationären Case Manager ergeben.

Die ökonomischen Vorteile für das Städtische Krankenhaus München-Bogenhausen sind erkennbar, wenn auch betont wird, dass die Erfolge nicht isoliert auf das Casemanagement zurückzuführen sind. In der Abteilung, die am längsten das Konzept des Casemanagements umsetzte, kam es innerhalb von kurzer Zeit zu einer Steigerung der Fallzahlen bei gleichzeitigem Rückgang der Verweildauer und steigenden Erlösen aus den Fallpauschalen.

Casemanagement im Klinikum der Universität zu Köln

Die ersten Anfänge für ein Casemanagement reichen bis zum Jahr 2003 zurück. Seit Ende 2004 wird damit begonnen, das Casemanagement flächendeckend einzuführen.

Das gesamte Case Management ist als Stabsstelle konzipiert, dem Vorstand direkt unterstellt und organisatorisch dem Pflegedirektor zugeordnet. Daneben besteht eine Case Management Leitung, die Leitungs- und Führungsaufgaben der Casemanager in den Kliniken wahrnehmen. Zusätzliche Aufgabe dieser Case Management Leitung ist in Zusammenarbeit mit der Pflegedirektion die Weiterentwicklung des Casemanagements.

¹³⁶ Ausführlich dazu Richarz, Carola/ Kircher, Manfred: Case Management – Konzeption und Implementierung ..., a.a.O., S.8 ff.

¹³⁷ Richarz, Carola u.a.: Konzeption und Umsetzung von Case Management ..., a.a.O., S.6.

Dazu gehören auch die Diskussion von Problemen und die Vorbereitung von strategischen Entscheidungen, die mit den relevanten Beteiligten auf Klinikebene diskutiert und abgestimmt werden.

In den einzelnen Fachabteilungen sind Case Manager tätig. Das fachliche Weisungsrecht steht dem ärztlichen Klinikdirektor zu. Das organisatorische Weisungsrecht obliegt dem Pflegedirektor/ der Case Management Leitung.

Das Anforderungsprofil für die Case-Manager sieht neben einer Pflege- bzw. Hebammenausbildung auch eine mindestens 5jährige Berufserfahrung möglichst mit Leitungserfahrung vor. Die Case-Manager sollten Erfahrungen aus dem Bereich mitbringen, in dem sie eingesetzt werden sollen.

Laut Stellenbeschreibung „Case-Manager/in in den somatischen Kliniken“ des Klinikums der Universität zu Köln gehören folgende Tätigkeiten zum Aufgabenspektrum der Case Manager:

- “Terminierung von internen und externen Aufnahmen
- Durchführung eines Assessments
- Planung und Koordination von Leistungen
- Belegungsmanagement
- Entlassungsmanagement in enger Kooperation mit dem Sozialdienst ...
- Stationäre Prozessbegleitung / Pfadcontrolling / Varianzdokumentation
- Initiieren von Prozessoptimierungen
- Beratende Integration ins Behandlungsteam
- Informationsaustausch mit dem Controlling
- Leistungsdokumentation / Statistiken
- Informationsaustausch (mit der Abteilung; MO) Medizinische Synergien
- Interdisziplinäre regelmäßige Briefings
- Verstärkung der positiven Außendarstellung des Klinikums
- Öffentliche Darstellung des Case-Managements
- Berichterstattung an die Pflegedirektion
- Berichterstattung an den Vorstand“¹³⁸

¹³⁸ Vgl. die Stellenbeschreibung des Klinikums der Universität zu Köln: <http://cms.uk-koeln.de/live/case-management/content/e59/e70/StellenbeschreibungCase-Manager.pdf>

Die einzelnen Tätigkeiten können je nach Abteilung unterschiedlich gewichtet sein, aber grundsätzlich gehören alle diese Aufgaben zum Tätigkeitsbereich der Case Manager.

Die Case Manager übernehmen nicht nur die Terminierung der Aufnahme, sondern auch die Koordination der prästationären Diagnostik. Durch sie erfolgt die Zuordnung der Patienten zu Pflegebereichen.¹³⁹ Die erste Phase des Casemanagements besteht für alle Patienten in einem Assessment, um den patientenorientierten Hilfe- und Unterstützungsbedarf zu ermitteln. Hierzu wurde eigens ein prospektives Assessment-Instrument entwickelt, welches weitgehend auf standardmäßig vorliegenden Daten und Skalen aufbaut.¹⁴⁰ Mit Hilfe des Assessments werden die Patienten identifiziert, die einer Fallbetreuung bedürfen. „In dieser Phase organisiert und koordiniert Case Management folgende Maßnahmen:

- Vorstationäre Vorbereitung,
- Versorgungsformen des Patienten (ambulant, teilstationär, vollstationär),
- Hilfebedarf im Anschluss der Versorgung durch das Klinikum (Versorgungskontinuität),
- Unterbringung am Pflegeaufwand bemessenen Versorgungsbereich (Low-, Medium-, High Care),
- Intensität des Pfadcontrollings durch das Case Management.“¹⁴¹

Auf der Grundlage des Assessments und von vorliegenden Standards bzw. Behandlungspfaden erstellt der Casemanager dann einen Versorgungsplan, der mit allen am Versorgungsprozess Beteiligten diskutiert wird. Der Versorgungsplan beinhaltet u.a. die Koordination von diagnostischen und therapeutischen Leistungen sowie die Überwachung der Verweildauer. „Je nach Versorgungsintensität wird der Versorgungsplan überwacht und je nach Veränderung des Gesundheitszustandes oder anderer personenbezogener Veränderungen (psychisch, sozial spirituell) angepasst.“¹⁴²

Bei der Entlassung des Patienten, für den ein Hilfe- und Unterstützungsbedarf festgelegt worden ist, wird vom Casemanager ein Abschlussgespräch darüber geführt, ob die im

¹³⁹ Vgl. Bostelaar, René A./ Thiry, Ludwig: Praktischer Einsatz und Weiterbildung. Uniklinik Köln setzt auf Case Management, in: Die Schwester/ Der Pfleger 46 (2007), S.744-746, hier: S.745.

¹⁴⁰ Vgl. Grebe, Christian: Das Kölner Assessment Instrument mit Bostelaar-Index (KAI-BI®) im Case Management, Vortrag auf dem Cologne Congress Managed Care am 8.9. 2006, http://cms.uk-koeln.de/live/cc-mc/content/e127/e428/Vortrag_Grebe_KAI-BI.pdf, Stand: 3. September 2007

¹⁴¹ Pape, Rudolf/ Rosenbaum, Iris/ Bostelaar, René A.: Das Kölner Case Management Modell (KCM) am Klinikum der Universität zu Köln, in: Case Management, Heft 1, 2006, S.31-34, hier: S.32.

¹⁴² Pape, Rudolf/ Rosenbaum, Iris/ Bostelaar, René A.: Das Kölner Case Management Modell ..., S.32.

Versorgungsplan festgelegten Ziele erreicht worden sind. Größere Abweichungen werden dokumentiert und analysiert. Dies kann dann dazu führen, dass eine Prozess- und/ oder Strukturanpassung erforderlich ist.

In Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst und einem Tochterunternehmen des Klinikums, der „CDC Überleitungsmanagement im Klinikum der Universität zu Köln“, wird das Entlassungsmanagement durchgeführt. Hier geht es um die „Sicherung und Monitoring der Pflegequalitätsstandards des Klinikums in der poststationären Weiterversorgung.“¹⁴³

Auch am Klinikum der Universität zu Köln werden die Entlastungswirkungen für die Ärzte als hoch eingeschätzt. Die Ärzte werden von der Organisation und Koordination der einzelnen medizinischen Leistungen entlastet. Neben der Entlastung von administrativen Aufgaben erfolgt keine Überwachung der Verweildauer durch Ärzte. Aufgaben im Zusammenhang mit der Überleitung von Patienten werden im Wesentlichen ebenfalls nicht mehr von Ärzten übernommen. Dies betrifft vorwiegend solche Bereiche, in denen Behandlungspfade oder Standards vorliegen, aber nicht nur.

Durch das Casemanagement wurde eine klare Aufgabenverteilung erreicht. Die ökonomischen Vorteile liegen in der Minimierung von Fehlbelegungen, einer Erlössicherung durch die effektive Kontrolle der Verweildauer sowie einer Reduzierung des Drehtüreffektes.

Voraussetzungen und Wirkungsweisen des Casemanagements

Die drei dargestellten Beispiele zeigen unterschiedliche Modelle und Ansatzpunkte für ein Casemanagement. Herausragendes Merkmal in allen Beispielen ist der Prozessgedanke. Es werden nicht einzelne Tätigkeiten isoliert reorganisiert, sondern im Zusammenhang mit vor- und nachgelagerten Tätigkeiten. „Bleibt der organisatorische Wandel durch die Einführung von Case Management aus und ist das Case Management rein auf ökonomische Zwecke ausgerichtet, ist zu überlegen, ob nicht andere Konzepte/ Methoden zielführender sind.“¹⁴⁴ Erfolgreiches Casemanagement ist nur mit Erlösorientierung **und** Qualitätsorientierung möglich.

So unterschiedlich die drei Fallbeispiele auch sind, so ist doch Übereinstimmung an einem zentralen Punkt festzustellen, nämlich dass die Einführung des Casemanagement von der

¹⁴³ Bostelaar, René A.: Das Kölner Case Management-Modell, Vortrag Fachtagung Entlassungsmanagement. Umsetzungserfahrungen in Österreich, Wien, Juni 2007, Stand: 24. September 2007
http://www.pik.or.at/fileadmin/user_upload/Fachtagung_EM/Bostelaar.pdf, S.11

¹⁴⁴ Richarz, Carola u.a.: Konzeption und Umsetzung von Case Management ..., a.a.O., S.20.

Krankenhausleitung nicht nur beschlossen, sondern auch unterstützt werden muss.¹⁴⁵ Die Top-down-Entscheidung muss sowohl vom Ärztlichen Direktor, dem Pflegedirektor und dem Geschäftsführer gefällt werden. Alle Berufsgruppen müssen sich in der Entscheidung wieder finden.

Daran zeigt sich ein weiteres unverzichtbares Merkmal des Casemanagements: es ist ein interdisziplinärer Ansatz. „Dies bedeutet, dass ein Gelingen nur möglich ist, wenn alle an patientennahen Prozessen beteiligten Berufsgruppen eng zusammenarbeiten.“¹⁴⁶ Unterstützt wird diese Vorgehensweise, wenn der Top-down-Entscheidung für das Casemanagement eine Bottom-up-Entwicklung folgt. Die konkrete Umsetzung des Casemanagements, insbesondere das Tätigwerden des Casemanagers und die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, sollten auf Stations- oder Abteilungsebene erfolgen. Dass hierbei natürlich die Vorgaben der Krankenhausleitung beachtet werden müssen, ist selbstverständlich.

Eine der wesentlichen Vorgaben ist die grundsätzliche Klärung, welche Aufgaben, Funktionen und Kompetenzen dem Casemanagement und dem Casemanager zukommen. Die dienstliche und fachliche Aufsicht über diese Personengruppe muss festgelegt werden.

Die Einführung des Casemanagements sollte sich zunächst auf eine Abteilung beschränken. „Auswahlkriterien: positives Interesse und klare Bereitschaft des Chefarztes und seiner verantwortlichen Ärzte zur Mitwirkung. Eine möglichst konstruktive und menschlich gute Zusammenarbeit zwischen Chefarzt und pflegerischer Abteilungsleitung ist deutlich von Vorteil.“¹⁴⁷

Es sollte deutlich herausgestellt werden, welche Vorteile das Casemanagement für alle betroffenen Berufsgruppen bietet. Das kann auf ein Austarieren hinauslaufen, wenn einzelne Berufsgruppen zu wenige Vorteile für sich erkennen. Im ungünstigsten Falle wird die Einführung des Casemanagements scheitern.

„Nur mit der Unterstützung der Leitungen (Chefarzt, Abteilungspflegedienstleitung) ist es sinnvoll, solch ein umfassendes Konzept zu implementieren. Um erste Widerstände bei den

¹⁴⁵ Vgl. Richarz, Carola/ Kircher, Manfred: Case Management – Konzeption und Implementierung ..., a.a.O., S.13: „Die Führungsebene muss diese Entscheidung gemeinsam treffen, kommunizieren und vertreten.“ bzw. Pape, Rudolf/ Rosenbaum, Iris/ Bostelaar, René A.: Das Kölner Case Management Modell ..., S.33: „Die Entscheidung, ob ein Case Management als strategisches Instrument eingeführt wird, muss auf der Ebene des Vorstandes beschlossen werden. Nur so erhalten die Kollegen an der Basis die notwendige Grundlage, innerhalb einer Klinik ein Case Management aufzubauen.“

¹⁴⁶ Richarz, Carola/ Kircher, Manfred: Case Management – Konzeption und Implementierung ..., S.15.

¹⁴⁷ Gratias, Ralf: Case-Management leicht gemacht. 16 Leitsätze zur Implementierung einer pflegerischen Patientensteuerung, in: Die Schwester/ Der Pfleger 44 (2005), S.974-976, hier: S.975.

anderen Mitarbeitern der Abteilung zu vermeiden, ist die umfassende Information über das Konzept frühzeitig notwendig. Veränderungsprozesse funktionieren nur, wenn die Betroffenen aktiv mitwirken.¹⁴⁸ Eine transparente Diskussion ist notwendig. Das betrifft aber nicht nur die grundsätzliche Entscheidung für ein Casemanagement oder die Ausgestaltung vor Ort, sondern auch das Wirken der Casemanager nach der Einführung und Umsetzung der entsprechenden Konzepte.

Das hat zwei Konsequenzen:

1. „Aus unserer Sicht ist es für den Erfolg des Case Management entscheidend, dass der Case Manager fester Bestandteil der Klinik ... ist.“¹⁴⁹
2. Der Case Manager muss regelmäßig über seine Arbeit berichten, und zwar auf der Station oder in der Abteilung, in der er eingesetzt ist.

Ein klinisches oder stationäres Casemanagement erfordert somit einen Casemanager, der vor Ort eingesetzt wird. Er muss nicht nur Ansprechpartner für die Patienten, sondern auch für die Mitarbeiter sein. Nur so kann erkannt werden, welche Aufgaben der Case Manager übernimmt und welche Vorteile beispielsweise die Ärzte vom Einsatz einer solchen Personengruppe haben.

Allerdings besteht die Gefahr, dass sich das Casemanagement zersplittert, wenn es ausschließlich dezentral organisiert ist. Das Casemanagement wurde deshalb auch in den drei vorgestellten Krankenhäusern mehrstufig organisiert.¹⁵⁰ Auf der oberen Stufe befindet sich jeweils ein zentraler Organisationsbereich, der zum einen das Casemanagement initiiert und zum anderen die Supervision und die Koordination des auf den anderen Ebenen tätigen Casemanagements innehat. Auf der unteren Ebene ist ein klinisches oder stationäres Casemanagement installiert, welches vor Ort auf den Stationen im engen Kontakt mit den jeweiligen Mitarbeitern tätig ist.

Für eine zusätzliche zentrale Organisation des Casemanagements spricht auch die Tatsache, dass das Schnittstellenmanagement nicht an der Abteilungsgrenze endet. Es

¹⁴⁸ Richarz, Carola u.a.: Konzeption und Umsetzung von Case Management ..., a.a.O., S.20. Vgl. auch Böttcher, Berthold u.a.: Pflegerisches Case-Management auf feste Füße stellen, in: Die Schwester/ Der Pfleger 44 (2005), S.878-883.

¹⁴⁹ Paul, K.: Abteilungsbezogenes Case Management im Unfallkrankenhaus Berlin – Ein Erfahrungsbericht, in: Hellmann, Wolfgang (Hrsg.): Handbuch Integrierte Versorgung, 7. Aktualisierung, Heidelberg 2004, S.11.

¹⁵⁰ Vgl. aber auch z.B. Roppelt, Christian u.a.: Das Ziel: Komplette Systemsteuerung. Erfahrungen der Frankwaldklinik Kronach mit Case Management, in: Krankenhaus Umschau 73(2004), S.586-590.

müssen vielfach Leistungen anderer Abteilungen und Funktionsbereiche in Anspruch genommen werden. Bei einem ausschließlich dezentral organisierten Casemanagement kann es hier zu Problemen und Abstimmungsschwierigkeiten kommen. Durch die Top-down-Entscheidung der Krankenhausleitung ist zwar die grundsätzliche Entscheidung für ein Casemanagement gefallen. Die Ausgestaltung erfolgt aber i.d.R. ohne Beteiligung der Krankenhausleitung. Ein zentrales Casemanagement kann hier besser als ein dezentrales Casemanagement versuchen, Prozesse abteilungsübergreifend zu reorganisieren.

Eine der wesentlichen Grundideen des Casemanagements sieht die Zuordnung der Verantwortung für die Patientenversorgung zu einer Person vor. Damit wird gewährleistet, dass eine personelle und inhaltliche Kontinuität für den Patienten gegeben ist. Mit dem Leitsatz „Der Patient steht im Mittelpunkt“ wird dann ernst gemacht, weil durch eine solche Zuordnung eine Orientierung der im Krankenhaus tätigen Professionen auf den Patienten realisiert wird, und nicht umgekehrt.

Nicht jeder Patient benötigt eine umfassende Hilfe und Unterstützung. Für bestimmte Patienten braucht das Casemanagement nur wenig oder gar nicht tätig zu werden. Für andere Patienten sieht das anders aus. Es muss also vor oder kurz nach der stationären Aufnahme des Patienten ein Screening oder Assessment durchgeführt werden, um festzustellen, was der Patient benötigt. Dies gilt nicht nur für die Abstimmung der krankenhauses-internen Leistungen, sondern auch für die Überleitung in andere Versorgungssektoren des Gesundheitswesens.

Für das weitere abgestimmte Vorgehen der krankenhauses-internen diagnostischen und therapeutischen Leistungen sind Standards und Behandlungspfade hilfreich. „Allerdings muss und kann nicht für jede Diagnose oder Prozedur ein Behandlungspfad erarbeitet werden. Vielmehr ist die Auswahl an folgende Kriterien geknüpft:

- häufiges Vorkommen bzw. hohe Patientenzahl mit derselben Diagnose
- hoher Kostenaufwand für das entsprechende Vorgehen oder die Therapie
- problematische Schnittstellen bei der Pflege-Überleitung.“¹⁵¹

¹⁵¹ Bähr-Heintze, Karin: Prozesse patientenorientiert gestalten: Wer nur an die Kosten denkt, denkt zu kurz, in: Pflegezeitschrift 57 (2004), S.698-700, hier: S.700.

Auch ohne Behandlungspfade kann ein Casemanagement eingeführt werden und funktionieren.

