

Schwerpunkt: Wandel des Gesundheitswesens und Aufgabenfelder der Pflege

Renate Stemmer, Hans Böhme

Aufgabenverteilung im Krankenhaus der Zukunft

Einige Aussagen eines Gutachtens für das Sozialministerium Rheinland-Pfalz

Task distribution in a future hospital. Some statements of an expertise for the Ministry of Social Affairs of Rhineland-Palatinate

The necessity for a new arrangement of duties and responsibility in health care is bringing about a change in self-conception of nursing both due to the facing of new problems within advanced nursing practise and the incremental differentiation of the qualification levels. Recent research into advanced nursing practice showed encouraging results. In contrast the use of health care assistants in nursing is a challenge.

The overall course of treatment is subject to medical responsibility, but this does not imply a dependency on medical stimulus for any single activity. There is some degree of autonomy for the other professionals in their fields.

Keywords

self-conception of nursing, advanced practice nursing, health care assistants, professional regulations, liability law

Die anstehende Neuverteilung von Aufgaben im Gesundheitswesen führt zu einer Veränderung des pflegerischen Selbstverständnisses sowohl durch Übernahme von Aufgaben im Sinne einer erweiterten Pflegepraxis als auch durch eine Differenzierung innerhalb der Gruppe der Pflegenden. Studien zur erweiterten Pflegepraxis kommen zu ermutigenden Ergebnissen. Der Einsatz von Assistenzpersonen im pflegerischen oder pflegenahen Bereich erweist sich dagegen als Herausforderung.

Der Behandlungsablauf steht unter ärztlich-fachlicher Gesamtverantwortung. Damit ist aber nicht gemeint, dass jedwede Handlung von ärztlichen Einzelimpulsen abhängig ist.

Schwerpunkt

Pflege & Gesellschaft 13. Jg. 2008 H.3

Es gibt zwar keine Arztfreiheit im Krankenhaus, aber durchaus eine relative Autonomie anderer Arbeitsbereiche.

Schlüsselwörter

Pflegerisches Selbstverständnis, erweiterte Pflegepraxis, Assistenzpersonen in der Pflege, Berufsrecht, Haftungsrecht

1. Einleitung

Der folgende Beitrag beruht auf einem Gutachten, das im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz von den AutorInnen gemeinsam mit Prof. Manfred Haubrock, Fachhochschule Osnabrück, erstellt wurde.¹

Die aktuellen Herausforderungen im Gesundheitswesen betreffen alle Bereiche der Pflege und Versorgung gleichermaßen. Wenn im Folgenden die Krankenhaussituation diskutiert wird, impliziert dies nicht, dass der Innovationsbedarf in der primären Gesundheitsversorgung geringer ist.

Angestoßen durch hohen wirtschaftlichen Druck befinden sich die Krankenhäuser derzeit in einem massiven Umbruch. Neben den ökonomischen Bedingungen wirken sich die Veränderung der Patientenstruktur in Richtung auf zunehmende Schwere des Behandlungs- und Pflegebedarfes sowie die Schwierigkeiten einiger Krankenhäuser, geeignetes medizinisches Personal zu rekrutieren, erschwerend auf die Situation aus. Allorts wird nach Lösungen gesucht, um diesen Herausforderungen zu begegnen.

Diskutiert wird nicht zuletzt ein evtl. Einsparungs- und Qualitätssicherungspotential im Bereich des Personaleinsatzes. Als Ansatzpunkt wird eine Neuverteilung der Aufgaben im Gesundheitswesen gefordert (SVR 2007).

2. Methodisches Vorgehen

In Anlehnung an internationale Vorgaben für die Entwicklung von Leitlinien (Sacco et al. 2006; Coudeyre et al. 2007) wurden zur Erstellung des rheinland-pfälzischen Gutachtens neben einer ausführlichen Literaturrecherche auch Einschätzungen von ExpertInnen miteinbezogen. Als ExpertInnen waren Mitglieder des Sozialministeriums Rheinland-Pfalz, des Dachverbandes der Pflegeorganisation Rheinland-Pfalz, des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen/Arbeiter-Ersatzkassen-Verband – Landesvertretung Rheinland-Pfalz, der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz e.V. sowie der Deutschen Caritasgemeinschaft beteiligt. Des Weiteren wurde der in den Vorgaben zur Leitlinienentwicklung verankerten Forderung nach Multidisziplinarität Rechnung getragen. Einerseits vertrat das Gutachterteam die pflegewissenschaftliche, die betriebswissenschaftliche sowie die juristische Perspektive. Andererseits setzte sich das

¹ Das Gutachten kann beim Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz, Abteilung Gesundheit angefordert werden.

Expertengremium aus VertreterInnen des Pflegemanagement, der Pflegepolitik, der Krankenhauspolitik sowie der Perspektive der Kostenträger zusammen.

Die Aufgabe des Gutachtens war es, zu zukünftigen Handlungsfeldern in der Krankenhauspflege Stellung zu beziehen. Die Prognose der zukünftigen Entwicklung stützt sich neben den Einschätzungen der im Pflege thermometer 2007 befragten Personen (dip 2007) auf die Daten des deutschen Krankenhausinstitutes (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 in den Datenbanken Medline, der Cochrane Library, der Datenbank ‚Gerontologische Literatur‘ (GeroLit) sowie im Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL) durchgeführt. Darüber hinaus wurden auch die bei dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) frei zugänglichen Verlagsdatenbanken in die Nachforschungen einbezogen. Die Datenbankenrecherche wurde ergänzt durch Handsuche sowie durch die Suche nach dem Schneeballsystem.

