

Nr. 9 – Oktober 2008

Gutachten

„Zukünftige Handlungsfelder in der Krankenhauspflege“

Verfasser: Katholische Fachhochschule Mainz

Vorwort

Wie eine Gesellschaft die Pflege organisiert, sagt viel über ihre Einstellung zu Alter und Krankheit, über ihre Fähigkeit zur Solidarität und über das Verhältnis der Generationen zueinander. Der Staat kann die Achtung vor dem Alter, vor Krankheit, der Generationensolidarität oder Mitmenschlichkeit nicht verordnen, aber er kann Rahmenbedingungen schaffen, die sie möglichst gut ermöglichen.



Im Dialog miteinander gute Lösungen für die Pflege zu erarbeiten und eine hohe Qualität der Pflege für die Zukunft sicher zu stellen, sind Leitgedanken der Initiative „Menschen pflegen“, die von mir im Jahr 2002 ins Leben gerufen wurde. Sie führt alle Beteiligten im Bereich der Pflege, ihre vielfältigen Erfahrungen, Ressourcen und Kompetenzen in der Pflege zusammen.

Das Ziel der Initiative ist, Menschen zu jeder Zeit ein menschenwürdiges Leben zu ermöglichen. Das gilt besonders für Lebensabschnitte, in denen Menschen vorübergehend oder dauerhaft pflegebedürftig sind. Menschen pflegen und werden gepflegt. Die rheinland-pfälzische Qualitätsoffensive will die Rahmenbedingungen beider Seiten nachhaltig verbessern.

Im Jahr 2006 wurde die Initiative „Menschen pflegen“ um den Schwerpunkt „Stärkung der Pflege im Krankenhaus“ ergänzt. Für die Behandlung kranker Menschen im Krankenhaus sind die medizinische Versorgung und eine qualifizierte Pflegeleistung gleichermaßen wichtig. Beides kann nur mit leistungsfähigen Arbeitsstrukturen und Arbeitsabläufen, guten Arbeitsbedingungen und fachlicher Qualifikation geleistet werden. Der Schwerpunkt „Stärkung der Pflege im Krankenhaus“ hat das Ziel, die Voraussetzungen für eine qualitativ gute und menschliche Pflege der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus auch zukünftig zu gewährleisten. Eine Arbeitsgruppe aus Vertreterinnen und Vertretern der Leistungserbringer, der Kostenträger, der Pflegeverbände und der Pflegewissenschaft begleitet das Projekt.

Mit Einführung der Fallpauschalen haben sich die organisatorischen Prozesse in den Krankenhäusern für Pflegenden und Ärzte nachhaltig verändert. Gleichzeitig gibt es immer mehr ältere, chronisch kranke und multimorbide Patientinnen und Patienten. Die zusätzlichen, neuen bzw. gewandelten Aufgaben müssen sinnvoll zwischen den Gesundheitsfachberufen verteilt werden.

Von einer Neuordnung der Aufgaben im Gesundheitswesen können alle Gesundheitsberufe profitieren. Ein neuer Zuschnitt von Aufgaben und mehr Eigenständigkeit nicht-ärztlicher Leistungserbringer können die Effizienz und Effektivität in der Gesundheitsversorgung verbessern.

Im Rahmen des Projekts „Stärkung der Pflege im Krankenhaus“ habe ich deshalb das vorliegende Gutachten zu den zukünftigen Handlungsfeldern in der Krankenhauspflege und den sich daraus ergebenden Änderungsbedarf bei den Qualifikationen in Auftrag gegeben. Die Gutachter haben untersucht, wie die Aufgaben im stationären Behandlungsprozess zwischen den Heilberufen neu geordnet werden müssen, um den gesamten Behandlungsprozess so gut wie möglich zu gestalten.

Das Gutachten liefert dafür neue und wichtige Hinweise. Es ist die Grundlage für Modellprojekte, die wir in Rheinland-Pfalz durchführen werden, um möglichst bald auch in der Praxis einen weiteren Schritt nach vorne tun zu können.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. Dreyer'.

Malu Dreyer

Ministerin für Arbeit, Soziales,
Gesundheit, Familie und Frauen
des Landes Rheinland-Pfalz

Danksagung

Zur Erstellung dieses Gutachtens haben zahlreiche Institutionen und Personen beigetragen. Ihnen allen gilt es herzlich zu danken. Zu nennen ist die Arbeitsgruppe ‚Stärkung der Pflege im Krankenhaus‘, die den Anstoß für dieses Gutachten gegeben und die leitenden Fragen formuliert hat. Begleitet wurde deren Bearbeitung von den Mitgliedern einer multidisziplinär zusammengesetzten Expertengruppe, die die Intentionen der Fragestellungen konkretisierte und die vorläufige Fassung der Expertise mit dem Gutachterteam diskutierte.

Pflegedirektorinnen und –direktoren mehrerer Kliniken berichteten bereitwillig von ihren ersten Überlegungen und Erfahrungen mit unterschiedlichen Konzepten zur Prozessgestaltung und zur Neuverteilung von Aufgaben und trugen so dazu bei, dass eine möglichst konkrete Einschätzung der Handlungsbedingungen und -spielräume in bundesdeutschen Krankenhäusern in das Gutachten einfließen konnte. Ihnen allen sei herzlich gedankt.

Ein besonderer Dank gilt dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Rheinland-Pfalz, das es auf vielfältige Weise ermöglichte, das bundesweit erste und bislang einzige Gutachten zur Neuverteilung der Aufgaben im Krankenhaus unter besonderer Beachtung der pflegerischen Perspektive vorzulegen.

Mainz, Osnabrück, Mössingen; September 2008

Renate Stemmer

Manfred Haubrock

Hans Böhme

Gutachten zu den zukünftigen Handlungsfeldern in der Krankenhauspflege

*Erstellt im Auftrag des
Sozialministeriums Rheinland-Pfalz*

Projektleitung:

Prof. Dr. Renate Stemmer

GutachterInnen:

Prof. Dr. Renate Stemmer, Katholische Fachhochschule Mainz

Prof. Dr. Manfred Haubrock, Fachhochschule Osnabrück

Prof. Hans Böhme, Fachhochschule Jena; Institut für Gesundheitsrecht und -politik,
Mössingen

Unter Mitarbeit von:

Rita Schnabel

Undine Tiemann

Februar 2008

Inhaltsverzeichnis

| | |
|-----------------------|----|
| Abkürzungsverzeichnis | 4 |
| Abbildungsverzeichnis | 9 |
| Einleitung | 10 |

I Kurzfassung

| | |
|--|----|
| 1. Welche Aufgaben sind im Krankenhaus der Zukunft neu zu fokussieren, um die mit der Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs) angestrebte Verweildauerverkürzung bei gleich bleibender Qualität der Versorgung sicherzustellen? | 19 |
| 2. Wie sieht ein unter Berücksichtigung der Entwicklung der Rahmenbedingungen und internationalen Erfahrungen idealer Behandlungsprozess im Krankenhaus aus? | 24 |
| 3. Wie ist die juristische Ausgangslage in Bezug auf die Fragestellung bezüglich autonomer Arbeitsbereiche der Primärleistungserbringer im Krankenhaus? | 29 |
| 4. Inwieweit wirken sich die Maßnahmen auf das Stellenbudget sowie die Zusammensetzung des Personalbedarfs in den Krankenhäusern aus? | 33 |
| 5. Welche qualifizierenden Maßnahmen müssen erfolgen beziehungsweise was wird durch die Basisqualifikation „Gesundheits- und Krankenpflege“ abgedeckt? | 36 |
| 6. Welche Rolle kann das Ehrenamt bei einer Neuordnung der Aufgaben im Krankenhaus einnehmen? | 37 |
| 7. Wie lauten Ihre zusammenfassenden Empfehlungen zur Neuordnung der Aufgaben im Krankenhaus? | 38 |
| 8. Welchen wirtschaftlichen und qualitativen (Zufriedenheit) Nutzen ergibt die Verlagerung von medizinischen Tätigkeiten in den Bereich der Pflege? | 40 |
| 9. Welche Veränderungen sind erforderlich, um die Zuständigkeiten und Kompetenzen so zu verändern, dass die neu zugewiesenen Aufgaben auch von der jeweiligen Berufsgruppe eigenverantwortlich übernommen werden können? | 41 |
| 10. Welche Anpassungserfordernisse sehen Sie vor dem Hintergrund Ihrer Empfehlungen | |
| - im geltenden Berufs-, Aus- und Weiterbildungsrecht und weiteren Rechtsbereichen | |
| - im Finanzierungssystem | |
| - im Haftungsrecht? | 44 |

II Hintergrundinformationen

RENATE STEMMER

| | | |
|-----|--|-----|
| 1. | Pflegewissenschaft----- | 47 |
| 1.1 | Pflegemethodik und Pflegeinhalte----- | 47 |
| 1.2 | Management der Prozesse----- | 59 |
| 1.3 | Zusammensetzung des (Pflege-)Personals im Krankenhaus----- | 65 |
| 1.4 | Aktuelle Qualifizierungsangebote und zukünftige –erfordernisse ----- | 85 |
| 1.5 | Potentiale und Grenzen von freiwillig Engagierten ----- | 110 |
| | Literaturverzeichnis----- | 125 |

MANFRED HAUBROCK

| | | |
|-----|---|-----|
| 2. | Betriebswirtschaft/Gesundheitsökonomie----- | 141 |
| 2.1 | Qualitätsmanagement / Risikomanagement / Case Management----- | 141 |
| 2.2 | Lean Management, Prozessmanagement----- | 168 |
| 2.3 | Skill Mix----- | 190 |
| 2.4 | Nutzenmessung durch ökonomische Evaluationen----- | 197 |
| 2.5 | Finanzierung von Krankenhausleistungen----- | 206 |
| | Literaturverzeichnis----- | 221 |

HANS BÖHME

| | | |
|-----|--|-----|
| 3. | Rechtswissenschaftliche Grundlagen----- | 231 |
| 3.1 | Das Rechtssystem unter besonderer Berücksichtigung der Krankenhaus- struktur (Böhme, 2001)----- | 231 |
| 3.2 | Vorbemerkung zum Delegations- und Übernahmerecht----- | 237 |
| 3.3 | Aufgabenverteilung zwischen ärztlichem Personal und Pflege in der Patientenversorgung----- | 239 |
| 3.4 | Haftungsrechtliche Grundsätze----- | 244 |
| 3.5 | Berufsrechtliche Grundlagen----- | 246 |
| 3.6 | Weisungsgebundenheit und Fachvorbehalt für Gesundheitsberufe im Arbeitsverhältnis----- | 252 |
| 3.7 | Die Zulässigkeit der Delegation im Einzelnen----- | 263 |
| 3.8 | Besonderheiten bei Fachweiterbildungsqualifikationen----- | 274 |
| 3.9 | Zur Übertragung (behandlungs-)pflegerischer Tätigkeiten auf Hilfskräfte----- | 285 |
| | Literaturverzeichnis----- | 287 |

Anhang

Abkürzungsverzeichnis

| | | |
|----------|---|--|
| ACE | - | Acute Care for Elders |
| ADN | - | Associate Degree in Nursing |
| ADS | - | Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen |
| Ärzte-ZV | - | Zulassungsverordnung für Vertragsärzte |
| AHA | - | American Hospital Association |
| AktG | - | Aktiengesetz |
| AltPflG | - | Altenpflegegesetz |
| AMG | - | Arzneimittelgesetz |
| AMVV | - | Arzneimittel-Verschreibungsverordnung |
| ANA | - | American Nurses Association |
| ANP | - | Advanced Nursing Practice |
| APN | - | Advanced Practice Nurse |
| AR-DRG | - | Australian Refined Diagnosis Related Group |
| AZ | - | Aktenzeichen |
| BA | - | Bachelor |
| BAG | - | Bundesarbeitsgemeinschaft |
| BAGSO | - | Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen |
| BGB | - | Bürgerliches Gesetzbuch |
| BGBI | - | Bundesgesetzblatt |
| BGH | - | Bundesgerichtshof |
| BGH (St) | - | Entscheidungen des Bundesgerichtshofes in Strafsachen |
| BGH (Z) | - | Entscheidungen des Bundesgerichtshofes in Zivilsachen |
| BMFSFJ | - | Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend |
| BMG | - | Bundesministerium für Gesundheit |
| BMJ | - | British Medical Journal |
| BMV-Ä | - | Bundesmantelvertrag –Ärzte |
| BPfIV | - | Bundespflugesatzverordnung |
| BQS | - | Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung |
| BRD | - | Bundesrepublik Deutschland |
| BtMVV | - | Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung |
| CBA | - | Cost-Benefit Analysis |
| CCL | - | Complication and Comorbidity Level |
| CINAHL | - | Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature |
| CIRS | - | Critical Incidence Reporting System |

| | | |
|------------|---|--|
| CM | - | Case Management |
| CNM | - | Certified Nurse-Midwife |
| CNS | - | Clinical Nurse Spezialist |
| CP | - | Care Provider |
| COPE | - | Creating Opportunities for Parent Empowerment |
| CRNA | - | Certified Registered Nurse Anesthetists |
| CTG | - | Cardiotocography |
| DBfK | - | Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe |
| DDR | - | Deutsche Demokratische Republik |
| DGF | - | Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege |
| DIMDI | - | Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information |
| DIN EN | - | Deutsche Industrie Norm Europäische Norm |
| dip | - | Deutsche Institut für Pflegeforschung |
| DIVI | - | Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin |
| DKG | - | Deutsche Krankenhausgesellschaft |
| DKI | - | Deutsches Krankenhausinstitut |
| DNQP | - | Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege |
| DPO | - | Dachverband der Pflegeorganisationen |
| DRGs | - | Diagnosis Related Groups |
| EFQM | - | European Foundation for Quality Management |
| EKG | - | Elektrokardiogramm |
| EQF | - | European Qualification Framework |
| EU | - | Europäische Union |
| FPÄndG | - | Fallpauschalenänderungsgesetz |
| FPG | - | Fallpauschalengesetz |
| FPVBE | - | Fallpauschalenverordnung besondere Einrichtungen |
| FSJ | - | Freiwilliges Soziales Jahr |
| G-DRG | - | German Diagnosis Related Group |
| GeroLit | - | Gerontologische Literatur |
| GFBWBG | - | Landesgesetz über die Weiterbildung in den Gesundheitsfachberufen |
| GFBWBGDVO- | - | Landesverordnung zur Durchführung des Landesgesetzes über die Weiterentwicklung in den Gesundheitsfachberufen |
| GKV | - | Gesetzliche Krankenversicherung |
| GMG | - | Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung |
| GSG | - | Gesundheitsstrukturgesetz |

| | | |
|-----------|---|--|
| HCA | - | Healthcare Assistant |
| HebG | - | Hebammengesetz |
| HELP | - | Hospital Elder Life Program |
| HGB | - | Handelsgesetzbuch |
| HIV | - | Human immunodeficiency virus |
| HmbGPAG | - | Hamburgisches Gesetz über die Ausbildung in der Gesundheits- und Pflegeassistenz |
| HMO | - | Health Maintenance Organization |
| HRK | - | Hochschulrektorenkonferenz |
| ICD | - | International Classification of Diseases |
| ICN | - | International Council of Nurses |
| ICNP | - | International Classification of Nursing Practice |
| InEK | - | Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus |
| InterKiK | - | Interprofessionelle Kommunikation im Krankenhaus |
| IOM | - | Institute of Medicine |
| IT | - | Informationstechnologie |
| JCAHO | - | Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations |
| KDA | - | Kuratorium Deutsche Altershilfe |
| KFPV | - | Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser |
| KHBV | - | Krankenhausbuchführungsverordnung |
| KHEntgG | - | Krankenhausentgeltgesetz |
| KHG | - | Krankenhausfinanzierungsgesetz |
| KMK | - | Kultusministerkonferenz |
| KNA | - | Kosten-Nutzen-Analyse |
| KPH | - | KrankenpflegehelferIn |
| KonTraG | - | Gesetz zur Kontrolle und Transparenz im Unternehmensbereich |
| KrPflAPrV | - | Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die Berufe in der Krankenpflege |
| KrPflG | - | Krankenpflegegesetz |
| KTQ | - | Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus |
| KUNO | - | Kinder Uni Klinik Ostbayern |
| KWA | - | Kosten-Wirksamkeits-Analyse |
| LEP | - | Leistungserfassung in der Pflege |
| LG | - | Landgericht |
| LPN | - | Licensed Practical Nurse |
| LVN | - | Licensed Vocational Nurse |
| MA | - | Master |

| | | |
|------------|---|---|
| MAfA | - | Medizinischer Assistent für Anästhesie |
| MDC | - | Major Diagnostic Category |
| MDK | - | Medizinischen Dienst der Krankenkassen |
| MedR | - | Medizinrecht |
| MIT | - | Massachusetts Institute of Technology |
| MPBetreibV | - | Medizinprodukte-Betreiberverordnung |
| MPG | - | Medizinprodukte-Gesetz |
| MTA | - | Medizinisch-Technische Assistenten |
| MTAG | - | Gesetz über technische Assistenten in der Medizin |
| NANDA | - | North American Nursing Diagnosis Association |
| NEXT | - | Nurses Early Exit Study |
| NHS | - | National Health Service |
| NICHE | - | Nurses Improving Care for Health System Elders |
| NLU | - | Nursing-Led-Inpatient-Units |
| NP | - | Nurse Practitioner |
| NRW | - | Nordrhein-Westfalen |
| NVQ | - | National Vocational Qualification |
| OECD | - | Organisation for Economic Co-Operation and Development |
| OLG | - | Oberlandesgericht |
| OLG (Z) | - | Entscheidungen eines Oberlandesgerichtes in Zivilsachen |
| OP | - | Operation |
| OPS | - | Operationen und Prozeduren Schlüssel |
| PABiS | - | Pflegeausbildungsstudie |
| PCCL | - | Patient Complication and Comorbidity Level |
| PDCA | - | Plan-Do-Check-Act |
| PEG | - | Percutane Endoskopische Gastrostomie |
| PfWG | - | Pflege-Weiterentwicklungsgesetz |
| PKS | - | Patientenklassifikationssystem |
| PPR | - | Pflege-Personal-Regelung |
| RCT | - | Randomised Controlled Trial |
| RN | - | Registered Nurse |
| SGB | - | Sozialgesetzbuch |
| tip | - | Transfernetzwerk Innovative Pflegeausbildung |
| TQM | - | Total Quality Management |
| UK | - | United Kingdom |
| UK NRP | - | United Kingdom National Reference Point for Vocational Qualifications |

| | | |
|----------|---|--|
| US | - | United States |
| USA | - | United States of America |
| VdAK/AEV | - | Verband der Angestellten-Krankenkassen / Arbeiter-Ersatzkassen- Verband |
| VersR | - | Versicherungsrecht |
| WHO | - | World Health Organization |
| WIAD | - | Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands |
| WMfG | - | Gesetz über die Weiterbildung in den Medizinalfachberufen |

Abbildungsverzeichnis

Abbildungen: Betriebswirtschaft/Gesundheitsökonomie

Abbildung 1: Systematik gesundheitsökonomischer Evaluationen

Abbildung 2: Grundmuster von Kosten-Nutzen-Untersuchungen

Abbildung 3: Bewertungsmethoden von KWA und KNA

Abbildung 4: Case-Mix

Abbildung 5: Case-Mix Index

Abbildungen: Rechtswissenschaft

Abbildung 1: Das Rechtssystem im Gesundheits- und Sozialwesen

Abbildung 2: Sorgfaltsanforderungen in Tätigkeitsfeldern im Überblick

Abbildung 3: Die Sorgfaltsanforderungen nach Art des Tätigkeitsortes im Überblick

Abbildung 4: Delegationsdreieck

Einleitung

1. Bedeutung des Themas

Das vorliegende Gutachten ist eingebunden in eine Zeit der nachhaltigen Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft und –struktur. Die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) als Abrechnungssystem im Jahr 2003 zwingt die Krankenhausträger bzw. Krankenhäuser ihr Gebaren im Hinblick auf Effektivität und Effizienz grundsätzlich zu überprüfen. Der Wandel betrifft Trägerstrukturen, Organisationsstrukturen innerhalb des Krankenhauses, das Spektrum der Aufgaben, die Struktur der Beschäftigten sowie die Verteilung der Aufgaben auf bestehende und neue Berufsgruppen. Nicht zuletzt bedingt die demographische Entwicklung eine Veränderung der Patientenstruktur.

Zu beobachten ist eine zunehmende Privatisierung der Krankenhäuser sowie die Gründung großer Klinikverbünde. *„Der Anteil der Krankenhäuser in privater Trägerschaft, der bei Einführung der bundeseinheitlichen Krankenhausstatistik 1991 noch bei 14,8% lag, steigt seit Jahren kontinuierlich an und beträgt 2006 bereits 27,8%. Zurückgegangen ist im gleichen Zeitraum der Anteil öffentlicher Krankenhäuser von 46,0% auf 34,1%. Der Anteil freigemeinnütziger Krankenhäuser blieb demgegenüber nahezu unverändert bei 38,2% (1991: 39,1%)“* (Statistisches Bundesamt, 2007b). Da die privaten Klinikketten jedoch überwiegend kleine Häuser betreiben, stellen sich die Anteile an Krankenhausbetten folgendermaßen dar: In 2006 verfügen die öffentlichen Träger über einen Anteil von 51,1 %, die freigemeinnützigen Träger über 35,3 % und die privaten Träger über 13,6 % an den aufgestellten Krankenhausbetten (Statistisches Bundesamt, 2007b). Um einer Privatisierung entgegenzuwirken und das Überleben der öffentlichen Krankenhäuser zu sichern, wurden in den letzten Jahren vermehrt öffentliche und freigemeinnützige Krankenhäuser zu Klinikverbänden zusammengeschlossen.

Mit dem Ziel vorhandene Ressourcen besser nutzen zu können, werden die Aufbau- und Ablauforganisation der Krankenhäuser einer Umstrukturierung unterzogen. Die berufsgruppenbezogenen Säulen werden immer mehr aufgegeben zugunsten von Strukturen, die die Prozessabläufe besser unterstützen und die interdisziplinäre Zusammenarbeit fördern. Vielerorts wird das Zentrumskonzept implementiert. Trotz der verschiedenen Veränderungsbemühungen konstatiert eine europaweit durchgeführte Studie weiterhin erhebliche Mängel. Neben dem Bereich der strategischen Führung und der unzureichenden Vernetzung mit vor- und nachsorgenden Strukturen sei auch das Prozessmanagements vielfach unzureichend. An der Studie nahmen 81 Krankenhäuser aus

Deutschland, Italien, Frankreich, Großbritannien, der Schweiz und Österreich teil. Dabei waren große Häuser mit über 1000 Betten (41%) und mittlere Häuser mit über 500 Betten (31%) überdurchschnittlich stark vertreten. Es wurden 73% öffentliche Häuser in die Befragung einbezogen, gefolgt von frei-gemeinnützigen und privaten Einrichtungen (jeweils 12%) (Perillieux et al., 2006).

Zu erwarten ist eine veränderte Struktur der PatientInnen¹ in der Akutklinik. Auf der Basis einer Analyse der derzeitigen Krankenhausinanspruchnahme prognostiziert das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) zwar nur einen geringfügigen Anstieg der stationären Fallzahlen, jedoch eine zunehmende Fallschwere. Diese ist bedingt durch eine Verlagerung weniger aufwändiger und weniger risikobehafteter Diagnostik und Therapie in den ambulanten Bereich sowie durch eine Zunahme älterer multimorbider PatientInnen. So gehen Offermanns und Müller davon aus, dass der Anteil der über 60jährigen PatientInnen im Jahr 2010 49,9 % beträgt. (Offermanns & Müller, 2007). Zudem wurde trotz des auch in den vergangenen Jahren sich schon stetig erhöhenden Behandlungs- und Pflegebedarfes die Verweildauer in allgemeinen Krankenhäusern von 10,8 im Jahre 1996 auf 7,9 Tage in 2006 gesenkt (Statistisches Bundesamt, 2007a).

Der Umbau im Krankenhaus erstreckt sich auch auf die Berufsgruppen. So wurde der Anteil des ärztlichen Personals sukzessive erhöht. Er betrug 2006 15,6% an Vollkräften (1991: 10,9%). Im Vergleich zu 2005 bedeutet dies einen Zuwachs von 1,7%. Der Anteil des nichtärztlichen Personals ging im Vergleich dazu auf 84,4% (1991: 89,1%) (-0,9% gegenüber 2005) zurück (Statistisches Bundesamt, 2007b). Aus Sicht des Pflegedienstes drückt sich die Brisanz dieser Entwicklung in der fallbezogenen Personalbelastungszahl² aus. Diese stieg in Allgemeinkrankenhäusern in der Zeit von 1996 bis 2006 um 23 % von 48 PatientInnen je Pflegefachperson/Jahr auf 59 PatientInnen (zit. n. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung, 2007). Das Pflegethermometer 2007 weist auf der Basis von Daten aus 263 Krankenhäusern bei 92 % der Befragten einen Anstieg des Arbeitsaufwandes in der Pflege aus, 90% der teilnehmenden Krankenhäuser bestätigen einen erhöhten Aufwand in der direkten Patientenversorgung. Vor diesem Hintergrund konstatieren 42 % der Befragten einen Mehrbedarf an Pflegefachpersonen³ bei gleichzeitig erwarteter weiterer Reduktion der

¹ Im Sinne einer geschlechtergerechten Sprache wurde bei Begriffen, die eine Person bezeichnen, meist durch die Nutzung des großen ‚l‘ kenntlich gemacht, dass beide Geschlechter gemeint sind.

² Berechnung: Fallzahl dividiert durch Vollkräfte im Jahresdurchschnitt. Sie gibt an, wie viele vollstationäre Fälle eine Vollkraft im Berichtsjahr durchschnittlich zu betreuen hatte (Statistisches Bundesamt, 2007b).

³ Die zunehmende Ausdifferenzierung im Qualifikationsprofil der Pflege verbunden mit der noch weitgehend offenen Aufgabenzuordnung erschwert eine eindeutige Benennung der jeweiligen pflegerisch tätigen Personen. Im Text umfassen Begriffe wie Pflegenden, Pflegefachpersonen oder qualifizierte Pflegenden Personen, die mindestens über eine 3jährige Pflegefachausbildung oder ein Pflegestudium verfügen. Für Personen mit einer geringeren Qualifikation werden Begriffe wie Assistenzpersonen oder Servicekräfte eingesetzt.

Stellen für Gesundheits- und KrankenpflegerInnen (52 % der Befragten) (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung, 2007).

Bei der Suche nach Effektivitäts- und Effizienzreserven, also der Frage, mit welchem Mitteleinsatz das erwünschte Ziel (eine patientenorientierte Diagnostik, Therapie und pflegerische Unterstützung) erreicht werden kann, kommt die Frage nach der Verteilung der Aufgaben im Krankenhaus auf. Im Hinblick auf die Berufsgruppen im Krankenhaus ist neu zu überdenken, welche Berufsgruppe jeweils für welche Aufgaben in besonderer Weise geeignet ist. Angeregt durch Erfahrungen im internationalen Raum steht die Übertragung von Aufgabenkomplexen, die bislang als typisch medizinisch galten, auf Pflegende zur Diskussion.

Damit berührt der potentielle Neuzuschnitt der Handlungsfelder in der Pflege auch das Selbstverständnis dieses Berufes. 1960 formulierte Virginia Henderson: *„Die einzigartige Aufgabe der Krankenpflege ist es, dem einzelnen, krank oder gesund, bei der Durchführung jener Tätigkeiten zu helfen, die zur Gesundheit oder Rekonvaleszenz (oder zum friedlichen Tod) beitragen, die er ohne Hilfe selbst durchführen würde, wenn er die dazu notwendige Kraft, den Willen oder das Wissen hätte. Dieses ist auf eine Weise zu tun, die dem Patienten die schnellstmögliche Wiedererlangung seiner Unabhängigkeit erlaubt“* (Henderson [1960] zit. n. Steppe, 1990). Diese Definition betont die pflegerische Unterstützung einer individuellen Person mit Pflegebedarf. Häufig wird das hier angesprochene Tätigkeitsspektrum auf die Aktivitäten des täglichen Lebens bezogen. Gerade chronisch erkrankte Menschen, die eigenständig über diagnostische und therapeutische Maßnahmen entscheiden, zeigen aber, dass dieses Verständnis erweitert werden kann und erweitert werden muss.

In einer aktuellen Definition betont der International Council of Nurses (ICN) heute neben inhaltlichen Eckpunkten auch den Zuständigkeitsbereich der professionellen Pflegefachpersonen und differenziert zwischen Eigenverantwortung und Kooperation. *„Pflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im*

Management des Gesundheitswesens und in der Bildung (Bartholomeyczik & Hallensleben, 2007)⁴.

Diese recht weit gefasst Definition erlaubt u.a. auch die Integration von Aufgaben wie die Durchführung und Auswertung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unter Zuhilfenahme technischer Hilfsmittel und Verfahren in das pflegerische Selbstverständnis. Die in diesem Gutachten diskutierte Übertragung von Aufgabenkomplexen aus dem medizinischen in den pflegerischen Zuständigkeitsbereich intendiert also nicht eine Transformation von Pflegenden in ‚kleine MedizinerInnen‘, sondern es geht um eine Erweiterung des Kompetenz- und Entscheidungsspielraums innerhalb des Feldes der Pflege.

Das Gutachten diskutiert zukünftige Handlungsfelder in der Krankenhauspflege. Unter Handlungsfeldern werden allgemein zusammengehörige Aufgabenkomplexe mit beruflichen sowie lebens- und gesellschaftsbedeutsamen Handlungssituationen verstanden. Handlungsfelder sind dabei immer mehrdimensional, da sie stets berufliche, gesellschaftliche und individuelle Problemstellungen aufgreifen und miteinander verknüpfen sowie gegenwärtige aber auch zukünftige Aspekte eines Berufes berücksichtigen (Bader & Schäfer, 1998).

Innerhalb der Handlungsfelder sind ‚Aufgaben‘ von ‚Tätigkeiten‘ zu unterscheiden. ‚Aufgaben‘ sind charakterisiert durch sinnhafte Arbeitszusammenhänge, die vollständige Handlungen (definiert durch Zielsetzung, Planung der erforderlichen Handlungen, Durchführung der Handlung und deren Evaluation (Hacker, 2005)) umfassen. ‚Tätigkeiten‘ sind demgegenüber Handlungen, die zur Erfüllung der Aufgabe dienen. In diesem Sinne ist die Aufnahme von PatientInnen eine berufliche Aufgabe, wohingegen die Blutentnahme als Tätigkeit zu werten ist (Ludwig et al., 2007).

2. Projektstrukturen, Vorgehen und Strategie der Literaturrecherche

Die Durchführung des Projektes erfolgte durch die Katholische Fachhochschule Mainz, die Projektleitung lag bei Frau Prof. Dr. Renate Stemmer. Die Projektleitung umfasste die organisatorische Umsetzung der Gutachtenerstellung. Dazu gehörte die Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der Treffen mit den Kooperationspartnern der Ausschreibung sowie den Arbeitstreffen des Gutachterteams und die redaktionelle Zusammenstellung der verschiedenen Bestandteile des Gutachtens. Am 05.10.2007 erfolgte ein Zwischenbericht an die Arbeitsgruppe ‚Stärkung der Pflege im Krankenhaus‘ im

⁴ Deutsche Übersetzung konsentiert vom Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe, dem Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband und dem Schweizer Berufsverband für Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (Bartholomeyczik & Hallensleben, 2007).

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz.

Zudem war Frau Prof. Dr. Stemmer für die Bearbeitung der pflegewissenschaftlichen Aspekte des Gutachtens verantwortlich. Die vom Sozialministerium Rheinland-Pfalz gestellten gutachterlich zu beantwortenden Fragen umfassten aber darüber hinaus auch rechtswissenschaftliche sowie betriebswirtschaftliche/gesundheitsökonomische Dimensionen. Die betriebswirtschaftlichen Fragen wurden von Herrn Prof. Dr. Manfred Haubrock, Fachhochschule Osnabrück, die rechtswissenschaftlichen Fragen von Herrn Prof. Hans Böhme, Fachhochschule Jena sowie Institut für Gesundheitsrecht und -politik, Mössingen, übernommen. Herr Klaus Notz, Mitglied des Deutschen Pflegerats, Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Fachkrankenpflege (DGF) und Leiter der Akademie der Kreiskliniken Reutlingen, stand Herrn Prof. Hans Böhme für mehrere umfangreiche Besprechungen zur Verfügung. Er wirkte zudem bei der Material-Recherche mit und hat das Manuskript gegengelesen. Die Überlegungen zur Erprobung ausgewählter Aspekte im Rahmen eines Modellprojektes wurden von Prof. Dr. Manfred Haubrock und Prof. Dr. Renate Stemmer gemeinsam entwickelt.

Als Grundlage für die Erstellung des Gutachtens dienten verschiedene Quellen. In Anlehnung an internationale Vorgaben für die Entwicklung von Leitlinien (Sacco et al., 2006; Coudeyre et al., 2007) wurden neben einer ausführlichen Literaturrecherche auch Einschätzungen von ExpertInnen miteinbezogen. Als ExpertInnen dienten Mitglieder des Sozialministeriums Rheinland-Pfalz, VertreterInnen der Kooperationspartner der Ausschreibung (Dachverband der Pflegeorganisationen Rheinland-Pfalz, Verband der Angestellten-Krankenkassen/Arbeiter-Ersatzkassen-Verband - Landesvertretung Rheinland-Pfalz, Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz e.V., Deutsche Caritasgemeinschaft). Außerdem wurde zu PflegedirektorInnen, die bis August 2007 zum Thema Aufgabenneuverteilungen in deutschen Krankenhäusern publiziert hatten, Kontakt aufgenommen und um Mitteilung ihrer Erfahrungen und Evaluationsergebnisse gebeten.

Die Vorgaben für die Erstellung von Leitlinien enthalten die Forderung nach einer multidisziplinären Grundlage. Dieser Forderung wurde nicht nur durch die Zusammenstellung des Gutacherteams Rechnung getragen, sondern ebenfalls durch die ExpertInnenauswahl. Die ExpertInnen vertraten das Pflegemanagement, die Pflegepolitik, die Krankenhauspolitik sowie die Perspektive der Kostenträger.

Das Zusammenwirken des Gutacherteams mit den verschiedenen ExpertInnen fand auf unterschiedlichen Wegen statt. Nach Auftragserteilung erfolgte am 06.06.2007 ein erstes Treffen zwischen dem Gutacherteam und den Kooperationspartnern der Ausschreibung zur Feinabstimmung. Eingeladen waren neben VertreterInnen des Ministeriums für Arbeit,

Soziales, Familie, Gesundheit und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz auch VertreterInnen des Dachverbands der Pflegeorganisationen Rheinland-Pfalz (DPO), des Deutschen Caritasverbandes, der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz sowie des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen/Arbeiter-Ersatzkassen-Verband (VdAK/AEV) – Landesvertretung Rheinland-Pfalz. Diesem Gremium wurde Anfang Januar 2008 eine vorläufige Fassung des Gutachtens zugeleitet. Am 21.01.2008 wurde diese Fassung mit Mitgliedern dieses Gremiums weitgehend im Konsens diskutiert. Vereinzelt Hinweise des Gremiums wurden aufgegriffen und eingearbeitet. Die VertreterInnen des Deutschen Caritasverbandes sowie der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz waren bei beiden Treffen nicht anwesend.

Ein Großteil der ausgewerteten pflegewissenschaftlich relevanten Studien wurde im internationalen Raum durchgeführt. Die Anbindung an deutsche Verhältnisse wurde sichergestellt, indem PflegedirektorInnen von sechs deutschen Krankenhäusern kontaktiert wurden, die in ihren Häusern innovative Konzepte der Aufgabenverteilung erprobt und dazu publiziert hatten. Ihnen wurden offene Fragen vorgelegt, die das jeweilige Konzept, die damit gemachten Erfahrungen sowie die vorliegenden Evaluationsergebnisse thematisierten.

Die Aufgabe des Gutachtens ist es, zu *zukünftigen* Handlungsfeldern in der Krankenhauspflege Stellung zu beziehen. Die Prognose der zukünftigen Entwicklung stützt sich neben den Einschätzungen der im *Pflegethermometer 2007* (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung, 2007) befragten Leitungspersonen auf die Daten des Deutschen Krankenhaus Institutes (DKI) (Offermanns & Müller, 2007) sowie auf die Ergebnisse einer Befragung hochrangiger VertreterInnen aus den Bereichen Pflegewissenschaft, Prävention, Pflegepolitik, Krankenhausgeschäftsführung, Gesundheitsökonomie, demographische Entwicklung und Gesundheitspolitik, Organisationsentwicklung sowie der Ärzteschaft (Kroher, 2008).

Zur Bearbeitung der Fragen wurde eine umfangreiche Literaturrecherche durchgeführt. Die pflegewissenschaftlichen Fragen wurden recherchiert in Medline, der Cochrane Library, der Datenbank ‚Gerontologische Literatur‘ (GeroLit) sowie teilweise im Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL). Darüber hinaus wurden auch die bei dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) frei zugänglichen Verlagsdatenbanken in die Recherche einbezogen. Relevante Quellen fanden sich überwiegend in Medline, der Cochrane Library, GeroLit sowie in CINAHL. Darüber hinaus wurden die Webseiten relevanter Organisationen (zum Beispiel World Health Organization [WHO], ICN), regierungsnaher Behörden (zum Beispiel National Health Service

[NHS]) und Hochschulen (unter anderem sämtliche Webseiten deutscher Hochschulen mit pflegebezogenen Studiengängen) in die Recherche einbezogen.

Die betriebswirtschaftlich/gesundheitsökonomische Recherche fand in den internationalen wissenschaftlichen Datenbanken wie Pubmed und der Cochrane Database statt. Des Weiteren wurden die Datenbanken des Health Technology Assessment und des NHS Englands systematisch nach Stichwörtern durchsucht. Die Recherche im nationalen Bereich stützt sich überwiegend auf die DIMDI-Datenbanken sowie die elektronischen Zeitschriftenkataloge der Universitäten und Fachhochschulen.

Die rechtswissenschaftliche Recherche beruht auf einer umfangreichen Sammlung relevanter Urteile, die den Zeitraum von 1970 bis 2007 abdeckt.

Die Recherche in Datenbanken wurde ergänzt durch Handsuche sowie durch die Suche nach dem Schneeballsystem. Vorrangig wurde nach systematischen Reviews bzw. Metaanalysen geforscht. Metaanalysen von randomisierten kontrollierten Studien (Randomised Controlled Trials [RCTs]) gelten als die Quellen mit dem höchsten Evidenzgrad. RCTs eignen sich gut für die Überprüfung der Wirkung eingegrenzter Interventionen, jedoch kaum zur Evaluation von komplexen Reorganisationsprozessen oder Maßnahmen zur Prozessoptimierung (Kwan, 2007). Entsprechend werden diese Fragestellungen mittels einer Vielzahl quantitativer und qualitativer Forschungsmethoden untersucht. Deren Auswertung im Rahmen eines Reviews stellt eine Herausforderung dar, zumal über das geeignete Verfahren keineswegs Übereinstimmung besteht (Mays et al., 2001). In Anlehnung an Greenhalgh wurden Studien ausgewertet, die explizit den Forschungsgegenstand, die Datengrundlage sowie die Methodik offen legen (Greenhalgh, 1997). Insgesamt fanden sich aber nur wenige Quellen mit hoher methodischer Güte. Sofern keine Reviews vorlagen, wurden die Quellen mit der besten vorliegenden Evidenz ausgewertet. Wegen der Heterogenität der Studien in Bezug auf Design und Methoden sowie der Vielzahl relevanter Interventionen wurde aber auf eine Einteilung der Quellen in Evidenzklassen verzichtet. Auf die Qualität der Studien wird im Text jeweils hingewiesen.

Literaturverzeichnis

Bader, R. & Schäfer, B. (1998). Lernfelder gestalten: Vom komplexen Handlungsfeld zur didaktisch strukturierten Lernsituation. *Die berufsbildende Schule*, 50, 229-234.

Bartholomeyczik, S. & Hallensleben, J. (2007). Pflege. In S. Wied & A. Warmbrunn (Eds.), *Pflege Pschyrembel* (2 ed., pp. 567-570). Berlin: Walter de Gruyter.

- Coudeyre, E., Jardin, C., Givron, P., Ribinik, P., Revel, M., & Rannou, F. (2007). Could preoperative rehabilitation modify postoperative outcomes after total hip and knee arthroplasty? Elaboration of French clinical practice guidelines. *Ann.Readapt.Med Phys.*, 50, 189-197.
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (2007). Pflege thermometer 2007. <http://www.dip-home.de/material/downloads/Pflege-Thermometer2007.pdf> (Abruf:12.01.2008) [On-line].
- Greenhalgh, T. (1997). Papers that summarise other papers (systematic reviews and meta-analyses). *BMJ*, 315, 672-675.
- Hacker, W. (2005). *Allgemeine Arbeitspsychologie. Psychische Regulation von Wissens-, Denk- und körperlicher Arbeit.* (2 ed.) Bern: Huber.
- Kroher, M.-H. (2008). *Die Zukunft der Krankenhauspflege in Deutschland im Jahr 2015.* Hamburg: unveröffentl. Diplomarbeit.
- Kwan, J. (2007). Care pathways for acute stroke care and stroke rehabilitation: from theory to evidence. *J Clin Neurosci.*, 14, 189-200.
- Ludwig, I., Mondoux, J., & Schäfer, M. (2007). *BBT Mandat. Referenzmodelle ausgewählter Gesundheits- und Sozialberufe. Kurzfassung Schlussbericht Teilprojekt Gesundheit.* Bern.
- Mays, N., Roberts, E., & Popay, J. (2001). Synthesising research evidence. In N.Fulop, P. Allen, A. Clarke, & N. Black (Eds.), *Studying the organisation and delivery of health services. research methods* (pp. 188-220). London, New York: Routledge.
- Offermanns, M. & Müller, U. (2007). Prognose der Krankenhausinanspruchnahme bis 2010. *Das Krankenhaus*, 99, 211-216.
- Perillieux, R., Schnitzler, N., Schwarting, D., & Yon, B. (2006). Alarm: Europas Kliniken müssen Überlebensfähigkeit sichern. *führen & wirtschaften*, 23, 18-21.
- Sacco, R. L., Adams, R., Albers, G., Alberts, M. J., Benavente, O., Furie, K. et al. (2006). Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association Council on Stroke: co-sponsored by the Council on Cardiovascular Radiology and Intervention: the American Academy of Neurology affirms the value of this guideline. *Stroke*, 37, 577-617.
- Statistisches Bundesamt (2007a). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. www.gbe-bund.de (Abruf: 10.12.2007) [On-line].
- Statistisches Bundesamt (2007b). Grunddaten der Krankenhäuser 2006. Fachserie 12 Reihe 6.1.1. [https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1021122](https://www.ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1021122) (Abruf: 02.02.2008) [On-line].
- Steppe, H. (1990). Pflegemodelle in der Praxis. 2. Folge: Virginia Henderson. *Die Schwester / Der Pfleger*, 29, 584-588.

I Kurzfassung

| | |
|--|----|
| I KURZFASSUNG----- | 18 |
| 1. Welche Aufgaben sind im Krankenhaus der Zukunft neu zu fokussieren, um die mit der Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs) angestrebte Verweildauerverkürzung bei gleich bleibender Qualität der Versorgung sicherzustellen? ----- | 19 |
| 2. Wie sieht ein unter Berücksichtigung der Entwicklung der Rahmenbedingungen und internationalen Erfahrungen idealer Behandlungsprozess im Krankenhaus aus? ----- | 24 |
| 3. Wie ist die juristische Ausgangslage in Bezug auf die Fragestellung bezüglich autonomer Arbeitsbereiche der Primärleistungserbringer im Krankenhaus? ----- | 28 |
| 4. Inwieweit wirken sich die Maßnahmen auf das Stellenbudget sowie die Zusammensetzung des Personalbedarfs in den Krankenhäusern aus? ----- | 32 |
| 5. Welche qualifizierenden Maßnahmen müssen erfolgen beziehungsweise was wird durch die Basisqualifikation „Gesundheits- und Krankenpflege“ abgedeckt? ----- | 35 |
| 6. Welche Rolle kann das Ehrenamt bei einer Neuordnung der Aufgaben im Krankenhaus einnehmen?----- | 36 |
| 7. Wie lauten Ihre zusammenfassenden Empfehlungen zur Neuordnung der Aufgaben im Krankenhaus?----- | 37 |
| 8. Welchen wirtschaftlichen und qualitativen (Zufriedenheit) Nutzen ergibt die Verlagerung von medizinischen Tätigkeiten in den Bereich der Pflege? ----- | 39 |
| 9. Welche Veränderungen sind erforderlich, um die Zuständigkeiten und Kompetenzen so zu verändern, dass die neu zugewiesenen Aufgaben auch von der jeweiligen Berufsgruppe eigenverantwortlich übernommen werden können? ----- | 41 |
| 10. Welche Anpassungserfordernisse sehen Sie vor dem Hintergrund Ihrer Empfehlungen - im geltenden Berufs-, Aus- und Weiterbildungsrecht und weiteren Rechtsbereichen - im Finanzierungssystem - im Haftungsrecht? ----- | 43 |

I Kurzfassung

- 1. Welche Aufgaben sind im Krankenhaus der Zukunft neu zu fokussieren, um die mit der Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs) angestrebte Verweildauerverkürzung bei gleich bleibender Qualität der Versorgung sicherzustellen?**

Qualitätsmanagement / Risikomanagement / Case Management

Der Gesetzgeber hat in § 12 Sozialgesetzbuch (SGB) V das Wirtschaftlichkeitsgebot explizit festgeschrieben. Danach müssen die Gesundheitsleistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Weiterhin wird in § 70 SGB V festgelegt, dass die Krankenkassen und die Leistungserbringer eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten haben. Hierbei muss die Versorgung der Versicherten, analog zu § 12 SGB V, ausreichend und zweckmäßig sein, weiterhin muss sie in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden.

- Letztendlich sind die Leistungserbringer nach § 135 a SGB V verpflichtet, die Sicherung und die Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen zu garantieren. In diesem Kontext müssen die Leistungen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen. Wiederum findet sich die Formulierung, die Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität zu erbringen.
- Die Legislative hat somit im SGB V an mehreren Stellen die wirtschaftliche Leistungserstellung beziehungsweise effiziente Leistungsbereitstellung bei einer fachlich gebotenen Qualität verpflichtend vorgeschrieben. Damit stehen das Effizienzgebot und die Verpflichtung zur Qualitätssicherung nicht in einem Zielkonflikt, vielmehr ergänzen sich die beiden Ziele.
-
- Mit der ordnungspolitischen Vorgabe nach § 17 b Krankenhausfinanzierungsgesetz, im somatischen Bereich die allgemeinen stationären Krankenhausleistungen über ein leistungsorientiertes und pauschalierendes Entgeltsystem zu vergüten, hat die damalige Bundesregierung im Jahre 2000 die Selbstverwaltungsorgane gezwungen, einen Kollektivvertrag abzuschließen. In dieser Vereinbarung, die im Juni 2000 von Bundesvertretern der gesetzlichen Krankenkassen und der privaten Krankenversicherungen sowie den Repräsentanten der Deutschen Krankenhausgesellschaft abgeschlossen worden ist, verständigte man sich unter anderem auf die Grundstrukturen des Vergütungssystems (Patientenklassifikation auf der Grundlage der Australian Refined Diagnosis Related

Groups) und auf das Verfahren zur Ermittlung und Pflege der Bewertungsrelationen auf Bundesebene (Relativ-, beziehungsweise Kostengewichte).

-
- Durch diese Vertragslösung ist festgeschrieben worden, dass die medizinische Patientenklassifikation auf der Grundlage von Diagnosen (International Classification of Diseases [ICD] 10) und Prozeduren (Operationen und Prozeduren Schlüssel [OPS] 301) zu erfolgen hat. Die ökonomische Patientenklassifikation ermittelt den bewerteten Ressourcenverbrauch (Dienstleistungen und Sachgüter), der durch die Behandlung der zu versorgenden PatientInnen (inklusive der Komplexitäten und Komorbiditäten) entstanden ist.
- Dieser Ressourcenverbrauch muss wirtschaftlich erfolgen. Durch die Vorgabe der Qualitätssicherung ist eine Verbesserung der Effizienz durch eine Qualitätsverschlechterung im Rahmen des Leistungserstellungsprozesses ausgeschlossen. Dies bedeutet, dass bei einer definierten Leistungsqualität das Gebot der Wirtschaftlichkeit zu beachten ist.
-
- Mit der Einführung der Fallpauschalenkataloge werden jährlich für jede DRG Verweildauerangaben (mittlere Verweildauer, obere und untere Grenzverweildauer) vorgegeben. Die Intention dieser Verweildauerfestlegungen ist es unter anderem, die durchschnittliche Liegezeit pro Krankheitsfall zu senken. Diese Verweildauerverkürzung soll eine Reduzierung der variablen Kosten und damit eine Absenkung der Fallkosten nach sich ziehen. Bei einem landesweit festgelegten Basisfallwert führt diese Kostenreduktion pro Behandlungsfall zu einer Effizienzsteigerung. Das Gebot der Wirtschaftlichkeit ist damit erfüllt. Neben diesen wirtschaftlichen Chancen (Entlassung unterhalb der mittleren Verweildauer) tragen die Krankenhäuser aber auch die finanzielle Risiken, die bei einer Liegezeit oberhalb der mittleren Verweildauer (bis zur oberen Grenzverweildauer) entstehen. In diesem Fall liegt eine unwirtschaftliche Leistungserstellung vor.
-
- In den vergangenen Jahren haben die Krankenhäuser unterschiedliche Lösungsansätze entwickelt, das Effizienz- und Qualitätsgebot zu erfüllen.
- Zunächst wurden primär die Sachkosten gesenkt (zum Beispiel durch Gründung von Einkaufskooperationen, Straffung des Gütersortiments). Durch die Erhöhung der Mehrwertsteuer im Jahre 2007 hat sich die Notwendigkeit ergeben, noch stärker als in der Vergangenheit den Sachgüterverbrauch zu steuern.
- Mit der Einführung der limitierten Personalbudgets, die sich in den letzten Jahren nur analog zu den Grundlohnsummensteigerungen entwickeln konnten (zum Beispiel 0,64 % Budgeterhöhung im Jahre 2008 gegenüber 2007), standen in den letzten Jahren die Personalkostensenkungsstrategien im Mittelpunkt. Der Wegfall von Urlaubs- und Weih-

nachtsgeldzahlungen, die Abschlüsse von hauseigenen Spartarifen, die verzögerte oder ausbleibende Wiederbesetzung von Personalstellen, die Verlagerung von Personalkapazitäten in eigene Servicegesellschaften sowie die Stellenbesetzung mit schlechter qualifizierten Personen sind Beispiele aus den Bandbreite der Lösungsansätze.

- Für den Krankenhausbereich haben zudem die hohen Tarifabschlüsse für das medizinische Personal aus dem letzten Jahr sowie das Urteil des Europäischen Gerichtshofes vom Oktober 2000 zum Bereitschaftsdienst mit den sich hieraus ergebenden Veränderungen der nationalen arbeitszeitrechtlichen Rahmenbedingungen eine erhebliche Personal-kostensteigerung nach sich gezogen.
- In dem Dienstleistungsunternehmen Krankenhaus, das seine unternehmerischen Ziele nur durch die qualifizierten Tätigkeiten seiner MitarbeiterInnen erreichen kann, ist nur ein begrenzter Personalabbau möglich. Eine Verlagerung ausgewählter Leistungsarten zwischen Berufsgruppen ist jedoch denkbar. Damit diese Verlagerungsprozesse jedoch keine negativen Auswirkungen auf die PatientInnen und somit letztendlich auch auf die Krankenhausträger haben, sind bestimmte Managementkonzepte einzuführen.
- In diesem Kontext bieten sich das Qualitäts-, das Risiko- und das Case Management an (siehe Kap. II 2.1). Allen Konzepten ist gemeinsam, dass sie
 -
 - die Qualitätsverbesserung aller Leistungsprozesse in den Mittelpunkt stellen
 - die multiprofessionelle Zusammenarbeit verbessern wollen
 - die Aufgabenneuverteilung im Sinne der Qualitätssicherung und damit auch der wirtschaftlichen Existenzsicherung der Einrichtungen zum Inhalt haben.

Die Einführung dieser Managementkonzepte kann dazu beitragen, die Krankenhausverweildauer bei gleich bleibender Qualität der Versorgung zu verkürzen.

Ein zentrales Anliegen dieser Konzepte ist die Optimierung der Versorgungsabläufe, z.B. durch die Einführung von Behandlungspfaden oder Standards, durch die präventiv klinische Risiken reduziert werden können. Jede Fehlermöglichkeit, die ausgeschlossen werden kann, erhöht die Qualität der Krankenhausversorgung. Aus ökonomischer Sicht ist in diesem Kontext die Vermeidung der so genannten nichtwertschöpfenden Tätigkeiten von Bedeutung. Hierbei handelt es sich z.B. um die Wartezeiten der PatientInnen in den Funktionsbereichen, die aufgrund mangelnder Kommunikation bzw. nicht abgestimmter Organisationsabläufe zwischen den Stationen, dem Hol- und Bringedienst sowie den sekundären Leistungsbereichen entstehen. Eine Reduzierung dieser Leerzeiten kann dazu beitragen, die Verweildauer zu verkürzen und damit eine Reduktion der variablen Kosten zu erreichen. Bei den PatientInnen wird durch die Vermeidung von unnötigen Wartezeiten die Zufriedenheit mit der Krankenhausversorgung zunehmen, eine seitens der Versicherten erwartete Qualität wird erreicht.

Bereits heute ist die Berufsgruppe der Pflegekräfte die Profession, die in der Praxis die Koordination der medizinischen Behandlungsprozesse übernimmt. Die Pflegekräfte in den bettenführenden Bereichen versorgen die PatientInnen rund um die Uhr, sie erbringen die so genannten Primärleistungen im Krankenhaus. Gleichzeitig werden von den Stationen die so genannten Sekundärleistungen abgerufen. Die bettenführenden Bereiche stellen somit die Nachfrageeinheiten im Krankenhaus dar, welche interne Leistungen abrufen.

Die damit zusammenhängenden multiprofessionellen Koordinationsaufgaben werden bisher von den Pflegenden vielfach informell durchgeführt, d.h., diese Funktionen sind weder im Tätigkeitskatalog der Pflegenden ausgewiesen noch sind Koordinierungsstellen institutionell verankert.

Eine formale organisatorische Einbindung des Case Managements, das durch Pflegekräfte umgesetzt werden sollte, ist notwendig, um die zur Zeit noch bestehenden Defizite im Sinne einer Ablaufoptimierung auszugleichen.

-

Assessment, evidenzbasierte Intervention, Evaluation

Fallbezogenes Case Management setzt ebenso wie die jede patientenorientierte Pflege und Versorgung eine Systematisierung des Pflegehandelns voraus, die mit einer gezielten Erhebung des Pflegebedarfs beginnt. Pflegerisches Handeln ist darauf ausgerichtet, Menschen mit Pflegebedarf bei der Bewältigung manifester oder potentieller Krankheitsfolgen zu unterstützen. Unter den aktuellen ökonomischen Bedingungen folgt daraus für die Krankenhauspflege, dass diese als Minimalstandard auf die Prävention von Komplikationen, die Gewährleistung der Patientensicherheit sowie die Vorbereitung auf die Entlassung auszurichten ist.

Dies setzt in einem ersten Schritt die Durchführung eines gezielten Assessments voraus. Ohne ausreichende Kenntnisse über die erkrankte Person kann keine gezielte Prävention und Entlassungsvorbereitung durchgeführt werden. Eine Orientierung pflegerischer Entscheidungen an der medizinischen Diagnose ist nicht ausreichend.

Im Hinblick auf das Ziel eines vollständigen Assessments einerseits sowie der Vermeidung von Redundanzen andererseits ist in der Regel ein multiprofessionell durchgeführtes Assessment anzustreben.

Wie oben bereits angemerkt, schreibt der Gesetzgeber vor, dass Behandlung und Pflege den aktuellen wissenschaftlichen Stand reflektieren, also evidenzbasiert erfolgen muss. Unter Evidenzbasierung ist die Integration der bestmöglichen wissenschaftlichen Evidenz mit der professionellen Situationseinschätzung sowie den Präferenzen der PatientInnen unter Beachtung der zur Verfügung stehenden Ressourcen zu verstehen.

Mangelnde Entscheidungskompetenz von Pflegenden im Krankenhaus sowie fehlende Kenntnisse über Forschungsergebnisse behindern die Realisierung einer evidenzbasierten Pflegepraxis. Voraussetzung für diesbezügliche Veränderungen ist eine gründliche Analyse der jeweiligen organisatorischen Bedingungen sowie die Versorgung mit ausreichenden Ressourcen (unter anderem qualifizierte Pflegefachpersonen, die über ein abgeschlossenes Pflegestudium verfügen sollten). Die einfache Schulung von PflegemitarbeiterInnen reicht zur Realisierung einer evidenzbasierten Praxis nicht aus.

Einen wichtigen Teilschritt auf dem Weg zu einer evidenzbasierten Pflegepraxis stellt die konsequente Implementierung der in Deutschland vorliegenden pflegerischen Expertenstandards dar.

Nachholbedarf besteht hinsichtlich der Evaluation der Ergebnisse pflegerischen Handelns. Um zu auswertbaren Evaluationsergebnissen zu kommen, sollten standardisierte Instrumentarien eingesetzt werden (siehe Kap. II 1.1.1).

Entwicklung von Konzepten für ältere Menschen im Krankenhaus

Der prognostizierte Anteil der älteren PatientInnen liegt für 2010 bei 49,9 %. Zugleich ist diese Klientel während eines Krankenhausaufenthaltes besonders gefährdet, aufenthaltsbedingte Verschlechterungen, zu erleiden, zum Beispiel die Abnahme funktionaler und kognitiver Fähigkeiten. Dies kann zu Abhängigkeiten bei der Durchführung der Aktivitäten des täglichen Lebens, zu einer Verlängerung der Verweildauer sowie zu weiterem Bedarf an professioneller Unterstützung und Pflege im Anschluss an die Entlassung führen. Fachlich gebotene Qualität bedeutet hier, der aufenthaltsbedingten Verschlechterung des Zustandes der älteren PatientInnen durch breit gefächerte Bemühungen vorzubeugen. Dazu gehören die interprofessionelle Einschätzung der Gefährdung der älteren PatientInnen, zwischen den beteiligten Professionen abgestimmte Interventionen und eine frühzeitige Entlassungsplanung. In internationalen Konzepten werden diese Aufgaben auf pflegerischer Seite von Pflegefachpersonen mit Master-Abschluss übernommen. Weitere präventiv wirkende Interventionen sind die Förderung von Aktivität und Orientierung, die kritische Überprüfung der Medikation sowie die Sorge für ausreichend Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr (siehe Kap. II 1.1.2).

Information, Schulung und Beratung von PatientInnen und Angehörigen

Die Mitarbeit der PatientInnen während des Krankenhausaufenthaltes sowie eine frühzeitige Entlassung setzt die Information, Schulung und Beratung der PatientInnen beziehungsweise

ihrer Angehörigen voraus. Als hilfreich hat sich die Kombination direkter Gespräche mit der Weitergabe schriftlichen Informationsmaterials erwiesen.

Allerdings können Pflegende dem Auftrag nach Information, Schulung und Beratung nur nachkommen, wenn entsprechende Ressourcen zur Verfügung stehen. Dazu gehören die gezielte Qualifizierung und ein ausreichendes Zeitbudget (siehe Kap. II 1.1.3).

2. Wie sieht ein unter Berücksichtigung der Entwicklung der Rahmenbedingungen und internationalen Erfahrungen idealer Behandlungsprozess im Krankenhaus aus?

Lean Management und Prozessmanagement

In den vergangenen Jahren haben die rechtlichen Veränderungen, der wachsende Kostendruck und die zunehmende Kundenorientierung, die mit der Bereitschaft und der Fähigkeit von PatientInnen, zwischen verschiedenen Versorgungsangeboten zu wählen, einhergeht, den Konkurrenzdruck auch auf Krankenhäuser und den Wettbewerb in der Gesundheitswirtschaft verstärkt. Dieser Wettbewerb wird hierbei weniger über Preise (Ausnahme: Verträge zur Integrierten Versorgung nach §§ 140 a ff SGB V) als vielmehr über die Qualität von Gesundheitsleistungen ausgetragen. Die gesetzliche Pflicht nach § 137 SGB V im Abstand von zwei Jahren einen strukturierten Qualitätsbericht zu veröffentlichen, ist ein deutliches Signal. Somit sind die Krankenhäuser gefordert sich dieser Entwicklung zu stellen. Sie werden nur dann erfolgreich sein, wenn sie qualitativ hochwertige Leistungen bei zugleich effizientem Ressourceneinsatz anbieten können.

Die Gesundheitsreformen seit 1972 haben das deutsche Gesundheitssystem nachhaltig verändert. Gerade die Reformen der Jahre 2000 und 2004 haben den Druck auf die Einrichtungen verstärkt, die Optimierung der Leistungsprozesse in den Mittelpunkt zu stellen. Die Konzepte des Lean Managements und des Prozessmanagements, die aus dem zweiten Wirtschaftssektor nach und nach auf den Dienstleistungssektor übertragen worden sind, bieten sich als Lösungsansätze an. Auch das im April 2007 in Kraft getretene Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung wird diesen Veränderungsprozess weiter vorantreiben.

Kerngedanke dieser beiden Konzepte ist die Schaffung von Kundenzufriedenheit und die primäre Ausrichtung der Wertschöpfungsprozesse an den Kriterien Kosten, Qualität und Zeit. Die gesamten Behandlungsprozesse rücken funktionsübergreifend in den Mittelpunkt der Betrachtung. Eine prozessorientierte Steuerung bewirkt selbstverständlich eine Veränderung der Strukturen, das heißt die Krankenhäuser werden ihre Aufbauorganisationen nicht mehr ausschließlich verrichtungsorientiert gestalten, vielmehr werden Matrixstrukturen entstehen,

in denen die Objekt- beziehungsweise Projektorientierung integriert sein werden. Die tradierten direktorialen Leistungsmodelle, die auf der Grundlage von funktioneller Verantwortung aufgebaut sind, werden abgelöst durch Führungsstrukturen, die sich an den zu steuernden Leistungsprozessen orientieren müssen.

Insbesondere der kostenintensive Personalbereich eines Krankenhauses muss durch abgestimmte Planungs- und Ablaufprozesse optimiert werden. Die Erfüllung dieser Ansprüche ist Führungsaufgabe und Gegenstand des Managements. Gesundheitseinrichtungen werden in Zukunft ohne eine Optimierung der Aufbauorganisation sowie der Managementtätigkeiten nicht mehr auskommen. Die Notwendigkeit der Anwendung von umfassenden Managementkonzepten wird immer notwendiger.

Die genannten Managementmethoden gehen auf die Kaizen-Konzeption zurück. Die Kaizen-Philosophie basiert auf der Erkenntnis, dass eine permanente Leistungsverbesserung die Bedürfnisse der Leistungsabnehmer nach Qualitätssteigerung bei gleichzeitiger Kostensenkung am besten zufrieden stellen kann.

Im Krankensektor hat der Gesetzgeber bereits in der Vergangenheit durch den Übergang vom Kostenerstattungsprinzip zu prospektiven fallorientierten Entgelten die Krankenhäuser zur wirtschaftlichen Erstellung beziehungsweise Bereitstellung ihrer Leistungen angehalten. Das zwischenzeitlich eingeführte leistungsorientierte pauschalierende Preissystem auf DRG-Basis, die Verstärkung einer integrierten Versorgung, die Möglichkeit für Krankenhäuser sich verstärkt im ambulanten Sektor zu etablieren und die Verpflichtung zum internen Qualitätsmanagement werden Rationalisierungseffekte bewirken. Die dabei gestellten Anforderungen an die medizinischen und pflegerischen Krankenhausleistungen heißen: Hohe Qualität bei gleichzeitiger Effizienzsteigerung. Zudem werden die Krankenhäuser zukünftig stärker in einem Wettbewerbsverhältnis zu anderen Leistungsanbietern stehen, wobei die Realisierung der Patienten- und der Mitarbeiterzufriedenheit zentrale Kriterien sind. Die stationären Einrichtungen müssen sich diesen Anforderungen stellen und ihre Unternehmensstrategien den veränderten Rahmenbedingungen anpassen. Für Organisationsoptimierungen reicht eine Reaktion auf störende, sich verändernde Einflüsse nicht aus. Vielmehr sind die Krankenhäuser gefordert, ihre Kompetenzen mit den zukünftigen Markterfordernissen prospektiv in Übereinstimmung zu bringen.

Auf der Suche nach Lösungen müssen sich die Krankenhäuser daher zunehmend mit den betriebswirtschaftlichen Konzepten des Lean Managements und des Prozessmanagements auseinandersetzen (siehe Kap. II 2.2).

Die Konzeption des Prozessmanagements basiert auch im Krankenhaus einerseits auf einer Visualisierung der Prozesse, andererseits auf die Realisierung der folgenden Parameter:

- Reduktion der Liegezeit

- Senkung der Aufenthaltskosten
- Verbesserung der Behandlungsqualität.

Die Verschlinkung der Prozesse und der Strukturen eines Krankenhauses ist Ziel des Lean Management-Ansatzes, ein Bestandteil des Lean Managements ist das Prozessmanagement. Mit der Prozessorientierung sind die Kliniken in der Lage, ihre Behandlungsabläufe zu optimieren. Gleichzeitig werden die Strukturen (Aufbauorganisationen) von der Verrichtungs- in Richtung Prozesszentralisation umgewandelt. Die klassischen Liniensysteme werden durch neue Führungsstrukturen (z.B. Matrixorganisationen) ersetzt. Die Aufgaben, die Kompetenzen und die Verantwortlichkeiten werden in der Zukunft anders als bisher zugewiesen (z.B. gleichberechtigte medizinische und pflegerische Teamleitung einer Profitabteilung).

Auch in der Zukunft werden alle Führungskräfte weiterhin Verantwortung übernehmen müssen. Hierzu zählt u.a. die Verantwortung für das ökonomische Risiko. Mit dem Gesetz zur Kontrolle und Transparenz wird die Geschäftsführung eines Unternehmens verpflichtet, ein internes Risikomanagementsystem zu implementieren. Hierdurch sollen die potenziellen finanziellen Risiken frühzeitig erkannt und vermieden werden. Dieses Gesetz hat auch für den Krankenhaussektor eine große Bedeutung. Mit der Umwandlung der Krankenhäuser in die Rechtsform einer GmbH wirken sich die gesetzlichen Vorschriften auch auf die Kliniken aus.

Versorgungsmanagement

Durch eine abgestimmte Steuerung der Leistungen lassen sich die Verweildauern reduzieren, hierdurch werden aus dem Blickwinkel der Krankenhausträger die variablen Kosten gesenkt und aus Sicht der PatientInnen erhöht sich die Qualität der Versorgungskette.

Auf der Umsetzungsebene bedarf es zur Steuerung der Prozesse einer zentralen Verantwortung für das Prozessmanagement. Wie bereits unter Frage 1 dargestellt, ist die Pflege prädestiniert, die Prozesskoordination zu übernehmen und die Tätigkeiten der jeweiligen Berufsgruppen aufeinander abzustimmen.

So ist bietet sich an, unter Beachtung der ärztlichen Gesamtverantwortung im Sinne eines kooperativen Prozessmanagements das operative Management der Versorgungsprozesse weitgehend Vertretern der Berufsgruppe der Pflegenden dauerhaft zu übertragen. Für die Pflege erweitert sich damit das Aufgabenfeld und der Handlungsspielraum. Es geht nicht mehr nur um das Management der Pflege, sondern als VersorgungsmanagerIn nimmt die verantwortliche Pflegefachperson nun alle Prozessanteile in den Blick und steuert und sichert den Prozessverlauf selbständig innerhalb eines definierten Gesamtrahmens. Da an der Erbringung des Prozesses eine Vielzahl von AkteurInnen beteiligt ist, muss die für die Pro-

zesssteuerung verantwortliche Person mit ausreichenden Kompetenzen ausgestattet sein, ansonsten kann sie ihrer Aufgabe nicht nachkommen. Zur Klärung der Zuständigkeiten und Kompetenzen bedarf es einer Vereinbarung zwischen der Pflegedirektion und der ärztlichen Leitung. Eine inhaltliche Abstimmung kann über Leitlinien oder klinische Behandlungspfade erfolgen.

Die Zuweisung der Prozesssteuerung an qualifizierte MitarbeiterInnen aus der Berufsgruppe der Pflegenden bedarf der organisatorischen Umsetzung. Hier bietet sich das Pflegesystem des Primary Nursing ergänzt durch Case Management an (siehe Kap. II 1.2.1).

Prozessoptimierung

Vielfach kommt es im Prozess der Leistungserbringung bei Diagnostik und Therapie zu dysfunktionalen Unterbrechungen, zeitraubenden Abstimmungsprozessen und Wartezeiten. Zur Zeit sind Situationen nicht selten, in denen Pflegepersonen beispielsweise auf eine ärztliche Anordnung warten müssen, deren Inhalt ihnen aber aufgrund ihrer Fachkenntnis und Erfahrung bereits bekannt ist. Der Prozessablauf kann verbessert werden, wenn die Anordnung und Durchführung von ausgewählten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen - beispielsweise orientiert an Leitlinien - durch qualifizierte Pflegepersonen erfolgt. Dies gilt in besonderer Weise für Situationen, deren Verlauf einen relativ hohen Grad an Vorhersehbarkeit hat wie dies u.a. für bestimmte Anteile des Aufnahmeverfahrens oder für die postoperative Versorgung der Fall ist

Allerdings kann die angestrebte Zielsetzung nur erreicht werden, wenn ein Gesamtkonzept vorliegt. Ansonsten besteht die Gefahr, dass die Wirkung prinzipiell sinnvoller Einzelmaßnahmen sich nicht entfalten kann.

Die Entscheidung, welche Aufgabenkomplexe von Pflegenden übernommen werden sollen, hat unter Beachtung der jeweiligen Qualifikation der Pflegeperson zu erfolgen (siehe Kap. II 1.2.2).

Entlassungsmanagement und nachsorgende Strukturen

Eine weitere Reduktion der Verweildauer ist ohne ein konsequentes Entlassungsmanagement nicht erreichbar. Das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung verpflichtet die Leistungserbringer im Zuständigkeitsbereich des SGB V ein Entlassungsmanagement anzubieten. Auch fünf Jahre nach Einführung des entsprechenden Expertenstandards verfügen noch immer 45,5 % der Krankenhäuser über keinerlei schriftliche Standards zum Entlassungsmanagement. Hier ist eine kurzfristige Umsetzung des Expertenstandards zum Entlassungsmanagement angezeigt.

Verschiedene Verfahren und Maßnahmen zielen darauf ab, den Übergang der PatientInnen vom Krankenhaus in das häusliche Umfeld oder in eine weitere Institution zu unterstützen. Neben einer gezielten Beratung, Anleitung und Schulung der PatientInnen und ihrer Angehörigen während des Krankenhausaufenthaltes gehört dazu eine weitere Betreuung nach der Entlassung. Als hilfreich wirkt sich die telefonische Kontaktaufnahme zu den entlassenen PatientInnen aus. Hier wird ein Rahmen geschaffen, um neu entstandene offene Fragen zu beantworten und Unsicherheit zu nehmen. Schlussendlich trägt diese Form der Nachbetreuung dazu bei die Wiederaufnahmerate zu senken.

Des Weiteren sollten nachsorgende Strukturen im Sinne integrierter Versorgungsformen ausgebaut werden. Hier hat sich insbesondere die gezielte Einbindung unterschiedlicher Professionen bewährt (siehe Kap. II 1.2.3).

3. Wie ist die juristische Ausgangslage in Bezug auf die Fragestellung bezüglich autonomer Arbeitsbereiche der Primärleistungserbringer im Krankenhaus?

Da die Krankenhausversorgung unter ärztlicher Leitung erfolgt, gibt es scheinbar keine arztfreien Bereiche im Krankenhaus. Das gesamte Krankenhaugeschehen steht unter ärztlich-fachlicher Gesamtverantwortung.

Damit ist aber nicht gemeint, dass das gesamte Handlungsgeschehen von Einzelimpulsen der Ärztin bzw. des Arztes abhängig ist, sondern dass das Krankenhaugeschehen im Rahmen des ärztlichen Behandlungsplans erfolgt. Damit gibt es zwar keine Arztfreiheit im Krankenhaugeschehen allgemein, aber durchaus eine relative Autonomie anderer Arbeitsbereiche. Gemeint ist letztlich damit, dass das Krankenhaugeschehen grundsätzlich in Abstimmung mit den behandelnden ÄrztInnen zu erfolgen hat, so wie umgekehrt die ärztliche Diagnostik und Therapie in Abstimmung mit den anderen PrimärleisterInnen stattfinden muss.

Diese Abstimmung kann standardisiert sein durch ärztliche Leitlinien, durch vorweggenommene Absprachen oder sie kann auch aufgenommen sein in pflegerische Expertenstandards.

Teamarbeit bedeutet, dass die Ärztin bzw. der Arzt in einem solchen Team nur eine neben anderen VertreterInnen, etwa Pflegefachkräften, nichtärztlichen TherapeutInnen und SozialpädagogInnen, gleichberechtigte Rolle hat. Nur in Notfällen oder anderen Fallgestaltungen, in denen sich das fachliche Ermessen der jeweiligen Primärleisterin bzw. des jeweiligen Primärleisters auf Null reduziert, entscheidet die Person, die dieses Fachwissen hat, letztendlich allein. Das wird in der Regel die Fachärztin bzw. der Facharzt sein, kann aber auch eine andere fachlich Verantwortliche bzw. ein anderer fachlich Verantwortlicher sein (siehe Kap. II 3.6.4).

Haftungsrechtlich sind diese Fallgestaltungen umstritten, wobei interessant ist, dass zwar heftig in der Literatur gestritten wird, die Rechtsprechung aber – abgesehen von einigen wenigen unterinstanzlichen Urteilen – den Veränderungen in den Verantwortlichkeiten durchaus Rechnung trägt und damit zu pragmatischen, die Praxis einer neuen Verteilung der Verantwortlichkeit durchaus bestätigenden Entscheidungen kommt.

Ist ärztliches Personal anwesend und vorhanden, wird in der Regel auf die ärztliche Gesamtverantwortung abgestellt und insbesondere im zivilrechtlichen Schadensersatzrecht zum Teil Anforderungen gestellt, die in der Praxis meist nicht erfüllbar sind. Dies ist aber schon deshalb unbedenklich, weil zivilrechtliches Schadensersatzrecht eine Quasi-Billigkeitshaftung darstellt, in der es mehr oder weniger um die pekuniäre Frage geht, wie und durch wen der Topf für den Schadensersatz gefüllt werden kann. Nur für den Fall der Handlungsfehlerhaftigkeit besteht insoweit Klarheit, im Falle des Organisationsverschuldens werden aber zum Teil die Anforderungen so hoch geschraubt, dass sie mehr oder weniger nur erfüllbar sind, wenn ein entsprechendes Riskmanagementsystem eingeführt ist. Dies einzuführen, ist Aufgabe der Einrichtung und lösbar.

Ist ein ärztlicher Dienst nicht anwesend, wird von der höchstrichterlichen Rechtsprechung interessanterweise kaum auf die ärztliche Gesamtverantwortung abgestellt, sondern mehr oder weniger auf die Organisationspflichten der Einrichtung. Also ist auch insoweit mit einem ausgeklügelten Riskmanagementsystem die damit verbundene Gefahr beherrschbar (siehe Kap. II 3.6.2).

Soweit auf strafrechtliche Fragestellungen abgestellt wird, geht es zum einen um die Handlungsfehlerhaftung, wie insbesondere der Fall des ‚Medizinischen Assistenten für Anästhesie‘ im Helios-Klinikum Erfurt zeigt (zur Zeit laufender Rechtsstreit beim Landgericht Erfurt).

Dort hatte der nichtärztliche Anästhesie-Mitarbeiter eine zu hohe Dosierung verabreicht, die zum Tode des Patienten führte (siehe Kap. II 3.4).

Strafrechtlich darüber hinaus relevant ist allerhöchstens noch der Aufklärungsfehler, der sich daraus ergeben kann, dass zwar das Einverständnis der Patientin bzw. des Patienten zur konkreten Manipulation eingeholt wurde, dieser aber nicht über die Qualifikation der AkteurInnen informiert worden ist. Nach der klaren Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes müssen in der Regel die PatientInnen über die Qualifikationen der AkteurInnen nicht informiert werden. Etwas anderes gilt im speziellen Arztzusatzvertragverhältnis, in dem sich die KrankenhausärztInnen privatvertraglich verpflichten, die Leistung höchstpersönlich zu erbringen. Erbringen sie die Leistungen nicht höchstpersönlich, liegt ein erheblicher Aufklärungsfehler vor, der zur Folge hat, dass der Eingriff in die körperliche Integrität durch die Einwilligung der PatientInnen nicht gedeckt ist und somit rechtswidrig bleibt. Das Gleiche gilt auch für Handlungsfelder, in denen die PatientInnen erfahrungsgemäß mit dem Handeln einer Ärztin bzw. eines Arztes rechnen. Es ist keine Frage, dass die PatientInnen nicht erwarten, dass eine Pflegefachperson am Operationstisch den ersten Schnitt durchführt. Dies ist nach der Vorstellung der Bevölkerung allgemein den operativ tätigen ÄrztInnen vorbehalten. Wenn also eine Pflegefachperson in diesem Sinne tätig werden soll, muss im Aufklärungsgespräch auf diesen Umstand ausdrücklich hingewiesen werden (siehe Kap. II 3.7.2).

Während es im ambulanten Bereich um die ganz andere Frage der selbständigen Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten geht, die ja künftig ab 01.07.2008 unter bestimmten Voraussetzungen erlaubt werden soll (vergleiche im beabsichtigten Pflegeweiterentwicklungsgesetz die Formulierung der §§ 63 Absatz 3c SGB V, 1 Absatz 1 Satz 2 Krankenpflegegesetz [KrPflG], 4 Absatz 7 KrPflG und 4a KrPflG), stellt sich in den stationären Krankenhaus- und sonstigen SGB V-Einrichtungen diese Problematik nicht. Maßgebend sind hier die Strukturvorschriften aus dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und aus § 39 SGB V in Verbindung mit den Zulassungsvorschriften und den Qualitätsvorschriften. In § 39 SGB V ist lediglich der Leistungsumfang der Krankenhausversorgung definiert, und zwar im Wesentlichen, ohne dass hier eine Wertung in die eine oder andere Richtung vorgenommen wird. Erst die Rechtsprechung hat zur Abgrenzung der Krankenhausversorgung von anderen Versorgungsformen das maßgebende Kriterium ‚unter ärztlicher Leitung stehend‘ festgelegt. Damit ist aber nicht der Umfang dieser Leitung festgelegt, auch nicht die ärztliche Durchführung aller Maßnahmen, sondern lediglich die Gesamtverantwortung festgestellt (siehe Kap. II 3.5.2 und II 3.5.3).

Allerdings wird von einigen AutorInnen die Meinung vertreten, dass die Organisationsfreiheit des Krankenhausträgers, mithin sämtlicher Arbeitgeber im Gesundheitswesen, durch die

berufsfachliche Verantwortung der einzelnen MitarbeiterInnen eingeschränkt wäre. Bei der Organisationsfreiheit geht es insbesondere im Arbeitsrecht um das Anweisungsrecht des Arbeitgebers, das Direktionsrecht, das bereits früher in der Gewerbeordnung geregelt war und mithin auch über § 315 BGB begründet wird sowie jetzt im Arbeitsschutzgesetz festgelegt ist.

Im Hinblick auf die Ausnahmegesetze, wie zum Beispiel § 24 Infektionsschutzgesetz, in drei Regelungen der Medizinprodukte-Betreiberverordnung - § 4 (Instandhaltungen), § 6 (sicherheitstechnische Kontrollen) und § 11 (messtechnische Kontrollen) - sowie die beabsichtigte Neuregelung des § 119b SGB V (Ambulante Behandlung durch Pflegeeinrichtungen), kann daraus nur die Konsequenz gezogen werden, dass die angestellten ÄrztInnen im übrigen weisungsgebunden sind, denn sonst müsste die Weisungsfreiheit in den oben genannten Ausnahmefällen nicht ausdrücklich aufgenommen werden (siehe Kap. II 3.6.4).

In Krankenhäusern ist deswegen der Angelpunkt letztlich der Chefarztvertrag. Es könnte durch entsprechende Klauseln in Chefarztverträgen eine Klarstellung erfolgen.

Aus der Sicht des Gutachters ist das aber nicht unbedingt erforderlich, weil die Weisungsgebundenheit nicht bedeutet, dass diese grenzenlos zu beachten ist, sondern dass im Zusammenhang mit der ärztlichen Leitung selbstverständlich sichergestellt werden muss, dass im Notfall und im Ernstfall die ÄrztInnen das Sagen haben.

Das bedeutet also, dass eine relative Autonomie in den Arbeitsbereichen der PrimärleistungserbringerInnen im Krankenhaus bereits nach den geltenden Bestimmungen möglich ist, insoweit eine Änderung der Bestimmungen – im Vertragsrecht oder im Gesetzesrecht – nicht unbedingt erforderlich ist (siehe Kap. II 3.6.3).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass eine Regelung in der Arbeitsorganisation, die zu Folge die Ärztin bzw. der Arzt im Team lediglich Primus inter pares oder gleichberechtigte PartnerIn ist, dem geltenden Rechtssystem nicht widerspricht.

4. Inwieweit wirken sich die Maßnahmen auf das Stellenbudget sowie die Zusammensetzung des Personalbedarfs in den Krankenhäusern aus?

Zum optimalen quantitativen und qualitativen Verhältnis zwischen den an der Behandlung und Pflege beteiligten Personen

Die Krankenhäuser unterliegen seit 1993 der Budgetierung. Hinter diesem Terminus versteckt sich die so genannte grundsammenorientierte Ausgabenpolitik. Dies bedeutet, dass die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen im Wesentlichen durch die Veränderungen der sozialversicherungspflichtigen Bruttoentgelte der Versicherten beeinflusst werden. Die Ausgaben der Sozialversicherungen sind wiederum die Einnahmen, also die Budgets der Leistungserbringer. Somit hängen indirekt auch die Budgetfortschreibungen der Krankenhäuser von der Grundlohnentwicklung ab.

Im Jahre 2008 betrug die bundesweite Budgetsteigerungsrate 0,64 %. Unter der Annahme, dass die Forderungen der Gewerkschaften im öffentlichen Dienst (8 - 10 %) hinsichtlich der Lohnsteigerungen umgesetzt werden, entsteht eine erhebliche Finanzierungslücke bei den Personalkosten, die von der Klinik durch Rationalisierungsmaßnahmen aufgefangen werden muss.

Eine Möglichkeit, die Kosten in den Griff zu bekommen, wird von einer Neuverteilung der einzelnen Leistungen an unterschiedlich qualifizierte MitarbeiterInnen erwartet. Zur Diskussion steht zum einen die Übertragung von Aufgaben aus dem ärztlichen Bereich an Pflegefachpersonen sowie die Delegation von pflegerischen Tätigkeiten an Assistenzpersonen.

Innerhalb der Gruppe der Pflegenden ist zukünftig auch in Deutschland von einer abgestuften Qualifikation auszugehen. Zu differenzieren sind Pflegenden mit Promotion, mit einem Master-Abschluss, mit einem Bachelor-Abschluss sowie mit einer drei, eventuell zwei- und einjährigen Ausbildung. Eine zusätzliche Differenzierung ergibt sich durch die Fachweiterbildungen, die sich an eine dreijährige Ausbildung anschließen können. In der Pflegepraxis wird das Fachpersonal durch nichtpflegerisches Assistenzpersonal unterstützt werden.

Die Frage der Aufgabenverteilung ist also nicht nur im Hinblick auf die beteiligten Berufsgruppen zu beantworten, sondern stellt sich noch einmal in Bezug auf unterschiedlich qualifizierte Pflegepersonen.

Damit setzt sich ein internationaler Trend auch in Deutschland fort. Die Entwicklung und Umsetzung dieser differenzierten Qualifikationsprofile zielt darauf ab, die Flexibilität des Personals zu erhöhen sowie die Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams zu unterstützen. Um diese Zusammenarbeit fruchtbar werden zu lassen, müssen jedoch neue Formen der

Zusammenarbeit entwickelt und nicht nur eine Berufsgruppe (zum Beispiel ÄrztInnen) partiell durch eine andere (zum Beispiel Pflegefachpersonen) ersetzt werden.

Kriterien für die Zulässigkeit der Verteilung der Aufgaben zwischen den Professionen und innerhalb der Berufsgruppen und weiteren Beteiligten sind die Sicherheit der PatientInnen, die Arbeitsbelastungen für die Professionellen sowie die organisationsbezogenen Ergebnisse.

Eine Vielzahl von Studien untersucht die Bedeutung der Zusammensetzung des Personals, das Pflegeaufgaben übernimmt, unter anderem für das Patienten-Outcome. Untersuchungsgegenstand ist das Verhältnis der Pflegekapazität (gemessen an qualitativen und quantitativen Indikatoren) zur Patientensicherheit. In der Zusammenschau der Studienergebnisse ergibt sich der überzeugende Beleg für einen positiven Zusammenhang zwischen einem höheren Anteil von Pflegefachpersonen beziehungsweise erhöhten zeitlichen Ressourcen und einer Verbesserung des Patienten-Outcome.

Mit diesen Studienergebnissen ist aber die Frage nach der optimalen Zusammensetzung eines Pflegeteams noch nicht beantwortet. Auch die vorliegenden Instrumente zur Erfassung der Pflegeleistungen können derzeit noch keine befriedigenden Antworten geben, da sie nur einen Teil der Pflegeleistungen erfassen. Andererseits werden gesetzlich fixierte Pflegeperson-zu-Patient-Relationen den spezifischen Bedingungen der einzelnen Krankenhäuser kaum gerecht. Aus fachlicher Sicht sind datengestützte Entscheidungen zur quantitativen und qualitativen Personalausstattung jeweils auf Stationsebene zu fordern. Wegen der hohen Bedeutung der Personalausstattung für die Ergebnisqualität sollten hierzu aussagekräftige Daten in dem Qualitätsbericht nach § 137 SGB V veröffentlicht werden.

Es gibt zurzeit keine Möglichkeit, eine detaillierte und genaue Vorgabe für den bestmöglichen Skill Mix zu geben. Daraus folgt, dass die geplante Implementierung von Pflegenden mit verschiedenen Qualifikationen und der Einsatz von Assistenzkräften in Deutschland zwingend hinsichtlich des klinischen und ökonomischen Outcomes evaluiert werden muss. Die Untersuchung dieses Themas muss eine der zentralen Fragestellungen in dem vom rheinland-pfälzischen Sozialministerium anvisierten Modellprojekt sein (siehe Kap. II 1.3.1).

Aufgabenverteilung

Bei dem Versuch, eine Aufgabenverteilung zwischen den verschiedenen Berufsgruppen im Krankenhaus vorzunehmen, erweist sich die Orientierung an Einzeltätigkeiten als nicht zielführend. Die Zergliederung von Aufgabenkomplexen schafft zusätzliche Schnittstellen und erhöht damit die Gefahr von Schnittstellenproblematiken wie unnötiger Wartezeit, Verlust von Information oder Missverständnisse. Stattdessen muss es darum gehen, zusammenhängende Aufgabenkomplexe bezüglich ihrer Übertragbarkeit auf geeignete Personengruppen zu untersuchen.

Verschiedene Studien zeigen, dass eine Übertragung von ausgewählten diagnostischen und therapeutischen Aufgaben aus dem ärztlichen in den pflegerischen Bereich ohne Qualitätsverlust möglich ist. Voraussetzung ist die ausreichende Qualifikation der Pflegeperson. In den vorliegenden Studien verfügen die Pflegenden, die ärztliche Aufgabenkomplexe übernehmen, häufig über ein Bachelor- oder Master-Studium. Die Aufgabenübernahme erfolgt vielfach orientiert an Leitlinien oder Behandlungspfaden.

Als Ergänzung zu der Frage, welche ärztlichen Aufgaben von qualifizierten Pflegenden übernommen werden können, ist zu klären, welche Tätigkeiten mit welchem Verantwortungsumfang an Assistenz- und Unterstützungspersonal delegiert werden können.

Denkbar sind unterstützende Tätigkeiten und einfache Pflegeaufgaben, die auf Anordnung einer Pflegefachkraft, die die Delegierbarkeit zu beurteilen hat, durchgeführt werden. In verschiedenen Studien zeigt sich aber, dass bei hohem Arbeitsaufkommen oder fehlenden Fachpersonen auch Tätigkeiten von Assistenzpersonen übernommen werden, für die sie nicht qualifiziert sind. Unter dem Gesichtspunkt der Patientensicherheit ist dies als problematisch zu bewerten und eine Gefährdung der PatientInnen nicht mehr auszuschließen.

Die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen im Krankenhaus ist häufig nicht reibungsfrei. Dies kann die Patientensicherheit beeinträchtigen. Teammodelle erfordern die Bereitschaft aller Beteiligten zur partnerschaftlichen Zusammenarbeit. Eine Form der patientenorientierten Zusammenarbeit stellen kooperative Visiten dar, in denen die Entscheidungen für die weiteren Behandlungsschritte im Team getroffen werden. Als Instrumente zur Unterstützung der interprofessionellen Zusammenarbeit haben sich Standards und Leitlinien als sinnvoll erwiesen.

Auch die Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Assistenzpersonal bedarf der Klärung. Die benötigten Regelungen müssen bei der Implementierung neuer Berufsgruppen entwickelt werden. Ansonsten sind Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit sowie Unklarhei-

ten bzgl. der Aufgabenverteilung und Verantwortungsübernahme zu erwarten. Des Weiteren müssen Pflegefachpersonen auf die ungewohnte Rolle der Delegierenden vorbereitet werden.

Mit der Verschiebung von Leistungspotenzialen sind automatisch auch Veränderungen im Stellenbudget verbunden. Unter dem oben aufgezeigten Aspekt des starren Personalbudgets und der rechtlichen Vorschriften ist die Anzahl und die Qualifikation der Stellen in den jeweiligen Berufsgruppen so festzuschreiben, dass einerseits eine Dequalifizierung verbunden mit einem erhöhten Risiko für die PatientInnen vermieden wird und andererseits die Rationalisierung nicht durch einen umfassenden Stellenabbau bzw. allein durch Outsourcingmaßnahmen erfolgt.

Die Lösung dieses Strukturproblems kann eine Klinik nur in einem berufsgruppenübergreifenden Konsens erreichen.

5. Welche qualifizierenden Maßnahmen müssen erfolgen beziehungsweise was wird durch die Basisqualifikation „Gesundheits- und Krankenpflege“ abgedeckt?

Das Krankenpflegegesetz 2003 fokussiert erstmals die Entwicklung von Kompetenzen, schreibt jedoch die Erstausbildung (noch) auf beruflicher Ebene fest. Verschiedene Modellprojekte dienen insbesondere der Erprobung einer unterschiedlich konsequenten Zusammenführung der drei klassischen Pflegeberufe in der Ausbildung.

Gleichwohl kommt es zur Zeit zu einer Ausdifferenzierung von Angeboten zur pflegebezogenen Bildung. Dies gilt sowohl im Bereich der Assistenzberufe als auch für den Hochschulbereich. So finden sich Assistenzausbildungen mit 1 oder 2jähriger Ausbildung und im tertiären Bereich gibt es eine große Heterogenität von Studienangeboten. Alle diese Angebote sind weder inhaltlich noch strukturell aufeinander abgestimmt. Zugleich decken sie den Bedarf, der durch die anstehenden Veränderungen der Arbeitsverteilung entsteht, nicht ab. Insbesondere fehlen Studienangebote auf Master-Niveau mit dem Schwerpunkt auf klinischer Pflege. Hier besteht ein gravierender Mangel, der dringend angegangen werden muss (siehe Kap. II 1.4.1 – II 1.4.4).

Es liegen Beispiele für eine in sich schlüssige und konsequente Abstufung von Qualifikationsniveaus vor. Die vorliegenden Arbeiten und Erfahrungen aus verschiedenen europäischen und außereuropäischen Ländern sollten auf ihr Potential für die Entwicklung von Qualifikationsabgrenzungen in der deutschen Pflegebildung geprüft werden (siehe Kap. II 1.4.5).

Die Veränderungen in der Ausstattung der Krankenhäuser mit unterschiedlich qualifiziertem Personal und nicht zuletzt der Mangel an Studienangeboten mit dem Fokus auf klinischer Pflege führen dazu, dass eine beachtliche Anzahl an Kompetenzen im Bereich der Pflege ausgebaut und vertieft werden muss. Dazu gehören die spezifizierte klinische Expertise, die Assessment- und Diagnosekompetenz einschließlich körperlicher Untersuchungen, die Delegationskompetenz und die Unterstützung von Wissenszirkulation.

Pflegebildung darf sich nicht in Ausbildung bzw. Studium erschöpfen. Im Sinne lebenslangen Lernens sind regelmäßige Fortbildungen verpflichtend einzuführen (siehe Kap. 1.4.5 und II 1.4.6).

6. Welche Rolle kann das Ehrenamt bei einer Neuordnung der Aufgaben im Krankenhaus einnehmen?

Zu den klassischen Aufgabenbereichen der freiwillig Engagierten im Krankenhaus gehört die Betreuung und Begleitung von PatientInnen einschließlich der Übernahme von Gefälligkeiten sowie die Unterstützung beim Verleih in Krankenhausbüchereien. Dachorganisationen der freiwillig Engagierten in Deutschland betonen die Eigenständigkeit dieser Angebote für die Unterstützung der PatientInnen. Sie weisen es zurück, durch die Übernahme von Tätigkeiten zum Beispiel aus dem Bereich der Pflege und Hauswirtschaft hauptamtlich Tätige zu ersetzen.

Die Ergebnisse von Bemühungen zur stärkeren Einbeziehung freiwillig Engagierter in Aufgabenfelder im Krankenhaus sind bislang nur unzureichend untersucht. Es zeigt sich aber, dass eine besondere Herausforderung darin besteht, freiwillig Engagierte zu rekrutieren, die bereit sind, sich über einen längeren Zeitraum und mit einem relativ hohen zeitlichen Potential einbinden zu lassen. Dies wäre jedoch die erste Voraussetzung, um regelmäßig anfallende Tätigkeiten an freiwillig Engagierte delegieren zu können.

Im internationalen Raum werden freiwillig Engagierte auch im Bereich der Aqoise von Spendengeldern für das Krankenhaus eingesetzt. Dies ist in Deutschland bisher noch die Ausnahme (siehe Kap. II 1.4).

7. Wie lauten Ihre zusammenfassenden Empfehlungen zur Neuordnung der Aufgaben im Krankenhaus?

Aus pflegewissenschaftlicher Sicht

Eine Neuverteilung von Handlungsfeldern im Krankenhaus ist möglich und auch sinnvoll. Ein besonderes Augenmerk ist dabei auf klare Regelungen zur Abgrenzung zwischen den beteiligten Berufsgruppen zu legen. Zur Unterstützung der interprofessionellen Zusammenarbeit haben sich Leitlinien, Behandlungspfade oder Standards bewährt.

Die Aufgaben sind nicht nur neu zu ordnen, sondern es sind auch neue Aufgaben wahrzunehmen (z.B. im Hinblick auf ältere Menschen im Krankenhaus) oder Aufgaben sind neu zu fokussieren (z.B. pflegebezogene Diagnostik, evidenzbasiertes Handeln und Evaluation, Prozess- und Versorgungsmanagement).

Sinnvoll ist nur die Übertragung von Aufgabenkomplexen einschließlich der erforderlichen Entscheidungskompetenz, nicht die Delegation von Einzeltätigkeiten.

Die Einführung abgestufter pflegebezogener Qualifikationen im Krankenhaus bedarf der sorgfältigen Evaluation. Umfangreiche Untersuchungen zeigen einen engen Zusammenhang zwischen der Pflegekapazität und der Patientensicherheit.

Es sind dringend (Master-) Studienangebote mit dem Schwerpunkt auf klinische Pflege zu entwickeln. Die berufsrechtliche Anerkennung von Bachelor-Absolventen ist zu ermöglichen.

Freiwillig Engagierte können durch vielfältige Angebote eine wichtige Funktion für die Steigerung des Wohlbefindens der PatientInnen spielen. Dieser Bereich entspricht dem Selbstverständnis des freiwilligen Engagements und hier zeigt es auch seine besondere Stärke.

Aus betriebswirtschaftlicher Sicht

Aus ökonomischer Sicht ist es für die Krankenhäuser zukünftig noch wichtiger als heute ihre Leistungsprozesse wirtschaftlich durchzuführen, gleichzeitig müssen sie die Qualität der Strukturen, Prozesse und Ergebnisse beachten. In diesem Spannungsverhältnis - Steigerung der Effizienz und Verbesserung der Qualität - sind Managementkonzepte gefragt, die einen scheinbaren Widerspruch zwischen den beiden Zielen aufheben. Den Pflegenden in den Krankenhäusern fällt hierbei eine wesentliche Rolle zu. Sie können z.B. die Prozesse im Be-

handlungsablauf so steuern, dass beide Vorgaben erfüllt werden können. Wenn parallel hierzu die strukturellen Bedingungen durch den Träger bzw. durch das Management optimiert werden, wirken sich beide Faktoren (Effizienz und Qualität) positiv auf das Behandlungsergebnis aus.

Hieraus lassen sich die folgenden Empfehlungen ableiten:

- Unverzichtbar sind das Qualitäts-, das Risiko- und das Case Management. Allen Konzepten ist gemeinsam, dass sie
- die Qualitätsverbesserung aller Leistungsprozesse in den Mittelpunkt stellen,
- die multiprofessionelle Zusammenarbeit verbessern wollen,
- die Aufgabenneuverteilung im Sinne der Qualitätssicherung und damit auch der wirtschaftlichen Existenzsicherung der Einrichtungen zum Inhalt haben.

Krankenhäuser sind gefordert, ihre Kompetenzen mit den zukünftigen Markterfordernissen in Übereinstimmung zu bringen. Auf der Suche nach Lösungen müssen sich die Krankenhäuser zunehmend mit den betriebswirtschaftlichen Konzepten des Lean Managements und des Prozessmanagements auseinandersetzen.

Aus juristischer Sicht

Es sollte bei der Neuordnung der Aufgaben im Krankenhaus folgendes beachtet werden:

1. Kernaufgaben im ärztlichen Bereich sind sakrosankt und sollten bereits in den Leitlinien definiert werden. Kernbereiche der anderen 40 Gesundheitsfachberufe sollten ebenfalls definiert werden, um eine für alle Beteiligten klare Zuordnung hinsichtlich solcher Kernaufgaben zu erreichen (siehe Kap. II 3.7.4).
2. Alle anderen Aufgaben, die nicht ausdrücklich als Kernaufgaben definiert sind, sind Aufgaben, die letztlich auch von anderen Berufsgruppen übernommen werden können, wenn die entsprechende Qualifikation vorliegt. Somit könnte im zweiten Schritt ein Katalog von Schnittstellenmengen, die erfahrungsgemäss im Krankenhaus auftreten, erstellt werden, der mit den Fähigkeiten der nichtärztlichen Berufsgruppen, die Primärleistungen erbringen, in Beziehung zu setzen ist. Sich hieraus ergebende Defizite begründen eine Weiterbildungspflicht (siehe Kap. II 3.7.5).
3. In den ärztlichen Leitlinien und ebenso in den pflegerischen Expertenstandards sollten die erfahrungsgemäss typischen Schnittmengen definiert werden um festzulegen, wer mit

welchen Qualifikationen spezifische Aufgaben aus dem Bereich der Schnittmengen eigenständig übernehmen kann.

Der Gutachter präferiert die ärztlichen Leitlinien und pflegerischen Expertenstandards als Instrumente zur Festlegung der Kompetenzverteilung.

8. Welchen wirtschaftlichen und qualitativen (Zufriedenheit) Nutzen ergibt die Verlagerung von medizinischen Tätigkeiten in den Bereich der Pflege?

Zufriedenheitsnutzen einer Verlagerung von medizinischen Tätigkeiten in den Bereich der Pflege

In zahlreichen Studien zeigen sich die PatientInnen mit der Art und Weise der Durchführung von diagnostischen und therapeutischen Tätigkeiten durch qualifizierte Pflegenden sehr zufrieden. Die PatientInnen fühlen sich sicher und ernst genommen.

Aus Sicht der Pflegenden sind die Bereitschaft zur Übernahme ärztlicher Aufgaben sowie die Zufriedenheit mit der Arbeitssituation gebunden an die quantitative und qualitative Personalausstattung. Zufriedenheitsfördernde Faktoren sind darüber hinaus eine funktionierende interprofessionelle Zusammenarbeit, ein ausreichender Grad an Autonomie sowie transparente Regelungen zur Verteilung der Aufgaben einschließlich der Kompetenz und Verantwortung (siehe Kap. II, 1.3.2).

Wirtschaftlicher Nutzen der Verlagerung von medizinischen Tätigkeiten in den Bereich der Pflege

Der wirtschaftliche beziehungsweise der qualitative Nutzen einer Krankenhausleistung kann mittels ökonomischer Evaluationen ermittelt werden. Zu diesen Evaluationsinstrumenten gehören die Kosten-Nutzen-Analyse und die Kosten-Wirksamkeits-Analyse.

Bei der Kosten-Nutzen-Analyse werden sowohl der Nutzen als auch die Kosten einer Maßnahme in Geldeinheiten bewertet. Die Kosten-Nutzen-Analyse ist die älteste ökonomische Evaluationsform und wird in anderen Wirtschaftssektoren (zum Beispiel Straßenbau) seit mehreren Jahrzehnten eingesetzt. Es handelt sich bei dieser Analyse um eine eindimensionale Evaluationsform, das heißt alle Indikatoren werden monetär ausgedrückt. Somit müssen auch die Nutzengrößen, die sich durch direkte, indirekte und intangible Effekte ermitteln lassen, in Geldeinheiten messbar sein. Eine Schwierigkeit besteht darin, die intangiblen Effekte wie Lebensqualität oder psychosoziale Faktoren monetär zu messen.

Die Kosten-Wirksamkeits-Analyse bietet die Möglichkeit, auch die nicht in monetären Einheiten zu bewertenden Effekte einer Krankenhausleistung zu berücksichtigen.

Der Unterschied zur Kosten-Nutzen-Analyse ist, dass der Nutzen beziehungsweise die Wirksamkeit bei der Kosten-Wirksamkeits-Analyse in intangiblen Einheiten gemessen wird. Die Kosten-Wirksamkeits-Analyse ist damit nicht eindimensional monetär in ihrem Zielsystem, sondern zweidimensional. Gerade im beantragten Forschungsprojekt können so Faktoren miteinbezogen werden, die nicht monetär bewertbar sind. Dazu zählen beispielsweise die klinischen Outcomeindikatoren.

Die eindeutige Beantwortung der oben aufgeführten Fragestellung ist zur Zeit nicht möglich. In den letzten Jahrzehnten lag ein wesentlicher Schwerpunkt im Aufbau einer Kosten- und Leistungsrechnung in den Krankenhäusern. Damit sind die Kliniken heute in der Lage, den bewerteten Ressourcenverbrauch, also die Kosten, zu dokumentieren und zu bewerten. Die Evaluierung der Akzeptanz der Leistungsbereitstellung durch die Krankenhäuser aus dem Blickwinkel der Abnehmer dieser Dienstleistungen und Sachgüter (zum Beispiel Versicherte, Krankenkassen, einweisende ÄrztInnen) ist jedoch nur ansatzweise durchgeführt worden. Somit befindet sich die auf wissenschaftlichen Methoden basierende Nutzenmessung der Krankenhausergebnisse in Deutschland erst in der Entstehungsphase.

