

Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes unter Beachtung weiterer Berufsgruppen

- Bericht des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) -

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

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

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

Düsseldorf, im Mai 2010

1 Problemaufriss

Die Situation im Pflegedienst der Krankenhäuser hat sich seit Mitte der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts wesentlich verändert. Seit 1995 wurden in den deutschen Krankenhäusern mehr als 50.000 Pflegestellen bzw. rund 15% des Pflegepersonals abgebaut. Gab es 1995 noch gut 350.000 Pflegevollkräfte, so waren es 2007 nur noch knapp 298.000. Der Abbau der Stellen ist vor allen Dingen bei jüngeren Mitarbeitern umgesetzt worden, so dass sich der Anteil der älteren Pflegekräfte deutlich erhöht hat. Aufgrund der Alterung der Pflegekräfte ist in Zukunft mit einem stärkeren Ersatzbedarf zu rechnen

Im gleichen Zeitraum nahm die Zahl der stationären Fälle von 15,9 auf 17,2 Millionen Fälle zu (+ 8%). Hierbei verschob sich die Altersstruktur der stationär behandelten Patienten merklich auf die Altersgruppen ab 65 Jahren, die häufig durch Multimorbidität und chronische Erkrankungen gekennzeichnet sind. Diese Entwicklung wird sich gemäß den vorliegenden Bevölkerungs- und Fallzahlprognosen weiter fortsetzen.

Die zunehmende Alterung der Bevölkerung wird zu einem höheren Bedarf an Pflegekräften führen. Während der Bedarf somit zunehmen wird, wird es zunehmend schwieriger, die erforderlichen Stellen im Pflegebereich mit qualifiziertem Personal zu besetzen.

Der im April 2009 durchgeführte „Zweite Pflegegipfel“ im Bundesministerium für Gesundheit hat das Problem erkannt und u.a. folgende Lösungsmöglichkeit aufgezeigt: „Für eine gute Patientenbetreuung ist eine verbesserte Zusammenarbeit der Berufsgruppen im Krankenhaus im Sinne eines kollegialen Miteinanders unverzichtbar. Neben der Ausschöpfung von Möglichkeiten der Delegation soll die Entwicklung und Erprobung sinnvoller neuer Arbeitsteilungen durch die Neuordnung von Aufgaben gestärkt werden.“¹

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

Die DKI-Studie „Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes“ hat das Delegationspotential des Ärztlichen Dienstes aufgezeigt, in dem Tätigkeiten benannt wurden,

¹ Zweiter Pflegegipfel im Bundesministerium für Gesundheit: Handlungsempfehlungen zur Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe und zur Erhöhung ihrer Perspektiven im Krankenhaus, Berlin 2009.

die vom ärztlichen auf den pflegerischen Bereich übertragen werden können. Es wurde aber auch die Beachtung der so genannten Kaskadeneffekte angemahnt, also die Berücksichtigung der Belastungen der Pflege und die Entlastungen der Pflege von Tätigkeiten.

Vor diesem Hintergrund hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft das Deutsche Krankenhausinstitut 2008 mit der Durchführung einer Studie zur „Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes unter Beachtung weiterer Berufsgruppen“ beauftragt.

Wesentliches Ziel dieser Studie ist das Aufzeigen von Entlastungspotentialen im Pflegebereich.

2 Ist-Analyse der delegationsfähigen Tätigkeiten

Ein Schwerpunkt der vorliegenden Studie liegt in der Ist-Analyse der delegationsfähigen Tätigkeiten.

In vielen Krankenhäusern werden patientenferne Tätigkeiten wie z.B. Hol- und Bringendienste häufig schon von Mitarbeitern übernommen, die nicht dem Pflegedienst angehören.

Zunehmend wird in den Krankenhäusern aber auch über die Übertragung von patientennahen Tätigkeiten auf anders qualifiziertes Personal diskutiert, also von Tätigkeiten, die die Anwesenheit oder die Teilnahme des Patienten, seine Information oder die Kommunikation mit ihm voraussetzen.

Im Rahmen einer empirischen Erhebung, an der sich 421 Krankenhäuser beteiligt haben, wurden die Pflegedienstleitungen nach delegationsfähigen Tätigkeiten vor allem im „grundpflegerischen“ Bereich befragt. Anhand von vorgegebenen Tätigkeitskatalogen sollten die Pflegedienstleitungen angeben, ob Tätigkeiten übertragbar sind und welche Qualifikationen vorliegen müssen, um sie zu übernehmen.