3. Zur Bedeutung der Umverteilung der Arbeit

Der Neuzuschnitt der Handlungsfelder in der Pflege berührt das Selbstverständnis der Pflegeberufe. In einer aktuellen Definition betont der International Council of Nurses (ICN) heute neben inhaltlichen Eckpunkten auch den Zuständigkeitsbereich der professionellen Pflegefachpersonen und differenziert nach 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).

Diese 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. So intendiert die diskutierte Übertragung von Aufgabenkomplexen aus dem medizinischen in den pflegerischen Zuständigkeitsbereich nicht eine Transformation von Pflegenden in ‚kleine MedizinerInnen‘, stattdessen geht es um eine Erweiterung des Kompetenz- und Entscheidungsspielraums innerhalb des Feldes der Pflege.

Schwerpunkt

Pflege & Gesellschaft 13. Jg. 2008 H.3

Nicht allein die sich verändernden Zuständigkeits- und Verantwortungsbereiche werden das Rollenverständnis der Pflege beeinflussen. Die sich abzeichnende Differenzierung im Innenraum der Pflege, die bedingt ist durch eine Erweiterung der Qualifikationsstufen, wird ebenfalls zu einer Veränderung des Selbstverständnisses führen. Wenn in Zukunft von ‚PflegerInnen‘ gesprochen wird, kann damit ein sehr unterschiedliches Qualifikations-, Aufgaben- und Zuständigkeitsprofil verbunden sein.

In der Diskussion um die Neuverteilung der Arbeit im Gesundheitswesen kann unterschieden werden nach einer Neuzuteilung von Einzeltätigkeiten und einer Übertragung von Aufgaben bzw. Aufgabenkomplexen. ‚Aufgaben‘ sind charakterisiert durch sinnhafte Arbeitszusammenhänge, die vollständige Handlungen (definiert durch Zielsetzung, Planung, Durchführung und Evaluation umfassen (Hacker 2005). ‚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.

Ein Beispiel für die segmentierende Herangehensweise stellt der aktuelle Bericht des Deutschen Krankenhausinstitutes dar, in dem in langen Listen Einzeltätigkeiten ohne Kontextbezug unterschiedlichen Berufsgruppen zugewiesen werden (Offermanns & Bergmann 2008). Oft ist mit diesem Zugang die Aussage verbunden, dass die aufgelisteten Tätigkeiten delegiert werden können und müssen.

Dem gegenüber steht die Forderung, zur Sicherstellung einer effektiven und effizienten Patientenversorgung umfassendere Umstrukturierungen vorzunehmen. Statt der Delegation einzelner Handlungsschritte wird die Übertragung von Aufgabenkomplexen gefordert. Denn deren Zergliederung schafft zusätzliche Schnittstellen u.a. verbunden mit der Gefahr des Informationsverlustes und zusätzlicher Störungen im Prozessablauf.

4. Zentrale Aufgaben im Krankenhaus der Zukunft

4.1 Der organisatorische Fokus

Veränderungserfordernisse im Krankenhaus betreffen eine Bandbreite an Maßnahmen. Keinesfalls ist eine isolierte Umverteilung von Arbeitselementen sinnvoll. Maßstab muss eine patientenorientierte Behandlung und Pflege sein. Übersetzt in Managementkonzepte bedeutet dies, die Leistungsbereitstellung im Krankenhaus unter den Aspekten Qualitätsmanagement, Risikomanagement und Case Management neu zu fokussieren (Haubrock 2008).

Die zentrale Aufgabe im Krankenhaus der Zukunft ist die gezielte Unterstützung der Prozessverläufe. Die Organisation eines Krankenhauses erfolgt traditionell aus funktions- bzw. abteilungsbezogener Sicht und weniger orientiert an dem eigentlichen Behandlungsprozess. Zur Verbesserung der Prozessabläufe bedarf es eines zentralen Versorgungsmanagements, das die Leistungen aller Berufsgruppen im Blick hat. Die Berufsgruppe der PflegerInnen bietet sich zur Übernahme dieser Funktion an, da sie

auch heute schon einen beachtlichen Umfang an Koordinationsleistungen erbringt (Dahlgaard et al. 2007). Um diese Aufgabe erfolgreich bewältigen zu können, bedarf es allerdings der Ausstattung mit entsprechenden Entscheidungs- und Handlungskompetenzen.

Als weiteres Instrument zur Unterstützung der Prozessabläufe gilt das Case Management. Das übergeordnete Ziel von Case Management besteht darin, eine verbesserte Versorgungsqualität bei bestmöglichem Einsatz der zur Verfügung stehenden Ressourcen zu erreichen. Case Management setzt auf zwei Ebenen an: der Systemebene und der Patientenebene. Im Krankenhaus bedeutet das, dass auf der Systemebene Case ManagerInnen zuständig sind für das Controlling des DRG-gerechten Ressourceneinsatzes. Auf der Patientenebene geht es um die individuenbezogene Steuerung des Behandlungs- und Pflegeprozesses.

Die Zuweisung der Prozesssteuerung zu einem expliziten Ansprechpartner aus der Berufsgruppe der Pflegenden bedarf der organisatorischen Umsetzung. Hier bietet sich das System des Primary Nursing an.

Eine Schwachstelle effektiven Prozessmanagements besteht in der oft nicht optimalen Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen im Krankenhaus, insbesondere zwischen Pflegenden und ÄrztInnen. Zahlreiche Studien belegen die positiven Effekte von Standards, Leitlinien und Behandlungspfaden zur Unterstützung der Abstimmung der einzelnen Schritte im Prozessablauf (Smith & Hillner 2001).

Zu den Maßnahmen, die kurzfristig auch im deutschen System der Prozessbeschleunigung dienen können, gehört die Erweiterung von Entscheidungs- und Handlungsspielräumen für Pflegefachpersonen.