In Kenntnis dieses Defizits haben die Mitglieder des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in ihrem Gutachten 2007 explizit die Möglichkeiten zur Erprobung neuer Aufgabenverteilungen genannt. Die ExpertInnen sprechen sich damit eindeutig für eine Evaluierung der im Rahmen von Modellversuchen neu zu schaffenden alternativen Versorgungs- und Betreuungsformen aus. Die dort festgestellten Ergebnisse lassen sich im Sinne eines Alternativvergleiches mit den erzielten Effekten der traditionellen Versorgungssysteme vergleichen.

Damit ist ein Weg bezeichnet, der in Zukunft eine wissenschaftlich fundierte Antwort auf die Fragestellung geben kann (siehe Kap. II 2.4).

9. Welche Veränderungen sind erforderlich, um die Zuständigkeiten und Kompetenzen so zu verändern, dass die neu zugewiesenen Aufgaben auch von der jeweiligen Berufsgruppe eigenverantwortlich übernommen werden können?

Es gibt zwar eine ärztliche Endverantwortung beziehungsweise Gesamtverantwortung für den ärztlich-fachlichen Aufgabenbereich, im Übrigen hat das Handeln sämtlicher anderer PrimärleisterInnen in Absprache mit den ärztlichen BehandlerInnen – mindestens im Rahmen des ärztlichen Behandlungsplans - zu erfolgen.

Die neue Vorschrift im Zusammenhang mit der Gesundheitsreform seit 01.04.2007 des § 11 Absatz 4 SGB V spricht allerdings von einem Versorgungsmanagement. Versorgungsmanagement bedeutet aber mehr als Behandlung, denn es geht um die gesamte Krankenhausversorgung, die eben nicht nur auf ärztliche oder medizinische Behandlung reduzierbar ist. Der Grundgedanke des § 11 Absatz 4 SGB V ist zum einen das sogenannte Fallmanagement und zum anderen das Disease Management. Es geht letztlich darum, patientenorientiert die Versorgungsabläufe so zu strukturieren, dass die PatientInnen nahtlos und ohne Entstehung von Lücken von der Krankenhausaufnahme bis zur Entlassung durch die Krankenhausversorgung geschleust werden. Damit umfasst das Versorgungsmanagement zunächst die Diagnose (Anamnese und Beurteilung des Grundes für die Krankenhausaufnahme nicht nur aus Sicht der behandelnden ÄrztInnen, sondern aus der Sicht einer ganzheitlich orientierten Versorgung), des Weiteren das Erstellen eines Versorgungsplanes (wozu die klassischen KrankenhausärztInnen überhaupt nicht in der Lage sind) und letztlich die Durchführung dieses Planes und dessen Evaluation in Verbindung mit der Entlassung im Rahmen eines Entlassungsmanagements. Der Unterschied zum klassischen ärztlichen Behandlungsplan ist dabei, dass die ÄrztInnen nur einen Teil des Versorgungsgefüges darstellen und nicht alleine die Patientenversorgung moderieren.

Dass dabei Konflikte entstehen, ist überhaupt keine Frage, denn das Nebeneinander von ärztlichem Behandlungsplan und Krankenhausversorgungsplan erfordert ein Einvernehmen zwischen ärztlichen BehandlerInnen und dem Krankenhausversorger. Damit müssen also ÄrztInnen und FallmanagerInnen eng zusammenarbeiten, was wiederum bedeutet, dass beide aufeinander zugehen müssen und letztlich positiv einander gegenüber eingestellt sein müssen. Die Abwehr seitens der ÄrztInnen ist genauso kontraproduktiv wie die Abwehr seitens der FallmanagerInnen. Im geltenden Rechtssystem ist es aber eindeutig so, dass das letzte Wort die ärztliche Behandlerin bzw. der ärztliche Behandler hat. Dieses letzte Wort muss aber immer fachlich sachlich begründet sein. Dieser Konflikt lässt sich nicht so ohne weiteres auflösen, denn die VersorgungsmanagerInnen können nicht das letzte Wort haben. Das Krankenhaus ist ein Arztkrankenhaus und soll mit den VersorgungsmanagerInnen zum

patientenorientierten Arztkrankenhaus umgestaltet werden. Damit bedarf es einer Absprache mit den ärztlichen BehandlerInnen (siehe Kap. II 3.6.4).

Es wird deshalb folgende Regelung empfohlen, die sinnvollerweise in ein Landeskrankenhausgesetz aufzunehmen wäre, wie dies erstmals in Rheinland-Pfalz auch mit der Drei-Säulen-Theorie geschehen ist:

§ KOMPETENZVERTEILUNG IM KRANKENHAUS

- (1) ÜBER DIE PATIENTENAUFNAHME UND DIE VERSORGUNG DER PATIENTIN / DES PATIENTEN BIS ZUR ENTLASSUNG ENTSCHIEDET DIE BEHANDELNDE ÄRZTIN / DER BEHANDELNDE ARZT IM ZUSAMMENWIRKEN MIT DER FALLBEGLEITERIN / DEM FALLBEGLEITER UND UNTER BEACHTUNG DER STELLUNGNAHME DER ÜBRIGEN AN DEM VERSORGUNGSPROZESS BETEILIGTEN.
- (2) SOWEIT ES UM ÄRZTLICH-FACHLICHE BELANGE GEHT, HAT DIE BEHANDELNDE ÄRZTIN / DER BEHANDELNDE ARZT EIN LETZTENTSCHEIDUNGSRECHT, DAS INSBESONDERE IN NOTFALLSITUATIONEN BESTEHT. DABEI HAT DIE ÄRZTIN / DER ARZT ALLERDINGS DIE SACHLICHEN BEDENKEN DER FALLMANAGERIN / DES FALLMANAGERS UND DER ÜBRIGEN PRIMÄRVERSORGER/INNEN EBENSO ZU BEACHTEN WIE DAS WIRTSCHAFTLICHKEITSGEBOT (ZIELE DES § 2 SGB V).
- (3) DAS TÄTIGWERDEN MEDIZINISCHER PRIMÄRVERSORGER/INNEN, DIE NICHT ÄRZT/INNEN SIND, ERFOLGT IM RAHMEN DES VERSORGUNGSPLANES IM EINVERNEHMEN MIT DER ÄRZTLICHEN BEHANDLERIN / DEM ÄRZTLICHEN BEHANDLER, OHNE DASS ES AUSDRÜCKLICHER ÄRZTLICHER ANORDNUNGEN BEDARF, WENN DIE NICHTÄRZTLICHEN VERSORGER/INNEN AUFGRUND EINER ENTSPRECHENDEN QUALIFIKATION IN DER LAGE SIND, DIE MEDIZINISCHE PRIMÄRVERSORGUNG SO ZU BEHERRSCHEN, DASS EINE SICHERE UND QUALITATIV HOCHWERTIGE HANDHABUNG GEWÄHRLEISTET IST.

Andere gesetzliche Regelungen hält der Gutachter nicht für angemessen.

Gut wäre eine Dienstordnung im Krankenhaus, in der die Verantwortungsverteilung zwischen den PrimärleisterInnen im Rahmen des Qualitätsmanagements nach dem SGB V festgelegt wird. Entsprechende Dienstordnungen sind in etlichen Krankenhäusern wie den Städtischen Krankenhäusern in München schon seit den 1990iger Jahren erfolgreich eingeführt (siehe Kap. II 3.6.1).

10. Welche Anpassungserfordernisse sehen Sie vor dem Hintergrund Ihrer Empfehlungen

- **im geltenden Berufs-, Aus- und Weiterbildungsrecht und weiteren Rechtsbereichen**
- **im Finanzierungssystem**
- **im Haftungsrecht?**

Anpassungserfordernisse im geltenden Berufs-, Aus- und Weiterbildungsrecht und weiteren Rechtsbereichen

Im geltenden Berufs-, Aus- und Weiterbildungsrecht sind erhebliche Veränderungen erforderlich.

Mit der heilkundlichen Ausrichtung hat der Bundesgesetzgeber bereits mit den im Pflegeweiterentwicklungsgesetz beabsichtigten Änderungen des Altenpflegegesetzes und des Krankenpflegegesetzes in den §§ 1 Absatz 2 Satz 1, 4 Absatz 7 und 4a eine ausreichende Grundlage geschaffen (siehe Kap. II 3.5.3).

Größere Probleme bietet das Weiterbildungsrecht, das ausschließlich in die Länderhoheit fällt. Hier könnten die Länder zu bestimmten Bereichen wie dem Fallmanagement, der Pflegebegleitung, der Palliativpflege, der Wundversorgung und der Rehapflege Weiterbildungsvorschriften entwickeln, die möglichst in der Kultusministerkonferenz bundesweit abgestimmt werden sollten. Es darf nicht eine weitere Zersplitterung auf Länderebene entstehen, sondern zur Kompatibilität in den einzelnen Bundesländern sollten möglichst einheitliche Anforderungen geschaffen werden (siehe Kap. II 3.5.4, II 3.5.5 und II 3.8).

Gleiches gilt auch für die Studienabschlüsse, denn die Zugangsvoraussetzungen und Studiengänge sind in den Ländern recht unterschiedlich konzipiert. Dass Bachelor-AbsolventInnen nicht regelmäßig die berufsrechtlichen Voraussetzungen erfüllen (hier ist zu prüfen, inwieweit die Regelungen der Fachausbildung zur Gesundheits- und KrankenpflegerIn oder AltenpflegerIn leitend sein können oder modifiziert werden müssen), lässt sich mit der komplizierten Gesetzgebungszuständigkeit von Bund und Ländern zwar erklären, bedarf aber im Hinblick auf Verbraucherschutz und integrierte Gesundheitsstrukturen einer einheitlichen Regelung.

In anderen Rechtsbereichen sieht der Gutachter keinen Handlungsbedarf. SGB V, IX und XI sowie XII sind zwischenzeitlich ausreichend weit geöffnet.

Anpassungserfordernisse im Finanzierungssystem

Hintergrund der zur Zeit in Deutschland einsetzenden Diskussion über den Skill Mix ist die Erkenntnis, dass die Erfüllung bestimmter Aufgaben durch zum Beispiel eine überqualifizierte Pflegekraft eine Verschwendung von Ressourcen darstellt. Weiterhin haben aber auch die veränderten rechtlichen Rahmenbedingungen (zum Beispiel Tarifveränderungen, Modifikation der Arbeitszeiten), die Umstellung der Finanzierung von Gesundheitsleistungen (zum Beispiel DRG-Pauschalen) sowie die wachsende Bedeutung der Versorgungsqualität im Bewusstsein der Kostenträger und der Leistungsempfänger die spezifischen Anforderungen an die Qualifikation des Personals beeinflusst. Ausgehend von der Annahme, dass die Verteilung der Dienstleistungen im Krankenhaus zwischen oder innerhalb der Berufsgruppen neu festgelegt werden muss, ergibt sich aus Sicht der Kostenkalkulation ein dringender Handlungsbedarf.

Mit der Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems nach § 17 b Krankenhausfinanzierungsgesetz ist zwischen den Vertragspartnern festgelegt worden, dass die Ermittlung und Fortschreibung der Relativgewichte der Fallgruppen auf der Basis bundesdeutscher Daten vorzunehmen ist. Die seit Jahren verwendete Kalkulationsmethodik erhebt die patienten- beziehungsweise modul- und kostenartenbezogenen Daten auf der Grundlage eines Istkostensansatzes. Die zur Zeit relevanten Relativgewichte, die im Fallpauschalenkatalog festgelegt sind, übernehmen somit die dem Kalkulationsmuster zugrunde liegenden Ressourcenverbräuche. Jede tief greifende Veränderung des Personaleinsatzes muss folglich eine Neuberechnung des Relativgewichtes nach sich ziehen (siehe Kap. II 2.3 und II 2.5).

Anpassungserfordernisse im Haftungsrecht

Im Haftungsrecht bedarf es auf jeden Fall keiner besonderen Regelungen, weil Haftungsrecht Reaktionsrecht ist, das heißt nicht das Haftungsrecht regelt die Wirklichkeit, sondern die Wirklichkeit ist Gegenstand für haftungsrechtliche Überlegungen. Insoweit bedarf es keinerlei Ausgestaltungen (siehe Kap. II 3.3.2, II 3.4 und II 3.7.2).

II Hintergrundinformationen

Inhaltsverzeichnis des Teilbereiches Pflegewissenschaft

RENATE STEMMER

| | | |
|---------|---|-----|
| 1. | Pflegewissenschaft ----- | 47 |
| 1.1 | Pflegemethodik und Pflegeinhalte ----- | 47 |
| 1.1.1 | Assessment und Diagnostik, evidenzbasierte Intervention, Evaluation ----- | 47 |
| 1.1.2 | Entwicklung von Konzepten für ältere Menschen im Krankenhaus ----- | 52 |
| 1.1.3 | Information, Schulung und Beratung von PatientInnen und Angehörigen ----- | 56 |
| 1.2 | Management der Prozesse ----- | 59 |
| 1.2.1 | Versorgungsmanagement ----- | 59 |
| 1.2.2 | Prozessoptimierung ----- | 61 |
| 1.2.3 | Entlassungsmanagement und nachsorgende Strukturen ----- | 63 |
| 1.3 | Zusammensetzung des (Pflege-)Personals im Krankenhaus ----- | 65 |
| 1.3.1 | Zum optimalen quantitativen und qualitativen Verhältnis zwischen den an der Behandlung und Pflege beteiligten Personen ----- | 65 |
| 1.3.2 | Verteilung der Aufgaben und Zuständigkeiten ----- | 74 |
| 1.3.2.1 | Übernahme von Aufgabenkomplexen aus dem ärztlichen Bereich ----- | 74 |
| 1.3.2.2 | Delegation pflegerischer Aufgaben an Assistenzpersonen ----- | 79 |
| 1.3.2.3 | Organisation der Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen im Gesundheitswesen ----- | 81 |
| 1.4 | Aktuelle Qualifizierungsangebote und zukünftige -erfordernisse ----- | 85 |
| 1.4.1 | Basisqualifikationen in der Pflege – das Krankenpflegegesetz 2003 ----- | 85 |
| 1.4.2 | Weiterbildungen in der Pflege ----- | 92 |
| 1.4.3 | Qualifikationen im Assistenzbereich ----- | 96 |
| 1.4.4 | Pflegestudiengänge ----- | 100 |
| 1.4.5 | Abstufungen von Qualifikationsniveaus ----- | 102 |
| 1.4.6 | Erweiterte Pflegepraxis ----- | 106 |
| 1.4.7 | Fehlende Kompetenzen ----- | 108 |
| 1.5 | Potentiale und Grenzen von freiwillig Engagierten ----- | 109 |
| 1.5.1 | Definitionen ----- | 110 |

| | | |
|---------|---|-----|
| 1.5.2 | Freiwilliges Engagement in Deutschland ----- | 111 |
| 1.5.3 | Freiwilliges Engagement im internationalen Raum ----- | 116 |
| 1.5.3.1 | Management von freiwillig Engagierten----- | 117 |
| 1.5.3.2 | Spezifische Gruppen und Einsatzbereiche von freiwillig Engagierten----- | 119 |
| | Literaturverzeichnis ----- | 124 |

1. Pflegewissenschaft

RENATE STEMMER

1.1 Pflegemethodik und Pflegeinhalte

1.1.1 Assessment und Diagnostik, evidenzbasierte Intervention, Evaluation

Die Pflege verfügt seit Jahren über den Pflegeprozess als eine Methode professionellen Pflegehandelns. Diese Methode wird vielfach nur widerwillig genutzt und wenn sie eingesetzt wird, dann häufig nur zur Unterstützung der Pflegedokumentation. Das Potential des Pflegeprozesses als Instrument zur systematischen Strukturierung des Pflegehandelns wird damit nicht ausgeschöpft.

Der empirisch belegte pflegebezogene Wissensfundus wächst, jedoch wird er nur unzureichend beachtet. Pflegerisches Handeln auf der Grundlage von empirischen Daten zielt auf professionelle Entscheidungsfindung, Vermeiden von unreflektiertem Routinehandeln und Verbesserung der Ergebnisse.

Um eine Aussage über die Erreichung der anvisierten Ergebnisse treffen und damit Konsequenzen für das weitere Handeln ziehen zu können, bedarf es einer gezielten Evaluation.

Assessment und Diagnostik

Das Handeln in der Krankenhauspflege ist als Minimalstandard auszurichten auf die Prävention von Komplikationen sowie die Vorbereitung auf die Entlassung.

Dies setzt in einem ersten Schritt die Durchführung eines gezielten Assessments voraus. Der Begriff des Assessments wird unterschiedlich definiert. Übereinstimmung besteht hinsichtlich der Tatsache, dass Informationen erhoben und beurteilt werden, die dann die Grundlage für eine fundierte Entscheidungsfindung hinsichtlich der weiteren Ziel- und Maßnahmenplanung bilden. In diesem Sinne formuliert beispielsweise die US-amerikanische psychologische Gesellschaft: „*Assessment is a conceptual, problem-solving process of gathering dependable, relevant information about an individual, group, or institution in order to make informed decisions*“ (DeMers, Turner, Andberg, Foote, Hough, Ivnik, Meier, Moreland & Rey-Casserly [2000] in: Bartholomeyczik, 2007a). Bevor es zu Entscheidungen auf der Grundlage dieser Daten kommt, werden diese ausgewertet und interpretiert, also einem diagnostischen Prozess unterzogen (Gordon & Bartholomeyczik, 2001). Assessment und Diagnostik können aus einer spezifischen Perspektive (zum Beispiel Perspektive der Pflege, der Medizin, der Physiotherapie) oder multiprofessionell erfolgen. Das berufsgruppenspezifische Vorgehen beinhaltet die Gefahr, dass es einerseits zu Doppelungen in der Datenerhebung kommt und

andererseits Lücken auftreten. Fischer zeigt auf, dass pflegerische und ärztliche Assessmentdaten und Diagnosen sich gut ergänzen, sich aber keineswegs gegenseitig ersetzen. So konnte bei einem Transkodierungsversuch nur ein Fünftel der NANDA-Diagnosen (NANDA = North American Nursing Diagnosis Association) mit ICD -10 (ICD = International Classification of Diseases) kodiert werden (Fischer, 2003). Von daher ist in der Regel ein multiprofessionelles Verfahren sinnvoll. Spirig et al. gehen davon aus, dass mit einem Assessment der gesundheitlichen Situation einer Patientin bzw. eines Patienten per se ein multiprofessioneller diagnostischer Prozess gemeint ist (Spirig et al., 2007). Erst in der Zusammenfügung der verschiedenen Perspektiven ergibt sich ein möglichst vollständiges Bild der erkrankten oder pflegebedürftigen Person.

Damit ein Assessment aussagefähig wird, hat es systematisch und strukturiert zu erfolgen. Hier bietet sich der Einsatz standardisierter Assessmentinstrumente an. Dabei ist auf deren Aussagekraft und Güte zu achten, ansonsten besteht die Gefahr des Missbrauchs beziehungsweise der Fehlinterpretation. Ebenso bedarf der Einsatz standardisierter Instrumente entsprechender Qualifikationen der Personen, die diese Instrumente einsetzen (Bartholomeyczik, 2007a). Diese Anmerkungen sprechen jedoch nicht grundsätzlich gegen den Einsatz standardisierter Instrumentarien, sondern sind als Hinweis auf die Notwendigkeit zu einem kritischen Umgang mit ihnen zu werten.

Ein Assessment wird derzeit in Deutschland meist mittels Gespräch und Beobachtung durchgeführt. Eine ausführliche körperliche Untersuchung findet nicht statt. Bei der Übernahme von Aufgaben aus dem Bereich der erweiterten Pflegepraxis (siehe Kap. II 1.3.2 und II 1.4.6) ist die zusätzliche Kenntnis körperbezogener Daten aber unerlässlich. Insofern ist hier ein Kompetenzbereich angesprochen, der von den Pflegenden noch zu entwickeln ist (Jarvis, 2004; Lindpaintner, 2007).

Im Bereich des Assessments kann es zu einer Überlappung von pflegerischen und medizinischen Handlungskompetenzen kommen. Als solche bildet dieses Aufgabenfeld ein Beispiel für die vom Sachverständigenrat geforderte Poolkompetenz (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2007). Gleichwohl mögen die erhaltenen Daten zu unterschiedlichen Entscheidungen führen, liegt der Fokus der Medizin doch auf der Behandlung von Krankheitsursachen, während die Pflege diese Daten (zusätzlich) im Hinblick auf ihre Auswirkungen für die Person mit Pflegebedarf interpretiert (Gordon & Bartholomeyczik, 2001).

Ein multiprofessionelles Assessment, d.h. die Übernahme von Teilen des Assessments durch verschiedene Mitglieder des Behandlungsteams, bedarf der Koordination. Diese Auf-

gabe könnte von Pflegenden mit einem Bachelor- oder Master-Abschluss übernommen werden.

Strukturierte Assessments bilden die Grundlage für eine evidenzbasierte Praxis.

Evidenzbasierte Intervention

Unter Evidenzbasierung ist die Integration der bestmöglichen wissenschaftlichen Evidenz mit der professionellen Situationseinschätzung sowie den Präferenzen der PatientInnen unter Beachtung der zur Verfügung stehenden Ressourcen zu verstehen (Behrens & Langer, 2006).

Trotz gesetzlicher Verpflichtung zu einer Leistungserbringung, die dem jeweiligen wissenschaftlichen Stand entspricht (Sozialgesetzbuch V, 2004), werden Ergebnisse der Pflegeforschung vielerorts nicht ausreichend genutzt. Beispielsweise geben in einer repräsentativen Umfrage fünf Jahre nach Einführung des Expertenstandards zum Entlassungsmanagement noch immer 45,5 % der Krankenhäuser an, keinerlei schriftliche Standards zum Entlassungsmanagement zu haben (Blum et al., 2007).

Diese grundsätzliche Problematik besteht auch im internationalen Raum. Vor diesem Hintergrund wurden mehrere Studien durchgeführt, die die bedingenden Hindernisse untersuchten. Im Ergebnis konnten zwei zentrale Barrieren identifiziert werden: zum einen haben Pflegepersonen meist nicht die notwendige Entscheidungskompetenz, um erforderliche Veränderungen durchsetzen zu können, zum anderen ist die Kenntnis relevanter Forschungsergebnisse in der Praxis oft nicht gegeben. Anzusetzen ist also bei den Organisationsstrukturen einerseits und dem Wissen bzw. den Fähigkeiten der Pflegepersonen andererseits.

Es gibt keine Studien von hoher Qualität, die belegen würden, welche spezifischen organisatorischen Strukturen geeignet sind, evidenzbasiertes Pflegehandeln zu fördern. Systematische Reviews von Forschungsstudien zur Förderung evidenzbasierter Praxis anderer Gesundheitsberufe zeigen jedoch auf, dass jeder Versuch Veränderungen in die Praxisfelder zu implementieren zuallererst eine Analyse der Ausgangsbedingungen erfordert, um jene Faktoren zu identifizieren, die die angestrebte Veränderung beeinflussen könnten. Auch können Veränderungsbemühungen nur nachhaltig erfolgreich sein, wenn für ihre Implementierung und Umsetzung ausreichend Ressourcen, unter anderem angemessen qualifizierte Personen, zur Verfügung stehen (Foxcroft & Cole, 2003). Übertragen auf die Pflege bedarf es zur Implementierung evidenzbasierter Praxis Pflegefachpersonen, die in der Lage sind, wissenschaftliche Literatur zu recherchieren, zu analysieren und auf dieser Grundlage Konzepte für die Implementierung zu entwickeln. Diese Kompetenzen werden typischerweise im Rahmen eines Pflegestudiums erworben.

In einer britischen Studie finden sich Hinweise darauf, dass Pflegefachpersonen mit einem Hochschulabschluss eher in der Lage sind, Wissensreserven (zum Beispiel Forschungsergebnisse) zu nutzen, flexibler auf wechselnde Anforderungen einzugehen und gezielter zu kommunizieren, beispielsweise um Veränderungsprozesse in Gang zu setzen (Sinclair, 1991).

Eine systematische Recherche untersuchte den Effekt von Schulungsmaßnahmen für die Umsetzung von Forschungsergebnissen. Es fanden sich nur Studien von mäßiger bis schlechter methodischer Qualität. Vier Studien von mäßiger Qualität wurden ausgewertet. In drei Studien wurden Schulungsmaßnahmen von unterschiedlicher Dauer und Intensität (einige Stunden bis zu mehreren Wochen) durch fachlich qualifizierte Personen durchgeführt, die aber innerhalb der Institution keine herausragende Funktion, Position oder Anerkennung hatten. In allen Fällen kam es nicht dauerhaft zu einer verstärkten Beachtung von Forschungsergebnissen im pflegerischen Handeln. Zwar sind die Ergebnisse aufgrund der methodischen Qualität eher als Hinweise, denn als Belege zu werten. Jedoch ist es wichtig, weitere Einflussfaktoren auf Pflegehandeln, wie die Ausbildung, die klinische Erfahrung, organisationale Strukturen sowie administrative Unterstützung in Rechnung zu stellen. In einer Studie wurden Anteile der Schulung durch eine in der Institution hoch angesehene Person übernommen. Nach dieser Schulung kam es zu einer Zunahme des Einsatzes von Forschungsergebnissen (Thompson et al., 2007).

Zur Unterstützung der Implementierung evidenzbasierter Ergebnisse in die Pflegepraxis gelten Leitlinien und Standards als geeignete Instrumentarien. In Deutschland wurden unter der Federführung des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) mittlerweile fünf Expertenstandards getestet und freigegeben. Drei weitere befinden sich im Stadium der Entwicklung (Stand: Dezember 2007). Diese Expertenstandards identifizieren zum einen ein evidenzbasiertes Qualitätsniveau, zum anderen lassen sie für die Umsetzung einen Spielraum entsprechend der Bedingungen einer Institution (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), 2007).

Evaluation von Pflegehandeln

Der letzte Schritt des Pflegeprozesses ist die Evaluation. Görres und andere verweisen im Rahmen einer Untersuchung zu Verbreitung, zum Verständnis und zu den Zielen von Pflegevisiten auf ihre Beobachtung, dass „die Evaluation der pflegerischen Arbeit der vernachlässigte Teil des Pflegeprozesses“ (Görres et al., 2002) ist.

Doch Kostenträger und (potentielle) PatientInnen fragen nach dem Beitrag der einzelnen Gesundheitsfachberufe zum Gesundheitsstatus, zum Wohlbefinden und zur Zufriedenheit der Menschen mit Pflege-, Betreuungs- und Behandlungsbedarf. Diesen Beitrag gilt es auch für die Pflege zu definieren, zu quantifizieren und nachzuweisen (Stemmer, 2005b). In Anlehnung an Moorhead et al. wird unter einem pflegesensitiven Patientenergebnis der Status, das Verhalten oder die Wahrnehmung eines Individuums, einer Familie oder Gemeinschaft, der/das/die als Reaktion auf eine Pflegeintervention auftritt, verstanden (Moorhead et al., 2004).

Der Pflegeprozess bietet die Möglichkeit an drei Stellen anzusetzen, um ein Patientenergebnis über einen Vergleich mit den jeweiligen Ausgangswerten zu bestimmen. Die Ersterhebung kann im Rahmen

- des Assessments,
- der Erstellung der Pflegediagnose oder
- der Erstellung der Pflegeziele erfolgen.

Voraussetzung ist jeweils, dass standardisierte Instrumente eingesetzt werden, die so konzipiert sind, dass sie auch relativ geringfügige Veränderungen abbilden können. Durch ihren zweimaligen Einsatz, primär bei einem der ersten Schritte des Pflegeprozesses und ein zweites Mal zum Zeitpunkt der Evaluation, lässt sich der Gesundheitsstatus, das Verhalten, das Wissen oder die Wahrnehmung des Menschen mit Pflegebedarf zwischen diesen beiden Erhebungszeitpunkten vergleichen.

Die Möglichkeit des Vergleichs ist im Rahmen der Outcomemessung unabdingbar, wobei die Referenzgröße unterschiedlichen Charakter haben kann.

1. Als Referenzwert wird ein ‚individueller‘ Vorwert eingesetzt. Über eine Ersterhebung wird ein Ausgangswert erhoben. Zu einem späteren Zeitpunkt erfolgt eine Zweiterhebung. Der Vergleich der beiden Werte bildet die Bezugsgröße für die Evaluation.

2. Als Vergleichsmaßstab dient der Wert einer anderen Abteilung, einer anderen Institution oder auch eines anderen Landes. Beispielsweise kann die Sturzhäufigkeit von PatientInnen verschiedener Abteilungen zueinander in Bezug gesetzt werden.
Derartige Vergleiche führen jedoch nur zu aussagekräftigen Resultaten, wenn potentielle Einflussgrößen mit erhoben werden und dadurch die unterschiedliche Risikostruktur einschätzbar wird. Die Dekubitusinzidenz ist beispielsweise nicht nur abhängig von den Pflegeleistungen, sondern ebenfalls vom Mobilitätsprofil der gefährdeten Personen.
3. Als Referenzgröße wird eine äußere Norm herangezogen. So definieren die Expertenstandards bestimmte Ergebnisnormen, zum Beispiel hinsichtlich der Dekubitusprophylaxe oder des Entlassungsmanagements. Auch ein Vergleich zwischen verschiedenen Abteilungen oder Institutionen kann anhand äußerer Normen erfolgen.

Die Daten müssen in standardisierter Form zur Verfügung stehen. Nur so ist es möglich, einen Vergleich auf der Grundlage einer großen Fallzahl durchzuführen. Doch auch wenn ein pflegebezogenes Patientenergebnis bei einer einzelnen Person evaluiert werden soll, ist dies auf der Grundlage von frei formulierten Angaben nur sehr schwer machbar. Zu groß ist die Gefahr, dass Unterschiedliches zueinander in Bezug gesetzt wird (Stemmer, im Druck).

Mittlerweile liegen eine Vielzahl von Klassifikationssystemen vor, die Pflegediagnosen, Pflegeinterventionen und Patientenergebnisse abbilden (Stemmer, 2006). Diese standardisierten Pflegesprachen bilden die Voraussetzung für eine edv-technische Verarbeitung relevanter Pflegedaten.

1.1.2 Entwicklung von Konzepten für ältere Menschen im Krankenhaus

Zu erwarten ist, dass die Struktur der im Krankenhaus behandelten PatientInnen sich dahingehend verändern wird, dass der Anteil der alten und chronisch-kranken PatientInnen weiterhin steigt. Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) prognostiziert eine deutliche Zunahme der über 80jährigen PatientInnen sowie eine starke Abnahme der unter 40jährigen. Es ist vorauszusehen, dass bis 2010 der relative Anteil der über 80Jährigen von 12,3 % in 2004 auf 14,1 % in 2010 steigt. Der Prozentsatz der 60-80Jährigen wird für 2010 mit 35,8 % angenommen. Damit liegt der prognostizierte Anteil der älteren PatientInnen in 2010 bei insgesamt 49,9 % (Offermanns & Müller, 2007). Die zu fokussierenden Aufgaben müssen diese Entwicklung berücksichtigen.

Prävention von krankenhausbekindeter Verschlechterung der körperlichen und kognitiven Funktionsfähigkeit

Die Abnahme funktionaler Fähigkeiten ist ein bedeutendes Problem bei älteren PatientInnen, die im Krankenhaus behandelt werden. Die Altersgrenze für die Zuordnung von Personen zu ‚älteren PatientInnen‘ variiert zwischen 65 (Counsell et al., 2000) und 70 Jahren (Inouye et al., 2000; Palmer, 1995).

Die Reduktion körperbezogener und kognitiver Funktionsfähigkeit gehört bei älteren PatientInnen zu den Hauptkomplikationen eines Krankenhausaufenthaltes. Bei 30-50 % der Personen in dieser Altersgruppe tritt während des Krankenhausaufenthaltes eine Abnahme ihrer funktionalen Fähigkeiten auf. Dieses ist verbunden mit einer Verlängerung der Krankenhausverweildauer, mit einer erhöhten Wiederaufnahmerate ins Krankenhaus, mit erhöhter Mortalität und einem gesteigerten Bedarf an professioneller Unterstützung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus (Fortinsky et al., 1999).

Die Gruppe der älteren PatientInnen ist häufig gekennzeichnet durch Multimorbidität verbunden mit der Einnahme zahlreicher Medikamente. Zugleich sind die noch verbliebenen Reserven eher gering. Insgesamt handelt es sich damit um eine Gruppe, die gegenüber potentiellen nachteiligen Effekten eines Krankenhausaufenthaltes eine größere Empfindlichkeit zeigt. Verschiedene Studien weisen darauf hin, dass die Gefahr iatrogenen Komplikationen bei älteren PatientInnen 3-5mal höher liegt als bei jüngeren Personen mit Behandlungs- und Pflegebedarf (Inouye et al., 2000; Palmer, 1995).

Die Zunahme der funktionalen Einschränkungen ist nicht unbedingt von dem medizinischen Problem abhängig, das den Grund für die Krankenhausaufnahme bildet. Funktionale Fähigkeiten können durch den Allgemeinzustand, durch Zusatzerkrankungen, Nebenwirkungen von Therapien oder Bettruhe beeinflusst werden. Verschiedene Aspekte eines Krankenhausaufenthaltes wie der Einsatz von Hilfsmitteln, zum Beispiel dem Dauerkatheter oder der Einsatz psychoaktiver Substanzen, können unmittelbar beeinträchtigend wirken (Hoogerduijn et al., 2007; Inouye et al., 2000; Palmer, 1995).

Neben körperbezogenen Einschränkungen bilden unter anderem Schlafstörungen, eingeschränkte Mobilität, sensorische Beeinträchtigungen wie Schwerhörigkeit sowie Mangelernährung und Dehydratation Risikofaktoren für die Entwicklung von kognitiven Beeinträchtigungen (Inouye et al., 2000). In einer umfangreichen an 13 deutschen Krankenhäusern durchgeführten Studie (n = 1073 an Universitätskliniken; n = 813 an Allgemeinkrankenhäusern) wurden 43 % der über 70jährigen PatientInnen als mangelernährt eingestuft. Ein höheres Alter erwies sich neben malignen Erkrankungen sowie Polypharmazie als signifikanter Risikofaktor für Mangelernährung (Pirlich et al., 2006).

Auf der Grundlage einer systematischen Literaturrecherche werteten Hoogerduijn et al. zehn Studien aus, die Prädiktoren für die Abnahme von funktionellen Fähigkeiten während des Krankenhausaufenthaltes untersuchten. Als Prädiktoren erwiesen sich das Alter, eine eingeschränkte kognitive Funktion, bereits bestehende Funktionseinschränkungen, Depression sowie die Dauer des Krankenhausaufenthaltes (Hoogerduijn et al., 2007).

Funktionale und kognitive Beeinträchtigungen erhöhen das Risiko für die Entwicklung von Abhängigkeiten bei der Durchführung der Aktivitäten des täglichen Lebens. Hieraus ergibt sich die Aufgabe einer fokussierten Einschätzung der älteren PatientInnen, um die Gefahr des Verlustes funktionaler Fähigkeiten zu erkennen und präventive Maßnahmen gezielt einsetzen zu können. Hoogerduijn et al. identifizieren in einer systematischen Recherche drei (englischsprachige) Assessmentinstrumente von mäßiger Qualität. Über deren Praktikabilität im klinischen Einsatz findet sich allerdings keine Aussage (Hoogerduijn et al., 2007).

Verschiedene Programme zielen darauf ab, die Funktionsfähigkeit zu erhalten bzw. eine Verschlechterung der Funktionsfähigkeit zu verhindern. Zwei Beispiele sind das ‚Hospital Elder Life Program (HELP)‘ (Inouye et al., 2000) sowie das ‚Acute Care for Elders (ACE)‘ (Counsell et al., 2000).

HELP wurde erstmals 1994 an dem Yale-New Haven Krankenhaus implementiert, in 2005 war dieses Programm an 17 weiteren Krankenhäusern eingeführt (Inouye et al., 2006).

Das HELP-Programm zielt insbesondere darauf ab, neu im Krankenhaus auftretende Verwirrtheit bei älteren PatientInnen zu vermeiden. Auf der Grundlage eines Assessments werden gefährdete PatientInnen dem Programm zugewiesen. Bei interdisziplinären Visiten wird der Zustand der Betroffenen eruiert und gegebenenfalls weitere Maßnahmen abgestimmt. Die frühzeitige Entlassungsplanung ist Teil des Programms.

Empfohlen wird ein Katalog von Maßnahmen, der gefährdete Personen bei der Orientierung unterstützen soll. Weitere Interventionen zielen darauf ab, Bewegung anzuregen, Kontakte herzustellen und für ausreichend Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr zu sorgen. An der Durchführung dieser Maßnahmen sind sowohl spezialisierte Pflegepersonen als auch geschulte Freiwillige beteiligt.

Das HELP-Programm wurde auf drei internistischen Stationen eingeführt und über einen Zeitraum von vier Jahren evaluiert. Im Ergebnis ließ sich feststellen, dass das Programm bei der Prävention von Verwirrtheit erfolgreich war. In einer kontrollierten Studie kam es in der Interventionsgruppe (n = 426) in 9.9 % der Fälle zu Verwirrtheit während dies in der Kontrollgruppe (n= 426), die die routinemäßige Betreuung und Pflege erhielten, bei 15 % der ProbandInnen gegeben war. Bei schon aufgetretener Störung ließen sich keine signifikanten Effekte nachweisen. Zudem kam es in der Interventionsgruppe zu einer Verbesserung des

Schlafverhaltens der PatientInnen bei gleichzeitiger Abnahme des Medikamentenverbrauchs (Inouye et al., 2000).

Im Gegensatz zu dem HELP-Programm, das beansprucht unter regulären Stationsbedingungen eingesetzt werden zu können, sieht das Programm ACE die Einrichtung einer speziell ausgestatteten Station für ältere PatientInnen vor. Dazu gehört beispielsweise ein Raum, der für gemeinsame Mahlzeiten oder mit BesucherInnen genutzt werden kann, die Auslegung der Böden mit Teppichboden, helle und blendfreie Beleuchtung sowie unverstellte Flure. Weitere Komponenten dieses Programms bestehen in der konsequenten Umsetzung einer patientenzentrierten Behandlung und Pflege, einer kritischen Überprüfung der Medikation sowie einer frühzeitigen Entlassungsplanung. Aufgenommen in dieses Programm wurden internistische PatientInnen, die voraussichtlich mehr als zwei Tage im Krankenhaus verbringen würden. Das Erstassessment wurde durch eine spezialisierte Pflegeperson für die geriatrische Pflege (mit der Qualifikation einer 'Advanced Practice Nurse' [APN]⁵ [zu APN siehe auch Kap. II 1.4.6]) durchgeführt. Die interdisziplinäre Einschätzung des weiteren Unterstützungs- und Pflegebedarfs erfolgte im Rahmen gemeinsamer Visiten. Zum Team gehören neben pflegerischem und medizinischem Personal je nach Bedarf unter anderem auch SozialarbeiterInnen, DiätassistentInnen und PhysiotherapeutInnen. Das ACE-Programm wurde in einer randomisierten und kontrollierten Studie (Randomised Controlled Trial [RCT]) auf einer 34-Betten-Station einer Akutklinik getestet. Die Datenerhebung erfolgte bei Aufnahme und Entlassung sowie 1, 3, 6 und 12 Monate nach der Entlassung. Die Interventionsgruppe umfasste 767, die Kontrollgruppe 764 ProbandInnen.

In der Auswertung zeigten sich deutliche Unterschiede in der Prozessqualität. In der Interventionsgruppe fanden sich unter anderem mehr aktivitätsfördernde Maßnahmen im Pflegeplan, weniger Bettruhe, weniger Fixierungen, häufigere Verordnung von Physiotherapie sowie eine frühzeitigere Entlassungsplanung.

Die auf der Grundlage von Selbstaussagen beruhenden Werte der funktionalen Fähigkeiten differierten zum Zeitpunkt der Entlassung nicht signifikant zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe. Erst in der gemeinsamen Auswertung von funktionalen Veränderungen und dem Kriterium ‚Verlegung in ein Altenheim‘ zeigt sich eine positive Auswirkung des Interventionsprogrammes. Die Zufriedenheit mit dieser Form der Behandlung und Pflege war bei den PatientInnen, den Angehörigen, den Pflegenden und den ÄrztInnen signifikant bes-

⁵ In der Literatur werden die Bezeichnungen Advanced Practice Nursing (APN) und Advanced Nursing Practice (ANP) nicht eindeutig voneinander abgegrenzt. Die gemeinsame Schnittmenge liegt in einer Erweiterung der Aufgaben- und Handlungsfelder (u.a. für Aufgaben, die ursprünglich der Medizin zugeordnet waren), wobei die Pflegefachperson initiiert, leitend und beratend tätig ist (Bryant-Lukosius et al., 2004). Im Folgenden wird jeweils die in der Quelle benutzte Bezeichnung übernommen. (Zum Thema ‚erweiterte Pflegepraxis‘ siehe Kap. II 1.4.6)

ser als in der Kontrollgruppe. Die Verweildauer und die Kosten waren in der Interventions- und der Kontrollgruppe annähernd identisch (Counsell et al., 2000).

Gemeinsam ist beiden Programmen, dass sie auf interdisziplinärer Zusammenarbeit beruhen und auf eine frühzeitige Entlassungsplanung aufbauen. Darüber hinaus kommt in beiden Programmen auf Master-Niveau qualifizierten Pflegenden eine Schlüsselrolle beim Assessment des Gefährdungspotentials sowie bei der Steuerung des Programms zu. In methodischer Hinsicht muss einschränkend berücksichtigt werden, dass die Überprüfungsergebnisse auf Daten beruhen, die jeweils nur in einer Einrichtung erhoben wurden.

Neben den hier vorgestellten Programmen existieren weitere wie beispielsweise das ‚Nurses Improving Care for Health System Elders [NICHE]), das darauf abzielt die Schaffung von Strukturen zu unterstützen, die eine auf die spezifische Klientel ausgerichtete Behandlung und Pflege implementieren können (Hartford Institut for Geriatric Nursing, 2007).

In Deutschland liegen erste Studien vor, die die Erfahrungen älterer Menschen in Akutkliniken untersuchen (Deck, 2002). Es wurden aber keine Programme gefunden, die in Deutschland in Akutkrankenhäusern auf einer Normalstation gezielt eingesetzt werden, um den besonderen Bedürfnissen älterer PatientInnen gerecht zu werden und damit unter anderem einer eventuellen Verlängerung der Verweildauer vorzubeugen.

1.1.3 Information, Schulung und Beratung von PatientInnen und Angehörigen

Die professionelle Zielsetzung, Selbstständigkeit und Autonomie zu fördern, sowie die Anstrengungen zur weiteren Verkürzung des Krankenhausaufenthaltes erfordern, dass die PatientInnen und eventuell deren Angehörige informiert, geschult und beraten werden, um sich aktiv am Behandlungsgeschehen beteiligen zu können. Unter Information ist die Weitergabe von Wissen und Kenntnissen zu verstehen, Schulungen umfassen darüber hinaus das Einüben von spezifischen Fähigkeiten, wohingegen Beratung auf die Änderung von Einstellung und Verhalten abzielt und bei individuellen Ängsten oder der emotionalen Befindlichkeit ansetzt (Devine & Cook, 1986).

Die Zielsetzung von Information, Schulung und Beratung im Krankenhaus besteht darin die PatientInnen zu befähigen, aktiv am Behandlungsgeschehen mitzuwirken sowie die Selbstmanagementfähigkeiten zu erhöhen, um nach der Entlassung selbstständig noch bestehenden Pflegebedarf einschätzen zu können und ggf. pflegerische Tätigkeiten zu übernehmen.

Allerdings zeigen verschiedene große Studien, dass ein beachtlicher Anteil der PatientInnen einer Beteiligung an der Behandlungsentscheidung keine große Bedeutung beimisst, ihr eher skeptisch gegenüber steht oder diese sogar ganz ablehnt. Joffe befragte chirurgische und internistische PatientInnen sowie Wöchnerinnen nach der Entlassung. Beteiligt waren ProbandInnen, die in 51 unterschiedlichen Einrichtungen in Massachusetts behandelt beziehungsweise betreut wurden. Die Anzahl der ausgewerteten Antworten betrug 12680. Es zeigte sich, dass das Gefühl mit Respekt und Würde behandelt zu werden sowie das Vertrauen in die Kompetenz der Professionellen von größerer Bedeutung für eine positive Bewertung des Krankenhausaufenthaltes war als die Beteiligung an Behandlungsentscheidungen (Joffe et al., 2003). In einer Schweizer Studie beantworteten 1040 PatientInnen einen Fragebogen, der ihnen zwei Wochen nach einem Aufenthalt in einer Universitätsklinik zugesandt wurde. 65,6 % der Antwortenden bestätigen die Aussage, dass die Behandlungsentscheidungen komplett von ärztlicher Seite getroffen werden sollten. Immerhin 79,1 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer gehen davon aus, dass dem ärztlichen Rat zu folgen sei, auch wenn die Patientin oder der Patient von dieser Empfehlung nicht vollständig überzeugt ist (Langewitz et al., 2006). Hier zeigt sich, dass Beratungsbedarf im Sinne einer Stärkung des Mutes hin zu mehr Partizipation groß ist.

Pieper et al. unterstreichen als Ergebnis eines integrativen Literaturreviews den Bedarf von chirurgischen PatientInnen nach Information, Schulung und Beratung als Vorbereitung auf die Entlassung. Fragen der PatientInnen betreffen unter anderem die Wundversorgung, das Schmerzmanagement, den erlaubten Aktivitätsgrad sowie das Erkennen von und das Verhalten bei eventuellen Komplikationen (Pieper et al., 2006).

Devine und Cook untersuchen in einer Metaanalyse von 102 Studien die Effekte von Information, Schulung und Beratung bei erwachsenen chirurgischen PatientInnen auf die Genesung, auf Schmerzen sowie auf Wohlbefinden und Zufriedenheit. Für alle vier Outcome-Variablen fanden sich statistisch zuverlässige Belege für die positiven Auswirkungen von Information, Schulung und Beratung. Als Einschränkung für die Aussage bezüglich der Variable ‚Zufriedenheit‘ ist die geringe Anzahl der ProbandInnen zu werten, deren Zufriedenheit erfragt wurde.

Die AutorInnen weisen darauf hin, dass Pflegende nur dann regelmäßig Information, Schulung und Beratung anbieten und durchführen können, wenn entsprechende Ressourcen zur Verfügung stehen. Dazu gehört die Qualifizierung der Pflegepersonen, die Einrichtung eines Zeitbudgets für Information, Schulung und Beratung sowie die Entwicklung und Herstellung von Informationsmaterial (Devine & Cook, 1986).

Positive Auswirkungen präoperativer Schulungen und Trainings für den postoperativen Behandlungsverlauf konnten ebenfalls in einem systematischen Review bei PatientInnen mit Knie- und Hüftgelenksplastiken belegt werden. Gezielte Schulungen und Trainings führten zu einer Reduktion der Verweildauer beziehungsweise zu einem verbesserten Zustand zum Zeitpunkt der Entlassung (Coudeyre et al., 2007) .

Information, Schulung und Beratung von PatientInnen geschieht in Deutschland bislang nur in unzureichendem Umfang. Auch der Sachverständigenrat mahnt, die Partizipation und Eigenverantwortung der PatientInnen zu stärken (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2007). Das Krankenpflegegesetz (KrPflG) 2003 nennt „Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit“ (Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz - KrPflG), 2003) als Aufgabe von Pflegenden, die eigenverantwortlich von Pflegepersonen durchzuführen ist.

Die Bedeutung von PatientInnen- bzw. Angehörigengesprächen wird in den Expertenstandards des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege aufgegriffen (DNQP). Alle bislang in Deutschland konsentierten Expertenstandards schreiben die Durchführung von Information, Schulung und Beratung vor (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), 2007) .

Es zeigt sich aber, dass Information, Schulung und Beratung nicht quasi automatisch zum gewünschten Erfolg führen. In einem systematischen Review, das neben der Beratung von SchmerzpatientInnen unter anderem auch das Schmerzassessment sowie ein computerunterstütztes Entscheidungsfindungsverfahren untersuchte, fand sich sowohl eine Zunahme der Patientenzufriedenheit im Zusammenhang mit Information, Schulung und Beratung als auch eine Verbesserung der Schmerzdokumentation. Jedoch konnten keine konsistenten positiven Auswirkungen auf das Ausmaß der Schmerzen nachgewiesen werden. Allerdings standen für die Auswertung überwiegend kleinere Studien zur Verfügung (Goldberg & Morrison, 2007).

Die Ergebnisse von Information, Schulung und Beratung verbessern sich, wenn zusätzlich zum Gespräch schriftliche Materialien zur Verfügung gestellt werden. Ein Cochrane-Review wertet zwei RCTs aus, in denen Eltern einmal nur mündlich und zum anderen mündliche und schriftliche Informationen zur Vorbereitung der Entlassung ihrer Kinder erhielten. Im Ergebnis führte die kombinierte Information zu einem signifikant besseren Wissensfundus der Eltern hinsichtlich der weiteren Pflege-, Betreuungs- und Versorgungsbedürfnisse ihrer Kinder im

Vergleich zu der nur mündlichen Informationsweitergabe. Dabei konnte der positive Effekt auf die formalisierten und standardisierten Informationen des schriftlichen Materials zurückgeführt werden und nicht nur allein auf die Tatsache, dass es sich um schriftliches Informationsmaterial handelte. Bei der Erstellung von Informationsmaterial wird es als günstig erachtet, potentielle KundInnen (zum Beispiel PatientenvertreterInnen oder Selbsthilfegruppen) einzubeziehen (Johnson et al., 2003).

1.2 Management der Prozesse

Im Zuge der Veränderungen im Gesundheitswesen ist eine weitere Reduktion der Klinikverweildauer zu erwarten. Ernst & Young nehmen auf der Grundlage eines Expertenszenarios für 2020 eine Klinikverweildauer für AkutpatientInnen von vier Tagen an (Böhlke et al., 2005). Dies ist nur bei einer Konzentration auf die zentrale Fragestellung sowie durch eine optimale Abstimmung der einzelnen Prozessschritte zu erreichen. Des Weiteren sind die Potenziale der vor- und nachsorgenden Strukturen auszuschöpfen beziehungsweise die Übergänge zwischen den Versorgungseinheiten fließender zu gestalten.

1.2.1 Versorgungsmanagement

Eine zentrale Schwachstelle eines effektiven Prozessmanagements besteht in der oft nicht optimalen Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen im Krankenhaus, insbesondere zwischen Pflegenden und ÄrztInnen (siehe Kap. II 1.3.2).

Angesichts häufig ungeklärter Schnittstellen, einem uneinheitlichen Personalmanagement und berufspolitischer Interessen empfehlen Dahlgaard et al. eine abgestimmte, transparente und konsequente Arbeitsteilung. Unter Beachtung der ärztlichen Gesamtverantwortung sehen sie Möglichkeiten der Neuverteilung von Aufgaben, damit verbundenen Kompetenzen und Verantwortung im Hinblick auf ein koordiniertes und kooperatives Prozessmanagement. Ein erster Schritt besteht in der Schaffung einer zentralen Verantwortung für das Prozessmanagement. Dieses umfasst die gesamte Krankenhausversorgung - nicht nur die ärztliche Behandlung oder die pflegerischen Leistungen - und ist im Sinne eines Versorgungsmanagements zu verstehen.

Da ÄrztInnen einen eher geringen Handlungsanteil am Prozess haben und zugleich über knappe Zeitressourcen verfügen, ist die Übernahme der Steuerungsfunktion durch diese Berufsgruppe kaum sinnvoll. Pflegepersonen sind demgegenüber auch heute schon diejenigen, die um die Koordination der Prozessschritte bemüht sind. Allerdings verfügen sie der-

zeit häufig nicht über die erforderlichen Entscheidungskompetenzen, um den Prozess effektiv steuern zu können. Das Konzept des kooperativen Prozessmanagements sieht vor, das operative Management der Versorgungsprozesse weitgehend VertreterInnen der Berufsgruppe der Pflegenden auf Dauer zu übertragen. Für die Pflege erweitert sich damit das Aufgabenfeld. Es geht nicht mehr nur um das Management der Pflege, sondern als VersorgungsmanagerIn nimmt die verantwortliche Pflegefachperson nun alle Prozessanteile in den Blick und steuert und sichert den Prozessverlauf selbständig innerhalb eines definierten Gesamtrahmens (Dahlgaard et al., 2007). Da an dem Prozess eine Vielzahl von AkteurInnen beteiligt sind, muss die für die Prozesssteuerung verantwortliche Person mit ausreichenden Entscheidungskompetenzen ausgestattet sein, ansonsten kann sie ihrer Aufgabe nicht nachkommen. Am Beispiel des Entlassungsmanagements würde dies bedeuten, dass die Pflegeperson die Entlassung plant und den Zeitpunkt mitbestimmt und dieser nicht mehr allein von ärztlicher Seite vorgeschrieben wird (Bartholomeyczik, 2007b).

Ein solches kooperatives Prozessmanagement erfordert eine weitgehende Änderung sowohl der konkreten Form als auch der Kultur der Zusammenarbeit. Zum einen muss der Rahmen abgesteckt werden, innerhalb dessen sich die Prozessmanagerin bzw. der Prozessmanager bewegen kann. Hier bedarf es grundsätzlicher Regelungen zwischen der ärztlichen Leitung und der Pflegedirektion. Darüber hinaus sollten Wege vereinbart werden, die die inhaltlichen Entscheidungen vorbereiten.

Die Abstimmung sowohl der einzelnen Prozessschritte als auch der Handlungsfolgen innerhalb der Prozessschritte kann über verschiedene Instrumente erfolgen. Zahlreiche Studien belegen die positiven Effekte von Leitlinien und Behandlungspfaden auf den Prozessablauf und die Ergebnisse (Smith & Hillner, 2001). Unter Leitlinien ist eine systematisch entwickelte Aussage zu verstehen, die das Ziel hat, die professionelle Entscheidungsfindung über die geeignete Vorgehensweise bei speziellen klinischen Fragestellungen zu unterstützen (IOM zit. n. Thomas et al., 2000). In einem Cochrane –Review finden sich nicht nur Hinweise, dass der Einsatz von Leitlinien die Abstimmung der pflegebezogenen Prozesse verbessert, sondern auch, dass Leitlinien ebenfalls geeignet sind, die Umverteilung von Rollen (zum Beispiel die Übernahme bislang ärztlicher Leistungen durch qualifizierte Pflegenden) zu unterstützen (Thomas et al., 2000). Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hebt in seinem aktuellen Gutachten die Bedeutung von interprofessionellen Leitlinien für die Neuordnung der Aufgabenteilung hervor (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2007).

Neben Leitlinien werden klinische Behandlungspfade zur Unterstützung des Prozessablaufes eingesetzt. Teilweise synonym werden die Begriffe ‚care pathway‘, ‚clinical pathway‘, ‚critical pathway‘, ‚CareMapsTM‘ verwendet (Kwan, 2007). Hinter diesen Begriffen verbergen sich

teilweise voneinander abweichende Konzepte. Als Gemeinsamkeit lässt sich jedoch festhalten:

- Es handelt sich um Behandlungs- und Pflegepläne.
- Sie werden von einem multiprofessionellen Team entwickelt und eingesetzt.
- Sie umfassen das Assessment, die Diagnose und die Behandlung (Kwan, 2007).
- Zu ihren Bestandteilen gehört darüber hinaus die Entlassungsplanung und die erwünschten Ergebnisse (Renholm et al., 2002).

Im Folgenden werden die Begriffe ‚klinische Behandlungspfade‘ oder ‚Behandlungspfade‘ benutzt. Die Unterschiede in dem Verständnis und der Umsetzung von klinischen Pfaden erschwert eine zusammenfassende Bewertung der vorliegenden Untersuchungen. Es finden sich positive und negative Effekte des Einsatzes von Behandlungspfaden. Ein Cochrane-Review zum Einsatz von Behandlungspfaden bei akutem Schlaganfall fand positive Auswirkungen hinsichtlich der Vermeidung von Komplikationen (zum Beispiel Harnwegsinfektionen) und der zuverlässigen Durchführung diagnostischer Maßnahmen. Auch war die Anzahl der Wiederaufnahmen signifikant reduziert. Allerdings zeigten jene Patientengruppen, deren Behandlung und Pflege entlang eines Behandlungspfades erfolgte, zum Zeitpunkt der Entlassung deutliche geringe Werte bei den funktionalen Fähigkeiten. Auch waren die PatientInnen beziehungsweise ihre Angehörigen weniger zufrieden mit der Behandlung und Pflege als die PatientInnen in den Gruppen, die behandlungs-pfadunabhängig betreut wurden (Kwan et al., 2004). Eine Literaturüberprüfung zur Auswirkung von klinischen Behandlungspfaden in der Pädiatrie gibt Hinweise darauf, dass ihr Einsatz zu einer Reduktion der Verweildauer führen kann (Banasiak & Meadows-Oliver, 2004).

Die Zuweisung der Prozesssteuerung zu einem expliziten Ansprechpartner aus der Berufsgruppe der Pflegenden bedarf der organisatorischen Umsetzung. Hier bietet sich das Pflegesystem des Primary Nursing an (Manthey, 2005). Die primäre Bezugspflegeperson ist geeignet das individuumsbezogene Case Management (CM) zu übernehmen. Zusätzlich sollte CM auf der Systemebene durchgeführt werden (siehe Kap. II 2.2.1).

1.2.2 Prozessoptimierung

Vielfach kommt es im Prozess der Leistungserbringung bei Diagnostik und Therapie zu dysfunktionalen Unterbrechungen, zeitraubenden Abstimmungsprozessen und Wartezeiten.

Bei den Maßnahmen zur Optimierung der Prozesse im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes spielt die Aufnahmesituation eine besondere Rolle. Der Prozessablauf kann verbessert wer-

den, wenn beispielsweise orientiert an Leitlinien eine Ersteinschätzung sowie die Anordnung von ersten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen durch qualifizierte Pflegepersonen erfolgt.

Untersucht wurden verschiedentlich die Konsequenzen der Anordnung erster diagnostischer Maßnahmen in der Aufnahme durch Pflegepersonen (triage nurses). Eine britische randomisierte und kontrollierte Studie (n = 675) fragte nach der Auswirkung auf die Zeitdauer des Aufnahmeverfahrens, wenn Pflegepersonen die Notwendigkeit einer Röntgenaufnahme einschätzen und diese anordnen, bevor die erkrankte Person vom ärztlichen Dienst gesehen wird. In der Auswertung zeigte sich eine Reduktion der Zeitdauer von durchschnittlich 36 %. In diese Studie waren keine lebensbedrohlich erkrankten PatientInnen einbezogen (Lindley-Jones & Finlayson, 2000).

Eine kanadische Studie (n = 127), die ebenfalls als RCT angelegt war, untersucht die zeitlichen Auswirkungen der Anordnung von Röntgenaufnahmen bei Verletzungen am Fußgelenk oder am Fuß durch qualifizierte Pflegepersonen. Die Pflegepersonen entschieden auf der Grundlage von Leitlinien, ob eine Röntgenaufnahme erforderlich war. Im Anschluss daran wurden die PatientInnen von ärztlicher Seite untersucht und gegebenenfalls therapiert. Bei der Entscheidung, ob eine Röntgenaufnahme erforderlich war oder nicht, gab es eine große Übereinstimmung zwischen der Entscheidung der Pflegenden und der Einschätzung der ÄrztInnen. Nur bei drei PatientInnen, bei denen die Pflegeperson eine Röntgenaufnahme nicht für erforderlich hielt, wurde nachträglich von ärztlicher Seite eine radiologische Untersuchung angeordnet. Allerdings kam es nicht zu der erwarteten Verkürzung des Aufnahmeverfahrens. Die AutorInnen führen dies auf Wirkfaktoren zurück, die unabhängig von der Entscheidung zur Durchführung der Röntgenaufnahme liegen. Denn es gab in dieser Studie eine längere Wartezeit, bis die PatientInnen schließlich vom ärztlichen Dienst gesehen wurden (Fan & Woolfrey, 2006). Dieses Ergebnis zeigt einmal mehr, dass es zur Prozessbeschleunigung eines Gesamtkonzeptes bedarf, weil die Wirkung prinzipiell sinnvoller Einzelmaßnahmen sich andernfalls nicht entfalten kann.

Eine kleine britische Studie (n = 91) untersuchte die Initiierung einer Thrombolyse bei akutem Myocardinfarkt durch speziell qualifizierte Pflegefachpersonen. Es kam zu einer Reduktion der Zeitspanne zwischen Eintreffen der PatientInnen in der Aufnahme und dem Beginn der Thrombolyse im Vergleich zum ansonsten durchgeführten Fast Track-System (Heath et al., 2003).

Zu den Maßnahmen, die kurzfristig auch im deutschen System der Prozessbeschleunigung dienen können, gehört beispielsweise im Rahmen der postoperativen Überwachung ein von Pflegenden selbständig zu entscheidender Überwachungsmodus einschließlich der Bewertung von Labordaten und gegebenenfalls Anordnung von Laborkontrollen. Im Bereich der

Therapie scheint es sinnvoll, dass Pflegende Entscheidungs- und Handlungsspielraum unter anderem zu Aspekten des Schmerzmanagements, zum Wundmanagement oder zur Weiterbehandlung von PatientInnen mit bekanntem Diabetes mellitus erhalten (Stratmeyer, 2007).

1.2.3 Entlassungsmanagement und nachsorgende Strukturen

Eine weitere Reduktion der Verweildauer ist ohne ein konsequentes Entlassungsmanagement nicht erreichbar. Das GKV- Wettbewerbsstärkungsgesetz (Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV- Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV - WSG)., 2007) verpflichtet die Leistungserbringer im Zuständigkeitsbereich des SGB V ein Entlassungsmanagement anzubieten. Eine Schweizer Studie untersuchte den Zeitpunkt der Entlassung von PatientInnen, die 75 Jahre oder älter waren und fand bei 34,7 % eine verzögerte Entlassung. Meist handelte es sich um PatientInnen, die alleine lebten, funktionelle Einschränkungen hatten und eine eher depressive Stimmungslage aufwiesen (Ingold et al., 2000).

Im Jahr 2002 verabschiedete das DNQP den Expertenstandard ‚Entlassungsmanagement in der Pflege‘ (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), 2002). Allerdings verfügen auch fünf Jahre nach Einführung dieses Expertenstandards noch immer 45,5 % der Krankenhäuser über keinerlei schriftliche Standards zum Entlassungsmanagement (Blum et al., 2007). Zu Zielsetzung, Verfahren und Forschungsstand von Entlassungsmanagement wird auf den Sonderdruck zum Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege verwiesen (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), 2002).

Verschiedene Verfahren und Maßnahmen zielen darauf ab, den Übergang der PatientInnen vom Krankenhaus in das häusliche Umfeld oder in eine weitere Institution zu unterstützen. So wurden Konzepte entwickelt und erprobt, bei denen PatientInnen vollen Zugang zu pflegerischen Leistungen haben, die medizinischen Betreuungsleistungen aber reduziert sind. Ein Cochrane-Review untersuchte auf der Grundlage von zehn randomisiert-kontrollierten oder quasi-randomisiert-kontrollierten Studien (n = 1896) die Auswirkungen eines Konzepts, das vorsieht, die Leitung einer Einheit innerhalb einer Akutklinik Pflegepersonen zu übertragen und ÄrztInnen nur konsiliarisch hinzuzuziehen (Nursing-Led-Inpatient-Units [NLU]). Insbesondere ältere PatientInnen in der postakuten Phase wurden auf diese Einheiten aufgenommen, um sie besser auf die Entlassung vorbereiten zu können. In der Metaanalyse zeigten sich keine statistisch signifikanten Effekte der Mortalitätsrate im Krankenhaus oder der 3- oder 6-Monate-Mortalität. Aber in qualitativ hochwertigen Studien zeigte sich eine nicht-

signifikante Erhöhung der Mortalitätsrate während des Krankenhausaufenthaltes. Bei der Entlassung war der funktionale Status jener PatientInnen besser, die auf der NLU betreut wurden; auch konnte ein höherer Anteil der PatientInnen nach Hause entlassen werden, während PatientInnen in traditionellen Settings der Akutpflege häufiger in Pflegeinstitutionen (zum Beispiel Pflegeheime) wechselten. Jedoch war die Verweildauer in den NLUs nahezu signifikant erhöht. In den Studien aus Großbritannien waren die Kosten der NLUs im Vergleich zur traditionellen Organisation einer Station erhöht, in den United States of America (USA) erniedrigt. Zusammenfassend weisen die Ergebnisse darauf hin, dass PatientInnen, die auf einer NLU betreut und versorgt werden, besser auf die Entlassung vorbereitet sind. Jedoch ist nicht auszuschließen, dass allein die höhere Verweildauer daran einen bedeutenden Anteil hat (Griffiths et al., 2007).

Die Bedeutung nachsorgender Angebote wurde am Beispiel der chronischen Herzinsuffizienz überprüft. In einem Cochrane-Review fanden sich Hinweise, dass ein Monitoring nach der Entlassung (beispielsweise durch telefonische Nachfragen oder Hausbesuche) zu einer Reduktion der Wiederaufnahmerate führte. Das Monitoring wurde in den meisten Studien durch spezialisierte Pflegepersonen erbracht (Taylor et al., 2005).

Weitere Potentiale sind im Sinne einer integrierten Versorgung (siehe Kap. II 2.2.5) zu prüfen. Die Auswirkungen nachsorgender Strukturen lassen sich an dem Beispiel der Versorgung von PatientInnen mit einem akuten Schlaganfall illustrieren. In einem Cochrane-Review, das elf Studien mit insgesamt 1597 PatientInnen umfasst, konnte gezeigt werden, dass der Einsatz von ambulanten Rehabilitationsteams bei PatientInnen mit leichtem bis mäßig schweren Einschränkungen eine signifikante Reduktion der Verweildauer erlaubt. Die Werte für den Grad der Unabhängigkeit bei der Durchführung der Aktivitäten des täglichen Lebens waren zum Zeitpunkt der Zweiterhebung, in der Regel 6 oder 12 Monate nach dem Geschehen, besser als bei den PatientInnen, deren Rehabilitation im Rahmen eines stationären Aufenthaltes durchgeführt wurde.

In allen Studien war das Rehabilitationsteam multiprofessionell zusammengesetzt. Zum Team gehören ÄrztInnen, Pflegepersonen, LogopädInnen, PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen, evtl. SozialarbeiterInnen mit spezieller Qualifikation im Bereich der neurologischen oder allgemeinen Rehabilitation. Die Arbeit im Team wurde bei wöchentlichen Besprechungen abgestimmt, die fallbezogenen Leistungen durch eine Case Managerin bzw. einen Case Manager koordiniert.

Typischerweise enthält dieser Ansatz die frühe Identifikation geeigneter PatientInnen im Krankenhaus, einen Besuch von der Case Managerin bzw. vom Case Manager des Rehabilitationsteams im Krankenhaus und eine Inspizierung des häuslichen Umfeldes schon vor der

Entlassung. Die ambulanten Rehabilitationsteams sind teilweise an Krankenhäuser angegliedert (Early Supported Discharge Trialists, 2005).

1.3 Zusammensetzung des (Pflege-)Personals im Krankenhaus

Zukünftig ist auch in Deutschland von einer abgestuften Qualifikation innerhalb der Gruppe der Pflegenden auszugehen. Zu differenzieren sind Pflegendе mit Promotion, mit einem Master-Abschluss, mit einem Bachelor-Abschluss sowie mit einer drei, evtl. zwei- und einjährigen Ausbildung. Eine zusätzliche Differenzierung ergibt sich durch die Fachweiterbildungen, die sich an eine dreijährige Ausbildung anschließen können. Daneben ist zu erwarten, dass neue Berufs- und Tätigkeitsprofile entstehen werden.

Dieser Trend ist international zu beobachten. Die Entwicklung hin zu unterstützenden Assistenzberufen einerseits und hochqualifizierten Pflegefachpersonen andererseits findet sich unter anderem in Großbritannien, Irland, den Niederlanden, der Schweiz, Kanada, Australien, Neuseeland und den Vereinigten Staaten. Die Entwicklung und Umsetzung dieser differenzierenden Qualifikationsprofile zielt darauf ab, die Flexibilität des Personals zu erhöhen sowie die Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams zu unterstützen. Um die Arbeit des Teams fruchtbar werden zu lassen, müssen neue Formen der Zusammenarbeit entwickelt und nicht nur eine Berufsgruppe (zum Beispiel ÄrztInnen) partiell durch eine andere (zum Beispiel Pflegefachpersonen) ersetzt werden (Buchan & Calman, 2005).

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen greift die internationale Diskussion auf und fordert eine flexible und entwicklungsfähige Gestaltung der Berufsrollen im Gesundheitswesen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2007).

Hier sind drei Fragen zu unterscheiden:

- Wie ist das optimale quantitative und qualitative Verhältnis zwischen den an der Behandlung und Pflege beteiligten Personen?
- Wie sollten die Aufgaben und Zuständigkeiten zwischen den Beteiligten verteilt werden?
- Wie ist die Zusammenarbeit zwischen den Beteiligten zu organisieren?

1.3.1 Zum optimalen quantitativen und qualitativen Verhältnis zwischen den an der Behandlung und Pflege beteiligten Personen

Der World Health Organization (WHO)-Report 2000 weist darauf hin, dass es zu den zentralen Herausforderungen in der Zukunft gehören wird, die richtige Zusammenstellung von Gesundheitspersonal herauszufinden (World Health Organization, 2000). Häufig wird in diesem Zusammenhang der Begriff ‚Skill Mix‘ benutzt. Allerdings gibt es kein einheitliches Verständnis dieses Terminus.

‚Skill Mix‘ wird eingesetzt im Sinne von

- Mischungsverhältnis der unterschiedlichen Stellen einer Abteilung oder Institution
- Kombination von Qualifikationen / Fähigkeiten, die einer organisatorischen Einheit zur Verfügung stehen
- Kombination von Aktivitäten, die jede Rolle umfasst (in Abgrenzung zur Kombination unterschiedlicher Berufe).

Damit bezieht sich dieser Begriff sowohl auf die Zusammensetzung innerhalb einer Berufsgruppe zum Beispiel der Pflegenden als auch auf die berufsgruppenübergreifende Verteilung der Arbeitsplätze zum Beispiel zwischen Pflegepersonen und ÄrztInnen (Buchan & O'May, 2000). Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) versteht unter Skill Mix die Zusammensetzung des Personals, das in der Pflege tätig ist, hinsichtlich unterschiedlicher Qualifikationen (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, 2006). Im Weiteren wird der Begriff Skill Mix im Sinne des IQWiG eingesetzt, wobei die erweiterte Pflegepraxis (siehe Kap. II 1.4.6) in das Verständnis mit aufgenommen wird.

Im Auftrag der WHO wurden zwei Literaturrecherchen, die einmal den Zeitraum von 1986 bis 1996 und dann den Zeitraum von 1996 bis 2000 umfassen, durchgeführt. Zielsetzung war die Darstellung der Gründe für die Umverteilung der Aufgabenkomplexe sowie die Klärung der Auswirkungen der jeweiligen Konzepte. In beiden Reviews wurden nur englischsprachige Artikel ausgewertet. Zwischen dem ersten und dem zweiten Reviewzeitraum verdoppelte sich die Anzahl der Publikationen und reflektiert damit das zunehmende Interesse an der Fragestellung. Als Begründungen für eine Umverteilung von Aufgaben im Gesundheitswesen wurden der Mangel an Pflegepersonen, Kostenbeschränkungen, Qualitätsverbesserungen, technische Innovationen, neuartige Programme im Gesundheitssektor sowie Reformen im Gesundheitssektor genannt (Buchan & Dal Poz, 2002). Da in die Auswertung sowohl Studien, die in Akutkrankenhäusern durchgeführt wurden, als auch Studien, die die Auswirkungen einer Aufgabenneuverteilung im ambulanten Bereich sowie in der Langzeitpflege untersuchen, einbezogen wurden, wird an dieser Stelle auf die Ergebnisse nicht näher eingegangen.

Als Kriterien für die Zulässigkeit der Aufgabenverteilung zwischen den Professionen und innerhalb der Professionen, Berufsgruppen und der weiteren Beteiligten müssen die Sicherheit der PatientInnen, die Arbeitsbelastungen für die MitarbeiterInnen sowie die organisationsbezogenen Ergebnisse gelten (International Council of Nurses, 2006).

Für die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen dem Skill Mix und den klinischen und weiteren (zum Beispiel ökonomischen) Ergebnissen sind aus methodischer Sicht randomisierte Untersuchungen oder zumindest quasi-experimentelle Untersuchungen wünschenswert. Diese sollten begleitet werden von qualitativen Studien um zu evaluieren, warum und wie die Veränderungen in der Zusammensetzung der Pflegepersonen die (PatientInnen-) Ergebnisse beeinflussen. Leider wurde nicht eine einzige Studie von dieser Qualität gefunden. Der überwiegende Teil der Studien sind Querschnittstudien, die Krankenhausdaten oder große Datenmengen von Gesellschaften auswerten mit dem Ziel, Korrelationen zwischen der einen Messgröße, zum Beispiel der Art der Zusammensetzung des Pflegepersonals und der zweiten Messgröße, zum Beispiel der Mortalität, zu untersuchen. Hier einzuordnen sind die häufig zitierten Studien von Aiken et al. (Aiken et al., 2003), Needleman et al. (Needleman et al., 2002b) und Blegen & Vaughn (Blegen & Vaughn, 1998).

Blegen & Vaughn werten die Daten von 39 Stationen (chirurgische, internistische und Intensivstationen) aus elf Krankenhäusern aus. Sie finden ein signifikantes inverses Verhältnis zwischen Medikamentenfehlern und dem Anteil von registrierten Pflegepersonen (bis zu einem Anteil registrierter Pflegepersonen von 85 %) (Blegen & Vaughn, 1998). Needleman et al. kommen auf der Grundlage der Daten von 799 Krankenhäusern aus 11 US-amerikanischen Bundesstaaten zu einem differenzierten Ergebnis. Als Maß für die Pflegekapazität wird die Anzahl der Arbeitsstunden von Pflegepersonal je Pflergetag⁶ eingesetzt. Im Mittel betrug die Anzahl der Stunden je Pflergetag 11,4, wovon 7,8 Stunden von registrierten Pflegenden (RN), 1,2 Stunden von Licensed Practical Nurses (LPNs) und 2,4 Stunden von Pflegeassistenten (Nurses' Aides) erbracht wurden (zu den US-amerikanischen Qualifikationsabstufungen siehe Kap. II 1.4.5).

Bezogen auf internistische PatientInnen finden die Forscher einen signifikanten Zusammenhang zwischen einem proportional höheren Anteil von durch RN erbrachten Stunden (beziehungsweise einer erhöhten absoluten Anzahl von RN-Stunden) und einer Verkürzung der Verweildauer, geringeren Raten von Harnwegsinfektionen und oberen gastrointestinalen Blutungen. Ein höherer Anteil an durch RN erbrachten Stunden war darüber hinaus assoziiert mit einer geringeren Pneumonierate sowie einer reduzierten Rate des Indikators ‚verspätete Hilfe im Notfall‘. Bei chirurgischen PatientInnen zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen einer höheren Anzahl von RN-Stunden und einer Verringerung der verspäteten Hilfe im Notfall (Needleman et al., 2002a).

⁶ Zur Berechnung eines Pflergetages:(Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, 2006).

Diese in den USA durchgeführten Studien benutzen die Daten der American Hospitals Association (AHA) zur Erhebung der Pflegepersonaldaten. Die AHA unterscheidet jedoch nicht zwischen registrierten Pflegekräften, die in die direkte Pflege involviert sind und jenen, die in anderen Feldern zum Beispiel im Bereich des Managements tätig sind. Darüber hinaus reflektiert die Datenlage des AHA die bezahlten Stunden und überschätzt damit die produktiven Pflegestunden. Auch nehmen diese Studien die Pflegepersonaldaten für das gesamte Krankenhaus, sie beziehen sich nicht auf die Personalausstattung einer spezifischen Abteilung oder Station.

So weit es keine experimentellen Forschungen zu der genannten Fragestellung gibt, sind Langzeitstudien die Studien mit der höchsten Bedeutung. Zwei Langzeitstudien konnten gefunden werden (Mark et al., 2004; Unruh, 2003). Beide zeigen, dass eine Zunahme von registrierten Pflegepersonen mit einer Reduktion unerwünschter Ereignisse einhergeht.

Lankshear et al. untersuchen in einem systematischen Review den Zusammenhang zwischen der Ausstattung mit Pflegepersonal und den Patientenergebnissen (wie Mortalität, Harnwegsinfektion, verspätete Hilfe im Notfall, Dekubitus, Wundinfektionen) in der Akutpflege. Die Datenbankrecherche wird ergänzt durch die Suche nach grauer Literatur (zum Beispiel von durch Regierungen in Auftrag gegebenen Untersuchungen oder Publikationen auf den Webseiten von Hochschulen oder Verbänden). Ausgeschlossen wurden Studien, die nur auf einer einzigen Station durchgeführt wurde. Zur Auswertung kommen 22 Studien aus dem Zeitraum von 1990 bis 2004. Die Autoren betonen in der Zusammenfassung ihrer Auswertungsergebnisse die sich verdichtende Evidenz einer engen Beziehung zwischen der Personalausstattung (insbesondere einem höheren Anteil an registrierten Pflegepersonen) und den Patientenergebnissen.

Zwei der ausgewerteten Studien weisen einen kurvilinearen Verlauf zwischen dem Level an registrierten Pflegepersonen und Patientenoutcomes auf. Dies mag daraufhin erweisen, dass es einen gewissen Teil an Tätigkeiten gibt, der gleich gut von weniger qualifizierten MitarbeiterInnen durchgeführt werden kann.

Lankshear et al. heben die Konsistenz der Ergebnisse hinsichtlich einer positiven Beziehung zwischen besserer Ausstattung mit Pflegepersonal und einem besseren Patientenoutcome hervor, die sich trotz der Variabilität in der Qualität der Studien zeigt. Gleichwohl kann kein kausaler Zusammenhang belegt werden, da es sich jeweils um Korrelationsstudien handelt (Lankshear et al., 2005).

Das Institut of Medicine (IOM) zitiert die Auswertung von 16 Studien zum Zusammenhang von Pflegekapazität und Patientenergebnissen. In elf Studien zeigten sich positive Effekte einer besseren Ausstattung mit Pflegepersonen. Jene fünf Studien, in denen sich dieser Ef-

fekt nicht zeigte, waren entweder sehr klein oder von geringer methodischer Qualität. Das IOM schlussfolgert, dass es substantielle Belege für den positiven Zusammenhang zwischen einer besseren Pflegepersonalausstattung und besseren Patientenergebnissen gibt (Institut of Medicine, 2004).

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen suchte primär nach deutschen Studien zum Zusammenhang von Pflegekapazität und Ergebnisqualität in Akutkliniken. Unter Pflegekapazität *„wird die Anzahl des Pflegepersonals pro Patient oder Station beziehungsweise ... die Zusammensetzung des Pflegepersonals pro Station oder Krankenhaus verstanden“* (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, 2006). Da keine deutschen Studien gefunden werden konnten, wurde eine erweiterte Recherche im internationalen Raum durchgeführt. Neben der Recherche relevanter Datenbanken erfolgte eine Handsuche in Fachzeitschriften, die nicht über internationale Datenbanken ausgewertet werden. Der Suchzeitraum erstreckte sich auf die Periode von 1996 – 2005. Analysiert wurden 17 Studien aus den USA, Kanada und Taiwan. Die AutorInnen konstatieren einen positiven Zusammenhang zwischen einer verbesserten Ergebnisqualität und der Pflegekapazität, nachzuvollziehen anhand der Variablen Mortalität, verspätete Hilfe im Notfall, Verweildauer und Auftreten von Pneumonien. Allerdings verweisen sie auf die unterschiedlichen Bedingungen der Gesundheitssysteme und damit auf die eingeschränkte Übertragbarkeit dieser Ergebnisse auf deutsche Verhältnisse (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, 2006).

In Anbetracht des hohen Anteils US-amerikanischer Studien zielt die Querschnittsanalyse von Rafferty et al. darauf ab, den hier gefundenen Zusammenhang von Pflegepersonalausstattung und Patientenergebnissen unter den Bedingungen des britischen Gesundheitssystems zu überprüfen. Rafferty et al. definieren Personalausstattung als das quantitative Verhältnis von PatientInnen zu Pflegenden. Neben den Auswirkungen auf die PatientInnen untersuchten Rafferty et al. die Bedeutung der Personalausstattung für das Pflegepersonal selbst. In die Studie einbezogen wurden 3984 Pflegepersonen sowie 118752 PatientInnen der Allgemein- und Gefäßchirurgie und der Orthopädie in 30 englischen Akutkrankenhäusern. 8,2 % der Pflegepersonen hatten mindestens einen Bachelor-Abschluss, 7,0 % waren Pflegehilfspersonen. Das durchschnittliche krankenhausspezifische Verhältnis lag zwischen 6,9 und 14,3 PatientInnen je Pflegeperson. Auf der Grundlage der Personalausstattung wurden die Krankenhäuser in vier Gruppen eingeteilt. PatientInnen in dem Krankenhausquartil mit dem höchsten Patientenaufkommen je Pflegeperson hatten eine bis zu 26 % höhere Sterbewahrscheinlichkeit als in dem Quartil mit der günstigsten Personalausstattung. Bei den PflegemitarbeiterInnen mit der hohen Arbeitsbelastung war die Wahrscheinlichkeit an einem

ausgeprägten Burnout-Syndrom zu leiden etwa doppelt so hoch wie in der Gruppe mit dem günstigeren PatientIn-Pflegenden-Verhältnis (Rafferty et al., 2007).

Zum Zusammenhang von Personalausstattung und Patientensicherheit im Krankenhaus liegen somit mittlerweile eine Reihe von Studien vor, die in der Zusammenschau eine deutliche Beziehung zwischen diesen beiden Variablen dringend nahe legen. Die Interpretation, dass eine bessere Ausstattung mit qualifiziertem Pflegefachpersonal zu besseren Patientenergebnissen führt, wird von zahlreichen Institutionen geteilt (Canadian Nurses Association, 2003; Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, 2006; Institut of Medicine, 2004; International Council of Nurses, 2006).

Die Untersuchungen wurden überwiegend in den USA sowie in Kanada durchgeführt. Sie sind jedoch konsistent mit den Studienergebnissen aus Großbritannien und Taiwan, so dass der Zusammenhang zwischen der Ausstattung mit Pflegefachpersonal und den Patientenergebnissen relativ stabil und unabhängig von einem spezifischen Gesundheitssystem zu sein scheint.

Gleichwohl besteht zu dieser Fragestellung in Deutschland dringender Forschungsbedarf, denn es liegen bislang keinerlei Untersuchungen zu dem Zusammenhang von Pflegekapazität und Ergebnisqualität in deutschen Krankenhäusern vor.

Um die Sicherheit der PatientInnen und eine effiziente Leistungserbringung zu gewährleisten, ist die Zusammensetzung des Personals in der Pflege von Bedeutung (International Council of Nurses, 2006). Vor dem Hintergrund der Studienergebnisse ist davon auszugehen, dass Fehlentscheidungen bezüglich der Zusammensetzung der Personen, die Pflegeleistungen ausführen, zu unerwünschten Ergebnissen bei PatientInnen und/oder der Organisation führen können. Laut eines Berichtes der Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations stehen von 1604 unerwünschten Ereignissen (Ereignisse, die zum Tod, zu Verletzungen oder dauerhaftem Funktionsverlust führen) 24 % in Beziehung zur Personalausstattung (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2007). Das IOM betont auf der Grundlage mehrerer ausgewerteter Studien die Bedeutung des Vorhandenseins qualifizierter Pflegepersonen für die Verhinderung von Medikamentenfehlern (Institut of Medicine, 2004).

Die Ausgestaltung des Skill Mix ist also von zentraler Bedeutung. Der kanadische Berufsverband für Pflegende (Canadian Nurses Association) fordert eine evidenzbasierte Entscheidung über die Zusammensetzung pflegender Personen unter Berücksichtigung der Kernkompetenzen der RNs und LPNs, der Komplexität der Pflegesituation und der Verfügbarkeit unterstützender Rahmenbedingungen (Canadian Nurses Association, 2003). Seit Jahren gibt

es Versuche, das Arbeitsaufkommen von Pflegepersonen in der stationären Akutpflege zu quantifizieren. Die in diesem Zusammenhang entwickelten Instrumente sind jedoch nicht in der Lage, mehr als 40 % des Arbeitsaufkommens zu erfassen, so der Internationale Pflegeerrat. Zwar gelingt es mit Hilfe dieser Instrumente, die Einzeltätigkeiten der Pflege aufzulisten, aber sie messen nicht Koordinations- und Integrationsleistungen sowie kognitive und intellektuelle Leistungen z.B. im Rahmen der Diagnostik. Während also verschiedene Erhebungsinstrumente eingesetzt werden, um das Arbeitsaufkommen der Pflegenden zu messen, bieten diese keineswegs eine zufrieden stellende Lösung, wenn es darum geht eine Ausstattung mit Pflegepersonen zu begründen, die eine ausreichende Sicherheit der PatientInnen gewährleistet (International Council of Nurses, 2006). Um den Personalbedarf realistisch abbilden zu können bedarf es effektiver Systeme, die den Grad des Pflegebedarfs, Qualifikation und Erfahrung der Pflegenden, die räumlichen und organisatorischen Bedingungen der Station sowie das Vorhandensein oder Fehlen ergänzender Unterstützungsleistungen berücksichtigen (American Nurses Association, 2007b).

Im deutschsprachigen Raum wird zur Darstellung der erbrachten Pflegeleistungen seit einiger Zeit das in der Schweiz entwickelte Instrument ‚Leistungserfassung in der Pflege‘ (LEP) eingesetzt. Erfasst werden sowohl eigenständige Pflegeleistungen (zum Beispiel Ganzkörperwaschung), delegierte Pflegeleistungen (zum Beispiel Injektion verabreichen), organisatorische Pflegeleistungen (zum Beispiel Röntgen anmelden) sowie administrative Leistungen (z.B. Bestellungen). Zusätzlich wird die subjektive Belastung der Pflegenden erfragt. Die auf der Grundlage einer Vielzahl von Variablen erhobenen LEP-Daten können unter anderem im Hinblick auf eine Organisationseinheit (zum Beispiel Verteilung der pflegerischen oder therapeutischen Handlungen einer bestimmten Organisationseinheit kumuliert über verschiedene Zeiträume, wie Schicht, Tag, Woche, Monat, Jahr) oder patientenbezogen (zum Beispiel Klassifizierung des Aufwandes bei PatientInnen in neun verschiedene Kategorien oder nach Diagnosen) ausgewertet werden.

Die Daten geben aber keine Auskunft darüber, ob diese Leistungen auch sinnvoll und notwendig waren (hierzu wäre ein Instrument erforderlich, das beim Pflegebedarf ansetzt). Ebenfalls geben sie keine Auskunft über die Qualität der Leistungserbringung (Maeder et al., 2006). Die LEP-Variablen bilden das aktuelle Tätigkeitsspektrum der Pflege ab. Für die Erfassung von Daten aus dem Bereich einer erweiterten Pflegepraxis müssten zusätzliche Variablen entwickelt werden.

Alternativ zur je spezifischen Bestimmung des Personalbedarfs wird die Definition eines minimalen Verhältnisses von Pflegenden zu PatientInnen (Nurse-to-Patient-Ratio) diskutiert. Diese Maßzahl gibt an, wie viele PatientInnen eine Pflegeperson gleichzeitig zu versorgen

hat. Victoria, Australien (Gerdtz & Nelson, 2007) und Kalifornien, USA (Perla, 2001) haben definierte Nurse-to-Patient-Ratios auf Gesetzesbasis erlassen. 14 weitere US-amerikanische Bundesstaaten haben Gesetzgebungsverfahren zur Einführung von minimalen Nurse-to-Patient-Ratios eingeleitet (Rothberg et al., 2005). Belgien hat Empfehlungen formuliert (International Council of Nurses, 2006).

Die gesetzliche Fixierung der Nurse-to-Patient-Ratio ist umstritten. Als Vorteile werden eine Erhöhung der Patientensicherheit sowie eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Pflegenden genannt. Dem steht entgegen, dass ein solches Instrument nur sehr grob den stations- oder krankenhausspezifischen Bedarf an Pflegepersonen widerspiegeln kann. Aufgrund einer unzureichenden Forschungslage einerseits und der (angenommenen) Kostenwirkung andererseits, wird das zu fixierende Verhältnis von Pflegepersonen zu PatientInnen zum Verhandlungsgegenstand. Während beispielsweise der kalifornische Berufsverband für Pflegeberufe ein Verhältnis von 3 zu 1 forderte, der Krankenhausverband 10 zu 1 anbot, legte die zuständige Behörde, das State Department of Health Services, als unteren Wert ein Verhältnis von 5 zu 1 fest (International Council of Nurses, 2006; Rothberg et al., 2005).

Insbesondere die Schwierigkeit der Passung einer gesetzlich festgelegten Nurse-to-Patient-Ratio auf die Bedingungen einer konkreten Abteilung oder eines konkreten Krankenhauses führen zu der Forderung, die Ausstattung mit (Pflege-)Personal individuell - jeweils bezogen auf die verschiedenen organisatorischen Einheiten - zu entscheiden (American Nurses Association, 2007b).

In Übereinstimmung mit dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, 2006) ist wegen der hohen Bedeutung der Personalausstattung für die Ergebnisqualität die Veröffentlichung aussagekräftiger spezifischer Daten in dem Qualitätsbericht nach § 137 Sozialgesetzbuch (SGB) V zu fordern.

Zusammenfassend ist es derzeit nicht möglich, eine detaillierte und genau Vorgabe zu dem idealen Skill Mix zu machen (so schon Buchan & Dal Poz, 2002). Daraus folgt, dass die Einführung von Pflegenden mit verschiedenen Qualifikationen und der Einsatz von Assistenzkräften in Deutschland zwingend hinsichtlich der klinischen und ökonomischen Outcomes evaluiert werden muss.

Während aktuell in Deutschland noch kein gravierender Mangel an Pflegefachpersonen zu beobachten ist (die Studie zur Verweildauer in Pflegeberufen in Rheinland-Pfalz weist darauf hin, dass 16,5 % der AbsolventenInnen einer Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung und 31,5 % der Gesundheits- und KinderkrankenpflegerInnen nach dem Abschluss der Ausbildung eine Phase der Arbeitslosigkeit durchlaufen (Behrens & Horbach, 2007)), gehen sämtliche Experten der Studie zu den zukünftigen Entwicklungen in der Pflege davon aus,

dass ein Mangel an Pflegefachpersonen, bedingt durch mangelnde Attraktivität und/oder sinkende Geburtenzahlen, auch in Deutschland zu erwarten ist (Kroher, 2008). Dieser Trend könnte durch eine zu geringe Anzahl von Ausbildungsplätzen in der Pflege forciert werden. Der Deutsche Pflegerat hebt hervor, dass in den vergangenen zehn Jahren schätzungsweise 20.000 Ausbildungsplätze in der Pflege gestrichen wurden (Deutscher Pflegerat, 2007). Der drohende Mangel an Pflegefachpersonen wird die Krankenhäuser vor die Herausforderung stellen Strategien zu entwickeln, um Pflegepersonal zu halten oder zu gewinnen.

Die Ausstattung mit Personal ist ein bedeutsamer Faktor für die Zufriedenheit der pflegerischen MitarbeiterInnen, wie dies in verschiedenen US-amerikanischen Studien belegt werden konnte. In einer britischen Studie fand sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Ausstattung mit pflegerischen MitarbeiterInnen und der emotionalen Erschöpfung sowie dem Grad der Zufriedenheit. Pflegepersonen, die häufig Überstunden leisten mussten und die nur auf unzureichende administrative Unterstützung zurückgreifen konnten, hatten eine höhere Anzahl von Fehltagen (International Council of Nurses, 2006). In einer australischen Studie geben circa 40 % der Pflegenden an, dass die Arbeitsmoral ziemlich bis sehr schlecht sei. Die Arbeitsmoral ist u.a. abhängig davon, wie sehr Pflegenden zu autonomem Handeln ermutigt werden, von der Ausstattung des Arbeitsplatzes, der Unterstützung durch Kollegen, dem Arbeitsstress und den körperlichen Belastungen durch die Arbeit (Hegney et al., 2006).

1.3.2 Verteilung der Aufgaben und Zuständigkeiten

Zur Diskussion steht die Neuordnung der Aufgabenverteilung einschließlich der Frage der Zuständigkeit. Zu unterscheiden ist die Delegation von der Substitution. Bei der Delegation einer Aufgabe verbleibt die Entscheidung über die Aufgabe sowie die Aufsicht bei der delegierenden Person. Bei der Substitution wird die Leistung einer Berufsgruppe durch die Leistung einer anderen Berufsgruppe ersetzt (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2007). Vertreter pflegerischer Berufsverbände interpretieren ‚Substitution‘ im Sinne einer dauerhaften Übertragung zuvor ärztlicher Aufgaben in den pflegerischen Zuständigkeitsbereich, wobei dies auch die Entscheidungskompetenz und Verantwortung umfasst (Calpin-Davies & Akehurst, 1999).

Bei dem Versuch, eine Aufgabenverteilung zwischen den verschiedenen Berufsgruppen im Krankenhaus vorzunehmen, erweist sich die Orientierung an Einzeltätigkeiten als nicht zielführend. Die Zergliederung von Aufgabenkomplexen schafft zusätzliche Schnittstellen und erhöht damit die Gefahr von Schnittstellenproblematiken wie unnötigen Wartezeiten, Verlust von Information oder Missverständnissen (Ament-Rambow, 2003). Stattdessen muss es darum gehen, zusammenhängende Aufgabenkomplexe bezüglich ihrer Übertragbarkeit auf geeignete Personengruppen zu untersuchen.

1.3.2.1 Übernahme von Aufgabenkomplexen aus dem ärztlichen Bereich

Die Ergebnisse der Übernahme von Aufgabenkomplexen aus dem ärztlichen Bereich durch qualifizierte Pflegepersonen sind in verschiedenen Studien untersucht worden.

Diagnostik

In einer multizentrischen randomisiert-kontrollierten Studie an vier Krankenhäusern in Großbritannien wurden die Unterschiede in der Durchführung präoperativer Assessments vor geplanten chirurgischen Eingriffen untersucht. Insgesamt wurden 1904 PatientInnen entweder speziell ausgebildeten Pflegenden oder ‚Pre-Registered House Officers‘ randomisiert zur Aufnahmeuntersuchung zugeordnet. ‚Pre-Registered House Officers‘ sind MedizinerInnen, die gerade ihr letztes Examen abgeschlossen haben und für zwei Jahre in einem Bereich ihrer Wahl arbeiten, bevor sie sich als ÄrztInnen registrieren lassen können (National Health Service, 2007b). Das präoperative Assessment gehört zum Lehrinhalt des Studiums. Vier Pflegenden wurden für die Studie ausgewählt und nahmen an einem speziellen Training in

Anatomie, körperlichen Untersuchungsmethoden und Labortests teil. Ihr ursprünglicher Ausbildungsgrad wird nicht angegeben. Es kann jedoch angenommen werden, dass es sich um RNs handelt, die entweder über ein ‚Diploma in Higher Education‘ oder einen Bachelor-Grad verfügen, da in den Schlussfolgerungen eine Ausbildung auf Master-Niveau empfohlen wird, die in der Regel diese Abschlüsse voraussetzt. Zur Aufnahmeuntersuchung gehörte die Krankheitsanamnese, die körperliche Untersuchung, die Anordnung der notwendigen Laborparameter und anderer Voruntersuchungen entlang eines definierten Protokolls. Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede bei der Qualität der Krankheitsanamnese und der körperlichen Untersuchung zwischen den beiden Berufsgruppen (Kinley et al., 2001)

Demgegenüber ordneten die jungen MedizinerInnen häufiger unnötige Untersuchungen an als die Pflegenden. Erklärt wird dies durch die auf Diagnostik ausgerichtete medizinische Ausbildung. Die PatientInnen der Studie waren insgesamt sehr zufrieden mit den Aufnahmebedingungen durch Pflegenden. Besonders hoben sie in den durchgeführten Interviews hervor, dass sie sich im Vergleich zu dem Assessment durch die jungen MedizinerInnen bei den Pflegenden sicherer, besser betreut und verstanden fühlten. Ihre hohen Erwartungen an die technische Versorgung, gepaart mit einer fürsorglichen Betreuung, wurden erfüllt (Kinley et al., 2001).

Stables et al. führten eine randomisiert-kontrollierte Studie durch, bei der die Aufnahmeuntersuchung von PatientInnen zur Herzkatheteruntersuchung entweder von einer Pflegeperson mit einer Zusatzqualifikation zu einer erweiterten Pflegepraxis (APN) oder ‚Junior Medical Staff‘ (junge MedizinerInnen nach Abschluss des Studiums) durchgeführt wurde. Zu den Aufgaben gehörten die Erhebung der Krankengeschichte, die körperliche Untersuchung, die Anordnung von Laboruntersuchungen und gegebenenfalls weiterer Tests, die Überprüfung der Medikation, die psychologische Vorbereitung sowie die Aufklärung.

Von pflegerischer Seite nahm nur eine Person, von medizinischer Seite 33 Personen teil, da die Letztgenannten routinemäßig ihren Einsatzbereich wechselten. 345 PatientInnen wurden randomisiert der Interventions- oder der Kontrollgruppe zugewiesen.

Als Outcomefaktoren wurden unter anderem unerwünschte Ereignisse wie Tod, Notfalloperationen am Herzen, generelle Notfallmaßnahmen, Herzinfarkt und Gefäßproblematiken definiert. Die Komplikationen wurden in schwere und geringfügige Komplikationen unterteilt. Während bei den PatientInnen der Kontrollgruppe zwei schwere unerwünschte Ereignisse auftraten, waren es bei den Pflegenden keine. In der Kontrollgruppe kam es zu einer geringfügigen Komplikation, in der Interventionsgruppe zu vier. Die Kardiologen waren mit den Vorbereitungsergebnissen der Pflegeperson in gleichem Ausmaß zufrieden wie mit den Resultaten der angehenden ÄrztInnen, während die PatientInnen mit der Aufnahmeuntersu-

chung durch die Pflegenden zufriedener waren. Die Autorinnen kommen zu dem Schluss, dass die Qualität der Aufnahmeuntersuchung durch Pflegenden gleich hoch sein kann wie bei der Durchführung durch angehende ÄrztInnen (Stables et al., 2004).

In einer Längsschnittstudie untersuchten Varughese et al. über den Zeitraum von einem Jahr die Resultate der präoperativen Aufnahme von Kindern (im Alter von 1 Monat bis 18 Jahren) durch supervidierte qualifizierte Pflegepersonen (ANPs). Ursprünglich wurden die Aufnahmen ausschließlich durch AnästhesistInnen durchgeführt. Aus dieser Zeit stammen die Ausgangswerte für den Vergleich.

1509 Kinder, 463 Eltern, 25 AnästhesistInnen und 20 Pflegepersonen nahmen an der Studie teil. Zur Aufnahme gehörten die Anamnese, die körperliche Untersuchung, die Anordnung von Tests sowie die Aufklärung über allgemeine Narkoserisiken. Pro Tag wurden circa 120 Aufnahmen durchgeführt. Dafür standen sechs ANPs zur Verfügung, die von einer Anästhesistin bzw. einem Anästhesisten supervidiert wurden. Als Qualitätsindikatoren wurden die respiratorische Komplikationsrate der operierten Kinder, die Zeitdauer der Aufnahmeuntersuchung, die Zufriedenheit der Eltern und die Mitarbeiterzufriedenheit eingesetzt. Die Komplikationsraten veränderten sich im Vergleich zu den Aufnahmen durch ÄrztInnen nicht. Die Zeit, die für die Untersuchungen und Gespräche gebraucht wurde, blieb über das Jahr weitgehend unverändert.

Die Eltern waren sehr zufrieden mit den Assessments durch qualifizierte Pflegenden und betonten besonders, dass sie und ihre Kinder sich mit ihren Fragen, Sorgen und Ängsten ernst genommen fühlten und so die Nervosität vor der Operation reduziert werden konnte. Die befragten AnästhesistInnen zeigten sich sehr zufrieden mit der Vollständigkeit der erhobenen Informationen sowie mit der Vorbereitung der Eltern auf die kommenden Prozeduren. Auch die berufliche Zufriedenheit der Pflegenden stieg signifikant im Vergleich zur Basisbefragung an (Varughese et al., 2006).

Gastrointestinale Endoskopien zur Diagnostik oder zum Screening werden in den USA seit Ende der 1970ziger Jahre auch durch Pflegenden durchgeführt (Spencer 1977 in: Williams et al., 2006). In einem nationalen Survey in Großbritannien wurden 2004 insgesamt 149 Pflegenden identifiziert, die eigenständig Endoskopien durchführten (Douglass et al. 2004 in: Williams et al., 2006). Im Auftrag des NHS wurde eine randomisiert-kontrollierte, multizentrische Studie in 23 Krankenhäusern in England, Schottland und Wales durchgeführt. Insgesamt nahmen 67 ÄrztInnen und 30 Pflegenden an der Studie teil. 1888 PatientInnen wurden randomisiert der Kontroll- und der Studiengruppe zugeteilt. Es wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen ÄrztInnen und Pflegenden in der Durchführung, dem Auftreten unerwünschter Ereignisse oder der Häufigkeit falsch negativer Befunde entdeckt. Die Kontrollen wurden einen Tag, einen Monat sowie ein Jahr nach der Untersuchung durchgeführt. Beide

Berufsgruppen verabreichten gleich viel Sedativa. Die PatientInnen waren signifikant zufriedener mit der Durchführung durch Pflegende. Diese führten die Untersuchung insgesamt etwas gründlicher und genauer durch als die medizinischen UntersucherInnen. Die AutorInnen begründen dies damit, dass die teilnehmenden ÄrztInnen weitere klinische Aufgaben zu versehen hatten, während die Pflegenden sich ganz auf die endoskopischen Untersuchungen konzentrieren konnten. Jedoch ordneten Pflegende in dieser Studie mehr Tests an als ÄrztInnen und verursachten damit mehr Kosten. Ob diese Mehrkosten langfristig durch niedrigere Späterkrankungsraten ausgeglichen werden, konnten aufgrund der nur einjährigen Laufzeit der Studie nicht festgestellt werden.

Die ‚British Society of Gastroenterology‘ hat Rahmenempfehlungen für die ärztliche Ausbildung im Endoskopieren herausgegeben, denen die Ausbildung der Pflegenden angepasst wurde. Die Schulung der Pflegenden beinhaltete neben theoretischer Ausbildung auch die Durchführung von mindestens 150 Endoskopien unter ärztlicher Aufsicht (Williams et al., 2006).

Explorative Studien aus England, Amerika, Italien und Israel untersuchten die diagnostische Kompetenz speziell geschulter Pflegender bei der Beurteilung von Aufnahmen der Magenschleimhaut nach Magenspiegelungen. Es zeigte sich, dass die Resultate mit den Beurteilungen der GastroenterologInnen vergleichbar waren (Levinthal et al., 2003; Sidhu et al., 2007). Eine Einzelstudie verglich das Legen eines Hickman-Katheters bei onkologischen PatientInnen durch speziell geschulte Pflegepersonen mit den Ergebnissen ärztlichen Handelns und kommt ebenfalls zu guten Ergebnissen (Boland et al., 2003).

Therapeutische Interventionen

Pine et al. untersuchten in einer in 22 US-amerikanischen Staaten durchgeführten Studie die Mortalitätsraten von chirurgischen PatientInnen bei der Durchführung der Anästhesie durch verschiedene Berufsgruppen. Insgesamt wurden 404194 Krankenakten ausgewertet, in denen die ausführende(n) Person(en) explizit aufgeführt war(en). Die Unterschiede der klinischen Risikofaktoren, Krankenhauscharakteristika und –standorte wurden statistisch angepasst. Zu den chirurgischen Eingriffen gehörten Cholezystektomien, Prostatektomien, Hysterektomien, Mastektomien, totale Knieendoprothesen und gefäßchirurgische Eingriffe an der Halsarterie. Die zu vergleichenden Berufsgruppen waren Certified Registered Nurse Anesthetists (CRNAs) und medizinisch ausgebildete Anästhesisten (Pine et al., 2003). Zu den Aufgaben der CRNAs gehören körperliches Assessment, präoperative Beratung und Schulung, Management der notwendigen organisatorischen Vorbereitung, Steuerung der Schmerztherapie, Führung der intraoperativen Anästhesie, Überwachung der Aufwachphase

und Betreuung der PatientInnen im Aufwachraum bis zur Überleitung auf eine Station (American Association of Nursing Anesthetists, 2007).