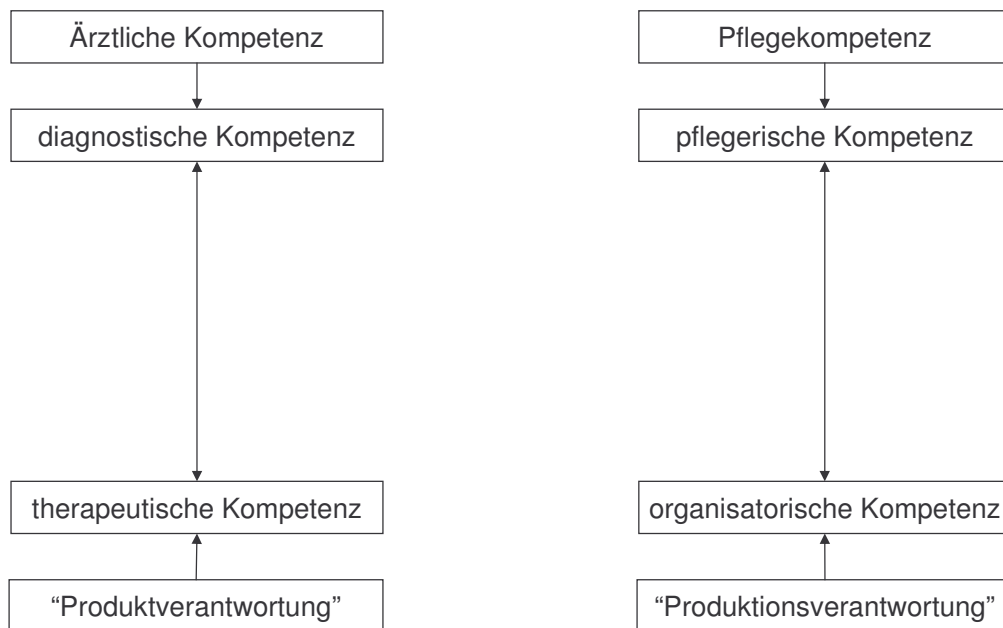
Die Entlastung der Ärzte ist je nach Ausgestaltung des Casemanagements unterschiedlich gelagert. Bei der Entlastung geht es nicht um die Kernbereiche des Arztberufes. Weder soll die diagnostische noch die therapeutischen Kompetenz des Arztes in Frage gestellt werden. Der Ärztliche Direktor des Albertinen-Krankenhauses in Hamburg, Mattias Angrés, bringt es auf den Punkt, wenn er von der „Produkt-Verantwortung“ des Arztes spricht. Der Arzt bestimmt, welche medizinischen Leistungen erbracht werden. Behandlungspfade oder auch Standards erleichtern hierbei die Arbeit des Arztes.

Demgegenüber obliegt dem Case Manager eine organisatorische Kompetenz, die sich in der „Produktionsverantwortung“ zeigt. Im Grunde geht es bei der „Produktionsverantwortung“ um eine räumliche und zeitliche Koordination der Krankenhausleistungen für einen Patienten. Der Case Manager kümmert sich um die Beantwortung (und Umsetzung!) der nachfolgenden Fragen:

- „Wann muss der Patient wo welche Leistungen in Anspruch nehmen?
- Was muss vorher erledigt sein?
- Welche Informationen müssen vorliegen?
- Was muss unmittelbar danach erfolgen, um den Versorgungsbedarf zu decken?“¹⁵²

Auch hier sind Behandlungspfade hilfreich, aber nicht zwingend notwendig.

¹⁵² Fischer, Thomas: Primary Nursing und Casemanagement: Am Brückenkopf erwartet werden, in: Pflegezeitschrift 57 (2004), S.275-277, hier: S.276.



Quelle: Matthias Angrés: Der leitende Krankenhausarzt in der wirtschaftlichen Mitverantwortung – Ein Bericht aus der Praxis, Vortrag auf dem DKI-Kongress „Erfordert der Wettbewerb neue Führungsstrukturen im Krankenhaus, Berlin 2007

Abb. 12: Produkt- und Produktionsverantwortung

Dass „Produktverantwortung“ und „Produktionsverantwortung“ Hand in Hand gehen, ist selbstredend. Daher ist die enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit aller beteiligten Berufsgruppen mit dem Case Manager eine notwendige Bedingung für den Erfolg eines Casemanagement-Ansatzes.

„Als Grundvoraussetzung zur erfolgreichen Etablierung von Case Management ist die interdisziplinäre Akzeptanz anzusehen. Akzeptanz ist nur mit entsprechender Qualifikation und Kompetenzen zu erwerben.“¹⁵³ Aus den Erfahrungen der Krankenhäuser mit der Einführung des Casemanagements kristallisieren sich drei wesentliche Punkte heraus, die den Case Manager auf der Station vor Ort betreffen.

1. Es sind umfassende Schulungsmaßnahmen erforderlich, die sich nach dem Einsatzgebiet des Case Managers richten.

Man muss also schon vor Einsatz der Case Manager Überlegungen anstellen, für welche Tätigkeiten sie eingesetzt werden sollen. Dies kann von einer Kodierschulung bis hin zu einer umfangreichen Weiterbildung im Casemanagement reichen.

¹⁵³ Huber, Peter u.a.: Stationäres Case Management im Klinikalltag. Qualität, Wirtschaftlichkeit und Humanität vereinigen, in: Pflegezeitschrift 58 (2005), S.513-515, hier: S.515

2. Es ist hilfreich, wenn die Case Manager schon vorher in den Abteilungen tätig waren, in die sie eingesetzt werden. Denn dann liegen nicht nur Kenntnisse über die Abläufe in der Abteilung vor, sondern der medizinische und/oder pflegerische Hintergrund ist ebenfalls bekannt. Dadurch steigt die Akzeptanz durch die anderen Mitarbeiter der Abteilung.
3. „Neben der fachlichen Qualifikation sind bestimmte Persönlichkeitsmerkmale elementar. Ein Case Manager sollte neben einer ausgeprägten sozialen Kompetenz auch Durchsetzungsfähigkeit, hohe Belastbarkeit und Flexibilität mitbringen. Der interdisziplinäre Umgang setzt eine Offenheit für die Belange anderer Berufsgruppen voraus. Wünschenswert sind Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit verschiedenen hierarchischen Ebenen, was möglichst durch eine Leitungsfunktion bereits unter Beweis gestellt wurde.“¹⁵⁴

Die Einführung eines Casemanagements ist ein langwieriges Projekt, welches von der Vorstellung des Konzeptes bis zur vollständigen Umsetzung mehrere Jahre benötigt. Nicht zu unterschätzen sind die psychologischen Hemmnisse, die auf allen Seiten vorliegen können. Auf der ärztlichen Seite wird ein potentieller Machtverlust befürchtet, auf der pflegerischen Seite befürchtet man als billige Hilfskraft der Ärzte einspringen zu sollen. Die Verschiebung der Kompetenzbereiche und die Neuverteilung von Aufgaben können nicht ohne Transparenz und Einbindung der Beteiligten erfolgen. Allerdings ist es ebenso wichtig, dass die Geschäftsführung immer wieder ihren Willen zur Einführung des Casemanagements betont.

Unabhängig von der Frage der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf andere Berufsgruppen werden Krankenhäuser gezwungen sein, sich mit der Thematik des Casemanagements in Form des Entlassungsmanagements auseinanderzusetzen.

Der schon erwähnte Kabinettsentwurf zum „Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)“ sieht ja für Krankenhäuser die verpflichtende Einrichtung eines Entlassungsmanagements vor. Gemäß der Begründung des Gesetzentwurfes soll die Durchführung dieser Aufgabe durch hierfür qualifiziertes Personal, insbesondere Pflegefachkräfte, erfolgen. Sie sollen koordinierend mit den behandelnden Krankenhausärzten, den stationär Pflegenden, dem sozialen Dienst, der jeweiligen

¹⁵⁴ Richarz, Carola u.a.: Konzeption und Umsetzung von Case Management ..., a.a.O., S.21.

Krankenkasse, den Angehörigen und den Vertragsärzten oder den aufnehmenden Einrichtungen zusammenwirken.

Es wird explizit darauf hingewiesen, dass insbesondere erfahrene Pflegekräfte mit einer Zusatzausbildung für die Funktion des Case-Managers im Rahmen des Entlassungsmanagements besonders geeignet sind. Ihnen kommt die Sicherung der Kontinuität der Versorgung, Beratung und Begleitung zu.

8.3 Wundpflegemanagement

„Der Begriff ‚modernes Wundmanagement‘ wird sehr häufig gebraucht, wenn eine chronische Wunde mit Verbandstoffen versorgt wird, die ein feucht-warmes Zellwachstumsklima ermöglichen. Meines Erachtens ist diese Definition nicht ausreichend, weil sie sich allein auf das ‚Managen‘ der Wunde, d.h. die jeweils dem Wundstadium angemessene Versorgung mit Wundheilungsmitteln und Verbandstoffen, bezieht.“¹⁵⁵ Es geht aber beim Wundmanagement nicht nur um die Auswahl der adäquaten Pflegeprodukte, sondern auch um die Versorgungssituation des betroffenen Patienten. Um diese umfassende Aufgabe vom tradierten Begriff des Wundmanagement abzugrenzen, wird der Begriff Wundpflegemanagement gewählt.

Das Wundpflegemanagement beschäftigt sich mit chronischen Wunden (z.B. Dekubitus, Diabetisches Fußsyndrom und gefäßbedingter Ulcus cruris). „Wunden werden als chronisch beschrieben, wenn sie nach 4-12 Wochen trotz konsequenter Therapie nicht beginnen zu heilen.“¹⁵⁶

Vielfach gibt es zwischen Ärzten und Pflegekräften kein abgestimmtes und einheitliches Konzept für die Versorgung chronischer Wunden. Das kann dazu führen, dass es zu mehrfachen Änderungen in der Wundtherapie kommt. Erschwerend kommt der große Umfang an verschiedenen Wundversorgungsprodukten hinzu, die mit entsprechendem Einsatz der Industrie angepriesen werden. Weitere Probleme sind u.a. die Individualität der chronischen Wunde, fehlende standardisierte Versorgungskonzepte, eine Dokumentationsdiskontinuität, eine Behandlungsdiskontinuität (Klinik – Ambulanz oder Klinik

¹⁵⁵ Hampel-Kalthoff, Carsten: Wundmanagement. „Wir brauchen eine Richtlinie für Weiterbildungen zum Wundexperten“, in: Die Schwester/ Der Pfleger 44 (2005), S.504-505, hier: S.504.

¹⁵⁶ Schümmelfeder, Frank/ Osterbrink, Brigitte/ Panfil, Eva-Maria: Gesundheitspolitische Relevanz chronischer Wunden, in: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Arbeitstexte zur 6. Konsensus-Konferenz in der Pflege. Thema: Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, Osnabrück 2007, S.16-18, hier: S.16.

– Klinik) sowie die eingeschränkten Möglichkeiten zur Überprüfung der Wirksamkeit der Therapie.¹⁵⁷

Im Rahmen der Behandlung von Patienten mit chronischen Wunden können bestimmte Pflegekräfte, nämlich auf die Wundbehandlung spezialisierte Pflegekräfte, wichtige Aufgaben übernehmen. Die Wunddiagnostik ist und bleibt allerdings ärztliche Aufgabe. Aber: „Der Pflegeexperte für chronische Wunden unterstützt mit seinem Fachwissen behandelnde Ärzte in der Wunddiagnostik und der daraus resultierenden Behandlung.“¹⁵⁸

In einer Reihe von Krankenhäusern gibt es derart spezialisierte Pflegekräfte schon heute. Anhand der krankenhausspezifischen Tätigkeitsbeschreibungen kann deutlich werden, in welchen Bereichen das Wundpflegemanagement von den Pflegekräften übernommen wird.

Aufgabenspektrum des Wundpflegemanagements im Klinikum Dortmund

„Das Leistungsspektrum umfasst:

- Beratung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu Fragen der Behandlung und Versorgung chronischer Wunden und spezieller Wundbehandlungen individuell nach Terminvereinbarung auf der Station
- Anleitung im Umgang mit modernen Wundversorgungsprodukten
- Durchführung von stationsinternen Schulungen
- Bestellung und Verwaltung der im Klinikum Dortmund festgelegten Materialien und Therapiesysteme zur modernen Wundversorgung
- Dokumentation und Überwachung des Einsatzes kostenintensiver Wundbehandlungen (z.B. VAC-Therapie) und Wundprodukte
- Schaffung geeigneter Überleitungsstrukturen in den ambulanten Bereich in Zusammenarbeit mit dem Entlassungsmanagement.“¹⁵⁹

Aufgabenspektrum des Wundpflegemanagements im Klinikum der Universität zu Köln

„Das Aufgabengebiet der Wundmanager umfasst:

¹⁵⁷ Vgl. Toellner-Bauer, Ulrike/ Neubert, Thomas: Integrierte Versorgung und Wundmanagement, Vortrag auf dem 2. Bremer Pflegekongress 2006, www.bremer-pflegekongress.de/doks/abstract_94_Integrierte%20Versorgung_Toellner-Bauer.pdf, Stand: 16. Oktober 2007.

¹⁵⁸ Neubert, Thomas R./ Vogt, Sebastian: Interdisziplinärer Einsatz von Pflegeexperten bei gestörter Wundheilung – Teil 1: Fachkompetenzen problemorientiert nutzen, in: Pflegezeitschrift 60 (2007), S.424-428, hier: S.426.

¹⁵⁹ Klinikum Dortmund: Wundmanagement Angebot, <http://www1.klinikumdo.de/de/themen/pflegedienst/wmangebot.jsp?tid=54610>, Stand 15. Oktober 2007.

- die Versorgung chronischer Wunden
- die Erstellung von Verfahrensanweisungen mit dem Ziel der Vereinheitlichung der Wundversorgung
- die Reduktion und Vereinheitlichung der im Hause üblichen Wundversorgungsprodukte durch Aussonderung von unangemessenen Materialien und Arzneimitteln
- die Schulung ärztlicher und pflegerischer Mitarbeiter
- Sicherstellung der Versorgungskontinuität durch systematische Datenerfassung und Vereinheitlichung der Wunddokumentation.“¹⁶⁰

Das Aufgabenspektrum der Wundexperten in den beiden Krankenhäusern variiert, aber die Grundstrukturen sind die gleichen. Hochqualifizierte Experten schulen die auf Station tätigen Mitarbeiter (Ärzte und Pflegekräfte) in der Versorgung chronischer Wunden. Sie sind selber entweder beratend oder selbständig tätig in der speziellen Wundbehandlung. Schließlich werden von den Wundpflegemanagern die in den Krankenhäusern verwendeten Wundversorgungsprodukte festgelegt.

Weitere wichtige Tätigkeiten für das Wundpflegemanagement stellen die Schulung der Patienten sowie das Überleitungsmanagement dar.

Die Schulung der Patienten mit chronischen Wunden erfolgt durch die Wundexperten. Die Bedeutung der Patientenschulung kann am Beispiel des Ulcus Crucis gut gezeigt werden. „Ein Patient, der die Gründe für seine Kompressionstherapie nicht kennt und versteht, wird sich zum Beispiel den Kompressionsverband eher wieder abnehmen als ein aufgeklärter Patient. Hier kommt allen an der Versorgung des Patienten Beteiligten eine wichtige beratende und aufklärende Rolle zu. Schulung, Anleitung und Beratung helfen bereits im Krankenhaus, die nachstationäre Versorgung des Ulcus Cruris zu verbessern, indem Selbstkompetenz und Eigenverantwortung des Patienten erhöht werden.“¹⁶¹ Diese Art der Patientenschulung erstreckt sich dann eben nicht auf die Anleitung, wie Wundpflegeprodukte

¹⁶⁰ Klinikum der Universität zu Köln: Informationen zum Wundmanagement. Wundversorgung im Klinikum der Universität Köln, http://cms.uk-koeln.de/pflege/content/bereiche_pflege/wundmanagement_pflege/info_wundmanagement_pflege/index_ger.html, Stand: 5. September 2007.

¹⁶¹ Jenkner, Carsten: Moderne Wundversorgung und Patientenüberleitung schaffen Qualität, in: Die Schwester/ Der Pfleger 46 (2007), S.954-955, hier: S.955. Vgl. auch Neubert, Thomas R./ Vogt, Sebastian: Interdisziplinärer Einsatz von Pflegeexperten ..., a.a.O., S.427 sowie Großmann, Katja u.a.: Schulung, in: : Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Arbeitstexte zur 6. Konsensus-Konferenz in der Pflege. Thema: Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, Osnabrück 2007, S.78-81.

einzusetzen sind, sondern sie geht auch auf die medizinischen und pflegerischen Hintergründe für die gewählte Behandlungsart ein.

„Eine weitere wesentliche Voraussetzung für eine dauerhafte Abheilung chronischer Wunden ist die Fortführung erfolgreich begonnener Behandlungskonzepte in anderen Behandlungsbereichen (Ambulanz, andere Station, Dauerpflegeeinrichtung).“¹⁶² Die konkrete Ausgestaltung des Überleitungsmanagements kann von Krankenhaus zu Krankenhaus unterschiedlich ausfallen, aber wesentlich sind drei Punkte, die vom Wundpflegemanagement allein oder in Zusammenarbeit mit Sozialarbeitern oder Casemanagern geleistet werden:

- „Sicherung des Heilerfolgs der Wundbehandlung durch vorausschauende, interdisziplinär abgestimmte Planung der poststationären Wundversorgung
- Koordinierung, Standardisierung und Optimierung des Informationsflusses zwischen Pflegediensten, niedergelassenen, stationär behandelnden Ärzten und anderen beteiligten Berufsgruppen
- Wundversorgungsstandard für die weiterführende poststationäre Therapie.“¹⁶³

Wesentliche Voraussetzungen für die Einführung eines Wundpflegemanagements sind die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Wundexperten, die Erarbeitung eines strukturierten Behandlungskonzeptes für die Versorgung chronischer Wunden, Schulungskonzepte für die Mitarbeiter auf Station und für die Patientenschulung, die Vereinheitlichung der Wundversorgungsprodukte sowie einheitliche Dokumentationsvorlagen und Dokumentationsrichtlinien.¹⁶⁴ „Die Implementierung eines Wundversorgungs- und Überleitungsmanagements funktioniert nicht über Nacht. Von der Ist-Analyse bis zur Umsetzung kann ein Jahr vergehen: Alle Beteiligten müssen an einen Tisch gebracht, externe Kontakte geknüpft, die regionalen Strukturen studiert, standardisierte Überleitungsbögen erarbeitet und Arbeitsabläufe umstrukturiert werden.“¹⁶⁵

Damit die interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Einführung funktioniert und die Akzeptanz bei der Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden gegeben ist, müssen

¹⁶² Neubert, Thomas R./ Vogt, Sebastian: Interdisziplinärer Einsatz von Pflegeexperten ..., a.a.O., S.428

¹⁶³ Reibnitz, Christine; Interdisziplinäres Überleitungsmanagement in der Wundversorgung. Wichtiger Baustein eines Klinischen Behandlungspfades, in: Die Schwester/ Der Pfleger 44 (2005), S.46-48, hier: S.47.

¹⁶⁴ Vgl. u.a. Klinikum Bremen Links der Weser: Wundzentrum Bremen im Klinikum Links der Weser, www.klinikum-bremen-ldw.de/pflegwun.htm, Stand: 15.Oktober 2007.