Wenn beispielsweise im Rahmen der postoperativen Überwachung Pflegenden selbstständig den Überwachungsmodus einschließlich der Bewertung von Labordaten und gegebenenfalls Anordnung von Laborkontrollen entscheiden können, bedeutet dies einerseits eine Entlastung des ärztlichen Personals von Routinetätigkeiten und andererseits eine Reduktion unnötiger Telefonate und Wartezeiten. Vor diesem Hintergrund könnte es sinnvoll sein Pflegenden Entscheidungs- und Handlungsspielräume unter anderem zu Aspekten des Schmerzmanagements, zum Wundmanagement oder zur Weiterbehandlung von PatientInnen mit bekanntem Diabetes mellitus einzuräumen (Stratmeyer 2007).

Eine Verbesserung der Prozessabläufe schließt die Einbeziehung vor- und nachsorgender Strukturen mit ein. Dies ist seit langem bekannt. Da verwundert es, dass in einer repräsentativen Umfrage fünf Jahre nach Einführung des Expertenstandards zum Entlassungsmanagement noch immer 45,5% der Krankenhäuser angeben, keinerlei schriftliche Standards zum Entlassungsmanagement zu haben (Blum et al. 2007).

So ist zu begrüßen, dass das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WASG 2007) die Leistungserbringer im Zuständigkeitsbereich des SGB V verpflichtet, ein Entlassungsmanagement anzubieten.

4.2 Der pflegeinhaltliche Fokus

Behandlung und Pflege haben zielgerichtet zu erfolgen. Das Handeln in der Krankenhauspflege ist als Minimalstandard auszurichten auf die Prävention von Komplikationen sowie die Vorbereitung auf die Entlassung (Bartholomeyczik 2007). Das Erkennen potentieller Gefährdungen oder Hindernisse für eine Entlassung setzt in einem ersten Schritt die Durchführung eines gezielten Assessments voraus. Als vorteilhaft erweist sich ein multiprofessionell durchgeführtes Assessment, da über diesen Weg einerseits Doppelungen vermieden und zugleich Vollständigkeit bei der Datenerhebung hergestellt werden kann (Spirig et al. 2007).

Die Entscheidung, welche Berufsgruppe welche Aspekte des Assessments und der Diagnostik übernimmt, steht neu zur Disposition. Hier könnte es im Sinne der von dem Sachverständigenrat angesprochenen Poolkompetenz (SVR 2007) zu einer Überlappung von pflegerischen und medizinischen Handlungskompetenzen kommen. Dazu ist es erforderlich, dass Pflegenden über Gespräch und Beobachtung hinaus auch körperliche Untersuchungen durchführen, um zu relevanten Daten zu kommen. Dieser Kompetenzbereich muss von Pflegenden allerdings noch stärker entwickelt werden (Lindpaintner 2007; Jarvis 2004).

Die Auswertung der Assessmentdaten z.B. in einer Diagnose bildet das Fundament für Handlungsentscheidungen. Anzustreben ist ein evidenzbasiertes Handeln in der Pflege.

Trotz gesetzlicher Verpflichtung zu einer Leistungserbringung, die dem jeweiligen wissenschaftlichen Stand entspricht (Sozialgesetzbuch V 2004), werden Ergebnisse der Pflegeforschung allerdings vielerorts nicht ausreichend genutzt.

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 sechs Expertenstandards getestet und freigegeben. Weitere befinden sich im Stadium der Entwicklung (Stand: Mai 2008). Diese Expertenstandards identifizieren zum einen ein evidenzbasiertes Qualitätsniveau, zum anderen lassen sie für die Umsetzung einen Spielraum entsprechend der Bedingungen einer Institution (DNQP 2007).

Zur Bewertung des Handlungserfolges muss als letzten Schritt des Handlungsprozesses die Evaluation vorzugsweise unter Einsatz standardisierter Instrumente erfolgen. Standardisierte Daten ermöglichen den Vergleich auf der Grundlage einer großen Fallzahl. 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).

In inhaltlicher Hinsicht muss der zu erwartenden Zunahme älterer PatientInnen im Krankenhaus Rechnung getragen werden. Der für das Jahr 2010 prognostizierte Anteil der älteren PatientInnen im Krankenhaus liegt bei 49,9% (Offermanns & Müller 2007). Hieraus ergibt sich die Aufgabe einer fokussierten Einschätzung der älteren Pa-

tientInnen, um die Gefahr des Verlustes funktionaler Fähigkeiten zu erkennen und präventive Maßnahmen gezielt einsetzen zu können. Im Gegensatz zum angloamerikanischen Raum (Inouye et al. 2000; Counsell et al. 2000) werden in deutschen Akutkrankenhäusern bislang keine Programme auf einer Normalstation eingesetzt, die darauf abzielen, den besonderen Bedürfnissen älterer PatientInnen gerecht zu werden.

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. 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 et al. 2003; Langewitz et al. 2006).

4.3 Interprofessionelle Zusammenarbeit

Die zunehmende Ausdifferenzierung der Aufgabenzuordnung auf Angehörige verschiedener (Berufs-)gruppen lenkt den Blick auf die Art und Weise der Zusammenarbeit und die erforderlichen Abstimmungsprozesse. Bedingt durch unterschiedliche Wertsetzungen und Wahrnehmungen bei der Patientenversorgung kommt es bislang insbesondere zwischen Angehörigen der ärztlichen Berufe einerseits und der pflegerischen Berufe andererseits immer wieder zu unterschiedlichen Einschätzungen und damit verbunden zu negativen Auswirkungen auf die Qualität und Effizienz der Patientenversorgung (Baggs et al. 1999; Lecher et al. 2002; Zwarenstein & Bryant 2000).