Verglichen wurden die Ergebnisse der (1) allein von CRNA geleiteten Anästhesien, (2) allein von Anästhesisten oder (3) im Team von beiden Berufsgruppen durchgeführten Anästhesien. Pine et al. nutzten die mit der Anästhesie in Verbindung zu bringende Mortalitätsrate als Indikator. Sie fanden keine signifikanten Unterschiede der Ergebnisse zwischen den genannten Konstellationen (Pine et al., 2003).

Ein RCT (durchgeführt an einem einzigen Universitätshospital) kommt zu dem Ergebnis, dass der Einsatz von Diabetesfachpflegepersonen zu einer Verkürzung der Verweildauer führen kann, ohne dass es zu negativen Auswirkungen wie erhöhter Rate der Wiederaufnahme kommt. Die PatientInnen in der Interventionsgruppe hatten bessere Kenntnisse über ihre Erkrankung und erforderliche Verhaltensweisen und wiesen einen höheren Zufriedenheitswert auf (Davies et al., 2001),

Frank et al. recherchierten im Auftrag des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) die Auswirkungen des Einsatzes von ANPs in der Säuglings- und Kinderkrankenpflege, Gerontologie und Onkologie. In allen Studien zeigten sich positive Auswirkungen des Einsatzes von ANPs. Diese betrafen insbesondere die Zufriedenheit und psychische Faktoren wie Depression, Ängstlichkeit und Wohlbefinden. Es wurden Studien aus unterschiedlichen Settings (Akutklinik, Tagesklinik, Pflegeheim, ambulante Pflege) ausgewertet (Frank et al., 2006).

Zusammenfassend scheint die selbstständige leitfadengestützte Übernahme ausgewählter diagnostischer und therapeutischer Aufgaben durch qualifizierte Pflegefachpersonen ohne Qualitätsverlust möglich zu sein. Der wesentliche Unterschied zwischen den Arbeitsfeldern der ÄrztInnen und der Pflegenden besteht in dem Grad der Spezialisierung. Während beispielsweise endoskopische Untersuchungen nur einen Teilbereich internistischer Tätigkeit ausmachen, spezialisieren sich Pflegefachpersonen auf spezifische Aufgabenkomplexe, zum Beispiel Gastroskopien, in denen sie dann eine hohe Kompetenz erwerben.

Allerdings ist neben der Frage der Auswirkungen einer Übernahme von ursprünglich dem medizinischen Bereich zugeordneten Tätigkeiten durch Pflegenden die Frage zu berücksichtigen, inwieweit ausreichend qualifiziertes Pflegepersonal zur Verfügung steht. Dies ist nicht nur eine Frage der Qualifikation, sondern darüber hinaus eine Frage der absolut zur Verfügung stehenden Personen für den Pflegebereich. Weltweit ist ein Mangel an Pflegefachpersonen zu beobachten. (Buchan & Calman, 2004; Calpin-Davies & Akehrst, 1999)

1.3.2.2 Delegation pflegerischer Aufgaben an Assistenzpersonen

Als Ergänzung zu der Frage, welche ärztlichen Aufgaben von qualifizierten Pflegenden übernommen werden können, ist zu klären, welche Tätigkeiten mit welchem Verantwortungsumfang an Assistenz- und Unterstützungspersonal übergeben oder delegiert werden können.

Im Bereich des Assistenz- und Unterstützungspersonals besteht sowohl in Deutschland (Klie & Guerra, 2006) als auch international (Royal College of Nursing, 2006) eine unübersichtliche Zahl von Titeln und Qualifikationen, deren Tätigkeitsprofil häufig nicht klar abgegrenzt ist.

Im angloamerikanischen Raum sind Schulungsangebote entwickelt worden, die darauf abzielen, Assistenten für die Unterstützung verschiedener Gesundheitsfachberufe auszubilden (Conway & Kearin, 2007; Royal College of Nursing, 2006). Eine 2007 veröffentlichte australische Studie zur Einführung von ‚Critical Care Assistants‘ in der Intensivpflege (einbezogen waren sechs Intensivstationen) kommt zu uneinheitlichen Ergebnissen. Einerseits fühlten sich die Pflegefachpersonen durch den Einsatz der Pflegeassistenten entlastet, andererseits erwies sich die Organisation der Aufgabenverteilung als schwierig. Die PatientInnen waren insgesamt mit der Pflege, die sie erhalten hatten, zufrieden. Zu den Aufgaben der Critical Care Assistants gehörte die Vitalzeichenkontrolle und deren Dokumentation, kleinere Wundversorgungen, Sekretabsaugungen, Vorbereitung von Beatmungsgeräten, Verbandswagen und Notfallwagen. Zudem unterstützen sie die Pflegenden beim Betten, Lagern sowie bei der Mobilisation von PatientInnen (McGuire et al., 2007).

Verschiedene Evaluationsstudien weisen darauf hin, dass das tatsächliche Tätigkeitsspektrum des Unterstützungs- und Assistenzpersonals sich zunehmend ausweitet und in der Praxis deutlich von dem von politischer Seite diskutierten Spektrum abweichen kann. In den Stellenbeschreibungen der ‚Health Care Assistants‘ (HCA) werden neben dem hauswirtschaftlichen Bereich wie Putzarbeiten, Materialbestellungen und Auffüllen von Material (Spilsbury & Meyer, 2004) Aufgaben in der direkten Zusammenarbeit mit registrierten Pflegenden genannt wie Unterstützung bei der Lagerung von PatientInnen und Transport von PatientInnen in den Operationsbereich (Conway & Kearin, 2007).

Der NHS nennt Körperpflege und Ankleiden, Essen anreichen, Mithilfe bei der Mobilisation, Hilfe beim Toilettengang, Betten machen, Gewicht- und Vitalzeichenkontrolle als Aufgaben der HCA (National Health Service, 2007a). Die New York State Nurses Association führt als

Aufgabenfelder zusätzlich noch die Mobilisation von PatientInnen in einen Stuhl oder Rollstuhl, Bewegungsübungen, Patientenbeobachtung inklusive Schmerzüberwachung und Flüssigkeitsbilanzierung an (Kleinman & Saccomano, 2006) .

In Zeiten erhöhten Arbeitsaufkommens oder Unterbesetzung der registrierten Pflegenden übernehmen HCAs aber auch Aufgaben, für die sie nicht ausgebildet wurden wie Blutabnahmen, Blutzuckermessungen, EKGs (Elektrokardiogramm) schreiben, Schüleranleitungen (Spilsbury & Meyer, 2004) bis hin zu Wundversorgung, Venen- und Blasenkatheterentfernung und Begleitung bei ärztlichen Visiten (Hanrock & Campell, 2006).

In Interviews beschrieben PatientInnen, dass sie zu HCAs einen engeren Kontakt hatten als zu registrierten Pflegenden (Spilsbury & Meyer, 2004). Damit haben HCAs teilweise mehr Informationen über PatientInnen als Pflegefachpersonen, sind aber nicht immer in die Patientendokumentation eingewiesen beziehungsweise nehmen nicht an Übergaben teil. Welche Informationen an die registrierten Pflegenden weitergereicht werden, hängt dann stark von den persönlichen Beziehungen im Team ab (Keeney et al., 2005; Spilsbury & Meyer, 2004).

In Deutschland bahnt sich eine ähnliche Entwicklung an. Mit dem Hamburger Modell (siehe Kap. II 1.4.3) werden beispielsweise Arbeitskräfte ausgebildet, deren Aufgaben noch über die der HCAs hinausgehen, da pflegerische Konzepte wie Bobath, Kinästhetik, Krankenbeobachtung in der Ausbildung ebenso enthalten sind wie die Gabe von Insulin- und Heparinspritzen. Die Ausbildungsverantwortlichen betonen, dass diese Aufgaben unter Aufsicht und in Delegation der verantwortlichen Pflegefachperson durchgeführt werden sollen (Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die Gesundheits- und Pflegeassistenz, 2007)

Zusammenfassend scheinen die Grenzen der verschiedenen Berufsgruppen immer mehr zu verschwimmen. Je stärker sich Pflegefachpersonen in Bereiche entwickeln, für die eine akademische Ausbildung erforderlich ist, umso mehr werden originär pflegerische Aufgaben von Assistenz- und Unterstützungspersonal durchgeführt (Keeney et al., 2005; Spilsbury & Meyer, 2004).

Obwohl Assistenz- und Unterstützungspersonal in verschiedenen Ländern bereits seit längerer Zeit in größerem Umfang eingesetzt wird, sind die daraus resultierenden Auswirkungen nur im Hinblick auf den Zusammenhang einer bestimmten Personalausstattung mit Aspekten der Patientensicherheit untersucht worden (s. Kap. II, 1.3.1). Es liegen aber kaum Studien vor, die die Folgen einer spezifischen Aufgabenverteilung evaluieren.

1.3.2.3 Organisation der Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen im Gesundheitswesen

Die zunehmende Aufteilung der Aufgaben im Krankenhaus auf immer mehr Berufsgruppen, verbunden mit einer Spezialisierung insbesondere im Bereich der Besserqualifizierten, lenkt den Blick auf die Art und Weise der Zusammenarbeit von ÄrztInnen, Pflegefachpersonen, weiteren Gesundheitsfachberufen, Angehörigen der Helferberufe sowie Assistenz- und Unterstützungspersonal. Bedingt durch unterschiedliche Wahrnehmungen und Wertsetzungen hinsichtlich der Patientenversorgung sowie der Einschätzung der Notwendigkeit zur Zusammenarbeit und differierende Vorstellungen über den Modus des Arbeitens in einem Team kommt es hier immer wieder zu Reibungsverlusten (Larson, 1999).

Exkurs: Begriffsklärungen

Zur Kennzeichnung der Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen werden unterschiedliche Begriffe verwendet, deren Verständnis nicht immer eindeutig ist.

Kooperation

Dieser Begriff meint die Zusammenarbeit in seinen verschiedenen Formen. Im Rahmen eines Modellprojektes definieren Höhmann et al. Kooperation als „planmäßige, zielbewusste und funktionsorientierte Zusammenarbeit der Akteure“ (Höhmann et al., 1998). Der Charakter der Kooperation kann in unterschiedlichen Strukturen (hierarchisch oder partizipativ) deutlich voneinander abweichen. Kooperation kann eher additiv oder eher integrativ verstanden werden. Integrative Formen der Zusammenarbeit setzen Kommunikationsfähigkeit der Kooperationsbeteiligten voraus.

Teamarbeit

Teamarbeit kann als eine spezifische Form von Kooperation verstanden werden. Sie ist gekennzeichnet durch eine höhere Intensität der wechselseitigen Beziehungen und durch Gruppenzusammenhalt. In Teams dominiert der Gedanke der partnerschaftlichen Zusammenarbeit.

Interdisziplinarität

Der Begriff der ‚Disziplin‘ kennzeichnet in Forschung und Lehre eigenständige Wissensgebiete, das heißt Interdisziplinarität setzt das Vorhandensein unterscheidbarer wissenschaftlicher Disziplinen voraus. Auch wenn sich die Grenzen zwischen den Disziplinen immer mehr auflösen, bedarf es doch weiterhin einer identifizierbaren eigenständigen Perspektive auf eine Fragestellung, um von einer Disziplin sprechen zu können. Kennzeichnend für interdisziplinäre Zusammenarbeit ist die gemeinsame Bearbeitung einer Problemstellung aus der je eigenen Perspektive.

Interprofessionalität

Im Gesundheitswesen arbeiten Berufsgruppen zusammen, die nicht immer aus einer wissenschaftlichen Disziplin hervorgehen. Für die Zusammenarbeit im beruflichen ‚außerwissenschaftlichen‘ Kontext wird auch der Begriff der interprofessionellen Kooperation benutzt. Der Modus der Zusammenarbeit ist durch diesen Terminus nicht näher spezifiziert.

Multidisziplinarität

Multidisziplinarität beschreibt ein Nebeneinander verschiedener Disziplinen, ohne dass es zu einer ausdrücklichen Bezugnahme kommt. Lösungsangebote verschiedener Disziplinen bleiben additiv nebeneinander stehen.

Transdisziplinarität

Im Gegensatz dazu werden bei der Transdisziplinarität die Grenzen der je eigenen Disziplin erweitert und überschritten, wodurch es zu einer Integration verschiedener Wissenschaften kommt (Kälble, 2004).

Zur Verbesserung der Patientenversorgung werden Teammodelle favorisiert (Benedict et al., 2006; Durbin, Jr., 2006; Porter-O'Grady et al., 2006; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2007). Das Team besteht in Abhängigkeit von der zu Grunde liegenden Fragestellung aus Mitgliedern verschiedener Berufsgruppen mit unterschiedlichen Fähigkeiten und Erfahrungen. Es besteht weitgehend Konsens, dass derartige Teams eher auf aktuelle Herausforderungen reagieren sowie schneller erforderliche Angebote entwickeln und realisieren können, als dies in hierarchischen Strukturen der Fall ist (Leatt et al., 1997).

Die Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und ÄrztInnen als zwei wichtigen Teammitgliedern in einem Akutkrankenhaus wird häufig als unbefriedigend bewertet (Institut of Medicine, 2004). Es gibt Hinweise, dass dies negative Auswirkungen auf die Qualität und Effizienz der Patientenversorgung hat (Baggs et al., 1999; Lecher et al., 2002; Zwarenstein & Bryant, 2000). Allerdings ist diese Thematik nur unzureichend untersucht und auch die Gründe für diese Problematik sind nicht hinreichend geklärt. Als Einflussfaktoren werden geschlechtsspezifische Unterschiede, die geschichtliche Entwicklung der Berufe sowie Unterschiede des sozioökonomischen Status und der Sozialisation der Mitglieder beider Berufsgruppen genannt (Larson, 1999). Auch kann das Potential von Teams beeinträchtigt werden, wenn Teamentscheidungen von Seiten der Leitung jeweils genehmigt werden müssen. Ebenso ist der Erfolg von Teamstrukturen abhängig von einer effektiven Kommunikation (Leatt et al., 1997).

Ausgehend von der Annahme, dass mangelnde Kommunikation und unbefriedigende Arbeitsabläufe für viele interdisziplinäre Konflikte verantwortlich sind, untersuchte ein Cochrane-Review die Bedeutung von regelmäßigen gemeinsamen Visiten (team ward rounds) für die Verbesserung der Zusammenarbeit. Zwarenstein et al. zeigen auf der Grundlage von

zwei ausgewerteten RCTs (n = 1945) auf, dass täglich durchgeführte, strukturierte und von Pflegenden, ÄrztInnen und anderen an der Versorgung beteiligten Professionen gemeinsam durchgeführte Visiten zu einer Verbesserung der Prozesse sowie einer Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit führen können. ‚Gemeinsam‘ meint eine Form der Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen, die gekennzeichnet ist durch gemeinsam getragene Verantwortung für die Patientenversorgung, durch den gegenseitigen Austausch von Informationen, die Koordination der Arbeit sowie miteinander abgestimmte patientenbezogene Entscheidungen. Die AutorInnen fanden ebenfalls moderat positive Einflüsse auf die Verweildauer und die Kosten. Die Mortalitätsrate blieb unverändert (Zwarenstein & Bryant, 2000).

In Deutschland wurde in der Zeit von 1999 bis 2002 ein gemeinsam von der Bundesärztekammer und dem Deutschen Pflegerat initiiertes und begleitetes und vom Bundesgesundheitsministerium finanziertes Modellprojekt mit dem Titel ‚Interprofessionelle Kommunikation im Krankenhaus‘ (InterKiK) durchgeführt. Im Fokus standen der Ablauf der Krankenhausaufnahme, der Visite sowie der Entlassung. Die Hauptziele bestanden in der Entwicklung von Instrumenten, um die komplexen Prozesse erfassen zu können, in der Unterstützung von Organisationsentwicklung mittels Qualitätsgruppenarbeit und/oder Kommunikationstraining sowie der Herstellung von Handbüchern, um die Ergebnisse dieser Studie auch anderen Krankenhäusern unmittelbar zugänglich zu machen. Beteiligt waren drei Krankenhäuser. Die Umsetzung des Projektes gestaltete sich schwierig. Im Fazit betonen die AutorInnen die besondere Bedeutung, die der Leitungsebene (ChefärztInnen und Pflegedirektion) für die Verbesserung der Kommunikation zwischen den Berufsgruppen zukommt. Als ebenfalls bedeutsam erwiesen sich die Rahmenbedingungen im Krankenhaus, insbesondere die formale Position, Kompetenz und das Engagement der bzw. des jeweiligen Projektbeauftragten. Als unterstützend für die Verbesserung der Kommunikation wird eine an Versorgungspfaden ausgerichtete Patientenversorgung eingeschätzt (Lecher et al., 2002).

Auch in internationalen Arbeiten wird die Entwicklung von Standards und Leitlinien als unterstützend für die interprofessionelle Zusammenarbeit angesehen. Leitlinien und Standards identifizieren erforderliche Aufgaben und weisen Verantwortlichkeiten zu. Jedoch erweist es sich als problematisch, wenn Leitlinien und Standards nur unzureichend beachtet werden, obwohl sie formal als implementiert gelten (Calpin-Davies & Akehrst, 1999).

Neben den Abstimmungserfordernissen zwischen den verschiedenen Gesundheitsfachberufen bedarf auch die Zusammenarbeit zwischen den (Pflege-)Fachpersonen einerseits und Unterstützungs- und Assistenzpersonal andererseits der Klärung. Die benötigten Regelungen liegen bei der Implementierung neuer Berufsgruppen teilweise nicht vor und führen zu Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit sowie zu Unklarheiten bezüglich der Auf-

gabenverteilung und Verantwortungsübernahme (Keeney et al., 2005; Spilsbury & Meyer, 2004).

Unter der Federführung des Royal College of Nursing entstand im Zusammenwirken der beruflichen Vertretungen der Pflegenden, LogopädInnen, PhysiotherapeutInnen und DiätassistentInnen eine Verlautbarung, die die Delegation geeigneter Tätigkeiten von Fachpersonen auf Assistenzpersonen aufgreift. Unter ‚Delegation‘ wird hier ein Prozess verstanden, bei dem registrierte Fachpersonen (registered practioners) Tätigkeiten an Assistenzpersonal abgeben, für die sie diese als kompetent angesehen werden. Ist die Assistenzperson bereit, die Aufgabe zu übernehmen, ist sie für die Durchführung verantwortlich. Die Verantwortung für die Delegation bleibt bei der registrierten Fachperson.

Da es in Großbritannien keine nationale Richtlinie gibt, welche Aufgaben delegiert werden dürfen und über welche Kompetenz die Hilfskraft zu verfügen hat, obliegt es der delegierenden Fachperson (zum Beispiel einer registrierten Pflegenden) diese Entscheidung zu treffen.

Mittelpunkt jeder Delegationsentscheidung sollte das Wohl der PatientInnen sein. Die registrierte Pflegende ist für die adäquate Einschätzung, Planung, Implementierung und Evaluation der Übernahme durch die Assistenzperson verantwortlich. Sie muss sicherstellen, dass die Assistenzperson tatsächlich über die notwendigen Kompetenzen verfügt, während die Assistenzperson selbst für die Erlangung der erforderlichen Fähigkeiten verantwortlich ist. Die Zusammenarbeit zwischen Fach- und Assistenzpersonen sollte in regelmäßigen Supervisionen und Besprechungen koordiniert und evaluiert werden. Die Entscheidung zur Delegation von Tätigkeiten ist abhängig von den individuellen Fähigkeiten, Kenntnissen und Erfahrungen der an der Patientenversorgung beteiligten Personen, den Bedürfnissen der zu versorgenden PatientInnen und den situationsbedingten Anforderungen der Aufgabe (Royal College of Nursing, 2006). Dabei muss die Frage immer lauten: Sind die Assistenzpersonen für diese Tätigkeit ausgebildet, haben sie die nötigen Kompetenzen und sind sie eingewiesen? Pflegende müssen sich vor der Delegation über das Vorliegen dieser Voraussetzungen vergewissern. In einer irischen Studie zeigte sich, dass Pflegefachpersonen teilweise wenig bereit waren, die Verantwortung für die Delegation von Tätigkeiten an Assistenzpersonen zu übernehmen (Keeney et al., 2005). Hier wie auch in Großbritannien, Australien und den USA zeigte sich einerseits Schulungsbedarf, um die Pflegefachpersonen auf die Aufgaben ‚Delegation‘ und ‚Supervision‘ vorzubereiten und Regelungsbedarf, um für alle Beteiligten mehr Transparenz bezüglich der verschiedenen Rollen herzustellen. Deutlich wird in allen Studien und Veröffentlichungen, dass es an einer eindeutigen Rollendefinition des Assistenz –und Unterstützungspersonals fehlt, eine solche aber für einen erfolgreiche Einsatz dieser Gruppen unerlässlich ist (Conway & Kearin, 2007; Keeney et al., 2005; Kleinman & Saccomano, 2006; Spilsbury & Meyer, 2004).

1.4 Aktuelle Qualifizierungsangebote und zukünftige -erfordernisse

Die Pflegeausbildung in Deutschland basiert auf den im Krankenpflegegesetz vom 16. Juli 2003 festgeschriebenen Grundlagen zur Führung der Berufsbezeichnung sowie der Ausbildungs- und Prüfungsordnung und den darin beschriebenen Themenbereichen, Zieldimensionen und Wissensgrundlagen (Storsberg et al., 2006). Die Notwendigkeit zu einer Reform der Ausbildung hatte sich aus einschneidenden nationalen und internationalen Entwicklungen im Gesundheitssektor ergeben. Diese entstanden zum einen aus den Neuerungen des Sozialversicherungsrechtes, zum anderen aus den Veränderungen in der Alters- und Sozialstruktur der Bevölkerung sowie aus Veränderungen des Krankheitsspektrums. Internationale Bestrebungen um Ausrichtung der Versorgungssysteme auf die Gesundheit hin und die Betrachtung des Menschen in seiner Gesamtheit (Programme der Weltgesundheitsorganisation [WHO] ‚Gesundheit für alle‘ und ‚Gesundheit 21‘) haben dazu beigetragen, Pflege nicht mehr nur auf kurative Aspekte zu beschränken, sondern sie um präventive, gesundheitsfördernde, rehabilitative und palliative Aufgabenbereiche zu erweitern (Landenberger et al., 2005; Storsberg et al., 2006; Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa, 1998). Dies schlägt sich auch in den neuen Berufsbezeichnungen ‚Gesundheits- und KrankenpflegerIn‘ und ‚Gesundheits- und KinderkrankenpflegerIn‘ nieder. Hinzu kommt die Entwicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland, die ihre Etablierung in der Einrichtung von Pflegestudiengängen fand (Storsberg et al., 2006).

1.4.1 Basisqualifikationen in der Pflege – das Krankenpflegegesetz 2003

Diesen Entwicklungen wurde mit dem Krankenpflegegesetz 2003 Rechnung getragen. Erstmals wurden eigenständige Aufgabengebiete sowie Aufgaben im Rahmen der Mitwirkung und der interdisziplinären Zusammenarbeit als Ausbildungsziele definiert. Sie sind an den allgemeinen Stand der pflegewissenschaftlichen, medizinisch-naturwissenschaftlichen, betriebswirtschaftlichen, rechtlichen, politischen sowie der geistes- und sozialwissenschaftlichen Erkenntnisse anzupassen (Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz - KrPflG), 2003). Die im Gesetz ausgeführten zwölf Themenbereiche sollten allerdings nicht im Sinne einer Pflegedefinition missverstanden, sondern lediglich als richtungweisend angesehen werden (Storsberg et al., 2006). Zu den aufgeführten, eigenständig durchzuführenden Tätigkeiten gehören Handlungen entlang des Pflegeprozesses wie die Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, die sich daraus ergebene Planung und Orga-

nisation sowie Durchführung der pflegerischen Aufgaben und deren Dokumentation mit anschließender Evaluation und Qualitätssicherung bzw. -entwicklung. Neue Aufgaben der Beratung, Anleitung und Unterstützung von pflegebedürftigen Menschen sind erstmals gesetzlich verankert. Allerdings wurden keine vorbehaltenen pflegerischen Aufgaben definiert (Storsberg et al., 2006).

Seit den ‚Handreichungen für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen‘ der Kultusministerkonferenz (KMK) von 1996 und deren Überarbeitung im Jahr 2000 (Kultusministerkonferenz, 2000) hat sich ein Wandel von der fachsystematischen zur handlungssystematischen Struktur der Ausbildung in den Ausbildungsberufen vollzogen. Auch wenn die Pflegeberufe weiterhin nicht im allgemeinen Berufsbildungsgesetz verankert sind, folgt das Krankenpflegegesetz den Anregungen der KMK, indem die Ausbildung auf den Erwerb von Kompetenzen ausgerichtet wurde und nicht auf den reinen Wissenserwerb aus traditionellen Fächerkatalogen. Als Ausbildungsziele sind in § 3 fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen in zwölf Themenbereichen festgelegt worden (Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz - KrPflG), 2003). Kompetenzbasierte Ausbildungen orientieren sich an berufsrelevanten Handlungen. Der Kompetenzerwerb steht in direkter Beziehung zu einer angenommenen Nützlichkeit oder Sinnperspektive für das berufliche Handeln. Um pflegerische und gesundheitsbezogene Problemlagen erklären und lösen sowie begründet handeln zu können, benötigen Pflegenden wissenschaftsbasiertes empirisches und theoretisches Wissen, wie es im Krankenpflegegesetz gefordert wird. Ziel dieser Forderung ist die Verbesserung der Qualität pflegerischer Entscheidungen (Darmann, 2005). Neben der Vielzahl an möglichen Definitionen des Kompetenzbegriffes und ohne die Diskussion um die beste Möglichkeit der Lehre und der anschließenden Messung von Kompetenzen vertiefen zu wollen, soll an dieser Stelle dennoch auf die zu erlangende berufliche Handlungskompetenz eingegangen werden. Die Kultusministerkonferenz versteht unter Handlungskompetenz *„die Bereitschaft und Fähigkeit des einzelnen, sich in beruflichen, gesellschaftlichen und privaten Situationen sachgerecht durchdacht sowie individuell und sozial verantwortlich zu verhalten“* (Kultusministerkonferenz, 2000). Schneider betont darüber hinaus die Fähigkeit einer Person zur ständigen Weiterentwicklung ihrer Handlungsmöglichkeiten als Teilaspekt der Handlungskompetenz (Schneider, 2003). Damit wird der Aspekt aufgegriffen, dass Lernen und Entwicklung mit Beendigung der Ausbildung nicht abgeschlossen sind, sondern sich über das ganze Berufsleben hinweg kontinuierlich fortsetzen müssen.

Um das gesamte Spektrum der beruflichen Handlungen, bestehend aus kognitiven, instrumentellen, kommunikativen und reflexiven Anteilen, abdecken zu können, benötigen Pflegenden eine Reihe von unterschiedlichen Kompetenzen, die in der eigentlichen Pflegehandlung ineinander greifen (Schneider, 2003). Dazu gehören Fach-, Methoden-, Sozial- und

Personalkompetenz. „*Fachkompetenz bezeichnet die Bereitschaft und Fähigkeit, auf der Grundlage fachlichen Wissens und Könnens Aufgaben und Probleme zielorientiert, sachgerecht, methodengeleitet und selbständig zu lösen und das Ergebnis zu beurteilen*“ (Kultusministerkonferenz, 2000). Methodenkompetenz zeichnet sich durch instrumentell selbstorganisiertes Handeln aus, in dem bestimmte Aufgaben- und Problemstellungen kognitiv durchdrungen und reflektiert werden (Schneider, 2003). Sozialkompetenz bezieht sich auf die Fähigkeit eines Menschen soziale Beziehungen zu gestalten, sich gruppen- und beziehungsorientiert zu verhalten, Zuwendungen und Spannungen zu erfassen, ein Gegenüber zu verstehen sowie sich mit dem Gegenüber rational und verantwortungsbewusst auseinanderzusetzen, um gemeinsam neue Ziele und Pläne zu entwickeln. Hierzu gehört insbesondere auch die Entwicklung sozialer Verantwortung und Solidarität. Personalkompetenz umfasst persönlichkeitsbezogene Eigenschaften wie Selbstständigkeit, Kritikfähigkeit, Selbstvertrauen, Zuverlässigkeit, Verantwortungs- und Pflichtbewusstsein. Zur Personalkompetenz gehört insbesondere auch die Entwicklung durchdachter Wertvorstellungen, deren selbstkritische Einschätzung sowie deren Einsatz und Entwicklung in Arbeit und Freizeit (Kultusministerkonferenz, 2000; Schneider, 2003). Eine in 2003 im Auftrag des Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe durchgeführte Delphi-Studie identifiziert fachwissenschaftliche, pädagogisch-didaktische, berufspolitische, betriebswirtschaftliche, organisatorische, rechtliche, ethische, kommunikative, psychosoziale, interdisziplinäre sowie Führungs- und Forschungskompetenzen als berufliche Kompetenzen von Pflegenden (Stöcker, 2005).

Die Pflegeausbildung erfolgt orientiert an Lernfeldern (Schneider, 2003). Lernfelder sind didaktisch begründete, schulisch aufbereitete Handlungsfelder und bieten damit eine Ausrichtung des Unterrichts an beruflichen Arbeitsprozessen (Bader & Schäfer, 1998), wobei sie mit diesen keinesfalls gleichgesetzt werden dürfen (Schneider, 2003; Stöcker, 2005). Mit der Orientierung der Lernziele an beruflichen Handlungsfeldern unterstützt das Lernfeldkonzept in besonderem Maße handlungsorientierte didaktische Ansätze sowie Gestaltung und Umsetzung ganzheitlicher handlungsorientierter Lehr-Lern-Prozesse, wie Problem-, Fall- und Erfahrungsorientierung (Stöcker, 2005). Ein Kennzeichen der professionellen Praxis ist die Integration von Regelwissen und Fallverstehen (Weidner, 1999), wozu die handlungsorientierte Didaktik die Grundlagen liefert, indem sie fach- und handlungssystematische Strukturen miteinander verschränkt (Kultusministerkonferenz, 2000).

Rahmenlehrpläne

Eine exemplarische Betrachtung der Rahmenlehrpläne für Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege der Länder Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen und Hessen verdeutlicht die Heterogenität der Regelausbildungen in Deutschland, die trotz bundesweit einheitlichem Krankenpflegegesetz besteht.

Der Rahmenlehrplan für Rheinland-Pfalz trat zum 01.01.2006 in Kraft. Er bietet die Möglichkeit zur getrennten Ausbildung von Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege oder zu einem integrierten Ansatz. Die beiden Berufsbezeichnungen bleiben erhalten. Die zwölf Themenbereiche des Krankenpflegegesetzes wurden in zehn Lernfelder umgesetzt und in 30 weitere Lernmodule differenziert. In jedem einzelnen Lernmodul sind die zu erlangenden Einzelkompetenzen detailliert für die theoretische und praktische Ausbildung aufgeführt. Zur Theorie-Praxis-Vernetzung werden keine Aussagen gemacht. Der praktische Einsatz findet in kurativen, palliativen, präventiven und rehabilitativen, stationären, teilstationären und ambulanten Bereichen statt und orientiert sich somit an den Handlungsbereichen aus dem Krankenpflegegesetz (Schewior-Popp et al., 2005).

Die Richtlinie für die Ausbildung in Nordrhein-Westfalen in der Fassung von 2003 ist an Schlüsselqualifikationen und Handlungskompetenzen ausgerichtet. Explizit genannt werden fachliche, sozial-kommunikative, methodische und personale Kompetenzen, die in vier Lernbereichen erlangt werden können: Pflegerische Kernaufgaben, Ausbildungs- und Berufssituation von Pflegenden, Zielgruppen/Institutionen/Rahmenbedingungen pflegerischer Arbeit, Gesundheits- und Krankenpflege/Gesundheits- und Kinderkrankenpflege bei bestimmten Patientengruppen. Diese Lernbereiche werden in weitere Teilbereiche untergliedert, in denen sich implizit die Themen des Krankenpflegegesetzes wieder finden. Für die ersten drei Lernbereiche wird ein integrierender Ansatz für beide Berufsgruppen gewählt, eine Differenzierung findet in Bezug auf Patientengruppen statt. Dabei wird hier nur eine inhaltliche Trennung vorgenommen und keine strukturelle, da die Schulen den Ablauf der Lernbereiche frei wählen können. Ob die Ausbildung an getrennten oder an gemeinsamen Ausbildungsstätten stattfindet, bleibt offen. Zielformulierungen finden sich in den einzelnen Lernbereichen. Es werden allgemeine Aussagen zur Theorie-Praxisvernetzung über den notwendigen Austausch mit PraxisanleiterInnen getroffen und die Notwendigkeit zur Stellung von Lernaufgaben für die Praxiseinsätze beschrieben. Neben den im Krankenpflegegesetz aufgeführten Handlungsfeldern werden explizit die Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation, Palliation, Beratung, Anleitung sowie die intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit genannt. Zudem werden Pflegedimensionen (interaktive, körperlich-taktile, existentielle, technische, pädagogische, professionelle) aufgezeigt (Oelke et al., 2003).

Der hessische Rahmenlehrplan befindet sich noch in der Erprobung, eine Aktualisierung des Entwurfs wurde 2005 vorgenommen. Er orientiert sich stark an den Themenbereichen des Krankenpflegegesetzes, inklusive der Zielvorgaben. Die Themenbereiche ‚Pflugesituation bei Menschen aller Altersgruppen erkennen, erfassen und bewerten‘ und ‚Pfleßmaßnahmen auswählen durchführen und auswerten‘ sind allerdings an Pflegephänomenen nach der

‚Internationalen Klassifikation für die Pflegepraxis‘ (ICNP) ausgerichtet und inhaltlich sehr differenziert dargestellt. Methodisch-didaktische Vorgaben werden ausdrücklich nicht gemacht, sondern sollen in Schulcurricula entwickelt werden. Es wird auch nicht Stellung genommen zu Kompetenzen, die erreicht werden sollen. Ebenso fehlen Aussagen zur praktischen Ausbildung. Die Systematisierung innerhalb der Themenbereiche orientiert sich strikt am Pflegeprozess. Im Zusammenhang mit den Pflegephänomenen ‚Verdauung‘ und ‚Sekretion‘ werden (und das ist ungewöhnlich) von den Pflegenden zu leistende körperliche Untersuchungen aufgeführt. Ebenso findet sich ein eigenverantwortliches Screening und ggf. die Regulierung von Auffälligkeiten bei den Themen ‚Flüssigkeitshaushalt‘ und ‚Ausscheidung‘ (Sozialministerium Hessen, 2007). Es zeigt sich, dass in allen drei Rahmenlehrplänen eine inhaltliche Integration der beiden Berufsausrichtungen versucht wurde, auch wenn Hessen nicht gesondert darauf eingeht. Der Inhaltsbereich der Altenpflege ist in der ‚Pflege von Menschen in allen Altersgruppen‘ aufgegriffen, aber nicht als weiterer integrativer Teil gedacht.

Modellprojekte

Der erste Schritt zur Schaffung einer gemeinsamen Ausbildungsgrundlage für Kranken- und Altenpflege wurde mit der Novellierung des Krankenpflegegesetzes getan. Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege erhielten eine gemeinsame Grundlage mit Ausdifferenzierungsphasen im Unterricht und in den praktischen Einsätzen. Beide Berufsbezeichnungen und Berufsbilder wurden beibehalten. Die Einführung einer Modellklausel in das Krankenpflegegesetz ermöglicht es den Ländern, darüber hinaus neue Ausbildungsstrukturen zu erproben. In Deutschland sind so insgesamt 39 Modellprojekte innovativer Pflegeausbildungen ins Leben gerufen und umgesetzt worden. In Rheinland-Pfalz erprobt das ‚Modell Ludwigshafen, eine Bildungsoffensive für Pflegeberufe, 3-jährige Pflegeausbildung mit integrierter allgemeiner Fachhochschulreife‘ neue Wege (Görres et al., 2005). Diese Modellprojekte sollen laut § 4 des Krankenpflegegesetzes der Weiterentwicklung der Pflegeberufe unter Berücksichtigung der berufsfeldspezifischen Anforderungen dienen (Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz - KrPflG), 2003). Gefördert von der Robert Bosch Stiftung und unter der Federführung des Institutes für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen hat sich ein Transfernetzwerk Innovative Pflegeausbildung (tip) gebildet. Innerhalb des Transfer-netzwerkes zeichnet sich ein breites Spektrum an Ausbildungsmodellen ab, die sich in ihren strukturellen, prozessualen und inhaltlichen Ausrichtungen unterscheiden.

Hinsichtlich der konzeptionellen Gestaltung der Ausbildung lassen sich drei große Modelltypen definieren:

In der integrierten Ausbildung wird ein Teil der Ausbildung aus den drei Pflegeberufen gemeinsam durchlaufen und erst in einer Spezialisierungsphase wieder getrennt. Hierbei ist die Abfolge der Phasen in den Modellprojekten unterschiedlich geregelt. Die klassischen Berufsbezeichnungen werden beibehalten, jedoch können je nach Konzeption bei Verlängerung der Ausbildungszeit auf 3,5 bzw. 4 Jahre mehrere Berufsabschlüsse erzielt werden. Insgesamt sind 19 Modellprojekte im Sinne einer integrierten Ausbildung angelegt.

In generalistisch ausgerichteten Konzepten werden die SchülerInnen der Gesundheits- und Krankenpflege/der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege gemeinsam mit jenen der Altenpflege ausgebildet. Es wird ein Abschluss mit einem der drei Berufsbezeichnungen erreicht und mit dem Zusatzzertifikat ‚generalistisch‘ versehen. Jedoch weist das Transfernetzwerk darauf hin, dass die so erlangte Berufsbezeichnung dem Ausbildungsstand der TeilnehmerInnen nicht gerecht wird. Es bedürfte eines erweiterten Berufsbegriffes. Insgesamt sind zehn Modellprojekte generalistisch konzipiert.

Vier Modellprojekte sind integrativ aufgebaut. Hierbei stehen die gemeinsamen und differenzierenden Aspekte der drei Pflegeberufe im Vordergrund. Es geht demnach nicht um eine formale Eingliederung, sondern um eine inhaltliche. Die SchülerInnen können mehrere Berufsbezeichnungen erlangen (Görres et al., 2005).

Zehn Modellprojekte sehen eine Verlängerung der Ausbildungszeit um ein halbes bzw. ein ganzes Jahr vor, um so zwei Berufsabschlüsse vergeben zu können. Der doppelte Berufsabschluss zielt darauf ab, durch schnittstellen- und institutionsübergreifende Anlage der Ausbildung ein erweitertes Pflege- und Berufsverständnis bei den TeilnehmerInnen zu erreichen. Angestrebt wird damit ebenfalls eine Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Gesamtorganisation. Die Evaluationsergebnisse sind für Ende 2008 angekündigt (Görres et al., 2005)

Das Deutsche Institut für Pflegeforschung (dip) evaluiert in Kooperation mit dem Wissenschaftlichen Institut der Ärzte Deutschland (WIAD) acht Modellprojekte in acht Bundesländern hinsichtlich der Verknüpfung und Zusammenführung der drei o.g. Berufsabschlüsse in der Pflege. Kompetenzmessungen überprüfen die Fach-, Methoden-, Sozial- und Selbstkompetenz. Die Ergebnisse der Evaluation sind für Ende 2008 zu erwarten.

Bisher zeigt sich, dass eine Erweiterung des Pflegebegriffs von der kurativen, selbstpflegerischen Ausrichtung zu einer umfassenderen Definition erfolgt ist. In allen Modellprojekten findet eine gemeinsame, integrierte Grundbildung, die sich meist über zwei Jahre erstreckt, statt, der eine Differenzierungsphase folgt. Es bleiben drei Berufsabschlüsse erhalten. Themen der Altenpflege finden sich durchgehend in dem allgemeinen Teil der Ausbildung, die gerontopsychiatrische Spezialisierung erfolgt im Anschluss.

Schon jetzt ist absehbar, dass es zur Kompetenzentwicklung einer gut strukturierten Vernetzung mit den Praxiseinrichtungen bedarf. Im Hinblick auf zukünftige Herausforderungen sind neue Akzente wie Teamfähigkeit und interkulturelle Kompetenzen anzustreben (Rottländer, 2006).

Es kann festgehalten werden, dass es eine Vielzahl von Ausbildungsmodellen gibt, die verschiedene strukturelle, prozessuale und inhaltliche Wege verfolgen, jedoch alle mit dem Ziel der Verbesserung der Pflegeausbildung und in der Folge einer Erhöhung beruflicher Handlungskompetenz. Von den abschließenden Ergebnissen der Evaluationen der Modellprojekte werden wichtige Erkenntnisse für die Weiterentwicklung der Ausbildungen erwartet, die auf die Entscheidung des Gesetzgebers für eine weitere Novellierung des Krankenpflegegesetzes Einfluss haben können (Storsberg et al., 2006).

Laut der Pflegeausbildungsstudie (PABiS) erwarten die Krankenhäuser als Träger der praktischen Ausbildung durch die Reform der Krankenpflegeausbildung deutlich besser qualifizierte Pflegekräfte als nach der bisherigen Art und Weise der pflegerischen Qualifizierung. Begrüßt wird die intensivere Vermittlung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse, eine Betonung von präventiver, rehabilitativer und palliativer Pflege sowie von Pflegeberatung und Pflegeüberleitung (Blum et al., 2006).

Praktische Ausbildung

Mit der Novellierung des Krankenpflegegesetzes sind die Stunden der theoretischen Ausbildung herauf (von 1600 auf 2500 Std.) und die der praktischen Ausbildung (von 3000 auf 2100 Std.) herabgesetzt worden (Storsberg et al., 2006).

Die Krankenhäuser befürchten aufgrund der verringerten praktischen Ausbildungszeit eine größere Ferne von theoretischer und praktischer Ausbildung. Bei allen Modellprojekten liegt die Zahl der Ausbildungsstunden jedoch über den gesetzlichen Forderungen. Zudem begegnen die Pflegeschulen durch häufigere Praxisbesuche der Lehrenden, Praxistagebücher, die von den Schülern zu führen sind und Lernaufträge dieser Problemstellung. Gerade in den Modellprojekten wird Wert gelegt auf eine gute Theorie-Praxis-Vernetzung, sowohl im theoretischen Unterricht über geeignete Lehr-Lernmethoden wie auch über einen kontinuierlichen Austausch mit den Praxiseinrichtungen (Görres et al., 2005). Auf der anderen Seite bemühen sich die Träger der praktischen Ausbildung, weitergebildete PraxisanleiterInnen zur Verfügung zu stellen, die die Schüler schrittweise an die eigenständige Wahrnehmung der beruflichen Aufgabe heranzuführen und die Verbindung mit der Schule gewährleisten sollen. PABiS zufolge befand sich zur Mitte des Jahres 2005 die Hälfte aller PraxisanleiterInnen in einer Maßnahme zur Zusatzqualifikation (Blum et al., 2006). Dennoch scheint ein guter Theorie-Praxis-Transfer aufgrund struktureller

Gegebenheiten in den Praxiseinrichtungen häufig problematisch zu sein, so die Zwischenevaluationen der Modellprojekte durch das Transfernetzwerk Innovative Pflegeausbildung (tip). Gründe und Lösungsansätze werden dafür jedoch nicht benannt (Görres et al., 2005).

Zusammenfassend stärkt das Krankenpflegegesetz 2003 die pflegerische Perspektive. Die gesetzlichen Regelungen tragen der Tatsache Rechnung, dass es in der Pflege nicht um Krankheitsbilder geht, sondern um Situationen unterschiedlichen Komplexitätsgrades, die als Folge einer Erkrankung oder eines Entwicklungsstandes auftreten können (Stöcker, 2005). Wie die Analyse der Rahmenlehrpläne zeigt, gibt es erhebliche Differenzen in der Umsetzung.

1.4.2 Weiterbildungen in der Pflege

Anders als bei den Ausbildungen in den Pflegeberufen, die über ein nationales Gesetz geregelt sind, liegt die Regelungskompetenz für die Weiterbildungen bei den einzelnen Bundesländern (Storsberg et al., 2006).

Die ersten bundesweiten Empfehlungen für ein einheitliches pflegerisches Weiterbildungssystem stammen von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). Die DKG hat bis heute Musterempfehlungen für folgende fachliche Weiterbildungen herausgegeben, die im Umfeld des Krankenhauses interessant sind: Operationsdienst/Endoskopie (1997), Intensivpflege (1998), Pflege in der Onkologie (1998) (Landenberger et al., 2005), Pflege in der Nephrologie (Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2006a) und die Leitung eines Bereichs im Krankenhaus oder in anderen Versorgungsbereichen (Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2006b). Auf diese Vorgaben stützen sich viele landesrechtliche Regelungen, so dass es neben den bereits genannten eine Reihe weiterer staatlich anerkannter Fachweiterbildungen für Pflegeberufe gibt (Storsberg et al., 2006), dazu gehören Praxisanleitung, Fachpflege in der Krankenhaushygiene, Pflegedienstleitung.

Die Weiterbildungen in Rheinland-Pfalz sind in einem Landesgesetz über die Weiterbildung in den Gesundheitsfachberufen (GFBWBG) von November 1995, in der letzten Änderung von Februar 2001 geregelt (Landesgesetz über die Weiterbildung in den Gesundheitsfachberufen in Rheinland-Pfalz (GFBWBG), 2001) und in einer Landesverordnung von 1998 (GFBWBGDVO) (Landesverordnung zur Durchführung des Landesgesetzes über die Weiterbildung in den Gesundheitsfachberufen in Rheinland-Pfalz (GFBWBGDVO), 1998) differenziert aufgeführt. Diese sind: Intensivpflege, pädiatrische Intensivpflege, Weiterbildung für

operative Funktionsbereiche, psychiatrische Pflege, ambulante Pflege, Krankenhaushygiene, Leitung einer Pflege- oder Funktionseinheit, Praxisanleitung, Pflegedienstleitung, Lehre für Gesundheitsfachberufe. Als Zulassungsvoraussetzungen für eine Weiterbildung werden immer die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung des gesetzlich geregelten Gesundheitsfachberufs, auf den sich die Weiterbildung bezieht sowie eine mindestens zweijährige Berufsausübung in dem erlernten Beruf erwartet. In vielen Fachweiterbildungen, wie beispielsweise in der Intensivpflege und für die Weiterbildung für den Operationsdienst, wird darüber hinaus eine mindestens sechsmonatige Erfahrung in diesem Einsatzgebiet im Rahmen der Berufsausübung gefordert. Einheitlich sind die Weiterbildungsstunden in der Intensivpflege, pädiatrischen Intensivpflege und für operative Funktionsbereiche mit 720 theoretischen Stunden und 2500 Stunden praktischer Weiterbildung angesetzt. Leitungen von Pflege- und Funktionseinheiten und PraxisanleiterInnen werden mit 460 theoretischen Stunden ausgebildet.

Die Beschreibungen der Aufgabengebiete lassen sich für die Funktionsbereiche Intensivstation und OP zusammenfassen in selbständige, fachkundige, umfassende und geplante Pflege, gesundheitsfördernde Lebenshilfe unter Aktivierung der Ressourcen der PatientInnen, Begleitung Sterbender, verantwortliche Mitwirkung bei der Durchführung und Überwachung fachspezifischer diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen, sachgerechter Umgang mit technischen Geräten und Arzneimitteln, selbständige Einleitung von Wiederbelebensmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes und die Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle des Pflegedienstes und der Arbeitsabläufe in den entsprechenden Einheiten. In der psychiatrischen Weiterbildung wird zusätzlich die kontinuierliche Überwachung und Durchführung der Behandlungsmaßnahmen, die Leitung von Gruppen und die Einbeziehung des sozialen Umfelds aufgeführt. Fachpflegende im Bereich der Krankenhaushygiene haben als eigenständigen Aufgabenbereich auf die Einhaltung der Regeln der Krankenhaushygiene zu achten und sind für die Schulung und praktische Anleitung der Beschäftigten in Fragen der Krankenhaushygiene zuständig. Mitwirkende Aufgaben sind zu erfüllen bei der Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen, Auswahl hygienerelevanter Verfahren und Produkte sowie Planung hygienerelevanter funktionaler und baulicher Maßnahmen. Für PraxisanleiterInnen steht die praktische Ausbildung von PflegeschülerInnen in Einrichtungen der stationären Versorgung im Vordergrund.

In der Landesverordnung werden bei den inhaltlichen Angaben zur theoretischen Ausbildung der Gesundheitsfachberufe notwendige Fächer- und Themenbereiche aufgeführt und mit Mindeststundenzahlen pro Fach hinterlegt. Die didaktische und methodische Ausgestaltung obliegt den Weiterbildungsstätten. In der praktischen Weiterbildung wird Wert gelegt auf eine gute Praxisanleitung durch eine qualifizierten Fachperson, die über die entsprechende fach-

bezogene und fachpädagogische Weiterbildung verfügt sowie die Durchführung regelmäßiger Praxisgespräche (Landesgesetz über die Weiterbildung in den Gesundheitsfachberufen in Rheinland-Pfalz (GFBWBG), 2001; Landesverordnung zur Durchführung des Landesgesetzes über die Weiterbildung in den Gesundheitsfachberufen in Rheinland-Pfalz (GFBWBGDVO), 1998).

Zum Vergleich mit den Regelungen anderer Bundesländer werden exemplarisch drei weitere Weiterbildungs- und Prüfungsordnungen für Intensivpflege und Anästhesie aus Nordrhein-Westfalen (Weiterbildungs- und Prüfungsverordnung zu Fachkrankenschwestern, 1995), Brandenburg (Weiterbildungs- und Prüfungsverordnung für Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/Krankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen/Kinderkrankenpfleger in der Intensivpflege und Anästhesie, 2004) und Bremen (Weiterbildungs- und Prüfungsverordnung für Krankenschwestern, 1992) betrachtet. Als Vergleichskriterien werden die Zulassungsbestimmungen, die Stundenzahl, Aussagen zur theoretischen und praktischen Ausbildung, Kompetenzbeschreibungen und Handlungsfelder verwendet. Die Zulassungsvoraussetzungen in allen drei Ländern und Rheinland-Pfalz unterscheiden sich nicht. In Nordrhein-Westfalen (NRW) umfasst die theoretische Weiterbildung 720 Stunden, die praktische Weiterbildung 1200 Stunden, Brandenburg bildet mit 800 Theoriestunden und 1600 praktischen Stunden aus und Bremen mit 800 Stunden Theorie und 1680 Stunden Praxis. NRW macht keine Aussagen zu den Inhalten der theoretischen und praktischen Ausbildung, während Brandenburg detailliert Fächer und Themenkomplexe beschreibt und die Praxiseinsätze als Praktika verstanden sehen will. Zudem muss die Leitungsperson der Weiterbildungsstätte in Brandenburg über eine Diplom-(Pflege-)Pädagogische Ausbildung verfügen. Auch in Bremen finden sich Fächer und Themenbereiche für die theoretische Ausbildung, der berufspraktische Anteil der Weiterbildung hat unter fachkundiger Anleitung und Aufsicht zu erfolgen. Eine Begriffsbestimmung von ‚Fachkunde‘ fehlt allerdings. Ähnlich wie in Rheinland-Pfalz findet sich in keinem der Länder eine explizite Nennung der zu erreichenden Kompetenzen. Auch sind die aufgeführten Aufgaben mit Rheinland-Pfalz vergleichbar. Angaben zu Handlungsfeldern, für die ausgebildet wird, werden von Brandenburg und Bremen in den Funktionsbereichen und Fachgebieten der Intensivmedizin benannt. An Besonderheiten fällt für das Land Bremen auf, dass eine Modularisierung der Weiterbildungen derzeit in Bearbeitung ist. Es soll die Flexibilität der Gestaltung der berufsfachlichen Qualifikation für Pflegende erhöhen und zu einer besseren Vergleichbarkeit beitragen. Zudem gehört in Bremen die onkologische Pflege zu den staatlich anerkannten Fachweiterbildungen.

Das bisherige Bild der Fachweiterbildungsangebote zeichnet sich durch strukturelle Heterogenität aus. Auf der inhaltlichen Ebene zeigt sich aber eine ähnlich starke medizinisch-technische und an Funktionen ausgerichtete Orientierung. Boonen und Darmann halten dies in Bezug auf die zukünftigen Aufgaben und die bestehenden Anforderungen in der Patientenversorgung für nicht mehr angemessen. Sie haben deshalb ein fächerintegratives Curriculum für die Weiterbildung in der Anästhesie- und Intensivpflege erstellt, erprobt und evaluiert, das anhand von typischen Pflegesituationen die klinische Urteilsfähigkeit und prozessorientiertes Handeln fördern soll. Neben der Vermittlung von Faktenwissen rücken Aspekte des selbstorganisierten Lernens in den Fordergrund, um die TeilnehmerInnen zu befähigen, flexibel auf neue Anforderungen der Berufspraxis reagieren zu können. Reflexion des eigenen Handelns wird in den Vordergrund gerückt, um neue Erkenntnisse aus z.B. der Pflegewissenschaft schneller umsetzen und in der Kooperation mit anderen Berufsgruppen fachlich argumentieren zu können. Methodisch wird neben klassischen Unterrichtsformen in den medizinischen Fächern mit problemorientiertem Lernen und Fallkonstruktionen gearbeitet, denen ein interaktionsorientiertes Pflegeverständnis zugrunde gelegt wird. Die Evaluation zeigt, dass die TeilnehmerInnen noch stark in medizinisch ausgerichteten Denkstrukturen verhaftet sind, sich aber reflexive Wissensverwendung in der Deutung von Situationen in der Intensivpflege in Praxissituationen bemerkbar machen (Boonen & Darmann, 2004).

In diesem Beispiel sind erste Ansätze für notwendige Veränderungen in den Weiterbildungen der Gesundheitsfachberufe zu erkennen, um auf Strukturveränderungen im Gesundheitswesen und die Erschließung neuer Handlungsfelder reagieren zu können.

Die im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen durchgeführte ‚Machbarkeitstudie zur Entwicklung eines hochschulzertifizierten Fachweiterbildungsangebotes für Angehörige der nicht-ärztlichen Heilberufe in NRW‘ konstatiert einen erheblichen Reformbedarf im System der (Fach-)Weiterbildungen in der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Altenpflege.

In besonderer Weise wird die fehlende Anpassung an nationale und internationale Standards im Bildungskontext hervorgehoben. Beispielsweise fehlt eine Verortung der aktuellen Weiterbildungsangebote innerhalb eines Systems definierter durchgängiger Bildungsniveaus. Dies führt zu singulären Qualifizierungsmaßnahmen, die weder horizontal noch vertikal ausreichend verbunden sind. Eine Einordnung der Weiterbildung innerhalb eines gestuften Qualifikationsrahmens (siehe Kap. II 1.4.5) verbunden mit der Anwendung eines Zertifizierungssystems wie dem Europäischen System zur Anrechnung von Studienleistungen (European Credit Transfer System [ECTS]) erlaubt demgegenüber einen formalen Vergleich mit alternativen Qualifikationsangeboten und ggf. eine Anrechnung bereits erbrachter Leistungen. Auf

der inhaltlichen Ebene kann über eine Modularisierung mehr Transparenz und Vergleichbarkeit erreicht werden (Nauerth et al., 2006).

1.4.3 Qualifikationen im Assistenzbereich

Die Qualifikationsangebote im Assistenzbereich sind vielfältig und unübersichtlich (siehe Kap. II 1.3.2). Die klassische Qualifikation für die Unterstützung der professionell Pflegenden im Krankenhaus ist die Krankenpflegehilfe. Die Krankenpflegehilfeausbildung ist im Krankenpflegegesetz von 2003 nicht mehr aufgenommen worden. Stattdessen wurden die Länder ermächtigt, eigene gesetzliche Regelungen zu treffen. Einige Länder, so Baden-Württemberg, Brandenburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen und das Saarland, haben bereits landesrechtliche Regelungen erlassen. In Niedersachsen existiert eine Übergangsregelung. Die Berufsbezeichnung lautet nun Krankenpflegehelfer/Krankenpflegehelferin (Hessen, Nordrhein-Westfalen, Saarland, Niedersachsen) oder Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/Gesundheits- und Krankenpflegehelferin (Baden-Württemberg, Brandenburg). Die vorliegenden Regelungen bewegen sich hinsichtlich der Vorgaben für den theoretischen Unterricht zwischen 500 und 700 Stunden und der praktischen Ausbildung zwischen 900 und 1100 Stunden. Teilweise ist darüber hinaus eine definierte Stundenzahl für den fachpraktischen Unterricht ausgewiesen. Die Ausbildungsdauer beträgt in der Regel 1 Jahr. Als Zulassungsvoraussetzung ist der Hauptschulabschluss festgelegt.

Das Ziel der Ausbildung besteht in der Vermittlung von Kenntnissen, Fertigkeiten und Kompetenzen aus dem pflegerischen und hauswirtschaftlichen Bereich. Mit Ausnahme von Nordrhein-Westfalen formulieren die Regelungen der Länder, dass diese Tätigkeiten explizit unter Anleitung einer Pflegefachperson zu erfolgen hat. Niedersachsen betont, dass die Pflegefachperson die Tätigkeiten der Krankenpflegehelferin/des Krankenpflegehelfers zu supervidieren habe, Brandenburg hebt hervor, dass die Verantwortung bei der Pflegefachperson bleibt (Ausbildungs- und Prüfungsordnung für den Beruf der Krankenpflegehelfer(innen) in NRW - KrPflhiAPrV -, 2003; Gesetz über den Beruf der Gesundheits- und Krankenpflegehelferin und des Gesundheits- und Krankenpflegehelfers im Land Brandenburg (Brandenburgisches Krankenpflegehilfegesetz -BbgKPHG)., 2004; Hessisches Krankenpflegehilfegesetz (HKPHG)., 2004; Ordnung für die Ausbildung und Prüfung in der Krankenpflegehilfe in Niedersachsen., 2005; Verordnung des Sozialministeriums Baden-Württemberg über die Ausbildung und Prüfung an staatlich anerkannten Schulen für Gesundheits- und Krankenpflegehilfe Ausbildungs- und Prüfungsordnung Gesundheits- und Krankenpflegehilfe - APrO-GeKrPflHi), 2005).

Die Gesetze und Verordnungen der genannten Länder zur Krankenpflegehilfe stellen im Wesentlichen eine Fortschreibung der entsprechenden Regelungen des Krankenpflegegesetzes von 1985 dar.

In Abgrenzung dazu entwickelte der Hamburger Senat ein neues Berufsprofil. Seit dem 21. November 2006 existiert ein ‚Hamburgisches Gesetz über die Ausbildung in der Gesundheits- und Pflegeassistenz‘ (HmbGPAG), das im April 2007 in eine Ausbildungs- und Prüfungsordnung einschließlich Rahmenlehrplan mündete und zum 1. Mai 2007 in Kraft trat (Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die Gesundheits- und Pflegeassistenz, 2007). Der neue Ausbildungsgang löst die bisherigen Helferberufe Altenpflegehilfe und Krankenpflegehilfe ab. Dieser Assistenzberuf verfolgt einen generalisierten Ansatz und will die Auszubildenden zu Tätigkeiten in der stationären und ambulanten Altenpflege sowie im Krankenhaus qualifizieren (Freie Hansestadt Hamburg, 2007). *„Das Ausbildungsberufsbild umfasst den gesamten Pflegebedarf sämtlicher Generationen in der Häuslichkeit, in der Tagespflege sowie in stationären Bereichen, insbesondere der Pflegeheime, Krankenhäuser, Wohngruppen und betreuten Wohnanlagen“* (Hamburgisches Gesetz über die Ausbildung in der Gesundheits- und Pflegeassistenz (HmbGPAG), 2006). Die Ausbildung beinhaltet 960 Stunden Fachunterricht und 2240 Stunden praktische Ausbildung (Hamburgisches Gesetz über die Ausbildung in der Gesundheits- und Pflegeassistenz (HmbGPAG), 2006).

Die Ausbildung richtet sich vornehmlich an HauptschulabsolventInnen mit einem Mindestalter von 16 Jahren. Es können aber auch Personen ohne Hauptschulabschluss zugelassen werden. Bei BewerberInnen ohne Schulabschluss oder mit Lernschwächen wird eine zusätzliche sozialpädagogische Unterstützung angeboten. Der Zugang zu Gesundheits- und Pflegeberufen ist mit einer Verkürzung auf zwei Jahre Ausbildungszeit möglich (Freie Hansestadt Hamburg, 2007).

Als Ausbildungsziel wird die Vermittlung von *„Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten (...), die für die qualifizierte Betreuung und Pflege von Menschen aller Generationen unter Anleitung einer Pflegefachkraft (§2 Absatz 1 HmbGPAG) erforderlich sind“* (Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die Gesundheits- und Pflegeassistenz, 2007) genannt. Dazu gehört die Entwicklung einer professionellen Haltung unter Einbeziehung von Pflegekonzepten sowie der rechtlichen und vertraglichen Grundlagen; Förderung und Unterstützung von Menschen bei einer gesunden Lebensweise unter Berücksichtigung individueller Interessen; Umgang mit beruflichen Belastungen, Entwicklung von Bewältigungsstrategien und Einsatz von Maßnahmen zur Selbstpflege; Unterstützung von Menschen bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten unter Berücksichtigung von ökonomischen und ökologischen Aspekten sowie individuellen Wünschen und Bedürfnissen, Herstellen von respektvollen Kontakten zu pflegebedürftigen

Menschen und ihre Unterstützung unter Beachtung wesentlicher Vorbeugungsmaßnahmen bei der Grundversorgung; Erkennen von Ressourcen und diese aktivierend in die Pflegehandlung einbeziehen; im Pflegeprozess bei der Erstellung von Biographien und Pflegeplanung unterstützend mitzuwirken; den Pflegebericht und die Pflegemaßnahmen selbständig dokumentieren; bei der Durchführung ärztlich veranlasster therapeutischer und diagnostischer Verrichtungen mithelfen; Notfallsituationen durch gezielte Beobachtung rechtzeitig erkennen und die erforderlichen Informationen unverzüglich weitergeben; Menschen bei der Auseinandersetzung mit chronischen, neurologischen und dementiellen Erkrankungen sowie Behinderungen unterstützen; mit anderen Berufsgruppen, im therapeutischen Team, mit privat Pflegenden und Angehörigen unter Reflektion der Situation und der eigenen Rolle zusammenarbeiten; Menschen in der Endphase des Lebens unterstützend begleiten und pflegen (Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die Gesundheits- und Pflegeassistenten, 2007). Im Rahmenlehrplan werden diese Kenntnisse näher aufgeschlüsselt. Es werden Grundkenntnisse in Kommunikation, Biografiearbeit, Maßnahmen der körperbezogenen Pflege einschließlich notwendiger Prophylaxen, Krankenbeobachtung mit und ohne Hilfsmittel und deren Dokumentation sowie Aufgaben aus der speziellen Pflege wie Blutzuckermessung und Verabreichung von subcutanen Insulin- und Antithrombotikainjektionen und deren Dokumentation vermittelt (Freie Hansestadt Hamburg, 2007).

Einen ersten Durchgang hat diese Ausbildung bereits Anfang Juli 2007 im Rahmen eines Modellprojektes der Hamburgischen Pflegegesellschaft und der Behörde für Bildung und Sport abgeschlossen. Evaluationsergebnisse liegen nicht vor.

Dieses Ausbildungsangebot senkt im Vergleich zur Krankenpflegehilfe (sowohl in der Fassung nach dem Krankenpflegegesetz 1985 als auch nach den vorliegenden länderrechtlichen Regelungen) einerseits die Zulassungsvoraussetzungen, andererseits werden die Tätigkeitsfelder ausgeweitet. Die Auswirkungen auf die Sicherheit und das Wohlbefinden der PatientInnen und weiterer Menschen mit Pflegebedarf ist unklar. Ein solches Projekt bedarf dringend der wissenschaftlich fundierten Evaluation.

SchülerInnen mit schwachem Hauptschulabschluss bietet ein Modellprojekt der Robert Bosch Stiftung die Möglichkeit einer Ausbildung zur Servicehelferin und zum Servicehelfer im Sozial- und Gesundheitswesen. Diese einjährige Ausbildung qualifiziert junge Menschen für unterstützende Tätigkeiten in der Alten- und Behindertenhilfe und im Krankenhaus. 70 Prozent der Ausbildung bestehen aus praktischen Anteilen, 30 Prozent aus Theorie. Die Jugendlichen sollen durch die Arbeit in der Alten- und Behindertenhilfe und im Krankenhaus soziale Kompetenzen entwickeln und Fähigkeiten erwerben, die ihnen längerfristig eine Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt ermöglichen. Dabei geht es nicht um pflegerische Tätigkeiten, sondern beispielsweise um die Unterstützung alter oder behinderter Menschen

bei Spaziergängen, um Hilfe und Anleitung bei den Mahlzeiten, um Mithilfe bei Hausmeister-tätigkeiten, um Hol- und Bringdienste oder um die Unterstützung bei Hausarbeiten wie Abwaschen, Abtrocknen oder Aufräumen. Im theoretischen Unterricht des Ausbildungsjahrs werden vor allem hauswirtschaftliche und technische Grundlagen gelehrt, aber auch Sozialverhalten sowie Kommunikationstraining und angemessenes Auftreten (Robert Bosch Stiftung, 2007).

Die Bandbreite der Qualifikationsangebote im Assistenzbereich der sozialen und pflegerischen Berufe ist vielfältig und unübersichtlich (siehe auch Kap. II 1.3.2). Zunehmend finden sich Angebote, die eine Klientel mit sehr geringen Zugangsvoraussetzungen anspricht. Die Diskussion um eine Neuverteilung der Handlungsfelder und Zuständigkeiten im Krankenhaus unterstellt nicht zuletzt aus Kostengründen, dass ein Teil der pflegerischen Tätigkeiten an geringer qualifizierte Personen delegiert werden kann (siehe Kap. II 2.3). So ist anzunehmen, dass die in dem Helfer- und Assistenzbereich Qualifizierten vermehrt eingesetzt werden - dies vor dem Hintergrund, dass die Anforderungen an pflegerische Leistungen im Krankenhaus aufgrund der zunehmenden Fallschwere bei verkürzter Verweildauer immer komplexer und anspruchsvoller werden. Verbunden mit der beschriebenen Tendenz, in Zeiten der Personalknappheit (und wann ist Pflegepersonal im Krankenhaus nicht knapp) an die Gruppe der HelferInnen und AssistentInnen Tätigkeiten zu delegieren, die ihren Kompetenzbereich überschreiten (siehe Kap. II 1.3.2), setzt hier eine Entwicklung ein, in deren Folge eine Schädigung der PatientInnen nicht mehr auszuschließen ist.

1.4.4 Pflegestudiengänge

Neben der Entwicklung von Qualifikationsangeboten im Assistenzbereich sind ebenfalls im tertiären Bildungsbereich neue Konzepte entstanden.

Angestoßen durch den so genannten Bologna-Prozess findet derzeit eine umfassende Umstrukturierung der deutschen Hochschullandschaft statt. Die ländertypischen Abschlüsse werden in Orientierung an internationalen Gepflogenheiten europaweit in Bachelor- (BA) und Master-Grade (MA) umgewandelt. Neue Chancen bieten die Bachelor-Studiengänge bei dem Ziel, die Erstausbildung der Pflege an die Hochschulausbildung anzukoppeln. Diese Ankoppelung erfolgt auf ganz unterschiedliche Weise, jedoch findet die Qualifizierung derzeit immer in Kooperation mit Ausbildungsstätten für Pflegeberufe statt. Die Hochschulen übernehmen entweder große Teile der grundständigen Pflegeausbildung (z.B. Ev. Fachhochschule Berlin, Fachhochschule Fulda, Kath. Fachhochschule Freiburg) oder verstehen sich als Vertiefung und Erweiterung der von den Pflegeschulen durchgeführten Ausbildung (z.B. Fachhochschule Hannover, Katholische Fachhochschule Mainz, Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg). Das Konzept der Fachhochschule Neubrandenburg sieht die Integration von pflegewissenschaftlichen und pflegemanageriellen Studienangeboten in die von der Pflegeschule durchgeführte Erstausbildung vor.

Die genannten Konstrukte ermöglichen es, dass die Auszubildenden/Studierenden im Verlaufe von vier bis fünf Jahren sowohl ein staatliches Pflegeexamen als auch einen ersten akademischen Abschluss erwerben. Neben diesen Studiengängen, die die Qualifizierung von PflegeexpertInnen mit der Erstausbildung verknüpfen, gibt es weitere Konzepte, die als Zulassungsvoraussetzung für ein entsprechendes BA-Studium den Abschluss einer Pflegeausbildung vorsehen (z.B. Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Fachhochschule Jena) (Stemmer, 2005a).

Die Zielsetzung der Studiengänge auf Bachelor-Ebene besteht in der Vermittlung von Kompetenzen zur selbständigen Ausübung wissenschaftlich fundierter Pflege. Dazu gehören Pflegediagnostik und -therapie. Diese sind evidenzbasiert und personenorientiert sowie eigenverantwortlich nach wissenschaftlichen Methoden zu planen, zu gestalten, zu managen, zu evaluieren und weiterzuentwickeln. Dies bezieht sich auf die Gesundheitsförderung, die Prävention, Kuration, Rehabilitation sowie die Palliativpflege. Besonders hervorgehoben wird die Beratung, Anleitung und Begleitung von PatientInnen und deren Angehörigen.

Neben dem individuumsbezogenen Fokus werden weitere Kompetenzen angestrebt wie gesundheitsbezogenes Prozess- und Fallmanagement, die Initiierung und Konsolidierung inner- und interprofessioneller Kooperationen, die ethische Reflektionsfähigkeit sowie die aktive Mitwirkung an der Gestaltung des Gesundheitswesens. Darüber hinaus hebt die Hoch-

schule Hamburg hervor, dass den akademisch ausgebildeten Pflegenden die Verantwortung zukommt, Pflegende geringerer Qualifikation in die Versorgung zielgerichtet einzubeziehen, sie anzuleiten und deren Handlungen zu überwachen (Evangelische Fachhochschule Berlin, 2007; Fachhochschule Frankfurt, 2007; Fachhochschule Fulda, 2007; Fachhochschule Hannover, 2007; Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg, 2007; Katholische Fachhochschule Freiburg, 2007; Katholische Fachhochschule Mainz, 2007; Universität Halle Wittenberg, 2007)

Trotz der im Vergleich zur beruflichen Ausbildung differenzierteren und vertieften Auseinandersetzung mit den ausbildungsrelevanten Themen der Pflegebildung bleibt den Absolventen der Bachelor-Studiengänge die berufsrechtliche Anerkennung versagt. Damit ist es zum jetzigen Zeitpunkt in Deutschland nicht möglich, über ein Studium die Berufszulassung zu erlangen. Dies ist inhaltlich nicht nachvollziehbar und im Vergleich zu den Regelungen in den meisten anderen europäischen und zahlreichen außereuropäischen Ländern die Ausnahme (Stemmer & Dorschner, 2007).

Neben ausbildungsnahen Bachelor-Studiengängen existieren verschiedene pflegebezogene Studienangebote, die bereits auf dem Bachelor-Niveau eine Spezialisierung z.B. in Richtung Pädagogik oder Management vorsehen. Sowohl auf Bachelor- als auch auf Master-Niveau spielt der Erwerb analytischer Kompetenz und der Transfer wissenschaftlichen Wissens in Praxishandeln eine wichtige Rolle. Auf Master-Niveau wird darüber hinaus die Entwicklung eigenständiger Forschungskompetenz angestrebt.

Neben den Schwerpunkten Pflegewissenschaft, Pädagogik und Management finden sich auf Master-Niveau zusätzlich einige wenige Studienangebote mit klinischem Fokus.

Die Fachhochschule Jena bietet als Fernstudium einen Master-Studiengang an, der sich ausdrücklich in die Konzeption der Advanced Nursing Practice mit den Schwerpunkten Palliativpflege und Case Management einordnet. Als Aufgaben der Master-Absolventen werden genannt: Erkennen komplexer Pflegesituationen; Bewertung dieser Situationen vor dem Hintergrund forschungsbasierten Pflegewissens und Entwicklung von zielgruppenorientierten Lösungsschritten; situationsgerechte Beratung, Schulung und Anleitung von Pflege- und Hilfebedürftigen sowie ihrer Angehöriger; Gestaltung des Theorie-Praxis-Transfers; Mitwirkung bei der Personalentwicklung. Die AbsolventInnen wirken interprofessionell, führen Teams, tragen zur Organisationsentwicklung bei, entwickeln neue Versorgungsansätze und beteiligen sich an ethischen Fragestellungen. Das Studiengangskonzept sieht darüber hinaus schwerpunktspezifische Themen vor (Fachhochschule Jena, 2007).

Für eine Neuordnung der Handlungsfelder der Pflege interessieren besonders die Studienangebote mit einer klinischen Perspektive. Eine Übernahme von komplexen Aufgaben durch Pflegende im Sinne einer erweiterten Pflegepraxis (siehe Kap. II 1.3.2 und II 1.4.6), die sich international bewährt hat und wie sie in diesem Gutachten empfohlen wird, setzt zwingend ein entsprechendes Studienangebot auf Master-Niveau voraus. Hier herrscht ein dramatischer Mangel, auf den dringend reagiert werden sollte.

Hinsichtlich der Qualifizierungskonzepte im klinischen Bereich auf Master-Ebene sind zwei unterschiedliche Herangehensweisen zu unterscheiden.

Während im angloamerikanischen Bereich auf Master-Niveau eine inhaltliche Spezialisierung (z.B. mit dem Schwerpunkt auf spezifische chronische Erkrankungen oder definierte Aufgabenfelder wie Palliativpflege oder geriatrische Pflege) stattfindet, haben sich beispielsweise die Verantwortlichen in den Niederlanden für eine stärker methodisch ausgerichtete Qualifizierung der Studierenden entschieden. Das niederländische Konzept knüpft an berufliche Erfahrungen an und nutzt die jeweiligen Handlungsfelder der Studierenden für die Konkretisierung der Studieninhalte (z.B. Wissensmanagement, Evidence-Based Practice oder klinische Entscheidungsfindung) (Jong, 2008). Gerade in den ersten Jahren des Aufbaus klinischer Master-Angebote, die verbunden sind mit einer Phase der Schaffung entsprechender Arbeitsplätze, können stärker methodisch ausgerichtete Curricula sinnvoll sein, da sie einen flexiblen Einsatz der so qualifizierten Personen ermöglichen. Langfristig erscheinen jedoch stärker spezialisierte Studienangebote vonnöten, da die inhaltliche Auseinandersetzung mit den spezifischen klinischen Fragestellungen auf akademischem Niveau einerseits die Entwicklung fachlicher Kompetenz fördert und andererseits die weitere Erforschung dieser Fragestellungen dadurch eher vorangetrieben wird.

1.4.5 Abstufungen von Qualifikationsniveaus

Die pflegebezogenen Qualifikationsangebote in Deutschland befinden sich auf verschiedenen Ebenen. Jedoch sind sie weder formal noch inhaltlich aufeinander abgestimmt. Es fehlt ein schlüssiges und abgestimmtes Gesamtkonzept. Als relevante Abgrenzungskriterien für einzelne Stufen könnten genutzt werden *„die Komplexität der Patientensituationen, das Maß des erforderlichen Wissenstransfers sowie der Grad der beruflichen Entscheidungskompetenz und Verantwortung“* (Landenberger, 2005).

Zur Identifikation von eindeutigen Qualifikationsniveaus entwickelte die Europäische Kommission den achtstufigen europäischen Qualifikationsrahmen (EQF) (Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe, 2006). Zur Abgrenzung der Studienangebote auf Bachelor- und Master-Niveau steht des Weiteren der Qualifikationsrahmen für deutsche Hochschulabschlüsse zur Verfügung (Kultusministerkonferenz, 2005).

Der EQF differenziert nach Kenntnissen, Fertigkeiten sowie persönlichen und fachlichen Kompetenzen. Der Deutsche Bildungsrat verortet die berufliche dreijährige Pflegeausbildung auf der Kompetenzstufe fünf und weist ihr damit einen recht hohen Level zu. Die Expertengruppe der ‚Machbarkeitsstudie zur Entwicklung eines hochschulzertifizierten Fachweiterbildungsangebotes für Angehörige der nicht-ärztlichen Heilberufe in Nordrhein-Westfalen‘ strebt demgegenüber erst mit einer Fachweiterbildung das Niveau fünf an. (Nauerth et al., 2006). Die Bachelor-Qualifikation befindet sich auf der Stufe sechs. Das Anspruchsniveau der Master-Studiengänge entspricht dem Level sieben nach EQF. Mit einer Promotion wird dann die Stufe acht erreicht (Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe, 2006). Mit dem EQF liegt ein Vorschlag für eine Differenzierung von allgemeinen Kompetenzniveaus vor, der allerdings noch im Hinblick auf pflegerelevante Kompetenzen übersetzt werden muss.

Die Identifikation von Qualifikationsniveaus sollte einhergehen mit der Klärung der jeweilig anzustrebenden Kompetenzen, wie dies beispielsweise in den USA, Großbritannien, den Niederlanden und der Schweiz bereits geschehen ist oder gerade entwickelt wird.

Die US-amerikanische Qualifikationsstruktur für professionelle Pflegepersonen weist folgende Mehrstufigkeit auf.

Die unterste Stufe ist die 12 – 14monatige Qualifikation zur Licensed Practical Nurse (LPN) / Licensed Vocational Nurse (LVN), über die aber nicht der Status einer registrierten Pflegenden (Registered Nurse [RN]) erreicht werden kann. LPNs/LVNs arbeiten unter der Aufsicht von registrierten Pflegenden und ÄrztInnen. Sie führen körpernahe Pflege und Maßnahmen der Krankenbeobachtung durch. Insbesondere in Pflegeeinrichtungen sind sie auch beteiligt an der Erstellung von Pflegeplänen. In Arztpraxen kann zu ihrer Tätigkeit auch das Führen von Krankenakten oder die Terminplanung gehören.

Das Ausbildungssystem in den USA kennt verschiedene Wege, um den Status einer RN zu erlangen. Je nach Abschluss kann eine RN in verschiedenen Aufgabenfeldern tätig werden.

- Eine zweijährige Qualifikation (Associate Degree in Nursing [ADN]) befähigt zur Übernahme eines eingegrenzten pflegetechnischen Aufgabenfeldes.

- Eine 3jährige Berufsausbildung, die an ein Krankenhaus angebunden ist (ähnlich der deutschen Gesundheits- und Pflegeausbildung) (Diploma), erlaubt die Übernahme von klar strukturierten Aufgabenfeldern. Derzeit erwerben in den USA nur noch 4% der Auszubildenden/Studierenden den Status RN über diesen Weg.
- Ein vierjähriges Bachelor- Studium (Bachelor of Science Degree in Nursing) befähigt zur selbständigen Steuerung der Pflege- und Versorgungsprozesse, Koordination der multiprofessionell durchgeführten Behandlungsanteile, zur Information, Schulung und Beratung von PatientInnen und ihren Angehörigen, zur Übernahme medizinischer Aufgaben entsprechend abgestimmter Behandlungspfade oder nach Anordnung und zur Supervision von Assistenzpersonen.

Registrierte Pflegende arbeiten in allen Settings im Gesundheitswesen (Krankenhäuser, Pflegeheime, Ambulanzen, Gesundheitszentren, Arztpraxen etc.) und darüber hinaus unter anderem auch in Schulen, Arbeitsagenturen und Regierungsbehörden.

Sowohl die Ausbildung zur RN als auch zur LPN/LVN schließt mit einer staatlichen Prüfung ab mit Ausnahme des Bachelors, der einen entsprechend geregelten Studienabschluss vorsieht (American Nurses Association, 2007a; U.S.Department of Labor, 2007). Sowohl RNs als auch LPNs/LVNs gelten als lizenzierte Pflegende (Lankshear et al., 2005).

Registrierte Pflegende mit einem Bachelor-Abschluss können sich über ein Master-Studium spezialisieren. Hier sind vier Abschlüsse zu differenzieren, die alle unter den übergeordneten Begriff ‚Advanced Practice Nurse (APN)‘ fallen.

- Nurse Practitioner (NP) – arbeiten in Akutkliniken, Pflegeheimen, Ambulanzen oder Praxen. Sie diagnostizieren und behandeln Routineerkrankungen weitgehend selbständig und sind in verschiedenen Staaten berechtigt Medikamente zu verschreiben.
- Certified Nurse-Midwife (CNM) – unterstützen Frauen in Kliniken, Geburtshäusern und im häuslichen Umfeld unter der Geburt. Sie bieten darüber hinaus einfache gynäkologische Leistungen an.
- Clinical Nurse Specialist (CNS) - arbeiten in Akutkliniken, Pflegeheimen, Ambulanzen oder in der gemeindenahen Versorgung. Sie sind auf spezifische Fragestellungen spezialisiert und führen neben der Diagnose und Behandlung definierter Probleme auch Beratung und Forschung durch. Weitere Arbeitsfelder für klinische SpezialistInnen finden sich im Bereich der Bildung und Administration im Gesundheitswesen.
- Certified Registered Nurse Anesthetists (CRNA) – führen Anästhesien durch (American Nurses Association, 2007a).

In Großbritannien wurden fünf Qualifikationsniveaus, deren zugehörige Bildungsangebote alle an der Universität angesiedelt sind, entwickelt. Da zusätzlich AssistentInnen, die eine praxisbegleitende 1-2jährige Qualifizierungsmaßnahme absolvieren, ausgebildet werden, existiert faktisch ein sechsstufiges Qualifikationsprofil. Für die fünf im tertiären Bereich verorteten Qualifikationsstufen sind jeweils Aufgaben und Kompetenzen (teilweise auch Entscheidungskompetenzen) ausgewiesen (Filkins & Landenberger, 2005).

Auch in den Niederlanden gibt es eine mehrstufige Unterteilung der pflegebezogenen Ausbildung. Die Angebote von Berufsschulen und Hochschulen greifen ineinander. Die Abstufung erfolgt nach dem Grad der Komplexität der jeweiligen Aufgaben.

Zu den Aufgaben der Bachelor-Absolventen gehören:

- Pflege von Kranken, Behinderten und Sterbenden
- Individuelle und kollektive Prävention
- Gesundheitsberatung und Aufklärung
- Steuerung und Koordination z.B. Case Management, Primary Nursing,
- Design von
 - Problemlösungen
 - Methoden z.B. Standards
 - Prozessabläufen
- Coaching
 - Kollegen anregen, motivieren, beraten
 - Rollenmodell sein, Vorbildfunktion ausüben
- Berufsinnovationen
- Wissenszirkulation

Zu den Aufgaben der Advanced Practice Nurses gehören in den Niederlanden:

- Organisation, Koordination der Versorgung, Case-Management
- Anamnese und spezielle Assessments, körperliche Untersuchungen, Interpretation von Laborwerten und Verwaltung der Ergebnisse, Diagnostik (z.B. Knochenmarkpunktion, Lumbalpunktion, Venenpunktion)
- Beratung, Aufklärung, Information
- Edukation für Professionelle und PatientInnen
- Gesundheitsförderung und Gesundheitsvorsorge incl. Check-ups (Geerbex et al., 2007; Jong, 2007; Sachs, 2007).

In der Schweiz entwickelte das Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe gemeinsam mit der Fachhochschule Westschweiz im Auftrag des Schweizer Bundesamtes für Berufsbildung und Technologie ein Referenzmodell für die Qualifizierung in Gesundheitsberufen.

Das Schweizer Konzept differenziert zwei Gruppen von Arbeitsaufgaben von Pflegenden, die einmal von Berufspersonen mit einer Ausbildung auf Sekundarstufe II und einmal von Personen mit einer Ausbildung auf der Tertiärstufe übernommen werden können. Auf der Tertiärstufe wird im Hinblick auf Aufgabenprofile nicht nach Bachelor- und Master-Niveau unterschieden. Es werden aber unterschiedliche Bildungsziele ausgewiesen. Demnach qualifiziert der Bachelor u.a. zu selbständiger beruflicher Tätigkeit und zur Entwicklung und Anwendung von Problemlösungsstrategien ebenso wie zur Übernahme von Führungsaufgaben. Auf dem Master-Niveau werden darüber hinaus u.a. vertieftes und spezialisiertes Wissen vermittelt. In besonderer Weise werden dabei die Forschungsbasierung und die Interdisziplinarität fokussiert. Im Gegensatz zu den Konzepten aus Großbritannien und den Niederlanden, die die Qualifikationsstufen relativ formal beschreiben, beruht das Schweizer Konzept auf der Identifikation von Aufgabenkomplexen, die beanspruchen das pflegeberufliche Feld umfassend abzudecken (Ludwig et al., 2007).

Für Deutschland steht eine konsequente inhaltliche und strukturelle Abstimmung der Qualifikationsangebote noch aus. Die vorliegenden Arbeiten und Erfahrungen aus verschiedenen europäischen und außereuropäischen Ländern sollten auf ihr Potential zur Unterstützung bei der Entwicklung von Qualifikationsabgrenzungen in der deutschen Pflegebildung geprüft werden.

1.4.6 Erweiterte Pflegepraxis

Die Frage nach einer Übernahme von Aufgaben aus dem medizinischen Bereich ist nicht zuletzt die Frage nach einer dafür ausreichenden Qualifikation. Diese Aufgaben werden im internationalen Raum meist von so genannten Advanced Practice Nurses (APN) übernommen.

Der International Council of Nurses (ICN) definiert "Advanced Practice Nurse" folgendermaßen: *"A Nurse Practitioner / Advanced Practice Nurse is a registered nurse who has acquired the expert knowledge base, complex decision-making skills and clinical competencies for expanded practice, the characteristics of which are shaped by the context*

and / or country in which s/he is credentialed to practice. A Master Degree is recommended for entry level" (International Council of Nurses, 2005).

Die Rolle von ‚Nurse Practitioners‘ wurde in den 1960er Jahren in den USA entwickelt. Pflegende wurden in der direkten Pflege, physischen Assessments, Diagnosestellung, Management von Krankheitsbildern und Medikamentenverschreibungen ausgebildet. Die ersten Bereiche, in denen Pflegende erweiterte autonome Aufgaben übernahmen, waren das Hebammenwesen, in der Anästhesie im Krankenhaus und in der Primärversorgung (MacDonald et al., 2006).

Charakteristika einer erweiterten Pflegepraxis sind die Integration und die Anwendung eines breiten theoretischen und evidenzgeleiteten Wissens sowie hoch entwickelter klinischer Fähigkeiten, die in einer Kombination aus Ausbildung und Berufserfahrung entwickelt wurden.

Deutlich wird in der Literatur, dass es keinen international einheitlichen Begriff und kein übereinstimmendes Verständnis einer ‚Advanced Practice Nurse‘ gibt, sondern dass darunter eine Vielzahl an Rollen, Aufgaben- und Arbeitsgebieten verstanden wird. Einheitlich ist jedoch, dass die notwendige Qualifikation über ein Erststudium hinausgehen muss und auf Master- oder Doktors-Ebene zu erfolgen hat (Furlong & Smith, 2005; Gardner et al., 2007; MacDonald et al., 2006). Im Folgenden wird dieses Handlungsfeld mit dem Begriff ‚erweiterte Pflegepraxis‘ bezeichnet.

Mantzoukas und Watkinson identifizieren auf der Grundlage eines Literaturreviews sieben Merkmale, die eine Pflegeperson in einer erweiterten Pflegepraxis kennzeichnen:

- Die Umsetzung von theoretischen Wissen und Erfahrungswissen in die klinische Praxis mit der höchstmöglichen Qualität;
- kritisches Denken und analytische Fähigkeiten in Bezug auf die aktuelle Situation von PatientInnen unter Einbezug des besten wissenschaftlichen Wissens und empathisches Verständnis;
- klinische Beurteilung durch gezielte Beobachtung, Bewertung der Situation und entsprechende Entscheidungsfindungskompetenzen;
- Übernahme eine Führungsrolle in der Praxis und in Kooperation mit anderen Berufsgruppen, die sich auf klinische Expertise stützt;
- Coaching-, Lehr- und Mentorenkompetenzen in der Aus- und Weiterbildung von anderen Pflegenden zur Verbesserung der klinischen Praxis;
- Beratung, Schulung und Begleitung von möglichen Veränderungs- und Anpassungsphasen der PatientInnen;
- Fähigkeit zu wissenschaftlichem Arbeiten für Wissenserwerb, -vermittlung und -transfer; Initiierung von Forschung sowie Implementierung und Durchführung evidenzbasierter

Praxis, um schlussendlich auf Grundlage dieser Basismerkmale die direkte pflegerische Arbeit zu verändern und kontinuierlich zu verbessern (Mantzoukas & Watkinson, 2006).

Das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel bildet seit dem Jahr 2000 APNs auf Master-Niveau aus. Dabei wird besonders Wert gelegt auf die Erlangung von Expertenwissen in einem spezifischen Fachbereich für eine bestimmte Patientengruppe und deren Angehörige, die Fähigkeit andere zu führen und zu befähigen, Kenntnisse wissenschaftlicher Methoden und Fähigkeiten, Kompetenzen zur Durchführung von komplexen Konsultationen, damit einhergehend erweiterte Kenntnisse der Pathophysiologie, Therapie, Pharmakologie und Genetik sowie ethische Entscheidungsfindungskompetenz. Spirig et al. fassen die notwendigen Aufgaben von APNs unter den Begriffen Spezialisierung (z.B. Diabetes, Herzinsuffizienz, Familien mit Kindern mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalte, HIV), Erweiterung (z.B. klinisches Assessment, körperliche Untersuchung und Familien-unterstützung) und Fortschritt (z.B. sichtbar machen von Pflegeresultaten, interdisziplinäre Zusammenarbeit) zusammen (Spirig & DeGeest, 2004) .

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) hat in einem Positionspapier von Oktober 2007 die Notwendigkeit einer neuen Gruppe von Pflegepersonen für eine erweiterte Pflegepraxis herausgestellt. Die Autoren greifen dabei auf die oben angeführte Definition von ‚Nurse Practitioner / Advanced Practice Nurse‘ des ICN zurück. Zukünftige Aufgabenfelder für eine erweiterte Pflegepraxis in Krankenhäusern sehen die Autoren in den Funktionsbereichen (Intensiv, Anästhesie, Operationsdienst), in den funktionsdiagnostischen Bereichen und der Notaufnahme sowie in Rahmen von Spezialisierungen wie beispielsweise dem Wundmanagement.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass eine erweiterte Pflegepraxis gekennzeichnet ist durch eine klinische Spezialisierung und vertiefte methodische Kompetenzen, einen höheren akademischen Bildungsgrad der Pflegepersonen sowie die Integration von Forschung in die Pflege. Pflegende mit diesem Qualifikationsprofil verfügen in der Regel über einen größeren autonomen Verantwortungsbereich.

1.4.7 Fehlende Kompetenzen

In Deutschland wurde mit dem Krankenpflegegesetz von 2003 die Erstausbildung auf beruflichem Ausbildungsniveau festgeschrieben. Übertragen auf den EQF ist damit das zu erreichende Qualifikationsniveau definiert.

Die aktuellen Bedingungen im Gesundheitswesen und zukünftige Handlungsfelder aus dem Bereich der erweiterten Pflegepraxis erfordern aber Kompetenzen, die inhaltlich und qualitativ deutlich darüber hinausgehen.

Es bedarf erhöhter Anstrengungen, um diesen Bedarf abzudecken. Die aktuellen Studienangebote in Deutschland, insbesondere die Angebote zu klinischer Pflege auf Master-Niveau, sind dafür völlig unzureichend.

Zu den Kompetenzen, die ausgebaut und vertieft werden müssen, gehören:

- Spezifizierte klinische Expertise, z.B. geriatrische Expertise zur Implementierung und Umsetzung spezifischer Konzepte für Ältere
- Beratungs- und Schulungskompetenz
- Assessment- und Diagnosekompetenz einschließlich körperlicher Untersuchungen
- Ethisch begründete Entscheidungsfindungskompetenz
- Versorgungs- und Prozessmanagement
- Management und Organisationskompetenz
- Expertenhaftes Coaching / Anleitung
- interdisziplinäre Kompetenz
- Delegationskompetenz
- Fähigkeit zur Beurteilung wissenschaftlicher Studien
- Forschungsfähigkeiten
- Unterstützung von Wissenszirkulation
- Übernahme von Vorbild / Leitungsfunktion in klinischer und professioneller Hinsicht
- Reflektionsfähigkeit

Der Erwerb dieser Kompetenzen muss im Rahmen von Ausbildung und Studium auf unterschiedlichen Niveaus angestoßen werden. Dies wird jedoch in der Regel nicht ausreichen.

Es ist deshalb eine Kultur des lebenslangen Lernens zu forcieren. Dies kann unterstützt werden, in dem beispielsweise den Pflegepersonen von den Einrichtungen über Softwarelösungen der Zugang zu Wissensinhalten erleichtert wird.

Zu empfehlen ist des Weiteren die Verpflichtung zur regelmäßigen Weiterbildung wie dies in Rheinland-Pfalz im Rahmen der Umsetzung der EU-Richtlinie 2005/36 (Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlamentes und des Rates über die Anerkennung von Berufsqualifikationen, 2005) unter Bezug auf die Berufsordnung des Dachverbandes der Pflegeorganisationen Rheinland-Pfalz e.V. (Dachverband der Pflegeorganisationen Rheinland-Pfalz e.V., 2006) geplant ist.

1.5 Potentiale und Grenzen von freiwillig Engagierten

Freiwilliges Engagement spielt im Krankenhaussektor eine wichtige und im Zuge der gesellschaftlichen und ökonomischen Veränderungen im Gesundheitsbereich zunehmend bedeutendere Rolle. Freiwillige Leistungen werden durch sehr unterschiedliche Personengruppen erbracht. Das macht zunächst eine genaue Definition des Begriffes, als auch die Betrachtung der derzeitigen Situation nötig. Bei der Analyse der aktuellen Situation, aber auch bei der Recherche und Bewertung möglicher Veränderungen in den beruflichen Handlungsfeldern liegt ein besonderer Fokus auf den Folgen des demografischen Wandels. Zum einen ergibt sich dadurch ein großes Potential an Personen mit gutem Gesundheitszustand, hoher Qualifikation und zunehmendem Zeitbudget. Diese Parameter sind gute Voraussetzungen für ein erfolgreiches freiwilliges Engagement (Bundesministerium für Familie, 2005). Auf der anderen Seite nimmt die Anzahl der chronisch degenerativen Erkrankungen bei steigendem Lebensalter deutlich zu, so dass die Personengruppe, die u.a. einer Unterstützung durch freiwilliges Engagement bedarf, anteilig größer wird. Ein weiterer wichtiger Gesichtspunkt ist die zunehmende Entwicklung des Krankenhauses zu einem modernen Dienstleistungsunternehmen.

1.5.1 Definitionen

Freiwilliges Engagement wird mit unterschiedlichen Begriffen bezeichnet. Bürgerschaftliches Engagement, Freiwilligenarbeit oder Ehrenamt sind Beispiele dafür. Bezogen auf den Gesundheitssektor gibt es im deutschen Sprachgebrauch aber auch Bezeichnungen wie Grüne Damen oder Laienpflege. Im Folgenden wird der Begriff ‚Freiwilliges Engagement‘ genutzt. Mit diesem Terminus wird der Wunsch der engagierten Menschen aufgegriffen, dass sich die Freiwilligkeit ihrer Tätigkeiten auch in der Bezeichnung widerspiegelt. Zudem steht er dem englischem, international gebräuchlichem ‚Volunteering‘ sehr nahe. Der in der Literatur häufig eingesetzte Begriff ‚Bürgerschaftliches Engagement‘ wird nur von 10 % der freiwillig Engagierten als angemessene Bezeichnung für ihre Tätigkeit angesehen (Bundesministerium für Familie, 2006).

Aufgrund der großen Vielfalt der Aufgaben und der Engagierten selber muss die Definition weit gefasst sein. In diesem Sinne kann freiwilliges Engagement als zielgerichtete Tätigkeit verstanden werden, die eine Person als Mitglied der Gesellschaft ausübt, ohne dass ein Zwang dazu besteht (Landtag Nordrhein-Westfalen, 2005).

Zu den Kennzeichen freiwilligen Engagements gehören:

- Sinnhaftigkeit der Tätigkeit: Die engagierten Personen handeln um andere Menschen zu unterstützen.

- **Freiwilligkeit:** Die Entscheidung zur Ausübung der Tätigkeit ist durch den Menschen bewusst und ohne Zwang gesteuert.
- **Fehlen einer beruflichen Verpflichtung:** Damit ist verbunden, dass die Engagierten keine Bezahlung, sondern maximal eine Aufwandsentschädigung erhalten.
- **Längerfristige Perspektive:** Die Tätigkeiten sind vom Anforderungsprofil und von Seiten der Empfänger auf Langfristigkeit angelegt.
- **Organisationsanbindung:** Die Organisation unterstützt die Lösung von sozialen und gesellschaftlichen Problemen (Rosenkranz & Weber, 2002).

Freiwilliges Engagement im Gesundheitswesen kann auch im Kontext von ‚Fundraising‘ stattfinden. Die wörtliche Übersetzung von Fundraising bedeutet ‚Aufbringen von Geldmitteln‘. In verschiedenen Definitionen wird unter Fundraising die Beschaffung von Finanz- und Sachmitteln durch nicht-profitorientierte Organisationen verstanden. Arbeits- und Dienstleistungen sind ebenfalls Teil des Begriffsverständnisses, der Schwerpunkt liegt aber bei der Beschaffung von Finanz- und Sachmitteln (Fundraising Akademie (Ed.), 2003). Hier wird der Begriff Fundraising als Aquisie von Finanz- und Sachspenden benutzt.

1.5.2 Freiwilliges Engagement in Deutschland

Im Jahr 2004 waren 36 % der deutschen Bevölkerung in verschiedensten Bereichen freiwillig engagiert. Im Vergleich zum Freiwilligen Survey 1999 ist das eine Steigerung um 2 %, die auf eine Erhöhung des Engagements von Jugendlichen und jungen Senioren zurückzuführen ist. Aber auch Intensität und Engagementpotenzial sind deutlich angestiegen. Allerdings sind im Gesundheitssektor nur 1 % der Engagierten tätig (Bundesministerium für Familie, 2006). 40% der Leitungspersonen in der Pflege erwarten für der Zukunft einen vermehrten Einsatz von freiwillig Engagierten im Krankenhaus (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung, 2007).

Die Analyse und Evaluation der aktuellen Situation des freiwilligen Engagements im Krankenhaus in Deutschland ist aufgrund von zwei Faktoren erschwert:

1. Der Gesundheitssektor ist in Deutschland im Vergleich zum europäischen Ausland, in dem 7 % aller freiwillig Engagierten im Gesundheitsbereich verortet sind, als Tätigkeitsfeld für Freiwillige ein sehr kleiner Bereich (Anheier & Toepler, 2002).
2. In Deutschland gibt es im Vergleich zu anderen europäischen Staaten und Nordamerika einen erheblichen Nachholbedarf in Bezug auf die wissenschaftliche Analyse des Umfangs und der Auswirkungen des freiwilliges Engagements (Deutscher Bundestag, 2002).

Im Bereich des freiwilligen Engagements im Krankenhaus gibt es viele Gruppen, die oft nur lokal organisiert sind. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft empfiehlt die Einführung und die weiterführende Begleitung dieser Gruppen und hat einen Katalog mit Empfehlungen für die ‚Ehrenamtliche Krankenhaus Hilfe‘ erstellt. Dieser beschreibt Tätigkeitsbereiche, Gestaltung der Zusammenarbeit mit den fest angestellten MitarbeiterInnen, Rechte und Pflichten sowie Aspekte der Qualitätssicherung (Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2001). Zusammengeschlossen sind die einzelnen Gruppen vorwiegend in den Dachverbänden Evangelische und Katholische Krankenhaus-Hilfe. Diese beiden Dachorganisationen vertreten circa 650 Einzelgruppen der freiwilligen Krankenhaus-Hilfe und sehen sich als deren Interessenvertretung. Zu den selbst definierten Aufgabenbereichen der freiwillig Engagierten gehört die Betreuung und Begleitung von PatientInnen sowohl im Krankenhaus als auch bei dem Übergang in weiterversorgende Einrichtungen, Information zum und Organisation des freiwilligen Engagements im Krankenhaus selber und zunehmend der Verleih von Lektüre in Krankenhausbüchereien. Die Dachorganisationen betonen die Eigenständigkeit des Angebotes für die Unterstützung der PatientInnen. Sie weisen es zurück, durch die Übernahme von Tätigkeiten zum Beispiel aus dem Bereich der Pflege und Hauswirtschaft hauptamtlich Tätige zu ersetzen. Dabei ist es ihnen ein Anliegen, mit den Pflegefachpersonen gut zusammen zu arbeiten (BAG Katholische Krankenhaus-Hilfe, 2007). Die inhaltliche Dimension des freiwilligen Engagements konkretisiert sich häufig in der Unterstützung der PatientInnen in der akuten Situation im Krankenhaus. Schwerpunkte der Tätigkeiten sind: Zeit haben, Zuhören und persönliche Wünsche erfüllen. Den Leitsätzen der Dachorganisationen entsprechend handeln die Gruppen selbstverantwortlich und vereinbaren die Einsatzgebiete und Möglichkeiten mit der jeweiligen Krankenhausleitung (Arbeitsgemeinschaft Evangelische Krankenhaus-Hilfe, 2007). Weitere wichtige Einsatzgebiete neben dem Besuchsdienst sind unterstützende Arbeit in der Patientenbibliothek, Sterbehilfe, Begleitservice, Empfang und Dolmetschertätigkeiten. Als Einsatzgebiete ohne Patientenkontakt werden vor allem Fördervereine und Kunstprojekte im Krankenhaus genannt (Kosche, 2005).

Bei der allgemeinen Betrachtung der Altersstruktur der freiwillig engagierten Menschen besitzt die Gruppe der 14-24jährigen ein besonders umfangreiches Engagementpotenzial bei hoher und gleich bleibender Engagementquote. Das Engagement der 60-69jährigen Menschen ist überdurchschnittlich hoch und stark zunehmend. Diese Gruppe engagiert sich verstärkt im dem Gesundheitssektor nahen sozialen Bereich. Der Anteil von Frauen überwiegt in beiden Altersgruppen (Bundesministerium für Familie, 2006). Zudem gibt es einen überdurchschnittlich hohen Anteil an interessierten über 50-jährigen Menschen, die sich im Gesundheitsbereich freiwillig engagieren möchten (Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V., 2001). Da die Möglichkeit der Anwesenheit von Angehörigen im mo-

deren Krankenhausbetrieb sehr gefördert wird, ist auch eine optimale Nutzung dieser Ressource im Hinblick auf die Veränderung der Handlungsfelder in Betracht zu ziehen. Häufig ist diese begrenzt auf die psychologische Betreuung durch Anwesenheit und Gespräche. Bei Kindern, Schwerstkranken und sterbenden Menschen können die Aufgabenbereiche jedoch deutlich umfangreicher sein und auch bei geplanter Entlassung werden von Angehörigen nach Anleitung durch die Pflegefachpersonen zusätzliche Aufgaben übernommen.

Auch Zivildienstleistende und junge Menschen, die als Einsatzort für ein Freiwilliges Soziales Jahr (FSJ) das Krankenhaus wählen, übernehmen wichtige Aufgaben im Bereich der Unterstützung von PatientInnen und im Stationsablauf. So hat die Zahl der zur Verfügung stehenden Plätze für das FSJ nach einer Gesetzesnovellierung in den letzten Jahren um 16 % zugenommen (Schenkel, 2006). Durch teilweise fehlende Freiwilligkeit (Zivildienst) und die oft nicht langfristige Perspektive zählen ihre Tätigkeiten nicht zum freiwilligen Engagement im engeren Sinne .

Freiwilliges Engagement ist in mehr als 2/3 aller Fälle an eine regelmäßige Tätigkeit und damit an eine feste Terminstruktur gebunden. Dabei ist die Engagementhäufigkeit zwischen täglich und seltener als einmal im Monat stark gefächert. Circa 75 % der Tätigkeiten sind zeitlich begrenzt angelegt. Dabei gibt es nur minimale Unterschiede in Abhängigkeit von Altersgruppe und Berufsstatus (Bundesministerium für Familie, 2006). Die Dachorganisationen beschreiben Voraussetzungen für das freiwillige Engagement. So sollen die Engagierten psychisch und physisch belastbar und zuverlässig sein (Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2001).