Bei der Auswertung der Erhebung wurde sehr konservativ vorgegangen. Es wurden nur die die Tätigkeiten und Verrichtungen in den weiteren Verlauf der Studie einbezogen, bei denen mindestens 75% der Pflegedienstleitungen eine Delegationsmöglichkeit sehen.

Betrachtet man zusammenfassend die Antworten, so lässt sich feststellen, dass einfachere Tätigkeiten bzw. patientennahe Hilfstätigkeiten als durchaus übertragbar angesehen werden. Dies gilt insbesondere dann, wenn keine spezifische pflegerische Kompetenz von der Übertragung betroffen ist.

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

Damit liegt ein Katalog von Tätigkeiten vor, der von der überwiegenden Mehrzahl der befragten Pflegedienstleitungen als delegationsfähig eingestuft wird. Auch wenn die Pflegedienstleitungen jeweils nur nach einzelnen übertragbaren Verrichtungen gefragt wurden, geht es bei der Übertragung von Aufgaben des Pflegedienstes keineswegs lediglich um eine veränderte Aufgabenzuordnung von *einzelnen* Tätigkeiten. Eine solche Vorgehensweise geht von einem zu vereinfachten Bild der Pflgetätigkeit aus und würde viel zu kurz greifen.

Die Ermittlung von einzelnen delegationsfähigen Tätigkeiten stellt nur den Ausgangs- und nicht den Endpunkt für die weitere Untersuchung dar. Natürlich ist es wichtig zu wissen, was an anders qualifizierte Mitarbeiter übertragen werden kann. Dieses Wissen allein hilft aber nicht viel, wenn man nicht die Rahmenbedingungen, die Prozesse und die daraus folgenden organisatorischen Aspekte beachtet.

3 Rahmenbedingungen für die Übertragung von Aufgaben

Inwieweit Einzeltätigkeiten tatsächlich übertragbar sind, hängt von den konkreten Gegebenheiten in jedem einzelnen Krankenhaus ab. Dazu sind die jeweiligen Rahmenbedingungen zu betrachten. Näher betrachtet und ausgeleuchtet wurden die Rahmenbedingungen „Schichtstärke“, „bauliche Struktur“, „Patientenklientel“ sowie „Größe der Station“.

4 Vorgehensweise bei der Neuordnung von Tätigkeiten

Es wird nur ganz wenige einzelne Tätigkeiten geben, die inhaltlich, zeitlich und auch ökonomisch ausreichend umfangreich sind, um sie an anders qualifizierte Kräfte zu delegieren. Für die meisten einzelnen Verrichtungen dürfte gelten, dass sie mit anderen

Tätigkeiten zu einem Aufgabenfeld kombiniert werden müssen. Letztlich geht es darum, sinnvolle Kombinationen aus einzelnen Tätigkeiten zu schaffen.

Von den einzelnen Tätigkeiten zu Aufgabenfeldern

Die Forderung nach sinnvollen Kombinationen von Tätigkeiten hat dabei mehrere Dimensionen:

- inhaltliche Dimension

Bei der inhaltlichen Dimension geht es darum, welche Tätigkeiten oder Verrichtungen übertragen werden können. Es geht um die Zusammenfassung von Tätigkeiten zu einem Aufgabenfeld. Berücksichtigt werden muss z.B., ob es überhaupt Personen gibt, die die Anforderungen zur Erfüllung des Aufgabenfeldes erfüllen können. Um es überspitzt zu formulieren: Die Fachkraft für Alles, die jederzeit einsatzbereit ist und für einen Gotteslohn arbeitet, dürfte heute schwer zu finden sein.

Die inhaltliche Dimension ist aber nicht nur für die Gestaltung eines Aufgabenfeldes für die neuen Mitarbeiter wichtig. Je nach Ausprägung werden sich Rückwirkungen auch auf die vorhandenen examinierten Pflegekräfte ergeben. Damit unerwünschte Rückwirkungen ausbleiben, muss sorgfältig betrachtet werden, wie sich Prozesse ändern.

- zeitliche Dimension

Bei der zeitlichen Dimension sind mehrere unterschiedliche Teilbereiche von Relevanz. So muss geklärt werden, welche Tätigkeiten wann ausgeführt werden müssen. Weiterhin muss deutlich werden, ob es sich um zeitlich fest definierte Tätigkeiten, (relativ) frei einzuteilende Tätigkeiten oder wiederkehrende Tätigkeiten handelt. Schließlich muss geklärt werden, wer diese Tätigkeiten im Spätdienst oder am Wochenende übernimmt.