Im Stationsalltag führen Kommunikationsmängel und unbefriedigende Arbeitsabläufe zu interprofessionellen Konflikten. Bei der Suche nach Lösungsansätzen wurden a) institutionalisierte Formen der Kommunikation und b) Schaffung von Gelegenheiten zur direkten Absprache erprobt. Regelmäßige, gemeinsam durchgeführte Visiten ermöglichen eine enge patientenbezogene Abstimmung. Dieses Vorgehen, so das Ergebnis eines Cochrane-Reviews, führt zu einer Verbesserung der Prozessverläufe, einer Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit und ebenfalls zu moderaten positiven Auswirkungen auf Verweildauer und Kosten (Zwarenstein & Bryant 2000).

Standards, Leitlinien bzw. Behandlungspfade haben sich bewährt, um diagnosebezogene oder aufgabenbezogene Abstimmungsprozesse zu formalisieren und zu erleichtern. Dieses Potential wird allerdings nur wirksam, wenn diese Instrumente nicht nur formal als implementiert gelten, sondern auch wie geplant umgesetzt werden (Calpin-Davies & Akehurst 1999).

5. Neue Aufgabenfelder und -zuschnitte

Zu klären ist, wie die Zuständigkeiten zwischen den Beteiligten verteilt werden sollen und wie das optimale quantitative und qualitative Verhältnis zwischen den an der Behandlung und Pflege beteiligten Personen aussieht.

5.1 Möglichkeiten der erweiterten Pflegepraxis im Krankenhaus

Die Frage nach einer Neuzuteilung der Aufgaben im Schnittstellenbereich zwischen Pflege und Medizin setzt entsprechende Qualifikationen voraus. Im internationalen Raum werden in diesen Handlungsfeldern meist so genannten Advanced Practice Nurses (APN) eingesetzt. 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“ (ICN 2005).

Mit dem Begriff der ‚Advanced Practice Nurse‘ sind eine Vielzahl an Rollen und Aufgaben angesprochen. Übereinstimmung besteht, dass die notwendige Qualifikation zur Erfüllung dieser Aufgabenfelder über ein Erststudium hinausgehen muss und auf Master- oder Doktors-Ebene zu erfolgen hat (MacDonald et al. 2006; Furlong & Smith 2005; Gardner et al. 2007). Charakteristika dieser im deutschen als ‚erweiterte Pflegepraxis‘ zu bezeichnenden Handlungsweise sind die Integration und Anwendung eines breiten theoretischen und evidenzgeleiteten Wissens mit hoch entwickelten klinischen Fähigkeiten. Advanced Practice Nurses verfügen vielfach über einen größeren autonomen Entscheidungs- und Handlungsspielraum (Sachs 2007).

Zu den diagnostischen Arbeitsfeldern, in denen Advanced Practice Nurses im Krankenhaus im internationalen Raum eingesetzt werden, gehören u.a. die Krankenhausaufnahme, präoperative Assessments und Vorbereitungen und endoskopische Untersuchungen.

Verschiedene Studien zeigen, dass sich keine signifikanten Unterschiede bei der Qualität der Krankheitsanamnese und der körperlichen Untersuchung zwischen ärztlichem und entsprechend qualifiziertem pflegerischen Personal ergeben (Kinley et al. 2001; Stables et al. 2004; Varughese et al. 2006). Auch die Überprüfung der Durchführung gastrointestinaler Endoskopien durch qualifizierte Pflegenden zeigte keine signifikanten Unterschiede im Vergleich zu der Erbringung dieser Leistungen durch ärztliches Personal. Das Auftreten unerwünschter Ereignisse oder die Häufigkeit falsch negativer Befunde wichen kaum voneinander ab (Williams et al. 2006; Levinthal et al. 2003; Sidhu et al. 2007).

Bei den therapeutischen Interventionen von Advanced Practice Nurses sind eigenständige Interventionsprogramme zu nennen, die für spezifische Bedarfe gezielt entwickelt werden. Beispiele stellen die Implementierung und Steuerung spezifischer Programme für ältere PatientInnen in Akutkliniken (Inouye et al. 2000) oder der Einsatz gezielter Methoden bei Atemnot von PatientInnen mit Lungenkrebs dar (Frank et al. 2006).

Hierbei handelt es sich um neue Aufgabenbereiche, deren Relevanz bislang kaum wahrgenommen wurde.

In den Aufgabenbereich der Advanced Practice Nurse fällt auch das Symptommanagement.

Die Zuständigkeit von qualifizierten Pflegenden für Wundmanagement und Schmerzmanagement orientiert an definierten Standards ist auch in deutschen Krankenhäusern kein Tabu mehr. Hier ist zu überprüfen, inwieweit eine Übertragung von Verordnungskompetenz auf qualifizierte Pflegenden sowohl das Management der Symptome als auch die Prozessabläufe verbessert.

Untersucht wurde auch die Übernahme von Aufgaben durch Advanced Practice Nurses, die bislang in den medizinischen Bereich fallen wie die Führung der intraoperativen Anästhesie. Eine von Pine et al. durchgeführte Auswertung von 404194 Krankenakten fand keine signifikanten Unterschiede der Mortalitätsrate bei einem Vergleich der Durchführung der Anästhesie durch qualifiziertes pflegerisches oder medizinisches Personal (Pine et al. 2003).

Zum pflegerischen Selbstverständnis gehört die Berücksichtigung sozialer und physischer Bedürfnisse der PatientInnen. Hierauf könnte zurückzuführen sein, dass in zahlreichen Studien die Zufriedenheit der PatientInnen mit den Leistungen der erweiterten Pflegepraxis sehr hoch war (Frank et al. 2006; Davies et al. 2001; Stables et al. 2004).