Unabhängig von den Krankenhaus-Hilfe Gruppen arbeiten PatientenfürsprecherInnen. Nach den Landeskrankenhausgesetzen gibt es sie fast in allen Bundesländern. Ihr Engagement ist freiwillig und unabhängig von der Einrichtung (Deutscher Bundestag, 2003).

In der Selbsthilfebewegung engagieren sich Freiwillige, deren Motiv für die Tätigkeit persönliche Betroffenheit ist. Unter Einbeziehung dieser Perspektive sollen Krankheitsbilder allgemeinverständlich erklärt werden, mit dem Ziel eine Verbesserung des Informationsstandes beim Betroffenen zu erreichen. Im Rahmen von Öffentlichkeitsarbeit oder gezielter Beratung am Krankenbett ist das Krankenhaus dabei oft nur sekundär Ort ihres Engagements (Deutscher Bundestag, 2003).

Neben der unmittelbar personenbezogenen Unterstützung im Krankheits- und Pflegefall kann sich freiwilliges Engagement auch im Bereich Fundraising bewegen. So sehen die

Krankenhausbetreiber die zunehmende Finanzierung aus Eigenmitteln als eine wichtige Alternative angesichts der abnehmenden öffentlichen Investitionen an (Blum & Schilz, 2005). In Deutschland ist der Bereich Fundraising durch freiwillig Engagierte zur Finanzierung von Projekten in Krankenhäusern noch die Ausnahme. Als ein Beispiel kann das Modellprojekt Kinder Uni Klinik Ostbayern (KUNO) am Universitätsklinikum Regensburg genannt werden. In einer Befragung von Krankenhäusern und Krankenhausträgern geben diese an, dass Mitarbeit bei Öffentlichkeitsarbeit und Fundraising nur durch 4 % der freiwillig Engagierten im Krankenhaus stattfindet (Kosche, 2005).

Zufriedenheit von freiwillig Engagierten zeigt sich in der Konstanz des Engagements. Die Biografie eines Menschen im freiwilligen Engagement ähnelt zunehmend mehr einer Berufskarriere mit Befristungen und Veränderungen. Typische Einstiegsalter in das freiwillige Engagement sind dabei die Altersgruppen der 14-25jährigen und die der Senioren (Braun & Klages, 2001). Insgesamt bezeichnen 90 % der ehemals Engagierten ihr Engagement als für sie positiv oder sehr positiv.

Als häufigster Grund für das Aufgeben des Engagements wird der nicht zu vereinbarende Zeitaufwand für Familie, Beruf und freiwillige Tätigkeit genannt. Darüber hinaus beschreiben vor allem weibliche Engagierte zunehmende Probleme mit hauptamtlichen MitarbeiterInnen und Überforderung (Bundesministerium für Familie, 2006). Im Gesundheitsbereich fühlen sich 40 % der freiwillig engagierten Menschen ‚manchmal überfordert‘. In anderen Bereichen des freiwilligen Engagements liegt diese Rate meist sehr viel niedriger (Rosenblatt, 2001). Ein weiterer wichtiger Parameter ist die Mitbestimmungs- und Mitsprachemöglichkeit, die entgegen der öffentlichen Meinung von den freiwillig Engagierten als weitestgehend gut interpretiert wird. Besonders im Bereich von größeren öffentlichen und privaten Einrichtungen ist diese Einflussnahme aber nur teilweise gegeben (Bundesministerium für Familie, 2006).

Motive für die Zufriedenheit mit dem freiwilligen Engagement können auch finanzielle und materielle Zuwendungen sein. Bei Betrachtung aller Engagementbereiche werden Aufwandsentschädigungen in Form von Honoraren oder geringfügiger Bezahlung bei 14 % der Freiwilligen geleistet, allerdings mit steigender Tendenz. Die Erstattung von Kosten (hauptsächlich Fahrtkosten) wird im sozialen Bereich allerdings kaum wahrgenommen (Bundesministerium für Familie, 2006).

Die oben genannten Dachorganisationen unterstützen die Fort- und Weiterbildung der freiwillig Engagierten (Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2001). Weiterbildung im Rahmen von freiwilligem Engagement ist für jüngere Engagierte sehr wichtig. Im Gegensatz zu älteren

Engagierten, für welche die Orientierung am Gemeinwohl sehr bedeutsam ist, steht für die jüngeren die Verbindung der eigenen Interessenschwerpunkte mit ihrem Engagement im Vordergrund. Lernmöglichkeiten sehen sie dabei neben dem Erwerb von Fachwissen auch in der Verbesserung ihrer sozialen Kompetenz und der Bewältigung von komplexen Situationen (Bundesministerium für Familie, 2006).

Aus der Perspektive der freiwillig Engagierten besteht Verbesserungspotential im Bereich der Unterstützung durch den Auftraggeber in Gestalt flexiblerer Einsatzzeit und Nutzung von vorhandener Infrastruktur am Einsatzort. Verbesserungsbedarf wurde im Freiwilligen-Surveys 2004 (trotz deutlicher Verbesserungen im Vergleich zu den Ergebnissen des Freiwilligen-Surveys 1999) zusätzlich in folgenden Bereichen angemahnt:

- Verbesserung von Informations- und Weiterbildungsmöglichkeiten
- Anerkennung und Unterstützung des freiwilligen Engagements durch die hauptamtlich Beschäftigten und in der Öffentlichkeit
- Bereitstellung von Finanzmitteln für bestimmte Projekte, aber auch für Kostenerstattungen sowie bessere steuerliche Regelungen
- Absicherung durch Haftpflicht- und Unfallversicherungen (Bundesministerium für Familie, 2006).

Einer nicht veröffentlichten Studie zufolge wird deutlich, dass es professionelle Strukturen zur Unterstützung des freiwilligen Engagements im Krankenhaus nur in wenigen Fällen gibt und die Koordination der Freiwilligen verschiedenen Verantwortungsbereichen zugeordnet ist, hauptsächlich dem Pflegedienst. Die wichtigsten Aufgaben dieser internen oder externen Koordinatoren sind dabei: Informationsweitergabe, Förderung der Anerkennungskultur, Auswahl und Schulung der Freiwilligen sowie die Koordination des Einsatzes der Freiwilligen (Kosche, 2005).

Der Aspekt Qualitätssicherung im Krankenhaus durch freiwilliges Engagement ist bislang in Deutschland kaum thematisiert. So gibt es keine Einbindung dieser Gruppe in den Kriterienkatalog der Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus (KTQ) (Kooperation für Transparenz und Qualität, 2002), der in Deutschland sehr häufig genutzt wird.

Über die Zufriedenheit mit der Tätigkeit von freiwillig Engagierten aus der Perspektive der PatientInnen gibt es nur begrenzt verwertbare Studien. Die Führungsebenen im Krankenhaus gehen zu einem hohen Prozentsatz davon aus, dass der Einsatz freiwillig Engagierter zu einer Verbesserung der Patientenzufriedenheit beiträgt (Kosche, 2005).

In einer sehr kleinen Befragung von Pflegepersonen in Krankenhäusern zu freiwilligem Engagement und den Erfahrungen mit den Engagierten (n = 137) äußerten nur 10 % der professionellen Pflegekräfte negative Erfahrungen. Die positive Wertschätzung für die Arbeit der freiwillig Engagierten durch professionelle Pflegekräfte ist in dieser Studie von zwei verschiedenen Faktoren abhängig: zum einen von den eigenen Arbeitsbedingungen und zum anderen von den Erfahrungen mit freiwillig Engagierten. Folgende Sicht- und Verhaltensweisen entstehen durch zunehmend positive Erfahrung beim Pflegepersonal:

- Die Kompetenz der freiwillig Engagierten wird höher eingeschätzt.
- Die Engagierten werden im geringeren Maße für die professionelle Arbeit des Pflegepersonals eingesetzt.
- Die Angst vor Substitution verringert sich deutlich.

In dieser Konstellation fördert das freiwillige Engagement die Zufriedenheit der professionellen Pflegepersonen und es wird deutlich stärker als ergänzende Leistung zur professionellen Pflege wahrgenommen (Diekwisch, 2003).

1.5.3 Freiwilliges Engagement im internationalen Raum

Im internationalen Raum findet Unterstützung von Pflegenden und PatientInnen durch freiwillig Engagierte in folgenden Bereichen statt:

- als Experte für eine bestimmte Pflegesituation, häufig durch die eigene Biografie bedingt
- Unterstützung durch persönliche Zuwendung und Gespräche
- Assistenz bei sowie Übernahme von Pflegeaufgaben
- administrative Unterstützung.

Die Übergänge zwischen den einzelnen Bereichen sind dabei fließend.

1.5.3.1 Management von freiwillig Engagierten

Die Arbeit mit freiwillig Engagierten im Krankenhaus bedarf einer professionellen hauptamtlichen Koordination. Rechtliche und gewerkschaftliche Aspekte, die Bedingungen der Hochleistungsmedizin sowie die divergierenden Interessen der freiwillig Engagierten selbst erfordern, dass freiwillig Engagierte ebenso professionell gemanagt werden wie angestellte MitarbeiterInnen. Freiwillig Engagierte müssen gewonnen, geschult, supervidiert und in die Organisation eingebunden werden. Auch ist es wichtig, die freiwilligen Leistungen angemessen zu würdigen.

Ein Vergleich zum freiwilligen Engagement verschiedener Altersgruppen in den USA zeigt, dass sich ältere Menschen dort stärker freiwillig engagieren; das trifft besonders für hochgebildete ältere Personen zu. Unterstützend wirken auch die Faktoren ausgeprägte Religiosität und ein soziales Netzwerk (Tang, 2006). In einer Langzeitstudie (n = 3617) berichten ältere freiwillig engagierte Menschen über einen vergleichsweise besseren Gesundheitszustand als nicht engagierte Personen. Ein häufiger Einsatzort ihrer freiwilligen Tätigkeit ist das Krankenhaus. Damit wird es zu einer Aufgabe, Möglichkeiten des freiwilligen Engagements gezielt für ältere Menschen zu entwickeln (Morrow-Howell et al., 2003). Eine repräsentative Schweizer Studie zu den Möglichkeiten der Anwerbung von freiwillig Engagierten speziell für den Bereich der Psychiatrie beschreibt ein großes ungenutztes Potential an interessierten Menschen. Ein Ergebnis dieser Studie ist aber auch, dass die InteressentInnen an freiwilligem Engagement Wert auf eine Begrenzung von Zeit- und Aufgabenumfang legen (Lauber et al., 2002).

In einer kanadischen Studie wird ein Verhältnis von hauptamtlichen KoordinatorInnen zu freiwillig Engagierten von 1:100 zu Grunde gelegt. Die Zahl der Freiwilligen hat in Kanada, Region Ontario, in der Zeit von 1997 bis 2000 abgenommen, die Zahl der geleisteten Stunden ist im Krankenhausbereich aber deutlich gestiegen. Im Durchschnitt engagiert sich jede freiwillige Person 101 Stunden je Jahr. Beobachtet wurde eine Abnahme der Anzahl der Personen, die sich langfristig engagieren (über fünf Jahre) und eine Zunahme der Personen, die sich nur über einen kurzen Zeitraum engagieren (zwischen drei und zwölf Monaten). 74 % der freiwillig Engagierten in dieser Studie waren weiblich, 57 % älter als 54 Jahre (Handy & Srinivasan, 2002b).

Zu den Aufgaben der freiwillig Engagierten dort gehört es, für PatientInnen und Angehörige einfach da zu sein, gesprächsbereit zu sein, emotionale Unterstützung anzubieten. Darüber hinaus beteiligen sich freiwillig Engagierte an der Gewinnung und Betreuung der Gruppe der freiwillig Engagierten im Krankenhaus. Als wichtigsten Gewinn sehen die Freiwilligen selbst die Möglichkeit Neues zu lernen, soziale Kontakte zu knüpfen und Erfahrungen bzw. Referenzen für den Beruf zu erlangen.

Die hauptberuflich Verantwortlichen für die Betreuung der freiwillig Engagierten der kanadischen Studie haben unter anderem darauf zu achten, dass die Freiwilligen nicht die Aufgaben von Pflegenden übernehmen, sondern sich darauf konzentrieren, das Wohlbefinden der PatientInnen durch zusätzliche Angebote zu steigern. Mit der Zunahme an professioneller Organisation hat sich die Gruppe der freiwillig Engagierten in ihrer Zusammensetzung hin zu einer breiteren Basis verändert (Handy & Srinivasan, 2002a).

Die große Bedeutung, die dem Umgang mit freiwillig Engagierten beigemessen wird, zeigt sich u.a. in den Zertifizierungsvorschriften der Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), die festlegen, dass die gleichen Standards bzgl. des Personalmanagements für alle Gruppen gelten (unabhängig davon, ob es sich um angestellte MitarbeiterInnen oder freiwillig Engagierte handelt), damit Sicherheit und Effektivität auch im Rahmen der Tätigkeit von freiwillig engagierten Menschen gewährleistet sind (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2005).

Die Gleichstellung von freiwillig engagierten Menschen mit anderen Mitarbeitergruppen findet sich ebenfalls in Großbritannien, dort im Code of Professional Conduct, der durch den Nursing and Midwifery Council verantwortet wird. Die kooperative Zusammenarbeit von registrierten Pflegepersonen mit allen Mitgliedern des multiprofessionellen Teams einschließlich der freiwillig Engagierten wird darin als elementar angesehen (Nursing and Midwifery Council, 2004).

Freiwilliges Engagement wird meist durch Personen geleistet werden, die nicht oder nicht mehr im Arbeitsprozess stehen. Freiwilliges Engagement kann aber auch neben einer beruflichen Tätigkeit geleistet werden. In der oben bereits zitierten kanadischen Studie, die 805 Antworten auswertet, galt dies immerhin für 25 %. Es wird angenommen, dass freiwilliges Engagement sich positiv auf die berufliche Tätigkeit auswirkt. Allerdings gibt es nur wenige klare Aussagen zur Effektivität von Maßnahmen, die von Arbeitgebern durchgeführt werden und sich positiv auf die Bereitschaft der Angestellten zum freiwilligen Engagement auswirken. Nach der Freiwilligen-Statistik Kanadas haben die Faktoren flexible Arbeitszeitgestaltung, die Möglichkeiten des Arbeitsplatzes auch für das freiwillige Engagement nutzen zu können und die Anerkennung der freiwilligen Tätigkeiten durch den Arbeitgeber einen positiven Einfluss auf die Zeit, die für das freiwillige Engagement aufgewendet wird (Luffman, 2003).

Allgemein wird von einem Wissensdefizit berichtet, in wie weit Organisationen freiwilliges Engagement ihrer MitarbeiterInnen fördern können. Allerdings ist nachgewiesen, dass Respekt und Wertschätzung für die freiwillig engagierten MitarbeiterInnen durch die Organisatio-

nen eine hohe Bedeutung haben und das Engagement vergrößern (Boezeman & Ellemers, 2007).

1.5.3.2 Spezifische Gruppen und Einsatzbereiche von freiwillig Engagierten

Angehörige von PatientInnen als freiwillig Engagierte

Angehörige sind durch ihre nahe Verbindung zu der erkrankten Person eine sehr wichtige Ressource für ihre Genesung und können in diesem Rahmen eine bedeutsame Rolle erlangen.

Vorrangig bezieht sich dies auf die Bereiche:

- Kind und Eltern im Krankenhaus
- Betreuung von Schwerstkranken und sterbenden Menschen
- Gezielte Einbindung von Familienangehörigen, um eine frühzeitige Entlassung zu unterstützen.

Die Einbindung von Eltern in die Pflege ihres Kindes im Krankenhaus wird von den meisten Eltern gewünscht. Sie möchten aber den Grad der Einbindung selbst festlegen können. Als Ergebnis eines systematischen Reviews zu dieser Fragestellung zeigt sich, dass von den Eltern die Kommunikation mit den Pflegepersonen oft als ineffektiv erlebt wird und damit die Erklärung, Unterstützung und Zusammenarbeit zum Wohl des Kindes erschwert wird. Die Erwartungen der professionellen MitarbeiterInnen und der von diesen oft angenommene Verlust von Macht und Kontrolle hemmen immer wieder eine konstruktive Zusammenarbeit. Statt mit den Eltern in Konkurrenz zu treten ist es die Aufgabe der Pflegenden, die Eltern zu informieren und ihnen Sicherheit zu vermitteln, damit diese effektiv an der Pflege ihrer Kinder partizipieren können. Gemeinsam sollte dann überlegt werden, welche Aufgaben von den Eltern übernommen werden können (Corlett & Twycross, 2006; Daneman et al., 2003). Die Einbindung von Eltern in die Pflege und Betreuung kann sich unter anderem positiv auf das Schlaf- und Schmerzverhalten von Kindern während des Krankenhausaufenthalts auswirken (Kristensson-Hallström, 1999).

Gute Kommunikationsfähigkeiten werden in verschiedenen Studien als erlernbar dargestellt, so dass die Empfehlung gegeben wird, diesem Aspekt in der Ausbildung von Pflegepersonal mehr Beachtung zukommen zu lassen (Corlett & Twycross, 2006). Für die Umsetzung des Konzeptes ‚Eltern unterstützen die Pflegenden‘ äußerten die InterviewpartnerInnen einer qualitativen Studie (Eltern und Pflegepersonal) neben einem Bedarf an Kommunikation auch Anforderungen an die räumliche und materielle Ausstattung der Stationen sowie eventuell finanzielle Unterstützung (Roden, 2005).

Angehörige von Schwerstkranken oder sterbenden Menschen erleben häufig ein Gefühl der Hilflosigkeit. Ein Literaturreview, das 94 Studien auswertet, weist den Wunsch vieler Angehöriger aus, in dieser Phase für ihre Angehörigen präsent zu sein und eine Advokatenrolle zu übernehmen. Jedoch fühlen sie sich oft unsicher. Sie wünschen sich von den Pflegepersonen Unterstützung in Form von Informationen und Gesprächsangeboten. Vorbereitende Schulungen werden vielfach als wünschenswert erachtet (Andershed, 2006).

Eine französische Studie untersuchte die Einbindung von Angehörigen auf einer Intensivstation. Einbezogen wurden 78 Intensivstationen, 2754 Pflegepersonen, 544 Angehörige und 357 PatientInnen. 88 % der Pflegenden sahen eine Übernahme von Pflegetätigkeiten durch Angehörige als möglich an und 61 % der Pflegepersonen haben Familienmitglieder mit in die Pflege einbezogen. Jedoch waren nur 33 % der Angehörigen interessiert daran, in die Pflege der erkrankten Person mit einbezogen zu werden, wobei dieses Interesse bei chronischen Erkrankungen häufiger war als bei akuten Krankheitsverläufen. Diese Einstellung wurde zum einen damit begründet, dass die Angehörigen die Pflege durch professionelles Personal als perfekt ansahen und zum anderen berichten unterstützungswillige Angehörige über einen Mangel an Information und schlechte Kommunikation mit den Professionellen (Azoulay et al., 2003).

Die PatientInnen fühlen sich durch die Anwesenheit von Angehörigen deutlich sicherer, so dass sie ihre Mitsprachemöglichkeit besser wahrnehmen können (Carroll A, 2007). Die mangelnde Kommunikation zwischen Pflegepersonen und Angehörigen mit der Folge, dass Angehörige nicht die Möglichkeiten kennen, wie sie sich an der Betreuung speziell von älteren PatientInnen beteiligen können, wird auch in einer Auswertung von neun Interventionsstudien mit experimentellem Design betont. Durch die Schulung von Angehörigen werden in den Vergleichsgruppenstudien positive Ergebnisse in den Bereichen Verweildauer im Krankenhaus, Zunahme von Zufriedenheit und Handlungsspielraum der Angehörigen erreicht. Jedoch führte die Einbindung der Angehörigen nur in vier von neun Studien zu positiven Ergebnissen auch bei den PatientInnen (Li et al., 2004).

Eine weitere Zielsetzung der Einbindung von Angehörigen besteht in der möglichst frühzeitigen Entlassung. Im Kontext der Pflege und Betreuung von Kindern wurde beispielsweise ein dreistufiges Programm für Eltern entwickelt, das diese größtenteils selbstständig mit den Kindern erarbeiten. Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE) besteht aus einem Arbeitsbuch für Kinder und Eltern sowie Tonbänder und Informationsmaterialien, die den Wissensstand der Eltern über die Folgen eines Krankenhausaufenthalts beim Kind ver-

bessern und die Partizipation der Eltern bei der Pflege der Kinder vergrößern sollen. Eltern, die am Programm teilgenommen haben, aber vor allem die Kinder, leiden im Langzeitverlauf deutlich seltener an den Begleitsymptomen des Krankenhausaufenthaltes. Die Dauer des stationären Aufenthaltes bei Frühgeborenen konnte aufgrund der COPE-Intervention deutlich verkürzt werden (Melnik et al., 2006).

In einer Auswertung von fünf qualitativen Studien werden die Erfordernisse zur frühen Entlassung von Kindern nach tageschirurgischen Eingriffen vorgestellt. Der Bedarf der Eltern liegt dabei auf allgemeinen Informationen zur prä- und postoperativen Phase sowie im Erfassen der Pflegediagnose Schmerz. Als wichtigste Hilfen werden schriftliche und mündliche Informationsgabe zu einem möglichst frühen Zeitpunkt, besondere Hinweise zur Schmerzmessung, nicht-pharmakologischen Schmerzbehandlung, medikamentöse Schmerztherapie, Mitgabe benötigter Medikamente und die Sicherstellung der Weiterbetreuung vorgestellt (Bastable A, 2005).

Freiwillig Engagierte als Experten für eine bestimmte Pflegesituation, meist durch die eigene Biografie bedingt

Durch die eigene Biografie bedingt, kann ein freiwillig engagierter Mensch, der selbst von einer Krankheits- oder Pflegesituation betroffen ist oder war, Erfahrungen weitergeben, die über das Wissen von professionellen Pflegepersonen und ärztlichem Personal hinausgehen. In verschiedenen Studien und Berichten werden sehr unterschiedliche Möglichkeiten des freiwilligen Engagements aufgezeigt, die den in Deutschland bekannten Selbsthilfegruppen ähnlich sind, aber neben dem ambulanten Bereich auch gezielt im Krankenhaus eingesetzt werden.

Berichte und Studien über die Unterstützung und Beratung von onkologisch erkrankten PatientInnen besonders in Hinblick auf die Entwicklung von Bewältigungsstrategien, den Umgang mit Emotionen und Fragen der Resozialisierung zeigen, dass durch dieses zusätzliche Angebot PatientInnen AnsprechpartnerInnen haben, die sie gut verstehen und ihnen eine Perspektive für das alltägliche Leben geben können (Campbell et al., 2004). Die Information über die Möglichkeit von Unterstützung durch freiwillig Engagierte wird häufig als unzureichend angesehen und der Einsatz moderner Medien (Telefon und Internet) als kritisch bezeichnet, da er nicht alle Betroffenen erreicht (Campbell et al., 2004).

Die Bedeutung der Unterstützung von Schwangeren und Gebärenden durch eine Doula wurde in einer randomisierten Studie (n= 600) untersucht. Eine Doula ist eine Frau, die auf der

Grundlage eigener Erfahrungen sowie einer eher kurzen Schulung neben den Fachpersonen (Hebammen, Pflegenden, ÄrztInnen) schwangere Frauen vor, während und nach der Geburt in der Rolle einer Advokatin begleitet. In der Vergleichsgruppenstudie zeigen sich in der Interventionsgruppe unter anderem eine größere Zufriedenheit mit der Versorgung im Krankenhaus, eine größere Zufriedenheit der Mütter mit dem Verhalten ihrer Kinder sowie eine insgesamt positivere Situationseinschätzung (Campbell et al., 2007).

Spezifische Einsatzbereiche von freiwillig Engagierten

Sterbebegleitung durch freiwillig engagierte Menschen ist im Hospiz und im palliativen Bereich des Krankenhauses ein bedeutsames Angebot. Freiwillig Engagierte übernehmen eine wichtige Funktion, da professionell Pflegende nicht alle Bedürfnisse des sterbenden Menschen erfüllen können und es eine signifikant große Gruppe von sterbenden Menschen gibt, die keine Unterstützung von Familienmitgliedern oder Freunden erhalten (Egbert & Parrott, 2003; Wilson et al., 2005). In einem RCT fand sich eine verlängerte Lebenserwartung von 80 Tagen bei jenen palliativen PatientInnen, die Unterstützung und Begleitung von geschulten Freiwilligen im Hospizbereich hatten (Herbst-Damm & Kulik, 2005).

In einer Zusammenfassung von 18 Studien ergeben sich folgende Hauptbedenken beim Einsatz von Freiwilligen in der Sterbebegleitung: ein steigendes Risiko aufgrund der Tätigkeit in einen Rechtsstreit verwickelt zu werden und die Problematik der Rekrutierung geeigneter Freiwilliger. Als Lösungsansatz wird dargestellt, dass bei der Übernahme einer Sterbebegleitung die individuellen Fähigkeiten und Interessen des Unterstützenden berücksichtigt und diese durch fortlaufende Schulungen weiterentwickelt werden müssen (Wilson et al., 2005).

Zu den Leistungen, die von freiwillig Engagierten erbracht werden, gehören Informations- und Beschäftigungsangebote. Ein Beispiel ist das Projekt Radio Lollipop mit täglichen Sendungen sowie Spiel- und Beschäftigungsangeboten auf den Stationen oder am Patientenbett, die unabhängig von der Therapie gestaltet werden (Burr, 2005).

In zwei sehr kleinen australischen Studien wurde die Frage verfolgt, ob die Anwesenheit von freiwillig Engagierten in einem Patientenzimmer die Sturzhäufigkeit gefährdeter PatientInnen reduziert. Dabei wurden geriatrischen PatientInnen mit hohem Sturzrisiko in Vierbettzimmern während der Tageszeit von ein bis zwei Freiwilligen beobachtet und beschäftigt; pflegerische Maßnahmen wurden von den freiwillig Engagierten nicht übernommen. Während der Zeit der Observierung kam es zu keinen Stürzen. War eine zweite Person anwesend, hatte diese auch die anderen PatientInnen auf dem Flur beobachtet. Im Ergebnis kam es zu einer Ab-

nahme von gestürzten PatientInnen auf dem gesamten Stationsbereich. Die Zufriedenheit der freiwillig Engagierten war durch die Anwesenheit eines zweiten Freiwilligen deutlich erhöht. In der zweiten Studie haben 13 von 45 Freiwilligen das Projekt vor Projektende verlassen (Donoghue et al., 2005; Giles et al., 2006)

Von Angehörigen wurde geäußert, dass sich die PatientInnen wacher und aufmerksamer verhalten (Donoghue et al., 2005). Als Verbesserung wurde von Seiten der freiwillig Engagierten eine intensivere Kommunikation und Zusammenarbeit mit den Pflegenden gewünscht. Das zunächst bestehende Problem der Instrumentalisierung ihrer Tätigkeit für Aufgaben des Pflegepersonals wurde durch eine detaillierte, feste Aufgabenbeschreibung gelöst, mit der der Fokus auf die Beobachtung und Interaktion mit den PatientInnen gelegt war. Die AutorInnen beider Studien beschreiben aber, dass sie dieses Konzeptes aufgrund der großen Anzahl an benötigten Freiwilligen nur bedingt für umsetzbar halten (Donoghue et al., 2005; Giles et al., 2006).

Das oben (siehe Kap. II 1.1.2) bereits beschriebene HELP Programm sieht vor, dass Freiwillige, die eine Schulungsdauer von 16 Stunden in Kleingruppen sowie eine individuelle Einarbeitung auf den Stationen von ebenfalls 16 Stunden erhalten haben, als Mitglieder eines interdisziplinären Teams Interventionen in den Bereichen Orientierung, Wahrnehmungsschulung, Aktivitäten zur Förderung der Kognition, Vorbereitung und Verabreichung von Flüssigkeiten und Nahrung übernehmen. Zusammen mit spezialisiertem Pflegepersonal sind sie auch für Maßnahmen zur Verbesserung von Schlaf und für die frühe Mobilisation zuständig. Die Auswahlverfahren für die Freiwilligen werden als sehr streng beschrieben. Erforderlich sind hohe soziale Kompetenz, sehr gute Kommunikationsfähigkeiten, Zuverlässigkeit und hohes zeitliches Engagement durch festgelegte und häufige Einsatzzeiten sowie eine Verpflichtung für mindestens sechs Monate in dem Programm mitzuarbeiten. Bei HELP handelt es sich um ein sehr komplexes multidisziplinär angelegtes Programm mit einer Vielzahl von Maßnahmen unter Einbezug der Gruppe der Freiwilligen (Inouye et al., 2000). Die Evaluation differenzierte aber nicht den Beitrag einzelner Interventionen oder Professionen. Untersucht wurde ebenfalls nicht die Bedeutung des Einsatzes von Freiwilligen. Insofern kann dazu keine Aussage getroffen werden.

Die Übernahme der Nahrungsverabreichung durch freiwillig Engagierte wird kontrovers diskutiert. Die Verabreichung von Nahrung durch nicht ausgebildetes Fachpersonal kann zur Gefährdung der Patientin bzw. des Patienten führen, da der Gesamtkontext der Nahrungsaufnahme auch durch Bereiche wie Erhaltung der Selbstständigkeit oder Entwicklung von Ernährungsstrategien geprägt ist (Elsbernd, 2002).

Ein weiterer spezifischer Einsatzbereich für freiwillig Engagierte ist die Begleitung von Angehörigen im Warte- und Aufenthaltsbereich einer Intensivstation. In einer qualitativen Studie äußern Angehörige, dass sie sich von freiwillig engagierten Personen unterstützt fühlen und u.a. ein Mangel an Informationen durch sie aufgefangen werden kann. Die Freiwilligen wurden für ihre Tätigkeit in einem sechsstündigen Lehrgang vorbereitet. Bei der Auswahl der BewerberInnen wurde gezielt auf Lebenserfahrung und kommunikative Kompetenzen geachtet. Für ihre Aufgabe wurde eine Tätigkeitsbeschreibung entwickelt und die Mitarbeit führte zur Zufriedenheit der Freiwilligen (Appleyard et al., 2000).

Ein Beispiel für ein potentielles Aufgabenfeld freiwillig engagierter Menschen, das hauptsächlich im administrativen Bereich liegt, ist die Mitarbeit in Krankenhausbibliotheken. Die Beurteilung durch die Bibliotheksleitungen fällt dabei ambivalent aus. Für den Nicht-Einsatz von Freiwilligen wurden von den befragten LeiterInnen der Bibliotheken (n = 89) folgende Hauptgründe genannt: zu geringe Zeit für die Betreuung, gewerkschaftliche Bedenken, Mangel an Freiwilligen, schlechte Vorerfahrungen und Mangel an geeigneten Tätigkeiten für diese Gruppe. Die BibliothekarInnen äußerten mehrheitlich, dass freiwillig Engagierte mehr Betreuung bedürften als bezahltes Personal und 43 % stimmten der Aussage zu, dass die Freiwilligen fortlaufende Schulungen benötigten. Aufgrund der von ihnen als nicht ausreichend empfundenen Besetzung mit bezahlten MitarbeiterInnen bezeichnen sie die Mitarbeit Freiwilliger dennoch als einen insgesamt wertvollen Beitrag, wobei es eine große Differenz zwischen den Leitungen gibt, die Freiwillige beschäftigen und denen, die nicht oder nicht mehr mit Freiwilligen arbeiten. Die letzte Gruppe lehnte es ab, dass bezahltes Personal durch freiwilliges ersetzt wird (McDiarmid M & Auster E, 2005).

Fundraising ist in den angloamerikanischen Ländern zur Finanzierung im öffentlichen Bereich sehr üblich und weit verbreitet. Die Leitungen der Finanzabteilungen der Krankenhäuser in den USA sehen eine erhöhte Abhängigkeit von Fundraising bei der Krankenhausfinanzierung (Haderlein, 2006). Unabhängig vom Gebiet des Engagements sind in Kanada 46% der freiwillig Engagierten auch in Fundraising-Aktivitäten eingebunden und verbringen damit 10 % der Zeit, die sie für ihr Engagement insgesamt aufwenden (Statistics Canada, 2006). Neben der geleisteten Arbeit unterstützen die im Krankenhaus freiwillig Engagierten sehr häufig (86 %) auch andere Projekte oder auch das eigene Krankenhaus (68 %) durch finanzielle Zuwendungen (Handy & Srinivasan, 2002b).

Literaturverzeichnis

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Cheung, R. B., Sloane, D. M., & Silber, J. H. (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA*, 290, 1617-1623.

- Ament-Rambow, C. (2003). Prozessmanagement als Weg zur Kostensenkung im Gesundheitswesen. In H. Blonski & M. Stausberg (Eds.), *Prozessmanagement in Pflegeorganisationen* (pp. 107-123). Hannover: Schlütersche.
- American Association of Nursing Anesthetists (2007). About the profession. <http://www.aana.com/BecomingCRNA.aspx> (Abruf: 01.11.2007) [On-line].
- American Nurses Association (2007a). About nursing. <http://nursingworld.org/MainMenuCategories/CertificationandAccreditation/AboutNursing.aspx> (Abruf: 22.10.2007) [On-line].
- American Nurses Association (2007b). Acute care staffing. <http://www.anapoliticalpower.org> (Abruf: 03.11.2007) [On-line].
- Andershed, B. (2006). Relatives in end-of-life care--part 1: a systematic review of the literature the five last years, January 1999-February 2004. *J. Clin. Nurs.*, 15, 1158-1169.
- Anheier, H. K. & Toepler, S. (2002). Bürgerschaftliche Engagement in Europa. http://www.bpb.de/publikationen/207YYH,0,0,B%FCrgerschaftliches_Engagement_in_Europa.html (Abruf: 20.07.2007) [On-line].
- Appleyard, M., Gavaghan, S., Gonzales, C., Ananian, L., Tyrell, R., & Carroll, D. (2000). Nurse-Coached Intervention for the Families of Patients in Critical Care Units. *Critical Care Nurse*, 20, 40-48.
- Arbeitsgemeinschaft Evangelische Krankenhaus-Hilfe (2007). Leitsätze für Mitarbeitende. <http://www.ekh-deutschland.de/grundsaeetze.html> (Abruf: 20.06.2007) [On-line].
- Ausbildungs- und Prüfungsordnung für den Beruf der Krankenpflegehelfer(innen) in NRW - KrPflhiAPrV -. (2003). http://www.bezreg-koeln.nrw.de/brk_internet/service/formulare/abteilung02/dezernat_24/ausbildungsordnung.pdf (Abruf: 05.01.2008) [On-line].
- Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die Gesundheits- und Pflegeassistenten (2007). HmbGVBl. Nr. 17, S. 143.
- Azoulay, E., Pochard, F., Chevret, S., Arich, C., Brivet, F., Brun, F. et al. (2003). Family participation in care to the critically ill: opinions of families and staff. *Intensive Care Med.*, 29, 1498-1504.
- Bader, R. & Schäfer, B. (1998). Lernfelder gestalten: Vom komplexen Handlungsfeld zur didaktisch strukturierten Lernsituation. *Die berufsbildende Schule*, 50, 229-234.
- BAG Katholische Krankenhaus-Hilfe (2007). Neue Herausforderungen für die "Grünen Damen und Herren". <http://www.ckd.caritas.de/14043.html> (Abruf: 26.07.2007) [On-line].
- Baggs, J. G., Schmitt, M. H., Mushlin, A. I., Mitchell, P. H., Eldredge, D. H., Oakes, D. et al. (1999). Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units. *Crit Care Med*, 27, 1991-1998.
- Banasiak, N. C. & Meadows-Oliver, M. (2004). Inpatient asthma clinical pathways for the pediatric patient: an integrative review of the literature. *Pediatr. Nurs*, 30, 447-450.
- Bartholomeyczik, S. (2007a). Einige kritische Anmerkungen zu standardisierten Assessmentinstrumenten in der Pflege. *Pflege*, 20, 211-217.

- Bartholomeyczik, S. (2007b). Kurze Verweildauer im Krankenhaus - die Rolle der Pflegenden. *Pflege & Gesellschaft*, 12, 135-149.
- Bastable A, R. H. (2005). Parents' management of their child's postoperative pain. *Paediatric nursing*, 17, 14-17.
- Behrens, J. & Horbach, A. (2007). *Forschungsstudie zur Verweildauer in Pflegeberufen in Rheinland-Pfalz*. unveröffentl.
- Behrens, J. & Langer, G. (2006). *Evidence-based Nursing and Caring*. (2 ed.) Bern: Huber.
- Benedict, L., Robinson, K., & Holder, C. (2006). Clinical nurse specialist practice within the Acute Care for Elders interdisciplinary team model. *Clin Nurse Spec.*, 20, 248-251.
- Blegen, M. A. & Vaughn, T. (1998). A multisite study of nurse staffing and patient occurrences. *Nurs.Econ.*, 16, 196-203.
- Blum, K., Isfort, M., Schilz, P., & Weidner, F. (2006). Pflegeausbildungsstudie Deutschland (PABIS). <http://www.dip-home.de/projekte/pflegedaten/pabis.htm> (Abruf: 15.08.2007) [On-line].
- Blum, K., Offermann, M., & Perner, P. (2007). Krankenhaus Barometer 2007. <http://dki.comnetinfo.de/PDF/Bericht%20KH%20Barometer%202007.pdf> (Abruf: 05.01.2008) [On-line].
- Blum, K. & Schilz, P. (2005). Krankenhaus Barometer, Umfrage 2005. <http://dkg.digramm.com/pdf/967.pdf> (Abruf 26.07.2007) [On-line].
- Boezeman, E. J. & Ellemers, N. (2007). Volunteering for charity: pride, respect, and the commitment of volunteers. *J.Appl.Psychol.*, 92, 771-785.
- Böhlke, R., Söhnle, N., & Viering, S. (2005). *Gesundheitsversorgung 2020*. Eschborn/Frankfurt/M.: Ernst & Young.
- Boland, A., Haycox, A., Bagust, A., & Fitzsimmons, L. (2003). A randomised controlled trial to evaluate the clinical and cost-effectiveness of Hickman line insertions in adult cancer patients by nurses. *Health Technol.Assess.*, 7, iii, ix-99.
- Boonen, A. & Darmann, I. (2004). Praxisnahes Lernen in der Fachweiterbildung Anästhesie- und Intensivpflege. *intensiv*, 12, 290-296.
- Braun, J. & Klages, H. H. (2001). *Freiwilliges Engagement in Deutschland Band 2*. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- Bryant-Lukosius, D., Dicenso, A., Browne, G., & Pinelli, J. (2004). Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation. *J Adv Nurs*, 48, 519-529.
- Buchan, J. & Calman, L. (2004). The global shortage of registered nurses: an overview of issues and actions. <http://www.icn.ch/global/shortage.pdf> (Abruf: 16.08.2007) [On-line].
- Buchan, J. & Calman, L. (2005). Skill-Mix and policy change in the health workforce: nurses in advanced roles. <http://www.oecd.org/dataoecd/30/28/33857785.pdf> (Abruf: 14.08.2007) [On-line].

- Buchan, J. & Dal Poz, M. R. (2002). Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence. [http://www.who.int/docstore/bulletin/pdf/2002/bul-7-E-2002/80\(7\)575-580.pdf](http://www.who.int/docstore/bulletin/pdf/2002/bul-7-E-2002/80(7)575-580.pdf) (Abruf: 15.07.2007) [On-line].
- Buchan, J. & O'May, F. (2000). Determining skill-mix: practical guidelines for managers and health professionals. *Human Resources for Health Development Journal*, 4, 111-118.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. (2001). Leitfaden zur Arbeit mit Freiwilligen. <http://www.bagso.de/fileadmin/Publikationen/Leitfaden.pdf> (Abruf: 26.07.2007) [On-line].
- Bundesministerium für Familie, S. F. u. J. (2005). *Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland*. Berlin.
- Bundesministerium für Familie, S. F. u. J. (2006). Freiwilliges Engagement in Deutschland 1999-2004. <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Arbeitsgruppen/Pdf-Anlagen/freiwilligen-survey-langfassung,property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf> (Abruf: 05.06.2007) [On-line].
- Burr, S. (2005). Volunteering: serious fun. *Paediatr.Nurs.*, 17, 30-32.
- Calpin-Davies, P. J. & Akehurst, R. L. (1999). Doctor-nurse substitution: the workforce equation. *Journal of Nursing Management*, 7, 71-79.
- Campbell, D., Scott, K. D., Klaus, M. H., & Falk, M. (2007). Female relatives or friends trained as labor doulas: outcomes at 6 to 8 weeks postpartum. *Birth*, 34, 220-227.
- Campbell, H. S., Phaneuf, M. R., & Deane, K. (2004). Cancer peer support programs: do they work? *Patient.Educ.Couns.*, 55, 3-15.
- Canadian Nurses Association (2003). *Patient Safety: Developing the right staff mix*. Ottawa.
- Carroll A, D. M. (2007). Discharge planning: communication, education and patient participation. *Br.J.Nurs.*, 16, 882-886.
- Conway, J. & Kearin, M. (2007). The contribution of the Patient Support Assistant to direct patient care: an exploration of nursing and PSA role perceptions. *Contemp.Nurse*, 24, 175-188.
- Corlett, J. & Twycross, A. (2006). Negotiation of parental roles within family-centred care: a review of the research. *J Clin Nurs*, 15, 1308-1316.
- Coudeyre, E., Jardin, C., Givron, P., Ribinik, P., Revel, M., & Rannou, F. (2007). Could pre-operative rehabilitation modify postoperative outcomes after total hip and knee arthroplasty? Elaboration of French clinical practice guidelines. *Ann.Readapt.Med Phys.*, 50, 189-197.
- Counsell, S. R., Holder, C. M., Liebenauer, L. L., Palmer, R. M., Fortinsky, R. H., Kresevic, D. M. et al. (2000). Effects of a multicomponent intervention on functional outcomes and process of care in hospitalized older patients: a randomized controlled trial of Acute Care for Elders (ACE) in a community hospital. *J Am Geriatr.Soc.*, 48, 1572-1581.
- Dachverband der Pflegeorganisationen Rheinland-Pfalz e.V. (2006). *Berufsordnung des Dachverbandes der Pflegeorganisationen Rheinland-Pfalz e.V. o.O.*

- Dahlgaard, K., Schürges, G., Stratmeyer, P., & Stubenvoll, M. (2007). Kooperatives Prozessmanagement. *führen & wirtschaften*, 24, 272-276.
- Daneman, S., Macaluso, J., & Guzzetta, C. E. (2003). Healthcare providers' attitudes toward parent participation in the care of the hospitalized child. *J.Spec.Pediatr.Nurs.*, 8, 90-98.
- Darmann, I. (2005). Bildungsanspruch und Stukturentwicklung. *Padua*, 60-65.
- Davies, M., Dixon, S., Currie, C. J., Davis, R. E., & Peters, J. R. (2001). Evaluation of a hospital diabetes specialist nursing service: a randomized controlled trial. *Diabet Med*, 18, 301-307.
- Deck, R. (2002). Erfahrungen alter Menschen im Krankenhaus. Ergebnisse einer Untersuchung an vier Krankenhäusern in Schleswig Holstein. *Forum Krankenhaussozialarbeit*, 60-64.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (2001). Empfehlung der deutschen Krankenhausgesellschaft zur Ehrenamtlichen Krankenhaus-Hilfe. <http://www.wernerschell.de/Rechtsalmanach/Grundzuege/KrankenhaushilfeDKGEmpfehlung01.pdf> (Abruf: 26.07.2007) [On-line].
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (2006a). DKG-Empfehlung zur Weiterbildung von Krankenpflegepersonen in der Nephrologie. http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/41/aid/2935/title/Fortschreibung_der_DKG-Empfehlung_zur_Weiterbildung_von_Krankenpflegepersonen_in_der_Nephrologie (Abruf: 12.10.2007) [On-line].
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (2006b). Fortschreibung der DKG-Empfehlung zur Weiterbildung von Krankenpflegepersonen für die pflegerische Leitung eines Bereiches im Krankenhaus und anderen pflegerischen Versorgungsbereichen. http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/41/aid/2936/title/Fortschreibung_der_DKG-Empfehlung_zur_Weiterbildung_von_Krankenpflegepersonen_fuer_die_pflegerische_Leitung_eines_Bereiches_im_Krankenhaus_und_anderen_pflegerischen_Versorgungsbereichen (Abruf: 12.10.2007) [On-line].
- Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (2006). *Pflegebildung offensiv*. München: Urban & Fischer.
- Deutscher Bundestag (2002). *Bürgerschaftliches Engagement und Zivilgesellschaft*. Opladen: Leske und Budrich.
- Deutscher Bundestag (2003). *Bürgerschaftliches Engagement und Sozialstaat*. (3 ed.) Opladen: Leske und Budrich.
- Deutscher Pfliegerat (2007). Abbau von Pflegepersonal in Krankenhäusern kann nicht hingenommen werden. <http://www.deutscherpfliegerat.de/dpr.nsf/0/A536DAA0DC61EA3EC125731E003C7891> (Abruf: 02.01.2008) [On-line].
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (2007). *Pflegethermometer 2007*. <http://www.dip-home.de/material/downloads/Pflege-Thermometer2007.pdf> (Abruf:12.01.2008) [On-line].
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2002). *Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege*. Osnabrück.

- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2007). Aktuelle Veröffentlichungen des DNQP. <http://www.dnqp.de> (Abruf 12.12.2007) [On-line].
- Devine, E. C. & Cook, T. D. (1986). Clinical and cost-saving effects of psychoeducational interventions with surgical patients: a meta-analysis. *Res.Nurs Health*, 9, 89-105.
- Diekwisch, H. (2003). *Arbeitsplatz Krankenhaus und ehrenamtliche Tätigkeit* Bielefeld: Evangelische Krankenhaus-Hilfe.
- Donoghue, J., Graham, J., Mitten-Lewis, S., Murphy, M., & Gibbs, J. (2005). A volunteer companion-observer intervention reduces falls on an acute aged care ward. *Int.J.Health Care Qual.Assur.Inc.Leadersh.Health Serv.*, 18, 24-31.
- Durbin, C. G., Jr. (2006). Team model: advocating for the optimal method of care delivery in the intensive care unit. *Crit Care Med*, 34, S12-S17.
- Early Supported Discharge Trialists (2005). Services for reducing duration of hospital care for acute stroke patients. *Cochrane Database.Syst.Rev.*, CD000443.
- Egbert, N. & Parrott, R. (2003). Empathy and social support for the terminally ill: Implications for recruiting and retaining hospice and hospital volunteers. *Communication studies*, 54, 18-34.
- Elsbernd, A. (2002). Ehrenamt in der Pflege. *Pflege Aktuell*, 56, 530-533.
- Evangelische Fachhochschule Berlin (2007). Bachelor of Nursing. www.bachelor-nursing.de/bn/bachelor-infos.htm (Abruf: 03.10.2007) [On-line].
- Fachhochschule Frankfurt (2007). Bachelorstudiengang Allgemeine Pflege. http://www.fh-frankfurt.de/de/fachbereiche/fb4/studiengaenge/pflege_bsc.html (Abruf: 08.01.2008) [On-line].
- Fachhochschule Fulda (2007). Studiengang Pflege. <http://www.fh-fulda.de/index.php?id=1792> (Abruf: 09.01.2008) [On-line].
- Fachhochschule Hannover (2007). Bachelor- und Masterstudiengänge. <http://www.fakultaet5.fh-hannover.de/index.php> (Abruf: 30.10.2007) [On-line].
- Fachhochschule Jena (2007). Fernstudium Pflege: Studiengänge. <http://pflege.sw.fh-jena.de/studiengang.asp> (Abruf: 10.08.2007) [On-line].
- Fan, J. & Woolfrey, K. (2006). The effect of triage-applied Ottawa Ankle Rules on the length of stay in a Canadian urgent care department: a randomized controlled trial. *Acad Emerg Med*, 13, 153-157.
- Filkins, J. & Landenberger, M. (2005). Ausbildung der Pflege- und Gesundheitsberufe in Großbritannien. In M.Landenberger, G. Stöcker, J. Filkins, A. d. Jong, C. Them, Y. Selinger, & P. Schön (Eds.), *Ausbildung der Pflegeberufe in Europa* (pp. 79-109). Hannover: Schlütersche.
- Fischer, W. (2003). *Diagnoses Related Groups (DRG) und Pflege*. Bern: Huber.
- Fortinsky, R. H., Covinsky, K. E., Palmer, R. M., & Landefeld, C. S. (1999). Effects of functional status changes before and during hospitalization on nursing home admission of older adults. *J Gerontol.A Biol.Sci Med Sci*, 54, M521-M526.

- Foxcroft, D. R. & Cole, N. (2003). Organisational infrastructures to promote evidence based nursing practice. *Cochrane Database.Syst.Rev.*, CD002212.
- Frank, W., Konta, B., Prusa, N., & Raymann, C. (2006). *Bedeutung der intensivierten Pflege HTA-Bericht 28*. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI).
- Freie Hansestadt Hamburg (2007). Beruf mit Zukunft: Gesundheits- und Pflegeassistenz. <http://fhh.hamburg.de/stadt/Aktuell/behoerden/soziales-familie/soziales/altenpflege/downloads/gpa-broschuere.property=source.pdf> (Abruf: 10.09.2007) [On-line].
- Fundraising Akademie (Ed.) (2003). *Fundraising*. Wiesbaden: Gabler.
- Furlong, E. & Smith, R. (2005). Advanced nursing practice: policy, education and role development. *J Clin Nurs.*, 14, 1059-1066.
- Gardner, G., Chang, A., & Duffield, C. (2007). Making nursing work: breaking through the role confusion of advanced practice nursing. *JAN:original research*, 382-391.
- Geerbex, A., Granse, M. I., & Weber, B. (2007). Education in Medicine, Nursing and Health Sciences – the Netherlands example. http://www.hrk-bologna.de/bologna/de/download/dateien/Vortrag_Niederlande.pdf (Abruf: 20.12.2007) [On-line].
- Gerdtz, M. F. & Nelson, S. (2007). 5-20: a model of minimum nurse-to-patient ratios in Victoria, Australia. *Journal of Nursing Management.*, 15, 64-71.
- Gesetz über den Beruf der Gesundheits- und Krankenpflegehelferin und des Gesundheits- und Krankenpflegehelfers im Land Brandenburg (Brandenburgisches Krankenpflegehilfegesetz -BbgKPHG). (2004). http://www.landesrecht.brandenburg.de/sixcms/media.php/land_bb_bravors_01.a.111.de/GVBI_I_10_2004.pdf (Abruf 05.01.2008) [On-line].
- Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz - KrPflG) (2003). BGBl. I 1442.
- Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV - WSG). (2007). BGBl. I S. 378-473.
- Giles, L., Bolch, D., Rouvray, R., McErlean, B., Whitehead, C., Phillips, P. et al. (2006). Can volunteer compains prevent falls among inpatients? *BMC Geriatr.*2006 Aug 9;6:11.
- Goldberg, G. R. & Morrison, R. S. (2007). Pain management in hospitalized cancer patients: a systematic review. *J Clin Oncol.*, 25, 1792-1801.
- Gordon, M. & Bartholomeyczik, S. (2001). *Pflegediagnosen. Theoretische Grundlagen*. München: Urban & Fischer.
- Görres, S., Hinz, I. M., & Reif, K. (2002). Pflegevisite: Möglichkeiten und Grenzen. *Pflege*, 15, 25-32.
- Görres, S., Ratz, K., Christiansen, T., Panter, R., & Wagner, M. (2005). Transfernetzwerk Innovative Pflegeausbildung (tip) - Synopse der Modellprojekte in Deutschland - . <http://www.iap.uni-bremen.de/pdf/Synopse-tip.pdf> (Abruf: 23.10.2007) [On-line].

- Griffiths, P. D., Edwards, M. H., Forbes, A., Harris, R. L., & Ritchie, G. (2007). Effectiveness of intermediate care in nursing-led in-patient units. *Cochrane Database Syst Rev*, CD002214.
- Haderlein, J. (2006). Unleashing the untapped potential of hospital philanthropy. *Health Aff. (Millwood.)*, 25, 541-545.
- Hamburgisches Gesetz über die Ausbildung in der Gesundheits- und Pflegeassistenz (HmbGPAG) (2006).
- Handy, F. & Srinivasan, N. (2002a). Cost and contributions of professional volunteer management. <http://www.volunteer.ca/volunteer/pdf/Handy-SR1-English-Web.pdf> (Abruf: 26.06.2007) [On-line].
- Handy, F. & Srinivasan, N. (2002b). Hospital volunteers: an important and changing resource. <http://www.volunteer.ca/volunteer/pdf/Handy-SR2-English-Web.pdf> (Abruf: 26.06.2007) [On-line].
- Hanrock, H. & Campell, S. (2006). Developing the role of the healthcare assistant. *art & science research*, 20, 35-41.
- Hartford Institut for Geriatric Nursing (2007). NICHE - Nurses improving care for healthsystem elders. <http://www.nicheprogram.org/> (Abruf: 25.11.2007) [On-line].
- Heath, S. M., Bain, R. J., Andrews, A., Chida, S., Kitchen, S. I., & Walters, M. I. (2003). Nurse initiated thrombolysis in the accident and emergency department: safe, accurate, and faster than fast track. *Emerg Med J*, 20, 418-420.
- Hegney, D., Eley, R., Plank, A., Buikstra, E., & Parker, V. (2006). Workforce issues in nursing in Queensland: 2001 and 2004. *Journal of Clinical Nursing.*, 15, 1521-1530.
- Herbst-Damm, K. L. & Kulik, J. A. (2005). Volunteer support, marital status, and the survival times of terminally ill patients. *Health Psychol.*, 24, 225-229.
- Hessisches Krankenpflegehilfegesetz (HKPHG). (2004). http://www.hessenrecht.hessen.de/gesetze/353_Heilhilfsberufe_Hebammen/353-52-HKPHG/HKPHG.htm#§%208 (Abruf: 03.01.2008) [On-line].
- Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg (2007). Bachelor- und Masterstudiengänge. <http://www.haw-hamburg.de/213.0.html> (Abruf: 29.10.2007) [On-line].
- Höhmann, U., Müller-Mundt, G., & Schulz, B. (1998). *Qualität durch Kooperation*. Frankfurt/M.: Mabuse.
- Hoogerduijn, J. G., Schuurmans, M. J., Duijnste, M. S., de Rooij, S. E., & Grypdonck, M. F. (2007). A systematic review of predictors and screening instruments to identify older hospitalized patients at risk for functional decline. *J Clin Nurs*, 16, 46-57.
- Ingold, B. B., Yersin, B., Wietlisbach, V., Burckhardt, P., Bumand, B., & Bula, C. J. (2000). Characteristics associated with inappropriate hospital use in elderly patients admitted to a general internal medicine service. *Aging (Milano.)*, 12, 430-438.
- Inouye, S. K., Baker, D. I., Fugal, P., & Bradley, E. H. (2006). Dissemination of the hospital elder life program: implementation, adaptation, and successes. *J Am Geriatr.Soc.*, 54, 1492-1499.

- Inouye, S. K., Bogardus, S. T., Jr., Baker, D. I., Leo-Summers, L., & Cooney, L. M., Jr. (2000). The Hospital Elder Life Program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. Hospital Elder Life Program. *J.Am.Geriatr.Soc.*, 48, 1697-1706.
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2006). Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung. www.iqwig.de (Abruf: 10.02.2007) [On-line].
- Institut of Medicine (2004). *Keeping patients safe: transforming the work environments of nurses*. Washington: The National Academies Press.
- International Council of Nurses (2005). Regulation terminology - version 1. http://www.icn.ch/Flash/Regulation_Terminology.swf (Abruf: 30.08.2007) [On-line].
- International Council of Nurses (2006). Safe staffing saves life. <http://www.icn.ch/indkit2006.pdf> (Abruf: 10.12.2007) [On-line].
- Jarvis, C. (2004). *Physical examination and health assessment*. (fourth ed.) St. Louis: Saunders.
- Joffe, S., Manocchia, M., Weeks, J. C., & Cleary, P. D. (2003). What do patients value in their hospital care? An empirical perspective on autonomy centred bioethics. *J Med Ethics*, 29, 103-108.
- Johnson, A., Sandford, J., & Tyndall, J. (2003). Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home. *Cochrane Database.Syst.Rev.*, CD003716.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2005). Human resource standards applicability to contracted and volunteer personnel. http://www.jointcommission.org/AccreditationPrograms/BehavioralHealthCare/Standards/FAQs/Manage+Human+Res/Planning/contracted_personnel.htm (Abruf: 12.01.2008) [On-line].
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2007). Health care at the crossroads. <http://www.aacn.nche.edu/Media/pdf/JCAHO8-02.pdf> (Abruf: 12.12.2007) [On-line].
- Jong, A. d. (2007). *Von Anderen lernen: Einsatz akademisch qualifizierter Pflegekräfte in den Niederlanden*. unveröffentl. Vortrag.
- Jong, A. d. (2008). *Pflegeberuf im Aufbruch: ein Modell mit Zukunft?* unveröffentl. Vortrag.
- Kälble, K. (2004). Berufsgruppen- und fachübergreifende Zusammenarbeit - Terminologische Klärungen. In L.Kaba-Schönstein & K. Kälble (Eds.), *Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen* (pp. 29-41). Frankfurt/M.: Mabuse.
- Katholische Fachhochschule Freiburg (2007). Bachelorstudiengang Pflege. <http://www.kfh-freiburg.de/cms/kfh/index.php?idcatside=348> (Abruf: 06.01.2008) [On-line].
- Katholische Fachhochschule Mainz (2007). Studienangebot Fachbereich Gesundheit und Pflege. <http://www.kfh-mainz.de/studienangebot/gp.htm> (Abruf: 05.01.2008) [On-line].
- Keeney, S., Hasson, F., McKenna, H., & Gillen, P. (2005). Nurses', midwives' and patients' perceptions of trained health care assistants. *J Adv Nurs*, 50, 345-355.

- Kinley, H., Czoski-Murray, C., George, S., McCabe, C., Primrose, J., Reilly, C. et al. (2001). Extended scope of nursing practice: a multicentre randomised controlled trial of appropriately trained nurses and pre-registration house officers in pre-operative assessment in elective general surgery. *Health Technol.Assess.*, 5, 1-87.
- Kleinman, C. S. & Saccomano, S. J. (2006). Registered nurses and unlicensed assistive personnel: an uneasy alliance. *J Contin.Educ.Nurs*, 37, 162-170.
- Klie, T. & Guerra, V. (2006). Synopse zu Service-, Assistenz- und Präsenzberufen in der Erziehung, Pflege und Betreuung (Care). http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Synopse_Service_Assistenz_Praesenzberufe.pdf (Abruf: 22.12.2007) [On-line].
- Kooperation für Transparenz und Qualität (2002). *KTQ-Manual Version 4.0 incl. Katalog*. Düsseldorf.
- Kosche, A. (2005). *Freiwilliges Engagement im Krankenhaus*. unveröffentl.
- Kristensson-Hallström, I. (1999). Strategies for feeling secure influence parents' participation in care. *J.Clin.Nurs.*, 8, 586-592.
- Kroher, M.-H. (2008). *Die Zukunft der Krankenhauspflege in Deutschland im Jahr 2015*. Hamburg: unveröffentl. Diplomarbeit.
- Kultusministerkonferenz (2000). Handreichungen für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz (KMK) für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe. *Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland*.
- Kultusministerkonferenz (2005). Qualifikationsrahmen für deutsche Hochschulabschlüsse. http://www.ahpgs.de/hrk-kmk/KMK_050421_Qualifikationsrahmen.pdf (Abruf: 08.01.2008) [On-line].
- Kwan, J. (2007). Care pathways for acute stroke care and stroke rehabilitation: from theory to evidence. *J Clin Neurosci.*, 14, 189-200.
- Kwan, J., Hand, P., Dennis, M., & Sandercock, P. (2004). Effects of introducing an integrated care pathway in an acute stroke unit. *Age Ageing*, 33, 362-367.
- Landenberger, M. (2005). Gesamtfazit: Zukunft der deutschen Pflegeausbildung. In M.Landenberger, G. Stöcker, J. Filkins, A. de Jong, C. Them, Y. Selinger, & P. Schön (Eds.), *Ausbildung der Pflegeberufe in Europa* (pp. 271-281). Hannover: Schlütersche.
- Landenberger, M., Stöcker, G., Filkins, J., Jong, A. d., Them, C., Selinger, Y. et al. (2005). *Ausbildung der Pflegeberufe in Europa - Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Landesgesetz über die Weiterbildung in den Gesundheitsfachberufen in Rheinland-Pfalz (GFBWBG) (2001). http://www.menschenpflege.de/cms/filewrapper.php?md5id=783b1f7ad5fa455f3443370a78e71ea3&objid=92&media_id=294&filename=GFBWBG.pdf (Abruf: 11.10.2007) [On-line].

- Landesverordnung zur Durchführung des Landesgesetzes über die Weiterbildung in den Gesundheitsfachberufen in Rheinland-Pfalz (GFBWBGDVO) (1998). GVB1, S. 77.
- Landtag Nordrhein-Westfalen (2005). Situation und Zukunft der Pflege in NRW. http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_I/I.1/EK/EKALT/13_EK3/Abschlussbericht/Abschlussbericht_gesamt_Teil_2.pdf (Abruf: 17.06.2007) [On-line].
- Langewitz, W., Nubling, M., & Weber, H. (2006). Hospital patients' preferences for involvement in decision-making. A questionnaire survey of 1040 patients from a Swiss university hospital. *Swiss.Med Wkly.*, 136, 59-64.
- Lankshear, A. J., Sheldon, T. A., & Maynard, A. (2005). Nurse staffing and healthcare outcomes: a systematic review of the international research evidence. *Advances in Nursing Science*, 28, 163-174.
- Larson, E. (1999). The impact of physician-nurse interaction on patient care. *Holist.Nurs Pract*, 13, 38-46.
- Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L., & Rossler, W. (2002). Determinants of attitude to volunteering in psychiatry: results of a public opinion survey in Switzerland. *Int.J.Soc.Psychiatry*, 48, 209-219.
- Leatt, P., Baker, G. R., Halverson, P. K., & Aird, C. (1997). Downsizing, reengineering, and restructuring: long-term implications for healthcare organizations. *Front Health Serv.Manage*, 13, 3-37.
- Lecher, S., Klapper, B., Schaeffer, D., & Koch, U. (2002). InterKiK. Endbericht zum Modellprojekt "Interprofessionelle Kommunikation im Krankenhaus" von April 1999 bis Mai 2002. <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/EndberichtInterKiK.pdf> (Abruf: 15.12.2007) [On-line].
- Levinthal, G. N., Burke, C. A., & Santisi, J. M. (2003). The accuracy of an endoscopy nurse in interpreting capsule endoscopy. *Am J Gastroenterol.*, 98, 2669-2671.
- Li, H., Melnyk, B. M., & McCann, R. (2004). Review of intervention studies of families with hospitalized elderly relatives. *J Nurs Scholarsh.*, 36, 54-59.
- Lindley-Jones, M. & Finlayson, B. J. (2000). Triage nurse requested x rays--are they worthwhile? *J Accid.Emerg Med*, 17, 103-107.
- Lindpaintner, L. S. (2007). Der Beitrag der Körperuntersuchung zum klinischen Assessment: Wirksames Instrument der professionellen Pflege. *Pflege*, 20, 185-190.
- Ludwig, I., Mondoux, J., & Schäfer, M. (2007). *BBT Mandat. Referenzmodelle ausgewählter Gesundheits- und Sozialberufe. Kurzfassung Schlussbericht Teilprojekt Gesundheit*. Bern.
- Luffman, J. (2003). Volunteering on company time. <http://www.statcan.ca/english/freepub/75-001-XIE/0040375-001-XIE.pdf> (Abruf:10.10.2007) [On-line].
- MacDonald, J. A., Herbert, R., & Thibeault, C. (2006). Advanced practice nursing: unification through a common identity. *J Prof.Nurs.*, 22, 172-179.
- Maeder, C., Bamert, U. B. D., Dubach, A., & Kühne Gabriela (2006). Kurzbeschreibung der Methode LEP: Nursing 2, Physiotherapie, Nursing 3®. http://www.lep.ch/index.php?option=com_remository&Itemid=27&func=fileinfo&id=24 (Abruf: 05.12.2007) [On-line].

- Manthey, M. (2005). *Primary Nursing. Ein personenbezogenes Pflegesystem*. Bern: Huber.
- Mantzoukas, S. & Watkinson, S. (2006). Review of advanced nursing practice: the international literature and developing the generic features. *J Clin Nurs.*, 16, 28-37.
- Mark, B. A., Harless, D. W., McCue, M., & Xu, Y. (2004). A longitudinal examination of hospital registered nurse staffing and quality of care. *Health Serv.Res.*, 39, 279-300.
- McDiarmid M & Auster E (2005). Using volunteers in Ontario hospital libraries: views of library managers. *Journal of the Medical Library Association*, 93, 253.
- McGuire, A., Richardson, A., Coghill, E., Platt, A., Wimpenny, S., & Eglon, P. (2007). Implementation and evaluation of the critical care assistant role. *Nurs Crit Care*, 12, 242-249.
- Melnyk, B. M., Feinstein, N. F., Alpert-Gillis, L., Fairbanks, E., Crean, H. F., Sinkin, R. A. et al. (2006). Reducing premature infants' length of stay and improving parents' mental health outcomes with the Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE) neonatal intensive care unit program: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 118, e1414-e1427.
- Moorhead, S., Johnson, M., & Maas, M. (2004). *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. (3 ed.) St. Louis: Mosby.
- Morrow-Howell, N., Hinterlong, J., Rozario, P. A., & Tang, F. (2003). Effects of volunteering on the well-being of older adults. *J.Gerontol.B Psychol.Sci.Soc.Sci.*, 58, S137-S145.
- National Health Service (2007a). Healthcare assistant / auxiliary nurse. <http://www.nhs.uk/healthcareers/details/Default.aspx?Id=485> (Abruf: 07.11.2007) [On-line].
- National Health Service (2007b). Modernising medical careers. <http://www.mmc.nhs.uk/> (Abruf: 04.11.2007) [On-line].
- Nauerth, A., Evers, T., & Schmidt, B. (2006). *Bericht zur "Machbarkeitsstudie zur Entwicklung eines hochschulzertifizierten Fachweiterbildungsangebotes für Angehörige der nicht-ärztlichen Heilberufe in NRW" Teil III*. Bielefeld.
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K. (2002a). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *N.Engl.J.Med.*, 346, 1715-1722.
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K. (2002b). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *N.Engl.J.Med.*, 346, 1715-1722.
- Nursing and Midwifery Council (2004). The NMC code of professional conduct: standards for conduct, performance and ethics. <http://www.nmc-uk.org/aDisplayDocument.aspx?DocumentID=201> (Abruf: 29.09.2007) [On-line].
- Oelke, U., Hundenborn, G., & Kühn, C. (2003). *Richtlinie für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege*. Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (Ed.).
- Offermanns, M. & Müller, U. (2007). Prognose der Krankenhausinanspruchnahme bis 2010. *Das Krankenhaus*, 99, 211-216.

- Ordnung für die Ausbildung und Prüfung in der Krankenpflegehilfe in Niedersachsen. (2005). <http://www.schure.de/21064/45,80009,10,7,1,05.htm> (Abruf: 02.01.2008) [On-line].
- Palmer, R. M. (1995). Acute hospital care of the elderly: minimizing the risk of functional decline. *Cleve.Clin J Med*, 62, 117-128.
- Perla, L. (2001). AB 394: changes in patient care and nurse staff ratios. *Journal of Nursing Law*, 8, 27-32.
- Pieper, B., Sieggreen, M., Freeland, B., Kulwicki, P., Frattaroli, M., Sidor, D. et al. (2006). Discharge information needs of patients after surgery. *J Wound.Ostomy.Continence.Nurs*, 33, 281-289.
- Pine, M., Holt, K. D., & Lou, Y. B. (2003). Surgical mortality and type of anesthesia provider. *AANA.J*, 71, 109-116.
- Pirlich, M., Schutz, T., Norman, K., Gastell, S., Lubke, H. J., Bischoff, S. C. et al. (2006). The German hospital malnutrition study. *Clin Nutr.*, 25, 563-572.
- Porter-O'Grady, T., Alexander, D. R., Blaylock, J., Minkara, N., & Surel, D. (2006). Constructing a team model: creating a foundation for evidence-based teams. *Nurs Adm Q*, 30, 211-220.
- Rafferty, A. M., Clarke, S. P., Coles, J., Ball, J., James, P., McKee, M. et al. (2007). Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: Cross-sectional analysis of survey data and discharge records. *Int.J.Nurs.Stud.*, 44, 175-182.
- Renholm, M., Leino-Kilpi, H., & Suominen, T. (2002). Critical pathways: a systematic review. *J Nurs Adm*, 32, 196-202.
- Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlamentes und des Rates über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (2005). L 255/22 Amtsblatt der Europäischen Union.
- Robert Bosch Stiftung (2007). Servicehelfer im Sozial- und Gesundheitswesen. <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/484.asp> (Abruf: 22.08.2007) [On-line].
- Roden, J. (2005). The involvement of parents and nurses in the care of acutely-ill children in a non-specialist paediatric setting. *J.Child Health Care*, 9, 222-240.
- Rosenblatt, B. v. (2001). *Freiwilliges Engagement in Deutschland. Band 1*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Rosenkranz, D. & Weber, A. H. (2002). *Freiwilligenarbeit*. Weinheim und München: Juventa.
- Rothberg, M. B., Abraham, I., Lindenauer, P. K., & Rose, D. N. (2005). Improving nurse-to-patient staffing ratios as a cost-effective safety intervention. *Med Care*, 43, 785-791.
- Rottländer, R. (2006). Stand und Zwischenbewertung der Ausbildungsgestaltung in den Modellprojekten. In BMFSFJ (Ed.), *Pflegeausbildung auf Modernisierungskurs. Dokumentation der Fachtagung am 6. und 7. Dezember 2006 in Berlin zu den Themen Dynamik in der Altenpflegeausbildung und Pflegeausbildung in Bewegung* (pp. 124-128). http://www.wiad.de/projekte/ver/pflegeberufe/Doku_Pflege_06.pdf (Abruf: 10.11.2007).
- Royal College of Nursing (2006). Supervision, accountability and delegation of activities to support workers: a guide for registered practioners and support workers.

- http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0006/78720/003093.pdf (Abruf: 15.11.2007) [On-line].
- Sachs, M. (2007). "Advanced Nursing Practice" - Trends: Implikationen für die deutsche Pflege. *Pflege & Gesellschaft*, 12, 101-117.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007). Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Langfassung. <http://www.svr-gesundheit.de> (Abruf: 08.08.2007) [On-line].
- Schenkel, M. (2006). Evaluation des FSJ und FÖJ. http://www.iss-ffm.de/fileadmin/user_upload/Projekte/Projekte_FP_06/Dokumentation_FSJ_2006.pdf (Abruf: 10.07.2007) [On-line].
- Schewior-Popp, S., Lauber, A., Dörr, I., Follmann, U., Hübinger, H. D., Köhler, C. et al. (2005). *Rahmenlehrplan und Ausbildungsrahmenplan für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege des Landes Rheinland-Pfalz*. Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz (Ed.).
- Schneider, K. (2003). Das Lernfeldkonzept - zwischen theoretischen Erwartungen und praktischen Realisierungsmöglichkeiten. In K. Schneider, E. Brinker-Meyendriesch, & A. Schneider (Eds.), *Pflegepädagogik für Studium und Praxis* (pp. 81ff). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Sidhu, R., Sanders, D. S., Kapur, K., Marshall, L., Hurlstone, D. P., & McAlindon, M. E. (2007). Capsule endoscopy: is there a role for nurses as physician extenders? *Gastroenterol. Nurs*, 30, 45-48.
- Sinclair, H. C. (1991). [Academically educated nurses in the United Kingdom: myths and realities]. *Pflege*, 4, 25-30.
- Smith, T. J. & Hillner, B. E. (2001). Ensuring quality cancer care by the use of clinical practice guidelines and critical pathways. *J Clin Oncol.*, 19, 2886-2897.
- Sozialgesetzbuch V (2004). http://www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/05/index.php?norm_ID=0513501 (Abruf: 23.12.2007) [On-line].
- Sozialministerium Hessen (2007). Rahmenlehrplan für die Ausbildung in Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege- Stand des Entwurfes 2005. http://www.sozialministerium.hessen.de/irj/servlet/prt/portal/prtroot/slimp.CMReader/HSM_15/HSM_Internet/med/4a4/4a419cdd-98d8-9013-3e2d-cbf5aa60dfac,22222222-2222-2222-2222-222222222222,true.pdf (Abruf: 09.10.2007).
- Spilsbury, K. & Meyer, J. (2004). Use, misuse and non-use of health care assistants: understanding the work of health care assistants in a hospital setting. *J Nurs Manag.*, 12, 411-418.
- Spirig, R. & DeGeest, S. (2004). "Advanced Nursing Practice" lohnt sich! *Pflege*, 17, 233-236.
- Spirig, R., Fierz, K., Hasemann, W., & Vincenzi, C. (2007). Editorial: Assessments als Grundlage für eine evidenzbasierte Praxis. *Pflege*, 20, 182-184.

- Stables, R. H., Booth, J., Welstand, J., Wright, A., Ormerod, O. J., & Hodgson, W. R. (2004). A randomised controlled trial to compare a nurse practitioner to medical staff in the preparation of patients for diagnostic cardiac catheterisation: the study of nursing intervention in practice (SNIP). *Eur J Cardiovasc Nurs*, 3, 53-59.
- Statistics Canada (2006). Caring Canadians involved Canadians: highlights from the Canada survey of giving, volunteering and participating.
<http://www.statcan.ca/english/freepub/71-542-XIE/71-542-XIE2006001.pdf> (Abruf: 14.08.2007) [On-line].
- Stemmer, R. Messung von Ergebnisqualität in der Pflege. Pflegequalität heute - Begründung, Konzepte, Ergebnismessung. Hannover, im Druck.
 Ref Type: Generic
- Stemmer, R. (2005a). Die Bedeutung gestufter Studiengänge für die Pflege. *Dr.med.Mabuse*, 30, 46-48.
- Stemmer, R. (2005b). Pflegeforschung - Das Outcome messen. *Pflege Aktuell*, 59, 456-459.
- Stemmer, R. (2006). Pflegeklassifikationen und der Anspruch umfassender Pflege. In G.Piechotta & N. v. Kampen (Eds.), *Ganzheitlichkeit im Pflege- und Gesundheitsbereich* (pp. 78-98). Uckerland: Schibri.
- Stemmer, R. & Dorschner, S. (2007). Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft zu ausgewählten Aspekten der Umstrukturierung von pflegebezogenen Studiengängen zu Bachelor- und Masterangeboten aus pflegewissenschaftlicher Sicht. *Pflege & Gesellschaft*, 12, 160-164.
- Stöcker, G. (2005). Ausbildung der Pflegeberufe in Deutschland und Berlin. In M.Landenberger, G. Stöcker, J. Filkins, A. de Jong, C. Them, Y. Selinger, & P. Schön (Eds.), *Ausbildung der Pflegeberufe in Europa* (pp. 25-77). Hannover: Schlütersche.
- Storsberg, A., Neumann, C., & Neiheiser, R. (2006). *Krankenpflegegesetz - Kommentar*. (6 ed.) Stuttgart: Kohlhammer.
- Stratmeyer, P. (2007). Vom Pflege- zum Versorgungsmanagement. *krankenhaus umschau*, 76, 21-24.
- Tang, F. (2006). What resources are needed for volunteerism? A life course perspective. *Journal of Applied Gerontology*, 25, 375-390.
- Taylor, S., Bestall, J., Cotter, S., Falshaw, M., Hood, S., Parsons, S. et al. (2005). Clinical service organisation for heart failure. *Cochrane Database.Syst.Rev.*, CD002752.
- Thomas, L., Cullum, N., McColl, E., Rousseau, N., Soutter, J., & Steen, N. (2000). Guidelines in professions allied to medicine. *Cochrane Database.Syst.Rev.*, CD000349.
- Thompson, D. S., Estabrooks, C. A., Scott-Findlay, S., Moore, K., & Wallin, L. (2007). Interventions aimed at increasing research use in nursing: a systematic review. *Implement.Sci*, 2, 15.
- U.S.Department of Labor (2007). Registered nurses.
<http://www.bls.gov/oco/ocos083.htm#training> (Abruf: 15.11.2007) [On-line].
- Universität Halle Wittenberg (2007). Bachelor und Master of Science in Gesundheits- und Pflegewissenschaften. <http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/index.php?id=321> (Abruf: 14.10.2007) [On-line].

- Unruh, L. (2003). Licensed nurse staffing and adverse events in hospitals. *Med Care*, 41, 142-152.
- Varughese, A. M., Byczkowski, T. L., Wittkugel, E. P., Kotagal, U., & Dean, K. C. (2006). Impact of a nurse practitioner-assisted preoperative assessment program on quality. *Paediatr.Anaesth.*, 16, 723-733.
- Verordnung des Sozialministeriums Baden-Württemberg über die Ausbildung und Prüfung an staatlich anerkannten Schulen für Gesundheits- und Krankenpflegehilfe Ausbildungs- und Prüfungsordnung Gesundheits- und Krankenpflegehilfe - APrOGeKrPflHi (2005). <http://www.afg-heidelberg.de/fileadmin/Krankenpflegehilfe/VerordnungGeKrPflHi.pdf> (Abruf: 05.01.2008) [On-line].
- Weidner, F. (1999). Was bedeutet Professionalisierung für die Pflegeberufe? Eine Annäherung an einen strapazierten Begriff. In D.Richter & D. Sauter (Eds.), *Experten für den Alltag* (pp. 18-38). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Weiterbildungs- und Prüfungsverordnung für Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/Krankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen/Kinderkrankenpfleger in der Intensivpflege und Anästhesie (2004). http://www.landesrecht.brandenburg.de/sixcms/detail.php?gsid=land_bb_bravors_01.c.15052.de (Abruf: 12.10.2007) [On-line].
- Weiterbildungs- und Prüfungsverordnung für Krankenschwestern, K. K. u. K. i. d. I. u. A. (1992). <http://www.soziales.bremen.de/sixcms/media.php/13/wbpvoint.pdf> am (Abruf: 12.10.2007) [On-line].
- Weiterbildungs- und Prüfungsverordnung zu Fachkrankenschwestern, p. F. u. p. i. d. I. u. A. W. (1995). <http://www.klinikum-solingen.de/pflegedienst/weiterbildung/pdf/weiviapfl.pdf> (Abruf: 12.10.2007) [On-line].
- Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa (1998). Gesundheit 21: Eine Einführung zum Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. <http://www.euro.who.int/document/EHFA5-G.pdf> (Abruf: 11.12.2007) [On-line].
- Williams, J., Russell, I., Durai, D., Cheung, W. Y., Farrin, A., Bloor, K. et al. (2006). 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 Technol.Assess.*, 10, iii-215.
- Wilson, D. M., Justice, C., Thomas, R., Sheps, S., Macadam, M., & Brown, M. (2005). End-of-life care volunteers: a systematic review of the literature. *Health Serv.Manage.Res.*, 18, 244-257.
- World Health Organization (2000). *The world health report 2000: health systems: improving performance*. Geneva.
- Zwarenstein, M. & Bryant, W. (2000). Interventions to promote collaboration between nurses and doctors. *Cochrane Database.Syst.Rev.*, CD000072.

II Hintergrundinformationen

Inhaltsverzeichnis des Teilbereiches Betriebswirtschaft/Gesundheitsökonomie

MANFRED HAUBROCK

| | | |
|-----|--|-----|
| 2. | Betriebswirtschaft/Gesundheitsökonomie ----- | 141 |
| 2.1 | Qualitätsmanagement / Risikomanagement / Case Management ----- | 141 |
| 2.2 | Lean Management, Prozessmanagement----- | 168 |
| 2.3 | Skill Mix----- | 190 |
| 2.4 | Nutzenmessung durch ökonomische Evaluationen ----- | 197 |
| 2.5 | Finanzierung von Krankenhausleistungen ----- | 206 |
| | Literaturverzeichnis ----- | 221 |

2. Betriebswirtschaft/Gesundheitsökonomie

MANFRED HAUBROCK

2.1 Qualitätsmanagement / Risikomanagement / Case Management

Die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs) zielt zunächst auf eine Kosteneinsparung im stationären Sektor. Diese stationäre Versorgungsstruktur verursacht einen Großteil der Ausgaben im deutschen Gesundheitssystem.

Der Gesetzgeber verspricht sich durch das neue Vergütungssystem den Abbau von Überkapazitäten und eine Verstärkung der Wettbewerbssituation auf dem Krankenhausmarkt. Ein weiteres Ziel der DRGs ist die Kürzung der Verweildauer. Dies soll dadurch erreicht werden, dass der Preis für eine Leistung pro Diagnose einheitlich vergütet wird, unabhängig von der Aufenthaltsdauer der Patientin bzw. des Patienten. Der Krankenhaussektor, als einer der größten Dienstleistungsbereiche in Deutschland, weist enorm hohe Personalkosten auf. Mit dem neuen Fallpauschalensystem erwartet man eine erhebliche Kostenreduktion für diesen Sektor. Ein weiteres Ziel ist die Herstellung von größerer Transparenz im Rahmen der Leistungserstellung (zum Beispiel durch eine Kostenträgerrechnung).

Eine Umstrukturierung bedeutet immer auch eine neue Herausforderung für die beteiligten Institutionen und Professionen. Auch die PatientInnen werden sich unterschiedlichen Herausforderungen stellen müssen (Dammer & Wilczek, 2007).

Ein hohes Maß an technischer Weiterentwicklung wird durch das neue Vergütungssystem von den Kliniken verlangt. Prognosen zu Folge werden kleine Kliniken wegen der Mindestmengenregelung bei operativen Eingriffen sowie Krankenhäuser, die besonders personalintensive Angebote, wie zum Beispiel die Onkologie oder Kardiologie, vorhalten zu kämpfen haben (Baumgärtner-Vorderholzer et al., 2002). Ein weiteres Problem stellt die Verkürzung der Verweildauer dar. Die damit einhergehende Fluktuationsrate der PatientInnen führt zu einem erhöhten Druck an der Schnittstelle zu dem ambulanten Sektor. Gleichzeitig erfährt das Klinikpersonal einen zeitlichen Druck aufgrund der verkürzten stationären Verweildauer der PatientInnen und der frühzeitig drohenden Entlassungsplanung. In diesem Zusammenhang werden die ÄrztInnen immer mehr zu kundenorientierten DienstleisterInnen. Auch die Pflege wird sich mit den verkürzten Verweildauern auseinandersetzen müssen. Zum einen erfährt sie mehr Druck, was die Überleitung und die Entlassungsplanung der PatientInnen betrifft, da in kurzer Zeit vieles bedacht und geplant werden muss. Hier stellt sich auch die Frage, inwieweit ambulante Dienste während der stationären Phase in den Entlassungsprozess mit eingeplant werden können und welche Aufgaben die einzelnen Professionen in diesem Prozess einnehmen. Ein weiteres Problem ist, dass das pauschalierte Vergütungssystem auch von den Pflegenden fordert, dass ihre Handlungen bedarfsorientiert, effektiv und

effizient erbracht werden müssen. Hinzu kommt, dass je PatientIn und Tag ein präziser schriftlicher Nachweis in Form der Pflegedokumentation zu erfolgen hat. Durch diese Pflegedokumentation wird die problemlösende Pflegearbeit für die Beteiligten innerhalb des Pflegeprozesses und außerhalb des Pflegeteams transparent (Fischer, 2001). Da die Verschlüsselung von Diagnosen und Prozeduren eine ärztliche Aufgabe darstellt, fließen die von der Pflege erhobenen Befunde, Diagnosen und geleisteten Maßnahmen nur in den seltensten Fällen in die Entlassungskodierung und damit in das für die Vergütung relevante Relativgewicht der DRGs mit ein. Dadurch ergeben sich für die Krankenhäuser neue Anforderungen an die Kosten- und Leistungsrechnung und somit auch an die Systeme zur Erfassung von Pflegeleistungen (Wieteck, 2005).

Aus Patientensicht ist zu befürchten, dass diese sehr früh entlassen werden, damit die Verweildauer reduziert wird. Gewarnt wird immer wieder vor so genannten ‚blutigen Entlassungen‘ und ‚Drehtüreffekten‘. Das heißt zum einen, dass die PatientInnen eine höhere Eigenverantwortung und –initiative zugewiesen bekommen und zum anderen besteht für sie die Gefahr, nach kurzer Zeit wieder stationär aufgenommen werden zu müssen.

Auf dem oben skizzierten Hintergrund ist die Leistungsbereitstellung im Krankenhaus unter den folgenden Managementkonzepten neu zu fokussieren:

- Qualitätsmanagement
- Risikomanagement
- Case Management (CM).

Abgeleitet aus der lateinischen Sprache wird **Qualität** als ‚qualitas‘ mit Beschaffenheit oder Eigenschaft eines Gutes erklärt. Die Ausführungen zum Verständnis von Qualität sind vielfältig und ergeben kein allgemein akzeptiertes Qualitätsverständnis (Bruhn, 2003). Im Zuge der Normungsbestrebungen hat sich die Definition der internationalen Norm ‚Deutsche Industrie Norm Europäische Norm‘ (DIN EN) ISO 8402 etabliert. Qualität wird hier als Gesamtheit von Merkmalen einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen, definiert (Deutsches Institut für Normung, 2000). Diese Einheit kann ein Produkt, eine Dienstleistung oder ein Prozess sein. Die Erfordernisse sind die Summe der objektiven Anforderungen des Unternehmens und der subjektiven Anforderungen der KundInnen. Dammer und Wilczek beschreiben Qualität als Erfüllung der geforderten beziehungsweise vereinbarten Eigenschaften. Sie verdeutlichen, dass die Anforderungen der KundInnen das Maß aller Dinge sind (Dammer & Wilczek, 2007). Dabei sehen sie nicht nur die externen KundInnen als AbnehmerInnen von Leistungen, sondern auch die internen KundInnen. Der Leistungserstellungsprozess mit den vor- und nachgelagerten Bereichen bildet ein

System von Kunden-Lieferanten-Beziehungen. Daraus folgt, dass es ohne Spezifizierung der Kundenanforderungen keine Qualität geben kann. Für die am Markt agierenden Unternehmen resultiert hieraus wiederum eine spezifische Aufgabenstellung hinsichtlich der Befriedigung der KundInnenwünsche.

Nach DIN EN ISO 9000:2000 wird **Qualitätsmanagement** als „aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zur Leitung und Lenkung einer Organisation bezüglich Qualität“ (Deutsches Institut für Normung, 2000) definiert. Qualitätsmanagement liegt in der nicht delegierbaren Verantwortung der Unternehmensleitung. Diese ist auch für eine konsequente Umsetzung auf allen Hierarchieebenen verantwortlich. Als Teil des Qualitätsmanagements ist die Qualitätspolitik ein wichtiger Bestandteil der Unternehmenspolitik. Sie definiert Ziele und Absichten der Unternehmensleitung bezüglich Qualität. Das Qualitätsmanagement wird zusätzlich durch externe Faktoren wie die Gesetzgebung oder durch interne Unternehmensziele wie Effizienz, Effektivität und Rentabilität sowie durch die KundInnenzufriedenheit beeinflusst.

Vorraussetzung für die Umsetzung des Qualitätsmanagements ist eine Kultur, die ein qualitätsbewusstes Handeln seitens der Führungskräfte und der MitarbeiterInnen bestimmt.

Unterschieden wird zwischen normativem, strategischem und operativem Qualitätsmanagement. Das normative Qualitätsmanagement befasst sich mit der generellen Zielsetzung und den in der Qualitätspolitik festgelegten Prinzipien, Normen und Regeln für alle qualitätsbezogenen Aktivitäten. Die Einhaltung des Qualitätsmanagements wird im Rahmen des strategischen und operativen Managements sichergestellt. Das strategische Qualitätsmanagement beinhaltet die Organisation und Weiterentwicklung erforderlicher Schritte zur Sicherung der Qualität sowie der notwendigen Ressourcen. Das operative Qualitätsmanagement bezieht sich auf die Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen in der Praxis.

Die Qualitätspolitik wird durch das operative Qualitätsmanagement in folgenden Schritten umgesetzt:

- Qualitätsplanung, diese beinhaltet das Festlegen der Anforderungen, die an die Qualität gestellt werden und die Bestimmung der Realisierungsbedingungen mit zeitlichen, personellen und materiellen Ressourcen.
- Qualitätslenkung dient der Umsetzung vorbeugender, prüfender und korrigierender Maßnahmen hinsichtlich des Produkts, des Herstellungsprozesses und der eingesetzten Ressourcen mit dem Ziel der Fehlervermeidung und -korrektur.
- Qualitätssicherung bezeichnet alle Aktivitäten, die im Qualitätsmanagement verwirklicht sind, um Vertrauen bei Kunden, Partnern und Öffentlichkeit zu erzeugen, indem die festgelegten und vorausgesetzten Qualitätsanforderungen erfüllt werden.

- Qualitätsverbesserung ist als ein übergeordneter Bestandteil des Qualitätsmanagements anzusehen. Diese umfasst sämtliche Maßnahmen zur Steigerung der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Tätigkeiten und Prozessen nach dem Prinzip der ständigen Verbesserung (Haubrock & Schär, 2002).

Bezogen auf den Krankenhaussektor hat das strategische Qualitätsmanagement, ausgehend von medizinischen und pflegerischen Anforderungen sowie von den Bedürfnissen der PatientInnen, die Festlegung der Qualitätsziele und der daraus resultierenden Zielgrößen für die Bereiche Diagnostik, Therapie, Pflege und Unterkunft zur Aufgabe. Auf der operativen Ebene sind die Ziele der Qualitätsplanung, die Anforderungen an die Krankenhausleistung und die Erfüllung der Patientenbedürfnisse unter Berücksichtigung der externen Restriktionen (zum Beispiel Krankenhausfinanzierung) umzusetzen. Zusätzlich ist der Versorgungsprozess möglichst fehlerfrei zu gestalten, um die Leistungsqualität so wenig wie möglich zu beeinträchtigen (Eichhorn, 1997). Die Aufgabe der Qualitätssicherung besteht in der Steuerung der Leistungsprozesse sowohl nach objektiven medizinisch-pflegerischen Qualitätsanforderungen als auch nach subjektiven Qualitätsbedürfnissen und Qualitätserwartungen der KrankenhauskundInnen. Nach Eichhorn bedingen Veränderungen in der Krankenhauswirtschaft bezogen auf das Entgeltsystem eine veränderte Aufgabenstellung der Qualitätssicherung im Krankenhaus. Die retrospektive und defensive Überwachung der Leistungsqualität entwickelt sich mehr zu einer prospektiven und aktiven Gestaltung der Krankenhausleistung mit dem Ziel der Erhaltung oder Stärkung der Stellung des einzelnen Krankenhauses im regionalen Krankenhausmarkt (Eichhorn, 1997). Die neue Ausrichtung der Qualitätssicherung dient der frühzeitigen Erkennung jeglicher Gefährdung von Leistungsfähigkeit und Versorgungsqualität des Krankenhauses und kann durch einen Risikoansatz erreicht werden. Eichhorn spricht von Qualitätsprävention als einem aktiven Risikomanagement, das darauf abzielt, potentielle, latente oder punktuelle Qualitätsrisiken zu identifizieren, zu verhindern oder zu begrenzen (Eichhorn, 1997).

Total Quality Management (TQM) wird als die umfassende Qualitätsstrategie eines Unternehmens angesehen. Es ist eine auf Qualitätsziele ausgerichtete Unternehmensphilosophie, die sich sowohl an den Bedürfnissen der externen KundInnen und der MitarbeiterInnen als auch an der Qualität als Erfolgspotential orientiert.

TQM wurde in die internationale Norm DIN EN ISO 8402 unter der Bezeichnung ‚Umfassendes Qualitätsmanagement‘ aufgenommen und folgendermaßen definiert: *„Auf die Mitwirkung aller ihrer Mitglieder gestützte Managementmethode einer Organisation, die Qualität in den Mittelpunkt stellt und durch Zufriedenstellung der Kunden auf langfristigen Geschäftserfolg*

sowie auf Nutzen für die Mitglieder der Organisation und für die Gesellschaft zielt“ (Deutsches Institut für Normung e.V., 1995).

Nach Erfahrungen der betrieblichen Praxis wird das TQM Konzept von folgenden Prinzipien bestimmt:

- Kundenorientierung bei der Leistungserstellung
- ‚Null-Fehler-Prinzip‘ bei routinemäßigen Arbeitsprozessen und Lernen aus Fehlern bei Innovationen
- Verantwortlichkeit der Mitarbeiterin bzw. des Mitarbeiters für die Qualität der eigenen Arbeit
- Förderung der Sicherung und Verbesserung der Qualität
- Ausbauen der traditionellen Stärken und Erschließen der ungenutzten Potentiale des Unternehmens
- Einbinden des TQM als Schlüsselaufgabe der Unternehmensführung
- Einbeziehen aller MitarbeiterInnen durch Nutzung geeigneter Strukturen, Systeme und Methoden (Eichhorn, 1997).

TQM als umfassendes Führungskonzept verlangt die Einbindung aller Hierarchieebenen sowie Prozesse, um die Zufriedenheit beziehungsweise den Nutzenzuwachs der externen und internen KundInnen zu realisieren. Die Prozessorientierung gibt im Sinne von Kaizen die Möglichkeit der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung auf jeder Stufe der Leistungserstellung. Mangelhafte Qualität wird dementsprechend auf die fehlerhafte Gestaltung der Prozesse zurückgeführt. Das präventive Verhalten der MitarbeiterInnen soll zur Vermeidung von Fehlern bereits vor der Leistungserstellung führen (Null-Fehler-Ansatz) (Dammer & Wilczek, 2007). Die ständige Qualitätsverbesserung fördert KundInnenzufriedenheit und führt zu Wettbewerbsvorteilen und Kostensenkung.

Die praktische Umsetzung von TQM ist anspruchsvoll und erfordert neben organisatorischen, personellen und technischen Rahmenbedingungen sowie Anwendung und Beherrschung von Methoden und Instrumenten des Qualitätsmanagements auch Veränderungen in der Unternehmenskultur. Um die Anforderungen der KundInnen zu erfüllen, werden die Kunden-Lieferanten-Beziehungen wie ein Netz über das Krankenhaus gelegt mit dem Ziel der optimalen Behandlung und Versorgung der PatientInnen durch Sicherstellung der Qualität. Neben der Kundenorientierung ist die Prozessorientierung ein zweites zentrales TQM-Prinzip, das im Krankenhaus zu Denken und Handeln in Prozessen führen soll. In Europa hat sich auf der Basis des TQM Konzeptes das Excellence Model der European Foundation for Quality Management (EFQM) etabliert. In Deutschland gibt es nur wenige Krankenhäuser mit einem realisierten, umfassenden Qualitätsmanagement im Sinne von TQM.

Unter einem **Qualitätsmanagementsystem** wird nach DIN EN ISO 9000:2000 ein „Managementsystem zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich Qualität“ (Deutsches Institut für Normung, 2000; Deutsches Institut für Normung e.V., 1995) verstanden. Ein Qualitätsmanagementsystem umfasst die Gesamtheit der aufbau- und ablauforganisatorischen Gestaltung, sowohl zur Verknüpfung der qualitätsbezogenen Aktivitäten untereinander als auch im Hinblick auf eine einheitliche, gezielte Planung, Umsetzung und Steuerung der Maßnahmen des Qualitätsmanagements im Unternehmen (Kaminske & Brauer, 1995). So individuell Unternehmenszielsetzungen aufgrund spezifischer organisatorischer Abläufe und unterschiedlicher Betriebsgrößen sind, so verschiedenartig ist das Qualitätsmanagementsystem. National und international anerkannte Rahmenempfehlungen für die Ausgestaltung eines Qualitätsmanagementsystems nach DIN EN ISO 9000:9004 liefern die Grundlagen für die Gestaltung eines solchen Systems. Diese Empfehlungen beinhalten die grundsätzlichen Konzepte und Haupteigenschaften von Anwendung und Dokumentation eines Qualitätsmanagementsystems in Form eines Handbuches.

Zur Beurteilung des gesamten Qualitätsmanagementsystems oder einzelner Elemente wird ein Qualitätsaudit durchgeführt. Dieses prüft die Umsetzung der Ziele und hilft, Schwachstellen zu entdecken und Korrekturmaßnahmen einzuleiten, wodurch das Prinzip der ständigen Verbesserung umgesetzt wird.

Im Rahmen des Qualitätsmanagementsystems wurden zur Umsetzung sowie zur methodischen Unterstützung von Aktivitäten des Qualitätsmanagements verschiedene Techniken entwickelt. Zu diesen zählen unter anderem die ‚Sieben Elementaren Werkzeuge und Methoden der Problemlösung‘, wie zum Beispiel Fehlermöglichkeitsanalyse. Qualitätswerkzeuge sind visuelle Hilfsmittel zur Problemerkennung und –lösung. Basierend auf mathematisch-statistischen Grundlagen wurden sie von Ishikawa für die Anwendung in Qualitätszirkeln zusammengestellt. Die grundlegenden Funktionen der Qualitätswerkzeuge sind Problemidentifikation, Problemeingrenzung, Feststellung und Bewertung der vermuteten Ursachen sowie Verhinderung von Fehlerauftreten und Wirkungstransparenz bei Verbesserungen (Kaminske & Brauer, 1995).

In Deutschland wurde durch das Gesundheitsreformgesetz vom 20.12.1988 im Sozialgesetzbuch (SGB) V die Forderung nach Maßnahmen der **Qualitätssicherung im Gesundheitswesen** formuliert. Als erstes Bundesland hatte Nordrhein-Westfalen im Krankenhausgesetz vom 03.11.1987 die Krankenhäuser zur Qualitätssicherung verpflichtet. Im § 137 Qualitätssicherung wurde folgendes festgelegt: *„Die Krankenhäuser gewährleisten eine interne Qualitätssicherung. Darüber hinaus sind sie verpflichtet, im Einvernehmen mit der Ärztekammer und den Krankenkassen externe qualitätssichernde Maßnahmen durchzuführen“* (Dammer & Wilczek, 2007). Das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1993 forderte Quali-

tätssicherung für den stationären und ambulanten Bereich. Diese Forderungen wurden in das SGB V aufgenommen und hieraus ergeben sich die Grundlagen der gesetzlichen Verpflichtungen. Im § 70 SGB V werden Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit von Krankenkassen und Leistungserbringern verlangt, um eine bedarfsgerechte, gleichmäßige und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten in der fachlich gebotenen Qualität zu gewährleisten. Seit den Gesundheitsreformen 2000 und 2004 ist die Verpflichtung für die Einführung der Qualitätssicherung und deren Weiterentwicklung im Krankenhaus nach § 135a SGB V geregelt. Diese gesetzliche Vorschrift sieht die Beteiligung an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen mit dem Ziel vor, die Ergebnisqualität zu verbessern. Demnach sind VertragsärztInnen, medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser und andere gemäß § 111 SGB V tätige Einrichtungen verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen und ein internes Qualitätsmanagement einzuführen und weiter zu entwickeln.

In § 137 SGB V Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern wird speziell die stationäre Versorgung erwähnt. Demnach sind alle nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht, zur Qualitätssicherung verpflichtet. Der § 137 SGB V ist im Laufe der letzten Jahre bis § 137g SGB V erweitert worden. Der ausgeweitete § 137 SGB V bestimmt den Rahmen der Qualitätssicherung, der zwischen dem Gemeinsamen Bundesausschuss unter Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherungen, der Bundesärztekammer und der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe beschlossen wurde. Aspekte wie Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin, Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, ambulante und stationäre Vorsorge sowie strukturierte Programme bei chronischen Krankheiten werden besonders hervorgehoben. Dies gilt auch für die Mindestanforderungen an die Strukturqualität der Gesundheitsversorgung, die beispielsweise durch Fortbildungspflicht für Fachärzte und Überprüfung der Ergebnisqualität der Behandlungen gewährleistet wird. Die Transparenz der Qualitätssicherung soll durch einen strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser erfolgen, der alle zwei Jahre zu veröffentlichen ist. Im Jahre 2007 ist der zweite Qualitätsbericht der Krankenhäuser veröffentlicht worden.

Als weiterer Schritt ist die Gründung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss im § 139a SGB V beschlossen worden. Die Arbeit des Instituts ist unabhängig und befasst sich unter anderem mit den Fragen der Wirtschaftlichkeit und Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Seit dem 02.02.2007 ist dem Gemeinsamen Bundesausschuss mit der Einführung des Wettbewerbsstärkungsgesetzes der GKV eine noch weitergehende Zuständigkeit für die Qualitätssicherung übertragen worden. Nach § 137a SGB V Umsetzung der Qualitätssicherung und Darstellung der Qualität beauftragt der Gemeinsame Bundesausschuss eine fachlich

unabhängige Institution, Verfahren zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität für die Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu entwickeln, die möglichst sektorenübergreifend anzulegen sind. Diese Aufgabe ist der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (BQS) übertragen worden, die in eine fachlich unabhängige Institution umgewandelt wird. Die Institution hat Indikatoren und Instrumente zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität sowie die notwendige Dokumentation für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung unter Berücksichtigung des Gebotes der Datensparsamkeit zu entwickeln, sich an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen und die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen in verständlicher Form zu veröffentlichen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2007).

Die Qualität der Krankenhausleistungen wird in drei Kategorien der Qualitätssicherung nach Donabedian eingeteilt: Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität (Dahlgard & Schliemann, 1996).

Strukturqualität beinhaltet die personellen, räumlichen, apparativ-technischen und organisatorischen Rahmenbedingungen sowie die Zugangsmöglichkeiten zu dem Leistungsangebot für die PatientInnen.

Prozessqualität bezieht sich auf die Maßnahmen, die im Verlauf der Krankenhausversorgung in den Bereichen der Diagnostik, Therapie, Pflege und Hotelleistungen durchgeführt werden. Ergebnisqualität ist die messbare Veränderung des Gesundheitszustandes der PatientInnen als Ergebnis der therapeutischen, diagnostischen oder präventiven Maßnahmen. Sie ist ein wichtiger Indikator für die Endbeurteilung der gesamten Dienstleistung. Gleichzeitig ist die Beurteilung aber auch mit erheblichen Schwierigkeiten der Messung verbunden, die an den individuellen Erwartungen der PatientInnen und der Erreichbarkeit einer Veränderung orientiert sein muss.

In der Praxis des Qualitätsmanagements hat nach Schrappe diese Einteilung an Bedeutung verloren. Vor allem die Abgrenzung zwischen Prozess- und Ergebnisqualität sieht er als problematisch an, denn Prozessqualität kann nur fortschrittlich sein, wenn diese im Hinblick auf die Ergebnisqualität interpretiert und bearbeitet wird (Schrappe, 2004b). Für die Erfassung, Einschätzung und Sicherung des Qualitätsgrades werden nach Eichhorn die drei Kategorien Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zur medizinisch-pflegerischen Sachdimension, der so genannten Produktqualität, zusammengefasst. Im Gegensatz zu industriellen Produktionsprozessen nimmt die persönliche Interaktion bei der Erstellung von Dienstleistungen besonders im Krankenhausbereich eine zentrale Rolle ein. Die Sachdimension der Krankenhausleistung wird daher um die Qualität der sozialen Interaktionen, die Interaktions-

qualität, erweitert (Eichhorn, 1997). Nach Schrappe stehen für die Patientin bzw. den Patienten die sachliche und interaktive Dimension im Vordergrund. Er betont die große Bedeutung der interaktiven Qualität, bei der es sich nicht nur um Aufklärung über Diagnosen und Eingriffe handelt, sondern auch um das kommunikative Klima, das von dem Verhältnis der Berufsgruppen untereinander und der Einbeziehung der PatientInnen in den therapeutischen Prozess abhängig ist (Schrappe, 2004a). Neben den Erwartungen der PatientInnen werden Anforderungen der Gesellschaft hinsichtlich Sicherheit von Leben und Gesundheit, Schutz des Eigentums und der Umwelt sowie sorgfältigem Umgang mit Ressourcen an Krankenhäuser formuliert. Die Qualität der diesen Anforderungen entsprechenden Leistungen des Krankenhauses wird auch die gesellschaftliche Dimension der Krankenhausqualität genannt, die so genannte Umweltqualität. Die Ergänzung der Sachdimension um die Interaktionsdimension und die gesellschaftliche Dimension ergibt das Strukturmodell der mehrdimensionalen Krankenhausqualität.