- qualifikatorische Dimension

Die Qualität der Patientenversorgung darf durch eine Übertragung von Tätigkeiten nicht vermindert werden. Damit dies nicht geschieht, ist ein Hauptaugenmerk auf die Qualifikation der Mitarbeiter zu legen, die Aufgaben aus dem pflegerischen Bereich übernehmen sollen.

Je nach formeller und materieller Qualifikation der Mitarbeiter und dem Aufgabenfeld, welches übernommen werden soll, wird eine Anpassung der Qualifikation der Mitarbeiter erforderlich sein. Mitarbeiter, die ausschließlich im Bereich der Ver- und Entsorgung tätig

sein sollen, werden eine andere Qualifikation benötigen, als die Mitarbeiter, die patientennahe Tätigkeiten erbringen sollen.

Bei der Übertragung dieser Tätigkeiten auf anders qualifiziertes Personal darf ein gewisser Standard nicht unterschritten werden. Eine Verpflichtung, einen Standard einzuhalten, kann sich aufgrund von haftungs- oder berufsrechtlichen Regelungen ergeben. Dies ist der Fall bei patientennahen Tätigkeiten. Insoweit ist besonderes Augenmerk auf die Tätigkeiten zu richten, bei denen es zu einer Gefährdung des Patienten kommen könnte. Hierzu zählen beispielsweise alle Tätigkeiten im Bereich der so genannten grundpflegerischen Versorgung.

- ökonomische Dimension

Die Übertragung von Tätigkeiten an anders qualifiziertes Personal hat selbstverständlich auch eine ökonomische Dimension. „Es ist legitim, Leistungen, die von anders qualifizierten Mitarbeitern ausgeführt werden können, an diese zu übertragen und mit einem geringeren Entgelt zu vergüten.“²

Die möglichen Einsparungen über die Lohndifferenz zwischen examinieren Pflegekräften und anders qualifizierten Mitarbeitern stellen aber nur einen Aspekt der ökonomischen Dimension dar. Ein weiterer entscheidender Aspekt sind die im Zuge der Neuordnung von Tätigkeiten veränderten Prozesse und Zuordnungen.

Je nach Ausgangslage und Ausgestaltung der Veränderungen, kann davon ausgegangen werden, dass das Entlastungspotential hoch bis sehr hoch ist. Je stärker bislang schlecht strukturierte Prozesse verändert und verbessert werden, desto höher werden die Einsparungen sein. Wenn sich die Neuordnung von Tätigkeiten lediglich auf den Einsatz kostengünstigerer Kräfte reduziert, wird es nicht zu der Kostensenkung kommen, die erwartbar sind, wenn auch Prozesse reorganisiert werden.

Die genannten Dimensionen für die Gestaltung sinnvoller Aufgabenkombinationen kann man in der Krankenhauspraxis nicht isoliert betrachten, da sie wechselseitig voneinander abhängig sind. Darüber hinaus finden sich immer Bezugspunkte zu Gestaltung von Prozessen.

² Verband der PflegedirektorInnen der Unikliniken: Leitfaden Servicekräfte, Münster 2009, S.8.

Prozessanalyse

Die Optimierung der Prozesse stellt der Dreh- und Angelpunkt der Neuordnung von Aufgaben dar. Letztlich geht es bei der Übertragung von Aufgaben des Pflegedienstes immer um eine Veränderung von Prozessen.

Eine Prozessanalyse sollte auf jeden Fall einer Neuordnung von Tätigkeiten vorangehen. Ergebnis muss die Festlegung von fachlichen und dienstrechtlichen Kompetenzen sein. Besonderes Augenmerk ist auf stationsinterne und stationsübergreifende Schnittstellen zu legen. Jede Schnittstelle sorgt für einen erhöhten Abstimmungs- und Kommunikationsbedarf. Bei einer Neuordnung von Tätigkeiten mit einer Übertragung von Aufgaben muss daher sorgfältig überlegt werden, wie diese in die Ablauforganisation einzupassen ist.

Im Rahmen von Schnittstellenanalysen sind auch die Arbeitsverteilung und die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen einer Station zu thematisieren. Insofern ist die Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes kein Bereich, der ausschließlich den Pflegedienst betrifft. Auch die anderen Mitglieder des therapeutischen Teams sind hier beteiligt. Auch deren Tätigkeit muss analysiert werden. Auch deren Einbindung in die relevanten Prozesse ist zu betrachten.

Da die Neuordnung von Aufgaben nicht nur stationsinterne Tätigkeiten betrifft, muss die gesamte Prozesskette betrachtet werden. Funktionsabteilungen und die nicht-medizinischen Bereiche des Krankenhauses sind ggf. einzubinden.