¹⁶⁵ Jenkner, Carsten: Moderne Wundversorgung ..., a.a.O., S.955.

die Wundpflegeexperten qualifiziert sein. „Allein das Examenszeugnis und die Berufserlaubnis reicht nicht aus, um Maßnahmen, wie die Wundversorgung durchführen zu dürfen. Die Pflegenden müssen es auch tatsächlich können.“¹⁶⁶

Grund für diese Einschätzung ist die komplexe und komplizierte Materie der Behandlung von chronischen Wunden: „Der komplexe Vorgang der Beurteilung und Klassifikation chronischer Wunden setzt aktuelle Kenntnisse der pathophysiologischen Prozesse der Wundheilung und Erfahrungen in der Wundbehandlung voraus. In der internationalen Literatur wird gefordert, die Einschätzung der Wundsituation sowie das Ausmessen und Dokumentieren der Wundgröße ausschließlich von erfahrenen und/oder geschulten Fachkräften durchführen zu lassen.“¹⁶⁷ So werden beispielsweise am Universitätsklinikum Gießen und Marburg nur solche Mitarbeiter für die Wundversorgung eingesetzt, die nicht nur über langjährige Erfahrungen auf diesem Gebiet verfügen, sondern auch speziell weitergebildet worden sind und auch regelmäßig Weiterbildungskurse besuchen.¹⁶⁸

Handlungsbedarf besteht allerdings in der Festlegung, welche Weiterbildung erforderlich ist, um Patienten mit chronischen Wunden zu versorgen. „Für Pflegeexperten auf dem Gebiet der Wundbehandlung oder der Versorgung chronischer Wunden werden unterschiedliche, zum Teil zertifizierte Weiterbildungsgänge angeboten. Problematisch sind das Fehlen einer staatlichen Anerkennung sowie noch nicht übereinstimmende Qualifizierungsnormen der unterschiedlichen Weiterbildungsanbieter.“¹⁶⁹

Die Entlastung der Ärzte durch den Einsatz eines Wundpflegemanagements erfolgt in mehrfacher Weise. Zunächst erhalten sie Unterstützung bei und Informationen über die Behandlung von chronischen Wunden. Gerade in kleineren Krankenhäusern, wo i.d.R. keine Wundzentren oder auf die Wundbehandlung spezialisierte Ärzte verfügbar sind, stellt dies eine wichtige Unterstützungsleistung dar. Durch die einheitliche und abgestimmte Vorgehensweise zwischen Arzt und Pflegefachkraft entfallen Konflikte und Diskussionen. Die Vereinheitlichung der Wundpflegeprodukte erleichtert die Auswahl der benötigten Hilfsmittel. Dadurch, dass der Arzt über kompetente Wundexperten verfügt, beansprucht die Auswahl der erforderlichen Hilfsmittel kaum Zeit.

¹⁶⁶ Laag, Ursula: Die haftungsrechtliche Stellung der Pflege im Wundmanagement, PflegeCongress 2006: Das Wundsymposium „Kleine Fehler – teure Folgen“, www.johanniter.de/mmo/pub/282318-WEB.pdf, Stand: 15. Oktober 2007, S.4.

¹⁶⁷ Neubert, Thomas R./ Vogt, Sebastian: Interdisziplinärer Einsatz von Pflegeexperten ..., a.a.O., S.426.

¹⁶⁸ Vgl. Neubert, Thomas R./ Vogt, Sebastian: Interdisziplinärer Einsatz von Pflegeexperten ..., a.a.O., S.426.

¹⁶⁹ Neubert, Thomas R./ Vogt, Sebastian: Interdisziplinärer Einsatz von Pflegeexperten ..., a.a.O., S.424.

Die ggf. erforderlichen Absprachen mit niedergelassenen Kollegen über die weitere Behandlung der Patienten mit chronischen Wunden übernimmt das Überleitungsmanagement. Auch hier wird die Arbeitszeit des Arztes nicht in Anspruch genommen.

Indirekt entlastende Wirkungen ergeben sich zum einen durch die richtige Auswahl der Pflegeprodukte und die abgestimmte Behandlung.

Die Wundexperten haben bei der Standardisierung der Wundversorgungsprodukte unangemessene Materialien ausgesondert. Die stationäre Wundheilung wird somit nicht mehr durch die Anwendung unwirksamer oder gar kontraproduktiver Wundpflegeprodukte unnötig verlängert.

Die auf einem strukturierten Behandlungskonzept basierende Behandlung der Patienten sorgt ebenfalls für die Reduktion unnötiger stationärer Liegezeiten.

Die Behandlungsabstimmung und Überleitungsplanung mit dem ambulanten Bereich schließlich sorgt dafür, dass ein Drehtüreffekt vermieden und die Patienten nicht unnötig stationär aufgenommen werden müssen.

Unter den derzeitigen rechtlichen Rahmenbedingungen verfügen die Ärzte über die Anordnungsverantwortung für die Wundversorgung. Inwieweit diese zu einem Teil auf speziell weitergebildete Wundexperten übergehen kann, wäre zu klären.

Die Durchführungsverantwortung liegt aber bei der Durchführung der Wundversorgung auf jeden Fall bei den Wundexperten. Dies schließt auch die Remonstrationspflicht, also das Recht auf die Verweigerung einer Handlung, wenn dadurch ein Schaden für den Patienten entstehen könnte, ein. Bei einer erkennbar fehlerhaften Anordnung können (und müssen) die Wundexperten sich weigern, die falsche Therapie anzuwenden, wenn sie davon überzeugt sind, dass diese dem Patienten einen Schaden zufügt.

8.4 Schmerzmanagement

Es liegen mit dem „Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege“¹⁷⁰ sowie dem Forschungsprojekt „Schmerzfreies Krankenhaus“¹⁷¹ schon umfassende und umfangreiche

¹⁷⁰ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten oder tumorbedingten chronischen Schmerzen, Osnabrück 2005.

¹⁷¹ Vgl. www.schmerzfreies-krankenhaus.de.

Konzepte für die inhaltliche und organisatorische Gestaltung für das Schmerzmanagement vor.

Hintergrund für die Beschäftigung mit einem Schmerzmanagement war die Erkenntnis, dass die Patienten häufig keine oder nur eine unzureichende Schmerztherapie erhalten.¹⁷² Ursache hierfür waren oftmals folgende Defizite in den krankenhausinternen Abläufen und Strukturen:

- „Keine Dokumentation
- Keine Interventionsgrenzen
- Keine allgemein bekannten Richtlinien (akut > chronisch)
- Pflegekompetenz wird nicht umgesetzt
- Keine Regelungen bei Problemen im Zeitablauf
- Wenig Regionalverfahren
- Kompetenz/Zuständigkeit der Ärzte nur individuell geregelt
- Übergabe ungeregelt
- Rechte/ Pflichten der Pflegenden schlecht oder ungeregelt
- Kein Akutschmerzdienst.¹⁷³

An dieser Stelle setzt das Schmerzmanagement ein. In Analogie zum Wundmanagement geht es auch hier nicht nur um das „Managen“ des Schmerzes, sondern um die angemessene Versorgung des Patienten mit Schmerzen.

Das Schmerzmanagement ist eine multiprofessionelle Aufgabe, bei der jeder Berufsgruppe bestimmte vorab festgelegte Zuständigkeiten erhalten und bei der die Art der Zusammenarbeit der Berufsgruppen geklärt ist. Diese Aspekte sollten in interprofessionell geltenden Verfahrensregelungen festgehalten werden. „Inhalte der Verfahrensregelung sollten sein:

- Benennung und Erreichbarkeit von für die Schmerztherapie zuständigen Ärzten;

¹⁷² Vgl. u.a. Strohbücker, Barbara: Gesundheitspolitische Relevanz, in: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard Schmerzmanagement ..., a.a.O., S.39-43, insbesondere S.40 f.

¹⁷³ Osterbrink, Jürgen: Schmerzmanagement: Wie sieht die Realität in deutschen Krankenhäusern aus? www.schmerzfreies-krankenhaus.de/fileadmin/user_upload/docs/Stuttgart_18072006_Osterbrink.pdf, Folie 55, Stand: 22. Oktober 2007. Vgl. auch den Erfahrungsbericht Pogatzki-Zahn, Esther: Erfahrungen eines Universitätsklinikums: Vor und nach dem Projekt Schmerzfreies Krankenhaus, www.schmerzfreies-krankenhaus.de/fileadmin/user_upload/docs/PraesentationPogatzki-ZahnPM.pdf, Stand: 22. Oktober 2007

- Benennung der unterschiedlichen, einrichtungsintern eingesetzten Behandlungsschemata (z.B. eingriffsspezifische Basis- und Bedarfsmedikation);
- Aussagen zur Schmerzprävention vor schmerzhaften Prozeduren (pflegerischen, therapeutischen oder diagnostischen Interventionen)
- Anwendung von Empfehlungen und Verfahrensregelungen der medizinischen/ pflegerischen Fachgesellschaften (z.B. Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin).¹⁷⁴

Da die Pflegenden den häufigsten Kontakt zu den Patienten haben, obliegt es ihnen, „den Bedarf für eine Schmerzbehandlung zu erfassen, den Arzt frühzeitig über Schmerzen bzw. eine veränderte Schmerzsituation in Kenntnis zu setzen und ärztliche Anordnungen zur Einleitung oder Anpassung einer Schmerztherapie auszuführen, die zeit- und fachgerechte Applikation von Schmerzmitteln sicherzustellen, den Erfolg der Therapie zu überwachen sowie Nebenwirkungen vorzubeugen und zu erfassen.“¹⁷⁵

Eine der unverzichtbaren Voraussetzungen bei der Einführung eines Schmerzmanagements ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen. Hierbei geht es einerseits um den Konsens für die systematische Erhebung der Schmerzintensität und andererseits um die Erstellung von so genannten Schmerzschemas für die standardisierte Behandlung von Schmerzpatienten. „Diese Schemata sind für jeden Klinikbereich separat zu erarbeiten, um zielgruppenspezifisch die Besonderheiten in der Schmerztherapie zu berücksichtigen.“¹⁷⁶ Hierbei können auch die Empfehlungen der jeweiligen medizinischen Fachgesellschaften Eingang in die Schemata finden.

Die Schmerzschemas als standardisierte Vorgaben können auf möglichst viele Patienten angewendet werden. In diesen Verfahrensanweisungen sind die einzelnen relevanten Maßnahmen detailliert aufgeführt. Es ist verbindlich geregelt, wann die Pflegekraft welche Maßnahmen umzusetzen hat und wann ein Arzt einzuschalten ist. Im Stufenkonzept zur postoperativen Schmerztherapie im Klinikum Kassel heißt es:

¹⁷⁴ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard Schmerzmanagement ..., a.a.O., S.30. Vgl. auch Osterbrink, Jürgen: Schmerzmanagement: Wie sieht die Realität in deutschen Krankenhäusern aus?, a.a.O, Folie 56.

¹⁷⁵ Strohbücker, Barbara: Medikamentöse Schmerzbehandlung, in: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten oder tumorbedingten chronischen Schmerzen, Osnabrück 2005, S.76-80, hier: S.76.

¹⁷⁶ Besendorfer, Andrea: Interdisziplinäres Schmerzmanagement am Klinikum Dortmund. Systematisch zum Erfolg, in: Pflegezeitschrift 60 (2007), S.314-318, hier: S.315.

„Die Festlegung des Schmerzkonzepts gilt als ärztliche Anordnung und kann durch die Mitarbeiter der Pflege ohne Rücksprache umgesetzt werden. Das Schmerz-Stufenkonzept regelt die Gabe der regulären Medikation und der Bedarfsanalgetika mit Angaben der Einzeldosis, den Zeitintervallen und der Tageshöchstdosis.

Im Kapitel ‚Arztinfo‘ ist in besonderer Weise geregelt, in welchen Fällen der zuständige Arzt über den Verlauf der Schmerztherapie umgehend zu informieren ist.“¹⁷⁷

Im Folgenden ist ein Auszug aus einem Schmerzschema aus einer operativen Abteilung wiedergegeben.¹⁷⁸ Zu betonen ist einerseits, dass es sich um einen Auszug handelt, andererseits, dass dieses operationsbezogene Schmerzschema nur eines von mehreren Schemata darstellt.

„Operationstag

- schmerzfremde Verlegung des Patienten aus dem Aufwachraum (nicht mehr als 2,5 g Novalgin® im Aufwachraum)
- zwei Stunden nach Aufnahme in die Station:
 - vierstündlich 1 g Novalgin® in 100 ml NaCl 0,9% intravenös *oder*
 - 40 Tropfen Novalgin® per os
(zum Beispiel 15, 19, 23, 3 Uhr)
 - bei Schmerzen > 3/10: 0,2 mg Temgesic® sublingual,
maximal achtstündlich

erster postoperativer Tag

Option: Entscheidung bei der Visite vierstündlich 40 Tropfen Novalgin® per os“.¹⁷⁹

Die Einführung eines Schmerzmanagements erfolgt in mehreren Schritten, die jeweils für den Projekterfolg notwendig sind. Das Klinikum Dortmund war eines der Krankenhäuser, die den Expertenstandard als erstes implementiert haben. Für die Einführung des Schmerzmanagements wurde folgende Checkliste erarbeitet:

1. „Entscheidungsfindung mit Geschäftsführung, Betriebsleitung (Medizin und Pflege)
2. Projektauftrag durch Geschäftsführung

¹⁷⁷ Klinikum Kassel: Stufenkonzept zur postoperativen Schmerztherapie in der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie, Kassel 2006, <http://klinikum-kassel.de/admin/userimages/File/schmerztherapie/Postop.Schmerztherapie-ACH2006.pdf>, Stand: 23. Oktober 2007.

¹⁷⁸ Weitere Schemata finden sich hier: Klinikum Kassel: Stufenkonzept zur postoperativen Schmerztherapie ..., a.a.O.

¹⁷⁹ Besendorfer, Andrea/ Schmidt, Bettina: Expertenstandard Schmerzmanagement implementiert, in: Pflegezeitschrift 58 (2005), S.78-83, hier: S.79.

3. Benennung der Projektleitung: biprofessionell Pflege und Medizin (Anästhesie ist als Disziplin zu empfehlen)
4. Benennung der Projektgruppe: pro Klinikbereich mindestens eine Pflegendende und einen Arzt, die als ‚Tandem‘ die ‚Schmerzbeauftragten‘ für die jeweilige Klinik sind ...
5. Patientenbefragung zu Beginn und zum Abschluss des Projektes
6. Sitzung der Projektgruppe parallel zu den übrigen Aktivitäten
7. Organisation von Schulungen (Basisseminar für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der beteiligten Berufsgruppen: Pflege, Medizin, Physiotherapie und andere)
8. Konkretisierung und Einführung des Expertenstandards durch die pflegerischen Schmerzbeauftragten
9. in Arbeitsgruppen Erarbeitung von Schmerzschemata pro Klinik, **aber** für alle Stationen innerhalb dieser Klinik identisch.“¹⁸⁰

Für die Einführung eines Schmerzmanagements ist die Schulung der Pflegekräfte wesentlich. Hier ist zu unterscheiden zwischen einer Basisschulung für alle Mitarbeiter und einer hochspezialisierten Weiterbildung für bestimmte Pflegekräfte.¹⁸¹ Diese hochspezialisierte Schulung vermitteln die „Kenntnisse zur Schmerzentstehung, zur Schmerzwahrnehmung, zu Auswirkungen von Schmerzen, zu schmerztherapeutischen Grundprinzipien und zu beratungsrelevanten Themen ...“.¹⁸² Daneben sollte Wissen über mögliche Nebenwirkungen von Analgetika sowie über nicht-medikamentöse Maßnahmen zur Schmerzlinderung erworben werden.

Diese hochspezialisierten Pflegeexperten übernehmen nicht nur die Implementierung und Aktualisierung des Schmerzmanagements, sondern auch die komplexeren Bestandteile der (pflegerischen) Schmerzbehandlung.

Vorteile für die Ärzte durch ein Schmerzmanagement ergeben sich durch eine direkte und eine indirekte Entlastung.

¹⁸⁰ Besendorfer, Andrea: Interdisziplinäres Schmerzmanagement ..., a.a.O, S.316

¹⁸¹ Derzeit existieren eine Reihe von Weiterbildungsmöglichkeiten wie z.B. zur Pain Nurse oder zur Algesiologischen Fachassistenz.

¹⁸² Charité: Qualitätsmanagement. Bericht 2006, Berlin 2007, S.23.

Die Schmerzanamnese sowie das Messen der Schmerzintensität und der Schmerzlokalisierung werden von den Pflegeexperten übernommen.¹⁸³ Eine wichtige Rolle für die direkte Entlastung der Ärzte spielen die interdisziplinär und abteilungsspezifisch festgelegten Schmerzschemas. Bis zu einer bestimmten Interventionsgrenze können die entsprechend geschulten Pflegekräfte in Standardsituationen die medikamentöse Therapie selber verändern. Die Entlastung der Ärzte ergibt sich dadurch, dass sie in vorab definierten Situationen weder eine Anordnung zur Schmerztherapie ausstellen müssen, noch persönlich beim Patienten erscheinen müssen.¹⁸⁴ Weitergehende Tätigkeiten wie z.B. die Kontrolle der Katheter-Einstichstellen durch spezialisierte Pflegekräfte¹⁸⁵ können ebenfalls zu einer Entlastung der Ärzte führen.

Eine indirekte Entlastung der Ärzte, die zugleich einen ökonomischen Vorteil für das Krankenhaus darstellt, kann wie folgt beschrieben werden: „Die Schmerzfreiheit bzw. Schmerzarmut bringt den Patienten weitere Vorteile: Sie können früher aufstehen, die Komplikationsrate ist niedriger und bei deutlich weniger Patienten gibt es chronische Schmerzen ... Durch die schnellere Mobilisation der Patienten wird für das Krankenhauspersonal die Arbeit erleichtert und die Patienten können schneller nach Hause entlassen werden. Somit trägt ein effektives Schmerzmanagement auch zu einer deutlich höheren Patientenzufriedenheit und einer kürzeren Verweildauer bei.“¹⁸⁶ Ein weiterer Vorteil stellt die Reduktion von kurzfristigen Wiedereinweisungen dar.

¹⁸³ Vgl. beispielsweise Klinikum Kassel: Organisation postoperativer Schmerztherapie. Vereinbarung über die gemeinsame Durchführung der postoperativen Schmerztherapie durch die Kliniken für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie und die Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie, Kassel, ohne Jahr, http://klinikum-kassel.de/admin/userimages/File/schmerztherapie/Organisation_postoperativer_Schmerztherapie.pdf, Stand: 22. Oktober 2007.

¹⁸⁴ Vgl. z.B. Charité: Qualitätsmanagement, a.a.O., S.22, Besendorfer, Andrea/ Schmidt, Bettina: Expertenstandard Schmerzmanagement implementiert, a.a.O., S.79 ff.; Tauchitz, Magdalena: Schmerzmanagement am Landeskrankenhaus Villach, in: Österreichische Pflegezeitschrift 12/ 2006, S.18-21, hier: S.20.

¹⁸⁵ Vgl. einen Bericht über das Schmerzmanagement in der Asklepios Paulinen Klinik in Wiesbaden in: Wiesbadener Tageblatt: Schneller gesund werden. Schmerztherapie an der APK jetzt bei allen operativen Disziplinen, 23. Februar 2007.

¹⁸⁶ Klinikum Kassel: TÜV-Zertifikat für zwei Kliniken des Klinikums Kassel, www.klinikum-kassel.de/index.php?parent=1378, Stand: 22. Oktober 2007. Vgl. auch Osterbrink, Jürgen: Schmerzmanagement – Aufgabe der Pflege?, in: Die Schwester/ Der Pfleger 42 (2003), S.8-13, insbesondere S.8.

9 Langfristig übertragbare Leistungen

Es gibt ärztliche Tätigkeiten, bei denen eindeutig eine Ausübung ausschließlich dem Arzt vorbehalten ist. Daneben liegen aber auch ärztliche Tätigkeiten vor, bei denen es nicht sicher ist, ob sie von nicht-ärztlichen Berufsgruppen ausgeübt werden dürfen.

Der Grund hierfür liegt darin, dass es in Deutschland keine gesetzlich normierte Aufstellung von ärztlichen Tätigkeiten gibt. Nur in wenigen Fällen wird dezidiert von einer ärztlichen Tätigkeit gesprochen. Gerade an den Randbereichen zu den nicht zur Delegation geeigneten Tätigkeiten herrscht daher größtenteils eine rechtliche Unsicherheit, die nicht dadurch erleichtert wird, dass Einzelfall bezogenes Richterrecht hier durchaus interessengeleitet interpretiert und verallgemeinert wird.

Sofern eine veränderte Aufgabenzuordnung politisch gewünscht ist, sind daher die rechtlichen Rahmenbedingungen entsprechend zu gestalten.¹⁸⁷ Dies ist ein Prozess, der mit der politischen Konsensfindung, der rechtlichen Umsetzung sowie der Anpassung der Qualifikationen eher langfristig als kurzfristig angelegt ist.

Letztlich geht es darum, den Kernbestand der bislang nicht zur Übertragung geeigneten ärztlichen Tätigkeiten, zu reduzieren. Diese Reduktion kann und soll nicht die ärztliche Profession überflüssig machen. Ebenso wenig ist eine Erhöhung der Gefährdung des Patienten beabsichtigt.

„Eine Übertragung ärztlicher Aufgaben ist auch davon abhängig, wie standardisierbar eine Aufgabe ist. Je besser eine Spezialisierung auf eine häufig auszuführende, gut standardisierbare Tätigkeit möglich ist, desto eher kann sie durch eine entsprechend qualifizierte, nicht-ärztliche Fachkraft ausgeführt werden.“¹⁸⁸

An zwei Beispielen soll diskutiert werden, inwieweit in der langen Frist eine Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten auf andere Berufsgruppen möglich sein könnte, ohne dass es dadurch zu einer zusätzlichen Gefährdung des Patienten kommt.

¹⁸⁷ Vgl. auch Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung, a.a.O., S.173.

¹⁸⁸ Höppner, Karin: Stärkere Einbeziehung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe in die Gesundheitsversorgung, in: Die Ersatzkasse 87 (2007), S.392-396, hier: S. 395.

Anästhesie

Der Sachverständigenrat hat sich in seinem Gutachten 2007 ausführlich mit der Neuorganisation des Arbeitsfeldes Anästhesie beschäftigt.¹⁸⁹

In den vergangenen Jahren sind verschiedene Ansätze entwickelt worden, durch die Entwicklung neuer Berufsbilder die Organisation in der Anästhesie zu ändern. Zu diesen Ansätzen gehört u.a. der „Medizinische Assistent für Anästhesie“ (MAfA).¹⁹⁰

Stark umstritten war und ist die Frage nach den Kompetenzen dieser nicht-ärztlichen Mitarbeiter im Rahmen der Narkose. Die Diskussion macht sich am Stichwort „Parallelnarkosen“ fest.

Unter einer „Parallelnarkose“ oder einem „Parallelverfahren“ wird die gleichzeitige Betreuung von zwei oder mehreren Narkosen durch einen Anästhesisten verstanden. Die Betreuung des narkotisierten Patienten übernimmt in der Abwesenheit des Anästhesisten eine speziell ausgebildet nicht-ärztliche Fachkraft.

Inwieweit dies rechtlich erlaubt ist, wurde sehr kontrovers diskutiert. Anhand der entwickelten Kriterien - Gefährdung des Patienten sowie Qualifikation des nicht-ärztlichen Personals - können einige relevante Aspekte beleuchtet werden.

Eine Narkose stellt einen sehr hohen Eingriff in die leibliche Unversehrtheit eines Patienten dar. Das Gefährdungspotential ist trotz der Fortschritte in der Anästhesie immer noch hoch. Insofern müssen sehr hohe Anforderungen an die Qualifikation desjenigen gestellt werden, der im Rahmen eines Narkoseverfahrens tätig wird.

„Ob und ggf. inwieweit die Narkose, bestimmte Arten der Narkose bzw. einzelne Leistungen des anästhesiologischen Fachgebiets delegationsfähig, also auf nichtärztliches Personal übertragbar bzw. durch nichtärztliches Personal ersetzbar sind, oder aber eine *spezifisch ärztliche*, nichtdelegierbare Tätigkeit darstellen, ist zum einen – und zwar zuvörderst – eine *originäre* Entscheidung *des Fachgebiets* Anästhesiologie, zum anderen – in Abhängigkeit davon – das Ergebnis einer rechtlichen Beurteilung im Rahmen der *Grenzkontrolle*.“¹⁹¹ Die

¹⁸⁹ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung, a.a.O., S.110 ff.

¹⁹⁰ Vgl. hierfür Ullrich, Lothar: Neue Berufsbilder im OP und auf der Intensivstation – notwendig oder überflüssig, http://pflege.klinikum-grosshadern.de/pflegeveranstaltung/intensiv2006/abstrakt2006/neue_berufsbilder_im_op_intensiv.pdf, Stand: 4. April 2007

¹⁹¹ Ulsenheimer, K./ Biermann, E.: Zur Problematik der Parallelnarkose. Fachliche und rechtliche Grenzen der Delegation anästhesiologischer Leistungen auf nichtärztliches Personal, in: Der Anästhesist 56 (2007), S.313-321, hier: S.314.

Grenzkontrolle dient der Festlegung einer berufsspezifischen Sorgfaltspflicht bei der Ausübung der Anästhesie.

Die Sorgfaltspflichten sind der potentiell hohen Gefährdung des Patienten anzupassen. Diese Sorgfaltspflichten gelten zunächst für die Ärzte. Bei der Übernahme einer Tätigkeit durch nicht-ärztliche Berufsgruppen gelten die gleichen Sorgfaltspflichten auch für diese Berufsgruppen.

Der Krankenhausträger hat eine ordnungsgemäße Narkose durch einen ausgebildeten Anästhesisten und die Überwachung sicherzustellen¹⁹². Parallelnarkosen können nur dann zulässig sein, wenn der Anästhesist sicherstellt, dass er bei einem Zwischenfall jederzeit einspringen kann, also wenigstens Rufkontakt zu dem Assistenten besteht¹⁹³.

„Voraussetzung für eine einjährige Weiterbildung zum MAfA ist eine Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpfleger/in, eine einjährige spezialisierende Anästhesieausbildung und eine mindestens zweijährige Berufserfahrung im OP. Insgesamt dauert die Ausbildung zum MAfA also – inklusive Grundausbildung – fünf Jahre.“¹⁹⁴ Eine hinreichende materielle Qualifikation dürfte damit für bestimmte Abläufe und Prozesse im Rahmen eines Narkoseverfahrens gegeben sein.

In einer EntschlieÙung des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten zur „Zulässigkeit und Grenzen der Parallelverfahren in der Anästhesiologie“ wurde festgestellt, „dass in bestimmten, eng begrenzten Phasen eines Anästhesieverfahrens die Überwachung von Patient und Gerät durch eine speziell unterwiesene bzw. weitergebildete Anästhesiepflegekraft erfolgen kann.“¹⁹⁵ Es werden dann Kriterien aufgestellt, die als unabdingbare Voraussetzungen dazu beitragen sollen, dass die Patientensicherheit nicht gefährdet wird. Zu den Kriterien gehören u.a.:

- Eine Delegation von Überwachungsaufgaben darf nur in unkomplizierten Fällen erfolgen.
- Die Überwachungsaufgaben dürfen nur von qualifizierten Pflegekräften übernommen werden, die auch die jeweiligen medizinischen Umstände des Einzelfalles kennen.

¹⁹² BGH, Urt. v. 18.06.1985 - VI ZR 234/83 -, BGHZ 95, 63, 71 ff.

¹⁹³ BGH, Urt. v. 30.11.1982 - VI ZR 77/81 -, BGHZ 85, 393.

¹⁹⁴ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung, a.a.O., S.110.

¹⁹⁵ Berufsverband Deutscher Anästhesisten: Zulässigkeit und Grenzen der Parallelverfahren in der Anästhesiologie, www.dgai.de/06pdf/02_137-anaesth-Versorg.pdf, Stand: 30. Oktober 2007.

- Der für die Anästhesie verantwortliche Anästhesist befindet sich in unmittelbarer Nähe, so dass ein Tätigwerden der Pflegekraft ausschließlich unter unmittelbarer Aufsicht und Weisung mit der Möglichkeit des unverzüglichen Eingreifens möglich ist.
- „Es ist klarzustellen, dass die Anästhesiepflegekraft im Rahmen ihrer Überwachungsfunktion keinerlei Handlungs- und Entscheidungskompetenz besitzt, abweichend von konkret festgelegten Regeln die Einstellung des Respirators oder die Zufuhr von Narkosegasen bzw. –dämpfen zu verändern, von sich aus intravenöse Narkosemittel, Muskelrelaxantien, Kreislaufmittel u.a. zu geben, ohne hierzu eine ärztliche Entscheidung im Einzelfall herbeigeführt zu haben.“¹⁹⁶

Insbesondere im Zusammenhang mit der letzten genannten Voraussetzung kann man darüber nachdenken, ob bestimmte Aufgaben standardisierbar sind und/oder sich für Behandlungspfade eignen, so dass eine Delegation dieser Tätigkeiten bei Beachtung der Sorgfaltspflichten möglich erscheint.

Wie Ulsenheimer/ Biermann schon angesprochen haben, ist es eine originäre Entscheidung des Fachgebietes Anästhesiologie, ob und welche Tätigkeiten delegiert werden können. Allerdings besteht das Fachgebiet Anästhesiologie nicht nur aus deutschen Anästhesisten, sondern aus der Gesamtheit der Anästhesisten weltweit. Insofern sind die Stellungnahmen des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten nur ein wichtiger Aspekt in der bundesdeutschen Diskussion. Die internationalen Erfahrungen mit einer anderen Organisation der Anästhesie sind ebenfalls für die „originäre Entscheidung des Fachgebietes Anästhesiologie“ heranzuziehen.

Der Sachverständigenrat kommt nach der Analyse verschiedener internationaler Studien zu folgendem Urteil: „Zusammenfassend zeigt die internationale Studienlage, dass eine Delegation von Narkoseleistungen in bestimmten Narkosephasen nicht zu einer erhöhten Gefährdung von Patienten führt. Abhängig ist dies natürlich von der Organisation des OP-Bereichs und dem Qualifikationsniveau des Delegationsempfängers.“¹⁹⁷

Das Qualifikationsniveau ist in Anbetracht der von einer Narkose ausgehenden Patientengefährdung sehr hoch anzusiedeln. Um hier Rechtssicherheit zu schaffen, wäre es sinnvoll, verpflichtende und detaillierte Weiterbildungsrichtlinien seitens der Bundesländer zu

¹⁹⁶ Berufsverband Deutscher Anästhesisten: Zulässigkeit und Grenzen der Parallelverfahren ...a.a.O.
¹⁹⁷ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung, a.a.O.,S.112.

verabschieden. Aus diesen müsste hervorgehen, welche Aufgaben nicht-ärztliche Berufsgruppe im Rahmen von Narkoseleistungen übernehmen dürfen.

Durch eine solche Umgestaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen würden die Unsicherheiten beseitigt und eine echte Neuordnung von Tätigkeiten erreicht werden.

Endoskopie

Im Bereich der Endoskopie ist die derzeitige Aufgabenverteilung zwischen Ärzten und Pflegekräften relativ eindeutig. Die ärztliche Leistung besteht in der Festlegung der Diagnose und der Therapie sowie in der Durchführung des eigentlichen endoskopischen Eingriffs. „Zum originären Aufgabengebiet der Pflegekräfte im Endoskopiedienst gehört die Betreuung des Patienten, das fach- und sachkundige sowie situationsgerechte Instrumentieren und Assistieren während endoskopischer Eingriffe und die damit verbundenen Vor- und Nachbereitungsmaßnahmen. Hierzu zählen auch Tätigkeiten im Rahmen der Instrumentenaufbereitung sowie Maßnahmen des Infektionsschutzes.“¹⁹⁸

Um diese Tätigkeiten fach- und sachgerecht durchführen zu können, hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft „Empfehlungen zur Weiterbildung für Krankenpflegepersonen in den Funktionsdiensten (Operationsdienst/ Endoskopiedienst)“ entwickelt, die als Muster für eine landesrechtliche Ordnung der Weiterbildung dienen sollen.

Voraussetzungen für die Weiterbildung sind danach

- ein Abschluss als "Gesundheits- und KrankenpflegerIn" bzw. "Gesundheits- und KinderkrankenpflegerIn" gemäß § 1 Abs. 1 Krankenpflegegesetz sowie
- der Nachweis einer zweijährigen Tätigkeit in der Krankenpflege/ Kinderkrankenpflege, davon mindestens sechs Monate im Endoskopiedienst.

Durch die DKG-Empfehlungen werden somit die formelle und die materielle Qualifikation festgelegt. Durch die Dauer und die Inhalte der Weiterbildung wird gewährleistet, dass eine assistierende Tätigkeit im Endoskopiedienst fach- und sachgerecht ausgeführt werden kann.

Die Weiterbildung im Bereich der Endoskopie stellt einen ersten Schritt in Richtung auf eine verantwortungsvolle Übernahme von Tätigkeiten durch Krankenpflegepersonen dar. Die derzeitige Aufgabenverteilung zwischen Ärzten und Krankenpflegepersonen könnte aber in

¹⁹⁸ Neiheiser, Ralf: Fortschreibung der DKG-Empfehlung zur Weiterbildung für Krankenpflegepersonen in den Funktionsdiensten (Operationsdienst/ Endoskopiedienst), in: das Krankenhaus 97 (2005), S.671-672, hier: S.671.

Zukunft dahingehend verändert werden, dass entsprechend hoch qualifizierten Pflegekräften weitergehende Aufgaben übertragen werden. Die Bandbreite der zu übertragenden Aufgaben ist sehr groß.

Eine sehr weitgehende Übertragung von Aufgaben findet bei endoskopischen Leistungen in Großbritannien und den USA statt. Ohne die dort praktizierte Aufgabenverteilung auch für Deutschland vorschlagen zu wollen, sollen die Erfahrungen in Großbritannien kurz skizziert werden.

In Großbritannien führen speziell ausgebildete Pflegepersonen endoskopische Untersuchungen durch. Die wachsende Nachfrage nach endoskopischen Leistungen und die langen Wartelisten förderten neben dem politischen Willen zur Stärkung der Krankenpflege die Ausbreitung der „Nurse Endoscopists“. Schätzungen gehen von 2.000 – 3.000 spezialisierten Pflegekräften aus, die in diesem Felde tätig sind. Etwa drei Viertel der Krankenhäuser setzen „Nurse Endoscopists“ ein, wobei kritisch angemerkt wurde, dass 17% dieser Pflegekräfte nur einmal in der Woche zum Einsatz kamen.¹⁹⁹

Der Zusammenschluss der Britischen (ärztlichen) Gastroenterologen stellt die Tätigkeiten, die von den Pflegekräften übernommen werden können, wie folgt zusammen: „It is recommended that endoscopists start with basic diagnostic techniques such as gastroduodenoscopy and flexible sigmoidoscopy with biopsy before proceeding to colonoscopy. Therapeutic manoeuvres are learnt once good hand eye co-ordination and fine control have been established. Injection therapy, banding and clipping are relatively simple developments of the same technique. Polypectomy, dilatation of strictures, PEG insertion and stenting take longer to learn.“²⁰⁰

Voraussetzung für die Übernahme der endoskopischen Untersuchungen ist allerdings, dass die Ausbildung und das Training dem von Ärzten entsprechen. Hinzu kommt daneben aber auch, dass adäquate medizinische Kenntnisse vorliegen, um die Risiken, die mit den Vorerkrankungen der Patienten, der Sedierung sowie der Aufwach- und Erholungsphase einhergehen, abschätzen und beurteilen zu können.

¹⁹⁹ National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death: Scoping our practice. The 2004 Report Summary, London 2004, S.9.

²⁰⁰ British Society of Gastroenterology: Non-medical Endoscopists. A Report of the Working Party of the British Society of Gastroenterology, London 2005, S.4.

Die „Joint Advisory Group on Gastrointestinal Endoscopy“ hat Richtlinien für die Ausbildung in der Endoskopie aufgestellt, die sowohl für Ärzte als auch für Pflegekräfte gelten.²⁰¹

Die Erfahrungen in Großbritannien lassen den Schluss zu, dass es bei vergleichbarer Ausbildung weder Qualitätsunterschiede noch Kostenunterschiede zwischen ärztlichen und pflegerischen Endoskopien gibt.²⁰²

Die British Society of Gastroenterology bescheinigt den „Nurse Endoscopists“ mehrfach ihre Kompetenz:

- “The risks of endoscopy by non-medical endoscopists are not different from those of their medical colleagues. This assumes that the training of all endoscopists is the same and that everyone practices only to the level of their competence.”²⁰³
- „There is good evidence that nurses are safe and effective when undertaking diagnostic endoscopy and patient satisfaction is better than when the procedure is done by doctors.”²⁰⁴

²⁰¹ Joint Advisory Group on Gastrointestinal Endoscopy: Guidelines for the Training, appraisal and assessment of trainees in gastrointestinal endoscopy, London 2004, www.acpgbi.org.uk/documents/JAG_2004.pdf, Stand: 31. Oktober 2007. Vgl. auch Norton, Christine/ Kamm, Michael A.: Specialist nurses in gastroenterology in: Journal of the Royal Society of Medicine 95 (2002), S.331-335.

²⁰² Vgl. Williams, J. u.a.: What are the clinical outcome and cost-effectiveness of endoscopy undertaken by nurses when compared with doctors? A Multi-Institution Nurse Endoscopy Trial (MINuET), Health Technology Assessment 2006; Vol. 10: No. 40, www.hta.ac.uk/fullmono/mon1040.pdf, Stand: 31. Oktober 2007.

²⁰³ British Society of Gastroenterology: Non-medical Endoscopists ..., a.aO., S.3.

²⁰⁴ British Society of Gastroenterology: Care of Patients with Gastrointestinal Disorders in the United Kingdom. A Strategy for the Future, London 2006, S.42.

10 Handlungsorientierte Empfehlungen

Im Rahmen der Expertengespräche und –befragungen konnten aufgrund der praktischen Erfahrungen der befragten Krankenhausmitarbeiter diverse organisatorische Umsetzungsprobleme identifiziert werden, die die Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten auf andere Berufsgruppen erschweren, wenn nicht sogar verhindern.

Im Folgenden werden diese Probleme kurz dargestellt, dabei werden auch einige Aspekte diskutiert, die der Sachverständigenrat im Exkurs „Praxisleitfaden zur Delegation von Tätigkeiten, insbesondere im stationären Bereich“²⁰⁵ vorgelegt hat.

Top down und bottom up

Die Entscheidung für die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf andere Berufsgruppe ist eine Geschäftsführungsentscheidung.

Allerdings reicht es nicht aus, nur die Grundsatzentscheidung zu treffen. Vielmehr muss deutlich werden, dass die Geschäftsführung die Reorganisation von Tätigkeiten für eine wichtige Zukunftsaufgabe des Krankenhauses hält. Insofern müssen die Fortschritte in der Ausführung der Grundsatzentscheidung überwacht und gegebenenfalls bei mangelndem Fortschritt auch sanktioniert werden. Klare Vorgaben über die zeitliche Umsetzung sind in Absprache mit denjenigen, die für die Umsetzung zuständig sind, zu treffen.

Nur durch die Kontrolle der Fortschritte und einer zeitlichen Vorgabe kann deutlich gemacht werden, dass die getroffene top down-Entscheidung für die Geschäftsführung von besonderem Belang ist.

Während die grundsätzliche Entscheidung für die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten eine Geschäftsführungsentscheidung ist, sollte die konkrete Ausgestaltung und Ausführung vor Ort auf den Stationen und in den Fachabteilungen vorgenommen werden. Nur hier sind die Kenntnisse über die konkreten Arbeitsabläufe, Hemmnisse und Schwierigkeiten, aber auch über projektfördernde Faktoren vorhanden. Der Rahmen, der von der Geschäftsführung vorgegeben worden ist, sollte, je nach Art der Übertragung von Tätigkeiten, „bottom up“ ausgefüllt werden.

²⁰⁵ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung, a.a.O., S.106.

Einbindung der Mitarbeiter

Als sehr hilfreich hat sich eine frühzeitige Information und Einbindung der Mitarbeiter herausgestellt.

Die derzeitige wirtschaftliche Lage vieler Krankenhäuser lässt bei den Mitarbeitern schnell Befürchtungen um den eigenen Arbeitsplatz entstehen, wenn es zu Veränderungen in ihrem Bereich kommt. Eine unklare Zielsetzung und/oder mangelnde Transparenz verstärkt diese Befürchtungen.

Ratsam ist daher, frühzeitig Transparenz über die Absichten und Zielsetzungen bei der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten herzustellen. Das kann in der Anfangsphase eines solchen Projektes viele Gespräche und Überzeugungsarbeit erfordern. Es kann aber hierbei ausgelotet werden, was für die Mitarbeiter sinnvolle oder weniger sinnvolle Tätigkeiten sind, die übertragen werden können. Die detaillierten Kenntnisse der Mitarbeiter vor Ort ermöglichen so gegebenenfalls sogar eine Ausweitung der ursprünglichen Planungen und Absichten.

Bei umfangreichen Reorganisationsprojekten empfiehlt es sich, eine Mitarbeiterbefragung vor Projektbeginn durchzuführen. Je nach Unternehmenskultur kann dies anonymisiert oder in einer Mitarbeiterversammlung geschehen. Ziel der Mitarbeiterbefragung sollte nicht nur die Nutzung der Kenntnisse der unmittelbar Betroffenen sein, sondern auch die Feststellung der Zufriedenheit mit dem status quo. Nach Umsetzung des Reorganisationsprojektes sollte die Mitarbeiterbefragung wiederholt werden. Dadurch kann in Erfahrung gebracht werden, ob es tatsächlich zu einer Verbesserung der Arbeitsabläufe gekommen ist und ob noch Verbesserungsmöglichkeiten existieren. Gleichzeitig kann die Zufriedenheit der Mitarbeiter mit der neuen Organisation ermittelt werden.

So aufwändig eine Mitarbeiterbefragung auch sein mag, so können mit ihr zwei wichtige Zielsetzungen erreicht werden. Zum einen kann das mögliche Innovationspotential der Mitarbeiter für das Krankenhaus nutzbringend erfahren werden, zum anderen wird den Mitarbeitern von der Geschäftsführung das Gefühl vermittelt, dass sie aktiv eingebunden werden.

Einbindung der Mitarbeitervertretung

In die gleiche Richtung zielt die Einbindung der Arbeitnehmervertretung. Je nach Ausgestaltung als Betriebsrat, Personalrat oder Mitarbeitervertretung liegen unterschiedliche rechtliche Kompetenzen vor.

Je nach Art der zu delegierenden Tätigkeit und der Art der Arbeitnehmervertretung, ist die Übertragung der Tätigkeiten von einer Berufsgruppe auf eine andere anhörungs- oder gar zustimmungspflichtig.

Unabhängig von den rechtlichen Regelungen ist es allerdings sinnvoll, die Arbeitnehmervertretung frühzeitig über geplante Tätigkeitsübertragungen zu informieren. In einigen Krankenhäusern wurde die Arbeitnehmervertretung aktiv in die Arbeitsgruppen, die die Delegation von ärztlichen Tätigkeiten planten und organisierten, eingebunden. Die Erfahrungen waren durchweg positiv.

Inwieweit über die reine Information der Arbeitnehmervertretung hinausgegangen wird und sie in konkrete Projekte eingebunden wird, hängt natürlich von den Gegebenheiten in jedem Krankenhaus und hier insbesondere vom Verhältnis der Geschäftsführung zur Arbeitnehmervertretung ab.

Verbindliche und klare Strukturen - Qualitätsmanagement

Die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten an andere Berufsgruppen ändert die bisherige Organisation der Tätigkeiten und die Zusammenarbeit der Berufsgruppen.

Aus diesem Grunde ist es notwendig, dass die neuen Verantwortlichkeiten detailliert und für alle verbindlich geklärt werden. Das kann mit Hilfe von Verfahrensanweisungen geschehen.

Es muss deutlich werden, dass die Tätigkeitsübertragung von der Geschäftsführung gewollt und somit für alle Mitarbeiter verbindlich ist. Weiterhin sollte detailliert aufgeführt werden, wer welche Aufgaben zu übernehmen hat: „Klare Autorisierung mit detaillierten Regelungen – die Pflege kann und darf nicht die gesamte intravenöse Medikation übernehmen. Eine Arbeitsgruppe kann jedoch für eine bestimmte Abteilung (oder das ganze Haus) eine Empfehlung für definierte Medikamente erarbeiten, diese durch die Arzneimittelkommission bestätigen lassen und sie in der Geschäftsführung autorisieren.“²⁰⁶ Eine klare Abgrenzung

²⁰⁶ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung, a.a.O., S.106.

der Tätigkeiten ist notwendig. Regelungen, die gegebenenfalls ein Eingreifen des Arztes erforderlich machen, sind detailliert anzugeben.

Darüber hinaus sind Weisungsrechte aufzuführen, damit keine Kompetenzprobleme auftreten.

Selbstverständnis der Pflege

Bei der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten an das Pflegepersonal sollte das Selbstverständnis der Pflegekräfte berücksichtigt werden. Insbesondere ist vor dem Missverständnis zu warnen, dass Pflegekräfte zwingend die Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten als eine Bereicherung und Aufwertung ihrer Tätigkeit auffassen.

Das Selbstverständnis der Pflege betont mehr das „caring“ als das „curing“. Natürlich kann beides miteinander verbunden werden, aber das Mischverhältnis ist wichtig. Die mögliche Skepsis der Pflegekräfte gegen die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf ihre Berufsgruppe kann daher auch andere Gründe als die Sorge um den Stellenplan haben.

Bei der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf die Pflege ist somit darauf zu achten, dass originäre Tätigkeiten der Pflege, die für deren berufliche Identität wichtig sind, erhalten bleiben. Es geht darum, „big nurses“ und nicht „small doctors“ zu schaffen.

Wenn man dies gegenüber der Pflege kommuniziert, dann wird eine Reihe von potentiellen Vorbehalten gegen ein entsprechendes Reorganisationsprojekt entfallen. Nebeneffekt ist, dass auch Vorbehalte der Ärzte wegfallen, da deutlich wird, dass hier keine „Billigkonkurrenz“ aufgebaut werden soll.

Organisationsmodelle „Integration“ und „Fraktionierung“

Für die Neuordnung der ärztlichen Tätigkeiten im Sinne der Delegation stehen grundsätzlich zwei verschiedene Organisationsmodelle zur Verfügung.

Beim Organisationsmodell „Integration“ werden die delegierten Tätigkeiten von allen bzw. von der Mehrzahl der dazu potentiell qualifizierten Pflegekräfte übernommen. Anders dagegen beim Organisationsmodell „Fraktionierung“. Hier werden die delegierten Tätigkeiten ausschließlich oder zumindest größtenteils auf spezialisierte Kräfte übertragen.

Primäres Ziel beider Organisationsmodelle ist eine Optimierung der Prozesse.

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
- Schulung aller Pflegekräfte, damit die medizinischen Voraussetzungen für die Übernahme der Tätigkeiten erfüllt sind.

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 delegierten 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
- Es muss geklärt sein, inwieweit eine Entlastung der Berufsgruppe, die die bislang ärztlichen Tätigkeiten übernommen hat, erforderlich ist. Es kann sich herausstellen, dass eine Erhöhung des Stellenplans notwendig sein könnte. Eine Entlastung kann aber auch derart stattfinden, dass diese Berufsgruppe ihrerseits einige von ihnen bislang ausgeübte Tätigkeiten an eine dritte Berufsgruppe delegiert. Dann stellen sich wieder Abstimmungs- und Schnittstellenprobleme – diesmal allerdings auf einer anderen Ebene.
- Es ist zu klären, inwieweit die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten auf Freiwilligkeit beruhen sollte und was mit Mitarbeitern geschieht, die die Ausübung dieser Tätigkeiten ablehnen.

Beim Organisationsmodell „Fraktionierung“ werden spezialisierte und genau definierte Tätigkeiten von einer eigenen Berufsgruppe im Krankenhaus durchgeführt.

Voraussetzungen für dieses Modell sind damit beispielsweise die Schaffung einer neuen Berufsgruppe sowie die Abstimmung der verschiedenen Berufsgruppen untereinander.

Vorteil dieses Modells ist, dass es bei der Delegation der ärztlichen Tätigkeiten keine oder nur wenige Überlegungen über die Entlastung der Pflege bedarf. Hinzu könnten die zumindest kurzfristig niedrigeren Kosten kommen. Für dieses Modell bieten sich Tätigkeiten an, die planbar sind bzw. standardmäßig vorgenommen werden.

Nachteile dieses Organisationsmodells könnten dagegen sein:

- ggf. Abstimmungs- und Schnittstellenprobleme
- 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.

Leuchtturmprojekte initialisieren

Die Übertragung einer Vielzahl von ärztlichen Tätigkeiten kann in unterschiedlichen Fachabteilungen vorgenommen werden. In den meisten Krankenhäusern bietet es sich allerdings nicht an, mit einer flächendeckenden Einführung zu beginnen. Stattdessen sollte mit „Leuchtturmprojekten“ begonnen werden.

Dazu sollte man eine Abteilung mit für das Projekt aufgeschlossenen Chefärzten und Stationsleitungen auswählen. Da es sich als sinnvoll herausgestellt hat, den von der Geschäftsführung vorgegebenen Rahmen vor Ort ausfüllen zu lassen, kann man in solchen Abteilungen mit einer inhaltlichen und personellen Unterstützung der Übertragungsprojekte rechnen.

Ein weiterer Vorteil ist, dass bei einzelnen „Leuchtturmprojekten“ leichter und frühzeitiger Probleme und Fehler identifiziert werden können. Bei umfangreicheren Reorganisationsprojekten kann zusätzlich externe Unterstützung erforderlich sein. Das für die Umsetzung in weiteren Abteilungen notwendige know how kann dann von eigenen Mitarbeitern erworben werden.

Der größte Vorteil eines „Leuchtturmprojektes“ besteht aber in seiner Überzeugungskraft. Wenn die Ärzte und das Pflegepersonal in der betroffenen Abteilung die Vorteile der neuen Arbeitsteilung kommunizieren, werden auch anderen Fachabteilungen bereit sein, sich auf ein solches Projekt einzulassen.

Vorteile herausstreichen, Kontraproduktives vermeiden

Die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf andere Berufsgruppen ist kein Selbstzweck, sondern verfolgt bestimmte Ziele wie z.B. einen effizienteren Personaleinsatz.

Die Ziele sollten deshalb transparent gemacht werden. Es sollte jedem (betroffenen) Mitarbeiter klar gemacht werden, welche Vorteile er von der Übertragung der ärztlichen Tätigkeiten hat. Es geht also darum, eine „win-win-Situation“ zu gestalten. Berücksichtigt man, dass für die konkrete Umsetzung von Maßnahmen die Mitarbeit der betroffenen Personen notwendig ist, so könnten die Nachteile einer Blockade- oder Weigerungshaltung die angestrebten Vorteile konterkarieren.

Bei der Planung und Umsetzung von entsprechenden Projekten muss darauf geachtet werden, dass sie nicht kontraproduktiv wirken. Oben wurde schon darauf hingewiesen, dass eine Ausdünnung der Pflegeexperten zugunsten von anderen Berufsgruppen zwar eine Steigerung der Attraktivität der Tätigkeiten der Pflegeexperten zum Ziel haben kann, aber durch die vermehrten Dienste außerhalb der Regelarbeitszeit kann genau dies in sein Gegenteil verkehrt werden.

Für die Ärzte kann das gleiche gelten. Eine Zielsetzung bei der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf andere Berufsgruppen ist eine Erhöhung der Attraktivität des Arztberufes. Die Rekrutierung von neuen Ärzten könnte so erleichtert werden. Wenn aber die Reorganisation der Tätigkeiten auf eine Gefährdung der Weiterbildung der Ärzte hinausläuft, weil beispielsweise nicht mehr alle in der Weiterbildungsordnung geforderten Tätigkeiten in einer angemessenen Zeitspanne durchgeführt werden können, wird die ursprüngliche Zielsetzung in ihr Gegenteil verkehrt.

Zeit einplanen

Aus den Expertengesprächen wurde deutlich, dass es großer Anstrengungen und einer längeren Zeitspanne von der ersten Idee zur Neuordnung von Tätigkeiten bis zur konkreten Umsetzung in den täglichen Krankenhausbetrieb bedarf. Hier ist eine Vielzahl von Dingen zu berücksichtigen, über die im Vorfeld keine oder nur unklare Vorstellungen existieren. Auf einige mögliche Organisationsprobleme wurde schon hingewiesen.

Kurzfristige Erfolge insbesondere ökonomischer Art sind i.d.R. mit einer Übertragung der Tätigkeiten nicht zu erreichen.

Schulungen

Die Verlagerung ärztlicher Tätigkeiten auf andere Berufsgruppen ist üblicherweise mit einer Qualifizierung derjenigen, die diese Tätigkeiten neu ausüben sollen, verbunden.

Über die Art und den Umfang des Schulungsbedarfs muss rechtzeitig entschieden werden. Geklärt werden muss, wer schult und wer geschult wird.

Freiwilligkeit der Übernahme

Eine Delegation ärztlicher Tätigkeiten an andere Berufsgruppen hat eine Ausweitung der beruflichen Pflichten für diese Mitarbeiter zur Folge.

Unabhängig von den rechtlichen Fragen muss im Vorfeld geklärt werden, ob die Übernahme der Tätigkeiten auf einer freiwilligen Basis erfolgen soll oder nicht.

Erfolgt die Übertragung der Tätigkeiten auf einer freiwilligen Basis, liegt es in der Hand der betroffenen Mitarbeiter, inwieweit die entsprechenden Reorganisationsprojekte erfolgreich sind oder nicht.

Entscheidet man sich gegen die Freiwilligkeit und macht die neuen Tätigkeiten zu einer verbindlichen Dienstaufgabe, so sind nicht nur die juristischen Bedingungen und Folgewirkungen zu bedenken, sondern auch, welche Konsequenzen diese Vorgehensweise für die Mitarbeiter hat. Der Erfolg der Tätigkeitsübertragung hängt nicht zuletzt auch von motivierten Mitarbeitern ab.

Übertragung von Tätigkeiten prüfen und ergänzen

Ein nicht unerheblicher Teil der Krankenhäuser hat schon Tätigkeiten vom Ärztlichen Dienst auf andere Berufsgruppen übertragen. Die Erfahrungen damit sind durchweg positiv.

Den Krankenhäusern wird daher empfohlen, die Übertragung von Tätigkeiten zu prüfen oder zu ergänzen. Je nach Umsetzungsstand in den einzelnen Krankenhäusern, bieten sich unterschiedliche Vorgehensweisen an.

Bei den Häusern, die noch keine oder nur wenig Erfahrungen mit der Übertragung von Tätigkeiten haben, sollte mit den kurzfristig übertragbaren Tätigkeiten begonnen bzw. weiter fort gefahren werden.

Die Krankenhäuser, die schon einschlägige Erfahrungen sammeln konnten, sollten prüfen, inwieweit sie ganze Aufgabengebiete oder Querschnittsaufgaben übertragen können.

Keine isolierte Betrachtung des Ärztlichen Dienstes

Die Situation des Ärztlichen Dienstes darf nicht isoliert betrachtet werden. Eine Entlastung der Ärzte von bestimmten Tätigkeiten ist immer auch mit einer Belastung einer anderen Berufsgruppe mit eben diesen Tätigkeiten verbunden. Vor einer Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten ist daher ermitteln, inwieweit die Berufsgruppe, die Aufgaben erhält, selber einer Entlastung bedarf. Ist auch hier eine Entlastung notwendig, kann dies entweder durch eine Erhöhung des Stellenschlüssels für diese Berufsgruppe oder aber durch eine Übertragung eines Teils ihrer bisherigen Tätigkeiten auf eine dritte Berufsgruppe geschehen.

Prozesse reorganisieren

Die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten verändert die Arbeitsteilung zwischen den im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen. Die Zusammenarbeit zwischen Berufsgruppen und der Ablauf von Tätigkeiten sollten daher aufeinander abgestimmt werden. Der effizientere Personaleinsatz wird im hohen Maße durch eine effiziente Ablauforganisation bestimmt.

Berufshaftpflichtversicherung abklären

Um die Akzeptanz der Übertragung ärztlicher Aufgaben zu erhöhen, ist das Risiko eines innerbetrieblichen Schadensausgleichs im Falle eines Behandlungsfehlers für die Mitarbeiter zu minimieren. In diesem Zusammenhang sollten auch die Organisationspflichten der leitenden Mitarbeiter des Krankenhauses thematisiert werden. Im Vorfeld eines Reorganisationsprojektes sollte daher Kontakt mit der Haftpflichtversicherung aufgenommen werden und die strittigen Fragen geklärt werden. Es wird sich dann herausstellen, ob eine bestehende Berufshaftpflichtversicherung ggf. angepasst werden muss bzw. eine Berufshaftpflichtversicherung abgeschlossen werden soll.

Prüfung der formellen und der materiellen Qualifikation

Wenn eine Entscheidung über die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten gefallen ist, muss die formelle und die materielle Qualifikation derjenigen geprüft und ggf. angepasst werden, die zukünftig neue Aufgaben übernehmen sollen.

Detaillierte Verfahrensanweisungen erstellen

In Abhängigkeit von der übertragenen Tätigkeit sollten Verfahrensanweisungen erstellt werden, die von der Geschäftsführung zu genehmigen sind.

Je größer die potentielle Patientengefährdung ist, desto detaillierter sollten die Verfahrensanweisungen sein. Sie sollten genau definieren, welche Tätigkeiten übertragen

werden und welche Voraussetzungen für die Ausführung erforderlich sind. Die Rolle des Arztes, insbesondere, wann er einzugreifen hat, ist genau zu beschreiben.

11 Ausblick

In vielen deutschen Krankenhäusern hat schon eine Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten auf andere nicht-ärztliche Berufsgruppen statt gefunden. Im Vergleich zum europäischen Ausland ist allerdings die Einbeziehung der Gesundheitsfachberufe in die medizinische Versorgung der Bevölkerung dort viel stärker ausgeprägt als in Deutschland. So übernehmen in Skandinavien die Gesundheitsfachberufe traditionell Aufgaben, die in Deutschland ausschließlich Ärzten vorbehalten sind.²⁰⁷ In Großbritannien und Irland übernehmen „Breast Care Nurses“ häufig die Koordination der Behandlung.²⁰⁸ Parallelnarkosen durch Anästhesisten mit Überwachung der Patienten während der Anästhesie durch Anästhesiepflegepersonal werden in der Schweiz durch Standards und Empfehlungen der Fachgesellschaft der Anästhesisten empfohlen.²⁰⁹

Auch für Deutschland sollte überprüft werden, ob und inwieweit eine veränderte Arbeitsteilung zwischen Ärzten und nicht-ärztlichen Berufsgruppen sinnvoll und praktikabel ist. Dies gilt vor allem vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und der prognostizierten Entwicklung der Arztzahlen.

Die eigenverantwortliche und selbständige Ausübung von Tätigkeiten im Rahmen der Gesundheitsversorgung durch Gesundheitsfachberufe betrifft nicht nur den stationären Bereich, sondern auch den ambulanten Bereich. So werden z.B. den Nurse Practitioners in den Niederlanden vielfältige Aufgaben in der ambulanten Krankenversorgung übertragen.²¹⁰

Derzeit ist in Deutschland eine derart starke Einbindung der Gesundheitsfachberufe in die Krankenversorgung wie in den europäischen Nachbarländern noch nicht vorstellbar. Allerdings wird auch hier seit einiger Zeit eine Diskussion über die Arbeitsteilung im Gesundheitswesen geführt. Wesentliche Eckpunkte haben das Gutachten des Sachverständigenrates aus dem Jahr 2007 sowie der Kabinettsentwurf eines Pflege-

²⁰⁷ Vgl. etwa Preusker, Uwe. K.: Innovative Versorgungsstrukturen – Ein Blick über die Grenzen, 1. Neu-Ulmer-Konferenz, Neu-Ulm 2007, www.neu-ulmer-konferenz.de/downloads/preusker_skandinavien.pdf.

²⁰⁸ Vgl. Marquard, Sara: Breast Care Nurse. Berufsbild, Qualifizierung und Aufgaben am Beispiel von Australien, Irland und Großbritannien, in: Die Schwester/ Der Pfleger 44 (2005), S.472-475.

²⁰⁹ Vgl. Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation: Standards und Empfehlungen 2002, Bern 2002, www.sgqr-ssar.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/sgarstandardsgv2002.pdf.

²¹⁰ Vgl. für einen Überblick Schröder, Julia Katharina: Große Rolle für „Small Doctors“, in: Gesundheit und Gesellschaft 10 (2007), Heft 5, S.20-21; Schneider, A./ Dinant, G.-J./ Szecsenyi, J.: Realisierbare Qualität in der Primärversorgung – Lernen von einem niederländischen Praxismodell, in: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 79 (2003), S.303-307; deJong, Anneke: Nurse Practitioner: Pflege zwischen care und cure, in: Die Schwester/ Der Pfleger 45 (2006), S.698-701; Offenbeek, Marjolein van: Effecten van Nurse Practitioners op de organisatie en effectiviteit van de zorg, Dissertation, Groningen 2003, und Offenbeek, Marjolein van/ Knip, Marris: The organizational and performance effects of nurse practitioner roles, in: Journal of Advanced Nursing 47 (2004), S.672-681.

Weiterentwicklungsgesetzes gesetzt. Die Erweiterung auf den ambulanten Bereich findet sich in einem Entwurf eines Konzeptes von Ende 2007 der „Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden“ (AOLG). Die AOLG spricht sich für eine Ausweitung der Primärversorgung auch auf die Gesundheitsfachberufe aus, um die Primärversorgung besonders in unterversorgten Gebieten sicherzustellen. Die erweiterte Rolle der Gesundheitsfachberufe in der gesundheitlichen Versorgung führt demnach zu einer Optimierung der Versorgung sowie zur Kompensation von Versorgungslücken in unterversorgten Gebieten.

Sowohl die Erfahrungen aus dem europäischen Ausland als auch die Expertenbefragungen und –gespräche, die im Rahmen dieses Gutachtens durchgeführt worden sind, belegen, dass es nicht Ziel führend ist, den Fokus ausschließlich auf die Übertragung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes auf Pflegefachkräfte zu richten. Vielmehr gilt es komplette Prozesse zu optimieren. Im Rahmen einer solchen Prozessoptimierung können sich Kaskadeneffekte derart ergeben, dass auch ergänzende Tätigkeitsübertragungen von Pflegefachkräften auf Pflegehilfskräfte oder andere Berufsgruppen erforderlich werden. Pflegefachkräfte könnten beispielsweise ihrerseits Tätigkeiten an Versorgungsassistenten (z.B. Essensverteilung, Schranksystem mit Auffüllen der Stationsvorräte) oder an Patiententransporteur delegieren. Die Pflegefachkräfte wären damit von einfachen Tätigkeiten entlastet und könnten die Aufgaben aus dem bisherigen ärztlichen Bereich übernehmen.

Die Übertragung von ärztlichen Aufgaben muss daher im Rahmen einer umfassenden Prozessoptimierung konzipiert und durchgeführt werden. Die Arbeitsbelastung sowohl der Ärzte als auch derjenigen, die zusätzliche Aufgaben erhalten, sind dabei zu berücksichtigen.

Literaturverzeichnis

- American Academy of Physician Assistants: Information about PAs and the PA Profession, www.aapa.org/geninfo1.html, Stand: 30. Oktober 2007
- American Academy of Physician Assistants: Profession Policy Manual, Alexandria 2007
- American Academy of Physician Assistants: The Physician – PA Team, www.aapa.org/gandp/issuebrief/pateamb.pdf, Stand: 30. Oktober 2007
- Arbous, M. Sesmu u.a.: Impact of Anesthesia Management Characteristics on Severe Morbidity and Mortality, in: Anesthesiology 102 (2005), S.257-268
- 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
- Bachstein, Elke: Die Delegation von ärztlichen Aufgaben. Immer wieder in der Diskussion: Die Delegation von ärztlichen Aufgaben an Krankenpflegepersonal, in: Pflege aktuell, Oktober 2005, S.544-547
- Bachstein, Elke: Pflegefremde Mitarbeiter im Krankenhaus, in: Pflege aktuell, April 2004, S.222-226
- Bähr-Heintze, Karin: Prozesse patientenorientiert gestalten: Wer nur an die Kosten denkt, denkt zu kurz, in: Pflegezeitschrift 57 (2004), S.698-700
- Barth, Lutz: Kommt dem „Spritzenschein“ in der Praxis eine haftungsbefreiende Bedeutung zu?, http://www.carelounge.de/pflegeberufe/autoren/artikel_ansehen.php?id=60, Stand: 23.5.2007
- Barth, Lutz: Pflege will erweiterte Kompetenzen. Ein Plädoyer für die ärztliche Versorgung, in: Der Hausarzt 15, 2006, S.27-28
- Bauer, Hartwig: CTA-Workshop, Workshop der DGCH zur Delegation ärztlicher Aufgaben in der Chirurgie, <http://www.dgch.de/dgch/aktuelles/CTA-Workshop/index.html>, Stand: 4.4.2007
- Bauer, Stefan: Assistenten mit Dipol – Studium für Ambitionierte, in: nahdran, Heft 2, 2005, S.22-25
- Behr, R. u.a.: Endoskopische Venenentnahme durch Kardiotechniker – Rechtliche Aspekte/ Erfahrungen, in: Kardiotechnik 15 (2006), S.13-20
- Berentzen, Jochen: Erfahrung ist gefragt – Aufstieg durch Spezialisierung, in nahdran, Heft 2, 2005, S.29-31
- Bergmann, Karl Otto, Die Arzthaftung, 2. Aufl., Berlin-Heidelberg-New York 2004
- Bergmann, Karl Otto: Die Arzthaftpflichtversicherung, in: van Bühren, Hubert, Handbuch des Versicherungsrechts, 3. Auflage, Köln 2007, S. 988
- Bergmann, Karl Otto/ Kienzle, Hans Friedrich: Krankenhaushaftung. Organisation, Schadensverhütung und Versicherung – Leitfaden für die tägliche Praxis, 2. Auflage, Düsseldorf 2003

- Berufsverband Deutscher Anästhesisten: Zulässigkeit und Grenzen der Parallelverfahren in der Anästhesiologie, http://www.dgai.de/06pdf/02_137-anaesth-Versorg.pdf, Stand: 30. Oktober 2007
- Besendorfer, Andrea/ Schmidt, Bettina: Expertenstandard Schmerzmanagement implementiert, in: Pflegezeitschrift 58 (2005), S.78-83
- Besendorfer, Andrea: Interdisziplinäres Schmerzmanagement am Klinikum Dortmund. Systematisch zum Erfolg, in: Pflegezeitschrift 60 (2007), S.314-318
- BGH NJW 1971, 271
- BGH, Urt. v. 02.06.1987 - VI ZR 174/86 -, NJW 1988,
- BGH, Urt. v. 03.02.1987 -VI ZR 56/86 -, BGHZ 99, 391
- BGH, Urt. v. 07.05.1985 - VI ZR 224/83 -, NJW 1985, 2193
- BGH, Urt. v. 08.05.1979 - VI ZR 58/78 -, NJW 1979, 1935
- BGH, Urt. v. 09.01.1996 - VI ZR 70/95 -, VersR 1996, 647
- BGH, Urt. v. 10.01.1984 - VI ZR 158/82 -, BGHZ 89, 263, 271 f
- BGH, Urt. v. 10.03.1992 - VI ZR 64/91 -, NJW 1992, 1560
- BGH, Urt. v. 16.04.1996 - VI ZR 190/95 -, NJW 1996, 2429
- BGH, Urt. v. 18.03.1986 - 6 ZR 215/84 -, NJW 1986, 2365
- BGH, Urt. v. 18.06.1985 - VI ZR 234/83 -, BGHZ 95, 63, 71 ff.
- BGH, Urt. v. 22.09.1987 -VI ZR 238/86 -, BGHZ 102, 17
- BGH, Urt. v. 24.06.1975 - VI ZR 72/74 -, VersR 1975, 951
- BGH, Urt. v. 25.06.1985 -VI ZR 270/83-, NJW 1985, 2749
- BGH, Urt. v. 27.09.1983 - VI ZR 230/81 -, BGHZ 88, 248
- BGH, Urt. v. 29.09.1998 - VI ZR 268/97 -, VersR 1999
- BGH, Urt. v. 30.05.1989 - VI ZR 200/88 -, NJW 1989, 2312
- BGH, Urt. v. 30.11.1982 - VI ZR 77/81 -, BGHZ 85, 393
- BGH, Urt. v. 31.05.1988 - VI ZR 261/87 - NJW 1988, 2302
- Blum, Karl/ Müller, Udo: Dokumentationsaufwand im Ärztlichen Dienst der Krankenhäuser – Bestandsaufnahme und Verbesserungsvorschläge, Düsseldorf 2003
- Böhme, Hans: „Nicht alles, was Medizin ist, muss der Arzt selbst tun“. Delegation ärztlicher Tätigkeiten, in: Die Schwester/ Der Pfleger 44 (2005), S.260
- Böhme, Hans: Darf die Zytostatikagabe auf Pflegenden übertragen werden, in: Die Schwester/ Der Pfleger 45 (2006), S.120
- Böhme, Hans: Die rechtlichen Grundlagen der Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegenden,
http://www.dicvberlin.caritas.de/aspe_shared/form/download.asp?form_typ=115&nr=103047&ag_id=6474, Stand: 16. Mai 2007

- Böhme, Hans/ Hasseler, Martina: Delegation. Standortbestimmung Pflege, in: Die Schwester/ Der Pfleger 45 (2006), S.664-668
- Bostelaar, René A.: Das Kölner Case Management-Modell, Vortrag Fachtagung Entlassungsmanagement. Umsetzungserfahrungen in Österreich, Wien, Juni 2007, Stand: 24. September 2007
http://www.pik.or.at/fileadmin/user_upload/Fachtagung_EM/Bostelaar.pdf
- Böttcher, Berthold u.a.: Pflegerisches Case-Management auf feste Füße stellen, in: Die Schwester/ Der Pfleger 44 (2005), S.878-883
- British Society of Gastroenterology: Care of Patients with Gastrointestinal Disorders in the United Kingdom. A Strategy for the Future, London 2006
- British Society of Gastroenterology: Non-medical Endoscopists. A Report of the Working Party of the British Society of Gastroenterology, London 2005
- Brucksch, Michael M. u.a.: Bachelor of Science in Physician Assistance, www.ihci.com/?download=IHCI_BSc%20PhysAss_060109_v3a.pdf, Stand: 4.4.2007
- Bruns, W./ Debong, B./ Andreas, M.: Pflegefremde Tätigkeiten. Pflege ohne Qualifikation? , in: Die Schwester/ Der Pfleger 39 (2000), S.606-608
- Bundesärztekammer/ Kassenärztliche Bundesvereinigung: Anforderungen an die persönliche Leistungserbringung. Stellungnahme, in: Deutsches Ärzteblatt 85 (1988), S.A2604-A2605
- Charité: Qualitätsmanagement. Bericht 2006, Berlin 2007
- Dahm, Elke: Der richtige Umgang mit Zytostatika, in: Die Schwester/ der Pfleger 40 (2001), S.16-19
- deJong, Anneke: Nurse Practitioner: Pflege zwischen care und cure, in: Die Schwester/ Der Pfleger 45 (2006), S.698-701
- Dettmeyer, Reinhard: Medizin und Recht. Rechtliche Sicherheit für den Arzt, 2., vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage, Heidelberg 2006
- Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie: Ausbildungskonzept Gefäßassistent/-in, <http://www.gefaesschirurgie.de/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=345>, Stand: 4.4.2007
- Deutsche Gesellschaft für Kardiologie: Qualitätsleitlinien in der Echokardiographie, www.dgk.org/leitlinien/EchoKardiographie.html, Stand: 3. Mai 2007
- Deutsche Kodierrichtlinien. Allgemeine und Spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren, Version 2008, Siegburg 2007
- Deutschen Gesellschaft für Medizinrecht (DGMR) e.V.: Organisationsverschulden in Klinik und Praxis, Einbecker-Empfehlungen, www.medizin.uni-koeln.de/dgmr/pdf/dgmr-empf-2005-als-pdf.pdf, Stand: 30. November 2007
- Deutsches Krankenhausinstitut: Die Entwicklung der Krankenhausinanspruchnahme bis zum Jahr 2010 und die Konsequenzen für den medizinischen Bedarf der Krankenhäuser, Düsseldorf 2006, www.dki.de

- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung, Osnabrück 2004
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten oder tumorbedingten chronischen Schmerzen, Osnabrück 2005
- Diegeler, Anno u.a.: Nichtärztliche Chirurgieassistenz. Bessere Qualität durch mehr Routine, in: Deutsches Ärzteblatt 103 (2006), S.A1802-A1804
- Dielmann, Gerd: Delegation ärztlicher Tätigkeiten, in: Die Schwester/ Der Pfleger 44(2005), S.259
- Duffy, Kara: Physician Assistants: Filling the Gap in Patient Care in Academic Hospitals, in: Perspectives on Physician Assistant Education 14 (2003), Heft 3, S.158-167
- Ewers, Michael: Klinische Pflegeexperten: das Beispiel der Infusionstherapie – Einführung und Bibliographie, Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, P01-112, Bielefeld 2001
- Eypasch, Ernst, Rechtliche Einschränkungen für die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal aus chirurgischer Sicht, Arbeitskreis „Ärzte und Juristen“ am 28.04.2006 in Würzburg, www.uni-duesseldorf.de/awmf/pdf/aej06-1.pdf
- Fischer, Thomas: Primary Nursing und Casemanagement: Am Brückenkopf erwartet werden, in: Pflegezeitschrift 57 (2004), S.275-277
- Francois-Kettner, Hedwig: Delegation ärztlicher Tätigkeiten, in: Die Schwester/ Der Pfleger 44 (2005), S.263
- Gaibler, T./Trenkler, C., Rechtliche Grundprinzipien bei arbeitsteiligem Zusammenwirken im Verhältnis Arzt-Pflegekraft, in: Berg, Dietrich/ Ulsenheimer, Klaus, Patientensicherheit, Arzthaftung, Praxis- und Krankenhausorganisation, Berlin-Heidelberg-New York, S. 111-123
- Gausmann, Peter/ Petry, Franz-Michael: Delegation ärztlicher Tätigkeiten. Chancen und Risiken, Vortrag 8. Hauptstadtkongress der DGAI für Anästhesiologie und Intensivtherapie, http://www.grb.de/uploads/media/Pr_sentationHAI_1.4_neu.pdf
- Gratias, Ralf: Case-Management leicht gemacht. 16 Leitsätze zur Implementierung einer pflegerischen Patientensteuerung, in: Die Schwester/ Der Pfleger 44 (2005), S.974-976
- Grebe, Christian: Das Kölner Assessment Instrument mit Bostelaar-Index (KAI-BI®) im Case Management, Vortrag auf dem Cologne Congress Managed Care am 8.9. 2006, http://cms.uk-koeln.de/live/cc-mc/content/e127/e428/Vortrag_Grebe_KAI-BI.pdf, Stand: 3. September 2007
- Großkopf, Volker: Die Delegation ärztlicher Tätigkeiten, www.infoportal-pflege.de/download.php?id=36, Stand: 7. Mai 2007
- Großkopf, Volker: Zulässigkeit der Übertragung ärztlicher Aufgaben auf Pflegekräfte, <http://www.pwg-seminare.de/service/topthema05.php>, Stand: 4. April 2007

- Großmann, Katja u.a.: Schulung, in: : Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Arbeitstexte zur 6. Konsensus-Konferenz in der Pflege. Thema: Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, Osnabrück 2007, S.78-81
- Hampel-Kalthoff, Carsten: Wundmanagement. „Wir brauchen eine Richtlinie für Weiterbildungen zum Wundexperten“, in: Die Schwester/ Der Pfleger 44 (2005), S.504-505
- Hanau, Peter: Haftungssystem und Haftpflichtversicherung der medizinischen Einrichtungen der Universitäten und ihrer Mitarbeiter im stationären Bereich, in: MedR 1992, 18-22
- Hoppe, Jörg-Dietrich: Statement zur Pressekonferenz am 9.10.2007 – Studie zur Arztlahntwicklung, www.baek.de/page.asp?his=0.3.1665.1668
- Höppner, Karin: Stärkere Einbeziehung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe in die Gesundheitsversorgung, in: Die Ersatzkasse 87 (2007), S.392-396
- Huber, Peter u.a.: Stationäres Case Management im Klinikalltag. Qualität, Wirtschaftlichkeit und Humanität vereinigen, in: Pflegezeitschrift 58 (2005), S.513-515
- Huber, Peter: Stand der Implementierung von Case Management. Die Umsetzung erfolgt zögerlich, in: Pflege Zeitschrift 59 (2006), S.513-517
- Jacobs, Peter: Arbeitsteilung im Gesundheitswesen. Delegation – mehr als eine Frage der Ärzteentlastung, in: Die Schwester/ Der Pfleger 46 (2007), S.970-974
- Jacobs, Peter: Plädoyer für eine Neudefinition. Delegation – Übernahme – Allokation, in: Die Schwester/ Der Pfleger 46 (2007), S.739
- Jähne, Joachim: Chirurgische Assistenz: Wirklich nötig?, in: nahdran, Heft 2, 2005, S.27-29
- Jahn-Hofmann, Barbara/ Toth, Andor: Wege der Professionalisierung. Klinisches Case Management, in: Die Schwester/ Der Pfleger 46 (2007), S.652-657
- Jenkner, Carsten: Moderne Wundversorgung und Patientenüberleitung schaffen Qualität, in: Die Schwester/ Der Pfleger 46 (2007), S.954-955
- Joint Advisory Group on Gastrointestinal Endoscopy: Guidelines for the Training, appraisal and assessment of trainees in gastrointestinal endoscopy, London 2004, http://www.acpgbi.org.uk/documents/JAG_2004.pdf, Stand: 31. Oktober 2007
- Killmer, Heiderose: Delegation ärztlicher Tätigkeiten an das Krankenpflegepersonal, Vortragsmanuskript, Deutscher Krankenhaustag, 19. November 2005
- Klinikum Chemnitz: Anästhesietechnische (r) Assistent/-in www.klinikumchemnitz.de/mp/click.system?menu=161&parid=162&nav=162&navid=744&pid=744&sid=810645321, Stand: 21.6.2007
- Klinikum der Universität zu Köln: Informationen zum Wundmanagement. Wundversorgung im Klinikum der Universität Köln, http://cms.uk-koeln.de/pflege/content/bereiche_pflege/wundmanagement_pflege/info_wundmanagement_pflege/index_ger.html, Stand: 5.September 2007
- Klinikum Dortmund: Wundmanagement Angebot, <http://www1.klinikumdo.de/de/themen/pflegedienst/wmangebot.jsp?tid=54610> , Stand 15. Oktober 2007

- Klinikum Kassel: Organisation postoperativer Schmerztherapie. Vereinbarung über die gemeinsame Durchführung der postoperativen Schmerztherapie durch die Kliniken für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie und die Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie, Kassel, ohne Jahr, http://klinikum-kassel.de/admin/userimages/File/schmerztherapie/Organisation_postoperativer_Schmerztherapie.pdf, Stand: 22. Oktober 2007
- Klinikum Kassel: Stufenkonzept zur postoperativen Schmerztherapie in der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie, Kassel 2006, <http://klinikum-kassel.de/admin/userimages/File/schmerztherapie/Postop.Schmerztherapie-ACH2006.pdf>, Stand: 23. Oktober 2007
- Klinikum Kassel: TÜV-Zertifikat für zwei Kliniken des Klinikums Kassel, www.klinikum-kassel.de/index.php?parent=1378, Stand: 22. Oktober 2007.
- Kopetsch, Thomas: Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung: Daten, Fakten, Trends, 4. aktualisierte und überarbeitete Auflage, Berlin 2007, www.baek.de/downloads/Arztzahlstudie_09102007.pdf
- Laag, Ursula: Die haftungsrechtliche Stellung der Pflege im Wundmanagement, PflegeCongress 2006: Das Wundsymposium „Kleine Fehler – teure Folgen“, <http://www.johanniter.de/mmo/pub/282318-WEB.pdf>, Stand: 15. Oktober 2007
- Lemke, Andrea: Aufgabenverteilung. Allokation statt Delegation, in: Die Schwester/ Der Pfleger 46 (2007), S.976-977
- Leschik, Gerhard: Der Spritzenschein – ein Befähigungsnachweis, <http://www.lebensalltag.net/spritzenschein.htm>, Stand: 25.5.2007
- Mader, Robert: Paravasation von Zytostatika – eine endlose Geschichte http://www.paravasate.at/cms/dokumente/10001178/87a80db7/Paravasation_eine_undendliche_Geschichte3.pdf, Stand: 29. Oktober 2007
- Maier, Irene: Delegation ärztlicher Tätigkeiten, in: Die Schwester/ Der Pfleger 44 (2005), S.258
- Marquard, Sara: Breast Care Nurse. Berufsbild, Qualifizierung und Aufgaben am Beispiel von Australien, Irland und Großbritannien, in: Die Schwester/ Der Pfleger 44 (2005), S.472-475
- Meier, Klaus: Konzept zur Applikation von Chemotherapien mit der Rolle der Pflege an der MHH, http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/pflegebereich/krebskrankenpflege/15_Symposium/Praesentationen/Meier_PPTminimizer.ppt, Stand: 29. Oktober 2007
- Müller, Tim: Wer schneidet, der haftet. Haftungsrechtliche Aspekte der Chirurgie-Assistenz, in: nahdran H3ft 3, s0005, S. 10-13
- Naegele, Matthias/ Hasemann, Monika/ Buchstor, Beate: Eine pflegerische Aufgabe. Intravenöse Applikation von Zytostatika, in: Die Schwester/ Der Pfleger 46 (2007), S.978-983
- Naegele, Matthias: Intravenöse Applikation von Zytostatika durch das Pflegepersonal, http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/pflegebereich/krebskrankenpflege/15_Symposium/Praesentationen/Naegele_PPTminimizer.ppt, Stand: 29. Oktober 2007

- Narr, Helmut: Ärztliches Berufsrecht, 2. Auflage, Köln 1988, Loseblatt
- National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death: Scoping our practice. The 2004 Report Summary, London 2004
- Neiheiser, Ralf: Fortschreibung der DKG-Empfehlung zur Weiterbildung für Krankenpflegepersonen in den Funktionsdiensten (Operationsdienst/ Endoskopiedienst), in: das Krankenhaus 97 (2005), S.671-672
- Neubert, Thomas R./ Vogt, Sebastian: Interdisziplinärer Einsatz von Pflegeexperten bei gestörter Wundheilung – Teil 1: Fachkompetenzen problemorientiert nutzen, in: Pflegezeitschrift 60 (2007), S.424-428
- Norton, Christine/ Kamm, Michael A.: Specialist nurses in gastroenterology in: Journal of the Royal Society of Medicine 95 (2002), S.331-335
- o.V.: Chirurgie-Assistent in der Allg. Chirurgie, Unfallchirurgie und Gynäkologie, Marienhospital Osnabrück, www.mho.de/s236.html, Stand: 21.6.2007
- Offenbeek, Marjolein van/ Knip, Marrig: The organizational and performance effects of nurse practitioner roles, in: Journal of Advanced Nursing 47 (2004), S.672-681
- Offenbeek, Marjolein van: Effecten van Nurse Practitioners op de organisatie en effectiviteit van de zorg, Dissertation, Groningen 2003
- OLG Celle, Urt. v. 02.03.1981 - 1 U 22/80 -, NJW 1982, 706, 707
- OLG Celle, Urt. v. 28.07.1997 - 1 U 19/96 -, VersR 1999, 486
- OLG Hamm, Urt. v. 18.09.1989 - 3 U 233/88 -, VersR 1991, 228
- OLG Köln NJW 1978, 1690
- OLG Köln, Urt. v. 02.12.1992 - 27 U 103/91 -, VersR 1993, 1487
- OLG Köln, Urt. v. 21.08.1996 - 5 U 286/94 -, VersR 1997, 1404
- OLG Köln, Urt. v. 29.11.1989 - 27 U 111/89 -, VersR 1991, 311
- OLG Oldenburg, Urt. v. 16.01.1996 - 5 U 17/95 -, VersR 1997, 1236
- OLG Stuttgart, Urt. v. 15.07.1993 - 14 U 3/93 -, VersR 1994, 1114
- OLG Stuttgart, Urt. v. 20.08.1992 - 14 U 3/92 -, VersR 1993, 1358
- OLG Zweibrücken, Urt. v. 18.02.1997 - 5 U 3/96, VersR. 1997, 833
- OLG Zweibrücken, Urt. v. 20.10.1998 - 5 U 50/98 -, VersR 2000, 728
- Osterbrink, Jürgen: Schmerzmanagement – Aufgabe der Pflege?, in: Die Schwester/ Der Pfleger 42 (2003), S.8-13
- Osterbrink, Jürgen: Schmerzmanagement: Wie sieht die Realität in deutschen Krankenhäusern aus? http://www.schmerzfreies-krankenhaus.de/fileadmin/user_upload/docs/Stuttgart_18072006_Osterbrink.pdf
- Pape, Rudolf/ Rosenbaum, Iris/ Bostelaar, René A.: Das Kölner Case Management Modell (KCM) am Klinikum der Universität zu Köln, in: Case Management, Heft 1, 2006, S.31-34

- Peter, Alexander: Delegation ärztlicher Tätigkeiten, in: Die Schwester/ Der Pfleger 44 (2005), S.262
- Pogatzki-Zahn, Esther: Erfahrungen eines Universitätsklinikums: Vor und nach dem Projekt Schmerzfreies Krankenhaus, http://www.schmerzfreies-krankenhaus.de/fileadmin/user_upload/docs/PraesentationPogatzki-ZahnPM.pdf, Stand: 22. Oktober 2007
- Preusker, Uwe. K.: Innovative Versorgungsstrukturen – Ein Blick über die Grenzen, 1. Neu-Ulmer-Konferenz, Neu-Ulm 2007, www.neu-ulmer-konferenz.de/downloads/preusker_skandinavien.pdf
- Püschel, Constanze: Delegation ärztlicher Tätigkeiten an nicht ärztliches Assistenzpersonal im Krankenhaus, in: das Krankenhaus 99 (2007), S.736-742
- Reibnitz, Christine; Interdisziplinäres Überleitungsmanagement in der Wundversorgung. Wichtiger Baustein eines Klinischen Behandlungspfades, in: Die Schwester/ Der Pfleger 44 (2005), S.46-48
- Richarz, Carola u.a.: Konzeption und Umsetzung von Case Management im Klinikum München-Bogenhausen unter besonderer Berücksichtigung eines stationären Ansatzes, in: Hellmann, Wolfgang (Hrsg.): Handbuch Integrierte Versorgung, 7. Aktualisierung, Heidelberg 2006
- Richarz, Carola/ Kircher, Manfred: Case Management – Konzeption und Implementierung im Krankenhaus München-Bogenhausen, in: Hellmann, Wolfgang (Hrsg.): Handbuch Integrierte Versorgung, Heidelberg 2004
- Roeder, Norbert u.a.: Arzt oder „Koder“ – wer kodiert Diagnosen und Prozeduren im Krankenhaus?, in: das Krankenhaus 96 (2004), S.802-810
- Roppelt, Christian u.a.: Das Ziel: Komplette Systemsteuerung. Erfahrungen der Frankenwaldklinik Kronach mit Case Management, in: krankenhaus umschau 73 (2004), S.586-590
- Roßbruch, Robert: Zur Delegation ärztlicher Tätigkeiten an das Pflegefachpersonal unter besonderer Berücksichtigung zivilrechtlicher, versicherungsrechtlicher, arbeitsrechtlicher und sozialrechtlicher Aspekte, DBfK Baden-Württemberg, Fachtagung „Pflegerrecht“ 20.6.2006, www.agnes-karll-institut.de/baw/download/Delegation-freiburg-27-06.pdf, Stand: 3.4. 2007
- Roßbruch, Robert: Zur Problematik der Delegation ärztlicher Tätigkeiten an das Pflegefachpersonal auf Allgemeinstationen unter besonderer Berücksichtigung zivilrechtlicher, arbeitsrechtlicher und versicherungsrechtlicher Aspekte, in: Pflegerecht 2003, S.95-102, 139-149
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Bonn, 2007
- Schaab, Franz: Physician Assistant – Top oder Flop für die Pflege?, in: Die Schwester/ Der Pfleger 46 (2007), S.322
- Schell, Werner: Bedarfsmedikation – ein Dauerrechtsproblem in der Krankenversorgung, www.wernerschell.de/Rechtsalmanach/Diagnostik%20und%20Therapie/Bedarfsmedikation01.pdf, Stand: 23. Mai 2007

- Schell, Werner: Die Delegation von ärztlichen Aufgaben ist grundsätzlich schriftlich zu fixieren,
<http://www.wernerschell.de/Rechtsalmanach/Diagnostik%20und%20Therapie/aerztliche%20Aufgaben.htm>, Stand: 23. Mai 2007
- Schell, Werner: Die Delegation von Injektionen, Infusionen und Blutentnahmen auf nichtärztliches Personal – ein Dauer-Rechtsproblem im Bereich der vertikalen Arbeitsteilung,
<http://www.wernerschell.de/Rechtsalmanach/Diagnostik%20und%20Therapie/delegation.htm>, Stand: 16. Mai 2007
- Schell, Werner: Infusion – Arztsache?,
<http://www.wernerschell.de/Rechtsalmanach/Diagnostik%20und%20Therapie/infusion.htm>, Stand: 23. Mai 2007
- Schell, Werner: Legen einer Magensonde - ärztliche oder pflegerische Tätigkeit?,
www.wernerschell.de/Rechtsalmanach/Diagnostik%20und%20Therapie/Magensonde01.pdf, Stand: 23. Mai 2007
- Schell, Werner: Rechtsfragen im Umgang mit dem zentralen Venenkatheter,
<http://www.wernerschell.de/Rechtsalmanach/Diagnostik%20und%20Therapie/venenkatheter.htm>, Stand: 23. Mai 2007
- Schmid, Volker/ Matschke, Klaus/ Knaut, Michael: Chance für die Kardiotechnik in Deutschland? Einführung des Neuen Aufgabenfeldes „Physician Assistant“ in der Herzchirurgie des Herzzentrums Dresden GmbH,
<http://www.dgfkf.de/frankenthal2006/Sitzungen/Abstracts/SchmidtV.htm>
- Schmidt-Westphal, Oliver: Prozessoptimierung und Effizienzsteigerung durch Delegation ärztlicher Aufgaben, Seminarunterlagen, Düsseldorf 2007
- Schneider, A./ Dinant, G.-J./ Szecsenyi, J.: Realisierbare Qualität in der Primärversorgung – Lernen von einem niederländischen Praxismodell, in: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 79 (2003), S.303-307
- Scholz, Uwe: Kontrastmittelinjektionen im Spannungsverhältnis zwischen der persönlichen Leistungserbringungspflicht des Arztes und der Delegationsfähigkeit von ärztlichen Leistungen an nicht-ärztliches Hilfspersonal, http://www.rsk-recht.de/Kontrastmittelinjektionen_im_Spannungsve.1440.0.html, Stand: 10.4.2007
- Schoppik, Rainer: Pflegende übernehmen ärztliche Assistenz im OP. Kardiovaskular-Assistenz an der Herz- und Gefäß-Klinik Bad Neustadt, in: Die Schwester/ Der Pfleger 45 (2006), S.10-11
- Schröder, Julia Katharina: Große Rolle für „Small Doctors“, in: Gesundheit und Gesellschaft 10 (2007), Heft 5, S.20-21
- Schümmelfeder, Frank/ Osterbrink, Brigitte/ Panfil, Eva-Maria: Gesundheitspolitische Relevanz chronischer Wunden, in: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Arbeitstexte zur 6. Konsensus-Konferenz in der Pflege. Thema: Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, Osnabrück 2007, S.16-18
- Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation: Standards und Empfehlungen 2002, Bern 2002, www.sgar-ssar.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/sgarstandardsgv2002.pdf

- Smith, A.F./ Kane, M./ Milne, R.: Comparative effectiveness and safety of physician and nurse anaesthetics: a narrative systematic review, in: British Journal of Anaesthesia 93 (2004), S.540-545
- Statistisches Bundesamt: Kostennachweis der Krankenhäuser 2005, Fachserie 12, Reihe 6.3, Wiesbaden 2007
- Steffen, Erich / Pauge, Burkhard, Arzthaftungsrecht, Neue Entwicklungslinien der BGH-Rechtsprechung, 10. neubearbeitete Auflage, Köln 2006
- Sträßner, Heinz: Haftungsrecht für Pflegeberufe. Ein Leitfaden, Stuttgart 2006
- Strohbücker, Barbara: Gesundheitspolitische Relevanz, in: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten oder tumorbedingten chronischen Schmerzen, Osnabrück 2005, S.39-43
- Strohbücker, Barbara: Medikamentöse Schmerzbehandlung, in: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten oder tumorbedingten chronischen Schmerzen, Osnabrück 2005, S.76-80,
- Tauchitz, Magdalena: Schmerzmanagement am Landeskrankenhaus Villach, in: Österreichische Pflegezeitschrift 12/ 2006, S.18-21
- Toellner-Bauer, Ulrike/ Neubert, Thomas: Integrierte Versorgung und Wundmanagement, Vortrag auf dem 2. Bremer Pflegekongress 2006, http://www.bremer-pflegekongress.de/doks/abstract_94_Integrierte%20Versorgung_Toellner-Bauer.pdf, Stand: 16. Oktober 2007
- Toth, Andor: Erlössicherung durch Klinisches Case-Management im MDK-Verfahren. Lösungsansätze zur Reduzierung von steigenden Prüffällen und Erlösverlusten, in: das Krankenhaus 99 (2007), S.550-553
- Ullrich, Lothar: Neue Berufsbilder im OP und auf der Intensivstation – notwendig oder überflüssig, http://pflege.klinikum-grosshadern.de/pflegeveranstaltung/intensiv2006/abstrakt2006/neue_berufsbilder_im_op_intensiv.pdf, Stand: 4. April 2007
- Ulrich, Bernward: Physician Assistant – ein neues Berufsbild neben dem Chirurgen, in: Die Schwester/ Der Pfleger 45 (2006), S.704-706
- Ulsenheimer, K./ Biermann, E.: Zur Problematik der Parallelnarkose. Fachliche und rechtliche Grenzen der Delegation anästhesiologischer Leistungen auf nichtärztliches Personal, in: Der Anästhesist 56 (2007), S.313-321
- Universität zu Köln Studiendekanat/ Kölner Interprofessionelles Skills Lab: Venöse Blutentnahme, www.medizin.uni-koeln.de/dekanat/dateien/skills-dat/Skript-Intravenoese-Injektion.pdf, Stand: 29. Oktober 2007
- Universitätsklinikum Münster: Der Krankenhausalltag soll sich wandeln. UKM testet neue Aufgabengebiete für die Pflege, in: Pulsschlag. Informationsblatt des Universitätsklinikums Münster, Heft 3, Münster 2007
- Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätsklinika in Deutschland VPU e.V.: Übernahme ärztlicher Tätigkeiten. Praktische und rechtliche Grenzen bei der Delegation ärztlicher Tätigkeiten, Münster 2007

- Wagner, Franz: Delegation ärztlicher Tätigkeiten, in: Die Schwester/ Der Pfleger 44 (2005), S.261
- Wagner, Franz: Teure Ärzte eine Chance für die Pflege, in: f & w führen und wirtschaften im Krankenhaus 23 (2006), S.492-493
- Weber, Martina: Delegation ärztlicher Tätigkeiten: Weisung kann unverbindlich sein, in: Pflegezeitschrift 60 (2007), S.579-580
- Weber, Martina: Injektionen, Infusionen, Blutentnahme – Was dürfen Krankenpflegeschüler/ -innen? - , in: Pflege und Krankenhausrecht 3 (2000), Heft 4, S.90-94
- Wienke, Albrecht/ Janke, K.: Nichtärztliche Assistenzberufe mit originär ärztlichen Tätigkeiten, in: GMS Mitteilungen aus der AWMF 2006, 3, Doc31
- Wienke, Albrecht: Delegation ärztlicher Verantwortung auf nicht-ärztliches Personal, Vortrag vor der Kaiserin-Friedrich-Stiftung bei dem 36. Symposium für Juristen und Ärzte am 22.02.2008
- Williams, J. u.a.: What are the clinical outcome and cost-effectiveness of endoscopy undertaken by nurses when compared with doctors? A Multi-Institution Nurse Endoscopy Trial (MINuET), Health Technology Assessment 2006; Vol. 10: No. 40, www.hta.ac.uk/fullmono/mon1040.pdf, Stand: 31. Oktober 2007

Anhang

Anhang 1: Mitglieder der Projektbegleitenden Arbeitsgruppe

Prof. Dr. Dieter W. Behrenbeck
Deutscher Städtetag

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

Prof. Dr. Gundolf Gubernatis
Vorstand Krankenversorgung
Reinhard-Nieter-Krankenhaus Städt. Kliniken gGmbH
Wilhelmshaven

Prof. Dr. Martin Hansis
Stellvertretender Ärztlicher Geschäftsführer
Universitätsklinikum Gießen und Marburg

Joachim Klaehn
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen

Ralf Klose
Kliniken Essen-Mitte

Friedrich München
Krankenhausgesellschaft Sachsen

Ralf Neiheiser
Deutsche Krankenhausgesellschaft

Dr. Martin Pohlmann
Landes-Caritasverband für Oldenburg e.V.