Eine systematische Qualitätsentwicklung fordert die Anwendung von Methoden, die den Prozessen im Krankenhausbereich Transparenz verleihen und sie hinterfragen. Die festgelegte Qualitätspolitik im Krankenhaus bildet den Rahmen für die Qualitätsarbeit, die in einem Zertifizierungsverfahren bestätigt werden soll. Zertifizierung kann als ein Verfahren beschrieben werden, in dem ein (unparteiischer) Dritter schriftlich bestätigt, dass ein Erzeugnis, ein Verfahren, eine Dienstleistung oder eine Organisation in der Gesamtheit vorgeschriebene Anforderungen erfüllt.

Zertifizierungsverfahren überprüfen durch externe Audits das implementierte Qualitätsmanagementsystem. Das bedeutet aber auch, dass nicht die Qualität der Versorgung selbst zertifiziert wird, sondern das angewandte Qualitätssystem. Das Qualitätssystem im Krankenhaus soll die Sicherstellung der Prozess- und Strukturqualität und deren Verbesserung gewährleisten. Beide Aspekte können nur durch ein System umgesetzt werden, das eine ständige Weiterentwicklung zum Ziel hat und nicht auf kurzfristige Erfolge ausgerichtet ist. Dies ist ebenso wie in der Industrie ohne nachhaltige Verfahren nicht möglich. Im Vorfeld soll demnach die jeweilige Methode gut überdacht und die Möglichkeit einer Implementierung in der jeweiligen Einrichtung geprüft werden.

Die von Eichhorn beschriebene strategische Gestaltung des Integrierten Qualitätsmanagements basiert unter anderem auf den Grundprinzipien: Patientenorientierung, Versorgungsprozessorientierung und kontinuierlicher Verbesserung. Der Grundgedanke ist, dass eine Qualitätsverbesserung ohne eine Prozessoptimierung nicht möglich ist. Ergänzt wird dieser Ansatz durch die Qualitätsprävention als Risikoansatz, um qualitätsrelevante Schwachstellen frühzeitig zu identifizieren und zu verbessern. Folglich entspricht die Qualitätsprävention einem aktiven Risikomanagement (Eichhorn, 1997). Das Risikomanagement

stellt wiederum ein praktisches Handwerkszeug in der Gestaltung der täglichen Prozesse da (Gausmann, 2006). Risikominimierung ist besonders in Krankenhäusern, die durch ein komplexes Leistungsgeschehen und somit durch einen hohen Koordinationsbedarf gekennzeichnet sind, von größter Wichtigkeit, da hier der Mensch einen physischen oder psychischen Schaden erleiden kann. Der Behandlungsprozess umfasst in der Regel eine Vielzahl von Teilprozessen, wodurch das Fehlerrisiko erhöht wird. Je größer die Anzahl der einzelnen Prozessschritte ist, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit der Fehlerentstehung. Deshalb verlangt der komplexe Leistungserstellungsprozess im Krankenhaus eine hohe Zuverlässigkeit der einzelnen Tätigkeiten.

Ein Qualitätsmanagementsystem verlangt neben der Qualitätsverbesserung unter anderem nach der Risikovermeidung. Somit sollte das Risikomanagement in ein Qualitätsmanagementsystem integriert und beide Konzepte nach dem Prinzip der ständigen Verbesserung aufeinander abgestimmt werden. Die Erreichung der im Qualitätsmanagement benannten auf die Patientinnen ausgerichteten Qualitätsziele sollte gleichermaßen für das Risikomanagement gelten.

Die inhaltliche und organisatorische Verbindung von Qualitäts- und Risikomanagement stellt nicht nur eine große Herausforderung für ein Krankenhaus dar, sondern ebenso eine Chance am Markt wettbewerbsfähig zu bleiben.

Durch die Erfüllung der Qualitätsanforderungen wird Vertrauen bei den KundInnen und der Öffentlichkeit geschaffen. Die Maßnahmen zur Qualitätssteigerung aller drei Konzepte basieren auf dem Prinzip der ständigen Verbesserung nach Kaizen. Hier wird davon ausgegangen, dass es kein Unternehmen ohne Probleme gibt. Ziel der ständigen Verbesserung ist, die Eliminierung beziehungsweise Minimierung von Fehlern, Problemen und Schwachstellen, die immer zu einer Qualitätsminderung führen. Der kontinuierliche Verbesserungsprozess ist durch die Qualitäts-, Kunden-, Mitarbeiter- und Nachhaltigkeitsorientierung gekennzeichnet.

Dies ist aber nur in einer Unternehmenskultur möglich, in der jeder ungestraft das Vorhandensein von Problemen, Fehlern oder Risiken eingestehen kann. Eine gelebte Fehlerkultur einschließlich eines Qualitätsverständnisses aller Führungskräfte und MitarbeiterInnen ist eine entscheidende Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung des Qualitäts- und Risikomanagements. Das Management der Krankenhäuser hat hier eine besondere Vorbildfunktion. Neben dem Einsatz qualifizierter MitarbeiterInnen ist deren aktive Beteiligung ein entscheidender Faktor bei der Identifizierung der Fehler und Risiken, der Planung und Umsetzung der Verbesserungsmaßnahmen, aber auch um die Akzeptanz dieser Konzepte bei den MitarbeiterInnen zu erreichen.

Das Wort **Risiko** ist abgeleitet aus dem frühitalienischen ‚risicare‘ und bedeutet wagen. Dies zeigt eine Betonung des aktiven, handelnden Charakters. Demgemäß ist Risiko eher eine

Wahrscheinlichkeit als etwas Schicksalhafteres (Bitz, 2000). Ökonomisch wird Risiko als Abweichung des tatsächlichen Ergebnisses einer unternehmerischen Tätigkeit vom erwarteten Ergebnis gesehen (Middendorf et al., 2006). Brühweiler definiert Risiko als „die negative, unerwünschte und ungeplante Abweichung von den Systemzielen. Dem Risiko steht meist eine Chance gegenüber, welche ihrerseits die positiven und erwarteten Systemziele beinhaltet“ (Brühweiler, 2001). Eine weitere Definition beschreibt Risiko als ein geplantes oder ungeplantes unerwünschtes Ereignis, das eine Organisation, einen Vorgang, Prozess oder ein Projekt beeinträchtigen kann (Kahla-Witzsch & Platzer, 2007).

Bereits vor 30 Jahren hat Eichhorn den Risikobegriff in Bezug auf die Krankenhauswirtschaft genannt. Er bezeichnet Risiko als das Eintreten ungünstiger Ereignisse, bei denen die getroffenen oder anstehenden Entscheidungen bei gegebener Zielsetzung nicht optimal sind (Eichhorn, 1975).

Bei der Differenzierung von Risiken gibt es verschiedene Strukturierungsansätze. Es können grundsätzlich drei Kategorien unterschieden werden:

- Risiken der höheren Gewalt
- politische und ökonomische Risiken
- Unternehmensrisiken (Keitsch, 2000).

Zu Risiken der höheren Gewalt zählen Naturkatastrophen wie Erdbeben, Überschwemmung, Sturm, die verheerende Folgen bis hin zur Betriebsstilllegung für ein Unternehmen haben können (Biefel, 2007).

Aufgrund von Veränderungen im gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Umfeld, zum Beispiel durch Regierungswechsel, Strukturwandel, Rohstoffknappheit ergeben sich politische und ökonomische Risiken.

Unternehmensrisiken werden in Betriebs-, Geschäfts- und Finanzrisiken unterschieden. Die Betriebsrisiken beziehen sich auf die Unternehmensstrukturen und -abläufe. Geschäftsrisiken sind in der eigentlichen unternehmerischen Geschäftstätigkeit, zum Beispiel Investitionen oder Innovationen zu finden. Finanzrisiken sind als Verlustrisiken zu verstehen, die ihren Ursprung beispielsweise in Währungsschwankungen oder ungewisser Liquidität haben.

Für den Krankenhausbereich nimmt Eichhorn eine Unterscheidung nach den Risikoursachen in krankenhauserne und krankenhausexterne Risiken vor. Zu den internen Risiken zählen:

- Prozessbedingte Risiken, wie Fehlentscheidungen oder Ausführungsfehler bei diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen, Handhabungsfehler von technischen Geräten

und Fehlentscheidungen bei Beschaffung und Einsatz von Ressourcen.

- Potentialbedingte Risiken, zum Beispiel quantitativ und qualitativ unzureichende Personalbesetzung sowie Mängel in der Betriebsfähigkeit und -sicherheit der Anlagen, Einrichtung und Ausstattung.
- Institutionsbedingte Risiken können den Ablauf des Krankenhausgeschehens und die Existenz des Krankenhauses als Institution gefährden. Diese Risiken erfolgen aus der Unternehmenszielsetzung, dem Versorgungsauftrag, der Betriebsgröße und der Rechtsform (Eichhorn, 1975).

Die externen Krankenhausrisiken entstehen aus Veränderungen des Krankenhausumfeldes, wie zum Beispiel der Gesundheitswirtschaft, der Gesellschaft, der Politik.

In der Literatur ist der Begriff **Risikomanagement** nicht eindeutig beschrieben. Abhängig von der Betrachtungsweise dominieren beispielsweise betriebswirtschaftliche oder juristische Elemente. Nach Brühweiler entspricht Risikomanagement *„der Aufgabe und der Verantwortung der Führung eines Unternehmens oder einer Organisation und ist ein Führungsinstrument, um die Risiken, welche die Zielerreichung maßgeblich gefährden, zu identifizieren, zu bewerten, zu bewältigen und zu überwachen“* (Brühweiler, 2001).

Als Ziele des Risikomanagements sind die Ziele zu verstehen, die die Grundlage und Ursache für den Aufbau des Risikomanagementsystems sind und von dem allgemeinen Zielsystem des Unternehmens abgeleitet werden.

Zu den allgemeinen Aufgaben des Risikomanagements zählen:

- Sicherstellung des Unternehmensfortbestandes
- Maßnahmen zur Verringerung der einzugehenden finanziellen Risiken
- Vermeidung von Personen- oder Ressourcenschäden durch fehlerhafte Produkte oder mangelhafte Leistungsprozesse
- Sicherstellung störungsfreier Abläufe sowie frühzeitiges Erkennen von Risikopotentialen und Fehlerquellen (Middendorf et al., 2006).

Abgeleitet von dem integrierten Managementansatz wird zwischen normativem, strategischem und operativem Risikomanagement unterschieden (Middendorf et al., 2006). Das normative Risikomanagement hat die Aufgabe, die Möglichkeit der Bewertung von Risiken festzulegen. Das strategische Risikomanagement setzt den organisatorischen Rahmen fest, eliminiert Störprozesse, die zukünftige Entwicklungspotentiale gefährden können und beeinflusst das Risikoverhalten der MitarbeiterInnen. Das operative Risikomanagement befasst

sich mit der Gestaltung einer risikofreien Leistungserstellung durch systematische Risikoanalyse und Umsetzung der Verbesserungsmaßnahmen. Die Effektivität des Risikomanagements ist schwer direkt zu bewerten. Es lassen eher die Folgen von negativen Entwicklungen Rückschlüsse auf die Wirksamkeit des Risikomanagements im Unternehmen zu.

Risikomanagement ist nicht nur das Einhalten von Vorschriften und Erstellen von Notfallplänen, sondern ein umfassender Prozess der Identifikation, Bewertung, Überwachung und Steuerung von Risiken.

Neben den eher technischen und formalen Bestandteilen des Risikomanagements kommt der Schaffung einer so genannten Risikokultur als Rahmenbedingung beziehungsweise als Rahmenkonzept eine zentrale Bedeutung zu. Ein funktionierendes Risikomanagementsystem umfasst neben den organisatorischen Gesichtspunkten auch motivierende Aspekte und Kompetenzaspekte. Es sollte stets umfassend in die Unternehmensstruktur integriert werden. Die Rahmenbedingungen sind für jede Unternehmensentscheidung verbindlich und sollten unter anderem bei der Entwicklung des Leitbildes berücksichtigt werden. Weiterhin soll herausgearbeitet werden, *„auf welche Risiken eingegangen wird, welches Chancen/Risikoverhältnis bestehen soll und ab welcher Schadenshöhe Maßnahmen zu ergreifen sind“* (Jürgens & Allkemper, 2000). Neben der Entwicklung einer Risiko/Chance Strategie ist es notwendig, eine Risiko- und Kontrollkultur zu implementieren. Diese wird von der Unternehmensleitung festgelegt. Sie beinhaltet unter anderem Verhaltensregeln für die MitarbeiterInnen.

Die Darstellung des Risikomanagements kann mithilfe eines Regelkreises erfolgen. Er ist auf alle in einem Unternehmen vorkommenden Risikoarten anzuwenden. Von unterschiedlichen Autoren wird der Regelkreis in vier beziehungsweise acht Schritten dargestellt. Der vierstufige Regelkreis ist in Anlehnung an den Plan-Do-Check-Act (PDCA) -Zyklus nach Deming aufgebaut. Der achtschrittige Zyklus ist eine differenzierte Darstellung des Regelkreises, er ermöglicht eine genauere Betrachtung der Prozesselemente. Im Folgenden werden die einzelnen Bestandteile des achtschrittigen Regelkreises erläutert.

1. Schritt: Risikostrategie festlegen

Die Risikostrategien werden von der Geschäftsführung des Krankenhauses festgelegt. Sie schaffen die Rahmenbedingungen für das Risikomanagementsystem. Die Risikostrategie wird in die Unternehmensstrategie eingebaut. Gleichzeitig werden die risikopolitischen Grundsätze eines Unternehmens durch die Risikostrategie bestimmt.

2. Schritt: Maßnahmen festlegen

Die Maßnahmenplanung wird so ausgestaltet, dass sich Chancen und Risiken in einem ausgewogenen Verhältnis zueinander befinden. Die Unternehmensleitung legt geeignete Maß-

nahmen zur Identifikation, Analyse und Bewertung der Risiken fest. Anschließend können geeignete Maßnahmen zur Steuerung bestimmt werden.

3. Schritt: Risikoidentifizierung

Die Risikoidentifizierung umfasst die möglichst vollständige Erfassung aller Gefahrenquellen und Risiken mit den für das Krankenhaus bedeutenden Bedrohungspotenzialen. Voraussetzung für die Risikoidentifizierung ist die Bewusstseinschärfung und Sensibilisierung aller Beteiligten. Die Risikoidentifizierung sollte stets als vorbehaltlose, selbstkritische Reflexion verstanden werden (Führung & Gausmann, 2004).

4. Schritt: Risikoanalyse

Eine Risikoanalyse ermöglicht die Darstellung der Ursache-Wirkungs-Beziehung zwischen den einzelnen identifizierten Risiken. Die Analyse gibt zudem erste Anhaltspunkte, welche Maßnahmen der Risikosteuerung angewendet werden können. Sie ist damit eine dauernde, prozessbegleitende Aufgabe des Risikomanagements (Lück, 2000).

5. Schritt: Risikobewertung

Risiken werden nach ihrer Eintrittswahrscheinlichkeit (Häufigkeit) und nach ihrer Tragweite (Auswirkung) bewertet. Bei der Ermittlung des Schadenerwartungswertes muss beachtet werden, dass die Ergebnisse nur einen ersten Anhaltspunkt für die Bewertung des Risikos geben können. Sehr gut dargestellt werden kann die Bewertung des Risikos mit Hilfe eines Risiko – Portfolio.

6. Schritt: Risikosteuerung/ Risikobewältigung

Die erkannten Risiken eines Unternehmens sollen mithilfe der Risikosteuerung vermieden beziehungsweise reduziert werden. Dabei gibt es verschiedene Methoden:

Risikovermeidung: Durch Vermeidung eines risikobehafteten Vorganges lässt man ein Risiko gar nicht erst entstehen. Anwendbar ist die Risikovermeidung nur auf einzelne, besonders risikoreiche Handlungen, da grundsätzlich mit der Vermeidung jeglicher risikobehafteter Vorgänge auch der Verzicht auf Gewinnchancen verbunden ist.

Risikoverminderung: Durch Maßnahmen zur Risikoverminderung soll die Höhe des Vermögensverlustes minimiert oder dieser ganz vermieden werden. Maßnahmen sind unter anderem die Beachtung von Richtlinien sowie Schutz- und Sicherungsmaßnahmen.

Risikoüberwälzung/Risikotransfer: Hierbei wird das Risiko auf ein anderes Unternehmen übertragen (Versicherung).

Risikokompensation: In diesem Falle trägt das Unternehmen sein Risiko selbst. Das Risiko

wird dadurch kompensiert, dass sich die Gesamtheit der Risiken und Chancen im Unternehmen ausgleichen.

7. Schritt: Risikodarstellung

Die Darstellung des Risikos erfolgt durch einen umfassenden Überblick über bestehende und potenzielle Risiken. Dabei werden diese sowie tatsächlich eingetretene Schäden genauer analysiert. Als Instrument kann eine Risikotabelle, eine so genannte Risk Map, eingesetzt werden.

8. Schritt: Risikoüberwachung

Durch den Vergleich der Risikosituation mit den Vorgaben der Risikostrategie wird festgestellt, ob die vorgegebenen Ziele des Risikomanagements erreicht wurden, ob ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Risiko und Chance erreicht wurde und ob eine Stabilisierung des Unternehmens eingetreten ist. Durch laufende Kontrollen wird die Wirksamkeit der Maßnahmen überprüft (Niedershirp, 2007).

Das Risikomanagement wird in ein finanzielles/ökonomisches Risikomanagement und in ein klinisches/medizinisches Risikomanagement eingeteilt. Für die Fragestellungen dieser Studie ist primär das klinische Risikomanagement von Bedeutung.

Zur Abrundung der Thematik sollen die wesentlichen rechtlichen Vorschriften und normativen Vorgaben, die für das **finanzielle Risikomanagement** relevant sind, dargestellt werden. Ergänzend sei gesagt, dass zum finanziellen Risikomanagement das Interne Überwachungssystem, das Controlling und das Frühwarnsystem zählen. Hervorgerufen durch zahlreiche Unternehmenskrisen trat am 01.05.1998 das **Gesetz zur Kontrolle und Transparenz im Unternehmensbereich (KonTraG)** in Kraft. Es führte zu zahlreichen Änderungen der Handels- und Wirtschaftsgesetze, hier insbesondere des Aktiengesetzes (AktG). Der Wortlaut des § 91 Absatz 2 AktG lautet: *„Der Vorstand hat geeignete Maßnahmen zu treffen, insbesondere ein Überwachungssystem einzurichten, damit den Fortbestand der Gesellschaft gefährdende Entwicklungen früh erkannt werden“* (Aktiengesetz (AktG), 2003).

Laut Begründung des damaligen Regierungsentwurfes handelt es sich hierbei um eine gesetzliche Hervorhebung der allgemeinen Leitungsaufgaben des Vorstandes. Obwohl die gesetzliche Neuerung lediglich im AktG verankert wurde, ist von einer Ausstrahlung auf andere Gesellschaftsformen auszugehen. Nichtaktiengesellschaften sollten die im Gesetz skizzierten präventiven Frühwarnsysteme ebenfalls einführen (Gausmann, 2002). Auch das Handelsgesetzbuch (HGB) wurde aufgrund der Anforderungen, die sich aus dem KonTraG ergeben, überarbeitet. Hier wurden vor allem die Vorschriften zur Jahresabschlussprüfung nach § 317 Absatz 4 HGB62 überarbeitet. Der bestellte Abschlussprüfer überprüft, ob die Risiken

der zukünftigen Entwicklung zutreffend dargestellt sind.

Zusätzlich sind in den letzten Jahren weitere Normierungen entstanden, welche die rechtlichen Rahmenbedingungen des Risikomanagements erweitert haben. So gewinnt zum Beispiel im Bereich der Kreditvergabe der Nachweis eines funktionstüchtigen Risikomanagementsystems eine immer größere Bedeutung. Seit dem 01.01.2007 werden in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU) Eigenkapitalvorschriften, die vom Baseler Ausschuss für Bankenaufsicht vorgeschlagen wurden, angewendet. Ziele sind die Sicherung einer angemessenen Eigenkapitalausstattung von Banken und die Schaffung einheitlicher Wettbewerbsbedingungen sowohl für die Kreditvergabe als auch für den Kredithandel.

Der **New Basel Capital Accord (Basel II)** besteht aus drei sich ergänzenden Säulen:

Mindesteigenkapitalanforderung, aus der sich die genaue und angemessene Berücksichtigung der Risiken einer Bank bei der Bemessung der Eigenkapitalausstattung ergeben.

Bankaufsichtlicher Überprüfungsprozess, der eine laufende regelmäßige Überprüfung durch die Bankenaufsicht erfordert.

Erweiterte Offenlegung, durch welche die Stärkung der Marktdisziplin durch vermehrte Offenlegung von Informationen im Rahmen der externen Rechnungslegung der Banken erreicht wird.

Durch das Transparenz- und Publizitätsgesetz vom 19.07.2002 wird der deutsche **Corporate Governance Kodex** per 01.01.2003 im Gesetz verankert. Ziel des Kodex ist die Transparenz des Corporate Governance Systems sowie die Förderung des Vertrauens der Stakeholder in die Leitung und Überwachung der Unternehmensleistungen. Der Kodex besteht aus Bestimmungen, die geltendes Gesetzesrecht darstellen, sowie Empfehlungen und Anregungen. Eine gesetzliche Verpflichtung, die sich aus dem Kodex ergibt, ist die Aufgabe des Vorstandes, für ein „angemessenes Risikomanagement und Risikocontrolling im Unternehmen“ zu sorgen. Somit ist das Risikomanagement Bestandteil guter Unternehmensführung geworden (Gleißner & Berger, o.J.). Corporate Governance umfasst zwei Bereiche, zum einen die Organisation und Führung von Unternehmungen, zum anderen die Frage der Überwachung der Geschäftsführung. Die Notwendigkeit des Corporate Governance resultiert aus dem Prinzipal - Agenten - Problem. Dieses ist darin begründet, dass der Agent (Geschäftsführung) gegenüber dem Prinzipal (Eigentümer) aufgrund der besseren Informationslage eine überlegene Position hat.

Die Sicherheit von PatientInnen ist zu einem sehr wichtigen Thema des Gesundheitssystems geworden: Nach einem Bericht des Institute of Medicine (IOM) versterben in den amerikanischen Krankenhäusern schätzungsweise 44.000 bis 98.000 PatientInnen jährlich aufgrund regelhafter Fehler (Institute of Medicine, 1999). Die Häufigkeit vermuteter Fehler mit und

ohne Todesfolge liegt nach Informationen des Robert Koch Institutes in Deutschland derzeit bei etwa 40.000 Fällen pro Jahr. Hiervon werden rund 30%, also circa 12000, als Behandlungsfehler anerkannt (Aktionsbündnis Patientensicherheit, 2005). Laut einer Einschätzung von Klocke entstehen bei fünf bis zehn Prozent aller PatientInnen im Krankenhaus unerwünschte Ereignisse. Bei den jährlich 16 Millionen KrankenhauspatientInnen in Deutschland soll es bei 800.000 PatientInnen zu individuellen Vorkommnissen kommen, wovon wiederum 400.000 auf nachweisbare Fehler im Diagnose- und Behandlungsablauf beruhen sollen (Klocke, 2004).

Vorrangige Gründe für die Entstehung von medizinischen Behandlungsfehlern liegen im Bereich organisatorischer Defizite, Dokumentationsdefizite und in der Behandlung von PatientInnen in nicht optimal geeigneten Einrichtungen (Hansis & Hart, 2001). Fehler in der Medizin und daraus resultierende Schäden müssen demnach als permanentes Risiko im Krankenhaus angesehen werden. Die Bandbreite der medizinischen Risiken ist groß. Beispiele sind die mangelnde Überwachung der Flüssigkeitseinnahme, Stürze älterer PatientInnen, das Übersehen deutlicher Krankheitsanzeichen im Rahmen der Diagnostik, die Gabe eines falschen Medikamentes oder sogar das Amputieren eines falschen Körperteiles.

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen sieht in seinem Gutachten von 2003: *„in der vorbehaltlosen Analyse von Entstehungsbedingungen von Fehlern in der medizinischen Versorgung und der darauf basierenden Entwicklung und Implementierung effektiver und effizienter Vermeidungsstrategien ein großes Potenzial für die Optimierung der Qualität der gesundheitlichen Versorgung“* (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2003).

In Deutschland ist in den vergangenen Jahren das Interesse an der Thematik der Gefahren und Risiken der medizinischen Behandlung, der Erhöhung der Patientensicherheit sowie der Anwendung des Risikomanagements deutlich gestiegen. Die Krankenhäuser befassen sich mittlerweile neben der Einführung eines Qualitätsmanagementsystems intensiv mit der Implementierung des **klinischen Risikomanagements**.

Grundvoraussetzung für die Umsetzung der Ziele im Krankenhauswesen ist die Schaffung einer neuen Kultur des offenen Umganges mit Behandlungsfehlern sowie das verstärkte Bemühen um die Vermeidung der Fehler und Schäden. Nur wenn es gelingt, unerwünschte Ereignisse und Fehler nicht zu personifizieren, sondern sie als Resultat einer Folge unglücklicher Abläufe zu sehen, sind eine Fehleranalyse und Maßnahmen der Risikoprävention möglich. Es müssen Strategien entwickelt werden, *„in deren Zentrum die Suche nach organisations- und kommunikationsbedingten Verbesserungspotenzialen in der Behandlung- und Versorgungskette steht“* (Seyfarth-Metzger et al., 2005).

„Für Einrichtungen des Gesundheitswesens bedeutet Risikomanagement die Früherkennung

von Gefahren und Zuständen durch systematische Fehlersuche und Schadensuntersuchungen, die nicht nur medizinische - sondern auch und vor allem juristische, organisatorische, technische, bauliche und sonstige haftungsrelevante Aspekte in den Blick nimmt, also die ganzheitliche Haftung aus Sicht des Arztes und Krankenhauses“ (Führung & Gausmann, 2004). Demnach ist das klinische Risikomanagement ein Instrument, mit dem gezielt Leistungsprozesse erkannt, analysiert, vermindert oder vermieden werden können. Vor allem im Bereich der Geburtshilfe sowie der Fachabteilungen Chirurgie und Orthopädie ist das klinische Risikomanagement ein relevantes Thema, da der Großteil der Schäden in den Kliniken diese Bereiche betreffen (Hansis & Hart, 2001).

Das klinische Risikomanagement umfasst vor allem die Bereiche:

- Patientenaufklärung
- Behandlung
- Dokumentation
- Klinische Organisation

Begrifflichkeiten und Definitionen ‚Rund um den Fehler‘ lassen sich anhand des so genannten Eisbergmodells erläutern:

Ein Beinahe – Fehler entwickelt sich über den Fehler und das unerwünschte Ereignis (adverse events) hin zum Schaden. Die Spitze des Eisberges ist letztendlich der Behandlungsfehler, welcher im Patientenfall bis zum Tod führen kann.

Beinahe-Schaden (near miss)

Unter einem Beinahe-Schaden versteht man ein Ereignis, das sich zu einem unerwünschten Ereignis oder Schaden hätte entwickeln können. Es unterscheidet sich nur durch die ausbleibenden Folgen von einem unerwünschten Ereignis.

Fehler

James Reason, ein englischer Psychologe, definiert Fehler wie folgt: „Eine geplante Handlung erreicht das erwünschte Ziel nicht. Der Handlung liegt entweder ein falscher Plan zugrunde oder die Handlung wird nicht wie geplant durchgeführt“ (zit. n. Holzer et al., 2005).

Bei der Fehlerbewertung sollten folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Auftretenshäufigkeit des Fehlers
- Wahrscheinlichkeit für konstitutive Schäden
- Schweregrad der Schäden

- Vermeidungspotenzial
- Ressourcenverbrauch für die Fehlervermeidung.

Unerwünschtes Ereignis oder ‚adverse events‘

Unter einem unerwünschten Ereignis werden Vorkommnisse zusammengefasst, die möglicherweise, aber nicht zwangsläufig, zu einem Schaden für die Patientin bzw. den Patienten führen. Adverse events sind unerwünschte körperliche, psychische oder mentale Nebenerscheinungen.

Zwischenfall (Incident)

Ein Zwischenfall ist jeder ungewollte Vorfall bei der Leistungserstellung der Heilbehandlung in einem Krankenhaus oder einer Organisation. Er kann zu einer unbeabsichtigten oder unnötigen Schädigung einer Person führen.

Schaden

Ein Schaden liegt vor, wenn die Schädigung vermeidbar gewesen wäre und der negative Nutzen einer medizinischen Maßnahme den positiven Nutzen übersteigt.

Folgende Konstellationen eines Schadens lassen sich unterscheiden:

Schaden durch Versorgungen mit Leistungen, die zwar bedarfsgerecht sind, nicht aber entsprechend der Qualitätskriterien fachgerecht erbracht werden.

Schaden durch Unterlassung von indizierten Leistungen, die Unterversorgung wird in diesem Sinne auch als Fehlversorgung gedeutet.

Schaden durch Versorgungen mit nicht bedarfsgerechten Leistungen (Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen, 2003).

Behandlungsfehler

Von einem Behandlungsfehler spricht man bei einem diagnostischen oder medizinischen Eingriff, bei dem nicht die erforderliche Sorgfalt angewendet wurde oder welcher nicht indiziert war. Ein Behandlungsfehler bezieht sich auf die Bereiche:

- Behandlungsfehler im engeren Sinn
- Diagnosefehler
- Befunderhebungsfehler
- Aufklärungsfehler

Ein Behandlungsfehler bedingt also eine Sorgfaltspflichtverletzung.

Die Schweregrade eines Behandlungsfehlers reichen von einfach, grob, fahrlässig bis hin zu

grob fahrlässig. Durch den Behandlungsfehler können die im Grundgesetz verankerten Rechtsgüter des Lebens oder der Unversehrtheit betroffen sein. Ein Behandlungsfehler ist daher immer als die Spitze des Eisberges anzusehen. Er kann haftungsrechtlich sowie strafrechtlich verfolgt werden.

Komplikation

Eine Komplikation ist ein nicht geplanter oder unerwarteter Verlauf, welcher die Heilung erschwert, beeinträchtigt oder vereitelt. Die Komplikation kann als schicksalhafter Krankheitsverlauf oder als Folge von diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen unter Einhaltung der gebotenen Sorgfalt auftreten.

Nicht nur ÄrztInnen, sondern auch Pflegekräfte sowie der Krankenhausträger unterliegen dem Risiko, im Falle einer Schädigung von PatientInnen Schadensersatz oder Schmerzensgeld zahlen zu müssen.

PatientInnen können aus haftungsrechtlichen und strafrechtlichen Gründen Ansprüche gegenüber den ÄrztInnen, Pflegekräften und Krankenhausträgern erklären. Im Rahmen dieser Fragestellung wird der juristische Aspekt aber nicht weiter verfolgt. Weitere Ausführungen dazu finden sich im rechtswissenschaftlichen Teil des Gutachtens unter Kap. II 3.1.

Am 11.04.2005 wurde das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. von ÄrztInnen, Pflegekräften und PatientInnen gegründet. Die Frage nach Sicherheitsaspekten in der Gesundheitsversorgung stellt eine unumgängliche Konsequenz der Qualitätsdebatte dar. PatientInnensicherheit wird gesellschaftspolitisch relevant, wenn die strukturellen Probleme in der Gesundheitsversorgung erkannt sind. Das Aktionsbündnis nimmt die Herausforderung an und folgt damit einer Bewegung, die sich auch international formiert hat. Ziele des Aktionsbündnisses sind die kontinuierliche Verbesserung der PatientInnensicherheit und die Förderung eines adäquaten Fehlerverständnisses.

Mit besonderem Nachdruck wird durch das Aktionsbündnis Patientensicherheit darauf hingewiesen, dass es Ziel des Risikomanagements ist, das Risikobewusstsein der ärztlichen und pflegerischen MitarbeiterInnen zu entwickeln bzw. zu verbessern und die dezentralen Bereiche bei deren Risikoeinschätzung zu unterstützen (Franz, 2000). Die Null-Fehler-Annahme, welche häufig dem Selbstverständnis der Berufsgruppen zugrunde liegt, muss revidiert werden. Voraussetzung für die Entwicklung von Strategien zur Fehlervermeidung ist vielmehr eine offene Form der Darstellung von Fehlern und die Kommunikation dieser Ereignisse.

Eine offene Fehlerkultur ist immer eine vertrauensbildende Maßnahme, von der alle im Gesundheitswesen Beschäftigten sowie die PatientInnen profitieren. Fehler sind häufig nicht auf

einzelne MitarbeiterInnen zurückzuführen, sondern stehen am Ende einer ganzen Fehlerkette. Hiermit wird deutlich, dass die Vermeidung von Fehlern und Schäden zur Aufgabe des gesamten Behandlungsteams wird. Dies ist unter dem Aspekt der Delegation von ärztlichen Leistungen auf die Pflegekräfte nicht hoch genug einzuschätzen. Bisher gibt es in den Krankenhäusern kaum Foren oder Plattformen zur Kommunikation solcher Ereignisse. Zwar wird stationsintern diskutiert, geeignete differenzierte und berufsgruppen-übergreifende Gespräche finden jedoch nicht statt.

Entscheidende Faktoren einer risikobewussten Krankenhausführung sind das frühzeitige Erkennen von Chancen und Gefahren und die damit verbundene Fähigkeit rechtzeitig gegenzusteuern. Hierbei helfen Fehlervermeidungsinstrumente.

Eine frühe Studie zur Einschätzung von Fehlervermeidungsinstrumenten bildet die Untersuchung des Versicherungsingenieurs H. Heinrich aus dem Jahre 1941. Er beschreibt den statistischen Zusammenhang zwischen der Auftretenswahrscheinlichkeit von Beinahe-Unfällen, leichten Unfällen und dem Katastrophenfall. Obwohl die Untersuchung bereits vor über 60 Jahren durchgeführt wurde, wird sie noch heute von führenden Risikomanagern als Grundlage verwendet. Heinrich beschreibt, dass bei 3846 PatientInnen 300 kleine Nachlässigkeiten anfielen. Unter diesen Nachlässigkeiten waren 29 gerade noch zu vermeidende Schädigungen aufgetreten. Hierunter war ein ‚Titanic-Ereignis‘, bei dem das Schiff den Eisberg gerammt hat und droht unterzugehen: der Behandlungsfehler war eingetreten.

Ein heute vielfach eingesetztes Instrument, welches im amerikanischen Gesundheitsbereich bereits zur verpflichtenden Aufgabe der Krankenhausleitung gehört, ist das Critical Incident Reporting. Ein Critical Incident Reporting System (CIRS) ist nach Schrappe: *„ein Erfassungssystem für Schäden, Fehler und Beinahe-Schäden, das auf die Analyse von Fehlerketten und die Prävention zukünftiger Fehler ausgerichtet ist“* (Schrappe, 2007). Werden die Fehler auslösenden Risiken erkannt, lassen sich Fehler vermeiden beziehungsweise verringern. Die MitarbeiterInnen müssen dafür sensibilisiert werden, dass durch Mitteilung möglichst aller Risiken in ein CIRS die Voraussetzungen für zukünftige Fehlerbehebungen geschaffen werden. Durch die Möglichkeit zur Fehlermitteilung werden alle MitarbeiterInnen motiviert, aktiv an der Veränderung der Prozessabläufe teilzunehmen. Da immer wieder neue Fehler auftreten können, ist ein CIRS ein fortdauerndes, professionelles Instrument, welches die Innovationskraft der MitarbeiterInnen strategisch nutzt.

Unabdingbare Voraussetzung für die Fehlereingabe sind absolute Anonymität und die Freiwilligkeit. Die namenlose Meldung schützt die meldende Person vor der Gefahr von Sanktionen. Sind die Voraussetzungen zur Anonymität nicht gegeben, verfehlen noch so ausgeklügelte Meldeverfahren ihren Zweck. Befürchtungen und Ängste der MitarbeiterInnen, die Meldung eines Beinahe – Fehlers könnte gegen sie verwendet werden, müssen vor Implemen-

tierung eines CIRS offen angesprochen werden.

Konzepte wie das Case Management (CM) sind immer häufiger in Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens verbreitet. Sie sollen helfen, die Versorgung während und nach einem Krankenhausaufenthalt umfassend zu gewährleisten. Um diesen Aspekt näher zu betrachten wird im Anschluss der Begriff des Case Managements erarbeitet und die Entwicklung in Deutschland aufgezeigt; außerdem werden rechtliche Grundlagen, Ziele und Konsequenzen des Konzeptes in Bezug auf die Entlassungsplanung erläutert.

CM ist ein Verfahren, in dem die Leistungen einer Vielfalt von Diensten und MitarbeiterInnen für eine Klientin bzw. einen Klienten geplant, ausfindig gemacht und steuernd begleitet werden. Passende Hilfen werden ausfindig und zugänglich gemacht, in einem stark ausdifferenzierten System sozialer (pflegerischer, medizinischer, therapeutischer und administrativer) Dienste beziehungsweise Dienstleistungen (Ewers & Schaeffer, 2000). Das CM, auch ‚Unterstützungsmanagement‘ genannt, gewinnt in Deutschland kontinuierlich an Bedeutung. *„Es wird als Antwort auf drängende Herausforderungen in modernen, komplexen und hochgradig arbeitsteiligen Sozial- und Gesundheitssystemen gehandelt und dabei mit hohen Erwartungen belegt“* (Ewers & Schaeffer, 2000)

CM wurde Ende der 1970er Jahre in den United States of America (USA) aus dem Case Work weiter entwickelt, da in den USA die soziale Angebotsinfrastruktur vorrangig von vielen kleinen, zum Teil örtlich begrenzten Privatinitiativen gekennzeichnet war (Neuffer, 2005). Seit Ende der 1980er Jahre findet CM auch in Deutschland verstärkter Einsatz. Dort besteht die Notwendigkeit vor allem bei so genannten Multi-Problem-Familien oder sonstigen Klienten mit verschiedenartigen, kumulierten Problemen (Neuffer, 2005).

CM wird als Weiterentwicklung der Einzelfallhilfe verstanden und vor allem im Bereich der Pflege, Rehabilitation und im medizinischen Bereich angewandt (Neuffer, 2005). Es führten zwei Gründe zu der Entwicklung dieser Methode: erstens die zunehmende Zersplitterung sozialer Dienstleistungsangebote, die bei den KlientInnen zu erheblichen Orientierungsproblemen und auf der Seite der AnbieterInnen zu wenig effektiven Beschneidungen und Koordinationsproblemen führte (Biefel, 2007). Zweitens sollten soziale Dienste kostengünstiger und effizienter organisiert werden (Neuffer, 2005). Das Aufgabenfeld der HelferInnen verlagert sich von der psychosozialen Beziehungsarbeit zur organisierenden, planenden, koordinierenden und kontrollierenden Abstimmung von Angebot und Nachfrage nach Unterstützung. Primäres Ziel ist es, passende Hilfen für konkrete Problemlagen zu finden, da man davon ausgeht, dass die positiven Auswirkungen sozialer Unterstützung im Wesentlichen vom ‚Passen‘ der Angebote abhängen (Neuffer, 2005).

Die Vorgehensweise des CM besteht aus einer Reihe von Schritten, Phasen oder Dimensio-

nen. Wenn auch CM in verschiedenen beruflichen Disziplinen ausgeübt wird und die Modelle unterschiedlich sind, besteht doch eine Einigkeit über seine Kernfunktionen (Wendt, 1997). Der systematische Ablauf des Modells kann auch als Regelkreis verstanden werden, der zeitlich aufeinander folgende Phasen beinhaltet. Da jede Patientin und jeder Patient ein Individuum mit einer spezifischen Erkrankung darstellt, werden zu Beginn jeder Behandlung Maßnahmen festgelegt, die den Bedürfnissen der Person mit Unterstützungsbedarf und ihrer Angehörigen entsprechen. Es erfolgt eine ständige Überprüfung und falls erforderlich eine Überarbeitung und Erneuerung des Vorgehens. In Anlehnung an Moxley werden folgende Phasen unterschieden:

- ‚Assessment‘ (Einschätzung, Abklärung)
- ‚Planning‘ (Planung)
- ‚Intervention‘ (generell: die Durchführung)
- ‚Monitoring‘ (Kontrolle, Überwachung)
- ‚Evaluation‘ (Bewertung, Auswertung) (Moxley, 1989).

Im ‚Assessment‘ erfolgt die Einschätzung und Erfassung der individuellen Lebenslage der PatientInnen unter Berücksichtigung der individuellen Ressourcen. Im ‚Planning‘ wird gemeinsam mit den PatientInnen die Vorgehensweise auf der Grundlage thematischer Schwerpunkte Schritt für Schritt geplant und die Aufgabenverteilung mit den jeweiligen Verantwortlichkeiten festgelegt. In der ‚Intervention‘ werden vereinbarte Maßnahmen durchgeführt. Die Case Managerin bzw. der Case Manager koordiniert die Abläufe des Prozesses. Die Unterstützungsarbeit umfasst zum Beispiel die Organisation sozialer und juristischer Beratung, psycho- und sozialtherapeutischer Maßnahmen sowie medizinischer Beratung und Behandlung. Im ‚Monitoring‘ steht die Case Managerin bzw. der Case Manager in regelmäßigem Austausch mit den PatientInnen selbst und den beteiligten Professionen innerhalb und außerhalb des Krankenhauses. Alle Absprachen und Interventionen werden dokumentiert. Damit erfolgt die Feststellung des Zielerreichungsgrades, vorhandene Qualitätsmängel werden erfasst sowie Daten für den Leistungsnachweis und die Qualitätssicherung werden dokumentiert. Unter Umständen kann auf bereits zurückliegende Schritte zurückgegriffen werden, wenn sich zum Beispiel eine neue Lebenssituation für die Person mit Unterstützungsbedarf herauskristallisiert und so eine Aktualisierung der Planung erfolgen muss. Die ‚Evaluation‘ dient dazu, abschließend die Differenz zwischen dem Zustand vor der Intervention und danach zu untersuchen. Die vorherige Dokumentation ermöglicht, dass alle wesentlichen Inhalte des CM-Prozesses berücksichtigt werden. An diesem Punkt wird unter Umständen eine Neueinschätzung (Reassessment) erfolgen. Die Situation der Patientin bzw. des Patienten kann sich während des CMs so verändert haben, dass die Formulierung neuer

Ziele und Interventionen notwendig geworden ist. Dies macht deutlich, dass die Schritte des CMs nie linear verlaufen und auf den Einzelfall ausgerichtet werden müssen, um den individuellen Bedürfnissen der betroffenen Person gerecht zu werden.

Das übergeordnete Ziel von CM besteht darin, eine verbesserte Versorgungsqualität bei bestmöglichem Einsatz der zur Verfügung stehenden Ressourcen zu erreichen. In der Literatur wird zum Erreichen eines erfolgreichen CM eine interprofessionelle Zusammenarbeit aller beteiligten Berufsgruppen gefordert beziehungsweise vorausgesetzt (Ewers & Schaeffer, 2000). Die Case Managerin bzw. der Case Manager fungiert als ÜberwacherIn der Patientensteuerung. Dies erfordert ein äußerst vielseitiges Anforderungsprofil (Biefel, 2007). Weiterhin soll ein erfolgreiches Schnittstellenmanagement auch bei unzureichendem Ineinandergreifen der beteiligten Professionen geleistet werden. Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, setzt das CM auf zwei Ebenen an, nämlich der Patientenebene und der Systemebene. Zum einen erfolgt eine kontinuierliche individuelle Betreuung der PatientInnen durch die Case Managerin bzw. den Case Manager mit dem Einsatz der in dem jeweiligen Umfeld vorhandenen Ressourcen. Zum anderen erfolgt eine Strukturierung des Behandlungspfades im Sinne einer optimalen Versorgung und Vernetzung der beteiligten Institutionen und Leistungserbringer. Auch das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) hebt für die Koordinations- und Abstimmungspraxis der Beteiligten zwei Abstimmungsebenen hervor, einmal die interprofessionelle Ebene und zum anderen die Ebene zwischen Professionellen und PatientInnen bzw. Angehörigen (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung, 2002).

Bei dem Konzept des CMs geht es um eine Verbesserung der Transparenz des Versorgungsprozesses für alle Beteiligten und somit um mehr Qualität in einem hochgradig komplexen Gesundheitssystem. Es handelt sich um eine einzelfallorientierte, organisations- und berufsübergreifende Organisationsform. Alle Beteiligten legen unter Berücksichtigung der jeweiligen Ressourcen des einzelnen Individuums im Sinne eines Prozessgeschehens Ziele fest.

Die zahlreichen Modelle des CM werden schwerpunktmäßig in drei **Gruppen** zusammengefasst (Ewers & Schaeffer, 2000).

In der ersten Gruppe finden sich Modelle, bei denen die Leistung durch einen eigenständigen Dienst erbracht wird. Das CM wird in diesen Fällen von so genannten Koordinierungsstellen oder durch freiberufliche Case Manager geleitet. Hinsichtlich der pflegerischen und sozialen Versorgung älterer Menschen liegt der Schwerpunkt der Koordinierungsstellen auf der Vermittlung von Informationen und Orientierungshilfen. Weiterhin soll eine Verbindung zwischen den Hilfesuchenden und den unterschiedlichen Dienstleistern aus dem sozialen und pflegerischen Bereich geschaffen werden (Ewers & Schaeffer, 2000).

Die Modelle der zweiten Gruppe weisen als gemeinsames Merkmal auf, dass das CM ein Bestandteil des stationären oder ambulanten Bereiches ist. Ziel dieser Variante ist es, durch die Einführung von systematisierten Steuerungsmechanismen Reibungsverluste an den Schnittstellen zwischen dem stationärem und dem ambulanten Sektor zu vermeiden. Zudem soll das CM zur Versorgungsintegration und -kontinuität beitragen und die Versorgungsqualität sicherstellen.

Die letzte Variante umfasst die Einbettung des CMs in die Struktur der Kostenträger (zum Beispiel gesetzliche Krankenkassen). In diesem Modell ist CM als Beratungsangebot der Kassen zu sehen, das zeitgleich mit einer Fallsteuerung verknüpft werden kann. Die Krankenkassen stellen ihren Versicherten zum Beispiel bei kostenintensiven Krankenhauseinweisungen FallmanagerInnen zu Seite, die den Zugang der PatientInnen zu den vorhandenen Leistungsangeboten kontrollieren und das Versorgungsgeschehen koordinieren (Ewers & Schaeffer, 2000). Das CM der Krankenkassen ist in der Regel auf eine Kosteneindämpfung des Leistungsgeschehens ausgerichtet und wird so zum Kostenmanagement umfunktioniert. Die Sozialversicherungen, die das patientenorientierte Qualitätsmanagement, die Gesundheitsförderung und die Prävention sowie das Eingehen auf persönliche Patientenbedürfnisse als Ziel ihres CMs festgeschrieben haben, haben gegenüber ihren Konkurrenten einen erheblichen Wettbewerbsvorteil.

Das Konzept des **CM in der Pflege** findet in der amerikanischen Krankenpflege schon seit längerer Zeit eine hohe Beachtung. Pflegefachpersonen nehmen dort die Verantwortung für den Ablauf und die Organisation der Pflege wahr (Ewers & Schaeffer, 2000). Das ‚Nursing Case Management‘ nimmt eine führende Rolle im Pflegeprozess und in der Zusammenarbeit aller daran Beteiligten ein. Die Pflege unterhält die meisten Kontakte mit den Kranken und kommt zu jeder Tages- und Nachtzeit ihrer patientenbezogenen Arbeit nach. Die Pflege kann die Ergebnisse von logistischen Teilprozessen zusammenführen und nötigenfalls neu koordinieren, um so auf den Ablauf des Gesamtprozesses steuernd einzuwirken. Durch die Anwendung der Pflegeprozessmethode ist der Pflege die grundlegende Struktur des prozesshaften Denkens und Handelns vertraut.

Weiterhin kann das Pflege-CM in Ergänzung zur Pflegeüberleitung, zum Krankenhaussozialdienst und zur Pflegeberatung den Behandlungsverlauf steuern sowie ein zielgerichtetes System von sektorenübergreifender Zusammenarbeit organisieren.

Pflege-CM kann als Arbeitsmethode zur Prozess- und Strukturoptimierung im interdisziplinären Arbeitsfeld Anwendung finden. Studien belegen, dass die Pflegenden eine entscheidende Rolle als KoordinatorInnen der verschiedenen Disziplinen, die in die Behandlung bestimmter Patientengruppen involviert sind, spielen (Biefel, 2007).

Case ManagerInnen haben die Aufgabe, die Koordination der Inanspruchnahme aller not-

wendigen Leistungen im Rahmen der Versorgung von PatientInnen zu übernehmen. Die Pflege spielt hier eine entscheidende Rolle, da sie als Profession die Bedürfnisse der PatientInnen genau einschätzen kann.

Im Prozess des CMs wird die Patientin bzw. der Patient als Einzelfall betrachtet. Ihre bzw. seine individuellen Bedürfnisse in der Krisensituation stellen den Fokus in diesem Prozess dar. Die erkrankte Person erhält die Möglichkeit, sich am Behandlungsprozess zu beteiligen und diesen mitzugestalten. Das Konzept unterstützt den Einbezug der Angehörigen und des gesamten sozialen Umfeldes, wodurch für alle Beteiligten realistischere Ergebnisse erzielt werden können. Der Einsatz von Case Management kann dazu beitragen, sich im komplexen Gesundheitssystem besser zurechtzufinden.

Nach Einführung der DRGs wird vermutet, dass reduzierte Verweildauern, der Fallzahlanstieg und alternative Versorgungskonzepte die Abläufe von der Aufnahme bis zur Entlassung der PatientInnen deutlich verkürzen werden. Deshalb können Modelle wie das CM dazu beitragen, dass die PatientInnen sicher durch den Leistungsprozess geführt werden und in Zeiten, in denen schnelle Entscheidungen gefragt sind, Hilfestellung erhalten. Gleichzeitig stellt das CM auch eine Maßnahme zur Qualitätssicherung dar. Es finden Austausch und Reflexion über Versorgungsangebote und -defizite statt.

Dieses Konzept führt zur Entwicklung von Behandlungsleitlinien oder Behandlungsstandards als Handlungsempfehlung. Des Weiteren zeigt es die Aufwand-/ Ergebnisrelation (Effizienz) auf sowie die PatientInnen-/ KlientInnenerfahrungen und -zufriedenheit. Wenn die Netzwerkarbeit optimal eingesetzt wird, kommt es zur bedarfsgerechten Nutzung der bestehenden Ressourcen statt einer Über-, Unter-, oder Fehlversorgung. Die KlientInnen und PatientInnen werden zu selbständigem Handeln motiviert.

Die Augsburger Brustkrebsstudie bestätigt, dass das Konzept des CMs die Ängste der betroffenen Patientinnen verringern kann (Biefel, 2007). Die mammaNetz-Studie¹ untersuchte die Machbarkeit der CM-Versorgung sowie den Nutzen für die Patientinnen und die Leistungserbringer im Netzwerk. Sie wurde von 01.2003 bis 04.2005 im Raum Augsburg durchgeführt. Insgesamt nahmen 213 Frauen mit erstdiagnostiziertem Brustkrebs an der Befragung teil. Die Befragung fand dreimal statt: bei der Aufnahme in die Klinik, vier Monate später und ein Jahr später. Die durch mammaNetz betreute Gruppe umfasste 140 Patientinnen. Die Kontrollgruppe, also die Gruppe, die keine Betreuung durch das mammaNetz erfuhr, war aus ethischen Gründen zeitlich vorgeschaltet. Ergebnisse dieser Studie bestärken die Annahme, dass durch dieses Konzept die Ängste der Betroffenen verringert werden können und gleichzeitig Erhöhungen des Informationsstandes zu verzeichnen sind. Außerdem wiesen die Patientinnen einen stabileren, selbstsicheren und kooperativeren Gesundheitszustand auf. Durch die stabile fachliche und emotionale Unterstützung der Case Managerin fühlten sich die Patientinnen gut betreut. Die Informationsvermittlung direkt nach der Diagno-

se und über den gesamten Krankheitsverlauf hinweg half den Patientinnen Ängste abzubauen. Die Gewissheit, einen ständigen Ansprechpartner für Fragen zu haben, die die Krankheit oder auch Leistungsansprüche betreffen, ließ die Patientinnen Sicherheit verspüren.

Diese Ausführungen belegen, dass der Pflege ein wichtiger Stellenwert in der Versorgung der PatientInnen im Sinne des CM zufällt. Die Pflege verfügt über die benötigten Kompetenzen und hat zudem umfangreiches Wissen über die jeweiligen Patientenbedürfnisse. Des Weiteren interagiert sie mit den anderen Berufsgruppen, die ebenfalls in den Prozess involviert sind. Gleichzeitig weist die Pflege einen engen Patientenkontakt auf, was für die Entstehung eines vertrauensvollen Verhältnisses hilfreich sein kann.

2.2 Lean Management, Prozessmanagement

In den vergangenen Jahren haben gesellschaftliche Veränderungen, wachsender Kostendruck und die zunehmende Bereitschaft und Fähigkeit von KonsumentInnen, zwischen verschiedenen Angeboten zu wählen, den Konkurrenzdruck auch auf Krankenhäuser und den Wettbewerb in der Gesundheitswirtschaft verstärkt. Der Struktur des Gesundheitssystems entsprechend, wird dieser Wettbewerb weniger über Preise als vielmehr über die Qualität von Gesundheitsleistungen ausgetragen. Somit sind auch Krankenhäuser gefordert, sich dieser Entwicklung zu stellen. Sie werden nur dann erfolgreich sein, wenn sie qualitativ hochwertige Leistungen bei zugleich effizientem und effektivem Ressourceneinsatz anbieten können. Wesentlich ist, diese Herausforderung rechtzeitig zu erkennen und zum Wohle der PatientInnen zu nutzen. KundInnen und LieferantInnen einer Leistung müssen hierbei vorab eine Leistungsvereinbarung treffen, die als Maßstab für die zu erreichende Qualität gilt (Jonas, 2007). Parallel dazu fordert der Gesetzgeber, dass Versorgungsleistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich erbracht werden müssen. Hierbei darf das Maß des Notwendigen nicht überschritten werden.

Aus den genannten Gründen unterliegt das Gesundheitswesen seit einigen Jahren erheblichen Veränderungen. Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 wird diesen Veränderungsprozess weiter vorantreiben.

Im Krankenhaussektor hat der Gesetzgeber bereits in der Vergangenheit durch den Übergang vom Kostenerstattungsprinzip zu prospektiven fallorientierten Entgelten die Krankenhäuser zur wirtschaftlichen Erstellung beziehungsweise Bereitstellung ihrer Leistungen angehalten. Das zwischenzeitlich eingeführte leistungsorientierte pauschalierende Preissystem auf DRG-Basis, die Verstärkung einer integrierten Versorgung, die Möglichkeit für Krankenhäuser sich verstärkt im ambulanten Sektor zu etablieren und die Verpflichtung zum internen Qualitätsmanagement werden Rationalisierungseffekte bewirken. Die dabei gestellten Anforderungen an die medizinischen und pflegerischen Krankenhausleistungen fordern hohe Qualität bei gleichzeitiger Effizienzsteigerung. Zudem werden die Krankenhäuser zukünftig stärker in einem Wettbewerbsverhältnis zu anderen Leistungsanbietern stehen, wobei die Realisierung der PatientInnen- und der Mitarbeiterzufriedenheit zentrale Kriterien sind. Die Krankenhäuser werden sich zudem im Rahmen der Integrierten Versorgung einem Preiswettbewerb ausgesetzt sehen. Die stationären Einrichtungen müssen sich diesen Anforderungen stellen. Hierzu müssen sie ihre Unternehmensstrategien den veränderten Rahmenbedingungen anpassen. Für Organisationsoptimierungen reicht eine Reaktion auf störende, sich verändernde Einflüsse nicht aus. Vielmehr sind die Krankenhäuser gefordert, ihre Kompetenzen mit den zukünftigen Markterfordernissen in Übereinstimmung zu bringen.

Auf der Suche nach Lösungen setzen sich die Krankenhäuser zunehmend mit betriebswirtschaftlichen Konzepten wie **Lean Management** und **Prozessmanagement** auseinander.

Kerngedanke dieser beiden Konzepte ist die Schaffung von **KundInnenzufriedenheit** und die primäre Ausrichtung der Wertschöpfungsprozesse an den Kriterien **Kosten, Qualität und Zeit**. Die gesamten Behandlungsprozesse rücken funktionsübergreifend in den Mittelpunkt der Betrachtung. Eine prozessorientierte Steuerung bewirkt selbstverständlich eine Veränderung der Strukturen. Das bedeutet, die Krankenhäuser werden ihre **Aufbauorganisation** nicht mehr ausschließlich verrichtungsorientiert gestalten, vielmehr werden Matrixstrukturen entstehen, in denen die Objekt- beziehungsweise Projektorientierung integriert sein werden (Jonas, 2007).

Insbesondere kostenintensive Bereiche eines Krankenhauses sollen durch abgestimmte Planungs- und Ablaufprozesse optimiert werden. Die Erfüllung dieser Ansprüche ist Führungsaufgabe und Gegenstand des Managements. Gesundheitseinrichtungen werden in Zukunft ohne eine Optimierung des funktionalen und strukturellen Managements nicht mehr auskommen. Die Notwendigkeit der Anwendung von umfassenden Managementkonzepten wird immer deutlicher.

Alle Managementmethoden, ob sie nun Lean Management, Business Reengineering, Prozessmanagement oder Qualitätsmanagement genannt werden, gehen auf die **Kaizen-Konzeption** zurück. Die Kaizen-Philosophie basiert auf der Erkenntnis, dass durch den Wandel vom Verkäufer- zum Käufermarkt neue Ansätze für Qualitätsbemühungen gefunden werden mussten. Das Konzept der produktorientierten Qualitätskontrolle war zu ersetzen durch eine Sichtweise, bei der die KundInnenorientierung eine wichtige Rolle spielen sollte.

Der Kaizen-Gedanke wird im Wesentlichen durch die folgenden Aspekte bestimmt:

- Prozessorientiertes Denken
- KundInnenorientierte Verbesserungsstrategie
- Ständige Verbesserung in kleinen Schritten
- Mitarbeiterorientierung
- Umfassende Qualitätskontrolle
- Effizienzsteigerung (Imai, 1994).

Zur Realisierung dieser Ziele sind nach dem Kaizen - Modell zum Beispiel die

- Sieben statischen Werkzeuge
 - Pareto-Diagramm
 - Ursache-Wirkungs-Diagramm
 - Histogramm
 - Kontrollkarten

- Streuungsdiagramm
- Kurven
- Prüfformulare
- 5-S-Bewegung
 - Ordnung schaffen
 - Gegenstand am richtigen Platz aufbewahren
 - Sauberkeit
 - persönlicher Ordnungssinn
 - Disziplin

zu beachten.

Die in den folgenden Abschnitten dargestellten Lean- und Prozessmanagementansätze haben somit die gleichen ‚wissenschaftlichen Wurzeln‘.

Die Geschichte des **Lean Management** geht auf das Jahr 1950 zurück. Die japanische Automobilindustrie stand vor enormen Herausforderungen, da amerikanische und europäische Automobilkonzerne den Markt beherrschten. Die Investitionsmittel für Produktionsanlagen standen nicht zur Verfügung und somit musste die japanische Toyota Motor Company zur Sanierung des Unternehmens ein Viertel der MitarbeiterInnen entlassen. Der restlichen Belegschaft garantierte Toyota lebenslange Beschäftigung, mit zunehmendem Alter steigende Löhne und einen dem Betriebsergebnis angepassten Bonus. Die lebenslange Beschäftigung bei Toyota und damit die Bindung der MitarbeiterInnen an den Betrieb stellte eine wichtige strategische Entscheidung dar (Jonas, 2007). Die Geschäftsführung stellte zudem fest, dass die bislang praktizierte Massenproduktion in Japan nicht weiter funktionieren würde und entwickelte daher ein neues Produktionssystem. Ziel war es, eine fehlerfreie und ungestört ablaufende Produktion durch höchste Prozessbeherrschung, Flexibilität und Problemlösungspotential zu erreichen (Bösenberg & Metzen, 1993). Somit realisierte Toyota als erstes Unternehmen in kleinen Schritten die Idee einer schlanken Produktion. Die Motivation der MitarbeiterInnen und deren Einstellung zur Aufgabe waren dabei zwei wichtige Schlüsselemente (Marwitz, 1993).

Als wesentlich stellte sich ebenfalls die Strategie ‚Unternehmen als Familie‘ heraus, denn bei der Entwicklung des neuen Systems wurde im Einverständnis mit den wichtigsten Partnern gehandelt: den MitarbeiterInnen, den Lieferanten, den Händlern und im übertragenen Sinne auch den Kunden (Bösenberg & Metzen, 1993).

Durch die Studie eines Forscherteams des Massachusetts Institute of Technology (MIT) wurden die Erfolge japanischer Produktionsunternehmen analysiert. Im Rahmen einer gro-

ßen Vergleichsstudie im Bereich der Automobilindustrie wurden 90 Automobilwerke in 14 Ländern hinsichtlich Technik, Organisation, Personal und Wirtschaftlichkeit untersucht.

Das Ziel der Untersuchungen der MIT-Studie bestand darin, die Möglichkeiten zur Steigerung der Produktivität und zur Vermeidung von Verschwendung durch eine schlanke Produktion aufzuzeigen. In diesem Kontext spielten die Veränderungen, die bei Toyota eingeführt wurden, eine zentrale Rolle. Besonders kennzeichnend waren für Toyota die geringen Bestände, kurze Liege- und Leerzeiten und die Optimierung des Materialeinsatzes (Vahs, 2001). Als Endergebnis bestätigte die MIT-Studie in ihrem Buch ‚Die zweite Revolution in der Automobilindustrie‘ den japanischen Automobilherstellern bei konsequenter Anwendung des Toyota-Produktionssystems starke Wettbewerbsvorteile gegenüber amerikanischen und europäischen Herstellern. Als besonders kennzeichnend erwies sich, dass nach der Umstrukturierung nur noch die Hälfte an Personal, Produktionsfläche, Investitionen in Werkzeuge und Entwicklungszeit ausreichte.

Der Begriff Lean Production ist also im Rahmen der MIT-Forschung geprägt worden.

Bereits in den 1960er und 1970er Jahren wurden weitere Elemente in das Lean Production Konzept integriert, wie unter anderem Simultaneous Engineering oder TQM. Lean Management ist seit Anfang der neunziger Jahre als Managementsystem anerkannt und wird heute als ein Denkansatz verstanden, dessen Maßnahmen und Methoden in ihrer Gesamtheit einen schlanken Zustand im gesamten Wertschöpfungsprozess bewirken. Der Begriff Lean Management ist die logische Erweiterung des vom MIT geprägten Begriffs Lean Production (Bösenberg & Metzen, 1993).

Lean Management ist auch eine realistische Vision einer zukünftigen Krankenhauswirtschaft, die den Handlungsspielraum im Sinne einer optimalen Wertschöpfung ausnutzt. Somit ist dieses Managementkonzept, das geprägt ist durch kostenoptimales, flexibles, innovatives und qualitätsorientiertes Wirtschaften, auch im Gesundheitssystem anzuwenden. Durch Lean Management sind eine Verdoppelung der Produktivität, eine erhebliche Verbesserung der Qualität und gleichzeitig eine Steigerung der Flexibilität der Fertigung erreichbar (Bösenberg & Metzen, 1993).

Grundsätzlich ist Lean Management eine Managementmethode, um Produkte und Dienstleistungen mit geringem Aufwand in vorzüglicher Qualität her- beziehungsweise bereitzustellen. „Lean bedeutet einfach den sorgfältigen Umgang mit allen verfügbaren Ressourcen“ (Bösenberg & Metzen, 1993). Der Begriff ‚Lean Management‘ soll verdeutlichen, dass nicht nur die Fertigung, sondern das ganze Unternehmen angesprochen wird. Der Begriff Management gibt die dahinter stehende Philosophie am besten wieder.

Grundsätzlich beinhaltet das Konzept Lean Management verschiedene Kernelemente. Es lassen sich flache Hierarchien, Teamarbeit, Simultaneous Engineering, TQM, Zuliefererinteg-

ration, KundInnennähe sowie ein Integriertes Informationsmanagement und Kommunikationskultur hervorheben.

Lean Management beginnt in den Köpfen der Menschen auf der obersten Managementebene. Es bedeutet also nicht ausschließlich schlanke Fertigung, sondern heißt die Verschlankeung der gesamten Unternehmung. Die Unternehmung ist gekennzeichnet durch einfache Arbeitsvorgänge, unkomplizierte, dem Gesamtziel (KundInnenzufriedenheit) dienende Organisationsabläufe und einer damit verbundenen Kostenreduzierung.

Kennzeichnend für schlanke Unternehmen sind unter anderem flache Führungspyramiden und winzige Stäbe. Es bestehen überschaubare, produktionsorientierte Einheiten, die als Netzwerk agieren. Eine Reduzierung von Hierarchiestufen und unnötigen Aktivitäten sowie Projektmanagement und Teamarbeit als zentrales Organisationsprinzip sind weitere Kennzeichen.

Ebenfalls ist Lean Management als ganzheitlicher, kontinuierlicher Prozess zu verstehen, der unter dem Leitgedanken Kaizen verschiedene Methoden einsetzt. Hiermit sollen schnell entwickelte Produkte mit fehlerloser Qualität einem flexiblen Herstellungsprozess unter geringem Ressourceneinsatz durch enge Zusammenarbeit von MitarbeiterInnen, Zulieferern und Händlern an zufriedene Kunden ausgeliefert werden.

Das grundlegende Ziel des Lean Management ist es, nicht wertschöpfende Prozessschritte, also Verschwendung, zu Gunsten wertschöpfender zu reduzieren. Überhöhte, nicht länger haltbare Kostenpositionen werden dabei abgebaut und moderne, hocheffektive und effiziente Prozesse etabliert, damit nachhaltiges Wachstum möglich ist. *„Weiterhin erfordert Lean Management eine Denkweise, die das ganze Unternehmen umfasst, bei der Wertschöpfung und Kundenorientierung im Mittelpunkt stehen“* (Füser, 2001). Strukturen, Prozesse und Potenziale sollen innerhalb und außerhalb des Unternehmens verschlankt und organisatorische Überschüsse gezielt abgebaut werden (Braun von Reinersdorf, 2002). Der zentrale Gedanke von Lean Management lautet: Vermeidung jeder Verschwendung durch eine konsequente Verringerung nichtwertschöpfender Tätigkeiten.

Um die Entwicklungszeit zu beschleunigen, werden Prozesse im Sinne des Lean Management weitgehend parallelisiert (Simultaneous Reengineering) und somit kann eine gleichzeitige Entwicklung stattfinden. Der Vorteil dabei ist, dass nachträgliche Produktänderungen eliminiert und Schnittstellen zwischen Abteilungen leichter überwindbar werden. Mithilfe eines umfassenden, präventiven TQMs soll höchste Qualität für den Kunden erzielt werden.

Eine Einbeziehung ausgewählter Zulieferer wird durch eine Verringerung der Fertigungstiefe und der damit verbundenen Beschaffung besonders kritischer Zuliefererteile unerlässlich. Eine intensive Kommunikation mit den KundInnen erweist sich als sinnvoll, um KundInnennähe zu erreichen. Hierbei ist eine Informationstransparenz hinsichtlich zum Beispiel Kun-

dInnenwünsche oder Produktionsstatus erforderlich. Dies wird durch ein integriertes Informationsmanagement und eine unterstützende Kommunikationskultur erreicht, wobei Informationen bereitgestellt werden und eine Rückkopplung zwischen einzelnen Prozessabschnitten möglich ist.

Die Prinzipien werden von dem Lean Management auf die Führung des gesamten Unternehmens übertragen, demnach bedeutet ein schlankes Management als Veränderungsmodell die ganzheitliche Ausrichtung der Unternehmensorganisation an der Wertschöpfungskette (Vahs, 2001).

Es gibt fünf **Denkprinzipien** des Lean Managements, die das Fundament eines schlanken Unternehmens bilden. Um ein Unternehmen zu verschlanken und eine Leistungssteigerung zu erwirken, kann die folgende Beschreibung der ‚leanen‘ Denkansätze hier als Wegweiser dienen:

- Proaktives Denken
Künftige Handlungen werden vorausschauend initiativ durchdacht und gestaltet.
- Sensitives Denken
Mit allen verfügbaren Sensoren die Umwelt erfassen und anpassungsbereit darauf reagieren.
- Ganzheitliches Denken
Die Wirkung auf das Ganze bedenken und Mut zur Komplexität beweisen.
- Potenzialdenken
Alle verfügbaren Ressourcen erschließen und nutzen.
- Ökonomisches Denken
Vermeidung jeder Verschwendung, sparsam wirtschaften.

Ausgangslage des proaktiven Denkens ist, dass es Erfolg versprechender ist zu agieren, anstatt zu reagieren. Zukünftige Handlungen sind somit vorausschauend zu durchdenken und umfassend vorzubereiten. Durch die frühzeitige Lösung von erkennbaren Problemen können Zeit und Kapazität für aktuelle versteckte Probleme gewonnen werden. So sind innerbetriebliche Prozesse besser beherrschbar, was als eigentliches Ziel der Proaktivität gilt (Rollberg, 1996). Das Ergebnis ist die Konsequenz des vorangegangenen Prozesses, somit besteht eine Prozess- statt einer Ergebnisorientierung.

Durch das sensitive Denken sollen neben den harten Fakten auch Gefühle und Stimmungen als Entscheidungsgrundlage berücksichtigt werden. Anregungen und Informationen der internen und externen Unternehmensumwelt sind mit allen Sinnen aufzunehmen. Weiterhin ist die Veränderungsbereitschaft relevant, denn nur so können Störungen frühzeitig erkannt

Das Unternehmen wird als hochkomplexer sozialer Organismus angesehen. Die einzelnen betrieblichen Maßnahmen sind unter Ausnutzung von Synergien auf die Unternehmensziele auszurichten, wobei sämtliche Elemente der Wertschöpfungskette betrachtet werden. Im Vordergrund steht folglich die Systemoptimierung. Dies beugt möglichen Bereichsinteressen vor, weil die einzelnen Handlungen daran gemessen werden, welchen Nutzen sie dem Gesamtsystem stiften.

Durch das Potenzialdenken sind alle verfügbaren Ressourcen sowie die bislang ungenutzten Kompetenzen der MitarbeiterInnen, LieferantInnen, KundInnen und WettbewerberInnen gefordert. Auf strategischer Ebene werden die Potentiale erkannt und erschlossen. Die erschlossenen Ressourcen werden anschließend auf der operativen Ebene umgesetzt.

Ökonomisches Denken zeichnet sich durch ‚sparsam wirtschaften‘ und ‚jede Verschwendung vermeiden‘ aus. Der Begriff Verschwendung hinsichtlich einer schlanken Unternehmensführung sagt aus, dass nichtwertschöpfende Aktivitäten, zum Beispiel Lagern, Kontrollieren, Nachbessern, als verschwenderisch gelten. Als Verschwendung gelten auch Konflikte, da sie Kosten verursachen und keinen Zusatznutzen stiften.

Die im Folgenden beschriebenen sechs **Grundstrategien** des Lean Management stellen Musterlösungen für die wichtigsten internen Aufgaben des Unternehmens dar:

- kontinuierlicher Materialfluss
- kundenorientierte, schlanke Leistungserstellung.

Der kontinuierliche Materialfluss ist dadurch gekennzeichnet, dass es keine Lager gibt, was für das Unternehmen einen geringeren Lageraufwand bedeutet. Weiterhin müssen durch den geringeren Platzbedarf weniger Investitionen getätigt werden. Im Zuge des Materialflusses werden nur fehlerfreie Teile angenommen und weitergegeben. Die Voraussetzung für einen kontinuierlichen Materialfluss ist der Just-in-time-Ansatz: Genau das richtige Teil muss genau zum richtigen Zeitpunkt in genau der richtigen Qualität vorliegen.

- Simultaneous Engineering
- Schnelle, sichere Entwicklung und Einführung neuer Produkte

Das Simultaneous Engineering zeichnet die Entwicklungszeit als entscheidenden Wettbewerbsfaktor aus, sodass sich maßgebliche Vorteile erzielen lassen, wenn ein Unternehmen

seine Leistung als erstes auf den Markt bringen kann. Dadurch kann eine so genannte Marktführerschaft erzielt werden.

- Umfassendes Qualitätsmanagement
- Unternehmensqualität in allen Bereichen

Umfassendes Qualitätsmanagement wird als Unternehmensaufgabe verstanden, da Qualität ein wichtiger strategischer Erfolgsfaktor ist. Somit ist jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter für die eigene Arbeit verantwortlich.

- Strategischer Kapitaleinsatz
- Wachstums- und Eroberungsfähigkeit

Ein strategischer Kapitaleinsatz zeichnet sich durch den gezielten Einsatz des investierten Kapitals aus. Strategische Projekte werden als wesentlicher Baustein in der Unternehmensentwicklung gesehen.

- Unternehmen als Familie
- Unternehmen in Gesellschaft harmonisch einbinden

Ein weiterer Kerngedanke ist das Unternehmen als Familie, der widerspiegelt, dass das Unternehmen in die gesellschaftliche und industrielle Umwelt aktiv einzubinden ist. Konflikte sollen vermieden werden, da sie Kosten verursachen, daher wird eine Vertrauens- statt einer Misstrauensgesellschaft angestrebt.

- Proaktives Denken
- KundInnen gewinnen und erhalten

Das proaktive Denken umfasst auch das proaktive Marketing. Wie bereits in dem Kerngedanken ‚Unternehmen als Familie‘ angesprochen, sind loyale KundInnen die besten Kundinnen. Somit muss eine kompetente Beratung der KundInnen erfolgen. Eine KundInnenorientierung ist damit unerlässlich.

Mit den zehn Arbeitsprinzipien sollen die allgemeinen Leitgedanken in die ‚Sprache‘ der konkreten Arbeitsorganisation übersetzt werden. Die Arbeitsprinzipien des Lean Management erfüllen die Funktion der delegationsunabhängigen MitarbeiterInnen- und Unternehmensführung auf den unterschiedlichen Unternehmensebenen. Sie geben vor, wie Entscheidungen umzusetzen sind (Bösenberg & Metzen, 1993).

- Gruppe, Team

Die Aufgaben werden in der Gruppe oder im Team erledigt. Der Konsensgedanke ist bei der Lösung der Aufgabe dominant, interner Wettbewerb wird vermieden.

- **Eigenverantwortung**
Jede Tätigkeit wird in Eigenverantwortung durchgeführt. Den Rahmen dazu bilden die Standards, die für jede Tätigkeit erstellt werden. Kann die geforderte Qualität nicht eingehalten werden, wird der Arbeitsfluss unterbrochen und Hilfe angefordert.
- **Feedback**
Alle Aktivitäten werden von einem außergewöhnlich intensiven Feedback begleitet. Die Reaktionen von Außenwelt, System oder Anlagen dienen zur Steuerung des eigenen Handelns.
- **KundInnenorientierung**
Alle Aktivitäten sind streng auf die KundInnen orientiert. Die Wünsche der KundInnen haben oberste Priorität im Unternehmen.
- **Wertschöpfung hat Priorität**
Die wertschöpfenden Tätigkeiten haben oberste Priorität im Unternehmen. Das gilt für alle verfügbaren Ressourcen.
- **Standardisierung**
Formalisierung und Standardisierung der Arbeitsgänge durch einfache schriftliche und bildliche Darstellungen.
- **Ständige Verbesserung**
Die ständige Verbesserung aller Leistungsprozesse bestimmt das tägliche Denken. Es gibt keine endgültigen Ziele, sondern nur Schritte in die richtige Richtung.
- **Sofortige Fehlerabstellung an der Wurzel**
Jeder Fehler wird als Störung des Prozesses angesehen, dem bis auf die eigentliche Ursache nachzugehen ist.
- **Vorausdenken, Vorausplanen**
Nicht die erfolgreiche Reaktion, sondern die Vermeidung künftiger Probleme gilt als Ideal. Das Denken erfolgt wie bei einem Schachspieler über mehrere Züge im Voraus.
- **Kleine, beherrschte Schritte**
Die Entwicklung erfolgt in kleinen, beherrschten Schritten. Das Feedback auf jeden Schritt steuert den nächsten.

Prozessmanagement ist bereits heute im Krankenhaus ein wichtiges Thema, das aber zukünftig immer mehr an Bedeutung gewinnen wird. Eine Möglichkeit der Prozessoptimierung bietet die Managementmethode Lean Management. Mit Hilfe der Lean Management-Methode ist es möglich, die Ziele Effizienz- und Qualitätssteigerung zu realisieren. Es entsteht ein Lean Hospital, dessen Leitsatz ‚Werte schaffen ohne Verschwendung‘ lautet. Durch

das Lean Hospital-Konzept werden die bewährten Lean Management-Methoden auf die speziellen Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens transferiert (Wilckens, o.J.).

Somit zeigen Autoproduktion und Krankenhausbetrieb erstaunliche Parallelen. Das Leitziel optimaler stationärer Versorgung ist es, den gesamten Behandlungsablauf, so wie er medizinisch unbedingt erforderlich ist, für die PatientInnen zu verkürzen. Auch in der Automobilindustrie ist dies ein Leitziel, nämlich die ‚Just-In-Time-Produktion. Es gibt weitere Parallelen in Industrie und Krankenhaus und diese lassen sich durch folgende Aspekte gegenüberstellen:

- Kurze Verweildauer vor der Operation (OP) – kurze Wartezeiten
- Minimale Re-OP- und Infektionsraten – niedrige Fehler- und Reparaturquoten
- Keine Doppeluntersuchungen – keine unnötigen Wege am Band
- Wenig interne Verlegungen – wenig Transporte
- Optimierte Bettenauslastung – optimierte Bestandshaltung
- Reduzierter Raumbedarf für Behandlung und Versorgung – reduzierter Raumbedarf für Produktion und Verwaltung (Moscho et al., 2006).

Bislang werden Krankenhäuser jedoch noch als Verschwender bezeichnet. Dies äußert sich beispielsweise dadurch, dass die Arbeitszeit der Pflege häufig durch nicht-pflegerische Tätigkeiten, wie zum Beispiel Dokumentation, Krankentransport, Beantwortung von vermeidbaren Rückfragen, dominiert wird und es durch eine unzureichende Prozessorganisation zu vielen Überstunden kommt. Nach einer Studie des Fraunhofer Instituts sind folgende sieben Fehler die Quellen für Verschwendung und sind speziell auf das Krankenhaus übertragen worden:

- Zu viele Unklarheiten im Krankenhaus
- Zu viel unnötige Bewegung im Krankenhaus
- Zu häufiges und zu langes Warten auf PatientInnen, aber auch auf ÄrztInnen, Pflegepersonen und MitarbeiterInnen in den Funktionsdiensten
- ‚Work-around‘: MitarbeiterInnen geht es bei ihren Aktivitäten nur um sich selbst, über die Fehlorganisation wird hinweggetäuscht
- Zu viel Lagerhaltung
- Zu häufige Fehler der MitarbeiterInnen, somit mangelnde Professionalität
- Gesundheitssystem neigt zur Überproduktion. Den PatientInnen wird mehr als nötig angeboten (Müller von der Grün, 2006).

Somit soll in Zukunft nicht ziellos gespart werden, sondern Verschwendung soll beseitigt und Prozesse sollen über alle Berufsgruppen hinweg ausgebaut werden. Das Konzept des Lean Hospital erweist sich hier als sinnvolle Methode, bei der die speziellen Anforderungen des Gesundheitswesens, vor allem die Aktivitäten des stationären Sektors, berücksichtigt werden. Die Sicherheit der PatientInnen steht im Vordergrund und gilt als oberstes Gebot. Kapazitätsengpässe, Zeitverzögerungen und Fehler können Leben gefährden und die Auslastung und Leistungserbringung lassen sich nur bedingt planen und steuern.

Die Lean Hospital-Methode lässt sich in den Krankenhäusern für die Optimierung der Abläufe und Prozesse nutzen, um Verweildauern und Bearbeitungszeiten zu verkürzen. Damit Verschwendung abgebaut werden kann, müssen Schnittstellen zwischen ÄrztInnen und Pflegekräften, aber auch zwischen Abteilungen, Stationen und Funktionsbereichen optimiert werden. Weiterhin können Kosten eingespart werden, wenn versteckte Potenziale erkannt und genutzt werden. Ein weiterer wesentlicher Ansatz von Lean Hospital ist die Integration eines Informationstechnologie (IT) -Systems, mit dem Doppel- und Mehrarbeiten verhindert werden können. Die Optimierung von Verwaltungsprozessen und Abrechnungssystemen kann hilfreich sein, um Kostentransparenz zu schaffen und Prozess- bzw. Fallkosten bestimmen zu können. Durch die Verbesserung der Produktivität und die Reduzierung von Beständen werden Durchlaufzeiten verkürzt und Aufwand reduziert.

Das Organisationskonzept des Lean Hospitals basierend auf der Lean Management-Methode bietet sich an, um ein Arbeitsumfeld zu gestalten, in dem ÄrztInnen und Pflegepersonen flexibel, effizient und eigenverantwortlich die Patientengenesung begleiten können (Rollberg, 1996).

Im Folgenden sollen die wichtigsten Termini, die beim **Prozessmanagement** von Bedeutung sind, vorgestellt werden.

In der Literatur wird der Begriff ‚Prozess‘ unterschiedlich definiert. Gekennzeichnet wird ein Prozess letztendlich aber durch das systematische Zusammenwirken von Menschen, Maschinen, Material und Methoden entlang der Wertschöpfungskette zur Erzeugung eines Produktes oder Erbringung einer Dienstleistung. Bezogen auf den Krankenhaussektor definiert Eichhorn Prozesse als eine logische und zusammenhängende Abfolge von Aktivitäten des Krankenhausleistungsgeschehens, deren Ergebnis zu einer Leistung führt, die von PatientInnen nachgefragt wird (Eichhorn, 1997). Eichhorn stellt hier die Patientenbedürfnisse klar in den Vordergrund. Eine ausführlichere Begriffsbestimmung des Krankenhausprozesses liefert Straub. Demzufolge ist ein Krankenhausprozess ein inhaltlich abgeschlossener, bereichs- und kostenstellenübergreifender systemischer Ablauf logisch und sachlich zusammenhängender Tätigkeiten bzw. Schritte. Hierbei führen klar definierte physische oder informationelle Objekte über Input, Transformation, Output unter Berücksichtigung des zeitlichen Aspekts zu

einem Ziel oder einer vorgegebenen Leistung. Das Ergebnis hat einen Mehrwert beziehungsweise die Bedürfnisse Dritter und das Geschäftsziel werden erfüllt (Dammer & Wilczek, 2007; Straub, 1997).

Sowohl die Input-Output-Beziehung als auch die KundInnen-LieferantInnen-Beziehung sowie ein monetärer und nicht-monetärer Mehrwert spielen bei dem Krankenhausprozess eine wichtige Rolle.

Ein Geschäftsprozess lässt sich charakterisieren als ein System von funktionsübergreifenden Aktivitäten mit definiertem Input und Output und damit verbundenen KundInnen – LieferantInnen - Beziehungen. Charakteristisch für einen Geschäftsprozess ist die Beteiligung verschiedener organisatorischer Einheiten des Unternehmens an dem Prozessergebnis. An den Grenzen zwischen den Einheiten treten innerhalb des Prozesses Schnittstellen auf. Hier wird der Prozess unterbrochen und in zusammenhängende Aktivitäten auf verschiedene Aufgabenträger verteilt.

Das Ergebnis soll die Bedürfnisse Dritter (zum Beispiel PatientInnen) erfüllen. Somit verliert ein Prozess seine Existenzberechtigung, sobald die Nachfrage nach den Ergebnissen des Prozesses nachlässt oder nicht mehr existiert. Jeder Geschäftsprozess setzt sich in der Regel aus mehreren Teilprozessen zusammen.

Eine weitere Differenzierung erfolgt nach Kern- und Supportprozessen. Kernprozesse spielen für den Unternehmenserfolg eine zentrale Rolle. Sie lassen sich nur schwer substituieren und sind der Regel direkt wertschöpfend. Die wesentlichen Merkmale von Kernprozessen lassen sich wie folgt darstellen:

- Sie stiften den Kunden einen wahrnehmbaren Nutzen.
- Sie sind unternehmensspezifisch.
- Sie sind nicht imitierbar.
- Sie sind nicht durch andere Lösungen ersetzbar (Osterloh & Frost, 2000).

Im Gegensatz zu Kernprozessen sind Supportprozesse nicht direkt an der Kernleistungsaufgabe beteiligt. Sie unterstützen und entlasten die Kernprozesse und bilden die Grundlage für die Leistungserstellung eines Unternehmens. Die Prozesse, die keine Kernkompetenz darstellen, sind ersetzbar, leicht imitierbar und tragen nicht zum strategischen Wettbewerbsvorteil des Unternehmens bei. Deshalb werden sie oftmals aus wirtschaftlichen Gründen an Dritte übertragen.

Der Kernprozess des Krankenhauses ist die Behandlung von PatientInnen und das damit verbundene Erreichen von Zustandsveränderungen. Dieser setzt sich aus den verschiedenen Handlungen von ÄrztInnen, Pflegepersonen und anderen beteiligten Berufsgruppen so-

wie den benötigten Sachmitteln zusammen. Hier wird die Kernkompetenz des Krankenhauses repräsentiert.

Klassische Supportprozesse im Krankenhaus sind unter anderem die Speisenzubereitung, Materialwirtschaft, Personalwirtschaft.

Die Durchführung eines betrieblichen Prozesses bedarf eines Managements, um den Zweck der Tätigkeiten festzulegen und deren Abfolge zu lenken, zu überwachen und zu kontrollieren.

Das Prozessmanagement umfasst „*planerische, organisatorische und kontrollierende Maßnahmen zur zielorientierten Steuerung der Wertschöpfungskette eines Unternehmens hinsichtlich Qualität, Zeit, Kosten und Kundenzufriedenheit*“ (Gaitanides et al., 1994b).

Die Elemente des Prozessmanagements sind Prozessstrukturtransparenz und Prozessleistungstransparenz mit den Parametern Qualität, Zeit und Kosten. Die höchste Priorität im Prozessmanagement besitzt die Kundenzufriedenheit. Nach der Identifizierung der Kundenwünsche werden alle Prozesse auf die Befriedigung dieser ausgerichtet. Eine hohe Kundenzufriedenheit wird nur durch eine hohe Übereinstimmung des tatsächlichen Prozessergebnisses mit der Outputspezifikation erreicht.

Wesentliche Aufgaben des Prozessmanagements sind Vermeidung von Doppelarbeiten und unnötiger Tätigkeiten, Reduzierung von Schnittstellen, Optimierung der Durchlaufzeit und Kosteneinsparungen. Unternehmen müssen eine ständige Qualitätsverbesserung ihrer Produkte oder Dienstleistungen anstreben und gleichzeitig Kosten und Zeit einsparen, um einen langfristigen Unternehmenserfolg und ihre Wettbewerbsfähigkeit zu sichern.

Im Folgenden werden die wichtigsten Funktionen des Prozessmanagements zusammenfassend dargestellt:

- Beschreibung und Visualisierung der Prozesse einschließlich der dazu gehörigen Schnittstellen
- Analyse der vorhandenen Schwachstellen
- Überprüfung der Prozesseffektivität unter Berücksichtigung der Prozessziele
- Überprüfung der Prozesseffizienz im Hinblick auf Zeit und Kosten
- Planung, Steuerung und Optimierung der Prozesse
- Festlegung der Prozessverantwortlichen und Handlungskompetenzen
- Anpassung der Unternehmensstrukturen an die Prozesse.

Zu den wichtigsten Entscheidungen des Prozessmanagements zählt die Ernennung von Prozessverantwortlichen, um die oft ungewollte einseitig funktionsbezogene Sichtweise der

Prozesse zu vermeiden. Diese Person hat die Aufgabe, den Prozess zu definieren, zu steuern und zu überwachen. Ziel ist es, den Koordinationsbedarf so gering wie möglich zu gestalten. Des Weiteren hat sie für die ständige Prozessverbesserung Sorge zu tragen. Um dieses zu erreichen, muss ihr eine hohe Handlungskompetenz seitens der Unternehmensführung übertragen werden (Zapp, 2002).

Das Prozessmanagement als Instrument der Unternehmensführung stellt besonders in Krankenhäusern eine Herausforderung dar. Denn die Organisation eines Krankenhauses erfolgt aus stark funktions- beziehungsweise abteilungsbezogener Sicht und orientiert sich weniger an dem eigentlichen Behandlungsprozess. Zusätzlich werden die Leistungen an den PatientInnen von mehreren Berufsgruppen teilweise gleichzeitig erbracht. Diese Berufsgruppen sind stark hierarchisch gegliedert. Das klassische Krankenhausmanagement (Pflege, Medizin, Verwaltung) verstärkt diese funktionale Denk- und Arbeitsweise, da jede Berufsgruppe die Optimierung der eigenen Prozesse in den Vordergrund stellt anstatt den eigentlichen Behandlungsprozess der PatientInnen und vor allem die gesamte Wertschöpfungskette des Krankenhauses zu betrachten.

Die Wertschöpfungskette des Krankenhauses umfasst sowohl die medizinische und pflegerische Behandlung der PatientInnen als auch alle ergänzenden Tätigkeiten (Hotel- und Serviceleistungen) einschließlich der vor- und nachgelagerten Teilprozesse, wie zum Beispiel der Zusammenarbeit mit niedergelassenen ÄrztInnen, Rettungsdiensten und stationären oder ambulanten Pflegeeinrichtungen (Picot & Korb, 1999).

Diese Betrachtungsweise ist für das heutige Krankenhausmanagement unabdingbar, da hier der Behandlungsprozess im Vordergrund steht. Die Betrachtung der Wertschöpfungskette als eine Kette aller miteinander verbundenen Tätigkeiten ist die Grundlage des Prozessmanagements. Die Wertschöpfungskette dient hier als roter Faden für Qualität und Wirtschaftlichkeit.

Prozessorientierung in diesem Sinne bedeutet, dass das Krankenhaus als ein Leistungsgeflecht mit internen und externen KundInnenbeziehungen angesehen werden muss, das im Ganzen eine Wertschöpfung erzielt (Zapp & Dorenkamp, 2002). Das Prinzip der KundInnenorientierung ist ein entscheidender Faktor im Prozessmanagement. Die internen oder externen KundInnen sind derjenige, die den Output nachfragen und somit den Prozess auslösen. Die Prozessorientierung ist mit der KundInnenorientierung gleichzustellen, da sich die Prozessgestaltung nach der Befriedigung der KundInnenwünsche in einer vorgegebenen Qualität richtet. Hauptprozesse sind durch zahlreiche Schnittstellen, an denen es zum Beispiel zu Informationsverlusten, Lücken und Wartezeiten kommen kann, gekennzeichnet. An den Schnittstellen entsteht eine Prozessunterbrechung, da hier ein Wechsel der organisatorischen Einheit und somit ein Wechsel der MitarbeiterInnen, des Prozessziels, der KundInnen

nen und LieferantInnen stattfindet. Prozessorientierung bedeutet bezogen auf die Schnittstellenproblematik auch, dass der Leistungsaustausch zwischen KundInnen und LieferantInnen an jeder Schnittstelle abgestimmt wird, um einen optimalen und fehlerfreien Prozessablauf gewährleisten zu können (Zapp, 2002).

Die Prozessorientierung im Krankenhaus hat grundsätzlich das Ziel, durch verbesserte Koordination einzelner Funktionen und Teilprozesse die Behandlungs- und Verweildauer für die PatientInnen zu senken. Zudem soll eine Reduzierung von administrativen und koordinativen Tätigkeiten der ÄrztInnen und Pflegepersonen eine erhöhte Zuwendung zu den Kernkompetenzen ermöglichen, nämlich der Betreuung der PatientInnen (Zapp, 2002).

Ein wirkungsvolles Prozessmanagement lässt sich nur mit einer entsprechenden Prozessdokumentation umsetzen, die als wesentliche Aufgabe die Schaffung der **Prozessstrukturtransparenz** hat, das heißt die Erfassung, Visualisierung und Strukturierung von Arbeitsabläufen. Zu den Bestandteilen der Prozessdokumentation zählen:

- Leistungsvereinbarungen zum Beispiel Terminabsprachen, Festlegung des Qualitätsniveaus zwischen Leistungsgebern und LeistungsnehmerInnen
- Prozesskennzahlenkonzept mit Qualitäts-, Durchlaufzeit-, Kosten- und Kundenzufriedenheitsindikatoren
- Richtlinien zum Beispiel in Form von Verfahrensanweisungen, Standards, Tätigkeitsbeschreibungen.
- Qualitätsrelevante Dokumente nach DIN EN ISO 9000, beispielsweise mittels eines Qualitätsmanagementhandbuches (Gaitanides et al., 1994a).

Mithilfe dieser Informationen sollen die Prozessverantwortlichen und die MitarbeiterInnen bei der Prozesssteuerung, Prozessdurchführung und bei Schulungsmaßnahmen wirksam unterstützt werden (Gaitanides et al., 1994a; Gaitanides et al., 1994b).

Die Visualisierung der Prozessabläufe mittels eines Prozessmodells ist das wichtigste Instrument der Prozessstrukturtransparenz. Prozessstruktur ist die hierarchische Darstellung aller im Prozess vorkommenden Tätigkeiten mit den unterschiedlichen Prozessebenen. Das Hauptziel der Prozessstrukturdarstellung ist somit, die Prozesse so zu visualisieren, dass die relevanten Prozesse für die MitarbeiterInnen eines Unternehmens transparent werden. Hierdurch wird sowohl dem Management als auch den an dem Prozess beteiligten MitarbeiterInnen die Möglichkeit gegeben, über derzeitige Aufbau- und Ablaufstrukturen nachzudenken und diese gegebenenfalls zu optimieren.

Die Prozessmodellierung kann aus verschiedenen Sichtweisen erfolgen. Je nach Zielsetzung kann der Prozess auf der Basis des Ist-Ablaufes oder aus einer bereits optimierten Sicht, dem Soll-Ablauf, dargestellt werden. Bei einer geplanten Ablaufoptimierung bietet sich die Abbildung des Ist-Ablaufes an, da hier die Schwachstellen besser zu erkennen sind und Verbesserungspotentiale abgeleitet werden können (Greulich & Thiele, 1997). Nach Abschluss der Erhebungsphase und Erkennen der Verbesserungsmöglichkeiten ist es sinnvoll, einen Soll-Ablauf darzustellen.

Die Prozessleistungstransparenz erfolgt durch die Bildung eines Kennzahlensystems hinsichtlich der Parameter Zeit, Kosten, Qualität und KundInnenzufriedenheit. Die Kennzahlen werden von dem Unternehmen speziell auf das Prozessziel abgestimmt und eigens dafür entwickelt. Erst durch die Zusammenführung und die ganzheitliche Betrachtung der drei Leistungsparameter Zeit, Kosten und Qualität kann eine effiziente Prozesssteuerung erreicht werden. Die KundInnenzufriedenheit stellt das Ergebnis des Prozesses dar. Die Prozessleistung lässt sich als Produkt aus Zeit, Qualität und Kosten in Form der Prozessperformance (Fehlerrate x Prozesszeit x Prozesskosten) ermitteln.

Der Zeitfaktor als Leistungskriterium hat eine entscheidende Bedeutung im Prozessmanagement, da eine erhöhte Prozessdauer stets erhöhte Kosten zur Folge hat und sich negativ auf die KundInnenzufriedenheit auswirkt. Die Prozessdauer wird als Durchlaufzeit bezeichnet, das meint die gesamte Zeitspanne von Prozessbeginn bis Prozessende. Der Prozess endet mit der Übergabe der Leistung an den Kunden oder die nachgelagerte Stelle. Somit setzt sich die Durchlaufzeit sowohl aus der Bearbeitungszeit und der Liegezeit als auch der Transferzeit zusammen, wodurch eine lückenlose Zeiterfassung durchgeführt werden kann (Scholz & Vrohling, 1994). Die Bearbeitungszeit ist die Zeit, die für die Erzeugung eines Produkts oder einer Dienstleistung benötigt wird. Als Transferzeit wird die Zeit der Übermittlung eines Prozessergebnisses vom Lieferanten zum Kunden bezeichnet. Wenn ein Vorgang unbearbeitet in einem Prozess verweilt, spricht man von Liegezeit (Scholz & Vrohling, 1994).

Bezogen auf das Krankenhaus entspricht die Durchlaufzeit des Behandlungsprozesses der Verweildauer der PatientInnen im Krankenhaus. Ziel ist es, die Verweildauer der Patientin bzw. des Patienten aus wirtschaftlichen Gründen zu reduzieren. Im Vordergrund steht hier die Verkürzung der Liege- und Transferzeiten. Eine Verkürzung der Liegezeit kann aber auch negative Auswirkungen haben. So kann sich eine Patientin bzw. ein Patient zum Beispiel bei zu vielen Untersuchungen an einem Tag überfordert fühlen oder der Heilungsprozess ist bei Entlassung noch nicht vollständig abgeschlossen und somit das Risiko von Komplikationen und Wiederaufnahme erhöht (Greiling & Rudloff, 2005).

Die Parameter Zeit und Kosten stehen in einem engen Zusammenhang, weil sich die Kosten für einen Prozess aus der monetären Bewertung der Durchlaufzeit ergeben. Die Prozesskosten setzen sich allerdings nicht nur aus zeitbasierten Kosten der Bearbeitungs-, Liege- und Transferzeit zusammen, sondern darin enthalten sind ebenfalls Lagerungskosten, Kosten für die Prozesskoordination und Fehlerkosten. Durch die Prozesskostenmessung sollen die kostenintensiven und ineffizienten Prozesse identifiziert werden. Eine Kostensenkung kann durch Eliminierung nichtwertschöpfender Aktivitäten, Verkürzung der Durchlaufzeiten und Erhöhung der Qualität bewirkt werden. Die Prozesskostenrechnung ist zum einen als ein Instrument der Prozesssteuerung anzusehen und zum anderen als Ergänzung zu bestehenden Kostenrechnungssystemen (Zapp, 2002). Die wesentlichen Aspekte der Prozesskostenrechnung sind die Schaffung der Prozesskostentransparenz, die organisationsübergreifende Einbindung aller an der Leistungserstellung beteiligten Ressourcen, die Definition von Bezugsgrößen und die genaue Kostenzuordnung entsprechend der Inanspruchnahme.

Prozesskosten im Krankenhaus sind die Fallkosten, die durch den Behandlungsprozess einer Patientin bzw. eines Patienten unter Betrachtung des gesamten Ressourceneinsatzes verursacht werden.

Der Faktor Qualität wird an dieser Stelle nicht noch einmal aufgenommen, da er in vorderen Teil dieser Ausführungen bereits beschrieben worden ist.

Eine Erhöhung der Wertschöpfung wird nur durch die ganzheitliche Optimierung der drei Prozessparameter Zeit, Qualität und Kosten erzielt. Somit ist das oberste Ziel des Prozessmanagements die Erfüllung der KundInnenwünsche (Outputnorm). Für die Ermittlung der KundInnenzufriedenheit stehen folgende Möglichkeiten zur Verfügung:

- Befragungen mithilfe standardisierter Fragebögen
- Direkte Kundengespräche
- Beschwerdemanagement
- Arbeitskreise mit Kundengruppen
- Nachfrageaktionen unmittelbar nach der Leistungserbringung (Dammer & Wilczek, 2007).

Die Aufgabe der oder des Prozessverantwortlichen ist es, aus diesen Ergebnissen die gewünschte Outputnorm zu entwickeln und durch gezielte Prozesssteuerung die Erfüllung der KundInnenwünsche zu garantieren. Die Qualität des Prozessergebnisses und die KundInnenzufriedenheit stehen hier in einem direkten Zusammenhang.

Die Hauptbotschaft eines prozessorientierten Krankenhauses muss es sein, dass alle Tätigkeiten und Aktivitäten des Unternehmens kundenorientiert sind. Denn Prozesse können gewissermaßen als Kanäle, die die Leistungen des Unternehmens zu den KundInnen transportieren, verstanden werden (Ziegenbein, 2001).

In vielen Krankenhäusern wird zunehmend eine prozessorientierte Betrachtungsweise bevorzugt, indem anstelle von Funktionen Prozesse optimiert werden und eine schlanke Unternehmensstruktur angestrebt wird. Bei der Prozessoptimierung geht es vorrangig um die Gestaltung und Verbesserung von Tätigkeiten beziehungsweise der Ablauforganisation.

Allgemein versteht man unter Prozessoptimierung, auch Reengineering genannt, die Verbesserung eines bisherigen Zustands in Richtung des bestmöglichen Zustands. Die primären Ziele bestehen bei der Prozessoptimierung in der Qualitätssteigerung, der Kostensenkung und der Optimierung der Durchlaufzeiten. Weiterhin geht es auch darum, überflüssige Prozessschritte zu eliminieren. Lässt sich dies in der Praxis realisieren, ergeben sich viele Vorteile für ein Unternehmen. Die Prozesse können so vereinfacht und die Durchlaufzeiten verkürzt werden. Weiterhin steigt die Qualität des Prozessergebnisses, da die MitarbeiterInnen ihre Aufmerksamkeit nur noch auf die wertschöpfenden Prozesse richten. Gleichzeitig sind die MitarbeiterInnen motivierter, da sinnlose Arbeitsschritte und unproduktive Schleifen für sie wegfallen (Best & Weth, 2007).

Die Analyse eines Prozesses erfordert im Vorfeld eine Identifizierung und Beurteilung von Schwachstellen im Prozessablauf, welche auf ihre Ursachen, ihren Umfang und ihre Auswirkungen zu untersuchen sind. Anschließend wird eine Beschreibung des Änderungsbedarfs mit entsprechenden Handlungsempfehlungen erstellt. Durch regelmäßige Analysen lassen sich einzelne Geschäftsprozesse zeitnah beurteilen. Weiterhin können Abläufe hinsichtlich erkannter Defizite, wie zum Beispiel nicht erfüllte Prozessziele oder Abweichungen von Kundenwünschen, permanent optimiert werden. Grundsätzlich wird eine Neugestaltung von Prozessen dann erforderlich, wenn die Leistung dauerhaft und signifikant von dem Prozessziel abweicht (Vahs, 2001).

Grundsätzlich erfolgt die Initiative zur Prozessoptimierung vom Management, denn es handelt sich hier um strategische Projekte. Damit Prozesse korrekt erfasst, analysiert, neu gestaltet und optimiert werden können, ist es wichtig, alle beteiligten Berufsgruppen einzubeziehen, denn nur mit der Beteiligung aller ist eine Prozessverbesserung möglich. Die MitarbeiterInnen müssen informiert werden, damit auch sie das Prozessdenken verinnerlichen. Gleichzeitig kann durch die Mitgliedschaft in einem Projektteam die Motivation, Kreativität und Innovationsbereitschaft der MitarbeiterInnen gefördert werden. Da ein Prozess funkti-

onsübergreifend mehrere Abteilungen schneiden kann, werden auch unterschiedliche Berufsgruppen tangiert.

Somit erscheint es sinnvoll, die Prozessoptimierung im Rahmen eines Projektes durchzuführen. Damit eine erfolgreiche Durchführung eines Projektes möglich ist, müssen die einzelnen Teilaufgaben und der Personen- und Ressourceneinsatz organisiert, geplant, gesteuert und kontrolliert werden. Die Projektgruppe, sollte sich nach der Art und dem Umfang der Projektaufgabe zusammensetzen. Dabei werden die Mitglieder entsprechend ihrer fachlichen und sozialen Kompetenz ausgewählt. Innerhalb der Projektgruppe ist eine interne Strukturierung erforderlich, damit die Projektaufgabe zielgerichtet und koordiniert bearbeitet werden kann. Hier wird empfohlen, eine Projektleitung zu bestimmen, die die Verantwortung für die Durchführung des Projektes trägt. Es sollte keine projektinterne Hierarchie entstehen, so dass eine möglichst offene Kommunikation zwischen den Projektmitgliedern gestaltet werden kann (Vahs, 2001).