5 Organisatorische Aspekte

Die Optimierung der Prozesse lässt sich nicht trennen von der Frage, wie der Prozess organisiert werden soll. Ablauf- und Aufbauorganisation sind in engster Weise miteinander verbunden.

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

Durch die Prozessanalyse wurden die Ist-Prozesse mit all ihren Facetten beleuchtet. Eine Optimierung der Prozesse setzt die Standardisierung von Abläufen und Entscheidungen

voraus. In weiten Teilen stellt das nichts grundlegend Neues für die Krankenhäuser dar. Durch die Einführung von Pflegestandards oder medizinischen Behandlungspfaden sind Standardisierungen auch im medizinisch-pflegerischen Bereich wirksam.

Standardisiert werden müssen vor allem Verantwortlichkeiten. Es muss eindeutig und klar und verbindlich festgelegt werden, wer welche Tätigkeiten übernimmt. Diskussionen über unklare Zuordnungen von Tätigkeiten sind insofern ein Indiz für einen anzugehenden Verbesserungsprozess.

Weiterhin müssen die Prozesse in der Art und Weise definiert sein, dass klar, eindeutig und verbindlich geklärt ist, wie und in welcher Form bestimmte Tätigkeiten zu erledigen sind. Für die wichtigen Aufgaben und Verrichtungen müssen Standards vorgegeben werden, an die sich die Mitarbeiter zu halten haben.

Ein wichtiger Punkt stellen Vertretungsregelungen dar. Es müssen eindeutige und klare und verbindliche Regelungen vorliegen, wer wen zu vertreten hat. Ein Ausfall von Mitarbeitern darf nicht den Ausfall von notwendigen Tätigkeiten zur Folge haben.

Wer über die Übertragung von Aufgaben des Pflegedienstes nachdenkt, muss sich auch darüber Gedanken machen, wie die examinierten Pflegekräfte in Zukunft arbeiten sollen. Ein wesentliches Ziel der Neuordnung von Aufgaben stellt die Konzentration auf die Kernkompetenzen der Pflegekräfte dar. Für die examinierten Pflegekräfte bedeutet das eine Fokussierung auf die Tätigkeiten, weswegen sie diesen Beruf ergriffen haben. Die Arbeits- und Berufszufriedenheit wird dadurch steigen. Die Möglichkeiten zur fachlichen Weiterqualifizierung werden gleichfalls steigen. Die Organisation der Pflegetätigkeit auf Station wird sich dem anzupassen haben.

Die ohne Zweifel großen fachlichen Kompetenzen werden durch eine Entlastung von geringer qualifizierten Tätigkeiten stärker zur Geltung kommen können. Dazu werden aber auch stärker als bislang organisatorische Kompetenzen hinzukommen. Es wird zu einer Zunahme der Führungskompetenzen kommen. Die bislang schon vorhandene Führungsverantwortung für Schüler, Zivildienstleistende und Praktikanten wird sich auch auf anders qualifizierte Mitarbeiter erstrecken.

Eine wesentliche Schlussfolgerung der hier vorliegenden Studie ist damit, dass die Organisations-, Führungs- und Prozessverantwortung des Pflegedienstes im Rahmen der Neuordnung von Aufgaben deutlich zunehmen wird.

Eine weitere wichtige Schlussfolgerung besteht in der Beachtung der so genannten Kaskadeneffekte. Im Rahmen der DKI-Studie „Neuordnung ärztlicher Tätigkeiten“ wurde die Übertragung von ärztlichen Aufgaben an den Pflegedienst ausführlich diskutiert. Bei einer solchen Übertragung muss die Arbeitsbelastung sowohl der Ärzte als auch der Pflegekräfte berücksichtigt werden.

Ein weiterer Kaskadeneffekt ergibt sich, wenn von den Pflegekräften ihrerseits Tätigkeiten beispielsweise auf Service- oder Pflegeassistenten übertragen werden. Die examinierten Pflegekräfte werden damit von einfachen Tätigkeiten entlastet und könnten die Aufgaben aus dem bisherigen ärztlichen Bereich übernehmen.

Die Neuordnung von Aufgaben erschöpft sich somit nicht nur auf den Ärztlichen Dienst oder nur auf den Pflegedienst. Es muss die gesamte Prozesskette betrachtet werden. Durch die Beachtung der Kaskadeneffekte kann eine Entlastung der Ärzte und der Pflegekräfte gleichermaßen erfolgen.