Sabine Schwoerer
Geschäftsführerin
Hegau-Bodensee-Hochrhein-Kliniken GmbH

Barbara Strohbücker, MScN
Zentralbereich Medizinische Synergien
Klinikum der Universität zu Köln

Dr. Martin Walger
Geschäftsführer
Deutsche Krankenhausgesellschaft

Anhang 2: Liste der Experten

1. Stufe der Untersuchung

Anneke de Jong
Institut für Pflegewissenschaft
Private Universität Witten/Herdecke gGmbH
Fakultät für Medizin

Diplom-Pflegewirtin Monika Gau
Pflegedirektorin
Klinikum Dortmund

Dr. Thomas Groß
Leitung Zentralbereich Medizinische Synergien
Klinikum der Universität zu Köln

Prof. Dr. Martin Hansis
Stellvertretender Ärztlicher Geschäftsführer
Universitätsklinikum Gießen und Marburg

Arne Holthuis
Pflegedirektor
Städtische Kliniken Bielefeld - Klinikum Mitte –

Josef Hug
Pflegedirektor
Städtisches Klinikum Karlsruhe

Ricarda Klein
Direktorin für Patienten- und Pflegemanagement
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Barbara Strohbücker, MScN
Zentralbereich Medizinische Synergien
Klinikum der Universität zu Köln

2. Stufe der Untersuchung

Aloys Adler
Pflegedirektor
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Trier

Annette Aldick
Pflegedirektorin
Kliniken Essen-Mitte

Prof. Dr. Dieter W. Behrenbeck
Deutscher Städtetag

Jochen Berentzen
Katholische Bildungsstätte für Gesundheitsberufe
Marienhospital Osnabrück

Dipl. PM (FH) René Bostelaar
Pflegedirektor
Klinikum der Universität zu Köln

Diplompflegewirt Bernd Gruber
Stationsleitung Intensivmedizin
Marienhospital Osnabrück GmbH

Dr. Dirk Heinemeyer
Oberarzt Med. Klinik II für Pneumologie und Internistische Intensivmedizin
Klinikum Hannover – Krankenhaus Oststadt/ Heidehaus

Dr. med. Jan Leo Hülsemann
Ärztlicher Direktor
Universitätsklinikum Magdeburg

Markus Mai
stv. Pflegedirektor
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Trier

Bert Mies
Oberarzt und Leiter Patienten- und Qualitätsmanagement
St. Elisabeth Kreiskrankenhaus Grevenbroich

Dr. rer. cur. Rudolf Pape
Stabsstelle Pflegedirektion
Klinikum der Universität zu Köln

Anke van Wahden-Würdemann
Pflegedirektorin
Reinhard-Nieter-Krankenhaus Städtische Kliniken Wilhelmshaven

Anhang 3: Liste der übertragbaren Leistungen ohne zusätzliche Qualifikation, die kurzfristig umgesetzt werden können

Bei den in der nachfolgenden Liste aufgeführten übertragenen Leistungen handelt es sich um Tätigkeiten, die schon heute im unterschiedlichen Umfange in Krankenhäusern von nicht-ärztlichen Mitarbeitern übernommen werden. Es handelt es sich um Beispiele und keineswegs um eine abschließende Liste von übertragbaren Tätigkeiten.

Diese Tätigkeiten werden in Krankenhäusern häufig auf die in den Tabellen aufgeführten Berufsgruppen übertragen. Es handelt sich somit um eine Ist-Beschreibung und keineswegs um eine Empfehlung oder gar Vorgabe, dass die entsprechenden Tätigkeiten nur von diesen Berufsgruppen ausgeführt werden sollen. Sofern die erforderliche Qualifikation vorliegt, können auch andere Berufsgruppen die Tätigkeiten ausführen.

Beim Entlastungspotential wird immer von einem Vergleich vor und nach Übertragung von Aufgaben ausgegangen. Ausgangspunkt stellt hierbei immer die Situation ohne eine Übertragung von Tätigkeiten dar.

Kategorie 1: Qualifikation durch Ausbildung oder Weiterbildung gegeben				
Leistungen	Berufsgruppe	Schulungsmaßnahme/ Fortbildung	Tätigkeitsfeld/ Tätigkeitsbereich	Entlastungspotential
Kodierung von Diagnosen/Prozeduren im Nachgang zur ärztlichen Festlegung	- Krankenpflegepersonen - Medizinische Dokumentationsassistenten	Qualifikation entweder über Weiterbildung oder durch Ausbildung gegeben	alle Fachbereiche und Funktionsbereich	hoch
Dokumentation für Qualitätssicherung	- Krankenpflegepersonen - Medizinische Fachangestellte	hausinterne/externe Schulungsmaßnahmen	alle Fachbereiche und Funktionsbereich, MVZ, ambulante OP-Zentren	mittel
Vorbereitung Kommunikation mit dem MDK	- Krankenpflegepersonen - Medizinische Fachangestellte	hausinterne/externe Schulungsmaßnahmen	alle Fachbereiche und Funktionsbereich	hoch
Vorbereitung von Anträgen für Rehabilitation/ AHB/ Kuren	- Sozialdienst	hausinterne/externe Schulungsmaßnahmen	alle Fachbereiche und Funktionsbereich	mittel
Erstellung von Bescheinigungen für Patienten lt. Anweisung	- Krankenpflegepersonen - Medizinische Fachangestellte	hausinterne/externe Schulungsmaßnahmen	alle Fachbereiche und Funktionsbereich	mittel
Befunddokumentation	- Medizinische Fachangestellte	hausinterne/externe Schulungsmaßnahmen	alle Fachbereiche und Funktionsbereich	hoch
Materialversand (z.B. Punktate, Probeentnahmen)	- Medizinische Fachangestellte	hausinterne/externe Schulungsmaßnahmen	alle Fachbereiche und Funktionsbereich, MVZ, ambulante OP-Zentren	mittel
Vorbereitung Arztbrief	- Medizinische Fachangestellte - Schreibkraft	hausinterne/externe Schulungsmaßnahmen	alle Fachbereiche und Funktionsbereich, MVZ, ambulante OP-Zentren	gering
Ausstellung Rezepte für Folgemedikation	- Medizinische Fachangestellte	hausinterne/externe Schulungsmaßnahmen	Ambulanz	mittel

Kategorie 2: Qualifikation durch Ausbildung und Einweisung gegeben				
Leistungen	Berufsgruppe	Schulungsmaßnahme/ Fortbildung	Tätigkeitsfeld/ Tätigkeitsbereich	Entlastungspotential
venöse Blutentnahme	- Krankenpflegepersonen - Medizinische Fachangestellte - MTA	hausinterne/externe Schulungsmaßnahmen	alle Fachbereiche und Funktionsbereich, MVZ, ambulante OP-Zentren	hoch
subcutane Injektionen	- Krankenpflegepersonen - Medizinische Fachangestellte - MTA	hausinterne/externe Schulungsmaßnahmen	alle Fachbereiche und Funktionsbereich, MVZ, ambulante OP-Zentren	gering
grundsätzliche Basisinformation im Rahmen der Patientenaufklärung (patientenspezifische Aufklärung: Arzt)	- Krankenpflegepersonen - Medizinische Fachangestellte	hausinterne/externe Schulungsmaßnahmen	alle Fachbereiche und Funktionsbereich, MVZ, ambulante OP-Zentren	hoch
Basis-, Fremd- und Sozialanamnese	- Krankenpflegepersonen - Medizinische Fachangestellte	hausinterne/externe Schulungsmaßnahmen	alle Fachbereiche und Funktionsbereich, MVZ, ambulante OP-Zentren	hoch
Vitalzeichenkontrolle	- Krankenpflegepersonen - Medizinische Fachangestellte	hausinterne/externe Schulungsmaßnahmen	alle Fachbereiche und Funktionsbereich, MVZ, ambulante OP-Zentren	hoch
Blutzucker-Messung	- Krankenpflegepersonen - Medizinische Fachangestellte	hausinterne/externe Schulungsmaßnahmen	alle Fachbereiche und Funktionsbereich, MVZ, ambulante OP-Zentren	gering
Insulinapplikation	- Krankenpflegepersonen - Medizinische Fachangestellte	hausinterne/externe Schulungsmaßnahmen	alle Fachbereiche und Funktionsbereich, MVZ, ambulante OP-Zentren	gering
Ruhe-EKG anfertigen	Gesundheits- und Krankenpfleger - Medizinische Fachangestellte	hausinterne/externe Schulungsmaßnahmen	alle Fachbereiche und Funktionsbereich, MVZ, ambulante OP-Zentren	gering

Kategorie 2: Qualifikation durch Ausbildung und Einweisung gegeben				
Leistungen	Berufsgruppe	Schulungsmaßnahme/ Fortbildung	Tätigkeitsfeld/ Tätigkeitsbereich	Entlastungspotential
Langzeit-EKG anfertigen	- Gesundheits- und Krankenpfleger - Medizinische Fachangestellte	hausinterne/externe Schulungsmaßnahmen	alle Fachbereiche und Funktionsbereich, MVZ, ambulante OP-Zentren	gering
Langzeit-EKG Computerauswertung	- Gesundheits- und Krankenpfleger - Medizinische Fachangestellte	hausinterne/externe Schulungsmaßnahmen	Funktionsbereich	gering bis mittel
einfache/ großflächige Abstrichentnahme bei identifizierbaren Bereichen	- Gesundheits- und Krankenpfleger - Medizinische Fachangestellte	hausinterne/externe Schulungsmaßnahmen	alle Fachbereiche und Funktionsbereich, MVZ, ambulante OP-Zentren	gering bis mittel
Fädenziehen (außer bei großen Eingriffen)	Gesundheits- und Krankenpfleger	hausinterne/externe Schulungsmaßnahmen	operierende Fachbereiche, ambulante OP-Zentren	mittel
Medikamentengabe	Gesundheits- und Krankenpfleger	hausinterne/externe Schulungsmaßnahmen	alle Fachbereiche und Funktionsbereich, MVZ, ambulante OP-Zentren	gering

Kategorie 3: Qualifikation durch qualifizierende Ausbildung gegeben				
Leistungen	Berufsgruppe	Schulungsmaßnahme/ Fortbildung	Tätigkeitsfeld/ Tätigkeitsbereich	Entlastungspotential
intramuskuläre Injektionen	Gesundheits- und Krankenpfleger	Qualifikation durch Ausbildung	alle Fachbereiche und Funktionsbereich, MVZ, ambulante OP-Zentren	gering
Anlage einer transnasalen Sonde (bei Patienten ohne Sedierung)	Gesundheits- und Krankenpfleger	Qualifikation durch Ausbildung	HNO	gering
Überprüfung einer transnasalen Sonde (bei Patienten ohne Sedierung)	Gesundheits- und Krankenpfleger	Qualifikation durch Ausbildung	HNO	gering
Anlage eines transurethralen harnableitenden Katheters	Gesundheits- und Krankenpfleger	Qualifikation durch Ausbildung	Urologie, alle Fachbereiche	gering in der Urologie; in anderen Fachbereichen ggf. höher
Durchführung einer kapillaren Blutgasanalyse	- Gesundheits- und Krankenpfleger - Medizinische Fachangestellte - MTA/ MTLA	Qualifikation durch Ausbildung	alle Fachbereiche und Funktionsbereich, MVZ, ambulante OP-Zentren	gering
Blutgasanalyse bei vorhandenem arteriellen Zugang	- Gesundheits- und Krankenpfleger - MTA/ MTLA	Qualifikation durch Ausbildung und nach Geräteeinweisung	operative Fachbereiche, Intensivstation, ambulante OP-Zentren	gering bis mittel
Blutentnahmen aus einem peripheren Venenkatheter	Gesundheits- und Krankenpfleger	Qualifikation durch Ausbildung	alle Fachbereiche und Funktionsbereich, MVZ, ambulante OP-Zentren	gering bis mittel
Durchführung eines Tuberkulin-Tests	- Gesundheits- und Krankenpfleger - Medizinische Fachangestellte	Qualifikation durch Ausbildung	alle Fachbereiche und Funktionsbereich, MVZ, ambulante OP-Zentren	gering
offenes endotracheales Absaugen ohne Tubus bei Patienten mit Reflex	Gesundheits- und Krankenpfleger	Qualifikation durch Ausbildung	vorwiegend Intensivstation	gering

Kategorie 3: Qualifikation durch qualifizierende Ausbildung gegeben				
Leistungen	Berufsgruppe	Schulungsmaßnahme/ Fortbildung	Tätigkeitsfeld/ Tätigkeitsbereich	Entlastungspotential
Entfernen einer Portnadel	Gesundheits- und Krankenpfleger	Qualifikation durch Ausbildung	vorwiegend in onkologisch tätigen Fachbereichen	gering bis mittel
Messung des zentralen Venendrucks	Gesundheits- und Krankenpfleger	Qualifikation durch Ausbildung	vorwiegend Intensivstation	gering
Hakenhalten im OP	- Gesundheits- und Krankenpfleger - OTA - Chirurgie-Assistenten	Qualifikation durch Ausbildung	OP-Bereich, ambulante OP- Zentren	mittel
Entfernen einer einfachen Verbandstamponade (abhängig von der Lage)	Gesundheits- und Krankenpfleger	Qualifikation durch Ausbildung	alle Fachbereiche und Funktionsbereich, MVZ, ambulante OP-Zentren	mittel
Entfernen einer Redon- Saugdrainage	Gesundheits- und Krankenpfleger	Qualifikation durch Ausbildung	alle Fachbereiche	gering
Wechsel von Blutkonserven	Gesundheits- und Krankenpfleger	Qualifikation durch Ausbildung	alle Fachbereiche	mittel

Kategorie 4: Qualifikation durch qualifizierende Ausbildung und spezifische Schulung gegeben, Delegation nur im Einzelfall				
Leistungen	Berufsgruppe	Schulungsmaßnahme/ Fortbildung	Tätigkeitsfeld/ Tätigkeitsbereich	Entlastungspotential
intravenöse Injektionen von Arzneimitteln mit großer therapeutischer Breite und/oder geringer lokaler Toxizität	Gesundheits- und Krankenpfleger	Qualifikation durch Ausbildung und durch strukturierte Schulung	alle Fachbereiche incl. Intensivstation	mittel
Entfernen einer Tamponade in Abhängigkeit von der Lage der Tamponade	Gesundheits- und Krankenpfleger	Qualifikation durch Ausbildung und durch Schulung	alle Fachbereiche und Funktionsbereich	gering bis mittel
Anlage einer Venenverweilkanüle	- Gesundheits- und Krankenpfleger - Medizinische Fachangestellte	Qualifikation durch Ausbildung und durch strukturierte Schulung	alle Fachbereiche und Funktionsbereich, MVZ, ambulante OP-Zentren	mittel bis hoch
Anlage eines Gipsverbandes	Gesundheits- und Krankenpfleger	Qualifikation durch Ausbildung und durch strukturierte Schulung	Chirurgie, Ambulanz, ambulante OP-Zentren	mittel bis hoch
Anlage und Pflege einer Vakuumversiegelung	Gesundheits- und Krankenpfleger	Qualifikation durch Ausbildung und durch strukturierte Schulung	alle Fachbereiche	gering
Anhängen von Kurzinfusionen in liegende Venenverweilkatheter	Gesundheits- und Krankenpfleger	Qualifikation durch Ausbildung und durch strukturierte Schulung	alle Fachbereiche	gering
Injektion in liegende Infusionssysteme	Gesundheits- und Krankenpfleger	Qualifikation durch Ausbildung und durch strukturierte Schulung	alle Fachbereiche	gering

Kategorie 4: Qualifikation durch qualifizierende Ausbildung und spezifische Schulung gegeben, Delegation nur im Einzelfall				
Leistungen	Berufsgruppe	Schulungsmaßnahme/ Fortbildung	Tätigkeitsfeld/ Tätigkeitsbereich	Entlastungspotential
offenes endotracheales Absaugen oral/nasal mit Tubus	Gesundheits- und Krankenpfleger	Qualifikation durch Ausbildung und durch Schulung	vorwiegend Intensivstation	mittel
offenes endotracheales Absaugen ohne Tubus bei Patienten ohne Reflex	Gesundheits- und Krankenpfleger	Qualifikation durch Ausbildung und durch Schulung	vorwiegend Intensivstation	mittel
offenes endotracheales Absaugen mit vorhandener Trachealkanüle	Gesundheits- und Krankenpfleger	Qualifikation durch Ausbildung und durch Schulung	vorwiegend Intensivstation	mittel
Entfernen eines Zentralen Venenkatheters	Gesundheits- und Krankenpfleger	Qualifikation durch Ausbildung und durch Schulung	alle Fachbereiche	gering
Entfernung von Peridukalkathetern	Gesundheits- und Krankenpfleger	Qualifikation durch Ausbildung und durch Schulung	alle Fachbereiche	gering
Wechsel einer Trachealkanüle bei abgeschlossener Wundheilung	Gesundheits- und Krankenpfleger	Qualifikation durch Ausbildung und durch Schulung	alle Fachbereiche	mittel
Anlegen/ Entfernen der Blockung eines Portkatheters	Gesundheits- und Krankenpfleger	Qualifikation durch Ausbildung und durch strukturierte Schulung	Onkologie, Nephrologie	mittel
Entfernen der Blockung eines ZVK	Gesundheits- und Krankenpfleger	Qualifikation durch Ausbildung und durch strukturierte Schulung	Onkologie, Nephrologie, Intensivstation	mittel
Anlage einer transnasalen Sonde (bei Patienten mit Sedierung)	Gesundheits- und Krankenpfleger	Qualifikation durch Ausbildung und durch strukturierte Schulung	alle Fachbereiche	mittel

Kategorie 5: Qualifikation durch qualifizierende Ausbildung und strukturierte Weiterbildung gegeben, Delegation nur im Einzelfall unter Aufsicht eines Arztes				
Leistungen	Berufsgruppe	Schulungsmaßnahme/ Fortbildung	Tätigkeitsfeld/ Tätigkeitsbereich	Entlastungspotential
intravenöse Injektionen von Antibiotika mit Beschränkung auf Folgegaben	Gesundheits- und Krankenpfleger	Qualifikation durch Ausbildung und durch strukturierte Weiterbildung	alle Fachbereiche	mittel bis hoch
intravenöse Injektionen von Arzneimitteln mit kleiner therapeutischer Breite und/oder hoher lokaler Toxizität	Gesundheits- und Krankenpfleger	Qualifikation durch Ausbildung und durch strukturierte Weiterbildung	alle Fachbereiche incl. Intensivstation	gering
intravenöse Applikation von Zytostatika bei Vorliegen einer Medikamentenpositivliste	Gesundheits- und Krankenpfleger	Qualifikation durch Ausbildung und durch strukturierte Qualifizierung bzw. Fachweiterbildung onkologische Pflege	Onkologie	mittel bis hoch
Punktion eines Portkatheters	Gesundheits- und Krankenpfleger	Qualifikation durch Ausbildung und durch strukturierte Qualifizierung bzw. Fachweiterbildung onkologische Pflege	Onkologie	mittel
Belastungs-EKG	- Gesundheits- und Krankenpfleger - MTA	strukturierte Schulung	Funktionsbereich	mittel bis hoch
Schrittmacheranalysen ohne Reizschwellenmessung	- Gesundheits- und Krankenpfleger - MTA	strukturierte Schulung	Funktionsbereich	mittel bis hoch
Ultraschalluntersuchungen	Gesundheits- und Krankenpfleger	strukturierte Schulung	Funktionsbereich	mittel bis hoch
Lungenfunktionsuntersuchung	Gesundheits- und Krankenpfleger	strukturierte Schulung	Funktionsbereich	mittel bis hoch