Grundsätzlich sind bei der Prozessgestaltung fünf Phasen zu berücksichtigen, die durchlaufen werden müssen:

- Vorbereitung und Identifikation
- Ermittlung und Analyse der Ist-Situation
- Schwachstellenanalyse und Beurteilung der Ist-Situation
- Soll-Konzeption
- Einführung und Durchsetzung.

In der Praxis wird die Reihenfolge des Phasenablaufes allerdings nicht immer genau so eingehalten. Grundsätzlich sollten Prozesse immer von dem gewünschten Ergebnis (Output) ausgehen, also der Frage nachgehen: ‚Was soll dabei herauskommen?‘. Anhand dessen können dann die erforderlichen Schritte zur Optimierung der Prozesse festgelegt werden. In Bezug auf die vorliegende Arbeit soll nun aber die Reihenfolge der fünf Phasen eingehalten werden.

- Vorbereitung und Identifikation

Als Ausgangspunkt der Prozessanalyse ist die Prozessidentifikation zu nennen. Hier sollen die ablaufenden Prozesse einer Institution erkannt werden. Eine Vorbereitung des Projektes ist dringend erforderlich, denn wichtige Aufgaben, wie zum Beispiel die Neugestaltung von Geschäftsprozessen, erfordern eine umfassende, gründliche und möglichst fehlerfreie Vorbereitung. An dieser Stelle ist auch die Entscheidung zu treffen, nach welcher Methode vorgegangen werden soll, das heißt nach der Bottom-up oder der Top-down- Methode.

Als Ausgangspunkt für ein Projekt steht immer die Erkennung eines Problems, d.h. ob eine erhebliche Abweichung zwischen dem ‚Ist‘ und einem erwünschten ‚Soll‘ besteht. Weiterhin

wird das Problem analysiert und die Bedeutung, Ursachen und Lösungsansätze werden diskutiert. An dieser Stelle sollten die relevanten Primär- und Sekundärprozesse des zu betrachtenden Betriebsbereiches bestimmt werden, sowie deren quantitative und qualitative Ziele und Leistungskriterien (Dammer & Wilczek, 2007).

Als relevante Prozesse werden die bezeichnet, die eine große Bedeutung für die Kundenzufriedenheit haben, wichtige Wettbewerbsvorteile verschaffen und eine hohe Ressourcenintensität aufweisen.

In dieser ersten Phase der Prozessoptimierung werden auch die Prozessaufgaben, der Prozessumfang und die Prozessverantwortlichen festgelegt.

- Ermittlung und Analyse der Ist-Situation

In der zweiten Phase, die der Ermittlung und Analyse der Ist-Situation dient, geht es um die systematische Untersuchung eines als problematisch empfundenen Ist-Zustands. In Bezug auf die zu erreichenden Ziele soll herausgefunden werden, ob und wie weit die betrachteten Betriebsabläufe, Aufgabenbereiche und Prozesse den Anforderungen und Erwartungen entsprechen. Hier soll eine Bestandsaufnahme der bestehenden Ablauforganisation vorgenommen werden, als Ganzes oder auch als einzelne Arbeitsprozesse. Auslöser für eine Untersuchung der Ist-Situation kann ein erkannter Mangel in der bestehenden Gestaltung sein, beispielsweise die lange Durchlaufzeit eines Prozesses. Mit Hilfe einer Analyse der Ist-Situation können dann Potentiale zur Verbesserung und erforderliche Veränderungen herausgefiltert werden.

Mit der Aufnahme der Ist-Situation wird das Ziel verfolgt, den Arbeitsablauf im Unternehmen zu ermitteln und darzustellen. Die Untersuchungen beziehen sich dabei auf folgende Prozessaktivitäten:

- Verzeichnisse der Arbeitsabläufe
- Arbeitsprozessdarstellung
- Häufigkeitsverteilungen
- Zeitermittlungen
- Verzeichnis der erforderlichen Arbeitsmittel
- Personelle Zuordnung
- Raumzuordnung und Wege
- Kostenermittlung (Birker, 1998).

Somit bezieht sich die Analyse auf die einzelnen Strukturen und Abläufe eines Prozesses. Anhand von dargestellten Abläufen kann der Zusammenhang zwischen Problem und Ursache untersucht werden. Durch die Untersuchung des Prozesses sollen Schwachstellen analysiert und Verbesserungspotential aufgedeckt werden.

- Schwachstellenanalyse und Beurteilung der Ist-Situation

Der Aufnahme der Ist-Situation folgt im dritten Schritt die Kritik und Beurteilung, wobei durch systematische Analyse und Bewertung Schwachstellen bzw. verbesserungsfähige Arbeitsabläufe aufgedeckt werden. Mit einer Schwachstellenanalyse und Beurteilung der Ist-Situation wird das Ziel verfolgt, Fehlerquellen zu ergründen bzw. verbesserungsfähige Arbeitsabläufe erkennbar zu machen. Die Beurteilung stellt grundsätzlich einen Vergleich der Ist-Daten mit den Soll-Daten entlang der Prozessparameter Qualität, Zeit und/oder Kosten dar.

Stehen die Ergebnismängel fest, ist anschließend die Häufigkeit der auftretenden Mängel zu ermitteln. Beanstandungen, die besonders häufig genannt werden, rücken schnell in den Mittelpunkt. Rationalisierungsmaßnahmen konzentrieren sich oft auf häufig genannte, zeitaufwendige und sehr kostenintensive Arbeitsprozesse, denn hier können schon kleinere Verbesserungen zu beachtlichen Erfolgen führen (Birker, 1998). Anschließend sind die Ursachen zu ermitteln, die den Mangel hervorrufen. Dabei wird der Arbeitsgang untersucht, bei dem die Beanstandung aufgetreten ist und herausgefiltert, was den Mangel ausgelöst hat. Damit erkannte Schwachstellen und Verbesserungspotentiale vollständig abgebildet werden, ist es sinnvoll, eine Schwachstellenliste aufzustellen. Diese sollte wichtige Informationen umfassen, wie zum Beispiel die Beschreibung eines Problems, eventuelle Ursachen, betroffene organisatorische Einheiten (Schnittstellen) und die Relevanz von Lösungsoptionen.

- Soll-Konzeption

Die Lösungsphase der Prozessgestaltung orientiert sich an den durch die Analyse ermittelten Schwachstellen. Anhand dieser Erkenntnisse sollen nun verbesserte Arbeitsabläufe und entsprechende Konzeptionen für neue Aufgaben entwickelt und organisatorisch eingebunden werden. Um den zukünftigen Ablauf zu gestalten ist es sinnvoll, ein kundenoptimales Prozessmodell zu entwickeln.

Durch die Planung soll die Organisation des Ablaufes überschaubar gestaltet sowie Zusammenhänge und eventuelle Engpässe verdeutlicht werden. Hierbei sind der jeweilige Auftrag und die grundsätzlichen Ziele des Unternehmens zu berücksichtigen. Generell sollen mit der Soll-Konzeption die 6-W-Fragen beantwortet werden:

1. Was muss getan werden?
2. Wer kann es tun?
3. Wie sind die Maßnahmen durchzuführen?
4. Womit sind die Aufgaben zu erledigen?
5. Wann soll die Arbeit getan werden?
6. Wo soll die Tätigkeit erfolgen?

Die Analyse der Ist-Situation mit den aufgedeckten Schwachstellen erweist sich bei der Erarbeitung eines Soll-Konzeptes als bedeutendes Hilfsmittel. Konnte durch die Schwachstellenanalyse zum Beispiel aufgedeckt werden, an welcher Stelle im Prozess eine Reduzierung nicht wertschöpfender Tätigkeiten machbar ist, ist dieser Aspekt bei der Erstellung der Soll-Situation zu beachten. Die zukünftige Prozessstruktur sollte das Wertschöpfungsbewusstsein einer jeden Mitarbeiterin bzw. eines jeden Mitarbeiters stärken, zum Beispiel durch Sichtbarmachen des eigenen Beitrags an der Gesamtleistung.

Wenn letztlich die Erarbeitung eines zukünftigen Ablaufs fertig gestellt ist, kann schließlich die Implementierung erfolgen. Diese Phase setzt voraus, dass die Entscheidung, ein neues beziehungsweise verändertes Konzept der Ablauforganisation einzuführen, gefallen ist. Die Umsetzungsstrategie ist zunächst zu planen und vorzubereiten, um sie dann durchzuführen und schließlich zu überwachen. Die Darstellung des einzuführenden Arbeitsablaufes erfolgt zum Beispiel durch grafische Ablaufpläne. Die neue Konzeption kann Auswirkungen auf die einzelnen Stellenbeschreibungen und Teile der Aufbauorganisation haben, so dass möglicherweise Anpassungen vorzunehmen sind.

- Einführung und Durchsetzung.

Bei der Einführung und Durchsetzung ist die Entscheidung zu treffen, ob das neue System als Ganzes, in einzelnen Stufen oder sogar nur zur Probe eingeführt werden soll. Um den Prozess der Einführung überschaubar zu gestalten, ist ein stufenweises Vorgehen sinnvoll, denn hier werden nacheinander einzelne Bereiche oder abgegrenzte Vorgänge verändert.

Dem Ablaufplan werden Aufgaben-, Termin-, Personal-, Sachmittel- und gegebenenfalls Raumplanungen sowie oftmals eine Kostenplanung zu entnehmen sein. Je mehr Arbeitsbereiche von der Änderung betroffen sind beziehungsweise die Arbeitsausführungen selbst, je eher sind Personalschulungen erforderlich und im Vorfeld entsprechend zu planen. Für die eigentliche Einführung ist ein Zeitpunkt zu bestimmen, an dem durch die Prozessoptimierung möglichst keine übermäßige Arbeitsbelastung auftritt und das erforderliche Personal sowohl für die Übernahme der neuen Aufgaben als auch für die Unterstützung der Einführung zur Verfügung steht (Birker, 1998).

An letzter Stelle erfolgt in der Regel eine Ergebnis- und Prozessevaluierung, bei der der Umsetzungserfolg bewertet wird. Eine Kontrolle ist sehr wichtig, da erzielte Ergebnisse und Verbesserungen so besser eingeschätzt werden können. Es gilt herauszufinden, ob die Aufgaben sowie die zugehörigen Ergebnisse dem vorgegebenen Prozessablauf entsprechen. So können Unklarheiten, Fehler und offene Fragen im Prozessablauf durchgesprochen und gegebenenfalls Korrekturmaßnahmen eingeleitet werden (Thaler, 2003).

2.3 Skill Mix

Der Einsatz von Pflegepersonen mit unterschiedlichen Qualifikationen kann als Skill Mix bezeichnet werden. Hintergrund der derzeitigen Diskussion über den Skill Mix ist die Erkenntnis, dass die Erfüllung bestimmter Aufgaben durch eine überqualifizierte Person eine Verschwendung von Ressourcen darstellt. Die Umsetzung der Skill-Mix-Konzepte im internationalen Raum ist durch unterschiedliche Faktoren beeinflusst worden. Hierzu zählen zum Beispiel die Kostenentwicklung in Einrichtungen des Gesundheitswesens, insbesondere die der Personalkosten, die technologischen Innovationen, die neuen medizinischen Interventionen und die veränderten organisatorischen Rahmenbedingungen, die eine neue Art von Personalqualifikation erfordern (Lenz, 2007). Weiterhin haben aber auch die veränderten gesetzliche Rahmenbedingungen, die Umstellung der Finanzierung von Gesundheitsleistungen sowie die wachsende Bedeutung der Versorgungsqualität, die spezifische Anforderungen an die Qualifikation des Personals mit sich gebracht hat, ihren Teil dazu beigetragen.

In den einzelnen Ländern sind die Ansätze für Skill Mix unterschiedlich. Buchan und Dal Poz differenzieren nach direkten Einflussfaktoren, wie zum Beispiel den Professionalisierungsbestrebungen einer Berufsgruppe, und nach kontextuellen Faktoren, wie zum Beispiel der Finanzierung von Gesundheitsleistungen oder der Privatisierung von Gesundheitseinrichtungen (Buchan & Dal Poz, 2002). Buchan et al. gehen davon aus, dass neben den Professionalisierungsbestrebungen der Pflegenden weitere Einflussfaktoren (wie etwa die Veränderung der Rechtsform des Anbieters von Gesundheitsleistungen, die Art der Finanzierung oder rechtliche Aspekte) die Diskussion um den Skill Mix beeinflussen haben (Buchan et al., 2000).

Bei näherer Betrachtung der genannten Determinanten lässt sich feststellen, dass diese in den relevanten Gesundheitssystemen (zum Beispiel USA, Großbritannien, Australien und Deutschland) identisch sind. Dagegen sind die Anpassungsstrategien, die zur Entwicklung von Skill Mix beigetragen haben, innerhalb dieser Länder unterschiedlich.

Die Schwierigkeit, die unterschiedlichen Ansätze von Skill Mix zu vergleichen, liegt darin, dass in den einzelnen Ländern unterschiedliche Bezeichnungen von pflegenden Personen existieren. Im Ergebnis gibt es eine Vielzahl von Skill-Mix-Formen, bei denen unterschiedlich qualifizierte Pflegepersonen versuchen, auf die Bedürfnisse von PatientInnen einzugehen. Diese reichen von Skill-Mix-Konzepten, bei denen Pflegepersonen mit einer deutlich kürzeren Ausbildung direkte Pflegeaufgaben übernehmen, bis hin zu Ansätzen, bei denen Assistenzpersonen ohne Ausbildung in direkte Pflegehandlungen einbezogen werden. Skill-Mix-Konzepte können nicht nur zwischen verschiedenen Einrichtungen, sondern auch innerhalb einer Einrichtung variieren (Lenz, 2007).

So wurde zum Beispiel in den USA die pflegerische Ausbildung bereits vor Jahrzehnten in den tertiären Bildungssektor integriert. Dies führte einerseits zur Übertragung von komplexen Aufgaben auf diese gut ausgebildeten Pflegepersonen, andererseits wurden aber auch Deprofessionalisierungstendenzen eingeleitet. Das Handlungsfeld der Pflegenden wurde segmentiert und bestimmte Aufgabenbereiche, die (vermeintlich) eine geringere Qualifikation erforderten, sind von Hilfskräften übernommen worden.

Hintergrund dieser Entwicklung war die Kostenexplosion innerhalb des Gesundheitssystems der USA. Die Anbieter der Gesundheitsleistungen wurden gezwungen, die Dienstleistungen unter den Gesichtspunkten der Effizienzverbesserung und der Qualitätssteigerung anzubieten. In diesem Kontext wurden die notwendigen Rationalisierungsschritte im pflegerischen Bereich umgesetzt, da der Anteil der Personalkosten der Pflegenden durchschnittlich bei über 50% der Ausgaben einer Gesundheitseinrichtung lag.

Traditionell wurden die PatientInnen von Registered Nurses (RN), Licensed Practical Nurses (LPN) und Care Providers (CP) versorgt, deren Berufsausübung von staatlichen oder örtlichen Organisationen lizenziert beziehungsweise reguliert wurde. Nichtlizenzierte Arbeitskräfte, wie zum Beispiel Health Care Aides, Nursing Aides, Porters und Orderlies, wurden überwiegend für Versorgungsaufgaben in Gesundheitseinrichtungen eingesetzt (Lenz, 2007). Unabhängig vom Pflegesystem war die Arbeitsorganisation dadurch gekennzeichnet, dass jedem Mitglied eines Teams bestimmte Aufgaben zugeteilt wurden. Die RN übernahmen unter anderem die Aufgabe der Medikation, die LPN kontrollierten die Vitalzeichen und die Hilfskräfte übernahmen die Unterstützung bei den Grundbedürfnissen der PatientInnen und das Bettenmachen.

In den späten 1970er und frühen 1980er Jahren setzte sich aufgrund der einsetzenden sozialen, ökonomischen, technologischen und demographischen Veränderungen zunehmend das Primary Nursing durch, das im Gegensatz zur Funktions- und Gruppenpflege die Verantwortlichkeit einer/s Pflegenden für eine definierte Patientengruppe betont. Die Einführung von Primary Nursing ging mit der Annahme einher, dass dieses Pflegesystem ausschließlich die Gruppe der RN benötigt. In der Folge dieser Entwicklung sank in der Zeit zwischen 1981 und 1987 der Anteil der im Krankenhaus angestellten LPN um 23,5 Prozent und der Anteil der Hilfskräfte um 12,1% (Lenz, 2007).

In den 1980er und 1990er Jahren wurde die Konzeption, dass ausschließlich RNs Pflege im Rahmen von Primary Nursing erbringen, aufgrund deren im Verhältnis zu den anderen Pflegekräften deutlich höheren Gehältern verworfen. So verdienen zum Beispiel Nurse Extenders durchschnittlich zwischen 20-40% weniger als RNs (Lenz, 2007).

Krankenhäuser waren aufgrund des zunehmenden Kostendrucks gezwungen, die Effizienz der pflegerischen Leistungserstellung zu steigern. Verstärkt wurde der Kostendruck durch die Entwicklung von Managed Care-Konzepten. Hierbei nutzten die dominanten Health Main-

tenance Organizations (HMO) ihre Marktposition. Sie konnten durch ihre starke Wettbewerbsposition die Preise für die medizinischen Versorgungsleistungen diktiert. Die rasche Zunahme privater Anbieter von Gesundheitsleistungen führte darüber hinaus zu massiven Veränderungen innerhalb des amerikanischen Gesundheitsmarktes.

Dieser gesundheitspolitische und ökonomische Druck hat gerade im kostenintensiven Bereich der Patientenversorgung dazu geführt, dass kostengünstigeres Personal eingesetzt wurde, um die Pflegeleistungen zu erbringen.

Im Rahmen einer nationalen Untersuchung der American Hospital Association (AHA) wurde im Jahre 1989 festgestellt, dass bereits Hunderte von Krankenhäusern Nurse Extenders angestellt hatten und diese ein integraler Bestandteil des Versorgungssystems waren. Anfang der 1990er Jahre berichtete die AHA, dass etwa 97% der Krankenhäuser bereits eine Art von Nurse Extender einsetzten (Lenz, 2007).

Diese Entwicklung, dass nicht oder kaum ausgebildete Pflegepersonen direkte Pflegehandlungen übernehmen, hat sich auch in den letzten Jahren in den USA im stationären und ambulanten Bereich fortgesetzt. Parallel hierzu sind die Bedenken in der Bevölkerung, dass sich die Pflegequalität verschlechtern wird, gestiegen. Als logische Folge dieser veränderten Einstellung spielen als Kriterien für die Auswahl von Gesundheitsdienstleistungen neben den Effizienz-Gesichtspunkten die Patientenzufriedenheit und die Behandlungs- und Pflegeergebnisse zunehmend eine wesentliche Rolle.

In den späten 1990er Jahren gab es in den USA eine Reihe von Untersuchungen, die den Zusammenhang zwischen Pflegequalität und Skill Mix untersucht haben (Buerhaus & Needleman, 2000). Gemeinsames Ergebnis dieser Projekte war die Erkenntnis, dass zur Messung der Effizienz die gewünschte Qualität der pflegerischen Interventionen vorab zu definieren ist.

Ähnlich wie in den USA wurde auch in Großbritannien in den späten 1980er Jahren aufgrund der demographischen Veränderungen, des Anstiegs privater Anbieter von Gesundheitsleistungen und des damit in Verbindung stehenden stärkeren Wettbewerbs sowie der immens gestiegenen Gesundheitsausgaben innerhalb des National Health Service (NHS) der Skill Mix diskutiert (Lenz, 2007).

Der Anteil der Personalkosten an den Gesamtausgaben der NHS beträgt etwa 75%, der Anteil der Personalkosten für Pflegende an den Personalkosten liegt bei etwa 40% (Lenz, 2007). Bereits in den 1980er Jahren zeigten Untersuchungen, dass der zeitliche Aufwand von Pflegenden für nicht-pflegerische Tätigkeiten erheblich war, und es wurde ein Bedarf identifiziert, so genannte Support Worker einzusetzen. 1989 wurde eine Studie der Universität von Leeds veröffentlicht, die zeigte, dass ein Teil der Arbeiten, die durch ausgebildetes Personal erledigt wurde, auch vom Support Staff übernommen werden kann und damit ein erhebliches Einsparpotenzial besteht (Lenz, 2007). Eine Anfang der 1990er Jahre durch die

Isle of Wight Health Authority beauftragte Untersuchung kommt zum gleichen Ergebnis (Blee, 1993).

Das Konzept Skill Mix innerhalb der Profession der Pflegenden in Großbritannien wurde maßgeblich durch die Strategy for Nursing (Department of Health, 1989), durch die Review of Nursing Skill Mix (Department of Health and Social Security, 1986) und die Einführung des Scope of Professional Practice (United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting, 1990) beeinflusst (Gibbs et al., 1990).

Im Rahmen des Project 2000 wurde auch in Großbritannien die mit Krankenhäusern verbundene Pflegeausbildung in den tertiären Bildungsbereich überführt. In der klinischen Praxis entstand aus diesem Grund eine Lücke, da direkte Pflegetätigkeiten nicht mehr durch Auszubildende übernommen werden konnten. Um diese Lücke zu schließen, wurde vom United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting bereits 1988 die Einführung von Healthcare Assistants (HCA) empfohlen, dieses Konzept wurde bereits zwei Jahre später umgesetzt (Gould et al., 2004). Die Einführung von HCAs wurde in Großbritannien kontrovers diskutiert.

Im Focus der Auseinandersetzung stand die Frage, wer die pflegerischen Tätigkeiten definieren darf und auf welchem Wege eine Veränderung initiiert wird. Kritisiert wurde zudem die mangelhafte Einbeziehung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse und die Dominanz der Kosteneinsparungen zulasten des Pflegeberufes

Auch in Großbritannien hat sich das Verhältnis von qualifizierten zu weniger beziehungsweise unqualifizierten Pflegepersonen seit Mitte der 1970er Jahre kontinuierlich verändert (Buchan et al., 2000). Allein zwischen 1999 und 2002 ist die Zahl der HCAs in England um 46% angestiegen (Lenz, 2007). Eine in Schottland durchgeführte Studie (Audit Scotland 2002) kommt zu ähnlichen Ergebnissen (Department of Health Sciences, 2003).

Auch in Australien gibt es, je nach Bundesstaat beziehungsweise Territorium, unterschiedliche Qualifikationen von Pflegenden, und das Thema Skill Mix wird seit Jahren über die Landesgrenzen hinaus diskutiert. Das liegt daran, dass dort neben RNs die weniger qualifizierten Enrolled Nurses zum Einsatz kommen und sich eine Vielzahl nicht-pflegerischen Hilfspersonals entwickelt hat, das pflegerische Aufgaben übernimmt (Lenz, 2007).

In Deutschland ist die Bezeichnung Skill Mix nicht verbreitet. Dennoch werden in den verschiedenen Leistungsbereichen des Gesundheitssystems bereits geringer oder nicht ausgebildete Pflegepersonen eingesetzt. Dieser Einsatz erfolgte bislang jedoch in einer unreflektierten und wenig wissenschaftsbezogenen Art und Weise und blieb den jeweiligen Entscheidungsträgern in den verschiedenen Leistungsbereichen überlassen (Stöcker, 2002). Im Gegensatz zu Großbritannien, den USA und Australien ist in Deutschland in der Vergangenheit, trotz der sich verändernden wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, keine tief greifende

Änderung der personellen Struktur von Pflegenden im Krankenhaus zu beobachten gewesen. Diese Veränderung wird jedoch zur Zeit aufgrund der aktuellen Tarifierhöhungen für das ärztliche Personal, durch das Urteil des Europäischen Gerichtshofes zur Arbeitszeit, durch die unzureichende Budgetsteigerung und durch den gegenüber den Grundlöhnen überproportionalen Anstieg der Gesamtkosten flächendeckend eingeleitet.

Das Interesse an dem Thema Skill Mix wird u. a. durch die Zahl der Veröffentlichungen dokumentiert. Die meisten Publikationen basieren auf Studien, die in den USA durchgeführt worden sind. In dem Zeitraum zwischen 1996 und 2000 wurden doppelt so viele Beiträge zum Thema Skill Mix veröffentlicht wie in dem Zeitraum zwischen 1986 und 1996 (Lenz, 2007).

Das jeweilige Studien-Design der betrachteten Untersuchungen ist entweder retrospektiv-komparativer Natur, indem auf Länder- und/oder Organisationsebene Vergleiche durchgeführt wurden, oder es ist deskriptiv ausgelegt. Die deskriptiven Studien versuchen einen Zusammenhang zwischen der Personalausstattung, insbesondere dem Mix aus gut qualifizierten und weniger qualifizierten Pflegepersonen, und bestimmten Variablen, wie zum Beispiel den Kosten, Qualitätskriterien, organisatorischen Einflussfaktoren, Abwesenheitszeiten, Fluktuation oder Zufriedenheit der Pflegepersonen, aufzuzeigen (Lenz, 2007). Die meisten Untersuchungen analysieren die Auswirkungen vor und nach Veränderung der Zahl der weniger qualifizierten Pflegepersonen in den Gesundheitseinrichtungen. Die Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus den Studien sind, ganz abgesehen vom methodischen Vorgehen und der Vergleichbarkeit der Studien, uneinheitlich.

Die Ergebnisse, die einen Zusammenhang zwischen dem Skill Mix und den Kosten herstellen, variieren je nach untersuchter Skill-Mix-Zusammensetzung. In Großbritannien zeigen einige Studien auf, dass eine Reduzierung der RNs zu erheblichen Kosteneinsparungen führt (Bostrom & Zimmerman, 1993). Andere weisen kostenneutrale Effekte nach, während einige zu dem Ergebnis kommen, dass zwar Kosten reduziert werden können, stattdessen aber Kosten in anderen Bereichen entstehen (Lenz, 2007).

Zur Begründung der kostenneutralen Effekte werden folgende Aspekte genannt:

- Aufgrund einer schlechteren Versorgung wird es zu einer längeren Verweildauer kommen.
- Die Abwesenheitszeiten und die Fluktuation der weniger qualifizierten Personen werden ansteigen.
- Die Leerzeiten der Hilfskräfte werden aufgrund der fehlenden Autonomie zunehmen, damit kommen unproduktive Effekte zum Tragen.

- Die schlecht ausgebildeten Personen führen Aufgaben aus, die jenseits ihrer Kompetenz liegen, hieraus resultieren negative Effekte auf das Pflegeergebnis.

In den USA wurde von einer vom IOM Committee on the Adequacy of Nurse Staffing in Hospitals and Nursing Homes benannten Expertengruppe Mitte der 1990er Jahre mittels einer nationalen, vom Kongress beauftragten Studie der Forschungsstand bezüglich Pflegepersonaleinsatz und Pflegequalität in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen untersucht (Wunderlich et al., 1996). Eindeutige Schlussfolgerungen konnten aus den vorliegenden Ergebnissen nicht gezogen werden. Dennoch wurden unterschiedliche Einschätzungen geäußert. Die eine Richtung geht davon aus, dass sich die Versorgungsqualität in Krankenhäusern durch die Einführung eines prospektiven Vergütungssystems nicht verschlechtert hat, andere Meinungsträger sehen einen Beleg dafür, dass eine bessere Personalausstattung mit einem besseren Pflegeergebnis verbunden ist.

Laut Stöcker kann davon ausgegangen werden, dass eine qualitativ minderwertige Pflegeleistung zeitlich versetzt zu Kostensteigerungen führen wird (Stöcker, 2001), doch gibt es derzeit in Deutschland keine Forschungsergebnisse, die sich mit dem Verhältnis von Skill Mix und Kosten auseinandersetzen. Die in der Vergangenheit in Deutschland geführte Diskussion, ausgelöst durch einen Personalmangel Ende der 1980er Jahre, bezog sich auf die von Pflegenden übernommenen pflegefremden Tätigkeiten (zum Beispiel Reinigungsarbeiten, Essentransport und administrative Tätigkeiten). Mittels strukturverbessernder Maßnahmen, wie zum Beispiel der Einführung einer zentralen Bettenreinigung, von Versorgungsassistenten und Hol- und Bringendiensten, wurde versucht, Pflegende von diesen Tätigkeiten zu entlasten.

In einer Anfang der 1990er Jahre durchgeführten Studie wurde der Einsatz von StationsassistentInnen in Krankenhäusern untersucht. Die Fragestellung hierbei war, welche administrativen Aufgaben von Pflegenden an StationsassistentInnen delegiert werden können, welches Anforderungsprofil sich für die künftigen StelleninhaberInnen ergeben und inwieweit diese Strukturveränderung Auswirkungen auf Pflegende und organisatorische Abläufe nach sich ziehen (Lenz, 2007). Dieser Untersuchung lag die Annahme zugrunde, dass etwa 10% der von Pflegenden durchgeführten Tätigkeiten ausschließlich administrative Tätigkeiten seien (Agnes Karll Institut für Pflegeforschung, 1993). Eine vom Deutschen Krankenhausinstitut (DKI) in Verbindung mit der Medvantis Medical Business Solutions Aktiengesellschaft durchgeführte Studie untersucht im Rahmen einer Befragung den Umfang spezifischer Tätigkeiten in Fachabteilungen der Allgemeinchirurgie und Inneren Medizin. Der in dieser Studie ermittelte Zeitbedarf für Dokumentation, Patientenbegleitdienste, Tätigkeiten im Bereich der Beschaffung und Logistik beträgt insgesamt etwa 28% der Arbeitszeit von Gesundheits-

und KrankenpflegerInnen (Deutsches Krankenhausinstitut, 2003). Anders als von den AutorInnen dieser Studie angenommen, können diese Tätigkeiten aber keineswegs pauschal als pflegefremd bezeichnet werden. Der Transport von PatientInnen, die von einer Intensivstation verlegt werden oder aus dem OP abzuholen sind, kann in vielen Fällen die Kompetenz einer qualifizierten Pflegeperson erfordern. Dies ist jeweils vor dem Hintergrund des Gefährdungspotentials der Patientin bzw. des Patienten zu entscheiden. Auch verbietet es sich von selbst, die Dokumentation von Pflegemaßnahmen oder die Erstellung des Pflegeberichtes per se als pflegefremd auszuweisen. So verbleiben noch das Führen der Krankenakte, Hol- und Bringendienste, Reinigungsdienste und Beschaffung und Logistik als eindeutig pflegefremd. Die vorliegende Studie weist für diese Tätigkeiten jedoch nur ein eher geringes Zeitkontingent aus.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es zwar zahlreiche Einflussfaktoren für die Entwicklung von Skill Mix gibt, dennoch spielen die ökonomischen Determinanten eine entscheidende Rolle. In der Praxis ist kein einheitlicher methodischer Ansatz zu erkennen, wie der Skill Mix für eine bestimmte Einrichtung oder Patientengruppe zu ermitteln ist. Buchan, Ball und O'May benennen zur Bestimmung des ‚richtigen‘ Skill Mix verschiedene theoretisch diskutierte Verfahren wie die Analyse der Aufgaben und deren Qualifikationsanforderung, die Aktivitätenanalyse jeder Pflegeperson, die Selbstaufschreibung der Pflegepersonen über durchgeführte Aktivitäten, die Analyse des Patientenmix beziehungsweise deren Pflegebedarf, die ExpertInnenbefragung, das Interview der Pflegepersonen und Gruppendiskussionen (Buchan et al., 2000).

Problematisch scheinen die personellen Umstrukturierungen dann zu sein, wenn lediglich ein simplifizierter tätigkeitsbezogener Ansatz für Skill Mix angewendet wird. Dieser ausschließlich tätigkeitsbezogene Ansatz blendet mögliche Auswirkungen eines veränderten Qualifikationsniveaus aus. Hierunter sind die Ansätze zu verstehen, bei denen die Anzahl der höher qualifizierten Pflegepersonen vermindert wird und die gleichen pflegerischen Aufgaben vermehrt von schlechter ausgebildetem Personal durchgeführt werden. Als Beurteilungskriterium steht das Pflegeergebnis im Zentrum des Interesses. Zur Messung des Pflegeergebnisses sind Variablen (wie Fehler bei der Medikamentengabe, Stürze, Wiederaufnahme ins Krankenhaus), die einen Einfluss auf die Prozess- und/oder Ergebnisqualität in Zusammenhang mit dem Skill Mix zeigen sollen, zu definieren.

Es gibt nur wenige Untersuchungen, die den Einfluss von Skill Mix auf die damit verbundenen Kosten darstellen. Auch ihre Ergebnisse sind widersprüchlich. Oftmals besteht der Skill-Mix-Ansatz darin, das Handlungsfeld von Pflegenden in Aufgaben zu segmentieren um feststellen zu können, welche Aufgaben von weniger qualifizierten Personen übernommen wer-

den können. Neben den erhofften Kosteneinsparungen können jedoch unerwartete Nebenefekte auftreten, die eine kontraproduktive Wirkung haben können.

2.4 Nutzenmessung durch ökonomische Evaluationen

Die eindeutige Beantwortung dieser Fragestellung ist zur Zeit nicht möglich. In den letzten Jahrzehnten lag ein wesentlicher Schwerpunkt im Aufbau einer Kosten- und Leistungsrechnung in den Krankenhäusern. Damit sind die Kliniken heute in der Lage den zweckbezogenen Ressourcenverbrauch, also die Kosten, zu dokumentieren und zu bewerten. Die Evaluierung der Akzeptanz der Leistungsbereitstellung seitens der Krankenhäuser aus dem Blickwinkel der AbnehmerInnen dieser Dienstleistungen und Sachgüter (zum Beispiel Versicherte, Krankenkassen, einweisende ÄrztInnen) ist jedoch nur ansatzweise durchgeführt worden. Somit befindet sich die auf wissenschaftlichen Methoden basierende Nutzenmessung der Krankenhausergebnisse in Deutschland erst in der Entstehungsphase.

In Kenntnis dieses Defizits haben die Mitglieder des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in ihrem Gutachten 2007 im Punkt 2.7.2 ‚Möglichkeiten zur Erprobung neuer Aufgabenverteilungen‘ den folgenden wesentlichen Hinweis eingefügt: *„Um weiterreichende Modelle der Aufgabenverteilung auch mit mehr Eigenständigkeit der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe zu erproben, bedarf es jedoch einer neu zu schaffenden Option. ... Wichtig ist dabei eine gute Evaluation der Effekte sowohl hinsichtlich der Qualität als auch der Kosten der Versorgung“* (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2007).

Die ExpertInnen sprechen sich damit eindeutig für eine Evaluierung der im Rahmen von Modellversuchen neu zu schaffenden alternativen Versorgungs- und Betreuungsformen aus. Die dort gewonnenen Ergebnisse lassen sich im Sinne eines Alternativvergleiches den erzielten Effekten der traditionellen Versorgungssysteme gegenüberstellen.

Da die Frage nach den Kostenwirkungen der Aufgabenneuverteilung zur Zeit nicht beantwortet werden kann, werden in den folgenden Ausführungen zukünftige Wege aufgezeigt, mit denen dieser Mangel behoben werden können. In diesem Kontext werden die Überlegungen der Sachverständigen in der zu erstellenden gesundheitsökonomischen gutachterlichen Stellungnahme zu den Handlungsfeldern in der Krankenhauspflege übernommen.

Es werden Handlungsoptionen genannt, die im Rahmen einer ökonomischen Evaluation der Alternativen ‚Traditionelle Versorgung‘ und ‚Modell der Aufgabenneuverteilung‘ (es handelt sich hierbei um Arbeitstitel) herangezogen werden können.

Vor dem Hintergrund der seit Jahren knapper werdenden Finanzmittel, die den Sozialversicherungen im Sinne der solidarischen Finanzierung zur Verfügung stehen, und den anhal-

tenden Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen ist der Sozialstaat gefordert, eine angemessene Allokation der Ressourcen zu erreichen. Nur hierdurch lässt sich nachhaltig eine bedarfsgerechte, qualitativ gesicherte und effektive sowie effiziente Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen gewährleisten. Die Notwendigkeit, die Effektivität, Effizienz und Qualität zu verbessern, wird auch in den Gutachten des Sachverständigenrates aus den letzten Jahren gefordert. Hierbei wird deutlich, dass nicht allein der Ressourcenverbrauch (Kosten) gesteuert werden muss, sondern auf der anderen Seite ist ebenso der Nutzen (monetäre und intangible Erträge) zu betrachten. Erst diese vergleichende Gegenüberstellung von Income- und Outcome-Faktoren kennzeichnet die Wirtschaftlichkeit der Leistungserstellung bzw. -bereitstellung von Gesundheitsgütern.

Gesundheitsökonomische Evaluationen sind in diesem Zusammenhang Instrumente, um die Wirtschaftlichkeit von Behandlungsprogrammen und Versorgungsstrukturen wissenschaftlich zu untersuchen.

Eine optimale Ressourcenallokation von begrenzten Mitteln lässt sich mittels Kosten-Nutzen-Betrachtungen erzielen. Dies fördert die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven, da *„die Steuerungsmechanismen des Marktes im Gesundheitswesen größtenteils ausgeschaltet sind, muss man gerade auf diesem Gebiet ausdrücklich für Wirtschaftlichkeit sorgen“* (Bes-sai, 1989). Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen fordert: *„bei einer sich weiter entwickelnden Medizin und einer alternden Bevölkerung die Ausgrenzung unnötiger Leistungen und die Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven“* (Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 1987).

Der Nachweis von Wirtschaftlichkeit wird auch im SGB V §12 Absatz 1 eingefordert: *„Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig, und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“* (Bundesministerium für Justiz, 2004).

Auch eine Neuverteilung von Aufgaben zwischen dem ärztlichen und pflegerischen Personal muss in Hinblick auf ihre Effizienz und Effektivität untersucht werden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass ökonomische Evaluationstechniken Hilfestellung bieten,

- um delegierbare Leistungen aufzudecken
- um Wirtschaftlichkeitsreserven zu mobilisieren
- um die Kosten und den Nutzen von Maßnahmen zu bestimmen und zu vergleichen
- um § 12 SGB V zu genügen
- um verteilungsethische Probleme zu differenzieren.

Evaluationstechniken bieten folglich bei knappen Ressourcen Hilfestellungen und Lösungsmöglichkeiten, wie die Gesundheitsgüter bedarfsgerecht und wirtschaftlich zur Verfügung gestellt werden können. Gesundheitsökonomische Evaluationen haben aber kein einheitli-

ches Studiendesign. Die Wahl der Form hängt von der Zielsetzung und der Ausgangsfrage ab. Eine wichtige Unterscheidung ist hierbei zunächst, ob es sich um eine vergleichende oder nicht vergleichende Studie handelt.

Die folgende Abbildung stellt die verschiedenen Möglichkeiten dar:

Abbildung 1: Systematik gesundheitsökonomischer Evaluationen

| Gesundheitsökonomische Evaluation | | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------------|-------------------------|
| nicht vergleichend | | vergleichend | | | |
| Kosten-Analyse | Krankheits-kosten-Analyse | Kosten-Kosten-Analyse | Kosten-Nutzen-Analyse | Kosten-Wirksamkeits-Analyse | Kosten-Nutzwert-Analyse |

Quelle: (Schöffski, 2002)

Im Rahmen dieses Forschungsvorhabens wird ein ökonomischer Vergleich zwischen dem ‚Traditionellen Versorgungsangebot‘ und dem ‚Modell der Aufgabenneuverteilung‘ vorgeschlagen. Daher kommen nur vergleichende Methoden infrage. Aus den vier Möglichkeiten bieten sich wiederum die Kosten-Nutzen- und die Kosten-Wirksamkeits-Analyse (KWA) an.

Die **Kosten-Nutzen-Analyse (KNA)** wird im internationalen Sprachgebrauch auch als Cost-Benefit Analysis (CBA) bezeichnet. Sowohl Nutzen als auch Kosten einer Maßnahme werden in Geldeinheiten bewertet. Die KNA ist die älteste ökonomische Evaluationsform und wird in anderen Wirtschaftssektoren (zum Beispiel Straßenbau) seit mehreren Jahrzehnten eingesetzt. Es handelt sich bei dieser Analyse um eine eindimensionale Evaluationsform, d.h. alle Indikatoren werden monetär ausgedrückt. Somit müssen auch die Nutzengrößen, die sich durch direkte, indirekte und intangible Kosten ermitteln lassen, in Geldeinheiten messbar sein. Eine Schwierigkeit besteht darin, die intangiblen Effekte wie Lebensqualität oder psychosoziale Faktoren monetär zu messen. In der Literatur wird keine einheitliche Meinung vertreten, ob die intangiblen Effekte monetär ausgedrückt werden müssen. Verschiedene GesundheitsökonomInnen erklären die Problematik für unlösbar (Mildner, 1983). Im anglo-amerikanischen Bereich herrscht hingegen die Ansicht vor, intangible Effekte mit dem Willingness-to-pay Ansatz messen zu können, der die Zahlungsbereitschaft von PatientInnen oder Angehörigen bezüglich der Alternativen misst. Diese Meinung vertreten Drummond et al. (Drummond et al., 2005), Gold et al. (Gold et al., 1996) sowie die deutschen GesundheitsökonomInnen Hajen (Hajen et al., 2000), Schöffski und Greiner (Schöffski & Greiner, 2002). Manifestiert wird dieser Anspruch auch in den Hannover Guidelines (Schulenburg & Greiner, 1995), welche als deutsche Handlungsempfehlungen für gesundheitsökonomische Evaluationen zu verstehen sind.

„Die KWA (häufig auch Kosten-Effektivitäts-Analyse genannt) bietet die Möglichkeit, auch die nicht in monetären Einheiten zu bewertenden Effekte einer medizinischen Maßnahme in gesundheitsökonomischen Evaluationen zu berücksichtigen“ (Schöffski, 2002).

Der Unterschied zur KNA ist, dass der Nutzen beziehungsweise die Wirksamkeit bei der KWA in physikalischen Einheiten gemessen wird. Die KWA ist damit nicht eindimensional monetär in ihrem Zielsystem, sondern zweidimensional. Gerade im beantragten Forschungsprojekt können so Faktoren miteinbezogen werden, die nicht monetär bewertbar sind. Dazu zählen beispielsweise die klinischen Outcome-Indikatoren.

Auch die KWA wird in der Literatur in ihrer Methodologie nicht einheitlich definiert. Die überwiegende Zahl der AutorInnen fordert die Messung der Wirksamkeiten in „technisch-physikalischen Größen“ (Mildner, 1983) oder fordert objektive Messwerte oder „natürliche Einheiten“ (Ahrens, 2002), die der objektiv gesellschaftlichen Sichtweise entsprechen müssen. Andere Autoren wie Haubrock und Schär (Haubrock & Schär, 2002) oder Gold et al. (Gold et al., 1996) erklären auch subjektive Wirksamkeiten aus Patientensicht für legitime Indikatoren, wie zum Beispiel die Zufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung. Aufgrund dieser Sichtweise sollen auch subjektive Bewertungen in die Nutzenmessung aufgenommen werden.

Als **Schlussfolgerung** aus den unterschiedlichen Stellungnahmen sollen abschließend für das Forschungsprojekt die folgenden Prämissen festgeschrieben werden:

- Bei der KNA werden unterschiedliche direkte und indirekte Kosten als Nutzenparameter monetarisiert.
- Bei der KWA werden mehrere intangible Outputindikatoren berücksichtigt.

Die Analyse und Bewertung des internationalen Standes der Forschung und Versorgung konzentriert sich auf die Identifikation geeigneter Indikatoren für die Bestimmung der verschiedenen Kosten- und Nutzen-Parameter. Darüber hinaus soll der derzeitige Forschungsstand beschrieben und Empfehlungen für den weiteren Forschungsbedarf abgeleitet werden. Möglichkeiten und Grenzen von Indikatoren und Messinstrumenten über nationale Grenzen hinaus werden erläutert.

Für die Bewertung von Studienergebnissen gelten neben den allgemeinen Gütekriterien für Studien spezifische Guidelines und Handlungsempfehlungen für gesundheitsökonomische Evaluationen (Drummond et al., 2005; Schöffski & Schulenburg, 2002). Um die Bewertungsmaßstäbe auch für die oben genannten alternativen Versorgungskonzepte transparent zu gestalten, werden an dieser Stelle die Kriterien vorgestellt.

Drummond und Jefferson entwickelten 1996 „Guidelines for authors and peer reviewers of economic submissions to the BMJ [British Medical Journal, d.A.]“ (Drummond & Jefferson,

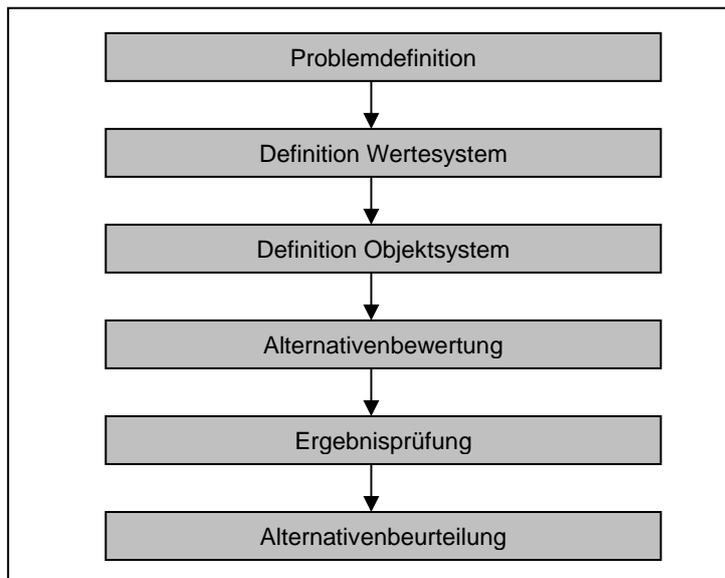
1996). Diese Guidelines entstanden im nationalen britischen Konsens mit anderen GesundheitsökonomenInnen. Zu den Qualitätskriterien einer Studie gehören demnach: Existenz eines Studiendesigns, Transparenz der Datensammlung, Präsentation der Analyseverfahren und der Dateninterpretation.

Die Hannover Guidelines, die als deutsche Handlungsempfehlungen gelten, entsprechen weitestgehend den Vorgaben von Drummond und Jefferson.

Mittels der beiden ökonomischen Evaluierungsverfahren können die beiden alternativen Versorgungsangebote hinsichtlich der entstehenden Kosten und des sich jeweils ergebenden Nutzens miteinander verglichen werden.

Der Aufbau der ökonomischen Studie orientiert sich am von Mildner entwickelten Grundmuster von Kosten-Nutzen-Untersuchungen. Der Ablauf lässt sich in sechs Verfahrensstufen einteilen, wobei sich diese wieder in mehrere Schritte untergliedern. Nach diesem Muster sollen auch in diesem Forschungsprojekt die KNA und KWA aufgebaut werden. Die jeweiligen Arbeitsschritte, die in der folgenden Abbildung hinterlegt sind, bilden auch die Meilensteine des Arbeitsprogramms. Die folgende Abbildung zeigt eine Darstellung der einzelnen Verfahrensstufen.

Abbildung 2: Grundmuster von Kosten-Nutzen-Untersuchungen



Quelle: (Mildner, 1983)

Im ersten Schritt geht es um die **Problemdefinition**. Im Rahmen des Forschungsprojektes liegt das Problem in der Diskrepanz der knappen finanziellen Ressourcen der Sozialversicherungen auf der einen Seite und der bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung auf der anderen Seite. Hieraus ergibt sich die Gefahr, dass das Angebot an medizinischen und/oder pflegerischen Leistungen nicht der Nachfrage entspricht. Es gilt somit einen optimalen Lösungsansatz aufzuzeigen, der diese Diskrepanz auflösen kann. Im zweiten Schritt, der Festlegung des **Wertesystems beziehungsweise des Zielsystems**, sind die Ziele zu benennen, die realisiert werden müssen, um das Problem zu lösen.

Im Rahmen des Projektes hätte die KNA das Ziel, die Variante zu ermitteln, die die bedarfsgerechte Versorgung der betroffenen Versicherten durch den effizientesten Einsatz der Gesundheitsgüter, die die Kostenträger/LeistungserbringerInnen für die Versorgung zur Verfügung stellen müssen, realisieren kann.

Die Kosten umfassen zum Beispiel die in Euro bewerteten Personal- und Sachmitteleinsätze, die im Rahmen der Intervention anfallen. Hierbei ist es sinnvoll, eine Vollkostenrechnung auf Basis der Ist-Kosten durchzuführen. Diese betriebswirtschaftlichen Daten müssen unter anderem aus den Kosten- und Leistungsrechnungen der teilnehmenden Krankenhäuser herausgefiltert werden. Hierbei kann zur Zeit nicht überblickt werden, ob die Krankenhäuser bereits über eine arbeitsfähige Kostenträgerrechnung verfügen. Der Nutzen sollte im Rahmen der KNA durch das Opportunitätskostenverfahren ermittelt werden. Hierbei werden die direkten und indirekten Kosten der nicht gewählten Variante (entgangener Nutzen) als eigener Nutzen ermittelt. Zu den direkten Kosten gehören die Kosten der medizinischen und/oder pflegerischen Versorgung. Es sind somit die Kosten, die durch die Kostenträger (zum Beispiel Gesetzliche Krankenkassen) zu finanzieren sind. Bei den direkten Kosten bil-

den die Personalkosten den größten Ausgabenblock. Aufgrund des dualen Finanzierungs-systems muss bei der Kostenaufstellung beachtet werden, dass auch die Investitionskosten sowie die Gebrauchsgüter in Form von indirekten Kosten ausgewiesen werden. Zu den indirekten Kosten zählen weiterhin zum Beispiel die Produktionsverluste durch Abwesenheitstage. Diese Kosten werden von den Betroffenen, vom Arbeitgeber oder von der Gesellschaft finanziert. Inwieweit diese Kosten berücksichtigt werden müssen, sollte im Verlauf der Studie festgelegt werden. Die Effizienz einer untersuchten Maßnahme wird in Form der absoluten Effizienz gemessen, das meint: die Effizienzermittlung erfolgt durch Differenzenbildung der monetären Kosten- und Nutzenparameter.

Im Rahmen des Kosten-Wirksamkeits-Analyse ist es das Ziel, die Variante zu ermitteln, die die bedarfsgerechte Versorgung der betroffenen Versicherten durch den effektivsten Einsatz der Gesundheitsgüter, die die Kostenträger/LeistungserbringerInnen für die Versorgung der PatientInnen im Vergleich der beiden Varianten zur Verfügung stellen müssen, realisieren kann.

Die KWA eignet sich besonders bei dem Vergleich der beiden Versorgungsangebote, da auch hier wesentliche Nutzengrößen nicht monetär zu bewerten sind (zum Beispiel Zufriedenheit der PatientInnen). Somit ergänzt die KWA sinnvoll die KNA. Die Erfassung der Kosten einer Maßnahme erfolgt analog zur KNA. Der Nutzen wird hingegen nur durch so genannte intangible Kosten dargestellt. Hierbei handelt es sich um Messgrößen, die durch eine Veränderung nicht monetärer Wirkungseinheiten (zum Beispiel Lebensqualitätsparameter) ermittelt werden kann. Das Ergebnis der KWA ist die relative Effizienz, die in Form einer Beziehungszahl zwischen dem eingesetzten Geld und dem nicht in Geld ausgedrücktem Output ermittelt wird.

Das Ziel der beiden Verfahren ist demnach die Ermittlung der mikro- und/oder makroökonomischen Vorteile einer Versorgungsalternative durch die Gegenüberstellung der Input-Output-Messgrößen.

Die grundsätzlichen Unterschiede der Methoden liegen darin, dass bei der KNA die Kosten und der Nutzen monetär bewertet werden und das Endergebnis, die so genannte Absolute Effizienz, in Geldeinheiten (zum Beispiel Euro) ausgewiesen wird. Bei der KWA werden die Kosten ebenfalls in Geld ausgedrückt, die Wirkungen dagegen werden nicht monetär, sondern in physikalischen Einheiten (zum Beispiel Zufriedenheitsparametern) bewertet. Die relative Effizienz wird durch den Wirksamkeitsquotienten dargestellt.

Abbildung 3: Bewertungsmethoden von KWA und KNA

| Method | Kostenmessung | Nutzenmessung |
|--------|---------------|---------------------|
| KNA | Geldeinheiten | Geldeinheiten |
| KWA | Geldeinheiten | Physische Einheiten |

Quelle: (Haubrock & Schär, 2002)

Bei der Definition des **Objektsystems** und bei der **Alternativenbewertung** müssen die teilnehmenden Krankenhäuser mit den jeweiligen Untersuchungsgruppen festgelegt werden. Hierzu gehört es weiterhin, die Erhebungszeitpunkte zu bestimmen. Zudem muss eine Festlegung bezüglich einer retrospektiven oder prospektiven Datenerhebung erfolgen. Insbesondere für gesundheitsökonomische Studien stellt sich die Frage nach der effizientesten und der effektivsten Alternative. Dabei muss nicht unbedingt ein ‚entweder/oder Ansatz‘ gesucht werden. Es ist auch möglich, eine Mischung retrospektiver und prospektiver Daten vorzunehmen (Schöffski & Claes, 2002).

Gesundheitsökonomische Studien werden vielfach als so genanntes ‚piggy-back-Design‘ verstanden. Die Erfassung der ökonomischen Daten erfolgt als Anhängsel oder Rucksack zu der Erhebung klinischer Daten. Aus diesem Tatbestand heraus resultiert auch die häufige Verwendung retrospektiver klinischer Daten für die Effizienzmessung innerhalb gesundheitsökonomischer Fragestellungen. Nachteilig kann sich hierbei die mangelnde Berücksichtigung gesundheitsökonomischer Fragestellungen vor Beginn klinischer Studien auswirken.

Die Alternative zur retrospektiven Erhebung ist die prospektive Variante. Die prospektive Datenerhebung kann im Rahmen der potentiellen ökonomischen Studie zur Erfassung der direkten, indirekten und intangiblen Kosten eingesetzt werden.

Es ist an dieser Stelle angebracht, darauf hinzuweisen, dass die ökonomischen Daten im Wesentlichen separat erhoben werden müssen. Es handelt sich hierbei um komplexe und zeitintensive Datenerhebungsvorgänge, die separat in den Verwaltungen der Kliniken erfolgen müssen. Hierbei sind die Krankenhausdokumente (zum Beispiel Kostenarten- und Kostenstellenbelege, Kalkulationsunterlagen) zu analysieren und Fragebögen zu erstellen und auszuwerten. Darüber hinaus müssen die zuständigen MitarbeiterInnen der Einrichtungen mittels Interview befragt werden.

Somit ergeben sich die folgenden Erhebungsmethoden:

- Retrospektive Auswertung der direkten Kosten mittels **Dokumentenanalyse und qualitativer Interviews**
- Retrospektive Auswertung der intangiblen Kosten mittels **Dokumentenanalyse und qualitativer Interviews**

- Prospektive Datenerhebung mittels **Dokumentenanalyse, standardisierter Fragebögen und qualitativer Interviews**

Die Aufgabe von gesundheitsökonomischen Studien ist es, Allokationsentscheidungen, Regulierungsentscheidungen oder Entwicklungsentscheidungen im Gesundheitswesen vorzubereiten (Breyer & Zweifel, 1999). Für die Ergebnisinterpretation ist das **Offenlegen der Perspektive** und des Standpunktes unerlässlich. Hierbei treten drei Perspektiven in den Mittelpunkt:

- Perspektive der Kostenträger
- Perspektive der LeistungserbringerInnen
- Gesellschaftliche Perspektive

Interesse der **Kostenträger (Krankenkassen)** kann es aus Wettbewerbsgründen unter anderem sein, durch die Messung der Präferenzen ihrer Versicherten alternative Versorgungsangebote in das Leistungsangebot aufzunehmen. Weiterhin ist neben klinischen Outcome-Indikatoren die Patientenzufriedenheit im Sinne einer verbesserten Versorgungsqualität von zunehmender Bedeutung.

Für den **Leistungserbringer**, das Krankenhaus, muss die erbrachte Leistung möglichst effizient erbracht werden, um ein maximales Maß an Erlösen unter DRG-Bedingungen erzielen zu können. In diesem Sinne ist eine Evaluation der Versorgungsalternativen zeitgemäß, um das Einsparpotential in der ärztlichen Versorgung empirisch zu ermitteln. Die eventuell dadurch eingesparten Personalressourcen können in anderen Fachdisziplinen evtl. effizienter genutzt werden. Neben dem Aspekt der Kostenreduktion müssen sich die Krankenhäuser bei zunehmenden Konzentrationsbestrebungen auf dem Krankenhausmarkt positionieren. Dazu zählt auch eine Produktinnovation wie eine Neugestaltung der pflegerischen Handlungsfelder, die das Produktportfolio einer Klinik ergänzen kann. Die pflegerische Leistung kann für das Marketing von Krankenhäusern entscheidend sein.

Der **gesellschaftliche Nutzen ist**, nach dem wohlfahrtstheoretischen Ansatz, durchaus als eine Summe individueller Nutzen zu betrachten. Dementsprechend ist an dieser Stelle nicht allein die gesellschaftliche Perspektive und der volkswirtschaftliche Nutzen zu betrachten, sondern auch der Standpunkt der Versicherten und ihrer Angehörigen.

Für diesen Personenkreis ist die Qualität des Versorgungsangebotes entscheidend. Insofern ist für sie in erster Linie die Outcomeforschung zu den Versorgungsalternativen von Bedeu-

tung. Die Kostenseite ist derzeit für die Versicherten weniger relevant, da sie kaum Einblicke in die Kostenstrukturen des Gesundheitswesens haben.

Um die Sichtweise der Versicherten beforschen zu können, ist die Messung ihrer Präferenzen und ihrer subjektiven Nutzwerte von Bedeutung. So kann die Evaluation einen Beitrag leisten, die Bedürfnisse der Versicherten zu ermitteln. Diese sollen neben dem Anspruch der evidenzbasierten Medizin und der Effizienz der Versorgung im Mittelpunkt des Forschungsinteresses stehen.

Der vierte Schritt des Studienablaufs ist die **Ergebnisprüfung**. Hierzu sollte eine Sensitivitätsanalyse durchgeführt werden. Als letzter Schritt ist die **Alternativenbeurteilung** vorgegeben, die mit einer Empfehlung abgeschlossen wird.

Durch das vorgeschlagene Forschungsprojekt würden in Deutschland erstmalig ökonomische Studien für zwei alternative Versorgungsmodelle entwickelt und evaluiert. Ziel dieser Studie sollte es sein, die Effizienzen und die Effektivitäten in einem Alternativvergleich zu ermitteln, um aus den unterschiedlichen Perspektiven die beste Versorgungsvariante zu ermitteln. Auf dem Hintergrund der Finanzierungsprobleme des deutschen Gesundheitssystems wird zum einen der Nutzen, den die Entwicklung und der Einsatz ökonomischer Evaluationen grundsätzlich für das Gesundheitssystem haben, propagiert. Mit der Einführung von KNA und KWA speziell in der medizinischen und pflegerischen Versorgung ist zum anderen intendiert, die bedarfsgerechte, effiziente und effektive Versorgung zu evaluieren. Im Kontext der gegenwärtig in den deutschen Kliniken geführten Diskussionen um Leistungsverlagerungen ist zu erwarten, dass die entwickelten Erhebungsinstrumente dazu beitragen, dass die Qualität der Versorgung verbessert und die Leistungsbereitstellung effizienter wird. Des Weiteren könnten die Ergebnisse des Forschungsprojektes dazu beitragen, auch in der Versorgung die Notwendigkeit einer disziplin- und sektorübergreifenden Versorgungskette zu belegen.

2.5 Finanzierung von Krankenhausleistungen

Das **Gesetz zur Reform der GKV (GKV-Gesundheitsreform 2000)** bewirkte Veränderungen, Ergänzungen beziehungsweise Streichungen im Krankenhausfinanzierungsgesetz, in der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV, 2004) und im SGB V (Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2000).

Als Folge dieser Gesundheitsreform trat am 23.04.2002 das **Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalen-**

gesetz [FPG]) in Kraft. Die oben genannten rechtlichen Vorschriften wurden bereits am 17.07.2003 durch das **Fallpauschalenänderungsgesetz (FPÄndG)** an einigen Stellen überarbeitet.

Diese rechtlichen Veränderungen beinhalten unter anderem die folgenden tiefgreifenden Neuerungen, die die Krankenhauslandschaft in Deutschland nachhaltig verändert haben:

- schärfere Fassung des Prinzips der Beitragssatzstabilität
- Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems
- Verpflichtung zur Qualitätssicherung und zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement
- Einführung der vertragsgesteuerten Integrierten Versorgung.

Die Neuformulierungen im **Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)** betreffen primär § 17 b KHG (Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz-KHG), 2004).

Mit diesem Passus schreibt die Legislative anstelle von voll- und teilstationären Pflegesätzen die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems vor. Mit diesem durchgängigen und leistungsorientierten Vergütungssystem mussten spätestens ab dem 01.01.2004 nahezu alle allgemeinen Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall in der Somatik vergütet werden. Es gilt nicht für die psychiatrischen Einrichtungen. Bei dem neuen Vergütungssystem sind die nachfolgenden Punkte zu beachten:

- Das neue Vergütungssystem hat die Komplexitäten und Komorbiditäten abzubilden. Zudem sind bundeseinheitliche Regelungen für Zu- und Abschläge zu treffen, mit denen zum Beispiel die Notfallversorgung, die Ausbildungsstätten und die Ausbildungsvergütungen sowie die Aufnahme von Begleitpersonen finanziell berücksichtigt werden sollen.
- Die Fallgruppen und ihre jeweiligen Bewertungsrelationen in Form von Relativgewichten sind für das gesamte Bundesgebiet festzulegen. Relativgewichte ermöglichen somit die Vergleichbarkeit von Krankenhäusern. Damit können die Krankenhausvergleiche auf eine einfache Basis gestellt werden. Die Werte pro Punkt hingegen sind auf Länderebene differenziert zu ermitteln.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) mussten das Vergütungssystem konzipieren und vereinbaren und müssen es auch zukünftig weiterentwickeln. Dabei hat der Gesetzgeber festgelegt, dass das Vergütungssystem sich an einem international bereits eingesetzten System auf der Grundlage der DRG zu orientieren hat. Die Vertragsparteien haben sich für die Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRGs) entschieden. Die AR-

DRGs, die nach Einschätzung der Selbstverwaltungspartner zum damaligen Zeitpunkt das modernste DRG-System waren, bilden somit die Grundlage des deutschen DRG-Systems. Sie wurden zwischenzeitlich der Krankenhausversorgung in Deutschland angepasst und werden nunmehr als German Diagnosis Related Groups (G-DRGs) bezeichnet.

In der Vereinbarung von Juni 2000 wurden weiterhin die Grundsätze über die Kalkulation der Entgelte vereinbart. Zudem legten die Selbstverwaltungspartner später fest, dass sich an die budgetneutrale Einführung des neuen Vergütungssystems im Jahre 2004 für den Zeitraum vom 01.01.2005 bis zum 31.12.2008 eine mehrjährige Konvergenzphase anschließen sollte. Zusätzlich ist ein so genanntes Optionsjahr eingeführt worden. Danach konnten die Krankenhäuser im Jahre 2003 freiwillig die DRGs einführen, die Abrechnungspflicht mit dem DRG-System begann somit erst am 01.01.2004. Die Anzahl der voll- und teilstationär abrechenbaren Fallgruppen wurden zunächst auf circa 800 DRGs festgelegt. Zwischenzeitlich liegt sie bei über 1000 DRGs.

Für die Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems galt zunächst der nachstehende Zeitplan, der später zum Teil revidiert worden ist:

- Vereinbarung über die Grundstrukturen des Vergütungssystems und über das Verfahren zur Ermittlung der Bewertungsrelationen (Punktzahlen) auf Bundesebene bis zum 30.06.2000. Wäre dieser Vertrag nicht zustande gekommen, hätte die Bundesregierung eine Rechtsverordnung erlassen müssen.
- Vereinbarung über die Bewertungsrelationen und über die Bewertung der Zu- und Abschläge bis zum 31.12.2001.
- Einführung des Vergütungssystems zum 01.01.2003. Diese verbindliche Vorgabe ist später auf den 01.01.2004 verschoben worden. Der 01.01.2003 galt dann als so genannter Optionstermin. Im Jahr 2004 wurde das System verpflichtend budgetneutral eingeführt. Hinter der Formulierung ‚Budgetneutralität‘ steht die Vorgabe, dass für das Jahre 2004 ein prospektives, krankenhausesindividuelles Erlösbudget vereinbart worden ist. Dieses Erlösbudget wird durch die Punktsumme aller Pauschalen geteilt. Als Ergebnis ergibt sich für das Jahr 2004 ein krankenhausesindividueller Punktwert.

Die Vertragspartner einigten sich außerdem auf weitere Regelungen, um die für die Einführung des neuen Vergütungssystems notwendigen Voraussetzungen zu schaffen.

Hierzu zählen unter anderem die

- Übersetzung der Handbücher für die computergestützte Abrechnung und ergänzender systembeschreibender Materialien in die deutsche Sprache
- Festlegung der Kodierregeln für die Dokumentation der diagnosen-, prozeduren- und sonstiger gruppierungsrelevanter Merkmale
- Entwicklung eines bundesweit einheitlichen Kalkulationsschemas zur Ermittlung und Pflege der Relativgewichte
- Festlegung des Verfahrens zur jährlichen Ermittlung des bundeseinheitlichen Basisfallwertes ggf. in regionaler Differenzierung jeweils bis zum 30.09. des laufenden Jahres für das Folgejahr
- Festlegung der Regelungen der bundeseinheitlichen Zu- und Abschläge.

Die Ermittlung und Fortschreibung der Relativgewichte der Fallgruppen wurde und wird auf der Basis bundesdeutscher Daten vorgenommen. Die Datenerhebung erfolgt retrospektiv und hat sich grundsätzlich auf ein abgeschlossenes Kalenderjahr zu beziehen.

Der **Artikel 5 des FPG** hat die Einführung des **Gesetzes über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz [KHEntgG])** zum Regelungsgegenstand (Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz-KHEntgG), 2003). Das KHEntgG, das die Vergütung für die voll- und teilstationären Leistungen der Krankenhäuser durch Fallpauschalen regelt, beinhaltet im Wesentlichen die folgenden Vorschriften:

- Festschreibung der budgetneutralen stufenweisen Einführung des Fallpauschalensystems. Nach § 3 KHEntG war für das Jahr 2004 ein Gesamtbetrag zu vereinbaren. Dieser Gesamtbetrag war aufzuteilen in ein Erlösbudget und in ein Restbudget. Das Erlösbudget setzte sich aus den Fallpauschalen und den Zusatzentgelten nach § 17 b KHG zusammen. Das Restbudget umfasste die voll- und teilstationären Leistungen, die zwar nach dem KHG vergütet, aber noch nicht über die Fallpauschalen und Zusatzentgelte berechnet wurden. Diese sonstigen Entgelte waren nach § 6 KHEntG jeweils separat zu vereinbaren. Der Gesamtbetrag und das Erlösbudget mussten um bestimmte Ausgleichs-, Berichtigungen und Entgeltanteile bereinigt werden.

Für die Abrechnung gegenüber den Kostenträgern war es in den Jahren 2003 und 2004 notwendig, den Fallpauschalen krankenhausespezifische Basisfallwerte zuzuordnen. Bei diesem Basisfallwert handelt es sich um den Eurobetrag, der für das Relativgewicht 1 hausintern ermittelt wird. Hierzu wird zunächst von dem Erlösbudget die Summe der Zu-

satzentgelte abgezogen. Der sich dann ergebende Betrag wird durch die Summe der Bewertungsrelationen der vereinbarten Behandlungsfälle dividiert.

Dieser Basisfallwert wird, um die Erlöse der einzelnen DRGs zu ermitteln, mit den jeweiligen DRG-Relativgewichten multipliziert.

- Angleichung des krankenhausesindividuellen Basisfallwertes und des Erlösbudgets des Krankenhauses an den landesweit geltenden Basisfallwert und dem sich daraus ergebenden DRG-Erlösvolumen jeweils zu 01.01. für den Zeitraum von 2005 bis 2009

Ab dem Jahre 2005 gilt eine veränderte Regelung. Jeweils zum 01.01 der Jahre 2005 bis 2009 werden die krankenhausesindividuellen Basisfallwerte und das entsprechende Erlösbudget neu vereinbart. Hierbei wird der krankenhausesindividuelle Basisfallwert stufenweise durch den landesweit geltenden Basisfallwert ersetzt. Dadurch gleicht sich das DRG-Erlösvolumen automatisch an. Das Ende der so genannten Konvergenzphase ist am 01.01.2009 erreicht. Ab diesem Zeitpunkt werden nur noch landesweit geltende Basisfallwerte verrechnet.

- Festschreibung der Vereinbarungen auf der Bundesebene der Selbstverwaltungspartner (zum Beispiel Fallpauschalenkatalog, Bewertungsrelationen)
- Festschreibung der Vereinbarungen auf der Landesebene der Selbstverwaltungspartner (zum Beispiel landesweit geltender Basisfallwert)
- Festschreibung der Vereinbarungen auf der Krankenhausebene (zum Beispiel Gesamtbetrag, Erlösbudget, krankenhausesindividueller Basisfallwert).

Als Ergänzung zu den dargestellten gesetzlichen Rahmenbedingungen, die für die Einführung des Fallpauschalensystems und die freiwillige Abrechnung der Krankenhausleistungen ab Jahre 2003 notwendig waren, wurde am 19.09.2002 die **Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (KFPV)** in Kraft gesetzt. Diese Verordnung musste für die ersten Jahre zunächst im Sinne einer Ersatzvornahme nach § 17 b KHG durch den Gesetzgeber festgelegt werden, da die Vertragsparteien (Spitzenverbände der Krankenkassen, Verband der privaten Krankenversicherung, DKG) kein Einvernehmen über den Fallpauschalenkatalog erzielen konnten.

Im Januar 2004 trat das **Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz [GMG])** in Kraft. Für den Krankenhausbereich traten die folgenden wesentlichen Veränderungen im SGB V ein:

- Gründung von Medizinischen Versorgungszentren
- Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung
- Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser im Rahmen von Disease-Management-Programmen

- Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei hochspezialisierten Leistungen, seltenen Krankheiten und Erkrankungen mit besonderem Behandlungsverlauf
- Integrierte Versorgung.

Die Krankenkassen können auf der Grundlage der **§§ 140 a – d SGB V** seit dem 01.01.2004 unter anderem mit den folgenden Partnern Einzelverträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder über eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung) abschließen:

- Einzelnen, zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen ÄrztInnen und ZahnärztInnen
- Trägern zugelassener Krankenhäuser
- Trägern von stationären Vorsorge- und Nachsorgeeinrichtungen
- Trägern von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen
- Trägern von medizinischen Versorgungszentren.

Bei den in § 140 b Absatz 1 SGB V aufgeführten Vertragspartnern handelt es sich um eine abschließende Aufzählung. Hieraus lässt sich ableiten, dass die Kassenärztliche Vereinigungen seit 2004 nicht mehr als Vertragspartner zugelassen sind. Ein Beitritt Dritter zu den abgeschlossenen Verträgen ist nur mit Zustimmung aller Vertragspartner möglich. Als Rechtsformen stehen sämtliche Rechts- und Gesellschaftsformen zur Verfügung (zum Beispiel Personengesellschaften, juristische Personen des Privatrechts, Kapitalgesellschaften, Vereine). Hinsichtlich der Vergütung ist für die Jahre 2004 bis 2006 geregelt, dass die Krankenkassen jeweils bis zu 1% der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und der Krankenhausrechnungen für die voll- und teilstationäre Versorgung einbehalten sollen. Diese einbehaltenen Geldbeträge sind ausschließlich zur Finanzierung der Leistungen vorgesehen, die auf der Grundlage der Verträge zur integrierten Versorgung erbracht werden (Anschubfinanzierung). Für die teilnehmenden Krankenhäuser bedeutet diese Regelung, dass die Krankenhausbudgets nicht um die Leistungen bereinigt werden, die ein Krankenhaus in der Integrationsversorgung erbringt. Die darüber hinausgehenden vereinbarten Leistungen werden unmittelbar über die pauschal einbehaltenen Mittel vergütet.

Werden die von den Krankenkassen einbehaltenen Geldbeträge jedoch nicht innerhalb von drei Jahren für den vorgesehenen Zweck verwendet, sind die nicht verwendeten Mittel auszuführen. Ein zusätzlicher Anreiz war darin zu sehen, dass für die Integrationsverträge, die bis zum 31.12.2006 geschlossen werden, der Grundsatz der Beitragssatzstabilität aufgehoben worden ist.

Im Zusammenhang mit der Einführung von Fallpauschalen sind u.a. die folgenden Stichpunkte relevant:

- **Bewertungsrelation**
Es handelt sich hierbei um das Relativgewicht (Kostengewicht). Jeder DRG wird ein Kostengewicht (cost weight) zugeordnet. Kostengewichte sollen die durchschnittliche Aufwändigkeit einer Behandlung widerspiegeln. Das mittlere Gewicht über alle Fälle wird üblicherweise auf 1,0 festgesetzt.
- **Mittlere Verweildauer**
Die durchschnittliche Liegezeit einer Patientin bzw. eines Patienten, die zur Behandlung seines spezifischen Krankheitsbildes eingeplant wird. Die mittlere Verweildauer ist die Grundlage der ermittelten Bewertungsrelationen.
- **Untere Grenzverweildauer**
Ist die Verweildauer der PatientInnen kürzer als die untere Grenzverweildauer, so wird ein Abschlag von der Bewertungsrelation der Fallpauschale vorgenommen. Dieser wird ermittelt, indem die aus dem Katalog zu entnehmende Bewertungsrelation/Tag mit den Mindertagen multipliziert wird und von der Bewertungsrelation subtrahiert wird.
- **Obere Grenzverweildauer**
Ist die Verweildauer der PatientInnen länger als die obere Grenzverweildauer, so wird für jeden weiteren Tag im Krankenhaus zusätzlich ein belegungstagesbezogenes Entgelt abgerechnet. Dieses zusätzliche Entgelt wird ermittelt, indem die für die obere Grenzverweildauer festgesetzte Bewertungsrelation/Tag mit der Zahl der Mehrtage multipliziert wird. Das Ergebnis wird auf die Bewertungsrelation der DRG addiert.
- **Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)**
Wird die Verlegung in ein anderes Krankenhaus vor Erreichen der mittleren Verweildauer durchgeführt, so wird je Tag ein Abschlag vorgenommen. Die Berechnung ist deckungsgleich mit der Berechnung im Falle des Erreichens der unteren Grenzverweildauer.
- Am 19.12.2003 wurde die **Verordnung zur Bestimmung besonderer Einrichtungen im Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2004 (Fallpauschalenverordnung besondere Einrichtungen 2004 [FPVBE 2004])** erlassen. Diese Verordnung wurde speziell für die Krankenhäuser oder für die Teile von Krankenhäusern erlassen, die von der Anwendung der DRG-Fallpauschalen ausgenommen werden können. Für die Leistungen dieser Einrichtungen können fall- oder tagesbezogene Entgelte vereinbart werden.

Auf nationaler und internationaler Ebene wird heute davon ausgegangen, dass der Output eines Krankenhauses durch eine Differenzierung der Behandlungsfälle mit Hilfe von Grup-

pierungssystemen am besten beschrieben werden kann. Die Frage ist jedoch, nach welchen Kriterien sollen die PatientInnen am sinnvollsten klassifiziert werden. Mit Hilfe eines Patientenklassifikationssystems (PKS) kann die Gesamtheit der PatientInnen in definierte Gruppen mit ähnlichen Behandlungskosten aufgeteilt werden. Bei der Bildung dieser so genannten homogenen Fallgruppen sind zwei unterschiedliche Sichtweisen in Einklang zu bringen. So geht die klinische Seite von den Behandlungszielen und den damit verbundenen Problemstellungen aus. PatientInnen, die nach diesen Kriterien vergleichbar sind, werden zu medizinisch homogenen Gruppen zusammengefasst. Das Ziel ist eine optimale Behandlung. Aus ökonomischer Sicht sind dagegen die Kosten der einzelnen Behandlungsfälle das ausschlaggebende Element für die Bildung von Gruppen.

Ein PKS dient nun dazu, eine Brücke zwischen den beiden Sichtweisen zu schlagen und einen gemeinsamen Nenner zu schaffen, auf den sich beide Seiten verständigen können. Es ist daher in der Lage, die Behandlungsfälle eines Krankenhauses sinnvoll zu benennen und zu strukturieren. Dabei ist es wichtig, PKS nicht mit Fallpauschalen oder sogar einem Entgeltsystem zu verwechseln.

Unter Homogenität versteht man die Fähigkeit von PKS möglichst gleichartige Behandlungsfälle zu Gruppen zusammenzufassen, die sich dann so gut wie möglich von Fällen außerhalb der Kategorie unterscheiden. Je besser dies gelingt, um so besser ist die Homogenität der Behandlungsfallgruppe (Fischer, 1999).

Bei der Verwendung von PKS wird in der Regel jeder homogenen Behandlungsfallgruppe ein Kostengewicht zugeordnet. Kostengewichte sollen die durchschnittliche Aufwendigkeit einer Behandlung widerspiegeln und werden gewöhnlich als relative Punktwerte (Relativgewichte) angegeben. Kostengewichte sind zwar nicht zwangsläufig mit einem PKS verbunden, können aber in vielfältiger Weise verwendet werden. Sie können zur Aufteilung von Budgets sowohl in einer Region als auch in einem einzelnen Krankenhaus dienen. Man kann sie zum Leistungsausweis einer Einrichtung oder zur Wirtschaftlichkeitsbeurteilung nutzen, indem man die Kostengewichte, die ja die Soll-Kosten wiedergeben sollen, den Ist-Kosten der Kostenrechnung gegenüberstellt.

Die Festlegung der Kostengewichte muss mit großer Sorgfalt erfolgen, da es sonst zu unerwünschten Anreizen kommen kann. Werden zum Beispiel die Kostengewichte für stationäre Behandlungen zu hoch angesetzt, führt dies zu einer Erhöhung der Fallzahlen, die durch eine Umschichtung der Fälle vom ambulanten in den stationären Bereich verursacht werden kann.

Der durchschnittliche Ressourcenverbrauch einer Behandlungsfallgruppe soll sich also im jeweiligen Kostengewicht widerspiegeln. Gewichtet und summiert man alle Behandlungsfälle einer Periode, so erhält man den so genannten „Case-Mix“.

Abbildung 4: Case-Mix

$$\text{Case-Mix} = \frac{\text{Summe der Kostengewichte}}{\text{alle Behandlungsfälle}}$$

Quelle: (Haubrock & Schär, 2002)

Wird von diesem Wert der Durchschnitt berechnet, ergibt sich der durchschnittliche Aufwand der Fälle. Das durchschnittliche Kostengewicht pro Behandlungsfall wird Case-Mix Index genannt:

Abbildung 5: Case-Mix Index

$$\text{Case-Mix-Index} = \frac{\text{Summe der Kostengewichte aller Behandlungsfälle}}{\text{Anzahl der Behandlungsfälle}}$$

Quelle: (Haubrock & Schär, 2002)

Der Case-Mix-Index gibt Aufschluss darüber, wie hoch der durchschnittliche Ressourcenverbrauch der behandelten Fälle war. Der Index kann sowohl für ein Land, eine Region oder für ein einzelnes Krankenhaus ermittelt werden.

Werden diese Kostengewichte mit dem Fallpreis pro DRG-Punkt (Basisfallwert, base rate) multipliziert, erhält man den Erlös pro DRG. In Deutschland ermitteln die Vertragsparteien die Höhe des durchschnittlichen Basisfallwertes.

Der grundlegende **Aufbau der AR- DRG's** in der Version 4.1 ist typisch für ein DRG-System. Das AR-DRG-System kann neun verschiedene Sondertatbestände darstellen und verfügt über sieben Fehlergruppen. Die 23 Major Diagnostic Categories (MDCs) sind in zwei Fällen nochmals unterteilt. Es gibt insgesamt 409 Adjacent- DRG's, aus denen das System die abrechenbaren DRG's zuordnet. Damit gehört das australische System zu den mittelgradig differenzierten DRG-Systemen. Die Zahl der abrechenbaren Fälle bleibt aus ökonomischer Sicht also überschaubar. Das australische System wird aber auch der Forderung von medizinischer Seite nach einer möglichst differenzierten Fallabbildung gerecht. In Verbindung mit den fünf verschiedenen Schweregraden lassen sich mit den 409 Basis-DRG's über

2.000 Schweregradgruppen darstellen. Innerhalb der DRG wird für jeden Fall der individuelle Schweregrad berechnet. Dies geschieht nach ökonomischen Gesichtspunkten, also anhand des Ressourcenverbrauchs und anderer Kriterien, wie etwa dem Alter (Roeder et al., 2000). Ziel ist es somit, Behandlungsfälle mit einem ähnlichen Ressourcenverbrauch anhand medizinischer Kriterien einer gemeinsamen Fallgruppe zuzuordnen und mit einem Kostengewicht zu verbinden, welches den durchschnittlichen Kostenaufwand aller Fälle dieser Gruppe widerspiegelt. Die Zuordnung der Fälle ist immer eindeutig, gleichartig codierte Fälle werden immer derselben DRG zugeordnet. Es handelt sich um ein eindimensionales PKS. Das heißt jeder Behandlung wird genau eine DRG zugeordnet.

Der Gesamtschweregrad errechnet sich aus den Schweregraden der einzelnen Nebendiagnosen. Man spricht vom Complication and Comorbidity Level (CCL). Bei medizinischen Fällen wird eine Skala von null bis drei verwendet, bei chirurgischen Fällen und bei Neugeborenen eine von null bis vier. Vier stellt dabei den höchsten Schweregrad dar. Die CCL Einstufung der Nebendiagnosen ist dabei nicht starr für das gesamte System, sondern sie variiert in Abhängigkeit von der Grunderkrankung und damit von der Basis- DRG.

Die einzelnen Schweregrade der einzelnen Nebendiagnosen werden mittels einer so genannten Glättungsformel entwickelt. Mit dieser Formel wird der patientenbezogene Gesamtschweregrad, der Patient Complication and Comorbidity Level (PCCL), errechnet.

Im Zusammenhang mit der Einführung der DRGs werden **Behandlungspfade beziehungsweise Leitlinien** eingesetzt. Sie sollen die optimale Behandlung fördern und die Diagnostik und Therapie wirtschaftlicher gestalten. Für die maßgeblichen Diagnosen soll der notwendige Umfang an Krankenhausleistungen festgelegt werden. Während durch DRG's das Leistungsgeschehen eines Krankenhauses klarer wird, wird durch die Behandlungspfade die DRG an sich transparent.

In Australien sind die so genannten Pathways ein Standardinstrument zur Behandlungsplanung und zur Dokumentation. In standardisierter Form werden Reihenfolge und Umfang von medizinischen Prozessen definiert, die bei einem bestimmten Behandlungsfall durchgeführt werden müssen. Damit soll ein vorgegebenes Behandlungsergebnis in einem festgelegten Zeitraum erreicht werden. Pathways sind fachdisziplinübergreifend zu verstehen. Alle am Behandlungsprozess Beteiligten müssen die erforderlichen Maßnahmen und Abläufe kennen. Bei Behandlungsmethoden, deren Erfolgswachweis gesichert ist, kann von einer ethisch und rechtlich verbesserten Entscheidungsgrundlage für die Leistungserstellung ausgegangen werden. Durch die erhöhte Transparenz der Vorgänge lassen sich auch die Kosten von Krankheitsbildern vorab kalkulieren. Für die Kassen und ihre Mitglieder wird es einfacher Leistungen und Qualität verschiedener Anbieter im Gesundheitswesen zu vergleichen.

In keinem anderen Land, das ein DRG-System einsetzt, erfolgt die Vergütung stationärer Leistungen vollständig über einheitliche Fallpauschalen. Die umfangreichsten Erfahrungen mit dem Einsatz von DRGs als prospektivem Vergütungssystem liegen aus den USA im Bereich der Medicare-Versicherten vor. Daher können die Ergebnisse in diesem Bereich als stabil angesehen werden (Lauterbach & Lungen, 2000). Eine der meistgenannten Auswirkungen von DRG-Systemen ist die deutliche Senkung der Krankenhausverweildauer (Lauterbach & Lungen, 1999). So liegt zum Beispiel in den USA der bevölkerungsbezogene Aufwand an Pflgetagen im vollstationären Bereich 72% und in Australien 60% unter dem Aufwand in Deutschland. Im Bereich der Medicare-Versicherten begründet sich die niedrigere Verweildauer unter anderem dadurch, dass PatientInnen zwar mit höheren Schweregraden aufgenommen, dafür aber früher entlassen werden, um Kostenvorteile mobilisieren zu können (Lenz, 2007). Andererseits werden PatientInnen früher in nicht-akute Einrichtungen, wie zum Beispiel Pflegeheime, verlegt. Zwar spielen der medizinische Fortschritt und innovative Behandlungsmethoden eine grundsätzliche Rolle für die frühzeitige Entlassung aus dem Krankenhaus. Es ist jedoch davon auszugehen, dass für den starken Rückgang der Verweildauer in der Anfangszeit der DRG-Einführung die Mobilisierung von vorhandenen Ressourcen im Fallmanagement eine größere Rolle gespielt hat. Krankenhäuser, die schon in der Anfangszeit eine kurze Verweildauer vorzuweisen hatten, konnten diese dennoch weiter verkürzen. Daneben ließ sich jedoch auch der so genannten ‚Drehtüreffekt‘ beobachten, was bedeutet, dass der stationäre Aufenthalt multimorbider PatientInnen zu einer Zergliederung in mehrere Einzelaufenthalte führte. Zudem kam es zur so genannten Patientenselektion, das heißt zur Überweisung von PatientInnen mit hohem finanziellen Risiko in andere stationäre Einrichtungen (Lauterbach & Lungen, 2000).

Die Erfahrungen in Australien zeigen ebenfalls, dass mit der zunehmenden Verweildauerverkürzung mehr PatientInnen auf einer ‚Eintages-Basis‘, so genannten ‚same-day-patients‘, im Falle der chirurgischen Intervention auf der so genannten ‚day-surgery-procedures-Basis‘ (tageschirurgische Behandlung) in Krankenhäusern behandelt werden. Etwa 30 Prozent der Aufnahmen in australische Krankenhäuser sind same-day-patients. Aufgrund der ausländischen Erfahrungen hinsichtlich der Verweildauerreduzierung ist auch in Deutschland von einer deutlichen Mehrbelastung der ambulanten und stationären ärztlichen und pflegerischen Nachsorgestrukturen auszugehen.

Bei den niedergelassenen amerikanischen ÄrztInnen konnte eine Verhaltensänderung dahingehend beobachtet werden, dass PatientInnen seltener ins Krankenhaus eingewiesen wurden als vorher und dass sie deutlich mehr von ambulanten Dienstleistungen Gebrauch machten. Hierzu beigetragen hat das Konzept der utilization review, das heißt die Überprüfung der Inanspruchnahme einer vollstationären Behandlung, gegebenenfalls in Verbindung mit der Drohung der Verweigerung der Kostenübernahme durch die Versicherungsträger

(Lauterbach & Lungen, 2000). Die Praxis der Einweisung in Krankenhäuser wird in den USA zum Beispiel durch Managed Care Organisationen streng überwacht. Die stationär aufgenommenen PatientInnen sind tendenziell multimorbider, was auf die Verschiebung von leichteren Fällen vom Krankenhaus in ambulante Versorgungsbereiche zurückzuführen ist (Lauterbach & Lungen, 2000).

Zahlreiche Krankenhäuser haben, verbunden mit dem Ausbau der Managementinformationssysteme und der damit verbundenen Kostentransparenz, in Abteilungen und Leistungsbereichen organisatorische und räumliche Umstrukturierungen vorgenommen sowie ganze Teilbereiche aus dem Krankenhaus ausgegliedert. Viele Krankenhäuser begannen damit, vermehrt Leistungen im ambulanten Bereich anzubieten und die vor- und nachstationäre Behandlung auszuweiten, um die vertikale Vernetzung von Leistungsstrukturen zu forcieren (Lenz, 2007).

Die Kodierung hat in einem DRG-System unmittelbare Auswirkungen auf die Erlössituation, da der einzelne Fall entsprechend der Kodierung mit Hilfe von Diagnosen und Prozeduren in unterschiedliche DRGs gruppiert werden kann. Seit der DRG-Einführung in den USA in den 1980er Jahren konnte bei den Krankenhäusern eine Verbesserung der Kodierqualität beobachtet werden sowie, etwa zur Hälfte dadurch verursacht, eine Erhöhung des Case-Mix-Index von bis zu 4-6% pro Jahr (Günster et al., 2000).

Gesamtwirtschaftlich hat sich der Anstieg der Krankenhausausgaben für Medicare-PatientInnen zwar über den Zeitverlauf verlangsamt, jedoch führte dies zu keiner absoluten Verminderung der Ausgaben für stationäre Behandlungen. Andererseits konnten Mehrausgaben im ambulanten Bereich festgestellt werden, die den Einsparungen im stationären Bereich gegenübergestellt werden müssen (Lauterbach & Lungen, 2000).

Untersuchungen in Ländern, in denen DRG-Systeme abrechnungswirksam zum Einsatz kommen, bestätigen einen höheren Rückgang der Krankenhausausgaben als bei Nichtanwenden von DRG-Systemen. Allerdings ist auch gleichzeitig von einer Verlagerung von Leistungen in andere Versorgungsbereiche auszugehen (Roeder et al., 2000).

Die Befürchtungen, dass die Qualität der Versorgung unter einem prospektiven, fallpauschalierenden System leidet, konnten empirisch nicht eindeutig nachgewiesen werden (Sell, 2000).

Seit der Einführung der DRGs sind die folgenden Veränderungen bereits eingetreten beziehungsweise werden erwartet (Lenz, 2007):

- Patientenselektion im Rahmen der stationären Aufnahme.
- Entstehung eines Drehtüreffektes durch zu frühe Entlassungen bei gleichzeitig unzureichenden ambulanten Behandlungsstrukturen.
- Abnahme der durchschnittlichen Verweildauer.

- Die Verweildauerreduzierung geht mit einer geringeren Auslastung einher und wird mittelfristig zu einem Bettenabbau führen.
- Wirtschaftlichkeitsaspekte, aber auch Maßnahmen im Rahmen der Qualitätssicherung werden eine regionale und trägerorientierte Konzentration der Leistungen zur Folge haben.
- Krankenhäuser, die kleine Fallzahlen pro Fallgruppe haben, könnten Probleme hinsichtlich der durchschnittlichen Fallkosten bekommen.
- Der Anreiz zur Fallzahlausweitung, der für alle Krankenhäuser verstärkt besteht, wird zu einem erhöhten Wettbewerb unter den Krankenhäusern führen.
- Im Zusammenhang mit der Erhöhung der Fallzahl sind deshalb auch die Leistungsstruktur und Betriebsgröße wettbewerbsrelevant. Die Verlierer im Wettbewerb der Kliniken werden sich von unwirtschaftlichen Standorten oder Abteilungen trennen und damit Kapazitäten reduzieren oder auf andere Träger abwälzen. Eine räumliche Konzentration von Krankenhauskapazitäten an großen Standorten wäre die Folge. Der Wettbewerb wird insbesondere ein Wettbewerb im Bereich der Qualität der Krankenhausleistungen sein.
- Der ökonomische Aspekt der Fallzahlerhöhung wird von den Regelungen zur Qualitätssicherung in zugelassenen Krankenhäusern gemäß § 137 SGB V flankiert, das heißt, gewisse Leistungen dürfen vom Krankenhaus nicht mehr erbracht werden, wenn nicht eine Mindestmenge erreicht wird.
- Der Wettbewerb wird zudem ein Vernetzungswettbewerb sein, in dem die Kooperationsbeziehungen zu anderen Leistungserbringern über Vorteile in der Leistungserstellung und damit am Markt entscheiden.
- Es ist zu erwarten, dass die Privatisierung im Krankensektor zu Lasten öffentlicher aber auch freigemeinnütziger Krankenträger zunehmen wird.
- Hinsichtlich erforderlicher Investitionsentscheidungen werden private Krankenträger, die auf den Kapitalmarkt zugreifen können, Wettbewerbsvorteile gegenüber kommunalen Krankenhäusern haben.
- Große Krankenträger beziehungsweise Verbände von Krankenhäusern werden dahingehend Informationsvorsprünge ausnutzen können.
- Aufgrund des kurzfristig umzusetzenden Einsparpotentials bei den Personalkosten, die den größten Anteil an den Gesamtkosten darstellen, ist davon auszugehen, dass Krankenhäuser den Mechanismus der Kostensteuerung nutzen werden.
- Aufgrund des Kostendrucks ist die Entwicklung von günstigeren Behandlungsverfahren, zum Beispiel durch die Umsetzung des Prozessmanagements, zu erwarten.
- Die Standardisierung und Optimierung von Arbeits- und Behandlungsprozessen wird zunehmen.

- Die Wirkungsweise des DRG-Systems muss allen Beteiligten transparent gemacht werden und damit auch den am Leistungserstellungsprozess beteiligten Pflegekräften klar und deutlich vermittelt werden.
- Die Kodierung von Diagnosen und Prozeduren wird sich verbessern, andererseits können Spielräume in der Kodierung zugunsten einer höheren DRG-Vergütung ausgeschöpft werden.

Im Rahmen der Ersatzvornahme nach § 17 b Absatz 7 KHG wurde im Jahre 2002 vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) die Kalkulation erster deutscher Relativgewichte, die so genannten DRG- Erstkalkulation, in Auftrag gegeben. Hierzu erforderlich waren folgende Regelungen, sie betreffen:

- die Umsetzung der Kalkulation der Rohfallkosten
- das Erstellen eines DRG- Fallpauschalenkatalogs
- den Einsatz eines Groupers für die Zuordnung in die DRG-Fallgruppen
- die Organisation hinsichtlich der Datenannahme
- die Verarbeitung der Kosten- und Leistungsdaten der Krankenhäuser
- die qualitative und quantitative Bewertung der Daten.

Grundlage für die Kalkulation der fallbezogenen Behandlungskosten, der so genannten Rohfallkosten in den Krankenhäusern, ist das Kalkulationshandbuch in der Version 2.0.

Auf Grundlage des § 21 KHEntgG erfolgt die Verarbeitung und Speicherung der DRG-Daten ausschließlich im Auftrag des InEK.

Den Regelungen gemäß § 21 KHEntgG zufolge sind alle Krankenhäuser verpflichtet, jährlich bis zum 31.03. fallbezogene klinische Daten des vorangegangenen Kalenderjahres entsprechend der Vereinbarung über die Übermittlung von DRG-Daten nach § 21 Absatz 4 und 5 KHEntgG an die DRG-Datenstelle weiterzugeben. Im Rahmen eines Korrekturverfahrens erhalten die Krankenhäuser die Möglichkeit, fehlerhafte Daten anzupassen. Für nicht oder nicht vollständig übermittelte Daten wird ein Abschlag je Fall erhoben (§§ 3,4 Vereinbarung nach § 21 Absatz 4 und Absatz 5 KHEntgG, Vereinbarung zur Übermittlung der Daten). Die erste Übermittlung der Daten erfolgte für das erste Halbjahr 2002.

Das Ziel der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2004 bestand darin, die Klassifikation an die tatsächliche Behandlungs- und Kostenstruktur deutscher Krankenhäuser anzupassen und dabei das Risiko einer Fehlallokation von Finanzmitteln zu minimieren (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH (InEK), 2003). Unter dieser Prämisse wurde im Sinne eines lernenden Systems in dem Zeitraum zwischen 20.12.2002 und 31.03.2003 ein Vorschlagswesen zur Integration von Fachwissen der unterschiedlichen

Fachrichtungen und zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2004 implementiert.

Grundlage für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems sind unter anderem die Kalkulationsdaten der Krankenhäuser. So entstehen auf der Basis der von den Krankenhäusern zur Verfügung gestellten Kalkulationsdaten des Jahres 2006 die DRG-Fallgruppen 2008. Demzufolge kommt es bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems grundsätzlich zu einer zeitlichen Verzögerung (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, 2005).

Die Grundlage der Kalkulation der DRG-relevanten Kosten, der so genannten Rohfallkosten, bilden die Kosten- und Leistungsdaten in den Krankenhäusern. Die Kalkulation ist in der Weise aufgebaut, dass das einzelne Krankenhaus je nach der vorhandenen Struktur der Kostenrechnung die Kosten- und Leistungsdaten in sachgerechter Form patientenbezogen zusammenführt. Die Kalkulationsmethodik gibt die Orientierung vor, die es möglichst vielen Krankenhäusern ermöglichen soll, die Rohfallkosten zu ermitteln und diese zentral und einheitlich auswertbar zu machen. Die Kalkulationsmethode nimmt auf die individuellen Gegebenheiten der einzelnen Krankenhäuser keine Rücksicht. Im Rahmen einer mit der InEK geschlossenen Vereinbarung verpflichteten sich die kalkulierenden Krankenhäuser, die im Kalkulationshandbuch festgeschriebene Methodik anzuwenden. Bei der Datenlieferung werden neben den patientenbezogenen Kosten auch Informationen geliefert, die Auskunft darüber geben, welche Kalkulationsverfahren in welchem Kostenmodul Verwendung finden. Die Kalkulation erfolgt auf der Basis einer Vollkostenrechnung auf Ist-Kostenbasis der DRG-relevanten Kosten des betrachteten Zeitraums.

Die Umsetzung der Stichprobenkalkulation erfordert die Einrichtung einer Kostenträgerrechnung, welche wiederum eine Kostenstellen- und Kostenartenrechnung gemäß der Krankenhausbuchführungsverordnung (KHBV) voraussetzt (Hentze & Kehres, 1995). Gemäß § 8 der KHBV sind alle Kosten und Leistungen verursachungsgerecht nach Kostenstellen zu erfassen. Im Rahmen der Kostenstellenrechnung werden die einzelnen Kostenarten in der Höhe den Kostenstellen zugeordnet, in der sie entstanden beziehungsweise verursacht worden sind. Bei der Umsetzung einer Kostenträgerrechnung werden alle Kosten auf die Kostenverursacher (-träger) verteilt.

Die Verrechnung der Kosten des Pflegedienstes auf die PatientInnen geschieht nach folgender Systematik: die Buchung der Personalkosten erfolgt nicht immer exakt auf den Kostenstellen, auf denen das Personal auch Leistungen erbringt. Teilweise werden Personalkosten auf so genannten Sammelkostenstellen gebucht, weil das Personal Leistungen für unterschiedliche Leistungsbereiche (zum Beispiel Normalstation, OP) erbringt. Hier muss im Rahmen der Personalkostenverrechnung eine Belastung der direkten Kostenstellen in der Höhe erfolgen, die der zeitlichen Inanspruchnahme der MitarbeiterInnen entspricht. Die für

die Verrechnung der Kosten des Pflegedienstes erforderlichen fallbezogenen Leistungsdaten ergeben sich aus den Pflegeminuten gemäß der Pflege-Personal-Regelung (PPR) Einstufung. Hierzu müssen alle PPR-Minuten des betrachteten Kalkulationszeitraums einbezogen werden. Nach der Verrechnung der Personalkosten sind im Ergebnis alle für die patientenbezogene Leistungserbringung relevanten Personalkosten des Pflegedienstes auf den jeweiligen direkten Kostenstellen (Normalstationen) erfasst.

Literaturverzeichnis

- Agnes Karll Institut für Pflegeforschung (1993). *Strukturverbesserung in der Krankenpflege durch den Einsatz von StationsassistentInnen*. Eschborn: Verlag Krankenpflege.
- Ahrens, D. (2002). *Technologiebewertung und Public Health. Gesundheitsökonomische Evaluation und HTA am Beispiel der Krebsfrüherkennung*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Aktiengesetz (AktG) (2003).
- Aktionsbündnis Patientensicherheit (2005). Agenda Patientensicherheit. <http://www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de> (Abruf: 15.04.2007) [On-line].
- Baumgärtner-Vorderholzer, R., Morar, R., Mutter, C., & Keller, C. (2002). *DRGs-Strategien zum Erfolg. Herausforderungen und Gestaltungsmöglichkeiten im neuen Vergütungssystem*. Norderstedt: Books on Demand.
- Bessai, B. (1989). Die Begriffe Wirtschaften und Wirtschaftlichkeit in den für das Krankenhaus relevanten Rechtsgrundlagen. Teil 1. *krankenhaus umschau*, 58, 896.
- Best, E. & Weth, M. (2007). *Geschäftsprozesse optimieren. Der Praxisleitfaden für erfolgreiche Reorganisation*. Wiesbaden: GWV Fachverlage.
- Biefel, M. (2007). *Entwicklung einer Konzeption für das Entlassungsmanagement im Klinikum...* (Diplomarbeit). Osnabrück.
- Birker, K. (1998). *Managementtechniken und Organisation*. Berlin: Cornelsen Verlag.
- Bitz, H. (2000). *Risikomanagement nach KonTraG – Einrichtung von Frühwarnsystem zur Effizienzsteigerung und zur Vermeidung persönlicher Haftung*. Stuttgart: Poeschel Verlag.
- Blee, A. C. (1993). The right staff in the right place: a review of manpower, leading to skill-mix, activity matured to outcome. *Journal of Nursing Management*, 1.
- Bösenberg, D. & Metzen, H. (1993). *Lean Management. Vorsprung durch schlanke Konzepte*. (4. ed.) Landsberg am Lech: Verlag Moderne Industrie.
- Bostrom, J. & Zimmerman, J. (1993). Restructuring nursing for a competitive health care environment. *Nurs Econ*, 11, 35-54.
- Braun von Reinersdorf, A. (2002). *Strategische Krankenhausführung. Vom Lean Management zum Balanced Hospital Management*. Bern: Hans Huber Verlag.

- Breyer, F. & Zweifel, P. (1999). *Gesundheitsökonomie*. (3. ed.) Berlin: Springer.
- Bruhn, M. (2003). *Qualitätsmanagement für Dienstleistungen: Grundlagen - Konzepte - Methoden*. Berlin: Springer.
- Brühweiler, B. (2001). *Unternehmensweites Risk Management als Frühwarnsystem: Methoden und Prozesse für die Bewältigung von Geschäftsrisiken in integrierten Managementsystemen*. Bern: Haupt.
- Buchan, J., Ball, J., & O'May Fiona (2000). Skill mix in the health workforce: determining skill mix in the health workforce: guidelines for managers and health professionals. http://www.who.int/hrh/documents/en/skill_mix.pdf (Abruf: 27.11.2007) [On-line].
- Buchan, J. & Dal Poz, M. R. (2002). Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence. [http://www.who.int/docstore/bulletin/pdf/2002/bul-7-E-2002/80\(7\)575-580.pdf](http://www.who.int/docstore/bulletin/pdf/2002/bul-7-E-2002/80(7)575-580.pdf) (Abruf: 15.07.2007) [On-line].
- Buerhaus, P. I. & Needleman, J. (2000). Policy implications of research on nurse staffing and quality of patient care. *Policy, Politics and Nursing Practice*, 1, 5-15.
- Bundesministerium für Justiz (Hrsg.) (2004). *Sozialgesetzbuch*. (31. ed.) München: Deutscher Taschenbuch Verlag (Beck Texte).
- Dahlgaard, K. & Schliemann, D. (1996). Teil 1: Voraussetzungen und Darstellung der Methode der Stationsgebundenen Qualitätssicherung. In Bundesministerium für Gesundheit (Ed.), *Qualitätsentwicklung in der Pflege*. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Band 79) Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Dammer, M. & Wilczek, M. (2007). *Interdependenzen zwischen dem Prozess-, dem Qualitäts- und dem Risikomanagement*. (Diplomarbeit). Osnabrück.
- Department of Health Sciences (2003). *Health Service Workforce and Health Outcomes. A Scoping Study. Final Report* York: University of York.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (Hrsg.) (2000). GKV - Gesundheitsreform 2000. *Das Krankenhaus, 1: Redaktionsbeilage*.
- Deutsches Institut für Normung (2000). *DIN EN ISO 9000:2000 - Qualitätsmanagementsysteme, Grundlagen und Begriffe*. Berlin.
- Deutsches Institut für Normung e.V. (Hrsg.) (1995). *DIN ISO 8402: Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung - Begriffe*. Berlin.
- Deutsches Krankenhausinstitut GmbH (2003). *Pflegefremde und patientenferne Tätigkeiten im Pflegedienst der Krankenhäuser. Bestandsaufnahme und Verbesserungsvorschläge*. Düsseldorf: Deutsches Krankenhaus Verlagsgesellschaft.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung (2002). *Arbeitstexte zur 2. Konsensuskonferenz in der Pflege. Thema Entlassungsmanagement*. Osnabrück.
- Drummond, M. F. & Jefferson, T. O. (1996). Guidelines for authors and peer reviewers of economic submissions to the BMJ. *BMJ*, 275-283.
- Drummond, M. F., Sculpher, M. J., & Torrance, G. W. (2005). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. (3. Auflage ed.) New York.