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 Wundmanagement nur einen Teilbereich ärztlicher Tätigkeit ausmacht, spezialisieren sich Pflegefachpersonen auf einen solchen definierten Aufgabenkomplex.

5.2 Pflegeleistungen durch Assistenzpersonen

Die Diskussion um eine Neuverteilung der Handlungsfelder und Zuständigkeiten im Krankenhaus unterstellt nicht zuletzt aus Kostengründen, dass ein Teil der pflegerischen Tätigkeiten an Assistenzpersonen delegiert werden kann.

Die vorliegenden Studien diskutieren das quantitative Verhältnis von ausgebildeten Pflegenden zu Assistenzpersonen und untersuchen hiervon ausgehend die Patientenergebnisse. Die Frage, wozu die Durchführung spezifischer Pflegeaufgaben durch Assistenzpersonen führt, ist kaum untersucht.

Der britische National Health Service nennt Körperpflege und Ankleiden, Essen anreichen, Mithilfe bei der Mobilisation, Hilfe beim Toilettengang, Betten machen, Gewicht- und Vitalzeichenkontrolle als Aufgaben der Health Care Assistants (National Health Service 2007). Die New York State Nurses Association führt als Aufgabefelder zusätzlich noch die Mobilisation von PatientInnen in einen Stuhl oder Rollstuhl, Bewegungsübungen, Patientenbeobachtung inklusive Schmerzüberwachung und Flüssigkeitsbilanzierung an (Kleinman & Saccomano 2006). In Zeiten erhöhten Ar-

Schwerpunkt

Pflege & Gesellschaft 13. Jg. 2008 H.3

beitsaufkommens oder Unterbesetzung der ausgebildeten Pflegenden übernehmen Assistenzpersonen aber auch Aufgaben wie Blutabnahmen, Blutzuckermessungen, EKGs 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 Assistenzpersonen einen engeren Kontakt hatten als zu ausgebildeten Pflegefachpersonen (Spilsbury & Meyer 2004). Damit haben Assistenzpersonen Zugang zu wichtigen Informationen, die sie aber evtl. nicht richtig einschätzen können. Zudem sind sie nicht immer in die Patientendokumentation eingewiesen beziehungsweise nehmen nicht an Übergaben teil. Welche Informationen an die ausgebildeten Pflegefachpersonen weitergereicht werden, hängt dann stark von den persönlichen Beziehungen im Team ab. Der Verlust dieser Informationen kann aber die Sicherheit von PatientInnen gefährden (Keeney et al. 2005; Spilsbury & Meyer 2004).

Pflegefachpersonen müssen sich vor der Delegation von Tätigkeiten an Assistenzpersonen darüber vergewissern, dass diese zur Erbringung dieser Leistungen in der Lage sind. 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; Kleinman & Saccomano 2006; Keeney et al. 2005; Spilsbury & Meyer 2004).

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). Verbunden mit der beschriebenen Tendenz, in Zeiten der Personalknappheit an die Gruppe der AssistentInnen Tätigkeiten zu delegieren, die ihren Kompetenzbereich überschreiten, setzt hier eine Entwicklung ein, in deren Folge eine Schädigung von PatientInnen nicht mehr auszuschließen ist.

6. Aufgabenverteilung aus rechtswissenschaftlicher Sicht

6.1 Möglichkeiten und Grenzen der Übernahme ärztliche Aufgaben

6.1.1 Zu den Begrifflichkeiten

In Rechtsprechung und Literatur wird von Delegation gesprochen und eigentlich nur die Delegation diskutiert, die davon ausgeht, dass einer die Kernkompetenz hat und et-

was abgegeben 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.

6.1.2 Rechtspolitische Dimension

Interessanterweise werden die Fragen der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf andere Berufsgruppen durchweg an Konstellationen diskutiert, die in der Praxis gar nicht mehr vorliegen, denn wo ist ein Arzt noch ständig anwesend?

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 Richtern, bei den Rechtsanwälten und bei den Justitiaren unterschiedlich vorhanden. Selbst heute noch werden etliche Gesundheitsfachberufe nur als medizinisches Assistenzpersonal wahrgenommen und wird letztlich alles auf den Arzt abgestellt.

6.1.3 Das Heilpraktikergesetz

Die 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 Heiler 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 Rechtsprechungen aber nach dem 2. Weltkrieg bei der Auslegung des Heilpraktikergesetzes genau entgegengesetzt entschieden haben. Die Auswirkungen sind verblüffend, denn das ‚entnazifizierte‘ Heilpraktikergesetz in Verbindung mit der modernen Auslegung der Verwaltungsgerichte und des Bundesverfassungsgerichts führt zu einem eigenständigen Berufsrecht der Heilpraktiker. Nachdem der Heilpraktikerberuf anerkannt ist, erfolgt aber die gleiche Abschottungsmentalität wie bei Ärztefunktionen: Es ist dem Bundesverfassungsgericht zu verdanken, diese Abschottungsmentalität aufgebrochen zu haben, und zwar unter Hinweis auf Art. 12 Grundgesetz (Grundrecht auf freie Berufsausübung): Es gibt einen dritten Weg in der Gesundheitsversorgung, das Tätigwerden von Nichtärzten und Nichtmediziner, also Laien, die Geistheilen und ähnliche heilende Tätigkeiten wahrnehmen (Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 02.03.2004 - AZ: 1 BvR 784/03) (Dannecker 2008). Was für das Verhältnis Arzt – Heilpraktiker – Geistheiliger gilt, muss aber auch bei den anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen überdacht werden (Wolff 1989).

6.1.4 Die geltende Rechtslage

Wer sich mit den Schnittstellen zwischen ärztlicher Tätigkeit und anderen beruflichen Tätigkeiten bis hin zur Laienproblematik beschäftigt, muss feststellen, dass das juristische Problem eigentlich nicht gelöst ist, hingegen sich die Faktizität je nach Region, je nach Personen im Sinne einer „normativen Kraft des Faktisch“ (Niklas Luhmann) völlig unterschiedlich darstellt: Während es bei den Professionen eine Tendenz hin zur formalen Qualifikation gibt, pochen naturgemäß die ‚Quereinsteiger‘ und Personen, die die formalen Qualifikationsanforderungen nicht erfüllen, auf die materielle Qualifikation.

Die Kernfrage ist, ob durch die formale Qualifikation der Anspruch der Formalqualifizierten, dass sich damit auch die Gesundheitsleistungen verbessern würden, es den PatientInnen also besser gehe, verifiziert. Das ist aber nicht gesichert.

Immer wird auch auf die Gefahrgeeignetheit abgestellt. Was ist jetzt aber ‚gefährlich‘? Hierzu ein Beispiel: Es wird behauptet, dass die Erstgabe von Antibiotika nur in der Hand des ärztlichen Personals verbleiben dürfte, weil es zu Erstreaktionen kommen kann. Schon diese These ist absurd, weil Notfallmedizin nur ein gewisser Teil der ÄrztInnen überhaupt beherrscht. Hinzu kommt, dass es keine gesicherten Erkenntnisse gibt, dass die Erstgabe gefährlicher ist.

Dies ist übrigens auch der Hauptkritikpunkt an der Ampellösung von Roßbruch (2003), der eine Zuordnung zu grün, gelb und rot vornimmt, ohne dass aber die Zuordnungskriterien definiert sind, weil schlichtweg die Zuordnung aus dem hohlen Bauch erfolgt. Anstatt dass frau/man bei der haftungsrechtlichen Grundthese verbleibt, 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, gibt es völlig unterschiedliche Ergebnisse. Alleine die Zwischenfallhäufigkeit kann für die Zuordnung nicht ausreichen. Wissenschaftliche Belege für die Gefährdung der PatientInnen gibt es kaum.

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).

6.1.5 Die Krankenhausversorgung unter ärztlicher Leitung

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

Damit ist aber nicht gemeint, dass das gesamte Handlungsgeschehen von ärztlichen Einzelimpulsen abhängig ist, sondern dass das Krankenhausgeschehen im Rahmen des ärztlichen Behandlungsplans erfolgt. Damit gibt es zwar keine Arztfreiheit im Krankenhausgeschehen allgemein, aber durchaus eine relative Autonomie anderer Arbeits-

bereiche. Gemeint ist letztlich damit, dass das Krankenhaugeschehen grundsätzlich in Abstimmung mit dem behandelnden ärztlichen Personal 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, sie kann auch standardisiert sein durch vorweggenommene Absprachen, auch aufgenommen sein in pflegerischen Expertenstandards.

6.1.6 Rechtliche Überlegungen bei der Neuordnung der Aufgaben im Krankenhaus

Der Wandel im Gesundheitswesen ist nicht nur in den veränderten Anforderungen an die Berufsgruppen zu erkennen, sondern auch im Paradigmenwechsel weg von der alleinigen Entscheidung durch ÄrztInnen, hin zur Entscheidung durch die PatientInnen. Die Entscheidungen allein den ÄrztInnen 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, zum Beispiel Mitwirkung am Aufklärungsgespräch mit den PatientInnen
- Diagnostik, zum Beispiel Auswertung von Untersuchungsergebnissen
- Therapie, zum Beispiel Schneiden, Stechen, Eindringen, Auseinanderhalten, Nähen, also alle technischen Fertigkeiten, die keiner fachärztlichen Befähigung bedürfen und
- das so genannte Fallmanagement, das Mehrfachkompetenzen verlangt.

Aus der Sicht des Juristen 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 ein Gerangel hinsichtlich solcher Kernaufgaben zu vermeiden.

(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.

(3) In den ärztlichen Leitlinien, ebenso in den pflegerischen Expertenstandards, sollten die erfahrungsgemäß typischen Schnittmengen definiert werden, um sogleich festzule-

Schwerpunkt

Pflege & Gesellschaft 13. Jg. 2008 H.3

gen wer mit welchen Anforderungen diese Schnittmengen eigenständig zu übernehmen in der Lage ist.

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 krebskranker PatientInnen, immer geht es bei einzelnen medizinischen und bisher ärztlichen Aufgaben nur um Tätigkeiten, die im Zusammenhang mit der Kern-tätigkeit stehen. Noch deutlicher wird das Problem beim Fallmanagement, das Mehrfachkompetenzen verlangt.

6.2 Delegation pflegerischer Tätigkeiten

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 Geschäftsführer sollten sich gut überlegen, welche und wie viele Hilfskräfte sie einstellen wollen (Einrichtungskonzept, Pflegeteam). 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.

Beratung und Anleitung: Mindestens stichprobenweise muss sich die Pflegefachperson von der Qualität der Arbeit der Pflegehilfskraft überzeugen.

Supervision: Zu Recht weist gerade zum Beispiel 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 Überwachung und Besprechung.

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 durchaus eventuell fragwürdig sein können.

Den Pflegefachkräften vorbehalten Aufgabenbereiche: Den Pflegefachkräften bleiben folgende Aufgaben vorbehalten:

- Pflegediagnose
- Pflegeplanung

- Pflegeaufsicht
- Sicherung und Kontrolle.

7. Haftungsrechtliche Konsequenzen

7.1 Haftungsrechtliche Konsequenzen der Übernahme aus dem ärztlichen Bereich

Die Haftung richtet sich nach dem Sorgfaltsbegriff. 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 und geprägt vom Sicherheitsgebot der Einrichtung, womit zumindest zum Ausdruck gebracht wird, dass bei der Risikoeinschätzung im Zweifel die Aufgabe beim ärztlichen Dienst zu verbleiben hat und nicht etwa bei Pflegepersonen (Böhme 2008b).

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 bzw. von Pflegepersonal.

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 Akteure in der Arbeitsorganisation andererseits.

Dabei ist der Sorgfaltsmaßstab bei der ärztlichen Heilbehandlungstätigkeit ein anderer als bei pflegerischen Aufgaben, was schon die Tatsache belegt, dass entgegen den Ängsten der Pflegepersonen 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.

Während ÄrztInnen bei der Heilbehandlung optimale Sorgfalt auf höchster Ebene schulden, HeilpraktikerInnen, GeistheilerInnen, WundversorgerInnen, alternative Heil- und Pflegemethoden-AnwenderInnen optimale Sorgfalt im Rahmen ihrer Kenntnisse, Erfahrungen und üblichen Ausbildung zu beachten haben (Böhme 1999), schulden andere Berufsgruppen in der Regel nur so genannte normale Sorgfaltspflichtenbewältigung.

Damit sind pflegerische Tätigkeitsbereiche bei der Delegierbarkeit großzügiger zu beurteilen als ärztliche Tätigkeitsfelder.

Mit der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten geht allerdings die Haftungserhöhung auf Pflegende über und muss die Einrichtung entsprechende Organisationsvoraussetzungen einschließlich angemessener Qualifikation der Akteure im Sinne eines Riskmanagements schaffen (Böhme 2008a).

7.2 Haftungsrechtliche Konsequenzen der Delegation an Helferberufe und Assistenzkräfte für delegierende Pflegefachperson

Auch die Abgrenzung pflegefachlicher von Laientätigkeiten richtet sich nach dem Sorgfaltsbegriff. Die Abgrenzung zwischen pflegefachlicher Tätigkeit und Laientätigkeit ist im Einzelfall nicht einfach, wobei allerdings zu beachten ist, dass der Sorgfaltsmaßstab bei pflegerischen Aufgaben, wie unter 4.1 erläutert, ein ‚normaler‘ ist.

Laien schuldet nach dem Rechtsgedanken aus § 690 BGB nur die Sorgfaltspflichten, die sie auch in eigenen Angelegenheiten zu wahren haben, haften also in der Regel nur für grobe Fahrlässigkeit, § 277 BGB, also für die Außerachtlassung der einfachsten und nahe liegendsten Sorgfaltspflichten.

8. Fazit

Ein Neuzuschnitt der Aufgaben im Krankenhaus ist ökonomisch gefordert, rechtlich prinzipiell zulässig und fachlich unter der Voraussetzung entsprechender Qualifikation nicht nur möglich, sondern im Hinblick auf eine stärkere Orientierung der Angebote am Versorgungsbedarf Erfolg versprechend. Gleichwohl besteht für die Beantwortung einer Vielzahl von Detailfragen umfangreicher Forschungsbedarf.

Literatur

- 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
- Bartholomeyczik, S. (2007): Kurze Verweildauer im Krankenhaus – die Rolle der Pflegenden. *Pflege und Gesellschaft*, 12(2), 135-149
- Bartholomeyczik, S., Hallensleben, J. (2007): Pflege. In: S. Wied & A. Warmbrunn (Eds.), *Pflege Pschyrembel* (2 ed., pp. 567-570). Berlin: Walter de Gruyter
- Blum, K., Offermann, M., Perner, P. (2007): *Krankenhaus Barometer 2007*. <http://dki.comnetinfo.de/PDF/Bericht%20KH%20Barometer%202007.pdf> (Abruf: 05.01.2008) [Online]
- Böhme, H. (1999): Die Regeln der Heilkunst – Rechtliche Aspekte einer Therapie jenseits der Wissenschaft. *Pflege- und Krankenhausrecht*, 2, 33-37
- Böhme, H. (2008a): Fehlerhafte Handhabung eines Heimbeatmungsgerätes im Klinikum. *Pflege- und Krankenhausrecht*, 10, 6-11
- Böhme, H. (2008b): Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch Pflegepersonal – von der Delegation zur Allokation. *Public Health Forum*, 16, 21-22
- Böhme, H. & Hasseler, M. (2006): Delegation – Standortbestimmung Pflege. *Die Schwester / Der Pfleger*, 45, 664-668
- Calpin-Davies, P. J., Akehurst, R. L. (1999): Doctor-nurse substitution: the workforce equation. *Journal of Nursing Management*, 7, 71-79
- 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
- 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

- 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
- Dahlgaard, K., Schürges, G., Stratmeyer, P., & Stubenvoll, M. (2007): Kooperatives Prozessmanagement. *führen & wirtschaften*, 24, 272-276
- Dannecker, G. (2008): Die Zulassung zur Ausübung der heilberuflichen Tätigkeit im Bereich der Komplementär- und Außerseitermedizin. *Public Health Forum*, 16, 25-28
- 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
- dip – Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (2007): *Pflegethermometer 2007*. <http://www.dip-home.de/material/downloads/Pflege-Thermometer2007.pdf> (Abruf:12.01.2008) [Online]
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2007): Aktuelle Veröffentlichungen des DNQP. <http://www.dnqp.de> (Abruf 12.12.2007) [Online]
- Frank, W., Konta, B., Prusa, N., & Raymann, C. (2006): Bedeutung der intensivierten Pflege. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)
- 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
- GKV-WSG (2007), Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV - WSG). *BGBL. I S. 378-473*
- Hacker, W. (2005): *Allgemeine Arbeitspsychologie. Psychische Regulation von Wissens-, Denk- und körperlicher Arbeit.* (2 ed.) Bern: Huber
- Hanrock, H. & Campell, S. (2006): Developing the role of the healthcare assistant. *art & science research*, 20, 35-41
- Haubrock, M. (2008): Hintergrundinformationen: Betriebswirtschaft/Ökonomie. In R. Stemmer, M. Haubrock, H. Böhme (Eds.), *Gutachten zu den zukünftigen Handlungsfeldern in der Krankenhauspflege* (pp. 140-228). Mainz: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen, Rheinland-Pfalz
- ICN (2005) International Council of Nurses. Regulation terminology - version 1. http://www.icn.ch/Flash/Regulation_Terminology.swf (Abruf: 30.08.2007) [Online]
- 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
- 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
- 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
- Kroher, M.-H. (2008): *Die Zukunft der Krankenhauspflege in Deutschland im Jahr 2015.* Hamburg: unveröffentl. Diplomarbeit
- 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

Schwerpunkt

Pflege & Gesellschaft 13. Jg. 2008 H.3

- 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) [Online]
- 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
- Lindpaintner, L. S. (2007): Der Beitrag der Körperuntersuchung zum klinischen Assessment: Wirksames Instrument der professionellen Pflege. *Pflege*, 20, 185-190
- MacDonald, J. A., Herbert, R., & Thibeault, C. (2006): Advanced practice nursing: unification through a common identity. *J Prof.Nurs.*, 22, 172-179
- National Health Service (2007): Healthcare assistant / auxiliary nurse. <http://www.nhs.uk/healthcareassistants/default.aspx?Id=485> (Abruf: 07.11.2007) [Online]
- Offermanns, M., Bergmann, K. O. (2008): Neuordnung von Aufgaben des ärztlichen Dienstes - Bericht des Deutschen Krankenhausinstitutes. www.dki.de (Abruf: 05.05.2008) [Online]
- Offermanns, M., Müller, U. (2007): Prognose der Krankenhausinanspruchnahme bis 2010. *Das Krankenhaus*, 99, 211-216
- Pine, M., Holt, K. D., Lou, Y. B. (2003): Surgical mortality and type of anesthesia provider. *AANA.J*, 71, 109-116
- Roßbruch, R. (2003): Zur Problematik ärztlicher Tätigkeiten an das Pflegefachpersonal auf Allgemeinstationen unter besonderer Berücksichtigung zivilrechtlicher, arbeitsrechtlicher und versicherungsrechtlicher Aspekte. *Pflegerecht*, 7, 95-102-139-149
- 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
- Sachs, M. (2007): „Advanced Nursing Practice“ – Trends: Implikationen für die deutsche Pflege. Ein Literaturüberblick mit Beispielen aus den USA, Großbritannien und den Niederlanden. *Pflege & Gesellschaft*, 12, 101-117
- 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
- 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
- Sowinski, C. (1998): Fachkräfte einsparen – der Schuß kann nach hinten losgehen. *Heim und Pflege*, 19, 293
- Sozialgesetzbuch V (2004). http://www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/05/index.php?norm_ID=0513501 (Abruf: 23.12.2007) [Online]
- 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., 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 Cardio-vasc Nurs*, 3, 53-59
- Stemmer, R. Messung von Ergebnisqualität in der Pflege. *Pflegequalität heute – Begründung, Konzepte, Ergebnismessung*. Hannover, im Druck. RefType: Generic
- Stratmeyer, P. (2007): Vom Pflege- zum Versorgungsmanagement. *krankenhaus umschau*, 76, 21-24
- SVR (2007): Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Langfassung. <http://www.svr-gesundheit.de> (Abruf: 08.08.2007) [Online]

- 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
- 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
- Wolff, W. (1989): Zum rechtlichen Behandlungsspielraum der Kosmetikerin und zum Irrtum über Heilkunde-Ausübung. *Medizinrecht*, 7, 57-63
- Zwarenstein, M., Bryant, W. (2000): Interventions to promote collaboration between nurses and doctors. *Cochrane Database.Syst.Rev.*, CD000072

Prof. Dr. Renate Stemmer

Katholische Fachhochschule Mainz, Prodekanin FB Gesundheit und Pflege
Saarstr. 3, 55122 Mainz, stemmer@kfh-mainz.de

Prof. Dr. Hans Böhme

FH Jena, Institut für Gesundheitsrecht und -politik
Postfach 1369, 72111 Mössingen, Info@boehme-igrp.de

Ulrike Höhmann, Eva-Maria Panfil, Klaus Stegmüller, Eva-Maria Krampe

BuBI: Berufseinmündungs- und Berufsverbleibstudie Hessischer PflegerInnen –

**eine Studie des Hessischen Instituts für Pflegeforschung
(HessIP)***

Entrance and Continuance in a Position – a Study on Nursing Graduates in Hessen

The study researches the transition of nursing students after graduating from university. It focuses on their ways of entering into a career and their career development. The survey is focused on nurses graduating in general nursing or nurse management from the Hessian universities in Darmstadt, Frankfurt und Fulda in the years 2000 to 2005. They were first asked by mail to answer a questionnaire. Those who answered were then invited to participate

eingereicht 6.12.2007

akzeptiert 21.4.2008

* Die in diesem Artikel vorgestellten Ergebnisse stellen einen Auszug aus einer umfassenden Studie des Hessischen Instituts für Pflegeforschung (HessIP) dar. Sie wurde durchgeführt unter der Leitung von Ulrike Höhmann, Eva-Maria Panfil und Klaus Stegmüller. Mitarbeiter haben Marianne Brieskorn-Zinke, Jessica Veith, Sigrid Stahl, Sven Ziegler, Gisela Ascher, Doreen Feibig, Thorsten Glaser, Oliver Lauxen, Silke Schäfer, Daniel Weigmann, Cornelia Wrage.