- Eichhorn, S. (1975). *Krankenhausbetriebslehre, Band 1*. Stuttgart / Berlin / Köln / Mainz: Kohlhammer Verlag.
- Eichhorn, S. (1997). *Integratives Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Konzeption und Methoden eines qualitäts- und kostenintegrierten Krankenhausmanagement*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Ewers, M. & Schaeffer, D. H. (2000). *Case Management in Theorie und Praxis*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Fischer, W. (1999). *Diagnosis Related Groups (DRG's) im Vergleich zu den Patientenklassifikationsystemen von Österreich und Deutschland*. Wolfertswil.
- Fischer, W. (2001). Das deutsche G-DRG-Projekt und die Pflege. URL: <http://www.fischer-zim.ch/artikel/GDRG-Und-Pflege-0011-BALK.htm> (Abruf: 01.03.2007) [On-line].
- Franz, H. P. (2000). Corporate Governance. In D.Dörner, P. Horvath, & H. Kagermann (Eds.), *Praxis des Risikomanagements* (pp. 41-72). Stuttgart: Schäffer-Poechel Verlag.
- Führung, M. & Gausmann, P. (2004). *Klinisches Risikomanagement im DRG-Kontext*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Füser, K. (2001). *Modernes Management. Lean Management, Business Reengineering, Benchmarking, und viele andere Methoden*. (3. ed.) München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Gaitanides, M., Scholz, R., & Vrohling, A. (1994a). Prozessmanagement - Grundlagen und Zielsetzungen. In M.Gaitanides, R. Scholz, A. Vrohling, & M. Raster (Eds.), *Prozessmanagement- Konzepte, Umsetzungen und Erfahrungen des Reengineering* (pp. 1-19). München / Wien: Carl Hanser Verlag.
- Gaitanides, M., Scholz, R., Vrohling, A., & Raster, M. H. (1994b). *Prozeßmanagement - Konzepte, Umsetzungen und Erfahrungen des Reengineering*. München / Wien: Carl Hanser Verlag.
- Gausmann, P. (2002). Damit keine Klagen kommen. Zwingend notwendig: Risikomanagement für Krankenhäuser. *Krankenhaus Umschau*, 71, 647-650.
- Gausmann, P. (2006). *Patientensicherheit und Risikomanagement*. Herford: Humana Symposien.
- Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz-KHEntgG) (2003). BGBl.I S.2190.
- Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz-KHG) (2004). BGBl. I S. 1412.
- Gibbs, I., Mc Caughan, D., & Griffiths, M. (1990). *Skill Mix in Nursing, Discussion Paper 69*. York: University of York.
- Gleißner, W. & Berger, Th. (o.J.). Einfach Lernen! Risikomanagement. <http://www.grb.de> (Abruf: 20.04.2007).
- Gold, M. R., Siegel, J. E., & Russel, L. B. H. (1996). *Cost-effectiveness in Health and Medicine*. New York.

- Gould, D., Carr, G., Kelly, D., & Brown, P. (2004). Healthcare assistants; the new registration route. *Nursing standard*, 37-40.
- Greiling, M. & Rudloff, B. (2005). *Klinische Pfade optimal gestalten - Prozessanalyse von Klinischen Pfaden mit Hilfe der Netzplantechnik*. Kulmbach: Baumann-Fachverlage.
- Greulich, A. & Thiele, G. (1997). Prozessmanagement im Krankenhaus. In G.Thiele (Ed.), *Prozessmanagement im Krankenhaus. Schriftreihe zum Managementhandbuch Krankenhaus. (Band 8)* (pp. 11-39). Hüthing / Heidelberg: R. v. Decker's Verlag.
- Günster, C., Klauber, J., & Schellschmidt, H. (2000). Zur Implementierung eines AG-DRG basierten Entgeltsystems in Deutschland. In M.Arnold & D. Paffrath (Eds.), *Krankenhaus Report 1999* (pp. 245-269). Stuttgart: Schattauer.
- Hajen, L., Paetow, H., & Schumacher, H. (2000). *Gesundheitsökonomie. Strukturen - Methoden - Praxisbeispiele*. Stuttgart.
- Hansis, M. & Hart, D. (2001). Medizinische Behandlungsfehler in Deutschland. In *Gesundheitsberichterstattung des Bundes* (Heft 04/01). Robert Koch Institut. ohne Ort.
- Haubrock, M. & Schär, W. H. (2002). *Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus*. (3. vollständig überarbeitete und erweiterte ed.) Bern: Hans Huber Verlag.
- Hentze, J. & Kehres, E. (1995). *Kosten- und Leistungsrechnung im Krankenhaus Köln / Stuttgart / Berlin: Kohlhammer*.
- Holzer, E., Theoczek, Ch., Hauke, E., Conen, D., & Hochretener, M. H. (2005). *Patientensicherheit. Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen*. Wien: Facultas Verlag.
- Imai, M. (1994). *Kaizen - Der Schlüssel zum Erfolg der Japaner im Wettbewerb*. Berlin / Frankfurt am Main.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH (InEK) (2003). *Abschlussbericht, Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2004* Siegburg.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH (InEK) (2005). *Abschlussbericht, Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2006* Siegburg.
- Institute of Medicine (1999). To err ist human: building a safer health system. <http://www.iom.edu/CMS/8089/5575.aspx> (Abruf: 10.10.2007) [On-line].
- Jonas, K. (2007). *Lean Management in der MHH - Entwicklung eines Konzeptes zur Optimierung der Prozesse des Pflegemanagements*. (Diplomarbeit). Osnabrück.
- Jürgens, A. & Allkemper, Th. (2000). Auch Krankenhäuser brauchen ein Risikomanagement. *f & w*, 17, 632-637.
- Kahla-Witzsch, H. A. & Platzer, O. (2007). *Risikomanagement für die Pflege – Ein praktischer Leitfaden*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Kaminske, G. F. & Brauer, J. P. (1995). *Qualitätsmanagement von A bis Z*. (2. ed.) München / Wien: Hanser Verlag.
- Keitsch, D. (2000). *Risikomanagement*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag.

- Klocke, M. (2004). Möglichkeiten und Grenzen von Haftpflichtversicherungslösungen - Faire Risikopartnerschaft für eine abgesicherte Zukunft. *Das Krankenhaus*, 96, 1004-1006.
- Lauterbach, K. W. & Lungen, M. (1999). Welchen Krankenhäusern nutzen die Diagnosis-Related-Groups. *führen & wirtschaften*, 16, 506-510.
- Lauterbach, K. W. & Lungen, M. (2000). *DRG-Fallpauschalen: Eine Einführung*. Stuttgart / New York: Schattauer.
- Lenz, A. (2007). *Skill mix und pflegerische Effizienzsteigerung*. (Dissertation). Witten-Herdecke.
- Lück, W. (2000). Managementrisiken. In D.Dörner, P. Horvath, & H. Kagermann (Eds.), *Praxis des Risikomanagements* (pp. 311-342). Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag.
- Marwitz, K. (1993). *Lean Company: Der freie Blick auf die neue Unternehmensvision*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Middendorf, C., Eiff von, W. H., Prinz, A. H., Senninger, N. H., & Steinmeyer, H.-D. H. (2006). *Klinisches Risikomanagement – Indikationen, Methoden und Gestaltungsempfehlungen für das Management klinischer Risiken in Krankenhäusern*. (2. ed.) Berlin / Münster.
- Mildner, R. (1983). Die Kosten - Nutzen - Untersuchung als Beurteilungsverfahren für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit im Gesundheitswesen. In K.H.Hölzer & H. Jakob (Eds.), *Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit im Krankenhaus. Erfassung und Bewertung von medizinischen Leistungen* (pp. 87-106). Hamburg: Rohberg und Mildner.
- Moscho, A., Rowold, M., Wettke, J., & Beyerdorf, F. (2006). Spitzenmedizin zu bezahlbaren Preisen - Die Universitätskliniken Freiburg machten sich erfolgreich mit Hilfe von McKinsey die Erfahrungen von Porsche zu Nutze. *führen & wirtschaften*, 23, 156-159.
- Moxley, D. (1989). *The Practise of Case Management*. Newbury Park.
- Müller von der Grün, C. P. (2006). Nicht ziellos sparen, sondern die Produktivität erhöhen. Die SHR Kliniken werden mit Porsche Consulting zum Lean-Hospital. *f & w*, 23, 592-594.
- Neuffer, M. (2005). *Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien*. (2., überarbeitete ed.) Weinheim / München: Juventa Verlag.
- Niedershirp, St. (2007). *Relevanz des Risikomanagements im Krankenhaus*. (Diplomarbeit) Osnabrück.
- Osterloh, M. & Frost, J. (2000). *Prozessmanagement als Kernkompetenz. Wie Sie Business Reengineering strategisch nutzen können*. (3. ed.) Wiesbaden: Verlag Gabler.
- Picot, A. & Korb, J. (1999). Prozessorientierte Organisation - Perspektive für das Krankenhausmanagement. In S.Eichborn & B. Schmidt-Rettig (Eds.), *Profitcenter und Prozessorientierung* (pp. 14-24). Stuttgart / Berlin / Köln: Kohlhammer Verlag.
- Roeder, N., Rochell, B., & Scheld, H. H. (2000). Das australische System wird Ärzten und Ökonomen am besten gerecht. *führen & wirtschaften*, 17, 344-346.
- Rollberg, R. (1996). *Lean Management und CIM aus Sicht der strategischen Unternehmensführung*. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.

- Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (2003). Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. URL: <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht03/Kurzfd03.pdf> (Abruf: 13.03.2007) [On-line].
- Sachverständigenrat für die konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (1987). *Jahresgutachten 1987*. Baden-Baden.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007). Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007. URL: <http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Startseite.htm> (Abruf: 01.08.2007) [On-line].
- Schöffski, O. (2002). Nutzentheoretische Lebensqualitätsmessung. In O.Schöffski & Schulenburg J.M. (Eds.), *Gesundheitsökonomische Evaluationen. Studienausgabe* (2., überarbeitete Auflage ed., pp. 261-308). Berlin.
- Schöffski, O. & Claes, C. (2002). Die Datenherkunft als Hauptdeterminante des Studiendesigns. In O.Schöffski & Schulenburg J.M. (Eds.), *Gesundheitsökonomische Evaluationen. Studienausgabe* (2., überarbeitete Auflage ed., pp. 51-56). Berlin.
- Schöffski, O. & Greiner, W. (2002). Das QALY-Konzept zur Verknüpfung von Lebensqualitätseffekten mit ökonomischen Daten. In O.Schöffski & Schulenburg J.M. (Eds.), *Gesundheitsökonomische Evaluationen. Studienausgabe* (pp. 367-399). Berlin.
- Schöffski, O. & Schulenburg, J. M. H. (2002). *Gesundheitsökonomische Evaluationen. Studienausgabe*. (2., überarbeitete ed.) Berlin: Springer.
- Scholz, R. & Vrohling, A. (1994). Prozess - Struktur - Transparenz. In M.Gaitanides, R. Scholz, A. Vrohling, & M. Raster (Eds.), *Prozessmanagement - Konzepte, Umsetzungen und Erfahrungen des Reengineering* (pp. 37-56). München / Wien: Carl Hanser Verlag.
- Schrapp, M. (2004a). Patientensicherheit und Risk Management. In K.W.Lauterbach & M. Schrappe (Eds.), *Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine* (2. ed., pp. 334-352). Stuttgart / New York: Schattauer Verlag.
- Schrapp, M. (2004b). Qualität in der Gesundheitsversorgung. In K.W.Lauterbach & M. Schrappe (Eds.), *Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine* (2. ed., pp. 267-276). Stuttgart / New York: Schattauer Verlag.
- Schrapp, M. (2007). Patientensicherheit, Aspekte des Critical Incident reporting. <http://www.schrapp.com> (Abruf: 25.03.2007) [On-line].
- Schulenburg, J. M. & Greiner, W. (1995). *Hannover Guidelines für die ökonomische Evaluation von Gesundheitsgütern und -dienstleistungen*. Hannover.
- Sell, S. (2000). Einführung eines durchgängig (fall)pauschalierenden Vergütungssystem für Krankenhausleistungen auf DRG-Basis. *Sozieller Fortschritt*, 1032-1115.
- Seyfarth-Metzger, I., Vogel, S. A., & Krabbe-Berndt, A. (2005). Neue Herausforderungen an das Qualitätsmanagement: Wirtschaftlichkeit und Patientensicherheit. *Das Krankenhaus*, 97, 757-764.
- Stöcker, G. (2001). Finanzierung der Pflegeausbildung - aber wie? *Die Schwester Der Pfleger*, 40, 498-501.

- Stöcker, G. (2002). Berufliche Pflege im Spannungsfeld der Gesundheits- und Sozialpolitik. In G. Stöcker (Ed.), *Bildung und Pflege. Eine berufs- und bildungspolitische Standortbestimmung* (pp. 153-165). Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Straub, S. (1997). Controlling für das wirkungsorientierte Krankenhausmanagement: Ein Value-Chain basierter Ansatz. In *Schriften zur Gesundheitsökonomie* (Band 22). Bayreuth: Verlag PCO.
- Thaler, K. (2003). *Supply Chain Management - Prozessoptimierung in der logistischen Kette*. (4. ed.) Stuttgart: Fortis im Bildungsverlag EINS.
- Vahs, D. (2001). Organisation - Einführung in die Organisationstheorie und -praxis. In D. Vahs & B. P. Pietschmann (Eds.), *Praxisnahes Wirtschaftsstudium: Organisation* (3., überarbeitete und erweiterte ed., pp. 1-394). Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag.
- Wendt, W. R. (1997). *Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Wieteck, P. (2005). Zur Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit im Kontext der DRG. Ein Diskussionsbeitrag zur optimierten Prozesssteuerung. *Pflege & Gesundheit*, 10, 115-124.
- Wilckens, J. (o.J.). Lean Initiativen. Lean Hospital. URL: <http://www.lean-management-institut.de> (Abruf: 31.01.2007).
Ref Type: Generic
- Wunderlich, G. S., Sloan, F. A., & Davis, C. K. (1996). *Nursing Staff in Hospitals and Nursing Homes*. Washington D.C.: National Academy Press.
- Zapp, W. & Dorenkamp, A. (2002). Anwendungsorientierte Prozessgestaltung im Krankenhaus - Bericht über ein Forschungsprojekt. In W. Zapp (Ed.), *Prozessmanagement im Krankenhaus* (pp. 1-135). Heidelberg: Economica Verlag Hüthig.
- Zapp, W. H. (2002). *Prozessgestaltung im Krankenhaus*. Heidelberg: Economica Verlag Hüthig.
- Ziegenbein, R. (2001). *Klinisches Prozessmanagement- Implikation, Konzepte und Instrumente einer ablauforganisierten Krankenhausführung*. (2. ed.) Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

II Hintergrundinformationen

Inhaltsverzeichnis des Teilbereiches: Recht

HANS BÖHME

| | | |
|-------|--|-----|
| 3. | Rechtswissenschaftliche Grundlagen ----- | 231 |
| 3.1 | Das Rechtssystem unter besonderer Berücksichtigung der Krankenhausstruktur (Böhme, 2001) ----- | 231 |
| 3.2 | Vorbemerkung zum Delegations- und Übernahmerecht----- | 237 |
| 3.3 | Aufgabenverteilung zwischen ärztlichem Personal und Pflege in der Patientenversorgung ----- | 239 |
| 3.3.1 | Berufsrechtliche Abgrenzung ----- | 239 |
| 3.3.2 | Haftungsrechtliche Abgrenzung----- | 242 |
| 3.4 | Haftungsrechtliche Grundsätze ----- | 244 |
| 3.5 | Berufsrechtliche Grundlagen----- | 246 |
| 3.5.1 | Überblick ----- | 246 |
| 3.5.2 | Das Heilpraktikergesetz ----- | 247 |
| 3.5.3 | Selbständige Ausübung der Heilkunde durch Pflegekräfte – Der Gesetzgeber macht ernst ----- | 247 |
| 3.5.4 | Rechtsgrundlagen in den akademischen Heilberufen ----- | 250 |
| 3.5.5 | Rechtsgrundlagen für die Tätigkeiten in den (noch) nicht akademischen Gesundheitsberufen (Erdle, 2003) ----- | 251 |
| 3.6 | Weisungsgebundenheit und Fachvorbehalt für Gesundheitsberufe im Arbeitsverhältnis ----- | 252 |
| 3.6.1 | Gibt es einen ärztlichen Vorbehalt bereits bei der Betriebssteuerung?----- | 252 |
| 3.6.2 | Der Wandel in der Verantwortungsverteilung zwischen Medizin und Pflege ---- | 253 |
| 3.6.3 | Die ärztliche Gesamtverantwortung----- | 256 |
| 3.6.4 | Versorgungsmanagement (Case Management, Fallmanagement) und ärztliche Gesamtverantwortung ----- | 257 |
| 3.6.5 | Konsequenzen für die Verantwortungsverteilung in der Krankenhausorganisation ----- | 259 |
| 3.7 | Die Zulässigkeit der Delegation im Einzelnen ----- | 263 |
| 3.7.1 | Die Delegationsstruktur ----- | 263 |

| | | |
|-------|--|-----|
| 3.7.2 | Die Übertragungsfähigkeit----- | 264 |
| 3.7.3 | Das Bestimmungsrecht der PatientInnen----- | 271 |
| 3.7.4 | Das Bestimmungsrecht von ÄrztInnen ----- | 271 |
| 3.7.5 | Das Bestimmungsrecht des Pflegepersonals----- | 272 |
| 3.7.6 | Die Qualifikation des Pflegepersonals----- | 273 |
| 3.8 | Besonderheiten bei Fachweiterbildungsqualifikationen----- | 274 |
| 3.8.1 | Tätigkeitskatalog der Deutschen interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin ----- | 274 |
| 3.8.2 | Zur Tätigkeitsentwicklung und zur Qualifikation der MitarbeiterInnen----- | 275 |
| 3.8.3 | Weitergehende Übernahme ärztlicher Tätigkeiten ----- | 277 |
| 3.8.4 | Handlungsfelder in der Krankenhauspflege – von der Delegation zur Allokation----- | 278 |
| 3.9 | Zur Übertragung (behandlungs-)pflegerischer Tätigkeiten auf Hilfskräfte----- | 285 |
| 3.9.1 | Problemstellung ----- | 285 |
| 3.9.2 | Dienstanweisung für den Einsatz von Hilfskräften ----- | 286 |
| | Literaturverzeichnis ----- | 287 |

3. Rechtswissenschaftliche Grundlagen

HANS BÖHME

3.1 Das Rechtssystem unter besonderer Berücksichtigung der Krankenhausstruktur (Böhme, 2001)

Das geltende Rechtssystem ist vielschichtig. Die Leistungsverhältnisse im Gesundheitswesen betreffen sämtliche Rechtsgebiete des deutschen Rechts und damit sämtliche Gerichtsbarkeiten. Bei Weglassung der Zwischenglieder, die in den einzelnen Beziehungen interessieren, lässt sich das Rechtssystem auf das Beziehungsgeflecht Leistungsempfänger, Versicherungsträger, Leistungserbringer, MitarbeiterIn des Leistungserbringers und auf den Staat, der regulierend eingreift, reduzieren. (Abbildung 1)

Das eigentliche LeistungsempfängerIn-Leistungserbringer-Verhältnis ist zivilrechtlich ausgestaltet und wird demzufolge **zivilrechtlich** beurteilt (die Aufgabe der Zivilgerichtsbarkeit).

Wie der Leistungserbringer seine Leistung erbringt, ist im Grundsatz alleine gemessen an den vertraglichen Ansprüchen der LeistungsempfängerInnen Sache des Leistungserbringers; er hat eine **Organisationsfreiheit**.

Meist erbringt er seine Leistungen nicht selbst, sondern bedient sich anderer Personen, die die Leistungen für ihn erbringen, und zwar in Erfüllung seiner Verbindlichkeiten als **Erfüllungsgehilfen**.

Die vertragliche Einbeziehung der tatsächlichen LeistungserbringerInnen im Gegensatz zum rechtlichen Leistungserbringer erfolgt in der Regel durch Arbeitsverträge; insoweit kommt das **arbeitsrechtliche Anweisungsverhältnis** zwischen Arbeitgebern und ArbeitnehmerInnen zur Anwendung: Der Arbeitgeber hat zur Ausgestaltung seiner betriebsorganisatorischen Verhältnisse ein Direktionsrecht bzw. Weisungsrecht: Er bestimmt einseitig nach pflichtgemäßem Ermessen die Einzelheiten der Arbeit nach Art, Ort und Leistung.

Da die rechtlichen Leistungserbringer in der Regel als juristische Personen ausgeformt sind, ist der **abstrakte Arbeitgeber** vom **konkreten Arbeitgeber** zu unterscheiden: der Anstellungsarbeitgeber überträgt auf einzelne FunktionsträgerInnen in der Arbeitsorganisation die Weisungsrechte. Diese arbeitsrechtlichen Fragen, die einen Knackpunkt in der Gesamtbeurteilung darstellen, werden im Streitensfalle in der Arbeitsgerichtsbarkeit geklärt.

Die tatsächlichen Leistungen erbringen also seltener die rechtlichen Leistungserbringer selbst, sondern zumeist die MitarbeiterInnen der rechtlichen Leistungserbringer. Insoweit besteht keine vertragliche Sonderbeziehung zwischen tatsächlichen LeistungserbringerInnen und LeistungsempfängerInnen.

Rechtsbeziehungen treten in der Regel erst auf, wenn es zu einem Zwischenfall kommt, und

zwar unter dem Gesichtspunkt der persönlichen Verantwortung für eine **unerlaubte Handlung** nach dem § 823 ff. Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) und im Rahmen der **strafrechtlichen Verantwortlichkeit**.

Letztlich geht es im Dreiecksverhältnis LeistungsempfängerIn, rechtlicher Leistungserbringer und tatsächliche/r LeistungserbringerIn um eine Handlungsbegrenzung zum Ausgleich der schützenswerten Interessen unter dem Gesichtspunkt insbesondere des Integritätsschutzes der PatientInnen.

Diese Handlungsbegrenzung betrifft in erster Linie das Handeln der tatsächlichen LeistungserbringerInnen, die zum einen den Willen der PatientInnen zu berücksichtigen haben, im Übrigen aber sorgfältig handeln müssen, so dass der entscheidende Begrenzungsmaßstab die Sorgfalt ist.

Dieser Maßstab begrenzt auch Arbeitgeber-Handeln, also das Handeln des rechtlichen Leistungserbringers, denn das Anweisungsverhältnis zwischen Arbeitgebern und ArbeitnehmerInnen besteht nicht grenzenlos, sondern steht unter dem Fachvorbehalt der sach- und fachkundigen ArbeitnehmerInnen (Böhme, 1991).

Die **Sorgfalt** im Verhältnis des tatsächlichen Leistungserbringers zum Leistungsempfänger wird jetzt zum einen im Rahmen von Zivilrechtsstreitigkeiten von der Zivilgerichtsbarkeit unter dem Gesichtspunkt der vertraglichen und deliktischen Haftung des rechtlichen Leistungserbringers und der deliktischen Haftung des tatsächlichen Leistungserbringers beurteilt.

Da es im Zivilrecht insoweit um Schadensausgleichsfragen geht, also um ökonomische Fragen, stellt sich zum anderen die Frage nach der individuellen, persönlichen Verantwortlichkeit besonders unter dem Gesichtspunkt des Strafrechts im strafrechtlichen Ermittlungsverfahren und in der Strafgerichtsbarkeit, wobei hier auf einen individuellen persönlichen Sorgfaltsmaßstab abgestellt wird.

Diese Dreiecksbeziehung LeistungsempfängerIn, rechtlicher Leistungserbringer und tatsächliche/r LeistungserbringerIn wird jetzt durch das Dazwischentreten des **Finanzierungsträgers** mehr oder weniger beeinflusst. Die private Versicherung begrenzt unter monetären Gesichtspunkten - Umfang des Versicherungsschutzes - das tatsächliche Handeln der Beteiligten, nicht aber die rechtlichen Handlungsfähigkeiten mit Ausnahme der LeistungsempfängerInnen, die gegenüber dem privaten Versicherer gewisse Obliegenheitspflichten haben.

Die soziale Versicherung hingegen begrenzt nicht nur die tatsächlichen Handlungsmöglichkeiten aufgrund begrenzter Ressourcen, sondern beeinflusst die Handlungsfähigkeit des rechtlichen Leistungserbringers durch Verpflichtungen nach den §§ 107 ff. Sozialgesetzbuch (SGB) V, insbesondere die Vertragsabschlüsse nach § 132 SGB V.

Machen jetzt die LeistungsempfängerInnen Versicherungsansprüche gegenüber den Sozialversicherungsträgern geltend, geht es um sozialrechtliche Streitigkeiten, die in der Sozialgerichtsbarkeit beurteilt werden.

Streiten soziale Versicherungsträger mit rechtlichen Leistungserbringern, so kommt es auf die sozialrechtliche Ausgestaltung an: im Kassenarztrecht ist die Sozialgerichtsbarkeit zuständig, für Krankenhäuser und ambulante Versorger die Verwaltungsgerichtsbarkeit.

In diese zunächst einmal abstrakt-gedanklich formulierte Vierer-Beziehung greift jetzt regulierend der **Staat** ein, und zwar in erster Linie auf Seiten der Leistungserbringer. Soweit es um die subjektive Qualifizierung der LeistungserbringerInnen geht, geschieht dies über das **Berufsrecht**; soweit es um den rechtlichen Leistungserbringer geht, geschieht dies durch den **Verbraucherschutz** und **Gefahrenschutz** sowie durch die staatlichen **Förderrichtlinien**.

Soweit der Staat regulierend eingreift, bedient er sich des Verwaltungsrechts, so dass Streitigkeiten bei staatlichen Vorgaben in der Verwaltungsgerichtsbarkeit ausgetragen werden. Insoweit bedient sich der Staat vermehrt des Ordnungswidrigkeitenrechts und des Verwaltungszwangs, um die Einhaltung öffentlich-rechtlicher Vorgaben vorbeugend, also bevor es zum Zwischenfall kommt, zu erreichen.

Gemeinsamer Maßstab all dieser Rechtsbeziehungen und Rechtsebenen in den unterschiedlichsten Gerichtsbarkeiten ist die Sorgfalt, die Sicherheit, gemessen am Integritätsschutz der LeistungsempfängerInnen.

Dies kann am Beispiel der Leistungsverhältnisse in Pflege- und Gesundheitsdiensten verdeutlicht werden:

Der rechtliche Leistungserbringer schuldet den LeistungsempfängerInnen vertragsgemäßes, sorgfältiges Verhalten und haftet deliktisch aus unerlaubter Handlung insbesondere aus dem Gesichtspunkt des Rechtsgüterschutzes. Gemeinsamer Sorgfaltsmaßstab ist der Begriff der Fahrlässigkeit, nämlich die Außerachtlassung der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt (§ 276 Abs. 1 Satz 2 BGB).

Die tatsächlichen LeistungserbringerInnen haften persönlich aus unerlaubter Handlung ebenfalls für Fahrlässigkeit, also für die Außerachtlassung der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt. Darüber hinaus haftet die tatsächliche Leistungserbringerin bzw. der tatsächliche Leistungserbringer im Rahmen des Rechtsgüterschutzes eigenverantwortlich höchst-persönlich für die Verletzung von Strafgesetzen, z. B. fahrlässige Körperverletzung und fahrlässige Tötung, wobei hier ein individueller Sorgfaltsmaßstab angesetzt wird.

Auch arbeitsrechtlich ist der Sorgfaltsmaßstab maßgebend, denn zum einen schulden die ArbeitnehmerInnen den Arbeitgebern sorgfältiges Handeln im Rahmen der arbeitsvertraglichen Verpflichtungen, haften also für unsorgfältiges Handeln; andererseits können Arbeitgeber unsorgfältiges Handeln unter dem Gesichtspunkt des Rechtsgüterschutzes von ArbeitnehmerInnen nicht verlangen.

Das Berufsrecht ist selbstverständlich auch von der Sorgfalt geprägt, denn es geht um Sach- und Fachkunde. Beispielsweise ergibt sich dies aus den Ausbildungszielen in der Altenpflegeausbildung nach § 3 des Altenpflegegesetz (AltPflG). Dort ist in Nr. 1 ausdrücklich "*die*

sach- und fachkundige, den allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen, insbesondere den medizinisch-pflegerischen Erkenntnissen entsprechende, umfassende und geplante Pflege“ genannt, während das neue Krankenpflegegesetz (KrPflG) 2003 § 3 Abs. 1 Satz 1 als Ausbildungsziel die Vermittlung „dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten“ benennt und auf 'Eigenverantwortlichkeit' abstellt.

Auch im Verbraucher- und Gefahrenschutz ist der Sorgfaltsmaßstab unter dem Oberbegriff Sicherheit das entscheidende Kriterium. So schreibt z. B. das Medizinprodukte-Gesetz (MPG) für Betreiber (rechtliche Leistungserbringer) und AnwenderInnen (tatsächliche Leistungserbringer) unter anderem ausdrücklich für den Umgang mit sämtlichen medizinisch-technischen Geräten und allen sonstigen Medizinprodukten in §§ 14 Satz 1 MPG, Abs. 2 und 4 Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) vor: Medizinprodukte „dürfen nur von Personen angewendet werden, die aufgrund ihrer Ausbildung oder ihrer Kenntnisse und praktischen Erfahrungen die Gewähr für eine sachgerechte Handhabung bieten.“

Schließlich und endlich wird auch im Krankenversicherungsrecht auf die Sorgfalt nach den Vorschriften des Bürgerlichen Vertragsrechts abgestellt, wenn in § 76 Abs. 4 SGB V folgendes geregelt ist: *"Die Übernahme der Behandlung verpflichtet den an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt oder die ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung dem Versicherten gegenüber zur Sorgfalt nach den Vorschriften des Bürgerlichen Vertragsrechts."*

Diese Verbindungsvorschrift, die die Überlappung zwischen dem liberalen Vertragsrecht nach dem BGB und dem öffentlich-rechtlichen Sozialrecht nach dem SGB regelt, steht zwar im Zusammenhang mit dem Kassenarztrecht, ist aber bei den zu behandelnden Qualitätssicherungsüberlegungen nach dem SGB V als so genannter Mindestmaßstab selbstverständlich zu berücksichtigen.

Neben dem Begriff der Sorgfalt zieht sich als Komplementärbegriff Qualität ebenso als Querschnitt durch die verschiedenen Rechtsgebiete (Böhme, 1994).

Beispiel aus der Praxis:

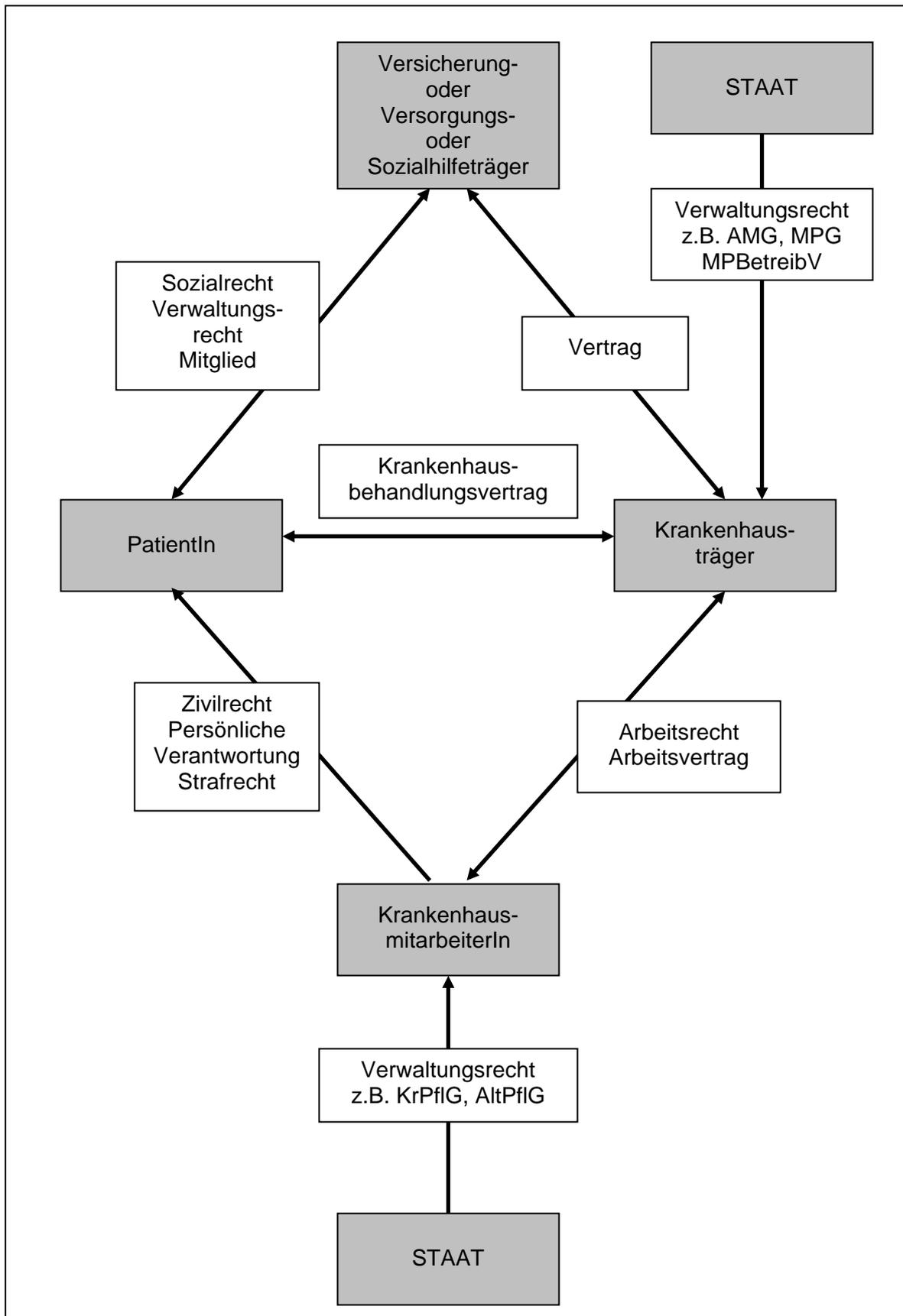
Wenn ärztliches Personal der Pflegefachperson eine Medikamentenanordnung erteilt und es dabei zu einem Schaden bei PatientInnen kommt, z. B. falsches, tödlich wirkendes Medikament, ergibt sich rechtlich folgendes:

- 1) Der Krankenhausträger haftet sowohl für das ärztliche Personal und die Pflegefachpersonen, die dessen Erfüllungsgehilfen sind, aus dem Krankenhausbehandlungsvertrag für den Schaden bei PatientInnen, ohne dass es darauf ankommt, die Handlungsfehler-

und Verschuldensanteile exakt festzustellen.

- 2) Strafrechtlich haftet nur der, der es tut, also entweder die ärztliche Person für eine fehlerhafte Anordnung oder die Pflegefachperson für eine fehlerhafte Durchführung oder beide zusammen für jeweils fehlerhaftes, den Schaden verursachendes Handeln.
- 3) Arbeitsrechtlich besteht Anlass zur Abmahnung und/oder Festlegung von Standards, weil ansonsten ein Organisationsverschulden des Trägers vorliegen kann. Der Arbeitgeber kann aber in aller Regel beim ärztlichen Personal und/oder dem Pflegefachpersonal nicht regressieren, weil zumeist eine Krankenhaaftpflichtversicherung vorliegt, die auch bei fehlerhafter Delegation regulieren muss (Petry, 2005).
- 4) Sozialversicherungsrechtlich ist zwar der Kostenträger vorleistungspflichtig, der Schadensverursacher muss aber dem Kostenträger den entstandenen Schaden ersetzen.
- 5) Verwaltungsrechtlich ist für verschreibungspflichtige Arzneimittel nach § 48 Arzneimittelgesetz (AMG) eine schriftliche Verordnung nach dem Arzneimittel-Verschreibungsverordnung (AMVV), bei Betäubungsmitteln auf einem besonderen Formblatt nach § 8 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) vorgeschrieben; im Übrigen gibt es aber keine Vorschrift, die regelt, dass eine ärztliche Anordnung schriftlich zu erfolgen hat.

Abbildung 1: Das Rechtssystem im Gesundheits- und Sozialwesen



Quelle: eigene Darstellung

3.2 Vorbemerkung zum Delegations- und Übernahmerecht

Die Abgrenzung ärztlicher von pflegerischen Tätigkeiten richtet sich nach dem Sorgfaltsbegriff. Das Gleiche gilt auch für die Abgrenzung pflegefachlicher von Laientätigkeit.

Ausgehend vom jeweiligen Berufsbild, den Ausbildungen und Prüfungen, etwaigen Weiterbildungen und Prüfungen sowie unter Beachtung etwaig notwendig werdender Einweisungen ist die Abgrenzung ärztlicher von pflegerischen Tätigkeiten im Einzelfall nicht einfach, weil nur der Kernbereich ärztlichen und pflegerischen Tuns ohne weiteres definierbar ist. Die Grenzbereiche in der Zusammenarbeit sind schwammig und offen, naturgemäß geprägt vom Sicherheitsgebot der Einrichtung, womit zumindest zum Ausdruck gebracht wird, dass bei der Risikoeinschätzung im Zweifel die Aufgabe beim ärztlichen Personal zu verbleiben hat und nicht etwa bei Pflegepersonen.

Auch die Abgrenzung zwischen pflegefachlicher Tätigkeit und Laientätigkeit ist im Einzelfall nicht einfach, wobei allerdings zu beachten ist, dass der Sorgfaltsmaßstab bei der ärztlichen Heilbehandlungstätigkeit ein anderer ist als bei pflegerischen Aufgaben, was unten noch erläutert wird.

Dabei stellen sich zwei Probleme, nämlich die präzise Definition der Aufgabenbereiche der jeweiligen Berufsgruppe und die Problematik der Delegierbarkeit oder gar Übernahmefähigkeit ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachpersonal einerseits sowie die Problematik der Delegierbarkeit pflegefachlicher Tätigkeiten auf Hilfskräfte (auch Angehörige und Ehrenamtliche) andererseits.

Diese berufsrechtlichen Fragestellungen paaren sich mit haftungsrechtlichen Problemen, zum einen im Rahmen der Eigenverantwortung des jeweiligen Berufs- und Arbeitsbereiches einerseits und der Organisationsverantwortung der Einrichtung und der AkteurInnen in der Arbeitsorganisation andererseits.

Dabei ist der Sorgfaltsmaßstab bei der ärztlichen Heilbehandlungstätigkeit ein anderer als bei pflegerischen Aufgaben, was schon die Tatsache belegt, dass kaum Haftpflichtansprüche gegen Pflegende angestrengt werden, sondern überwiegend Ansprüche gegen ÄrztInnen zu bearbeiten sind. Das hängt insbesondere mit dem unterschiedlichen Anforderungsprofil dieser beiden Berufsgruppen zusammen, das sich im Sorgfaltsmaßstab widerspiegelt.

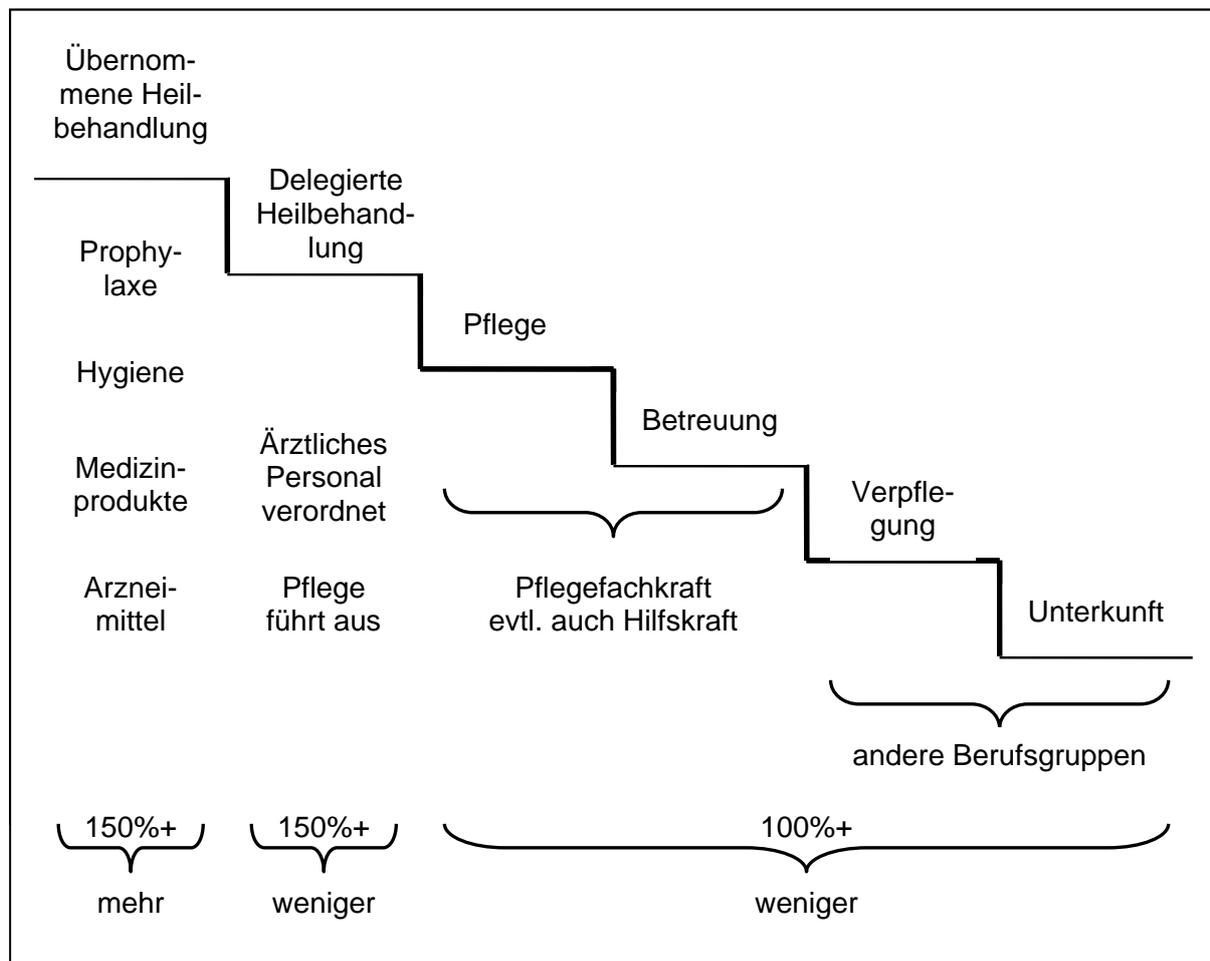
Das zeigt ein Blick auf das Straßenverkehrsrecht:

Die Sorgfaltspflichten von FußgängerInnen – also von Laien – gehen nicht so weit wie die Sorgfaltspflichten von AutofahrerInnen, die zusätzliche Anforderungen zu erfüllen haben, also z. B. von angeleiteten Laien, steigert sich bei TaxifahrerInnen, BusfahrerInnen bis hin gar zu SchwertransportführerInnen, die die höchsten Anforderungen zu erfüllen haben.

Der Laie schuldet nach dem Rechtsgedanken aus § 690 BGB nur die Sorgfaltspflichten, die er auch in eigenen Angelegenheiten zu wahren hat, haftet also in der Regel nur für grobe Fahrlässigkeit, § 277 BGB, also für die Außerachtlassung der einfachsten und nahe liegendsten Sorgfaltspflichten.

Die angelernte Person schuldet bereits normale im Rechtsverkehr erforderliche Sorgfaltspflichten, während die berufene Person höhere Sorgfaltspflichten zu beachten hat, was allerdings von ihrem Tätigkeitsbereich abhängt.

Abbildung 2: Sorgaltsanforderungen in Tätigkeitsfeldern im Überblick



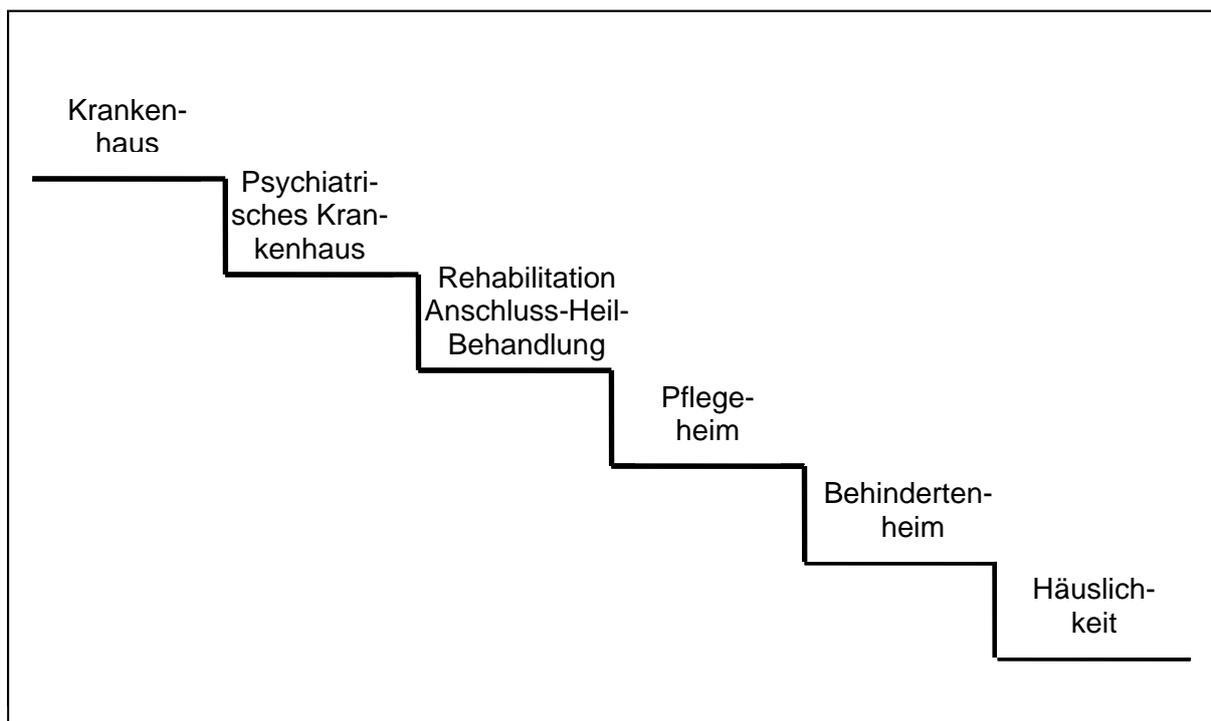
Quelle: eigene Darstellung

Während ÄrztInnen bei der Heilbehandlung optimale Sorgfalt auf höchster Ebene schulden, HeilpraktikerInnen, GeistheilerInnen, WundversorgerInnen, alternative Heil- und Pflegemethoden-AnwenderInnen optimale Sorgfalt im Rahmen ihrer/seiner Kenntnisse, Erfahrungen und üblichen Ausbildung zu beachten haben (Böhme, 1999b), schulden andere Berufsgruppen in der Regel nur so genannte normale Sorgfaltspflichtenbewältigung.

Damit sind pflegerische Tätigkeitsbereiche bei der Delegierbarkeit großzügiger zu beurteilen als ärztliche Tätigkeitsfelder. (Abbildung 2)

Im Übrigen muss auch nach der Art der Einrichtung unterschieden werden, denn nur im Krankenhaus gilt im somatischen Bereich der Grundsatz 'oberstes Gebot ist die Sicherheit der PatientInnen', während in der Häuslichkeit der strikt entgegengesetzte Grundsatz 'my home is my castle' zur Anwendung kommt. (Abbildung 3)

Abbildung 3: Die Sorgfaltsanforderungen nach Art des Tätigkeitsortes im Überblick



Quelle: eigene Darstellung

3.3 Aufgabenverteilung zwischen ärztlichem Personal und Pflege in der Patientenversorgung

3.3.1 Berufsrechtliche Abgrenzung

Sowohl die ärztliche Tätigkeit als auch die pflegerische Tätigkeit lassen sich im Kernbereich ohne weiteres definieren.

Während ÄrztInnen ärztliche Heilkunde ausüben, nämlich „die auf ärztlich-wissenschaftliche Erkenntnis gerichtete und auf der Approbation als Arzt beruhende praktische, wissenschaftliche oder verwaltende Tätigkeit, die sich unmittelbar oder mittelbar auf die Verhütung, Früherkennung, Heilung oder Linderung menschlicher Krankheiten, Körperschäden oder Leiden bezieht, auch wenn sie im Dienste anderer ausgeübt wird“ (Narr, 1988), gehört zu den origi-

nären pflegerischen Aufgaben die umfassende, geplante Pflege der PatientInnen, wie in § 4 Abs. 1 Nr. 1 KrPflG alte Fassung (1985) formuliert (Kurtenbach et al., 1998).

Die Expertengruppe zur Schaffung der Pflege-Personal-Regelung (PPR) sagte dazu: *„Personale Pflege setzt voraus, dass zwischen Pflegenden und Gepflegten Beziehungen entstehen, in denen anvertrautes Leiden und Leben gemeinsam getragen werden können. Diese Beziehungen leben von Kommunikation in vielfältiger Ausgestaltung, vor allen in Gesprächen. Ganzheitliche Pflege umfasst daher alle Maßnahmen, die notwendig sind und die dazu beitragen, dass der Patient seine Selbständigkeit sobald als möglich und so vollständig wie möglich wiedererlangt oder aber würdevoll sterben kann“* (Schöning et al., 1993).

Damit können die Aktivitäten des täglichen Lebens im Rahmen der so genannten allgemeinen Pflege ohne weiteres als originäre pflegerische Aufgaben betrachtet werden, während die spezielle Pflege nicht so ohne weiteres definierbar ist, weil die dortige Abgrenzung unter Berücksichtigung der verschiedenen Tätigkeitsbereiche, den Anforderungen in der Versorgung der PatientInnen und den Berufsvorstellungen der AkteurInnen unterschiedlich gezogen wird und gezogen werden kann. Die Ausbildungsziele in § 4 des KrPflG 1985 bzw. § 3 des KrPflG 2003 und § 3 des AltPflG 2003 geben hier einige Anhaltspunkte.

Demzufolge ist es auch der Expertengruppe zur PPR schwer gefallen, die spezielle Pflege exakt zu definieren. Das Tätigkeitsprofil für die 'spezielle Pflege' – so weit es hier interessiert - ist doch sehr allgemein gehalten, nämlich

„Leistungen im Zusammenhang mit Vitalzeichenkontrolle und Krankenbeobachtung, insbesondere

- *Puls*
- *Blutdruck*
- *Temperatur*
- *Atmung*
- *Pupillenreaktion/Bewusstseinslage*
- *Körpermaße/Gewicht*
- *Nierenfunktion, Ein- und Ausfuhrbilanz*
- *Blutzucker ... sowie*

Leistungen im Zusammenhang mit Eingriffen des Arztes in der Station

- *Vor- und Nachbereiten*
- *Assistieren ... sowie*

Leistungen im Zusammenhang mit Gewinnung von Untersuchungsmaterial, insbesondere

- *Vor- und Nachbereiten*
- *Gewinnen*
- *Verarbeiten ... sowie*

Pflegetechnische Leistungen, insbesondere im Zusammenhang mit

...

- *Wund- und Hautbehandlung*
- *Anlegen von Verbänden und Schienen“* (Schöning et al., 1993).

Diese Unklarheiten wurden bewusst in Kauf genommen, weil man davon ausging, dass in den Krankenhausarbeitsbereichen die Aufgabe Zusammenarbeit zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal innerbetrieblich abgestimmt werden muss.

Das KrPflIG 2003 hat diese berufsrechtliche Ausgangssituation nicht geändert. Dort ist das Ausbildungsziel in § 3 Abs. 1 wie folgt geregelt:

„Die Ausbildung für Personen nach § 1 Abs. 1 Nr. 1 und 2 soll entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten vermitteln. Die Pflege im Sinne von Satz 1 ist dabei unter Einbeziehung präventiver, rehabilitativer und palliativer Maßnahmen auf die Wiedererlangung, Verbesserung, Erhaltung und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der zu pflegenden Menschen auszurichten. Dabei sind die unterschiedlichen Pflege- und Lebenssituationen sowie Lebensphasen und die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der Menschen zu berücksichtigen (Ausbildungsziel).“

In Anlage 1 zu § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) vom 10.11.2003 (Bundesgesetzblatt [BGBl] I, Seite 2263) sind Einzelheiten zum Befähigungsumfang aufgenommen. Dabei umfassen die Wissensgrundlagen hinsichtlich Kenntnisse der Gesundheits- und Krankenpflege, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie der Pflege- und Gesundheitswissenschaften 950 Stunden und pflegerrelevante Kenntnisse der Naturwissenschaften und der Medizin 500 Stunden. Zu den Themenbereichen ‚bei der medizinischen Diagnostik und Therapie mitwirken‘ gibt es zwischenzeitlich auch entsprechende Vorschläge von Rahmenplänen.

Auch aus dem AltPflIG ergeben sich keine Neuerungen. Dort sind die Ausbildungsinhalte in § 3 geregelt. Anlage 1 zu § 1 Abs. 1 der Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung vom 26.10.2002 (BGBl. I, Seite 4418) enthält insoweit die Inhalte im Einzelnen.

Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend wurde vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) eine bundeseinheitliche Altenpflegeausbildung mit Materialien für die Umsetzung der Stundentafel im Jahre 2002 konzipiert, mit insgesamt 224 Seiten. Dort werden auf Seite 138 die Lerninhalte zu 1.5. ‚Bei der medizinischen Diagnostik und Therapie mitwirken (200 Std.)‘ vorgeschlagen (Sowinski & Behr, 2002).

Ein Vergleich dieser Lerninhalte und der Altenpflege-Prüfungs- und Ausbildungsverordnung ist am ehesten mit der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung nach dem KrPflG 1985 vorzunehmen, denn die Lerninhalte sind im wesentlichen, soweit es die Delegation ärztlicher Tätigkeiten betrifft, identisch, wenn auch mit geringen Abweichungen.

Somit ergeben sich aus dem Berufsrecht keine ausreichenden Abgrenzungskriterien (ebenso (Großkopf, 2003)).

3.3.2 Haftungsrechtliche Abgrenzung

Rein rechtlich gesehen haben Rechtsliteratur und Rechtsprechung erhebliche Schwierigkeiten bei der Abgrenzung ärztlicher Heilkunde von pflegerischen Tätigkeiten. Das führt dazu, dass sowohl Literatur als auch Rechtsprechung das Thema meiden wie der Teufel das Weihwasser. Wenn es gar nicht anders geht, versuchen sich die JuristInnen mit vor Jahrzehnten entwickelten Abgrenzungskriterien zu behelfen.

Im Wesentlichen werden hier drei Theorien vertreten:

- Zum einen die Eindruckstheorie, die heute bei der Abgrenzung im Verwaltungsrecht, z. B. Pflegemittel im Sinne des Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetzes einerseits, Arzneimittel im Sinn des AMG andererseits, immer noch zur Anwendung kommt (Bundesverwaltungsgericht, Urteil vom 18.12.1997 unter dem AZ: 3 C 46/96). Selbst das Bundesverfassungsgericht hat im 'Geistheiler'-Beschluss darauf abgestellt (Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 02.03.2004 – AZ: 1 BvR 784/03; dazu auch (Böhme, 2005a)), allerdings gepaart mit dem Gefährdungsgedanken.
- Zum anderen wird abgestellt auf das Kriterium Erforderlichkeit ärztlichen Fachwissens und
- schließlich auf den Gefährdungsgedanken.

Der Gefährdungsgedanke dürfte zwischenzeitlich herrschende Meinung sein (entwickelt von Böhme, H. (Böhme, 1978) im Anschluss an Bockelmann, P. (Bockelmann, 1968) und übernommen von Hahn, B. (Hahn, 1981a; Hahn, 1981b; Hahn, 1984) sowie Böhme, H. (Böhme, 1984)). Hahn fasst diesen Gefährdungsgedanken im Rahmen einer ‚Vollzugstheorie‘ wie folgt zusammen:

Von ärztlicher Seite dürfen Heilbehandlungstätigkeiten, bei denen ein Abgrenzungsproblem zwischen ärztlichen und nicht ärztlichen Tätigkeiten besteht, unter Berücksichtigung der '-Komplikationsdichte' und 'Gefährdungsnähe' unter folgenden Voraussetzungen auf nicht-ärztliche MitarbeiterInnen übertragen werden:

- In Relation zum Kenntnisniveau der nicht-ärztlichen MitarbeiterInnen stehende Einfachheit der Maßnahme
- relative Gefährdungsferne für den Behandelten und
- absolute Überwachbarkeit durch ÄrztInnen – wohl richtiger absolute Beherrschbarkeit durch die nicht ärztlichen MitarbeiterInnen.

Dieser Gefährdungsgedanke ist aus der höchstrichterlichen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes (BGH) und der Oberlandesgerichte (OLG) entwickelt worden, wobei allerdings die Gerichte die Grenzen nicht immer richtig ziehen. Dies kann aber dahingestellt bleiben.

Jedenfalls ergibt sich daraus, dass, entgegen landläufiger Auffassung in der Pflege selbst, zum Teil leider mitgetragen auch von PflegerechtlerInnen (Roßbruch, 2003), aber auch ArztrechtlerInnen (Barth, 2007), die nicht die herrschende Meinung in der Jurisprudenz, insbesondere in der Rechtsprechung, vertreten, intravenöse Manipulationen und ähnliches im Wesentlichen haftungsrechtlich auf nicht ärztliches Personal übertragbar sind, sofern entsprechende Sicherheitsstandards eingehalten werden.

Diese Sicherheitsstandards ergeben sich in erster Linie aus der Anwendervorschrift des **§ 22 Abs. 1 Satz 3 MPG alte Fassung** - bis 31.12.2001; seit 01.01.2002 gilt das Zweite MPG-Änderungsgesetz, mit dem das MPG neu gefasst wurde und der § 22 MPG weggefallen ist (typischer Redaktionsfehler des Gesetzgebers); der Wortlaut dient jetzt aber zur Auslegung der Abs. 2 und 4 des § 2 MPBetreibV in Verbindung mit § 14 Satz 1 MPG neue Fassung! -, nachformuliert dann in § 2 Abs. 2 und 4 der MPBetreibV, der einen allgemeinen haftungsrechtlichen Grundsatz zum Ausdruck bringt (Böhme, 2002): *„Aktive Medizinprodukte dürfen nur von Personen angewendet werden, die aufgrund ihrer Ausbildung oder ihrer Kenntnisse und praktischen Erfahrungen die Gewähr für eine sachgerechte Handhabung bieten.“*

In dieser Gebotsvorschrift, die überdies nach § 45 Abs. 2 Nr. 11 bußgeldbewehrt ist, wird für aktive Medizinprodukte nicht von der formalen Ausbildung alleine, sondern auch alternativ von der praktischen Anleitung und theoretischen Kenntniserlangung anderweitig ausgegangen. Was für aktive Medizinprodukte gilt, gilt erst recht für nicht aktive Medizinprodukte und erst recht für sonstige Produkte und erst recht für sonstige Tätigkeiten.

Fazit aus der haftungsrechtlichen Situation:

Die Abgrenzung pflegerischer von ärztlichen Tätigkeiten ist im Einzelfall nicht einfach. Es kann aber entgegen landläufiger Meinung weit mehr übertragen werden, als dies bislang der Fall ist.

Hahn führt hierzu immer noch aktuell aus:

„Die ... Ausführungen haben das zunächst wenig überraschende Ergebnis gebracht, dass der Arzt medizinische Eingriffe zur Durchführung auf nichtärztliche Mitarbeiter delegieren darf. Die Schwierigkeiten bei der Entscheidung, welche Eingriffe beim Arzt verbleiben müssen und welche auf wie qualifiziertes nichtärztliches Personal übertragen werden können, resultieren unter anderem aus der höchst unzureichenden legislativen Festlegung des Verantwortungsrahmens sämtlicher Medizinalfachberufe, aber auch der des Arztes selbst. Dennoch erscheint es methodisch vertretbar, von den formellen Ausbildungsvoraussetzungen der einzelnen Medizinalfachberufe auf die jeweilige Basis-Qualifikation des nichtärztlichen Personals zu schließen, um so einen Maßstab zur Lösung des Konflikts zwischen formeller und materieller Befähigung zu erhalten“ (Hahn, 1981b).

3.4 Haftungsrechtliche Grundsätze

Die Verantwortungsverteilung in der Arbeitsteilung richtet sich im Wesentlichen nach der sogenannten Handlungstheorie, das heißt, es haftet der, der es tun muss oder getan hat (BGH, Urteil in Strafsachen vom 01.07.1954 in: Neue Juristische Wochenschrift 1954, 1536 f.; ständige Rechtsprechung).

Aus diesem Grundsatz heraus ist weiterhin eine Haftungsverteilung zwischen ärztlichem Personal und Pflege im Sinne der Anordnungs- und Durchführungsverantwortung entwickelt worden.

Während behandelnde und anordnende ÄrztInnen für die Richtigkeit ihrer Anordnungen, für das Unterlassen erforderlicher Anordnungen, für die richtige Übermittlung der Anordnungen, für die Auswahl der AnordnungsempfängerInnen, für die Anleitung der AnordnungsempfängerInnen und für die Überwachung der AnordnungsempfängerInnen haften, haften die MitarbeiterInnen als Delegierungsadressaten für die richtige Ausführung.

Die Anordnungsverantwortung ist allerdings in modernen Einrichtungen insoweit eingeschränkt, als sich die Delegationsverantwortung im Wesentlichen auf die Richtigkeit der Anordnung, das Unterlassen erforderlicher Anordnungen und die richtige Übermittlung von Anordnungen erstreckt, während die Auswahl, Anleitung und Überwachung von Mitarbeite-

rInnen selbst delegierbar ist auf Verantwortliche in der Pflege im Sinne der Organisation der Behandlungspflege (Opderbecke & Weissauer, 1980).

Ausgehend von dieser Haftungsverteilung ergibt sich, dass für falsche Delegationen das ärztliche Personal haftet und nicht das Pflegefachpersonal. ÄrztInnen haften auch für das Unterlassen sicherstellender Anordnungen und letztlich auch für das Übermitteln der Anordnungen. Die Auswahl, Anleitung und Überwachung von MitarbeiterInnen kann auf geeignete Pflegefachpersonen in Leitungsebene übertragen werden, so dass das ärztliche Personal insoweit nur noch die Leitungskräfte zu überwachen hat. Hierbei geht es nicht um eine dienstaufsichtliche Fragestellung, sondern um eine ärztlich-fachliche Fragestellung.

Von diesen Grundsätzen in der Eigenverantwortung ist jetzt allerdings die Organisationsverantwortung der Einrichtung zu unterscheiden. Eine falsche Delegierung hat nicht alleine die Ärztin bzw. der Arzt zu verantworten, sondern die Einrichtung zu verhindern (Bergmann & Kienzle, 1996). Das heißt, der BGH verlangt von der Einrichtung und damit auch von der Pflegedienstleitung, etwaige falsche Handhabungen zu unterbinden und auf den ärztlichen Dienst einzuwirken, bestimmte Fehlerhaftigkeiten zu unterlassen. Dies ist in der Rechtsprechung immer wieder entschieden worden, z. B. im so genannten Cardiotocography (CTG)-Urteil des BGH vom 16.04.1996 (AZ: VI ZR 190/95; dazu (Böhme, 1999a)). In dem Fall ging es um die Organisationspflichten eines Belegkrankenhauses bei der Übertragung belegärztlicher Leistung auf Pflegende. Der Leitsatz des BGH lautet: *„Das Belegkrankenhaus muss im Rahmen seiner Organisationspflicht gegen eine Handhabung einschreiten, durch welche der Belegarzt dem Pflegepersonal des Belegkrankenhauses Aufgaben überlässt, die hier die pflegerische Kompetenz übersteigen (hier: Überwachung eines CTG durch die Nachtschwester)“*.

Was für Belegkrankenhäuser gilt, gilt selbstverständlich auch im Chefarzt-Krankenhaus. ChefärztInnen sind weder verfassungsmäßige Organe des Krankenhauses noch leitende Angestellte. Sie unterliegt dienstrechtlich der Krankenhausleitung als konkreter Arbeitgeber und der konkrete Arbeitgeber hat auf die ChefärztInnen der jeweiligen Fachabteilungen einzuwirken, Organisationsverschulden soweit wie möglich zu vermeiden.

Fazit:

Im Rahmen der haftungsrechtlichen Grundsätze ist die Verantwortungsverteilung zwischen ÄrztInnen und Pflegefachpersonen in der Eigenverantwortung eindeutig. Probleme treten eher in der Organisationsverantwortung auf, weshalb eine klare Verantwortungsfestlegung, -abstimmung und -sicherstellung erforderlich ist (Berg & Ulsenheimer, 2006).

3.5 Berufsrechtliche Grundlagen

3.5.1 Überblick

Die maßgebenden Rechtsgrundlagen für die Kompetenzverteilung und die Kooperation zwischen den Berufen im Gesundheitswesen sind folgende:

Der (zahn)ärztliche Beruf ist als akademischer Beruf und als so genannter freier Beruf durch die eigenverantwortliche, fachlich unabhängige sowie nicht gewerbliche Tätigkeit und die Verpflichtung zur persönlichen Leistungserbringung geprägt.

Folgerichtig sind in

- der Bundesärzteordnung
- dem Zahnheilkundegesetz
- den Berufsordnungen der Landesärztekammer und der Landeszahnärztekammer sowie
- in den Sozialgesetzen und Gebührenordnungen

entsprechende Regelungen aufgenommen.

Das gilt allerdings nicht im Arbeitsverhältnis angestellter Krankenhaus(zahn-)ärztInnen. (siehe dazu das Kapitel II, 3.6)

Für andere (noch) nicht akademische Gesundheitsberufe bestehen Berufszulassungsgesetze des Bundes, wie z. B. für die

- Ergotherapie
- Logopädie
- Orthoptik
- Physiotherapie
- Podologie.

Für bestimmte Berufe (Hebammen/Entbindungspfleger und Medizinisch-Technische AssistentInnen [MTA]) bestehen Vorbehaltstätigkeiten, die zur Durchführung definierter Tätigkeiten allein durch diese Berufe berechtigen.

Eine gewisse Bedeutung hat auch das Heilpraktikergesetz, mit dem 1939 festgelegt wurde, dass nur approbierte ÄrztInnen und HeilpraktikerInnen Heilkunde ausüben dürfen.

3.5.2 Das Heilpraktikergesetz

Es gibt viele Fallgestaltungen, in denen es mehr oder weniger um Medizin geht. Dabei erfolgt häufig der Hinweis auf das Heilpraktikergesetz, wonach die Ausübung der Heilkunde ärztlichem Personal vorbehalten bleibt (Bockelmann, 1968).

Nach Artikel 1 Abs. 1 Satz 1 des Grundgesetzes haben alle Deutschen das Recht, Beruf, Arbeitsplatz und Ausbildungsstätte frei zu wählen. Nach Satz 2 kann die Berufsausübung durch Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes geregelt werden und damit auch diese Freiheit eingeschränkt werden (Einzelfallkasuistik in (Erdle, 2003)).

Das Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz) vom 17.02.1939 (Reichsgesetzblatt I, Seite 251, BGBl III, Seite 2122-2), geändert durch das Einführungsgesetz zum Strafgesetzbuch vom 02.03.1974, BGBl I, Seite 469) und das Gesetz zur Umstellung von Gesetzen und anderen Vorschriften auf dem Gebiet des Gesundheitswesens auf Euro (8. Euro-Einführungsgesetz) vom 23.10.2001 (BGBl I, Seite 2702) beschränkt die durch Artikel 12 Abs. 1 Grundgesetz gewährleistete Berufsfreiheit durch den dort geregelten Erlaubniszwang in zusätzlicher Weise. Es bestehen keine verfassungsrechtlichen Bedenken, das Heilpraktikergesetz nach Artikel 123 Abs. 1 und Artikel 125 Grundgesetz in Verbindung mit Artikel 74 Nr. 19 Grundgesetz als weitergeltendes Bundesrecht zu behandeln (so Bundesverwaltungsgericht, Entscheidungssammlung Band 78, 179 = Neue Juristische Wochenschrift 1988, 2290).

Keine erlaubnispflichtige Ausübung der Heilkunde liegt vor, wenn jemand eine heilkundliche Verrichtung unter Aufsicht und Verantwortung einer befugten Heilperson (ÄrztIn/HeilpraktikerIn) ausübt (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 25.06.1970, Neue Juristische Wochenschrift 1970, 1987), das heißt wenn und soweit die **Hilfsperson** gleichsam als ‚verlängerter Arm‘ von ÄrztInnen oder HeilpraktikerInnen tätig wird.

Nach allgemeiner Überzeugung wird davon ausgegangen, dass selbständige heilkundliche Tätigkeiten nicht unerlaubt im Sinn des § 1 erfolgen, wenn sie von Personen ausgeübt werden, die eine gesundheitsrechtlich geregelte Ausbildung erfolgreich abgeschlossen haben und im Rahmen des Tätigkeitsspektrums ihres Berufs bzw. ihrer Ausbildung tätig werden (z. B. MasseurIn und PhysiotherapeutIn) (Böhme, 2000).

3.5.3 Selbständige Ausübung der Heilkunde durch Pflegekräfte – Der Gesetzgeber macht ernst

Das Verhältnis von ärztlichem Personal zur Pflege und von Heilkunde zur Nichtheilkunde ist in Deutschland ein sehr ungeklärtes Verhältnis. Insbesondere stellt sich die Frage nach der selbständigen Ausübung von Heilkunde durch Pflegekräfte. Forderungen werden schon seit

Jahren und Jahrzehnten erhoben, der Pflege mehr Selbständigkeit einzuräumen, jetzt will der Gesetzgeber ab 01.07.2008 ernst machen: Im Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung – Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfwG), Referentenentwurf vom 10.09.2007 wird mit den geplanten § 63 Abs. 3b und 3c SGB V in Verbindung mit 4 Abs. 7 und 4a AltPflG/KrPflG ein erster Zugang der Pflege zur selbständigen Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten ermöglicht. Überdies wird § 1 Abs. 1 AltPflG/KrPflG durch einen Satz 2 ergänzt: Angehörige der im AltPflG/KrPflG geregelten Berufe, die eine Ausbildung nach § 4 Abs. 7 haben, sind berechtigt, die vermittelten Kenntnisse zur selbständigen Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten zu nutzen.

Soweit es um die selbständige Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten geht, wäre zu überlegen, das Heilpraktikergesetz durch ein Heilkundengesetz zu ersetzen und dort Klarstellungen aufzunehmen. Damit könnten auch die Angehörigen anderer Gesundheitsfachberufe eine angemessene Rechtssicherheit erlangen (z. B. PodologInnen und PhysiotherapeutInnen).

Der Gutachter hält es für fragwürdig, dass in einzelne Berufsgesetze wie das KrPflG und das AltPflG die Berechtigung zur selbständigen Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten aufgenommen wird. Ausbildungsgesetze sind insoweit nicht die eigentlich dafür vorgesehenen Gesetze, wenngleich unter anderem im Hebammengesetz (HebG) und in anderen Vorschriften gewisse Vorbehaltsaufgaben für die Berufe geregelt sind. Das Ersetzen und Modernisieren des Heilpraktikergesetzes im Hinblick auf die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichtes, des Bundesverfassungsgerichtes und der Strafgerichte wäre so möglich, dass eine Fortentwicklung der Bereiche nicht gefährdet wäre.

Dass die Anerkennung der Berufe der AltenpflegerInnen, der Gesundheits- und KrankenpflegerInnen und der Gesundheits- und KinderkrankenpflegerInnen im Sinne eigenständiger Professionen selbst dem Gesetzgeber in seiner Mehrheit noch schwer fällt, zeigt die Zurückweisung einer Petition durch den Deutschen Bundestags am 13.12.2007 – Aktenzeichen: Pet 2-16-15-2121-019507 mit folgender Kernaussage:

„Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Akzeptanz der Norm im wesentlichen darauf beruht, dass eine abgegrenzte Berufsgruppe, deren Berufsausübung objektiveren Standards unterliegt, zu bestimmten Fragen angehört werden kann. Der Beruf des Pflegesachverständigen ist, anders als der des Arztes, gesetzlich nicht geregelt. Insbesondere gibt es auch keine ‚Pflegekammern‘, die über gemeinsame Standards der Berufsausübung sowie der Fort- und Weiterbildung wachen. Daher ist bereits eine genaue Definition pflegfachlicher Kompetenzen schwierig. Dies könnte dazu führen, dass es bei einer dem Anliegen der Petenten entsprechenden Änderung des § 109 SGG zu einer Ausdehnung der Regelung auf

alle im Pflegebereich tätigen Berufsgruppen käme. Diese Situation wäre für die Sozialgerichte prozessual nicht mehr handhabbar.“

Mit der Petition wollten 6.392 UnterzeichnerInnen eine Gleichstellung des Pflegesachverständigen mit dem ärztlichen Sachverständigen im § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) erreichen.

Allerdings stimmt es nicht, dass der Pflegeberuf keine objektivierbaren Standards vorweisen kann, die in der Tat im Arztberuf offenkundig sind. Es gibt zwar keine Pflegekammern, dafür aber den Deutschen Pflegerat, der durch zahlreiche Stellungnahmen und Vorgaben einen durchaus vernünftigen Weg der Standardisierung aufweist. Auch die einzelnen Berufsverbände in der Pflege haben in den letzten Jahren an Bedeutung wahrlich zu recht zugenommen. Die Berufsverbände sind in vielen Fällen zwingend zu hören, so z. B. nach § 137a Abs. 3 SGB V bei der Umsetzung der Qualitätssicherung und Darstellung der Qualität bei Leistungen der Krankenversicherung, oder gar zu beteiligen wie in § 80 Abs. 1 SGB XI bei der Entwicklung von Grundsätzen und Maßstäben für die Qualität und Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Pflege. Die Entwicklung von Expertenstandards wird zwischenzeitlich vom Bundesgesundheitsministerium mit der Entwicklung ärztlicher Leitlinien verglichen. Sie sollen ab 01.07.2008 in § 113a SGB XI in die Verantwortung der Parteien der Pflegeversicherung gelegt werden. Die nachhaltige Qualitätssicherung in der Pflege ist insbesondere durch das Pflegequalitätssicherungsgesetz von 2001 so weit fortgeschritten, dass eine Definition pflegfachlicher Kompetenzen möglich ist. Dies gilt insbesondere für die Kompetenzen von Pflegesachverständigen, für die zwischenzeitlich von Universitäten und Fachhochschulen ebenfalls Kriterien entwickelt sind.

Problematischer ist, dass immer noch ÄrztInnen wie GeriaterInnen und selbst JuristInnen sich als Pflegesachverständige auf dem Gutachtermarkt anbieten und von Gerichten auch noch beauftragt werden.

Der Ausgang dieses Petitionsverfahrens zeigt wieder einmal, wie weit noch der Weg der Professionalisierung der Pflege auch in der Akzeptanz der Bevölkerung ist und diese Professionalisierung noch keineswegs im Bewusstsein der Mehrheit eines Petitionsausschusses und des Bundestages angekommen ist. Die Kärnerarbeit aller in der Pflege Engagierten steht also eher am Anfang, als dass sie etwa abgeschlossen wäre.

Hilfreich ist insoweit eine Berufsordnung, wie vom Dachverband der Pflegeorganisationen Rheinland-Pfalz e.V. verabschiedet (Dachverband der Pflegeorganisationen Rheinland-Pfalz e.V., 2006) – ebenso in Bremen und im Saarland.

Eine solche Berufsordnung regelt die Pflichten professionell Pflegenden. Dazu gehört insbesondere der Nachweis über die berufliche Fort- und Weiterbildung nach dem jeweils aktuellen Wissensstand. Insbesondere wird den Anforderungen der professionellen Pflege hin zu

den Bereichen Gesundheitsförderung, Beratung, Prävention und Rehabilitation Rechnung getragen. Hervorzuheben ist eine Fortbildungsverpflichtung von mindestens 24 Stunden pro Jahr.

3.5.4 Rechtsgrundlagen in den akademischen Heilberufen

Für die hier interessierende Fragestellung zu Rechtsgrundlagen für ÄrztInnen und ZahnärztInnen sind aus der Fülle der vorhandenen Vorschriften folgende hervorzuheben:

- § 4 Abs. 2 der Bundesärzteordnung enthält die Vorgabe, die medizinische Ausbildung am Ziel der eigenverantwortlichen und selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufs auszurichten.
- §§ 18 und 19 Abs. 1 Satz 1, §§ 23 b und 30 Abs. 3 sowie Kapitel I des Teils D der Berufsordnung der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz regeln
 - die berufliche Kooperation zwischen ärztlichem Personal, mit Angehörigen anderer Fachberufe und Dritten sowie
 - den Einsatz von medizinischen Fachangestellten.

Dabei muss die Eigenverantwortlichkeit und fachliche Unabhängigkeit immer gewährleistet sein.

Der Einsatz von medizinischen Fachangestellten darf nur mit Aufgaben erfolgen, für die diese Fachangestellten im Einklang mit den gesetzlichen und kammerrechtlichen Vorschriften aus- und fortgebildet sind. Der Einsatz darf nur nach Anweisung und unter Aufsicht der verantwortlichen ÄrztInnen erfolgen.

- Der Arztvertrag ist ein Dienstvertrag; nach § 613 Satz 1 BGB verpflichtet sich die Dienstleisterin bzw. der Dienstleister zur persönlichen Leistungserbringung.
- § 15 Abs. 1 SGB V verlangt, dass ärztliche oder zahnärztliche Behandlung von ÄrztInnen oder ZahnärztInnen erbracht wird. Sind Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich, dürfen sie nur erbracht werden, wenn sie von ärztlichem oder zahnärztlichem Personal angeordnet und von ihm verantwortet werden.
- § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V regelt ähnlich: Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von ÄrztInnen angeordnet und von ihnen zu verantworten ist.
- Die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung wird im Bundesmantelvertrag -Ärzte (BMV-Ä) definiert und konkretisiert.
 - Nach § 1 a Nr. 24 BMV-Ä bedeutet persönliche Leistungserbringung die durch gesetzliche und vertragliche Bestimmungen näher geregelte Verpflichtung von VertragsärztInnen bzw. angestellten ÄrztInnen zur unmittelbaren Erbringung der vorgesehenen medizinischen Leistungen, auch im Rahmen zulässiger Delegationen.

- Nach § 15 Abs. 1 BMV-Ä sind alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ÄrztInnen verpflichtet, die vertragsärztliche Tätigkeit persönlich auszuüben.
- Persönliche Leistungen sind auch ärztliche Leistungen durch genehmigte AssistentInnen und angestellte ÄrztInnen nach § 32 b Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV), soweit sie PraxisinhaberInnen als Eigenleistung zugerechnet werden können.
- Persönliche Leistungen sind ferner Hilfeleistungen nichtärztlicher MitarbeiterInnen, die die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ÄrztInnen, die genehmigten AssistentInnen oder angestellten ÄrztInnen anordnen und fachlich überwachen, wenn die nichtärztlichen MitarbeiterInnen zur Erbringung der jeweiligen Hilfeleistung qualifiziert sind.

3.5.5 Rechtsgrundlagen für die Tätigkeiten in den (noch) nicht akademischen Gesundheitsberufen (Erdle, 2003)

Die Berufszulassungsgesetze des Bundes für die nichtakademischen Gesundheitsberufe enthalten verbindliche Beschreibungen der Ausbildungsziele der einzelnen Berufe. Diese sagen aus, dass die Ausbildung entsprechend der Aufgabenstellung des Berufs insbesondere die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln soll, die zur eigenverantwortlichen Durchführung therapeutischer und medizinischer Maßnahmen auf ärztliche Anordnung oder im Rahmen ärztlicher Verordnung befähigen sowie bei der Prävention und Therapie von Krankheiten mitzuwirken.

Für spezielle Berufsgruppen gibt es vorbehaltene Tätigkeiten:

- bei Hebammen/Entbindungspflegern
§ 4 des HebG vom 04.06.1995 (BGBl. I Seite 902), zuletzt geändert durch Artikel 45 der Verordnung vom 31.10.2006 (BGBl. I Seite 2407). Hebammen/Entbindungspfleger sind nicht nur bestimmte Tätigkeiten vorbehalten; sie müssen darüber hinaus vom ärztlichen Personal zur Entbindung zugezogen werden.
- in der medizinisch-technischen Assistenz
§§ 9 und 10 des ‚Gesetzes über technische Assistenten in der Medizin‘ (MTA-Gesetz-MTAG) vom 02.08.1993 (BGBl. I Seite 1402), zuletzt geändert durch Artikel 48 der Verordnung vom 31.10.2006 (BGBl. I Seite 2407).

Aus den Berufszulassungsgesetzen des Bundes und aus der geschützten Berufsbezeichnung folgt in der Regel nicht auch der Schutz der spezifischen Tätigkeit, die Angehörige medizinischer Fachberufe ausüben. Ein gesetzlicher Tätigkeitsschutz ist nur zulässig, wenn

übergeordnete Gesichtspunkte der Gefahrenabwehr für PatientInnen den Schutz bestimmter Tätigkeiten erforderlich machen. Dennoch bewirkt der Schutz zur Führung der Berufsbezeichnung einen ergänzenden mittelbaren Schutz der Berufstätigkeit.

3.6 Weisungsgebundenheit und Fachvorbehalt für Gesundheitsberufe im Arbeitsverhältnis

3.6.1 Gibt es einen ärztlichen Vorbehalt bereits bei der Betriebssteuerung?

Als die Dienstordnung für die Städtischen Krankenhäuser München in der Fassung des Stadtratsbeschlusses vom 23.11.1994 in Kraft trat, war die Aufregung recht groß, insbesondere von der ärztlichen Seite. Dabei ging es unter anderem um folgende kritisierte Regelung:

„ 4.2. Gemeinsame Leitungsaufgaben

Die Leitung bettenführender Bereiche und von Funktionsbereichen mit unterstellten Pflegepersonen obliegt - einschließlich der entsprechenden Verantwortung - den Chefärztinnen und Chefärzten sowie den ltd. Ärztinnen und Ärzten und den Pflegedienstleitungen - unter Berücksichtigung der jeweiligen fachlichen Zuständigkeiten mit dem Ziel einer einvernehmlichen Regelung - in folgenden Umfang gemeinsam:

- *Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung der Patientenversorgung*
- *Patientenbelegungssteuerung unter Berücksichtigung medizinischer, pflegerischer und personeller Erfordernisse*
- *Regelung gemeinsamer Belange der Aufbau- und Ablauforganisation*
- *Gesamtsteuerung des Abteilungsbudgets, es sei denn, für die einzelnen Bereiche (Pflegedienst, ärztlicher Dienst) ist ein Teilbudget gebildet.“*

Diese Verantwortungsstrukturen, die es übrigens auch bereits vor 1994 in Städtischen Krankenhäusern von Bremen und Hamburg gab und heute keine Seltenheit mehr sind, sind von Anfang an auf erhebliche Kritik in der Ärzteschaft (gipfelte in einem offenen Brief der Bayerischen Landesärztekammer in München an den Oberbürgermeister der Stadt München) und auch bei JuristInnen, insbesondere ArztrechtlerInnen, gestoßen. Dabei kursiert insbesondere die Behauptung, diese Regelung gefährde in erheblicher Weise die Versorgung der PatientInnen (im eben erwähnten offenen Brief), während viele JuristInnen, die sich mit diesen Fragestellungen beschäftigen, auf die ärztliche Gesamtverantwortung in dem Sinne abstellen (z. B.: „Im Krankenhaus gibt es keinen arztfreien Raum“ (Brenner, 1983)). 1997 hat Ulsenheimer diese Auffassung aktualisiert und die Münchener Dienstordnung speziell als mit geltendem Recht nicht vereinbar kritisiert (Ulsenheimer, 1997). Auf der gleichen Linie liegt Barth

mit seinem Dreiteiler in PflegeRecht 2007 (Barth, 2007) in Entgegnung auf Böhme/Hasseler (Böhme & Hasseler, 2006).

Diese Argumente der ArztrechtlerInnen sind aber nicht haltbar und widerlegbar (bereits (Böhme, 1998), ebenso (Quaas, 1999)). (Dazu bereits oben das Kapitel II, 3.3)

Überdies sind im Gesundheitsrecht kaum die Auswirkungen des Gesetzes zur Kontrolle und Transparenz im Unternehmensbereich (KonTraG), das am 01.05.1998 in Kraft trat, diskutiert werden. Nach § 91 Abs. 2 Aktiengesetz (AktG) hat der Vorstand geeignete Maßnahmen zu treffen, insbesondere ein Überwachungssystem einzurichten, damit den Fortbestand der Gesellschaft gefährdende Entwicklungen früh erkannt werden. Obwohl die gesetzliche Neuerung lediglich im AktG verankert wurde, ist von einer Ausstrahlung auf andere Gesellschaftsformen auszugehen. Nichtaktiengesellschaften sollten die im Gesetz skizzierten präventiven Frühwarnsysteme ebenfalls einführen.

Das ist aber mit einem Arztvorbehalt, wie in der Arztrechtliteratur propagiert, schlichtweg nicht vereinbar.

3.6.2 Der Wandel in der Verantwortungsverteilung zwischen Medizin und Pflege

Während Pflege bis zum heutigen Tage noch in erster Linie als medizinischer Assistenzberuf betrachtet wird (neuerdings (Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg, 2007)), wird immer mehr darauf abgestellt, hierin einen Gesundheitsfachberuf zu sehen, der zwar mit anderen Berufen zusammenarbeitet, aber selbständig tätig wird.

Diese Entwicklung wurde einerseits faktisch, andererseits rechtlich in den letzten Jahren forciert. Rein tatsächlich ist es so, dass in den zurückliegenden Jahren neue Professionen - weitestgehend unabhängig vom ärztlichen Tun - sich entwickelt haben.

Zu denken ist an die Heilerziehungspflege in der Behindertenarbeit und die Altenpflege. Aber auch in der Gemeindekrankenpflege wird ein immer selbständiger werdendes Tätigwerden der Pflege erforderlich. Lediglich im Krankenhaus scheint dies anders zu sein. Dabei ist aber auch festzustellen, dass das klassische Chefarzt-Krankenhaus der 1960er Jahre nicht mehr up to date ist und das Bild der Pflegedienstleitung in Gestalt der ‚Oberschwester Hildegard‘ (Zweites Deutsches Fernsehen [ZDF]-Serie ‚Die Schwarzwaldklinik‘) die Vorstellung deutscher Krankenhauspflege in der Gesellschaft zwar prägt und damit auch bei JuristInnen, den tatsächlichen Anforderungen aber in keinster Weise gerecht wird. Wenn Heinze/Jung jun. dem Verfasser bei den Überlegungen, die Krankenhauspflege zu verselbständigen, entgegeneten, dass der Gutachter dem Pflegepersonal mehr Steine als Brot geben würde (Heinze & Jung jun., 1985), so muss eigentlich der Ball zurückgegeben werden, denn es ist für

bundesdeutsche KrankenhausärztInnen unerträglich, außerhalb ihres Fachbereiches für Einzelheiten anderer Fachbereiche haften zu müssen und haften zu wollen.

Sicherlich neigen JuristInnen zur Verfestigung bestehender Strukturen und eher zu Konservatismus. Sie sollten aber die Realitäten auch wahrnehmen. Insoweit ist es zu begrüßen, dass der Vorsitzende Richter am BGH im Ruhestand E. Steffen, der maßgeblich im Krankenhaushaftungsrecht tätig war, folgendes ausführt:

„Vorrangige Aufgabe von Krankenschwester, Krankenpfleger und Krankenpflegegehilfe ist die Grund- und Funktionspflege sowie die pflegerische Ergänzung des ärztlichen Behandlungskonzepts durch die Behandlungspflege. Insoweit erfüllen sie originäre, nicht aus dem ärztlichen Tätigkeitsbereich abgeleitete Aufgaben. Sie sind deshalb insoweit keine Erfüllungsgehilfen des Arztes, sondern stehen unter der Weisungs- und Überwachungsverantwortung allein der Pflegedienstleitung. In Bezug auf spezifische diagnostische und therapeutische Anforderungen an die Pflege hat jedoch der Arzt ein Weisungsrecht. Umgekehrt haben die für die Pflege Verantwortlichen den Arzt auf Grenzen und Unvereinbarkeiten für die ärztliche Behandlung aus der pflegerischen Situation hinzuweisen. Gefordert ist hier eine Kooperation, für die jedes Rang- und Konkurrenzdenken unangebracht ist“ (Steffen, 1996).

Diese Ausführungen eines führenden Medizinrechtlers, der jahrelang entscheidend die Rechtsprechung des BGH mitgeprägt hat, zeigt deutlich ein Umdenken von JuristInnen, die mit solchen Fragestellungen befasst sind.

Dieser Wandel im Denken von JuristInnen findet übrigens auch Eingang in die höchstrichterliche Rechtsprechung der OLG und des BGH. So hat etwa der BGH im Dekubitusprophylaxe-Urteil vom 18.03.1986 (BGH unter dem AZ: VI ZR 215/84, in: Neue Juristische Wochenschrift 1986, 2365-2367) zur Verantwortungsverteilung von Medizin und Pflege folgendes ausgeführt:

„Dasselbe hat zu gelten, wenn erforderliche Aufzeichnungen über Maßnahmen der Krankenpflege fehlen, die nicht die normale Grundpflege betreffen, sondern wegen eines aus dem Krankheitszustand des Patienten folgenden spezifischen Pflegebedürfnisses Gegenstand ärztlicher Beurteilung und Anordnung sind. Ebenso wie die vom Arzt angeordneten Medikamente in das Krankenblatt aufzunehmen sind, sind auch ein derartiges besonderes Pflegebedürfnis und die aus diesem Anlass erforderlichen Maßnahmen zu dokumentieren.“

Aus diesen Ausführungen wird bereits ersichtlich, dass auch der BGH eine Unterscheidung zwischen normaler Grundpflege und ärztlich gesteuerter Pflege macht. Übrigens zeigt gerade dieser Fall, wie tragisch es ist, wenn ÄrztInnen versuchen, in pflegespezifischen Fragen mitreden zu wollen, denn in diesem Urteil steht noch folgendes zu dem Fall einer 65-jährigen Schlaganfall-Patientin, die nahezu bewegungslos und apathisch im Bett lag:

„Die Sachverständigen verlangen in einem solchen Fall mindestens diejenigen Maßnahmen, die nach der Behauptung der Beklagten bei der Klägerin durchgeführt worden sein sollen,

wie zweimaliges tägliches Waschen und Einreiben mit Franzbranntwein sowie Auftragen von Desitin-Fettspray auf die gefährdeten Partien“.

Sachverständig beraten war der BGH durch die beiden Professoren Dres. M. und R., die hier Aussagen zur modernen Dekubitusprophylaxe machten. Ihr Wissensstand stammte wohl aus dem Zweiten Weltkrieg, denn die vom BGH sachverständigerseits geschilderten Maßnahmen sind in einem solchen Fall denkbar ungeeignet. Keinerlei Aussagen erfolgen zur Umlagerung und insbesondere deren Häufigkeit (Bienstein et al., 1996). Man fragt sich dann, mit welcher Verantwortungsverteilung die Versorgung der PatientInnen ernsthaft gefährdet ist.

In einem anderen Fall hat der BGH 1991 beim Einsatz eines Duschstuhles alleine auf die Verantwortlichkeit des Krankenpflegers abgestellt, der diesen Duschstuhl zum Einsatz brachte (BGH [Z] vom 25.06.1991 – AZ: VI ZR 320/90. In: *Arztrecht* 5/1992).

Das bedeutet demzufolge, dass die Eigenverantwortung der Pflege im Haftungsrecht immer mehr erkannt wird, denn naturgemäß ist die Verantwortlichkeit mit Haftung verbunden.

Wenn demgegenüber als Gegenargument auf das Urteil des BGH vom 01.02.1994 (BGH unter dem AZ: VI ZR 65/93. In: *Neue Juristische Wochenschrift* 1994, 1594/1596) abgestellt wird, so scheint dies nur scheinbar richtig zu sein.

Der erste Leitsatz lautet dort wie folgt:

„Der Chefarzt einer Kinderklinik ist verpflichtet, durch organisatorische Maßnahmen sicherzustellen, dass bei Wärmflaschen aus Gummi, die zur Verwendung in Inkubatoren bestimmt sind, zumindest das Anschaffungsdatum erfasst wird, dass sie vor jedem Einsatz äußerlich geprüft und nach vergleichsweise kurzer Gebrauchsdauer ausgesondert werden.“

Es ging dort aber um Wärmflaschen, die in einem Inkubator zum Einsatz kamen, also im Rahmen der ärztlichen Behandlung, während ansonsten die Wärmflasche in der Regel in der Pflege im Einsatz ist.

Somit ist dieses Urteil in Wirklichkeit kein echtes Argument, um den Umdenkungsprozess in der Rechtsprechung ernsthaft in Frage stellen zu können. Dies leuchtet auch deshalb ein, weil es auch einen gesetzgeberischen Wandel gibt, der für das Krankenhausrecht nicht nur in die Neufassung der Krankenhausbehandlung nach dem SGB V, den Formulierungen in der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) und dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) zu verstehen ist, sondern insbesondere auch im Hinblick auf die Schaffung der Psychiatrie-Personalverordnung, der PPR und nicht zuletzt des Pflegeversicherungsgesetzes, insbesondere im SGB XI.

Wie es Igl, Rechtsprofessor in Kiel, zu Recht formuliert hat: *„Der Arzt kann in einem solchen Team nur eine neben anderen Vertretern, etwa Pflegefachkräften, Sozialarbeitern, gleichberechtigte Rolle haben“* (Igl, 1996). Ärztliches Personal ist somit nicht mehr alleiniger Steuer- mann im Gesundheitswesen. Denn wie anders soll verstanden werden, dass laut der PPR die Pflege alleine ohne Mitwirkung von ÄrztInnen den Patientenstatus ermittelt, also Pflege-

anamnese, ja Pflegediagnostik, durchführt? Wie anders soll es zu verstehen sein, dass in der Pflegeversicherung, abgesehen vom Begutachten durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK), der nach den Begutachtungsanleitungen übrigens auch neben den die medizinische Seite feststellenden ÄrztInnen Pflegefachpersonen für die Feststellung des Pflegebedarfs und der Aufstellung des Pflegeplanes benötigt, kein Mitwirken von ÄrztInnen mehr vorgesehen ist?

Die eindimensionale Betrachtungsweise von führenden ArztrechtlerInnen wird insbesondere durch die Schaffung der PPR in Frage gestellt, und zwar unabhängig davon, dass diese jetzt abgeschafft ist, denn die in Zusammenhang mit der PPR entwickelten Tätigkeitsprofile für die Krankenpflege, einerseits A-Leistungen, andererseits S-Leistungen, sind ja auch weiterhin gültig und die PPR ist im Rahmen der so genannten betriebsinternen Qualitätssicherung immer noch von Bedeutung.

Daraus ergibt sich logischerweise, dass die klassische Verantwortungsverteilung aufbricht und überlegt werden muss, wie hier praxismgerechte und insbesondere Lösungen im Sinne der PatientInnen gefunden werden (Genzel & Siess, 1999; Grafe & Dehong, 1997).

3.6.3 Die ärztliche Gesamtverantwortung

Das ärztliche Diagnose- und Therapiemonopol mit der ärztlichen Gesamtverantwortung oder Endverantwortung wird aus der Natur der Gesundheitsversorgung und den damit verbundenen Regelungsstrukturen geschlossen.

Was sich aber hinter der ärztlichen Gesamtverantwortung verbirgt, wird spätestens dann deutlich, wenn ein Zwischenfall eintritt, weil dann rein räumlich gesehen der Raum sehr arztfrei ist. Die ärztliche Gesamtverantwortung mag bei der zivilrechtlichen Schadensersatzhaftung ihre Bedeutung haben, aber im Strafrecht ist schon vor über 50 Jahren vom BGH (BGH [St], Urteil vom 01.07.1954. In: Neue Juristische Wochenschrift 1954, 1536) der Grundsatz entwickelt worden, dass der haftet, der es tut.

Schon daraus wird ersichtlich, dass der theoretische Anspruch der ärztlichen Gesamtverantwortung offenkundig nicht übereinstimmt mit der betrieblichen Wirklichkeit.

Dies hat offenkundig auch der BGH in Zivilsachen in einem richtungweisenden Urteil aus dem Jahre 1975 (BGH [Z] Urteil vom 24.06.1975. In: Neue Juristische Wochenschrift 1976, 2245 f.) deutlich gesehen, wenn er ausführt, dass es der Ärztin bzw. dem Arzt, teils aus Gründen der wirtschaftlichen Arbeitsteilung, teils auch aus Gründen des Fehlens fachlicher Kenntnisse, nicht möglich ist, alles selbst zu tun, sondern Aufgaben auf andere übertragen werden können.

Es ist demzufolge festzuhalten: Mag auch die Theorie von der ärztlichen Gesamtverantwortung heute noch herrschende Meinung sein, vermag sie von der Natur der Sache her, dass nämlich Krankenhausleistungen im Rahmen der Krankheitsfeststellung und Krankheitsbehandlung letztlich die ärztliche Endverantwortung betreffen, noch keineswegs aussagen, dass es eine allumfassende Zuständigkeit, insbesondere in allen Einzelheiten, des ärztlichen Bereiches geben muss.

Dies hat der Gutachter gerade am Beispiel der Hygieneverantwortung bereits einmal verdeutlicht (Böhme, 1997). Vieles spricht dafür, die Hygiene als eigenen Fachbereich anzuerkennen. Selbst wenn man Hygiene als medizinische Disziplin betrachtet, müsste immer noch der Begriff Medizin geklärt werden, denn schon Bockelmann hat zu Recht darauf hingewiesen: „Nicht alles was Medizin ist, bleibt den Medizinern vorbehalten“ (Bockelmann, 1968). Er hat dies übrigens auf das Heilpraktikergesetz bezogen, somit keineswegs allein auf die Übertragungsfähigkeit von Aufgaben, sondern in der Tat bereits auf die originäre Abgrenzung von Aufgabenbereichen.

Selbst wenn also der Standpunkt eingenommen wird, Hygiene sei ein medizinischer Fachbereich, so ändert dies nichts daran, dass die Zuordnung in der Krankenhausleitung und auf Abteilungs- und/oder Stationsebene keineswegs ausschließlich zum ärztlichen Bereich erfolgen muss, sondern den ärztlichen Bereich lediglich mit einschließen muss. Somit ist eine gemeinsame Verantwortung für Hygiene auf Leitungsebene und im Rahmen des sachlichen Vorstehens keineswegs ausgeschlossen und rechtlich sehr wohl zulässig.

3.6.4 Versorgungsmanagement (Case Management, Fallmanagement) und ärztliche Gesamtverantwortung

Es gibt zwar eine ärztliche Endverantwortung bzw. Gesamtverantwortung für den ärztlich-fachlichen Aufgabenbereich, im Übrigen hat das Handeln sämtlicher anderer PrimärleisterInnen in Absprache mit den ärztlichen BehandlerInnen - mindestens im Rahmen des ärztlichen Behandlungsplans - zu erfolgen.

Die neue Vorschrift im Zusammenhang mit der Gesundheitsreform seit 01.04.2007 des § 11 Abs. 4 SGB V spricht allerdings von einem Versorgungsmanagement. Versorgungsmanagement bedeutet aber mehr als Behandlung, denn es geht um die gesamte Krankenhausversorgung, die eben nicht nur auf ärztliche Behandlung oder auf medizinische Behandlung reduzierbar ist.

Der Grundgedanke des § 11 Abs. 4 SGB V ist zum einen das so genannte Fallmanagement (Case Management) und zum anderen das Disease Management. Es geht letztlich darum, patientenorientiert die Versorgungsabläufe so zu strukturieren, dass PatientInnen nahtlos

und ohne Entstehung von Lücken von der Krankenhausaufnahme bis zur Entlassung durch die Krankenhausversorgung *geschleust* werden. Damit bedeutet im Endeffekt das Versorgungsmanagement Diagnose, weshalb er da ist, die Anamnese seines Zustandes, und zwar eben nicht nur aus Sicht der behandelnden ÄrztInnen, sondern insbesondere aus der Sicht einer ganzheitlich orientierten Versorgung, das Erstellen eines Versorgungsplanes, wozu die klassischen KrankenhausärztInnen überhaupt nicht in der Lage sind und letztlich die Durchführung dieses Planes und Evaluation in Verbindung mit einer Entlassung im Rahmen eines Entlassungsmanagements. Der Unterschied zum klassischen ärztlichen Behandlungsplan ist dabei, dass in der Versorgung das ärztliche Personal nur ein Teil des Versorgungsgefüges darstellt und nicht selbst die Patientenversorgung moderiert.

Dass dabei Konflikte entstehen, ist überhaupt keine Frage, denn letztendlich bedeutet das Nebeneinander von ärztlichem Behandlungsplan und Krankenhausversorgungsplan ein Einvernehmen zwischen ärztlichen BehandlerInnen und dem Krankenhausversorger. Damit müssen also ärztliches Personal und FallbegleiterInnen bzw. FallmanagerInnen eng zusammenarbeiten, was wiederum bedeutet, dass beide aufeinander zugehen müssen und letztlich positiv einander gegenüber eingestellt sein müssen. Die Abwehr seitens der ÄrztInnen ist natürlich genauso kontraproduktiv wie die Abwehr seitens der FallmanagerInnen. Im geltenden Rechtssystem ist es aber eindeutig so, dass das letzte Wort die BehandlerIn bzw. der Behandler hat. Dieses letzte Wort muss fachlich-sachlich indiziert sein. Dieser Konflikt lässt sich nicht so ohne weiteres lösen, denn die VersorgungsmanagerInnen können nicht das letzte Wort haben. Das Krankenhaus ist ein Arztkrankenhaus und soll mit den VersorgungsmanagerInnen zum patientenorientierten Arztkrankenhaus umgestaltet werden. Damit bedarf es einer Absprache mit den ärztlichen BehandlerInnen.

Es wird deshalb auch folgende Regelung empfohlen, die sinnvollerweise in ein Landeskrankenhausgesetz aufzunehmen ist, wie dies erstmals in Rheinland-Pfalz auch zur Drei-Säulen-Theorie geschehen war:

§ KOMPETENZVERTEILUNG IM KRANKENHAUS

- (1) ÜBER DIE PATIENTENAUFNAHME UND DIE VERSORGUNG DER PATIENTIN / DES PATIENTEN BIS ZUR ENTLASSUNG ENTSCHIEDET DIE BEHANDELNDE ÄRZTIN / DER BEHANDELNDE ARZT IM ZUSAMMENWIRKEN MIT DER FALLBEGLEITERIN / DEM FALLBEGLEITER UND UNTER BEACHTUNG DER STELLUNGNAHME DER ÜBRIGEN AN DEM VERSORGUNGSPROZESS BETEILIGTEN.
- (2) SOWEIT ES UM ÄRZTLICH-FACHLICHE BELANGE GEHT, HAT DIE BEHANDELNDE ÄRZTIN / DER BEHANDELNDE ARZT EIN LETZTENTSCHEIDUNGSRECHT, DAS INSBESONDERE IN NOTFALLS-

TUATIONEN BESTEHT. DABEI HAT DIE ÄRZTIN / DER ARZT ALLERDINGS DIE SACHLICHEN BE-
DENKEN DER FALLMANAGERIN / DES FALLMANAGERS UND DER ÜBRIGEN PRIMÄRVERSOR-
GER/INNEN EBENSO ZU BEACHTEN WIE DAS WIRTSCHAFTLICHKEITSGEBOT (ZIELE DES § 2 SGB
V).

(3) DAS TÄTIGWERDEN MEDIZINISCHER PRIMÄRVERSORGER/INNEN, DIE NICHT ÄRZT/INNEN SIND,
ERFOLGT IM RAHMEN DES VERSORGUNGSPLANES IM EINVERNEHMEN MIT DER ÄRZTLICHEN
BEHANDLERIN / DEM ÄRZTLICHEN BEHANDLER, OHNE DASS ES AUSDRÜCKLICHER ÄRZTLICHER
ANORDNUNGEN BEDARF, WENN DIE NICHTÄRZTLICHEN VERSORGER/INNEN AUFGRUND EINER
ENTSPRECHENDEN QUALIFIKATION IN DER LAGE SIND, DIE MEDIZINISCHE PRIMÄRVERSOR-
GUNG SO ZU BEHERRSCHEN, DASS EINE SICHERE UND QUALITATIV HOCHWERTIGE HANDHA-
BUNG GEWÄHRLEISTET IST.

Andere gesetzliche Regelungen hält der Gutachter nicht für angemessen.

Gut wäre eine Dienstordnung im Krankenhaus, in der die Verantwortungsverteilung zwischen
den PrimärleisterInnen im Rahmen des Qualitätsmanagements nach dem SGB V festgelegt
wird. Entsprechende Dienstordnungen sind in etlichen Krankenhäusern wie den Städtischen
Krankenhäusern in München schon seit den 1990er Jahren erfolgreich eingeführt.

3.6.5 Konsequenzen für die Verantwortungsverteilung in der Krankenhausorganisa- tion

Die Intensität ärztlicher Steuerung ist abhängig vom Aufgabenbereich und von der Qualifika-
tion der AkteurInnen. Je arztnäher eine Tätigkeit ist und je geringer die Qualifikationen der
AkteurInnen, um so eher ist von umfangreichen Einzelvorgaben auszugehen. Umgekehrt
bedeutet dies, je weiter die Tätigkeit vom Arzt entfernt ist und je höher die Qualifikationen der
AkteurInnen sind, umso weniger Vorgaben sind erforderlich.

Beispiele:

(1) Wird eine wegen Hyperglykämie behandelte Patientin im Krankenhaus von einem Taxi in
ein Nachbarkrankenhaus zu einer Computertomographie gefahren, hat die behandelnde
Ärztin bzw. der behandelnde Arzt im Erstkrankenhaus dem Taxifahrer genaue Anweisungen
zu geben, wie ein Sturz der sturzgefährdeten Patientin zu verhindern ist (OLG Düsseldorf,
Urteil vom 11.01.1990 unter dem AZ: A 8 U 218/87).

Das Sturzrisiko der Patientin besteht infolge des Krankheitsbildes Hyperglykämie bei Diabe-
tes. Die Taxifahrerin bzw. der Taxifahrer hat keine besonderen medizinischen und pflegeri-
schen Qualifikationen.

(2) Wenn demgegenüber das OLG Düsseldorf (OLG Düsseldorf, Urteil vom 12.08.1981 – 8 U 40/80) bei einer sturzgefährdeten fast 90-jährigen dementen Patientin, die nach Augen-Operation (OP) nur in Begleitung zur Toilette gebracht werden durfte, entschieden hat, dass der Arzt in dem Falle auch darauf hinweisen muss, dass die Begleitung auch für den Rückweg gilt, ist das bezogen auf Krankenpflegepersonal kontraproduktiv. Zwar ist die Sturzgefährdung in Folge der Erkrankung und OP gegeben, die Qualifikation der Pflegefachperson aber so, dass sicherstellende Hinweise über Selbstverständlichkeiten nicht erforderlich sind.

(3) Wenn bei ÄrztInnen eine Wundversorgung durch Pflegefachpersonen angeregt wird und sie diese dulden, müssen sie schon deshalb keine sicherstellenden Anordnungen treffen, weil sie von der Wundversorgung im Regelfall nichts verstehen. Die entsprechend weitergebildete Pflegefachperson hingegen hat eine besondere Ausbildung in der Wundversorgung und benötigt keine Einzelvorgaben. Dennoch unterliegt selbstverständlich diese Wundversorgung der Verantwortung des behandelnden ärztlichen Personals, unter dessen Verantwortung diese Wundversorgung erfolgt (Böhme, 2007).

Zwar handelt es sich in diesem Falle um die Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten, aber nicht um eine selbständige, sondern um eine abgeleitete, die – wie schon dargelegt - nach überwiegender Auffassung in Literatur und Rechtsprechung, weil vom ärztlichen Personal verantwortet und geduldet, im Rahmen des Heilpraktikergesetzes stattfindet.

Während es im ambulanten Bereich um die ganz andere Frage der selbständigen Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten geht (siehe oben unter 3.5.3), stellt sich in der stationären Krankenhaus- und sonstigen SGB V-Einrichtungen diese Problematik nicht. Maßgebend sind hier die Strukturvorschriften aus dem KHG, aus § 39 SGB V in Verbindung mit den Zulassungsvorschriften und den Qualitätsvorschriften. In § 39 SGB V ist lediglich der Leistungsumfang der Krankenhausversorgung definiert, und zwar im wesentlichen wertfrei, ohne dass hier eine Wertung in der einen oder anderen Richtung vorgenommen wird. Erst die Rechtsprechung hat zur Abgrenzung der Krankenhausversorgung von anderen Versorgungsformen das maßgebende Kriterium ‚unter ärztlicher Leitung stehend‘ festgelegt. Damit ist aber noch nicht einmal der Umfang der Leitung festgelegt, sondern lediglich die Gesamtverantwortung und letztlich Endverantwortung, aber nicht die Durchführung.

Fazit: Aus der Sicht des Gutachters bedarf es keiner Veränderungen im Krankenhausrecht, weil es letztlich im Belieben der Geschäftsführung steht, wie die Krankenhausorganisation zu gestalten ist.

Allerdings wird von einigen AutorInnen vertreten, dass die Organisationsfreiheit des Krankenhausträgers, mithin sämtlicher Arbeitgeber im Gesundheitswesen, durch die berufsfachliche Verantwortung der MitarbeiterInnen eingeschränkt wäre. Bei der Organisationsfreiheit geht es insbesondere im Arbeitsrecht um das Anweisungsrecht des Arbeitgebers, dem Direktionsrecht, das bereits früher in der Gewerbeordnung geregelt war und mithin auch über § 315 BGB begründet wird. Zwischenzeitlich ist es ausdrücklich in das Arbeitsschutzgesetz aufgenommen worden. Dahinter verbirgt sich eigentlich eine Selbstverständlichkeit, nämlich dass der Arbeitgeber und nur der Arbeitgeber ‚Herr im Hause ist‘, denn er ist Eigentümer des Betriebes und hat demzufolge auch das Sagen. Dieses Direktionsrecht ist allerdings eingeschränkt durch gesetzliche Begrenzungen, durch tarifliche Begrenzungen, durch das betriebliche Mitbestimmungsrecht (Betriebsrat, Personalrat und Mitarbeitervertretung im kirchlichen Bereich) und durch arbeitsvertragliche Bestimmungen. Soweit von Roßbruch (Roßbruch, 2003) und neuerdings Barth (Barth, 2007) geltend gemacht wird, dass in fachlichen Bereichen der Arbeitgeber nichts zu sagen habe, sondern ein Fachvorbehalt der MitarbeiterInnen gelten würde, wird verkannt, dass auch insoweit das für unser Rechtssystem übliche Regelausnahme-Prinzip gilt, was bedeutet, dass das Eigentumsrecht und die damit verbundenen Machtverhältnisse nur durch eine ausdrückliche gesetzliche Bestimmung eingeschränkt werden dürfen. Hier gilt im Endeffekt nichts anderes wie beim Grundrecht auf Berufsausübung. Auch das Grundrecht auf Eigentum ist nur durch ein förmliches Gesetz einschränkbar.

Beispiele dafür sind eigentlich die Ausnahme. So ergibt sich z. B. aus § 24 Infektionsschutzgesetz, dass Infektionskrankheiten nur durch approbierte ÄrztInnen behandelt werden dürfen. So ergibt sich aus dem Arbeitsschutzgesetz, dass der Arbeitgeber die MitarbeiterInnen nur im Rahmen der Arbeitsschutzbestimmungen einsetzen darf, so ergibt sich aus der MPBetreibV in drei Regelungen, nämlich zum einen in § 4 (Instandhaltungen), in § 6 (sicherheitstechnische Kontrollen) und § 11 (messtechnische Kontrollen), dass InstandhalterInnen, KontrolleurInnen und MesserInnen hinsichtlich der Instandhaltung, der Kontrolle und der Messung weisungsfrei sind.

Auch in der beabsichtigten Neuregelung in Verbindung mit dem PfwG – es ist insoweit geplant, dass Pflegeeinrichtungen FachärztInnen für Allgemeinmedizin bzw. Geriatrie in der Pflegeeinrichtung anstellen dürfen und dann die Berechtigung zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung als Quasi-VertragsärztInnen erhalten sollen (§ 119b SGB V Ambulante Behandlung durch Pflegeeinrichtungen), erfolgt auch hier eine Klarstellung, dass die angestellten HeimärztInnen in fachlichen Fragen weisungsfrei sind.

Daraus kann nur die Konsequenz gezogen werden, dass sie im Übrigen weisungsgebunden sind, denn ansonsten müsste diese Weisungsfreiheit nicht ausdrücklich aufgenommen werden.

In Krankenhäusern ist deswegen der Angelpunkt letztlich der Chefarztvertrag. Wenn im Chefarztvertrag steht, dass ChefärztInnen den so genannten nachgeordneten Diensten weisungsbefugt sind, könnte dies eine Einschränkung des Anordnungsrechtes darstellen, weil dann für den Fall der Einräumung einer Eigenständigkeit anderer Berufsgruppen die Weisungsgebundenheit, die vertraglich vereinbart wurde, nicht mehr gelten könnte und somit eine Vertragsverletzung vorliegen würde. So einfach liegen die Dinge hier aber nicht, weil bereits die Landeskrankengesetze, gerade in Rheinland-Pfalz, mit der Drei-Säulen-Theorie diese Weisungsgebundenheit selbst in Chefarztverträgen durch eine gesetzliche Regelung wieder eingeschränkt haben. Es könnte also durch entsprechende Klauseln in Chefarztverträgen eine entsprechende Klarstellung erfolgen.

Aus der Sicht des Gutachters ist das aber nicht erforderlich, weil die Weisungsgebundenheit nicht bedeutet, dass diese grenzenlos zu beachten ist, sondern, dass im Zusammenhang mit der ärztlichen Leitung selbstverständlich sichergestellt werden muss, dass im Notfall und im Ernstfall das ärztliche Personal das Sagen hat. Das Thema wurde bereits in der Psychiatrie in den 1970er und 1980er Jahren unter dem Stichwort psychotherapeutische Arbeitsteams diskutiert mit der Fragestellung, kann ein Arbeitsteam auf einer geschlossenen Station eine Psychiaterin bzw. einen Psychiater überstimmen bei der Frage, ob bestimmte PatientInnen auf die geschlossene Station verlegt werden können. Auch nach Auffassung des Gutachters können hier behandelnde ÄrztInnen dann nicht überstimmt werden, das heißt, es muss Einvernehmen mit dem ärztlichen Dienst erzielt werden, wenn dieser einen Fachvorbehalt geltend macht.

Das bedeutet also, dass eine relative Autonomie in den Arbeitsbereichen der PrimärleistungserbringerInnen im Krankenhaus bereits nach den geltenden Bestimmungen möglich ist, insoweit eine Änderung der Bestimmungen - weder im Vertragsrecht noch im Gesetzesrecht - unbedingt erforderlich ist.

Fazit:

Eine Regelung in der Arbeitsorganisation, dass ärztliches Personal im Team lediglich Primus inter pares oder eventuell sogar nur gleichberechtigter Partner ist, widerspricht demzufolge nicht dem geltenden Rechtssystem (ebenso (Molkentin, 1999; Rosenau, 2000). Wenn diesbezüglich versicherungsrechtliche Bedenken geltend gemacht werden, ist auf Folgendes hinzuweisen:

Versicherungsrechtlich kommt es nicht darauf an, ob bei einem Handlungsfehler der Verantwortliche feststellbar ist. Haftungsrechtlich kann das von Bedeutung sein und zu einem Organisationsverschulden führen. Dann zahlt die Versicherung - und das war's.

Allerdings kann die Versicherung nach dem Versicherungsvertragsgesetz bei Eintritt eines zweiten Schadensfalles im Versicherungsjahr die Versicherung kündigen und entweder einen Neuabschluss zu höheren Prämien anbieten oder gar die weitere Zusammenarbeit ablehnen. Das ist aber zur Zeit bei der Umverteilung der Verantwortlichkeiten nicht üblich. Im Gegenteil sagte dem Gutachter am 24.09.2007 in München der Versicherungsjurist Petry vom Ecclesia Versicherungsdienst in Detmold (ebenso der Versicherungsjurist Lutterbeck der GVV-Kommunalversicherung VVaG in Köln), dass die Versicherungen die derzeitige Entwicklung zwar beobachten, sich aber nicht inhaltlich einmischen. Wenn hier versicherungsrechtliche Probleme formuliert werden, dann von Besitzstandswahrern, denen ansonsten kein sinnvoller Grund mehr einfällt, so übrigens Originalton Petry.

3.7 Die Zulässigkeit der Delegation im Einzelnen

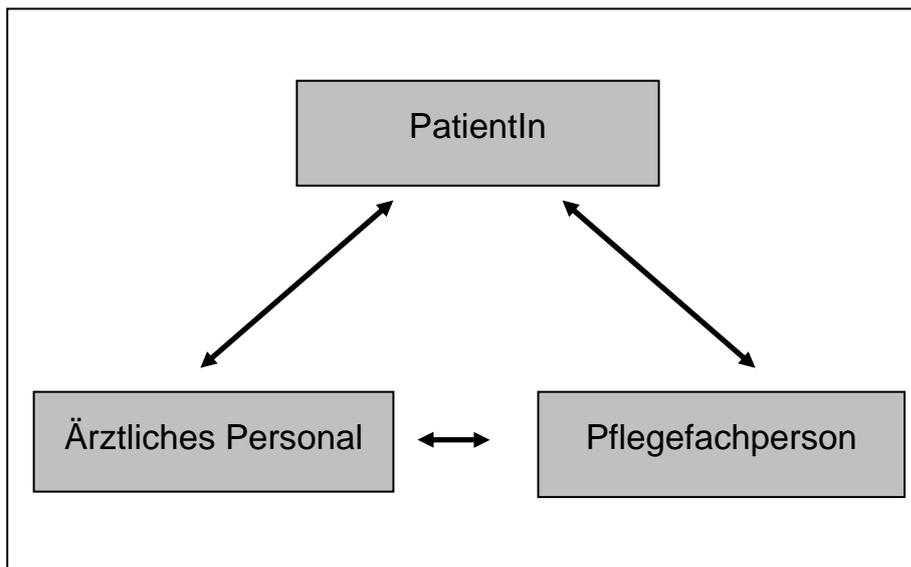
3.7.1 Die Delegationsstruktur

Bei der Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegende sind rechtlich grundsätzlich drei Ebenen zu unterscheiden:

- das rechtliche Dürfen
- das rechtliche Müssen
- das Finanzierungsrecht.

Davon interessiert hier nur das rechtliche Dürfen, das sich nach dem ‚grünen Dreieck‘ richtet:

Abbildung 4: Delegationsdreieck



Quelle: eigene Darstellung

Vorfrage ist allerdings, dass die Beteiligten auch eine Entscheidungsfreiheit haben. Einschränkungen ergeben sich aus gesetzlichen Regelungen und dem Sorgfaltsmaßstab. PatientInnen können also in unsachgemäßes Handeln ebenso wenig rechtswirksam einwilligen wie ärztliches Personal unsachgemäßes Handeln anderer nicht verlangen kann und die Pflegefachperson zu unsachgemäßem Handeln nicht bereit sein darf.

Daraus ergibt sich ein Fünfer-Schritt in der Prüfung der rechtlichen Zulässigkeit der Delegation, nämlich

- Übertragungsfähigkeit
- Bestimmungsrecht von PatientInnen
- Bestimmungsrecht des ärztlichen Personals
- Bestimmungsrecht der Pflegefachpersonen
- Qualifikation des Pflegenden

3.7.2 Die Übertragungsfähigkeit

Die Übertragungsfähigkeit richtet sich nach gesetzlichen Vorgaben und sachlichen Einschränkungen ‚aus der Natur der Sache‘.

a) Gesetzliche Einschränkungen

Ein gesetzliches Delegationsrecht gibt es nicht. Die Injektionsordnung, die in der Ex-

Deutschen Demokratischen Republik (DDR) galt (Richtlinie über Injektionen vom 01.06.1981), ist auf Westverhältnisse nicht übertragbar, weil das Qualifikationssystem in der Ex-DDR völlig anders strukturiert war als bei uns, insbesondere war die Ausbildung der Pflegefachkräfte einheitlicher und besser als bei uns. Dies gewährleistete zum einen der Zentralstaat und garantierten die akademisch ausgebildeten MedizinpädagogInnen. Dennoch dürfte zu prüfen sein, ob unter Berücksichtigung hiesiger Verhältnisse nicht in der Tat eine landesrechtliche Richtlinie für Bereiche wie Altenheim oder Hauskrankenpflege durchaus sinnvoll erscheint.

Im geltenden bundesdeutschen Recht sind gesetzliche Vorbehaltsaufgaben nur vereinzelt in den unterschiedlichsten Vorschriften verankert, so z. B. in § 81 a der Strafprozessordnung, wonach im Rahmen strafrechtlicher Ermittlungen die zwangsweise Blutentnahme nur durch approbierte ÄrztInnen vorgenommen werden darf, im Betäubungsmittelgesetz Betäubungsmittel zu medizinischen Zwecken nur von approbierten ÄrztInnen verschrieben werden dürfen oder im Infektionsschutzgesetz, wonach nur approbierte ÄrztInnen Infektionskrankheiten behandeln dürfen.

b) Sachliche Einschränkungen

Sachliche Einschränkungen ergeben sich aus der Natur der Sache, wobei dafür der einheitliche Maßstab der Sorgfalt im Sinne des § 276 Abs. 1 Satz 2 des BGB zur Anwendung kommt, der allerdings in den letzten Jahrzehnten durch die von der Rechtsprechung aufgestellten Verkehrspflichten erheblich erweitert wurde, die teilweise in Verwaltungsgesetzen wie der MPBetreibV verfestigt werden.

Abzustellen ist dabei auf die Gefährlichkeit des Eingriffs und auf die Risiken, wobei das Erfordernis ärztlichen Fachwissens als Abgrenzungsmaßstab dient. Bei der Gefährlichkeit müssen demzufolge die Begriffe Risiken und Fehler, Gefahrkontrolle und Gefahrvermeidung in Beziehung zueinander gesetzt werden.

c) Risikotypen

Gefahrkontrolle hängt insbesondere mit den Risiken zusammen. Aus der Rechtsprechung des BGH und der OLG lassen sich drei Risikotypen unterscheiden:

- allgemeines Risiko
- eingriffsspezifische, typische Risiken
- spezielle Risiken (Ulsenheimer, 2003).

Allgemeine, normale Gefahren, die mit jedem Eingriff verbunden sind, gehören zum so genannten allgemeinen Lebensrisiko. Hierüber muss im Allgemeinen noch nicht einmal aufgeklärt werden, so dass auch eine Haftung der Beteiligten grundsätzlich nicht in Frage kommt.

Dazu gehören z. B. generell auftretende Kontraindikationen bei invasiven Eingriffen.

Typische, das heißt gerade diesem Eingriff in abstrakt-medizinischer Sicht innewohnende Gefahren müssen in der Regel den PatientInnen mitgeteilt werden. Hier haften die Beteiligten nur, wenn diese Gefahren erkennbar waren und im Rahmen der Beherrschbarkeit nicht ausreichend vorsorgend reagiert wurde.

Bei speziellen Gefahren ist auf die besonderen Umstände des Einzelfalles abzustellen, was schon einmal für die Aufklärung von PatientInnen gilt und erst recht für die Erkennbarkeit und Beherrschbarkeit maßgebend ist. Bei speziellen Gefahren ist ärztliches Fachwissen in aller Regel erforderlich.

d) Fehlertypen

Die Gefahrvermeidung hängt naturgemäß insbesondere mit der Fehlermöglichkeit zusammen. Aus der Rechtsprechung des BGH und der OLG zu den Verkehrspflichten lassen sich drei Fehlergruppen unterscheiden:

- der Aufklärungsfehler
- der Behandlungsfehler
- der Kooperationsfehler (Ulsenheimer, 2003).

Der Aufklärungsfehler wird in drei Untergruppen unterteilt, nämlich (Ulsenheimer, 2003):

- Die Diagnoseaufklärung

Beispiel:

ÄrztInnen sind verpflichtet, PatientInnen über ihren Gesundheitszustand vollumfänglich aufzuklären, auch wenn dies für die betroffene Person eine schreckliche Offenbarung darstellt, es sei denn, dass diese Aufklärung zu einer ernsten und nicht behebbaren gesundheitlichen Gefährdung der erkrankten Person führen könnte (BGH [Z] 29, 176, 182 ff.; BGH [Z] 29, 46; ähnlich BGH [St] 11, 111, 115; BGH [Z], in: Versicherungsrecht 1972, 153; Neue Juristische Wochenschrift 1983, 328 f. = Medizinrecht 1983, 62 ff.).

- Die Eingriffs(Selbstbestimmungs)-aufklärung

Beispiel:

Vor jeder Operation bedarf es der Einwilligung der Patientin bzw. des Patienten. Dies setzt naturgemäß voraus, dass diese Person weiß, was vorliegt, was zu tun ist, und welche Risi-

ken bestehen. Demzufolge muss sie vom ärztlichen Personal aufgeklärt werden. Bei invasiven Behandlungsmaßnahmen bedarf es nicht einer solchen Vorgehensweise. Es reicht grundsätzlich aus, dass die erkrankte Person den Eingriff duldet. Probleme treten erst auf, wenn diese sich wehrt. (BGH [Z] vom 27.11.1973, in: Neue Juristische Wochenschrift 1974, 604 f.; BGH [Z] vom 18.03.1980, in: Neue Juristische Wochenschrift 1980, 1903 f.).

Aber: Es ist einhellige Auffassung in der Rechtsprechung, dass über die spezifische Qualifikation des die Manipulation durchführenden Personals in aller Regel keine Aufklärungspflichten bestehen, wie schon deutlich das Beispiel der Anfänger-OP zeigt. ÄrztInnen, die erstmals eine OP durchführen, sind nicht verpflichtet, dies den PatientInnen zu offenbaren. Ansonsten würden sie ja nie zum ersten Mal kommen. Die Rechtsprechung geht hier davon aus, dass in diesen Fällen die Sicherheitskautele hochgefahren werden müssen, keinesfalls aber die PatientInnen hiervon in Kenntnis gesetzt werden müssen. Auf die ausdrückliche Frage von PatientInnen muss allerdings richtig geantwortet werden.

Bei der Neuverteilung der Kompetenzen hingegen geht es in der Tat um das Problem, dass je arztnäher eine Tätigkeit ist, die also auch im Bewusstsein der Bevölkerung, sprich des gesunden Volksempfindens, also von objektiven AkteurInnen, mit dem Tätigwerden von ÄrztInnen gerechnet wird und zu rechnen ist, je eher besteht eine ausdrückliche unaufgeforderte Hinweispflicht, weil ansonsten die PatientInnen ihr Einverständnis nicht mangelfrei erteilen können. Das gilt z. B. für die schneidende fachweitergebildete Pflegeperson im OP.

Nicht berufen kann man sich diesbezüglich auf das Urteil des Landgerichts Waldshut-Tiengen (Landgericht Waldshut-Tiengen, Urteil vom 23.03.2004 – AZ: 2 Ns 13 Js 1059/99; dazu (Böhme, 2005b)), in dem es um die Ausführung einer subkutanen Insulininjektion durch eine angelegerte Hilfskraft ging. Hier hat das Landgericht Waldshut-Tiengen die Heimleiterin, zugleich Inhaberin des Alten- und Pflegeheims, in ihrer Eigenschaft als Altenpflegerin wegen Anstiftung zur vorsätzlichen Körperverletzung verurteilt mit der Begründung, die Bewohnerin, der von der Hilfskraft die Subkutaninjektion verabreicht wurde, hätte darüber aufgeklärt werden müssen, dass es sich bei dem Mitarbeiter um eine Hilfskraft handelt. Das ist gerade dem Anfänger-OP-Fall vergleichbar.

- Die Sicherungsaufklärung

Beispiel:

So hat der BGH zur Kippgefahr eines Duschstuhles entschieden, dass die Pflegefachperson den Patienten vor Einsatz des Duschstuhles eingehend über die damit verbundenen Gefahren zu belehren hat (BGH vom 25.06.1991 - AZ: VI ZR 320/90. In: *Arztrecht* 5/1992, 136-137).

Der Behandlungsfehler lässt sich in zwei Untergruppen unterteilen, nämlich

- grober Behandlungsfehler

Beispiel:

Wenn ein Medikament oder ein Verbandsmaterial verwendet wird, bei dem das Verfalldatum abgelaufen ist, liegt ein grober Behandlungsfehler vor, denn in § 4 Abs. 1 MPG ist ein entsprechendes Verbot ausgesprochen.

- Organisationsverschulden

Beispiel:

Bei der Herstellung von Mischlösungen ist in der Regel eine Karenzzeit von höchstens einer Stunde bis zur Applikation zu beachten. Ausnahmen bedürfen der Freigabe durch ApothekerInnen. Wenn die Pflegenden im Spätdienst, die um 20.00 Uhr Dienstende hat, die Mischlösungen vorbereitet und die diensthabende Ärztin bzw. der diensthabende Arzt ab 21.00 Uhr die Infusionen anlegt, kann die Karenzzeit überhaupt nicht eingehalten werden. Es liegt ein fehlerhaftes Zusammenwirken in der Arbeitsteilung vor (BGH [Z], Urteil vom 3.11.1981, Versicherungsrecht 1982, 161 ff.).

Der Kooperationsfehler ist aufgrund des arbeitsteiligen Zusammenwirkens verschiedener Fachbereiche und verschiedener Berufsgruppen naturgemäß zwischenzeitlich ein Schwerpunkt der Fehlertypen.

Dieser Fehlertyp lässt sich in folgende Untergruppen systematisieren

- Kommunikationsmängel

Beispiel:

Weder vom Frühdienst auf den Spätdienst noch vom Spätdienst auf den Nachtdienst erfolgt eine ausreichende Übergabe, so dass ein Säugling im Säuglingskörbchen, bestrahlt von einer Hanauer Bogenlampe, liegen bleibt und schwer verletzt wird (Der Säuglingskörbchenfall: Amtsgericht Garmisch-Partenkirchen vom 26.02.1982 - AZ: 2 Ds 37 Js 18449/81; LG München II vom 05.08.1982 - AZ: 6 Ns 37 Js 18449/81).

- Koordinationsmängel

Beispiel:

Der Mischlösungsfall unter dem Stichwort Organisationsverschulden im Rahmen der Behandlungsfehler (BGH [Z], Urteil vom 3.11.1981. In: Versicherungsrecht 1982, 161 ff.).

- Qualifikationsmängel

Beispiel:

Einem Medizinstudenten, der am Vorabend an einer Apfelsine geübt hat, darf nicht die Durchführung einer intramuskulären Injektion übertragen werden (BGH [Z], Urteil vom 3.11.1981. In: Versicherungsrecht 1982, 161 ff.).

- Kompetenzabgrenzungsmängel

Beispiel:

Bei der Zusammenarbeit von Fachbereichen und bei der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten müssen die jeweiligen Kompetenzen, sprich Aufgabenstellungen, klar umrissen sein. Kommt es zu Kompetenzübergriffen, wie z. B., dass das Anbringen eines Rundgipses ohne ärztliche Anordnung erfolgt (OLG Düsseldorf [Z], Urteil vom 28.06.1984, In: Versicherungsrecht 1985, 291-293) oder das eigenmächtige Verändern der Dosierung ohne ärztliche Anordnung, ist dies ein grober Behandlungsfehler (OLG Stuttgart vom 20.08.1992 - AZ: 14 U 3/92. In: Neue Juristische Wochenschrift 1993, 209 ff. (210) am Fall des Nachtdienstes in einem Belegkrankenhaus).

Im Zusammenhang mit diesem Kooperationsfehler steht der Dokumentationsfehler. Die Beteiligten sind verpflichtet, bestimmte Zustände und Vorgänge aufzuzeichnen.

Beispiel:

Ärztliche Anordnungen an Pflegekräfte haben in der Regel schriftlich und namentlich zu erfolgen und der Ausführenden muss namentlich ermittelbar sein (BGH, Neue Juristische Wochenschrift 1979, 1935/1936 mit teilweise ablehnender Anmerkung von Rieger, J. In: Neue Juristische Wochenschrift 1979, 1936/1937).

e) Die Vollzugstheorie

Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass die Gefahrkontrolle und Gefahrvermeidung bei Arztnähe eher möglich ist als bei mehr oder weniger Arztferne. Daraus folgt, dass grundsätzlich bei Arztnähe mehr an Gefahren in Kauf genommen werden kann denn bei Arztferne.

Aber: Zu berücksichtigen ist auch, dass die Sicherheitskautele in Fremdeinrichtungen wie Arztpraxis, Krankenhaus und Heim wesentlich weitgehender anzusetzen sind als im häuslichen Bereich, wobei das Heim wiederum mehr dem häuslichen Bereich zuzuordnen ist, nachdem der Lebensmittelpunkt der HeimbewohnerInnen dort auf eine gewisse Dauer gestellt ist. Die Sicherheit der PatientInnen als oberstes Gebot der Rechtsprechung steht also in einem Spannungsverhältnis zur Humanität. Bei körperlichen Eingriffen überwiegt zwar grundsätzlich das Sicherheitsgebot, wichtige Ausnahmen gelten aber selbst im klinischen Bereich: Weder werden lebensgefährdete PatientInnen in der Regel auf Heileingriffe bei selbst großen, speziellen Risiken verzichten wollen noch kann z. B. sterbenden PatientInnen ernsthaft zugemutet werden, unerträgliche Schmerzen hinzunehmen, obwohl mit lebensverkürzenden Medikamenten geholfen werden kann. Im Heim und im häuslichen Bereich greifen diese Überlegungen noch weitaus mehr.

Daraus folgt, dass mit der Standardisierung in der Technik nicht ernsthaft das rechtliche Dürfen in Frage gestellt werden kann, wenn selbst der Laie, sprich die erkrankte Person oder Angehörige, nach entsprechender Schulung die Maßnahme selbst durchführen kann.

Dies kann gerade anhand der so streitigen Diskussion zur Übertragung der intravenösen Injektion konkretisiert werden.

Pflegende in Nachbarstaaten verstehen den Streit bei uns nicht; insoweit kann z. B. auf das französische Krankenpflegegesetz verwiesen werden; dessen Artikel 4 und 5 ermächtigen die Pflege ausdrücklich zu solchen Tätigkeiten. Die Frage, was zu tun ist, wenn eine Patientin bzw. ein Patient kollabiert, ist eine Frage, die ZahnärztInnen, PsychiaterInnen, KinderärztInnen, HausärztInnen und so weiter sich ebenfalls stellen müssen. Das ist keine Preisfrage, die Antwort ist recht einfach: Sie wählen den Notruf. Sie werden zwar die ihnen möglichen und zumutbaren Notfallmaßnahmen ergreifen, die sie aber zumeist noch nicht einmal in der Weise beherrschen wie qualifizierte NichtärztInnen.

Deshalb reduzieren sich die Überlegungen zur Übertragungsfähigkeit solcher ärztlichen Tätigkeiten auf typische und spezielle Gefahren, so weit diese nicht beherrschbar sind, also letztlich ärztliches Fachwissen erforderlich ist. Was ÄrztInnen, die nicht NotfallärztInnen sind, nicht beherrschen, müssen auch NichtärztInnen nicht beherrschen können. Was Laien noch beherrschen, müssen erst recht Fachkräfte in der Pflege beherrschen.

Zu Recht hat deshalb die so genannte Vollzugstheorie Eingang in die rechtliche Beurteilung der Übertragungsfähigkeit gefunden, die oben unter II 3.2.3 eingehend dargestellt ist.

Somit sind Blutentnahmen, subkutane Injektionen, Infusionen, intravenöse Injektionen, die

nicht mit speziellen Gefahren verbunden sind, viel eher übertragbar als die komplikations-trächtigen Blasenkatheterisierungen und intramuskulären Injektionen. Damit ist das Katheterspülen keinesfalls so tragisch oder sind gar Einspritzungen in liegende Systeme bei entsprechender medikamentöser Einstellung von PatientInnen keineswegs nur ÄrztInnen vorbehalten, wie es immer wieder behauptet wird. Immer dort, wo Einzelfallentscheidungen an der Tagesordnung sind, wird es wirklich kritisch und bedarf es weitergebildeter Kräfte, so in der Intensivmedizin, die somit ambulant nur durch weitergebildetes oder materiell entsprechend qualifiziertes Personal durchgeführt werden kann (Böhme, 1992).

3.7.3 Das Bestimmungsrecht der PatientInnen

Das Bestimmungsrecht von PatientInnen hängt naturgemäß im Wesentlichen von ihrem Kenntnisstand ab. Sie bedürfen demzufolge einer Aufklärung. Diagnose- und Eingriffsaufklärung sind grundsätzlich dem ärztlichen Personal vorbehalten, wenngleich dies für arztfreie Bereiche wie Heim und ambulante Dienste recht fragwürdig erscheint, nachdem der BGH zwischenzeitlich entschieden hat, dass HeilpraktikerInnen die gleichen Behandlungs- und Aufklärungspflichten obliegen wie dem Allgemeinarzt (BGH vom 29.01.1991 unter dem AZ: VI ZR 206/90, in: *Arztrecht* 8/1991, 248-253)! Warum soll für arztfreie Heime und ambulante Dienste insoweit etwas anderes gelten? Pflegende in Arztpraxen und Krankenhäusern haben jedenfalls diese Arztkompetenz ganz allgemein zu beachten und können in der Regel die Aufklärung unterstellen, es sei denn, PatientInnen wehren sich oder haben Fragen. Im ersten Fall sind Maßnahmen, die keine Notmaßnahmen sind, zu unterlassen und das ärztliche Personal ist zu verständigen, im zweiten Fall gestattet der BGH dem Pflegenden ein eigenes Aufklärungsrecht.

Die Sicherungsaufklärung haben übrigens alle Berufenen selbst zu beachten, so z. B. vom BGH zur Kippgefahr eines Duschstuhles entschieden (BGH vom 25.06.1991 unter dem AZ: VI ZR 320/90. In: *Arztrecht* 5/1992, 136-137).

Zum Umfang der Aufklärung bei Übernahme ärztlicher Tätigkeiten (vgl. aber auch oben unter II 3.7.2 unter d) – Die Eingriffs(Selbstbestimmungs)-aufklärung.

3.7.4 Das Bestimmungsrecht von ÄrztInnen

Jede ärztliche Tätigkeit bedarf der ärztlichen Anordnung. Knackpunkt ist dabei bereits die Abgrenzung ärztlicher von pflegerischen Tätigkeiten. Während dies in der Arztpraxis keine allzu große Rolle spielt, weil die so genannte ärztliche Gesamtverantwortung dort voll zum Tragen kommt, ist das im Krankenhaus spätestens ab 01.01.1993 auch rechtlich nicht mehr

so einfach, denn die damals eingeführte PPR ermöglichte der Pflege außerhalb von Intensiv, Dialyse und Psychiatrie sowie den Funktionsdiensten auch einen rechtlichen Freiraum, denn nach deren § 4 Abs. 1 Satz 1 (für die Erwachsenenkrankenpflege) und § 9 Abs. 1 Satz 1 (für die Kinderkrankenpflege) ordnete die Pflege einmal täglich zu den gesetzlich festgeschriebenen Pflegestufen in A1 bis A3 und S1 bis S3 in neun Kombinationsmöglichkeiten zu, ohne dass hieran etwa der ärztliche Dienst mitzuwirken hatte.

Damit erhielt die stationäre Krankenpflege mit Ausnahme der oben erwähnten Sonderfälle mit den erarbeiteten Tätigkeitsprofilen erstmals ein gesetzlich geregeltes Berufsbild, so dass entgegen der arztrechtlichen Rechtsprechung und Literatur ärztliches Personal eben nicht über die Pflegenden so einfach verfügen kann; der Pflegedienst bestimmt im Rahmen seiner Organisationskompetenz durch die pflegerischen Führungskräfte, welche Aufgaben pflegerische Aufgaben sind, die einzelnen MitarbeiterInnen im Rahmen ihrer Fachkompetenz, soweit sie der Aufgabe nicht gewachsen sind.

Das gilt erst recht für die Weiterentwicklung insbesondere der sozialrechtlichen Bestimmungen im SGB V, z. B. auf Grund des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (integrierte Versorgung) und erst recht auf Grund des PfwG. (dazu oben unter II 3.5.3)

Damit steht fest, dass sowohl der ärztliche Dienst einen originären Tätigkeitsbereich hat als auch der Pflegedienst. Bei invasiven Maßnahmen, die mit einer Stoffveränderung verbunden sind, sei es Einstechen, Zuführen oder Entnehmen, also nicht etwa das rektale Fiebermessen, erfolgt nach noch geltender Rechtsauffassung die Grenzziehung.

Die ärztliche Anordnung muss nicht unbedingt schriftlich und individualisierbar erfolgen. Bereits heute wird mit Bedarfsanordnungen und Standards gearbeitet. Dies kann in Leitlinien oder Behandlungspfaden formalisiert werden: dabei kann bereits eine Kompetenzverteilung festgelegt werden, die die individuelle Anordnung ersetzt, z. B. bei Anordnung und Beurteilung von Laborkontrollen, Blutabnehmen und so weiter. Je höher die Qualifikation des Gesundheitsfachberufers ist, umso eigenständiger darf er tätig werden.

3.7.5 Das Bestimmungsrecht des Pflegepersonals

Im Rahmen der Organisationskompetenz bestimmt die Pflege in der Leitung, welche Maßnahmen die Pflege übernimmt, und zwar nach Zweckmäßigkeitserwägungen im Hinblick auf die Zielsetzung der jeweiligen Einrichtung und des jeweiligen Bereiches.

Die einzelne Mitarbeiterin bzw. der einzelne Mitarbeiter hat die Rechtmäßigkeitskontrolle vorzunehmen oder wie dies die 4. Große Strafkammer des Landgerichts Berlin im Urteil vom 26.06.1980 unter dem AZ: (504) 63 Ls 136/78 (Ns) (58/79) so treffend ausgeführt hat, dass

„die Pflegekraft sich nicht nur allein auf das Handwerkliche zu konzentrieren, sondern die gesamte Handhabung zu durchdenken“ hat. Damit steht z. B. die pflegerische Versorgung von Aids-PatientInnen nicht zur Disposition einzelner MitarbeiterInnen, sondern der Leitung, die ja bedenken muss, was überhaupt finanziert wird. Damit steht aber auch weiterhin fest, dass je genauer Pflege definiert ist, umso eher eine Berechtigung auch einzelner MitarbeiterInnen besteht, sich darauf zu berufen. Wenn im Tätigkeitsprofil zur speziellen stationären Krankenpflege bei ‚Gewinnen von Untersuchungsmaterial‘ die Blutentnahme ausdrücklich ausgeschlossen wäre, würde dies nicht ohne weiteres zu den Tätigkeiten der Pflegenden im Krankenhaus gehören. Gerade hieran zeigt sich deutlich der Unterschied zwischen rechtlichem Dürfen und rechtlichem Müssen.

3.7.6 Die Qualifikation des Pflegepersonals

Wie ein Vergleich der Berufsgesetze und -ordnungen sowie der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen zeigt, sind die dreijährig examinierten Pflegekräfte die berufenen Fachkräfte für die spezielle Pflege und sind einjährig examinierte KrankenpflegehelferInnen (KPH) keine berufenen Fachkräfte für die spezielle Pflege, während ArzthelferInnen und dreijährig examinierte Altenpflegekräfte, sofern der Anteil an der Ausbildung mindestens 2/3 krankenpflegerische Bezüge (etwa 700 Unterrichtsstunden) hat, dazwischen anzusiedeln sind. Hingegen rangiert die Heilerziehungspflegekraft sowie die einjährig examinierte Altenpflegekraft sowie die z. B. in Bayern, Berlin und Niedersachsen bis 2003 zum Teil sozialpflegerisch ausgebildete Altenpflegekraft ganz deutlich unterhalb der Krankenpflegehilfe (Böhme, 1992; Böhme, 1993).

Die Weiterbildungsgesetze und -ordnungen in der Anästhesie und Intensivpflege weisen hingegen darauf hin, dass damit eine Qualifizierung auf die Ebene von nicht akademisch ausgebildeten TherapeutInnen stattfindet und damit insoweit von einem erweiterten Verständnis von Pflege gesprochen werden kann, wenn diese weiterqualifizierten Fachkräfte entsprechend ihrer Weiterqualifikation eingesetzt werden. (dazu Kapitel II, 3.8)

Dabei ist aber zusätzlich zu beachten, dass sowohl die Berufsausbildung als auch die Weiterqualifikationen im Bundesgebiet nicht einheitlich erfolgen, sondern von Land zu Land, ja von Region zu Region, ja sogar von Schule zu Schule, unterschiedlich sind, so dass nur bedingt auf die formelle (Abschluss-) Qualifikation abgestellt werden kann. Maßgebend ist und bleibt die materielle Qualifikation, also das in der Praxis angeeignete Wissen und Können, wengleich natürlich der Berufs- und/oder Weiterbildungsabschluss ein wichtiger Anhaltspunkt für die Befähigung von Pflegenden bei der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten ist. Nachdem allerdings einzelne Krankenpflegesschulen z. B. die Technik der Venenpunktion nicht mehr lehren, tritt ein Problem auf, dass bundesweit die formelle Qualifikation immer

mehr in Frage stellt. Bekanntlich ist es für eine deutsche Pflegekraft im übrigen Europa gar nicht so einfach, ihre Berufsankennung zu erlangen, nachdem dort in der speziellen Pflege weitaus mehr verlangt wird als bei uns.

Folglich muss das leidige Thema des Befähigungsnachweises (Spritzenscheins) neu durchdacht werden, denn damit wird nicht nur das Auswahlverschulden des ärztlichen Personals und der Trägerverantwortlichen abgesichert, sondern kann insbesondere das Übernahmeverschulden des Pflegenden auf ein vernünftiges Maß verringert werden.

Entscheidend ist jetzt, dass dieser Befähigungsnachweis entfrachtet wird von der arbeitsvertraglichen Verpflichtung; die Unterschrift des für die Unterweisung und Prüfung Verantwortlichen ist wie bei sonstigen Zeugnissen auch maßgebend. Um Missbrauch vorzubeugen, ist zu überlegen, ob der Befähigungsnachweis nicht von Institutionen und Personen auszustellen sind, die nicht selbst den Pflegenden anordnen. Dann könnte man doch eine betriebliche Sicherheit schaffen, die interessengerecht ist. Das zeigt z. B. die parenterale Ernährung. Klinische Ernährungsteams bieten hier Fachkräften entsprechende Fortbildungsmaßnahmen an. Die Teilnahmebescheinigung ist nichts anderes als ein Fortbildungsnachweis. Verbunden mit einem Abschlusstest könnte man hieraus ohne weiteres einen Befähigungsnachweis machen.

Fazit:

Innerhalb der pflegerischen Berufsgruppe gibt es demzufolge bereits heute Pflegenden mit ausgeprägten medizinischen Qualifikationen (Böhme, 1996).

Neben der grundsätzlich vorrangigen formalen Berufsausbildungs- und Weiterbildungsqualifikation ist auch die materielle Qualifikation, wenn auch nachrangig und mit Sicherungskautelen abgesichert, zu berücksichtigen.

3.8 Besonderheiten bei Fachweiterbildungsqualifikationen

3.8.1 Tätigkeitskatalog der Deutschen interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin

Lange Zeit wurde die Frage der Arbeitsverteilung im Hinblick auf Einzeltätigkeiten gedacht. In der Stellungnahme zum Tätigkeitsbereich der Intensivpflegekraft der Deutschen interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) wird der Umfang in intensivmedizinischer Behandlungspflege wie folgt aufgelistet:

- Blutentnahmen aus liegenden Gefäßkathetern,
- Injektionen in liegende Injektionssysteme und zentrale Venenkathetern nach ärztlicher Anordnung,

- Injektionen in liegenden Periduralkatheter nach ärztlicher Anordnung,
- die Überwachung von Bluttransfusionen,
- die technische Durchführung der ärztlich angeordneten Infusionstherapie und parenteralen Ernährung durch liegende Venenkatheter,
- die Durchführung einer künstlichen Ernährung (Sondenernährung),
- die Bedienung und Überwachung von Infusions- und Injektionspumpen,
- die Bedienung und Überwachung von Respiratoren, Dialysegeräten und anderen,
- die Bronchialtoilette bei intubierten und tracheotomierten PatientInnen,
- die Durchführung einer bettseitigen Aerosolbehandlung bzw. Beatmungsinhalation,
- die Assistenz bei ärztlichen intensivtherapeutischen Maßnahmen (Opderbecke & Weissauer, 1991).

Hier stellt sich die Frage, unter welchen rechtlichen Voraussetzungen entsprechende Manipulationen, insbesondere intravenöse Injektionen durch Pflegefachpersonen erlaubt sind.

Bei der zukünftigen Umverteilung von Aufgaben kann es aber nicht darum gehen, wer eine einzelne Tätigkeit übernimmt, sondern es geht um zusammenhängende Aufgabenkomplexe, die innerhalb eines definierten Rahmens von Pflegenden gestaltet werden können.

3.8.2 Zur Tätigkeitsentwicklung und zur Qualifikation der MitarbeiterInnen

Zur Tätigkeitsentwicklung und zur Qualifikation der MitarbeiterInnen zeigt Jacobs in seinem Buch "i.v.-Injektionen durch das Krankenpflegepersonal - erlaubt oder verboten?" (Jacobs, 1990b) anhand der Stellungnahmen von ÄrztInnen, JuristInnen, Pflegenden und ihren Berufsverbänden deutlich den Zwiespalt der Krankenpflege zwischen (Rück-)Besinnung zur Grundpflege und Weiterqualifikation zu nichtärztlichen MedizinerInnen, letztlich eingeleitet durch die in den letzten Jahrzehnten rasante Entwicklung in der Anästhesie und Intensivmedizin. Nicht umsonst plädiert er für eine zweiseitige Entwicklung. Dem trägt letztlich auch die gemeinsame Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen (ADS) und des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) vom April 1989 Rechnung. Dort heißt es unter 8. (Auswirkung auf die Weiterbildung):

"Fachkrankenschwestern für Anästhesie- und Intensivpflege sowie Krankenschwestern mit besonderer Qualifikation bei Tätigkeit in der Dialyse können unter der Voraussetzung der dokumentierten ärztlichen Anordnung und persönlichem Auftrag mit der Durchführung von intravenösen Injektionen, dem Anlegen von Infusionen sowie Einspritzungen in unter 3. genannten (implantierte und sonstige liegende, Klarstellung des Verfassers) Katheter und

Shunt-Systeme betraut werden. Jedoch sollen diese Tätigkeiten auf die Arbeit im Anästhesie-, Intensiv- bzw. Dialysebereich beschränkt bleiben." (Jacobs, 1990b)

Pflegende haben demzufolge bereits heute unterschiedliche Qualifikationen, insbesondere gibt es bereits Pflegende mit medizinischen Qualifikationen. Dies verdeutlichen die Landesweiterbildungsgesetze.

Allgemein wird nach den Weiterbildungsgesetzen ebenso wie nach den Richtlinien und dem Muster der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) eine Weiterbildungszeit von mindestens 720 Stunden (!) als Standard vorgegeben. Dabei stehen im Vordergrund Grundlagen der Intensivmedizin (30 Stunden), pflegerische und therapeutische Maßnahmen in der Intensivmedizin (70 Stunden), interdisziplinäre Rahmenbedingungen (20 Stunden) sowie praktischer Unterricht von mindestens 240 Stunden im ersten Weiterbildungsjahr, dem sich das zweite Weiterbildungsjahr mit den Schwerpunkten Anästhesie- und Intensivmedizin mit Innere Medizin und Intensivmedizin und schließlich Pädiatrie und Intensivmedizin mit jeweils weiteren 140 theoretischen Stunden und 240 praktischen Stunden anschließt. Die Weiterbildungsordnungen haben dies auf einen Nenner gebracht: Intensivpflege circa 500 Stunden, Anästhesiologie circa 100 Stunden, Gerätetechnik circa 120 Stunden und sozialwissenschaftliche Grundlagen circa 60 Stunden.

Ein Vergleich mit der Krankenpflegeausbildung zeigt, dass die in der Weiterbildung vorgesehenen Themen – wenn überhaupt – nur ‚mitbehandelt‘ werden. In der praktischen Ausbildung der Krankenpflege, die eine Stundenzahl von 2500 hat, ist Intensivmedizin, Anästhesie und Dialyse überhaupt nicht aufgeführt.

Wenn deshalb in der Praxis in Funktionsbereichen immer noch eine große Anzahl von Pflegefachpersonen ohne Weiterbildung tätig ist, hat dies mit dem Integritätsschutz der PatientInnen und der Sicherheit der PatientInnen überhaupt nichts mehr zu tun. In den Funktionsbereichen müssen von der Natur der Sache her Aufgaben aus dem ärztlichen Bereich in großem Umfang übernommen werden. Wie soll auch in Notfallsituationen, die hier an der Tagesordnung sind, adäquat reagiert werden können, wenn keine geeigneten Fachkräfte vorhanden sind? Dies müssen nicht unbedingt akademisch vorgebildete ÄrztInnen sein. Dies darf allerdings auch nicht jede Person sein, der einen weißen Kittel überzieht. Allerdings hat zu Recht wiederum Jacobs (Jacobs, 1990a) darauf hingewiesen, dass sehr wohl auch in den Funktionsbereichen Hilfskräfte eingesetzt werden können, soweit fachpflegerisches Wissen nicht erforderlich ist.

Jedenfalls ergibt sich aus dieser Entwicklung, dass in den Funktionsbereichen auf Fachkräfte mit einer entsprechenden Weiterbildung weitaus mehr ärztliche Aufgaben übertragen werden können, wobei natürlich immer Besonderheiten in den einzelnen Bereichen zu beachten sind.

Bei Pflegekräften ohne Weiterbildung ist auf die allgemeinen Voraussetzungen zur Zulässigkeit der Übertragung ärztlicher Aufgaben auf nichtärztliche MitarbeiterInnen abzustellen. (siehe dazu Kap. II 3.7.1)

Für Pflegende mit einem Master-Abschluss, gar noch promoviert, gilt das oben Gesagte erst recht, ja wird selbst von ArztrechtlerInnen und MedizinrechtlerInnen, die von der strengen ärztlichen Gesamtverantwortung ausgehen, vertreten, dass mit solchen Abschlüssen die Eigenständigkeit nicht mehr in Frage gestellt werden kann (Taupitz & Fröhlich, 1998).

3.8.3 Weitergehende Übernahme ärztlicher Tätigkeiten

Seit einigen Jahren wurde zunächst vereinzelt und wird nunmehr verstärkt nach der rechtlichen Zulässigkeit der Übernahme im Sinne von Allokation nachgefragt. Hierzu hat der Gutachter am 05.10.2006 an der Fachhochschule Jena seine Antrittsvorlesung gehalten unter dem Thema ‚Pflegerische Medizin in Abstimmung mit ärztlicher Medizin – Können wir unter bestimmten Voraussetzungen auf die ärztliche Verantwortung und Anordnung verzichten?‘

Was ist Pflege?

Von Bedürfnismodellen wie Roper, Juchli und Krohwinkel über neuere Defizitmodelle zeichnet sich die Pflegewissenschaft durch babylonische Vielsprachigkeit aus. Nach meinem Verständnis ist Pflege eine Dienstleistung für alle Versorgungsleistungen, die KundInnen nicht oder nicht mehr selbst an sich oder für sich erbringen können, sofern nicht ein spezielles Wissen einer anderen Fachdisziplin benötigt wird.

Damit umfasst Pflege neben Grundpflege und sozialer Betreuung auch medizinische Behandlung, denn KundInnen behandeln sich auch selbst.

Was ist Medizin?

Medizin (von lateinisch *ars medicina* = „Heilkunst“, auch „Heilkunde“) befasst sich

- mit der Gesundheit
- mit der Vorbeugung, Erkennung und Behandlung von Krankheiten und Verletzungen sowie
- mit Zeugung, Schwangerschaft, Geburt und Tod.

Damit ist Medizin auch ein Teilaspekt der Pflege, so wie Pflege ein Teilaspekt der Medizin ist.

Bleibt Medizin den ÄrztInnen vorbehalten?

Der Begriff Arzt kommt aus dem Griechischen *Archíatros* = der Oberheiler).

„Nicht alles, was Medizin ist, bleibt dem Arzt vorbehalten“ (Bockelmann, 1968).

In Abwandlung der Kriterien zur Delegation:

- Einfachheit/Komplexität in Verhältnis zum Kenntnisniveau
- relative Gefährdungsferne im Verhältnis zum Bedarf
- absolute Beherrschbarkeit durch die Behandlerin/den Behandler.

3.8.4 Handlungsfelder in der Krankenhauspflege – von der Delegation zur Allokation

Seit einigen Jahren ist zu beobachten, dass die Berufsfelder im Gesundheitswesen sich verschieben. Entscheidend dabei ist der Bedarf, das heißt die Erwartungshaltung der PatientInnen, die in Standardfällen sehr wohl erfüllt wird, den Einzelfällen leider aber nicht immer so gerecht wird. Etliche Gruppen von PatientInnen – die Zahl wird eher höher – sehen sich im geltenden Gesundheitssystem nicht gut versorgt. Abgesehen von Subjektivismen, die sicherlich immer eine Rolle spielen werden, gibt es alleine durch die Trends, die auf dem Gesundheitsmarkt festzustellen sind, einen durchaus objektiven Bedarf, der zwischenzeitlich selbst von der Schulmedizin nicht mehr einheitlich unisono abgelehnt wird, sondern auch selbst in der ärztlichen Tätigkeit zu neuen Handlungsfeldern führt.

Allerdings darf nicht verkannt werden, dass weder ÄrztInnen noch sonstige Gesundheitsfachberufe zeitgemäß ausgebildet werden. Interessanterweise überwiegt berufsorientiertes Denken, sektorales Denken. Kundenorientiertheit spielt nur bei denen eine Rolle, die ‚mit Leib und Seele‘ ihren Beruf praktizieren. Damit kommen sie allerdings mit dem System in Konflikt. Das betrifft nicht nur das Abrechnungswesen, das betrifft nicht nur die Bürokratie, sondern auch die Rechtsfragen.

Interessanterweise werden die Fragen der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf andere Berufsgruppen durchweg an Konstellationen diskutiert, die entweder in der Praxis gar nicht mehr vorliegen, denn wo sind ÄrztInnen noch ständig anwesend? Die Zeiten von Sauerbruch sind vorbei. Außerdem werden Gesundheitsfachberufe immer noch als medizinisches Assistenzpersonal wahrgenommen, also nicht ernst genommen. Dies festzustellen ist die eine Seite, wie insbesondere auf rechtlicher Ebene hier Lösungen gefunden werden können, eine andere. Recht hängt auch mit Bewusstsein zusammen und dieses Bewusstsein ist auch bei den RichterInnen, bei RechtsanwältInnen und bei den JustiziarInnen vorhanden. Bis vor we-

nigen Jahren wurden etliche Gesundheitsfachberufe nur als medizinisches Assistenzpersonal wahrgenommen und letztlich alles auf das ärztliche Personal abgestellt. Diese so genannte ärztliche Gesamtverantwortung im Rahmen des Gesundheitswesens ist bewusst und gewollt Ende des 19. Jahrhunderts entwickelt worden und hat sich im 20. Jahrhundert voll etabliert.

Grundgedanke ist der, dass nur derjenige, der ein umfassendes Studium mit Universitätsabschluss vorweisen kann, in der Lage ist Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen zu lösen. Andere HeilerInnen wurden als Scharlatane abgetan, was schließlich sogar zum Heilpraktikergesetz von 1939 führte. Es ist bezeichnend genug, dass die Nationalsozialisten dieses Thema zum Schutze des ärztlichen Berufes aufgriffen, die Rechtsprechung aber nach dem Zweiten Weltkrieg bei der Auslegung des Heilpraktikergesetzes genau entgegengesetzt entschieden hat. Die Auswirkungen sind verblüffend, denn das ‚entnazifizierte‘ Heilpraktikergesetz in Verbindung mit der modernen Auslegung der Verwaltungsgerichte und des Bundesverfassungsgerichts führt zum einen zu einem eigenständigen Berufsrecht der HeilpraktikerInnen, was europaweit von Brüssel initiiert beseitigt werden sollte, was dann aber vom Bundesgesundheitsministerium mit aller Vehemenz verteidigt worden ist. Der Heilpraktikerberuf ist anerkannter denn je. Nachdem er anerkannt ist, erfolgt aber die gleiche Abschottungsmentalität wie bei den ÄrztInnen. Das zeigt die Geistheilerentscheidung des Bundesverfassungsgerichts, denn gerade HeilpraktikerInnen waren ausgesprochen dagegen, dass GeistheilerInnen ohne Abschluss einer Heilpraktikerausbildung geistheilen dürfen. Es ist dem Bundesverfassungsgericht zu verdanken, diese Abschottungsmentalität aufgebrochen zu haben, und zwar unter Hinweis auf Artikel 12 Grundgesetz (Grundrecht auf freie Berufsausübung): Es gibt einen dritten Weg in der Gesundheitsversorgung, das Tätigwerden von NichtärztInnen und NichtmedizinerInnen, also Laien, die Geistheilen und ähnliche heilende Tätigkeiten wahrnehmen (Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 02.03.2004 – AZ: 1 BvR 784/03).

Was für das Verhältnis ÄrztIn – HeilpraktikerIn – GeistheilerIn gilt, muss auch für die anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen bedacht werden (Wolff, 1989).

Der Gutachter beschäftigt sich mit den Schnittstellen zwischen ärztlicher Tätigkeit und anderen beruflichen Tätigkeiten bis hin zur Laienproblematik seit nunmehr 36 Jahren und muss feststellen, dass das juristische Problem eigentlich nicht gelöst ist, hingegen die Faktizität je nach Region, je nach Personen im Sinne einer ‚normativen Kraft des Faktischen‘ sich völlig unterschiedlich darstellt. Während es bei den Professionen eine Tendenz hin zur formalen Qualifikation gibt, pochen naturgemäß die ‚QuereinsteigerInnen‘ und Personen, die die formalen Qualifikationsanforderungen nicht erfüllen, auf die materielle Qualifikation. Es ist quasi die philosophische Frage, ob zuerst die Henne oder zuerst das Ei da war.

Die VerfechterInnen einer formalen Qualifikation verweisen darauf, dass nur durch eine systematische, lang andauernde Ausbildung mit Prüfung die Versorgerin bzw. der Versorger in die Lage versetzt wird, wirksame Ergebnisse zu erzielen.

Die VerfechterInnen der materiellen Qualifikation hingegen berufen sich darauf, dass ein nicht unerheblicher Teil der Formalqualifizierten trotz aller Ausbildung und Prüfungen keine wirksamen Leistungen erbringt.

Die Kernfrage ist also, ob durch die formale Qualifikation der Anspruch der Formalqualifizierten, dass sich damit auch die Gesundheitsleistungen verbessern würden, es den PatientInnen also besser gehe, verifizierbar ist. Das ist aber nicht gesichert - im Gegenteil. Es mag polemisch klingen: Was nützt ärztliches Personal zur Blutentnahme, wenn PatientInnen nachher ein ausgeprägtes Hämatom haben, während sie von der so genannten Hilfskraft so fürsorglich behandelt werden, dass das nicht passiert?

Wissenschaftliche Belege für die Gefährdung der PatientInnen gibt es kaum. Zu denken ist an eine Berliner Studie (Job et al., 2006). Es mag sein, dass man hier die Repräsentativität in Frage stellen könnte, bezeichnend genug ist es aber: Denn damit wird aufgezeigt, dass es offenbar zumindest in Deutschland keine ausreichenden Studien zu diesem Thema gibt. Zurückgreifen wird man also müssen auf Studien aus anderen Staaten wie den USA. Dort gibt es zumindest eine Studie der Medical Harvard School aus dem Jahre 2000, die im Rahmen von Case Management und Disease Management-Systemen repräsentativ festgestellt hat, dass das Verordnen von Medikamenten oder Hilfsmitteln durch Pflegefachpersonen keineswegs die Versorgung von PatientInnen gefährdet, sondern mindestens ebenso wirksam ist wie die ärztliche Verordnung.

Fazit: Die rechtliche Beurteilung von Delegation bis hin zur Allokation wird getragen von Unterstellungen, wenig gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen und hat deshalb auch zu keiner insoweit ganz klaren Rechtsprechung geführt (Böhme & Hasseler, 2006). Weil man es bisher nicht besser wusste, hat man auf den Steuermann abgestellt, der in der Reichsversicherungsordnung und später auch im SGB V als solcher angegeben ist. Deshalb gibt es auch keine einheitliche Rechtsprechung, geschweige denn wagt es die Rechtsprechung klar Farbe zu bekennen, wenn man einmal von unterinstanzlichen Urteilen absieht, in denen die eine Richterin oder der andere Richter über das Ziel hinaus schießt. Ernsthafte JuristInnen stehen vor dem Problem, dass sie sich sachverständig beraten lassen und dabei, je tiefer sie in die Materie eindringen, umso mehr Unklarheiten und Ungereimtheiten erfahren.

Zu den Begrifflichkeiten

In der Rechtsprechung wird von Delegation gesprochen und eigentlich nur die Delegation diskutiert, die davon ausgeht, dass einer die Kernkompetenz hat und etwas abgeben darf.

Allokation ist selbständiges Tätigwerden im Rahmen der Kernkompetenz, was interessanterweise in der Rechtsprechung kein Thema ist. Der Oberbegriff ist Übernahme von Aufgaben, der Delegation und Allokation beinhaltet

Was ist ‚gefährlich‘?

Hierzu zwei Beispiele:

Es wird behauptet, dass die Erstgabe von Antibiotika nur in der Hand des ärztlichen Personals verbleiben dürfte, weil es zu Erstreaktionen kommen könne. Schon diese These ist absurd, weil Notfallmedizin nur ein gewisser Teil der ÄrztInnen überhaupt beherrscht. Viele stehen ratlos da und rufen dann selbst den notärztlichen Dienst. Also müsste es eigentlich heißen ‚darf nur in der Hand der befähigten Ärztin bzw. des befähigten Arztes liegen‘. Welche ÄrztInnen sind jetzt aber befähigt?

Zweites Beispiel: Der Darmeinlauf gilt selbstverständlich als eine pflegerische Tätigkeit, die zwar der ärztlichen Anordnung bedarf, aber als recht ungefährlich übertragbar ist. Ist das wirklich so ungefährlich? Wer die jüngste Entscheidung des Pfälzischen OLG Zweibrücken (Urteil vom 16.01.2007 unter dem AZ 5 U 48/06) kennt, kommt zu einem völlig anderen Ergebnis.

Dies ist übrigens auch der Hauptkritikpunkt an der Ampellösung von Roßbruch, der eine Zuordnung von Tätigkeiten zu grün, gelb und rot vornimmt, ohne dass aber die Zuordnungskriterien definiert sind, weil schlichtweg die Zuordnung aus dem hohlen Bauch erfolgt. Anstatt dass wir bei der haftungsrechtlichen Grundthese verbleiben, dass nur, was als gefährlich erkennbar ist, zu einer Haftung führt. Wer von der so genannten konkreten Gefährdungstheorie ausgeht, wird hier keine Probleme haben, vieles dem grünen Bereich, eventuell auch dem gelben Bereich zuzuordnen. Wer hingegen die abstrakte Gefährdungstheorie pflegt, kommt viel eher zu rot. Fragen wir die Sachverständigen, kommen wir zu völlig unterschiedlichen Ergebnissen. Kommen allerdings die Fachsachverständigen zu Gericht und werden sie gefragt, werden ihre Antworten immer zurückhaltender, weil durch wissenschaftliche Untersuchungen nicht belegt. Alleine dass es zu einem Zwischenfall kommen kann, kann für die Zuordnung nicht ausreichen.

Ein zweiter Gesichtspunkt darf nicht außer Acht gelassen werden: Die Gesundheitsfachberufe haben sich durch die formalen Ausbildungs- und Prüfungsordnungen, die im Laufe der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts laufend verbessert wurden und nunmehr zu Beginn des 21. Jahrhunderts auf einem recht hohen Niveau vorzufinden sind, im Schnitt der Berufsgruppe von einer einfachen Zuarbeitertätigkeit zu nicht nur selbstbewussten, sondern auch komp-

lexe Anforderungen lösenden Fachleuten gewandelt, die es den ärztlichen StandesvertreterInnen immer schwieriger werden lassen zu rechtfertigen, dass nur ÄrztInnen das Sagen haben.

Schließlich ist noch ein dritter Gesichtspunkt ganz dringlich zu berücksichtigen, nämlich das Selbstbestimmungsrecht der PatientInnen. Der Wandel im Gesundheitswesen ist nicht nur in dem Zuschnitt der Berufsgruppen zu erkennen, sondern auch im Paradigmenwechsel weg von der alleinigen Entscheidung des ärztlichen Personals (das heute nicht mehr alleine entscheidet, sondern berät) hin zur Entscheidung der PatientInnen. Damit PatientInnen entscheiden können, müssen sie naturgemäß kundig gemacht werden und das kostet Zeit. Das kurzzeitige Abfertigen von PatientInnen bringt hier nicht nur keine Lösungen, sondern schafft zu Recht Kritik am geltenden Gesundheitswesen, denn Anamnese und Statuserhebung kosten Zeit und Mühe. Zeit und Mühe heißt sich Zeit nehmen, aber auch die Befähigung dazu besitzen. Weder Ersteres noch Zweiteres ist im ärztlichen Bereich so ohne weiteres gegeben. Man mag es drehen und wenden, wie man will. Es müssen gesellschaftliche Lösungen gefunden werden, auch im Rechtssystem, die eine Neuordnung der Kompetenzen auch wegen der Kundenorientierung verlangt. Den PatientInnen kann es völlig gleichgültig sein, welchen Beruf jemand ausübt und was für eine Ausbildung jemand hat. Entscheidend ist für sie, dass diese Person ihr Problem feststellt, mit ihnen bespricht und einer Lösung zuführt. Dies allein dem ärztlichen Personal vorzubehalten, ist fragwürdig, weil auch mit der Faktizität nicht vereinbar.

Dabei geht es bei den neuen Handlungsfeldern in der Krankenhauspflege im Wesentlichen um vier Bereiche, nämlich zum einen

- Kommunikation, z. B. Aufklärungsgespräch mit den PatientInnen
- Diagnostik, z. B. Erheben und Auswerten von Untersuchungsergebnissen
- Therapie, z. B. Schneiden, Stechen, Eindringen, Auseinanderhalten, Nähen, also alle technischen Fertigkeiten, die keiner fachärztlichen Befähigung bedürfen und
- das so genannte Prozess- und Fallmanagement, das Mehrfachkompetenzen verlangt.

3.8.5 Qualifikationsanforderungen an Pflegende bei Komplexleistungen

In der Vergangenheit wurde das Thema Delegation selektiv und funktional diskutiert, kaum komplex und systemisch.

Die Expertenstandards gehen zu Recht von einem komplexen, systemischen Ansatz aus. Ob Motivation, Kommunikation, Wundmanagement, Diabetikerberatung, Versorgung krebserkrankter PatientInnen, immer geht es bei einzelnen medizinischen und bisher ärztlichen Aufgaben nur um Aufgaben, die im Zusammenhang mit der Kerntätigkeit stehen.

Noch deutlicher wird das Problem beim Fallmanagement, das Mehrfachkompetenzen verlangt und damit das ‚Sahnehäubchen‘ darstellt, das Montgomery, der Vorsitzende des Marburger Bundes wohl im Herbst 2007 meinte, wenn er die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch Pflegende mit der Begründung ablehnte, dass ‚den ÄrztInnen die Drecksarbeit bleibt und die Pflege künftig die Sahnehäubchen übernimmt‘ (Berliner Morgenpost vom 20.05.2007). Welche Ärztin, welcher Arzt kann ein Fallmanagement leisten? Der Gutachter kennt keinen!

Damit stellt sich naturgemäß die Frage nach den Qualifikationsanforderungen an Personen, die Komplexleistungen erbringen.

Soweit es um pflegerische Sachverhalte geht, kann das in der Regel keine Ärztin, kein Sozialpädagoge entscheiden, sondern dies muss von der Grundqualifikation her durch eine Person aus einem Pflegeberuf entschieden werden. Ob jetzt Pflege in einer Fachausbildung vermittelt wird oder studiert wird, muss eigentlich insoweit unerheblich sein, ist es aber nicht, weil nur mit dem Ausbildungsabschluss AltenpflegerIn, Gesundheits- und KrankenpflegerIn und Gesundheits- und KinderkrankenpflegerIn die entsprechende Berufsbezeichnung erlangt werden kann. Hier bedarf es dringend einer Reform sowohl des AltPflG als auch des KrPflG dergestalt, dass über Studienabschlüsse die berufsrechtliche Anerkennung erlangt werden kann.

Größere Probleme bietet uns das Weiterbildungsrecht, das ausschließlich in die Länderhoheit fällt. Hier bietet es sich an, dass die Länder zu bestimmten Bereichen wie dem Fallmanagement (Case Management), Pflegebegleitung, der Palliativpflege, der Wundversorgung, der Rehapflege Weiterbildungsvorschriften entwickeln, die möglichst in der Kultusministerkonferenz in den Ländern abgestimmt werden sollten, damit hier nicht eine weitere Zersplitterung auf Länderebene erfolgt, sondern möglichst in den einzelnen Bundesländern gleiche Anforderungen geschaffen werden sollten.

Gleiches gilt auch für die Studienabschlüsse, denn die Zugangsvoraussetzungen und Studiengänge sind in den Ländern recht unterschiedlich konzipiert. Dass Bachelor-

AbsolventInnen nicht regelmäßig die berufsrechtlichen Voraussetzungen erfüllen (hier ist zu prüfen, inwieweit die Regelungen einer Fachausbildung wie Gesundheits- und KrankenpflegerInnen oder AltenpflegerInnen leitend sein können oder modifiziert werden müssten), ist ein Übel und lässt sich mit der komplizierten Gesetzgebungszuständigkeit von Bund und Länder zwar erklären, bedarf aber im Hinblick auf Verbraucherschutz und integrierter Gesundheitsstrukturen einer einheitlichen Regelung.

Aus der Sicht des Gutachters haben Case ManagerInnen, FallmanagerInnen ein Anforderungsprofil, das einen Bachelor-Studienabschluss durchaus angemessen erscheinen lässt. Die Master-Abschlüsse sind neben Aufgaben im Bereich der erweiterten Pflegepraxis für Wissenschaft und Forschung gedacht.

Wenn jetzt die große Zahl an benötigten FallmanagerInnen berücksichtigt wird, wird diese erst in einigen Jahren erreicht sein. Es dürfte sich für eine **Übergangszeit** anbieten, im Wege der Weiterbildung entsprechend geeignete Pflegefachkräfte vorzubereiten. Fraglich ist dabei der Umfang dieser Weiterbildungskonzepte. Ausgehend von einem Ferngespräch am 24.01.2008 mit Herrn Prof. Dr. Löcherbach von der Katholischen Fachhochschule Mainz, dem Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management, an der der DBfK teilnimmt, wird für diese Qualifizierungsmaßnahme nach § 11 Abs. 4 SGB V von einem Weiterbildungsumfang von etwa 350 Stunden ausgegangen. Ein Gespräch mit Herrn Lesser, Katholische Akademie für Pflegeberufe in Regensburg, am 29.01.2008 hat ergeben, dass dort für Case ManagerInnen im Krankenhaus von einem Weiterbildungsbedarf von 130 Stunden ausgegangen wird. Wie so oft, so auch hier, dürfte die Wahrheit in der Mitte liegen: Der Gutachter hält 210 Stunden für erforderlich, aber auch ausreichend wie übrigens in der Literatur auch (Löcherbach et al., 2004).

Auf keinen Fall ist aber akzeptabel, wie der Gutachter auf dem Süddeutschen Pflorgetag in München am 25.09.2007 vernahm, dass dieser Case Management-Einsatz das Problem der Stationen löst, PflegemitarbeiterInnen mit Rückenproblemen eine neue Perspektive zu bieten. Das kann sein, muss aber nicht sein. Die Parallele aus den 1980er Jahren in der Weiterbildung von Pflegedienstleitungen und PflegelehrerInnen drängt sich auf; darunter haben Einrichtungen heute noch zu leiden.

3.9 Zur Übertragung (behandlungs-)pflegerischer Tätigkeiten auf Hilfskräfte

3.9.1 Problemstellung

Pflegehilfskräfte arbeiten in der Pflege, verfügen aber weder über ein Examen in der Krankenpflege noch über ein Altenpflege-Examen.

Rechtlicherseits und aus der Sicht der Organisationsverantwortung ist folgendes zu bedenken:

Auswahl der Hilfskräfte

- Träger und Geschäftsführung sollten sich gut überlegen, welche und wie viele Hilfskräfte sie einstellen wollen.
- Passen die Hilfskräfte zum Einrichtungskonzept?
- Können sie das Konzept umsetzen?
- Passen sie zu den einzelnen Pflgeteams?
- Werden die Pflegefachkräfte nicht mit Anleitungs-, Beratungs- und Supervisionsaufgaben überlastet?

Einarbeitung

Auch Pflegefachkräfte müssen gut eingearbeitet werden; allerdings ist der Aufwand bei Hilfskräften höher, weil eben nicht auf allgemeine fachliche Kenntnisse zurückgegriffen werden kann. Hilfskräfte müssen auf die individuelle Situation der entsprechenden PatientInnen vorbereitet werden, und zwar durch die jeweilige Pflegefachperson, also durch die verantwortliche Pflegefachperson, denn man kann nicht davon ausgehen, dass eine Hilfskraft aufgrund ihrer Erfahrung immer erkennen kann, was PatientInnen benötigen oder worauf zu achten ist.

Beratung und Anleitung

Hilfskräfte brauchen auch aus haftungsrechtlicher Sicht eine Anleitung durch Fachkräfte. Mindestens stichprobenweise muss sich die Pflegefachperson von der Qualität der Arbeit der Pflegehilfskraft überzeugen.

Supervision

Zu Recht weist gerade z.B. das KDA beim Einsatz von Hilfskräften in der Altenhilfe, soweit es um Pflege geht, darauf hin, dass eine Hilfskraft geradezu Anspruch darauf hat, dass eine Pflegefachperson ihre Arbeit ansieht und bewertet (Sowinski, 1998). Supervision bedeutet ja Überwachung. Damit soll gewährleistet werden, dass PatientInnen gut gepflegt werden. Zu-

dem kann die Pflegefachperson korrigierend eingreifen, wenn etwas falsch gemacht wurde, damit hier ein Zwischenfall möglichst ausgeschlossen werden kann.

Sicherung und Kontrolle der Pflege

Hilfskräfte sollten eine Rückmeldung zu ihrer Arbeit erhalten, damit sie und auch die PatientInnen sich sicher fühlen können. Feedback motiviert Hilfskräfte und gibt ihnen die Möglichkeit ihre Leistung zu verbessern.

Fortbildung

Gerade auch Hilfskräfte müssen regelmäßig fortgebildet werden.

Wirtschaftlichkeit fragwürdig

Bei Prüfung dieser Voraussetzungen wird natürlich in der Tat die Wirtschaftlichkeit des Einsatzes von Hilfskräften eventuell fragwürdig sein können.

Den Pflegefachkräften vorbehaltene Aufgabenbereiche

Den Pflegefachkräften bleiben folgende Aufgaben vorbehalten:

- **Pflegediagnose**
Hierbei wird der konkrete Pflegebedarf der einzelnen PatientInnen festgelegt.
- **Pflegeplanung**
Bei der Pflegeplanung wird festgelegt, wer die PatientInnen pflegt, welche Pflege die PatientInnen erhalten und welche Hilfsmittel verwendet werden.
- **Pflegeaufsicht**
Pflegeaufsicht bedeutet, die Personen, die nach dem Pflegeplan an der Pflege der einzelnen PatientInnen beteiligt sind, zu beraten, anzuleiten und zu überwachen.
- **Sicherung und Kontrolle**
Sicherung und Kontrolle der Pflegequalität heißt, die für die einzelnen PatientInnen insgesamt erbrachte Pflegeleistung zu überprüfen und zu bewerten.

3.9.2 Dienstanweisung für den Einsatz von Hilfskräften

Für den Einsatz von Hilfskräften in der Pflege gelten folgende Richtlinien (Jacobs, 1990a).

Hilfskräfte werden nur unter Aufsicht einer Pflegefachkraft eingesetzt.

Hilfskräfte dürfen folgende Tätigkeiten **nicht** ausführen:

Organisation

- Selbständige Übernahme von PatientInnen
- Selbständige Übergabe von PatientInnen
- Entgegennahme ärztlicher Anordnungen
- Auskünfte über PatientInnen an Dritte erteilen (auch an andere Stationen)
- Unterschriftsleistungen auf medizinisch-pflegerischen Dokumenten abgeben.

Pflegerisch

- Stellen von Medikamenten
- Sämtliche Arten von Injektionen mit Ausnahme von subkutanen nach Anlernung und unter Aufsicht einer Fachkraft.
- Andere grund- und behandlungspflegerische Leistungen wie Abnahme von Blut, Wechseln von Infusionen nach Anordnung durch die aufsichtsführende Pflegefachperson, Umgang mit Sonden, Drainagen und Kathetern dürfen nur in Absprache mit und unter Aufsicht und Verantwortung der Pflegefachpersonen mit einer mindestens 3-jährigen Pflegeausbildung durchgeführt werden, sofern die Gewähr für die sachgerechte Durchführung der Maßnahmen entsprechend den pflegerischen Standards der Einrichtung gesichert ist.

Literaturverzeichnis

- Barth, L. (2007). Standortbestimmung Pflege – Zugleich eine Stellungnahme zum gleichnamigen Beitrag von H. Böhme und M. Hasseler, in: „Die Schwester/Der Pfleger 08/2006“. *Pflegerecht*, 11, 253-260, 307-317 und 356-370.
- Berg, D. & Ulsenheimer, K. (2006). *Patientensicherheit, Arzthaftung, Praxis- und Krankenhausorganisation*. Berlin / Heidelberg: Springer.
- Bergmann, K. O. & Kienzle, H.-F. (1996). *Krankenhaustaftung*. Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlags GmbH.
- Bienstein, C., Schröder, G., Braun, M., & Neander, K.-D. (1996). *Dekubitus*. Stuttgart / Eschborn: Thieme / DBfK Verlag.
- Bockelmann, P. (1968). *Strafrecht des Arztes*. Stuttgart: Thieme.
- Böhme, H. (1978). *Das Recht des Krankenpflegepersonals, Teil 1: Arbeitsrecht*. (2. ed.) Schwäbisch Gmünd: Lempp.
- Böhme, H. (1984). Die Zuverlässigkeit der Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf nichtärztliches Personal. *Deutsche Krankenpflegezeitschrift*, 37, Beilage, 16 S.
- Böhme, H. (1991). Die individuelle und organisatorische Verweigerung in der Krankenpflege aus rechtlicher Sicht. *Die Schwester Der Pfleger*, 28, 552 ff. und 609 ff.

- Böhme, H. (1992). *Pflege auf dem Prüfstand, Rechtsfragen der Delegation ärztlicher Tätigkeiten an Pflegenden*. Berlin: Senatsverwaltung für Gesundheit, Referat Kranken- und Altenpflege.
- Böhme, H. (1993). Zur Zulässigkeit invasiver Behandlungsmaßnahmen im Pflegeheim am Beispiel der parenteralen Heimernährung aus rechtlicher Sicht. In Evangelische Heimstiftung Stuttgart e.V. (Ed.), *Altenhilfe - Prognosen, Probleme, Chancen* (pp. 205-236). Stuttgart.
- Böhme, H. (1994). Pflegerische Sorgfalt und Qualitätssicherung aus der Sicht des Juristen. *Pflegezeitschrift*, 47, Beilage: 1. Göttinger Symposium "Recht in der Pflege", 7-12.
- Böhme, H. (1996). I.v.-Injektionen auf Intensivstationen durch das Pflegepersonal. *Plexus*, 5, 55-58.
- Böhme, H. (1997). Die betriebliche Umsetzung der Hygieneverantwortung aus rechtlicher Sicht. In V.Hingst & H. Möllenhoff (Eds.), *Strukturqualität als Grundlage des Hygienemanagements* (pp. 50-54). München: Urban & Fischer.
- Böhme, H. (1998). Die Eigenständigkeit der Krankenhauspflege im Spannungsverhältnis zur ärztlichen Gesamtverantwortung, Teil 1 und 2. *Pflege- und Krankenhausrecht*, 1, 2-4 und 29 - 34.
- Böhme, H. (1999a). Darf Pflegenden die CTG-Beurteilung im Krankenhaus überlassen werden? *Pflege- und Krankenhausrecht*, 2, 17-21.
- Böhme, H. (1999b). Die Regeln der Heilkunst - Rechtliche Aspekte einer Therapie jenseits der Wissenschaft. *Pflege- und Krankenhausrecht*, 2, 33-37.
- Böhme, H. (2000). Ein Rezeptblock für die Pflegefachkraft. *Pflegen Ambulant*, 11, 45-48.
- Böhme, H. (2001). Revision im krankenhausspezifischen Recht. In J.S.Tanski (Ed.), *Interne Revision im Krankenhaus* (pp. 131-151). Stuttgart / Berlin / Köln: Kohlhammer.
- Böhme, H. (2002). MPG und Betreiberverordnung aus juristischer Sicht. In W.Menke (Ed.), *Handbuch Medizintechnik* (pp. 1-79). Landsberg: ecomed, Loseblatt 35./36. Erg.Lfg.
- Böhme, H. (2005a). Wunderheiler benötigen keine Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz – Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 02. März 2004 – AZ: 1 BvR 784/03. *Pflege- und Krankenhausrecht*, 8, 22-26.
- Böhme, H. (2005b). Zur Übertragung einer Subkutaninjektion auf nicht pflegerisches Personal - Landgericht Waldhütten - Tiengen, Urteil vom 23.03.2004 - AZ: 2 Ns 13 Js 1059/99. *Pflege- und Krankenhausrecht*, 8, 51-54.
- Böhme, H. (2007). Rechtsfragen zum Wundmanagement. *Pflegen Ambulant*, 18, 37-39.
- Böhme, H. & Hasseler, M. (2006). Delegation - Standortbestimmung Pflege. *Die Schwester Der Pfleger*, 45, 664-668.
- Brenner, G. (1983). *Arzt und Recht*. Stuttgart: Fischer.
- Dachverband der Pflegeorganisationen Rheinland-Pfalz e.V. (2006). *Berufsordnung des Dachverbandes der Pflegeorganisationen Rheinland-Pfalz e.V. o.O.*
- Erdle, H. (2003). *Recht der Gesundheitsfachberufe und Heilpraktiker*. München.

- Genzel, H. & Siess, M. A. (1999). Ärztliche Leitungs- und Organisationsstrukturen. *Medizinrecht*, 15, 1-12.
- Grafe, S. & Dehong, B. (1997). Kollegialentscheidung und Individualentscheidung. *Arzt-Recht*, 27, 95-100.
- Großkopf, V. (2003). Die Delegation ärztlicher Tätigkeiten. *KlinikManagement*, 8, 42-44.
- Hahn, B. (1981a). *Die Haftung des Arztes für nichtärztliches Hilfspersonal*. Königstein: Athenäum.
- Hahn, B. (1981b). Zuverlässigkeit und Grenzen der Delegation ärztlicher Aufgaben. *Neue Juristische Wochenzeitschrift*, 34, 1977-1984.
- Hahn, B. (1984). Verabreichung von Injektionen durch nichtärztliche Mitarbeiter. *Deutsche Medizinische Wochenzeitschrift*, 107, 231-234.
- Heinze, M. & Jung jun., H. (1985). Die haftungsrechtliche Eigenverantwortlichkeit des Krankenpflegepersonals in Abgrenzung zur ärztlichen Tätigkeit. *Medizinrecht*, 3, 62-71.
- Igl, G. (1996). Rechtliche Instrumente der Qualitätssicherung in der Pflege. In T.Klie (Ed.), *Pflegeversicherung und Qualitätssicherung in der Pflege*. (2.ed.) Melsungen: Bibliomed.
- Jacobs, P. (1990a). Hilfskräfte in der Krankenpflege - ein Erfahrungsbericht. *Die Schwester Der Pfleger*, 29, 496-498.
- Jacobs, P. (1990b). *I.v.-Injektionen durch das Krankenpflegepersonal - erlaubt oder verboten? - Die Delegation ärztlicher Aufgaben im Spannungsfeld von Recht und Berufspolitik*. (2. ed.) Melsungen: Bibliomed.
- Job, F. P., Voigt, H., & Leffler, K. (2006). Hohe Übereinstimmung beim 'heißen Eisen' Delegation. *Die Schwester / Der Pfleger*, 45, 690-694.
- Kurtenbach, H., Golombek, G., & Siebers, H. (1998). *Krankenpflegegesetz*. (5. ed.) Stuttgart: Kohlhammer.
- Löcherbach, P., Schneider, V., & Wagner, F. (2004). Standards und Richtlinien für die Weiterbildung: Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen und in der Beschäftigungsförderung. http://www.case-manager.de/themes/CM_Richtlinien_neu.pdf (Abruf: 24.01.2008) [On-line].
- Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg (Hrsg.) (2007). *Stellungnahme vom 09. Oktober 2007 zu einer Anfrage der Landtagsabgeordneten Andreas Hoffmann u.a., CDU, betreffend Kompetenzverteilung zwischen den Berufen des Gesundheitswesens, Landesdrucksache 14/1748*. Stuttgart.
- Molkentin, T. (1999). Arzt und Krankenpflege: Konfliktfelder und Kompetenzen. *Medizinrecht*, 15, 29ff.
- Narr, H. (1988). *Ärztliches Berufsrecht*. (2. ed.) Köln: Deutscher Ärzteverlag, Loseblatt.
- Opderbecke, H. W. & Weissauer, W. (1980). Kommentar zur Durchführung von Injektionen, Infusionen und Blutentnahmen durch das Pflegepersonal im Krankenhaus. *Anästhesiologie und Intensivmedizin*, 21, 287-292.

- Opderbecke, H. W. & Weissauer, W. (1991). *Entschlüsseungen - Empfehlungen - Vereinbarungen*. (2. ed.) Melsungen: Bibliomed.
- Petry, F. M. (2005). Im Falle des Falles Versicherungsschutz. *Pflege aktuell*, 60, 276-277.
- Quaas, M. (1999). Zu den Rechtsgrundlagen der ärztlichen Verantwortung im Krankenhaus in der Abgrenzung zu den Aufgaben der Pflegedienstleitung. *Pflege- und Krankenhausrecht*, 2, 5-7.
- Rosenau, H. (2000). Ein arztfreier Raum im Krankenhaus? - Konfliktfelder und Kompetenzen zwischen Arzt und Krankenpflege. *ArztRecht*, 30, 268-272.
- Roßbruch, R. (2003). Zur Problematik ärztlicher Tätigkeiten an das Pflegefachpersonal auf Allgemeinstationen unter besonderer Berücksichtigung zivilrechtlicher, arbeitsrechtlicher und versicherungsrechtlicher Aspekte. *Pflegerecht*, 7, 95-102 und 139-149.
- Schöning, B., Luithlen, E., & Scheinert, H. (1993). *Pflege-Personalregelung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sowinski, C. (1998). Fachkräfte einsparen - der Schuß kann nach hinten losgehen. *Heim und Pflege*, 19, 293.
- Sowinski, C. & Behr, R. (2002). *Bundeseinheitliche Altenpflegeausbildung - Materialien für die Studententafel*. Köln: Herausgegeben vom Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Steffen, E. (1996). Arzt und Krankenpflege: Konfliktfelder und Kompetenzen. *Medizinrecht*, 14, 542 ff.
- Taupitz, J. & Fröhlich, U. (1998). Dürfen Pflegekräfte eigenständig klinisch forschen? *Medizinrecht*, 14, 542 ff.
- Ulsenheimer, K. (1997). Neue Wege zur Organisation der Verantwortungsbereiche ärztlicher und pflegerischer Tätigkeit. *Das Krankenhaus*, 89, 22-26.
- Ulsenheimer, K. (2003). *Arztstrafrecht in der Praxis*. (3. ed.) Heidelberg: C. F. Müller.
- Wolff, W. (1989). Zum rechtlichen Behandlungsspielraum der Kosmetikerin und zum Irrtum über Heilkunde-Ausübung. *Medizinrecht*, 7, 57-63.

Anhang

Überlegungen zur Erprobung ausgewählter Aspekte in einem Modellprojekt

MANFRED HAUBROCK, RENATE STEMMER

Gegenstand des Modellprojektes

Das vorliegende Gutachten spricht eine Vielzahl von Aspekten an,

- die teils schon bekannt aber noch zu wenig umgesetzt sind (wie konsequentes Prozessmanagement incl. einer gezielten frühzeitigen Entlassungsplanung),
- die teils noch nicht ausreichend als spezifische Fragestellung für das Allgemeinkrankenhaus wahrgenommen worden sind (wie die Konsequenzen der zunehmend älter werdenden Klientel) oder
- die in deutschen Krankenhäusern bislang noch nicht implementiert sind (wie eine Aufgabenverteilung, die sowohl eine erweitert Pflegepraxis als auch die situationsbezogene Delegation pflegerischer oder pflegenaher Tätigkeiten an geringer qualifizierte Personen oder Assistenzpersonen vorsieht).

Damit die Auswirkungen spezifischer Veränderungen erfasst werden können, muss aus der Bandbreite der angesprochenen Themen eine Auswahl getroffen werden.

Wegen des hohen Innovationspotentials bietet sich für eine Erprobung an:

- die Übernahme des Versorgungsmanagements durch qualifizierte Pflegepersonen
- die Neuverteilung der Aufgaben verbunden mit der Implementierung eines abgestuften Personalkonzeptes ([akademisch und beruflich] qualifizierte Pflegepersonen sowie Personen mit einer Helferqualifizierung oder Assistenzpersonal).

Forschungsfragen

Daraus ergeben sich zwei übergeordnete Forschungsfragen:

1. Zu welchen Effekten führt die Übernahme des Versorgungsmanagements durch qualifizierte Pflegepersonen?
2. Zu welchen Effekten führt die Umverteilung der Aufgaben im Krankenhaus?

Beide Forschungsfragen können und müssen weiter konkretisiert werden. Relevante Unterfragen sind:

Zu 1: Zu welchen Effekten führt die Übernahme des Versorgungsmanagements durch qualifizierte Pflegepersonen?

- Wie ist die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Berufsgruppen zu organisieren?
- Wie wirkt sich die Übernahme des Versorgungsmanagements durch qualifizierte Pflegepersonen auf den Prozessverlauf aus?
- Wie wirkt sich die Übernahme des Versorgungsmanagements durch qualifizierte Pflegepersonen auf klinische Outcomeindikatoren (z.B. Funktionsfähigkeit, Patientensicherheit) aus?
- Wie wirkt sich die Übernahme des Versorgungsmanagements durch qualifizierte Pflegepersonen in ökonomischer Hinsicht (Kosten - Nutzen -/ Kosten - Wirksamkeits - Analyse) aus?
- Wie wirkt sich die Übernahme des Versorgungsmanagements durch qualifizierte Pflegepersonen auf die Zufriedenheit der PatientInnen und MitarbeiterInnen (ÄrztInnen und Pflegende) aus?

Zu 2: Zu welchen Effekten führt die Umverteilung der Aufgaben im Krankenhaus?

- Wie genau sollen die Aufgaben und Zuständigkeiten zwischen den Beteiligten verteilt werden?
- Wie ist das optimale quantitative und qualitative Verhältnis zwischen den an der Behandlung und Pflege beteiligten Personen?
- Zu welchen klinischen Effekten führt es, wenn Pflegende einen größeren Entscheidungs- und Handlungsspielraum z.B. hinsichtlich der postoperativen Überwachung, der Interpretation der erhobenen Daten sowie der darauf bezogenen Reaktion haben (z.B. Symptommanagement, Wundverlauf)?
- Zu welchen klinischen Effekten führt die Delegation pflegerischer oder pflegenaher Tätigkeiten an Angehöriger der Helferberufe oder Assistenzpersonen (z.B. Patientensicherheit)?
- Wie sicher sind speziell qualifizierte Pflegepersonen bei der Einschätzung von PatientInnen u.a. im Rahmen eines Erstassessment in der Aufnahme (z.B. Patientensicherheit)?

- Wie wirkt sich die Umverteilung der Aufgaben auf die Zufriedenheit der PatientInnen und MitarbeiterInnen (ÄrztInnen und Pflegende) aus?
- Wie wirkt sich die Umverteilung der Aufgaben im Krankenhaus durch qualifizierte Pflegepersonen in ökonomischer Hinsicht (Kosten - Nutzen -/ Kosten - Wirksamkeits - Analyse) aus?

Ziele

Das übergeordnete Ziel des anvisierten Modellprojektes ist es, reliable und valide Daten zu produzieren, die als Grundlage für Entscheidungen dienen können, um effektive und effiziente Leistungen im Krankenhaus der Zukunft zum Wohle der PatientInnen sicherzustellen.

Es lassen sich drei Zieldimensionen unterscheiden.

- Die klinische Dimension

Gesamtziel: Gewährleistung einer sicheren Behandlung und Pflege der PatientInnen

Oberziel: Sicherstellung oder Verbesserung der klinischen Versorgung (z.B. hinsichtlich Symptommanagement)

- Die subjektive Dimension

Gesamtziel: Zufriedenheit der PatientInnen mit der Behandlung und Pflege

Zufriedenheit der MitarbeiterInnen der verschiedenen beteiligten Gruppen

- Die ökonomische Dimension, die noch einmal nach dem Kosten-Nutzen und dem Kosten -Wirksamkeitsaspekt differenziert werden kann.

Ziele der Kosten - Nutzen - Analyse

Gesamtziel: Bedarfsgerechter Einsatz des Krankenhauspersonals unter der Annahme eines gedeckelten Personalbudgets.

Oberziel: Eignung der zukünftigen Handlungsfelder der Pflege als Instrument einer bedarfsgerechten Versorgung.

Teilziele: Einsparung von Personal- und Sachkosten im

- stationären Bereich und poststationären Bereich
- Arznei-, Heil- und Hilfsmittelbereich.

Ziele der Kosten - Wirksamkeits - Analyse

Gesamtziel: Optimierung der pflegerischen Versorgungsqualität unter der Annahme eines gedeckelten Personalbudgets.

Oberziel: Eignung der zukünftigen Handlungsfelder der Pflege als Instrument einer qualitativ hochwertigen Versorgung.

Teilziele: Stabilisierung bzw. Verbesserung der pflegerischen Qualität im stationären Bereich und poststationären Bereich.

Bezugsrahmen

Die Hintergrundinformationen des Gutachtens stellen den Stand der Forschung ausführlich dar. Dabei wurde einerseits deutlich, dass eine Neuverteilung der Aufgaben im Krankenhaus im Grundsatz sinnvoll erscheint. Andererseits bleiben aber viele Fragen im Detail offen. Zudem liegen keine Studien aus Deutschland zu den oben genannten Forschungsfragen vor.

Design

Zur Beantwortung der Vielzahl der oben genannten (Unter-)Fragen bedarf es eines Forschungsprogrammes, also einer Anzahl von Studien, die jeweils einzelne Teilaspekte untersuchen.

Das geeignete Design ist abhängig von der Forschungsfrage, die verfolgt werden soll.

Eine Untersuchung der Effekte der Übernahme spezifischer Aufgaben wie des Erstassessments bedarf eines vergleichenden Designs. Dabei sind die Leistungen der spezifisch qualifizierten Pflegeperson mit denen des ärztlichen Personals in Beziehung zu setzen.

Zur Untersuchung der Effekte organisatorischer Veränderungen (Versorgungsmanagement durch Pflegepersonen; Erweiterung des Entscheidungs- und Handlungsspielraumes für Pflegende) einschließlich der klinischen und ökonomischen Auswirkungen sollte ebenfalls eine vergleichende Studie durchgeführt werden. Hier sollten die Ergebnisse einer Interventionsgruppe mit denen einer Kontrollgruppe verglichen werden. Allerdings ist eine Randomisierung nicht praktikabel. Deshalb bietet sich ein sorgfältig abgestimmter nicht-randomisierter Vergleich an (Ferlie, 2001). In der Kontrollgruppe werden die Aufgaben nach ‚traditionellen Prinzipien‘ organisiert und verteilt. Um die Gefahr der Verzerrung zu vermeiden, wird der Vergleich idealerweise zwischen organisatorischen Einheiten mit

ähnlichen Merkmalen aus verschiedenen Krankenhäusern durchgeführt. Nicht zuletzt sind die Kontextbedingungen zu analysieren.

Zur Erhebung der ökonomischen Effekte der Umverteilung der Aufgaben sind die Kosten-Nutzen-Analysen (KNA) bzw. die Kosten-Wirksamkeits-Analysen (KWA) geeignet. Nach (Mildner, 1982) ist es das Ziel der Kosten-Nutzen-Betrachtungen, die Vor- und Nachteile einer Maßnahme oder eines Projektes zu ermitteln. Die Kosten-Nutzen-Analysen (KNA) und die Kosten-Wirksamkeits-Analysen (KWA) sind aufgrund konzeptioneller Besonderheiten zu differenzieren. Der Unterschied beider Erhebungstechniken besteht nicht in der Erfassung der Kosten, denn diese werden immer in Geldeinheiten ermittelt. Es ist vielmehr die Seite des Outputs, des Nutzens, die bzw. der bei der Messung differiert. Werden bei der KWA physische Einheiten gemessen, so sind es Geldeinheiten bei der KNA. (Zur weiteren Unterscheidung zwischen KNA und KWA siehe Kap. II 2.4).

Indikatoren KNA: Kosten \Rightarrow Personal-/ Sachkosten, die durch die zukünftigen Handlungsfelder entstehen

Nutzen \Rightarrow Veränderungen, der direkten und indirekten Kosten

Indikatoren KWA: Indikatoren: Kosten \Rightarrow Personal-/ Sachkosten, die durch die zukünftigen Handlungsfelder entstehen

Nutzen \Rightarrow Veränderungen, der intangiblen Faktoren (Qualität)

Datenerhebung am Beispiel der Untersuchung der Umverteilung von Aufgaben:

Untersuchungsgruppe:

- Pflegerische MitarbeiterInnen der Abteilung A des Krankenhauses AK, die neue Maßnahmen übernehmen bzw. Leistungen delegieren.
- PatientInnen, der Abteilung A des Krankenhauses AK, die unter den Bedingungen der Aufgabenneuverteilung behandelt, gepflegt und versorgt werden.
- Ärztliche MitarbeiterInnen der Abteilung A des Krankenhauses AK, die für definierte Aufgabenkomplexe nicht mehr unmittelbar zuständig sind.
- Angehörige der Helferberufe und AssistentInnen, die die Pflege unterstützen und situationsbezogen pflegenaher oder pflegerische Aufgaben übernehmen.

Vergleichsgruppe:

- Pflegerische MitarbeiterInnen der Abteilung B des Krankenhauses BK, die keine neuen Maßnahmen übernehmen bzw. keine Leistungen delegieren.
- PatientInnen der Abteilung B des Krankenhauses BK, die nach ,traditionellen Prinzipien versorgt werden.

- Ärztliche MitarbeiterInnen der Abteilung A des Krankenhauses BK, die für definierte Aufgabenkomplexe weiterhin unmittelbar zuständig sind.
- Soweit vorhanden Angehörige der Helferberufe und AssistentInnen, die im traditionellen Verständnis (z.B. Durchführung von Reinigungsarbeiten) eingesetzt werden.

Erhebungsinstrumente:

Standardisierte Fragebögen, Experteninterviews, Dokumentenanalyse, teilnehmende Beobachtung

Dauer der Studie:

mindestens 3 Jahre

Ressourcenkalkulation

Eine Kalkulation der für die Evaluation benötigten Ressourcen kann erst erfolgen, wenn der Umfang und die Dauer der Untersuchung(en) sowie die Anzahl der beteiligten Abteilungen und Krankenhäuser feststehen.

Anforderungen an teilnehmende Krankenhäuser

Die Teilnahme an dem Modellprojekt setzt die Bereitschaft des jeweiligen Krankenhauses voraus, seine Daten transparent zu machen.

Literaturverzeichnis

Ferlie, E. (2001). Organizational studies. In N.Fulop, P. Allen, A. Clarke, & N. Black (Eds.), *Studying the organisation and delivery of health services* (pp. 24-55). London: Routledge.

Mildner, R. (1982). *Evaluation im Gesundheitswesen*. Bad Homburg.

**In der Reihe „Berichte aus der Pflege“ des
Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit,
Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz
sind bisher erschienen:**



- Nr.1, September 2005
Rahmenlehrplan und Ausbildungsrahmenplan für die
Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und
Kinderkrankenpflege des Landes Rheinland-Pfalz
- Nr. 2, August 2005
Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur:
Abschlussbericht. Fachkräftesituation und Fachkräftebedarf in der Pflege in
Rheinland-Pfalz
- Nr. 3, September 2005
Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur:
Branchenmonitoring Pflege Rheinland-Pfalz. Verfahren und Erhebungsbogen
- Nr. 4, Oktober 2005
Arbeit und Zukunft e.V.:
Gesunde Beschäftigung und gute Servicequalität in der ambulanten Pflege
- Nr. 5, September 2006
Richtlinien zu den Prüfungen in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie in der
Gesundheits- und Kinderkrankenpflege des Landes Rheinland-Pfalz
- Nr. 6, März 2007
Optimierung der Versorgung von Menschen mit Demenzerkrankungen in
Pflegeeinrichtungen
- Nr. 7, November 2007
Abschlussbericht Branchenmonitoring Pflege Rheinland-Pfalz 2005/2006
- Nr. 8, Oktober 2008 (*zurzeit noch in Bearbeitung*)
Zwischenbericht Arbeitsbewältigung in der ambulanten Pflege
PIZA II-Ergebnisse
- Nr. 9, Oktober 2008
Gutachten: Zukünftige Handlungsfelder in der Krankenhauspflege

Die Berichte sind zu beziehen über das Broschürentelefon (Nr.: 06131/16-2016) oder
per E-Mail: bestellservice@masgff.rlp.de

IMPRESSUM

Herausgeber: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit,
Familie und Frauen Rheinland-Pfalz
Referat für Reden und Öffentlichkeitsarbeit
Bauhofstraße 9, 55116 Mainz
www.masgff.rlp.de, www.menschen-pflegen.de
Broschürentelefon: 06131/16-2016
E-Mail: bestellservice@masgff.rlp.de

Stand: Oktober 2008

Verantwortlich für den Inhalt: Günter Bormann,
Referat Allgemeine Gesundheitspolitik,
Gesundheitsberichterstattung

Verfasser: Katholische Fachhochschule Mainz

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Landesregierung Rheinland-Pfalz herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch Wahlbewerberinnen und –bewerbern oder Wahlhelferinnen und –helfern im Zeitraum von sechs Monaten vor einer Wahl zum Zweck der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Kommunal-, Landtags-, Bundestags- und Europawahlen. Missbräuchlich ist während dieser Zeit insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zu Gunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden.