

Neue Arbeitsteilung zwischen Medizin und Pflege – Versuch einer Bestandsaufnahme



BiG – Bildungsinstitut im Gesundheitswesen
gemeinnützige GmbH – Essen.
Eine Einrichtung der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di

Frankfurt, den 20.5.08
Heinrich Recken



Entwicklungslinien

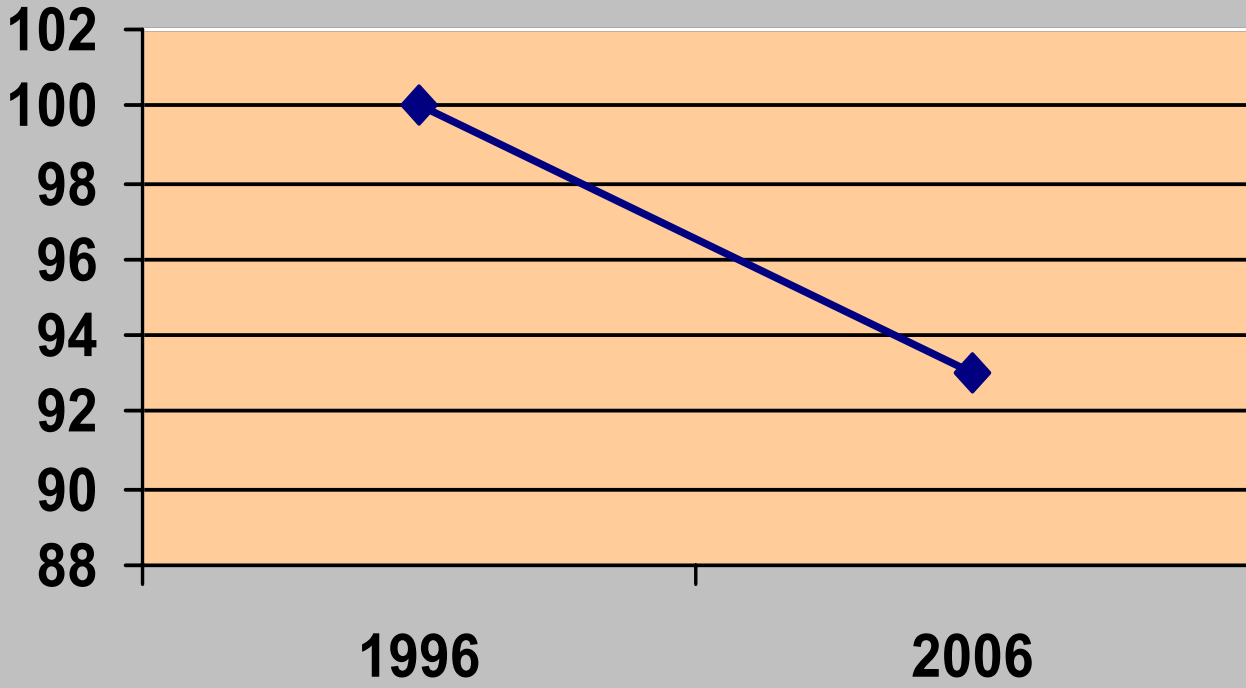
BiG – Bildungsinstitut im Gesundheitswesen gGmbH – Essen

- § Ende der 70iger Jahre:
 - § Spritzenstreik
 - § Besinnung auf pflegegenuine Tätigkeiten
 - § Abgrenzung von der Medizin
- § Ende der 90iger Jahre
 - § Professionalisierung der Pflege
- § 2003 Paradigmenwechsel in der Krankenhausfinanzierung
 - § DRG
- § Globalisierte Märkte



Veränderung Personalbestand

Stat. Bundesamt 2007



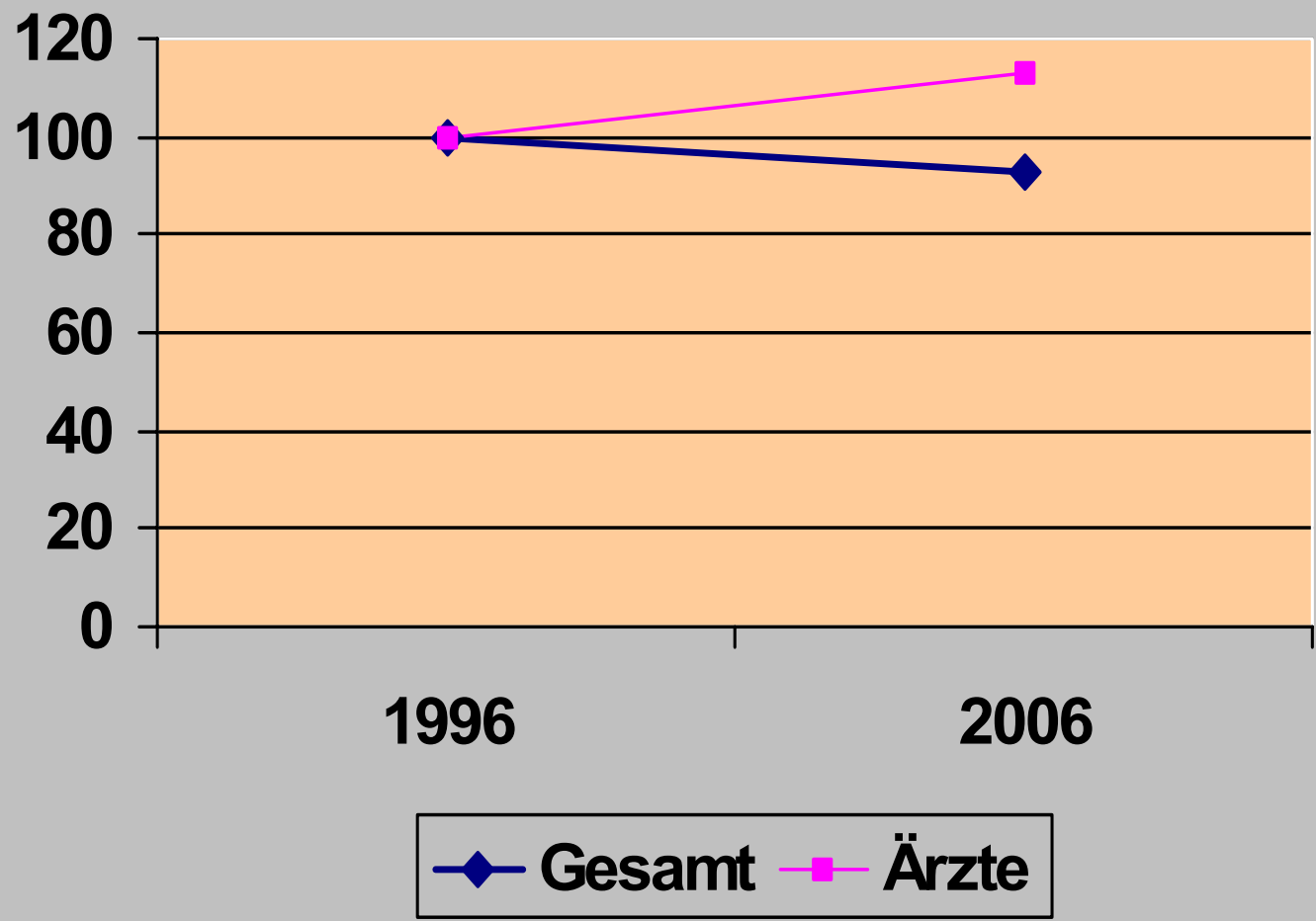
◆ Gesamt

BiG – Bildungsinstitut im Gesundheitswesen gGmbH – Essen



Veränderung Personalbestand

Stat. Bundesamt 2007



BiG – Bildungsinstitut im Gesundheitswesen gGmbH – Essen

Veränderung Personalbestand

Stat. Bundesamt 2007

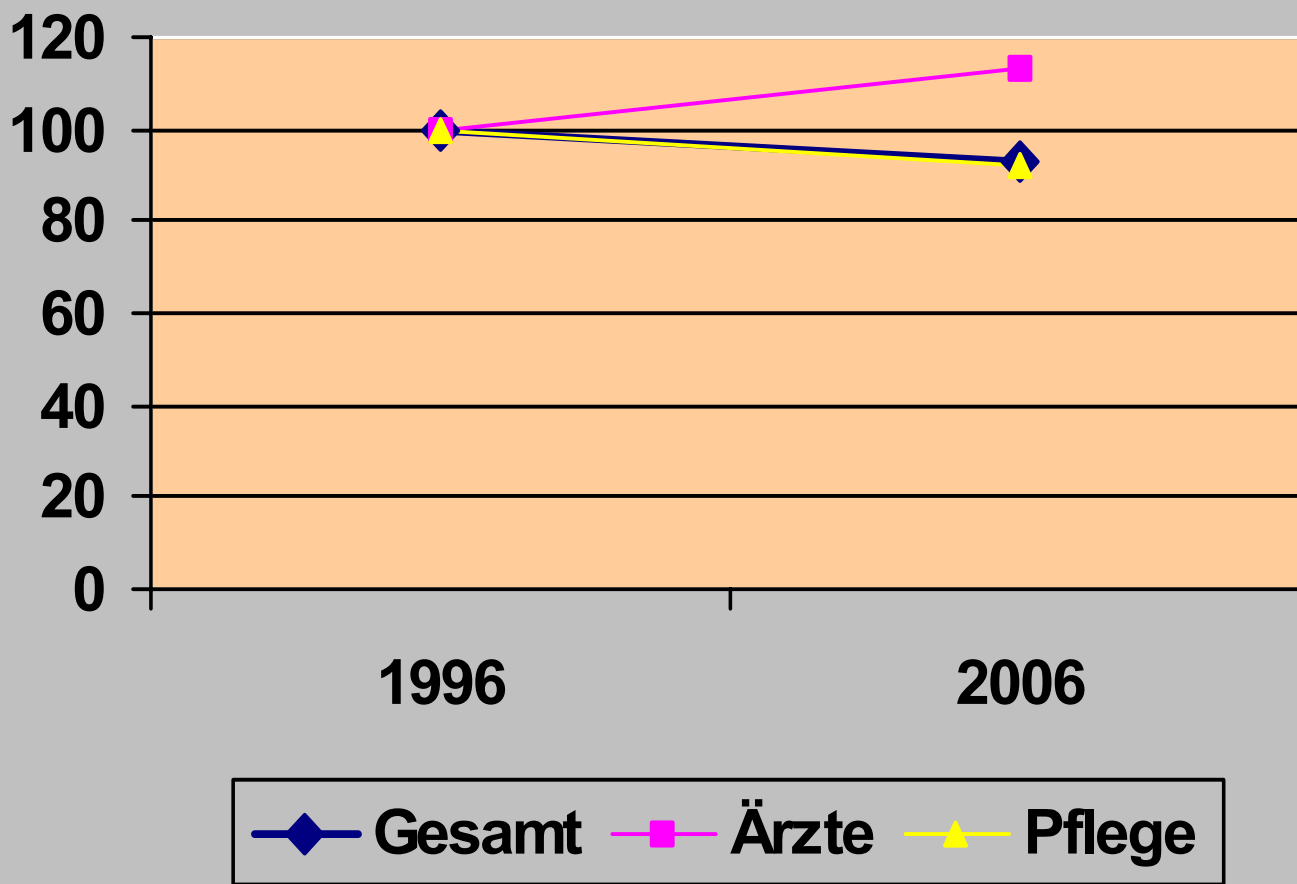
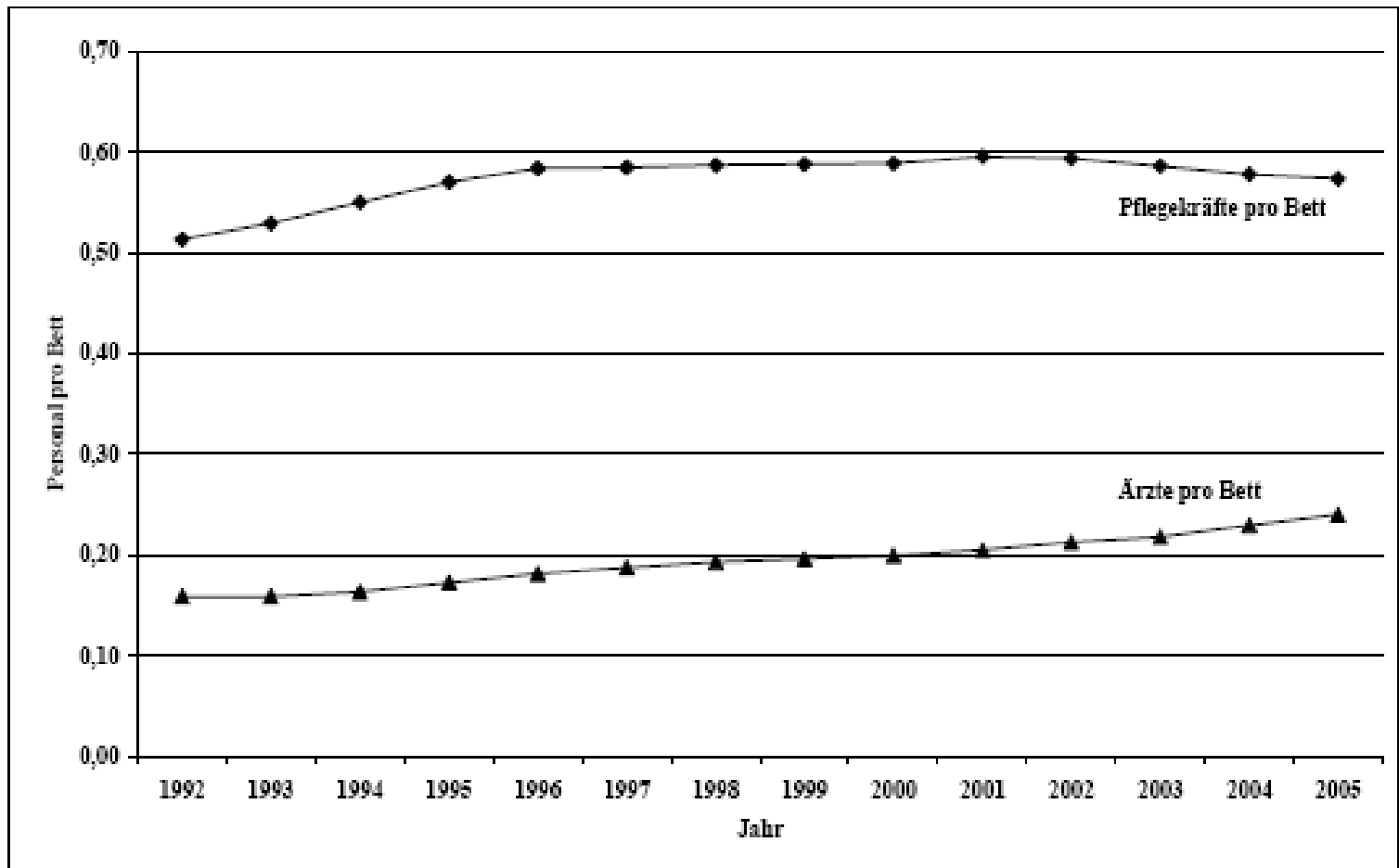




Abbildung 16: Personal pro Bett (Allgemeinkrankenhäuser), 1992-2005



Quelle: Statistisches Bundesamt 2006, eigene Berechnungen

SVR Gutachten

Bedingungen des Paradigmenwechsels

Konvergenzphase

Prozessorientierung


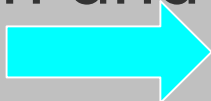
**Spannungsfeld
Krankenhausmanagement**

**Überwindung des
Berufsgruppenprinzips**

**Ärztmangel und
-kosten**



SVR - Gutachten

- § Fragestellung: „*Wer macht in Zukunft was? Welche Art der Arbeitsteilung entspricht den Anforderungen an das Gesundheitssystem der Zukunft?*“
- § Statt der bisherigen Fokussierung auf die Einzelinteressen der jeweiligen Berufsgruppe 
- § Ausweitung der Kooperation und flache vernetzte Teamstrukturen 
- § vorteilhaft für den Patienten.



SVR – Gutachten: Ziele

- § Abbau derzeitiger Versorgungsdefizite und einer Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Patientenversorgung
- § Leistungen sind dort zu erbringen, wo der geringste Kosteneinsatz bei gleichbleibender Qualität möglich ist
- § Entkoppelung von funktionalen und hierarchischen Befugnissen



SVR – Gutachten: Ziele

- § Die Zufriedenheit der Berufsgruppen durch sinnvolle Arbeitsteilungen zu verbessern
- § Die Abhängigkeit der Morbiditätslast vom sozioökonomischen Status abzumildern

Jede Veränderung der Kooperation und Aufgabenteilung bedarf der Überprüfung oder Veränderung gesetzlicher Grundlagen.

§ Artikel 15

§ Änderung des Krankenpflegegesetzes § 3 Abs.3, § 4 Abs. 1, 5, 7, § 4a (Neu)

§ Artikel 16

§ Änderung des Altenpflegegesetzes §§ 1, 3 Abs.2, § 4 Abs. 1, 4, 7, § 4a (Neu)





Änderungen im Krankenpflegegesetz

§ 3 erweitert:

„Soweit in Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 erweiterte Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten erprobt werden, hat sich die Ausbildung auch auf die Befähigung zur Ausübung der Tätigkeiten zu erstrecken, für die das Modellvorhaben qualifizieren soll. Das Nähere regeln die Ausbildungspläne der Ausbildungsstätten.“

§ 4 erweitert:

„Bei Modellvorhaben nach Absatz 7 ist die Ausbildungsdauer nach Satz 1 entsprechend zu verlängern. Das Nähere regeln die Ausbildungspläne der Ausbildungsstätten.“



Änderungen im Krankenpflegegesetz

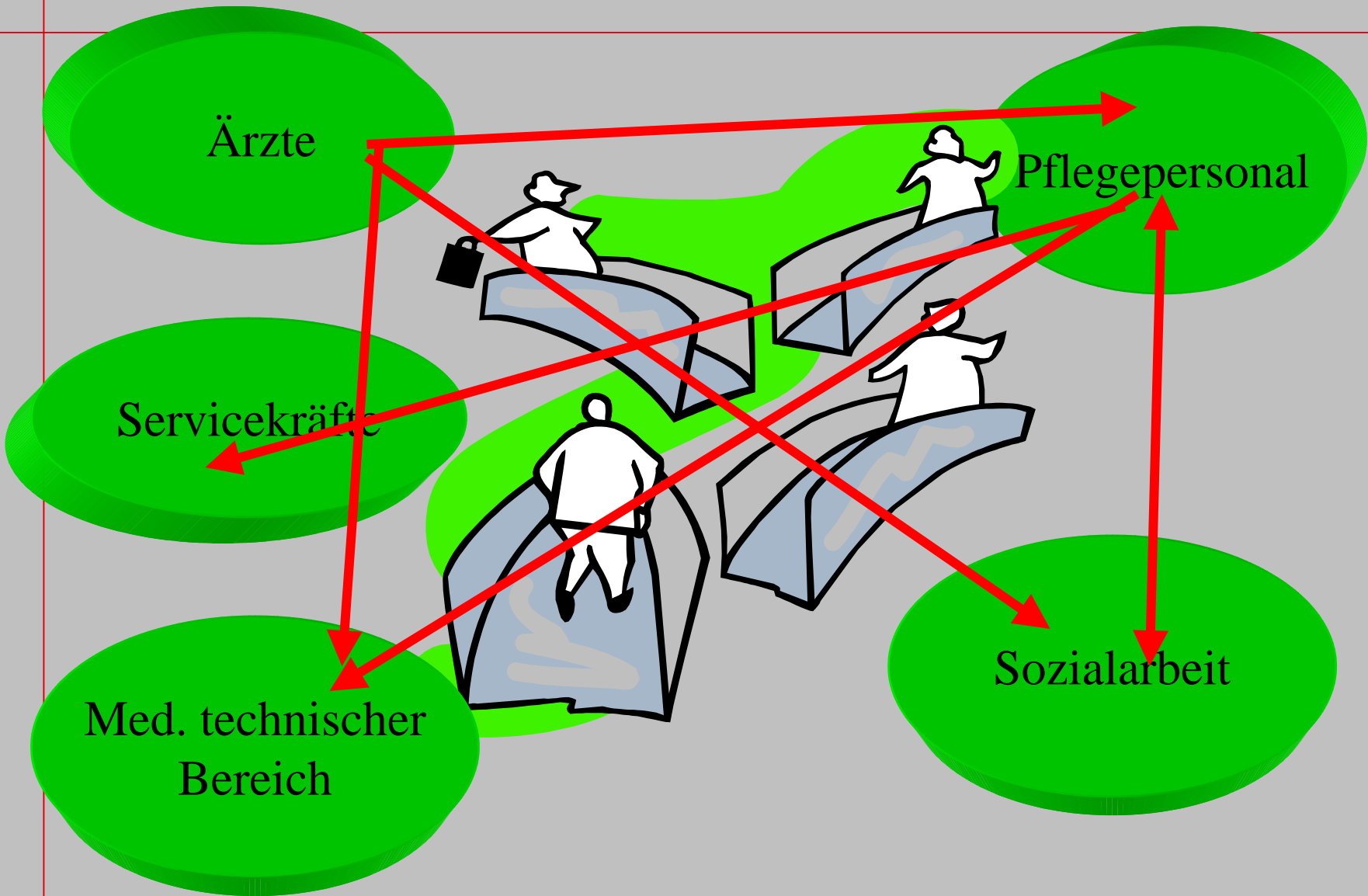
„Zur zeitlich befristeten Erprobung von Ausbildungsangeboten, die der Weiterentwicklung der nach diesem Gesetz geregelten Berufe im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch dienen, können über die in § 3 Abs. 1 und 2 beschriebenen Aufgaben hinausgehende erweiterte Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten vermittelt werden.“

„...wird sie in Ausbildungsplänen der Ausbildungsstätten inhaltlich ausgestaltet, die vom Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu genehmigen sind. Die Genehmigung setzt voraus, dass sich die erweiterte Ausbildung auf ein vereinbartes Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bezieht und die Ausbildung geeignet ist, die zur Durchführung dieses Modellvorhabens erforderliche Qualifikation zu vermitteln.“

Vom Casemix zum Skillmix



BIG – Bildungsinstitut im Gesundheitswesen gGmbH – Essen





Neue Berufsbilder

§ **OTA:**
Operationstechnischer
Assistent

§ **ATA:** anästhesietechnischer Assistent

§ **CTA:** Chirurgisch-technischer Assistent oder Physican Assistent

§ **Mafa:** Medizinischer Assistent für Anästhesie



Münsteraner Erklärung II 2007

§ „die Anästhesieführung (ist) während während ihres gesamten Verlaufs eine anästhesiologische Leistung und (muss) nach Facharztstandard erbracht werden.“
(BDA/DGAI)

Parallelverfahren in der Anästhesiologie

§ „Eine Delegation von Überwachungsaufgaben ist nur in unkomplizierten Fällen vertretbar“ BDA 1989



Entwicklungen im Ausland

Advanced Nursing Practise (Nurse Practitioner – NP)

- § Pflegeperson mit akademischer Ausbildung (Bachelor/Master)
- § Spezialisiert auf unterschiedliche Gesundheitsprobleme
- § Erweiterung der klinischen Expertise
- § Angebot traditionell ärztlicher Aufgaben
- § Allerdings unklare Abgrenzung zu anderen Gesundheitsberufen



Großbritannien – Merkmale von ANP

§ Settings:

- § Primär- und Sekundärversorgung

§ Tätigkeitsprofil:

- § Begutachtung von Patienten,
- § Assessment und Anamnese,
- § Screening von Risikofaktoren,
- § Erstellung von Pflegeplänen,
- § Anforderung und Interpretation von Untersuchungen (Labor/Röntgen)
- § Verschreibung von Behandlungen und Medikamenten
- § Beratung, Gesundheitserziehung



NL - Merkmale von ANP

§ Settings:

- § Krankenhäuser und Krankenhausambulanzen

§ Tätigkeitsprofil:

- § Koordination der Versorgung (Case-Management)
- § Anamnese und spezielle Assessments, Interpretation von Laborwerten; Lumbal- u. Knochenmarkspunktion
- § Beratung/Aufklärung
- § Hausbesuche



Community Medicine Nurses

- § Arztunterstützung im ländlichen Raum
 - § Übernahme vorbeugender, beratender, betreuender und Therapie überwachender Tätigkeiten, häufig im Zusammenhang mit Telemedizin
- § 3 verschiedene Praxisprojekte
 - § AGnES- Projekt in Mecklenburg-Vorpommern
 - § Modellprojekt Gemeindeschwester in Brandenburg
 - § Community Medicine Nursing – Entwicklung eines praxisnahen, lernenden Curriculums (Brandenburg/Greifswald)



AGnES

- § Arztentlastende, Gemeindenahe, E—Health-gestützte, Systemische Intervention
- § Integration in einer Hausarztpraxis
- § Hausbesuche:
 - § Einsatz von Telecare-Geräten;
 - § geriatrisches Assessment;
 - § Medikamentenmonitoring;
 - § Sturzprophylaxe



Beispiele neuer Arbeitsteilung

- § CM Uniklinik Köln
- § Heidelberger Weg
- § Helios
- § Städt. Klinikum München



Alles in einer Hand zum Wohle des Patienten.

Ziel unseres Case Managements ist es, alle Abläufe bei der Behandlung eines Patienten aus einer Hand zu koordinieren und ihm so eine optimale und lückenlose Versorgung zu ermöglichen. Unser Case Management versteht sich als interdisziplinärer Prozess, bei dem alle erforderlichen Maßnahmen mit den dazugehörigen Abteilungen zusammengefügt werden. Für den Patienten und die an der Behandlung Beteiligten sind wir vor, während und nach dem stationären Aufenthalt Ansprechpartner

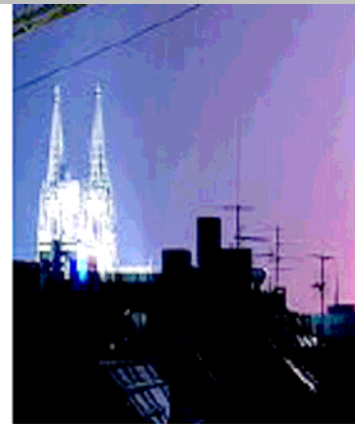




- **Ökonomisierung von Prozessen und Reduzierung von Fehlbelegung**
Optimierung der Ablauforganisation, Ausschöpfen von Ressourcen
- **Kostensenkung / Budgetentlastung**
Ersparnis von ca. 7 VK pro Klinik (ca. 350.000 €)
- **Produktivitäts- und Erlössteigerung pro Fall**
Reduzierung der Überstunden, Stärkung originärer beruflicher Aufgaben
- **Qualitätssteigerung**
Sicherung der Versorgungskontinuität nach extern
- **Effiziente Kommunikation und transparente Prozesse**
Teamarbeit verstärkt das gegenseitige Verständnis
- **Optimierung der Patientenorientierung**
Steigerung der Patientenzufriedenheit, Reduzierung der Wartezeiten



- **Übernahme von Bettenplanung und Belegung**
Vorab-Vereinbarung zwischen Chefarzt und Case Management
- **Übernahme von Terminierung stationärer Patienten**
Grundlage sind hier vereinbarte Aufnahmebedingungen und -regelungen
- **Übernahme von Überwachung der Verweildauer**
Monitoring ermöglicht eine erlösoptimierende Patientensteuerung in Absprache mit dem Ärztlichen Dienst
- **Organisation der Entlassung und Überleitung**
Sicherung der Versorgungskontinuität nach extern in Absprache mit dem Ärztlichen Dienst
- **Konzentration auf originäre ärztliche Aufgaben**
Mehr Zeit für die Patienten, sowie für Lehre und Forschung





§ Teamassistentin

- § Pflegerische und medizinische Aufgaben fließen zusammen
- § Aufnahme und Einweisung des Patienten auf der Station
- § Aktenanlage, Terminkoordination
- § Intravenöser Zugang,
- § EKG schreiben
- § Vorbereitung der ersten Untersuchungen

Orientierung am britischen Modell:

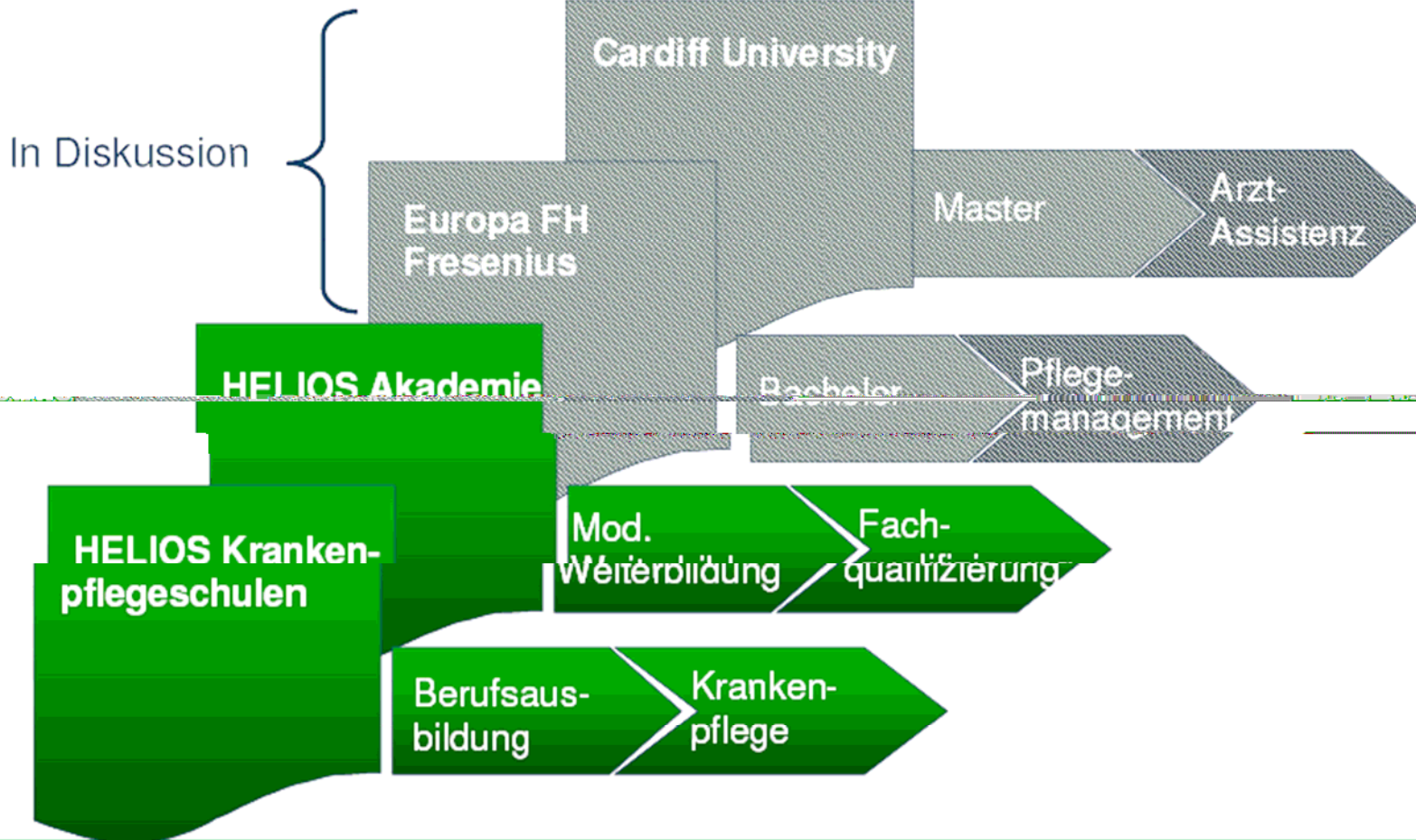
- Staff Nurses ~ examinierte Gesundheits- und Krankenschwester
- Registered Nurse ~ Fachkrankenschwester
- Charge Nurse ~ „Pflegermanagerin“
- Specialist Practitioners ~ „Arzt-Assistenz“

• Vorteile

- erprobtes Modell
- Verbesserung der Versorgungsprozesse auf Station
- keine Delegation ärztlicher Aufgaben im operativen Bereich
- Miteinbeziehung des gesamten Versorgungsprozesses (pflegerischer und ärztlicher Bereich)

Helios: Orientierung am Britischen Modell

Neuer Weg?



Senkung der Kosten durch Reduzierung der Kosten/ Leistungseinheit

- Umverteilung von Arbeiten auf kostengünstigere Personen- bzw. Berufsgruppen
- Qualifizierungsmix in der Pflege - Senkung der Fachkraftquote auf 75%
- Neue Berufsgruppen



Medizin – Pflege
Medizin – Klinische Ko
dierfachkraft
Pflege – Hauswirtschaftl.
Personal



Ein Rechenbeispiel

(Basis: Zahlen StKM 2006)

> Städtisches Klinikum München

- Beschäftigte im Städtischen Klinikum München
1.244 Ärzte und 3.168 Mitarbeiter im Pflege- und Funktionsdienst
- Kosten
103.074 TEuro für Ärzte, 154.173 TEuro für Pflege- und Funktionsdienst
- Durchschnittskosten pro Vollkraft
83.000,- Euro pro Arzt, 49.000,- Euro pro Pflege- und Funktionsdienst
- Kalkulation
Kostensteigerung Ärzte 3,7%, Pflege und Funktionsdienst 1,0%
- Ziel
Gleiche Gesamtkosten = 257.247 TEuro
Gleiche Menge an Arbeitszeit = 4.412 VK
- Ergebnis
ca. 12% oder 146 VK der Ärzte müssten durch Pflege- bzw. Funktionspersonal ersetzt werden!

Bruno G. Wirnitzer, Geschäftsführer Personal und Soziales



Beispiel Blutabnahme Pflege:
13,22 VK = 654.801,- €/a

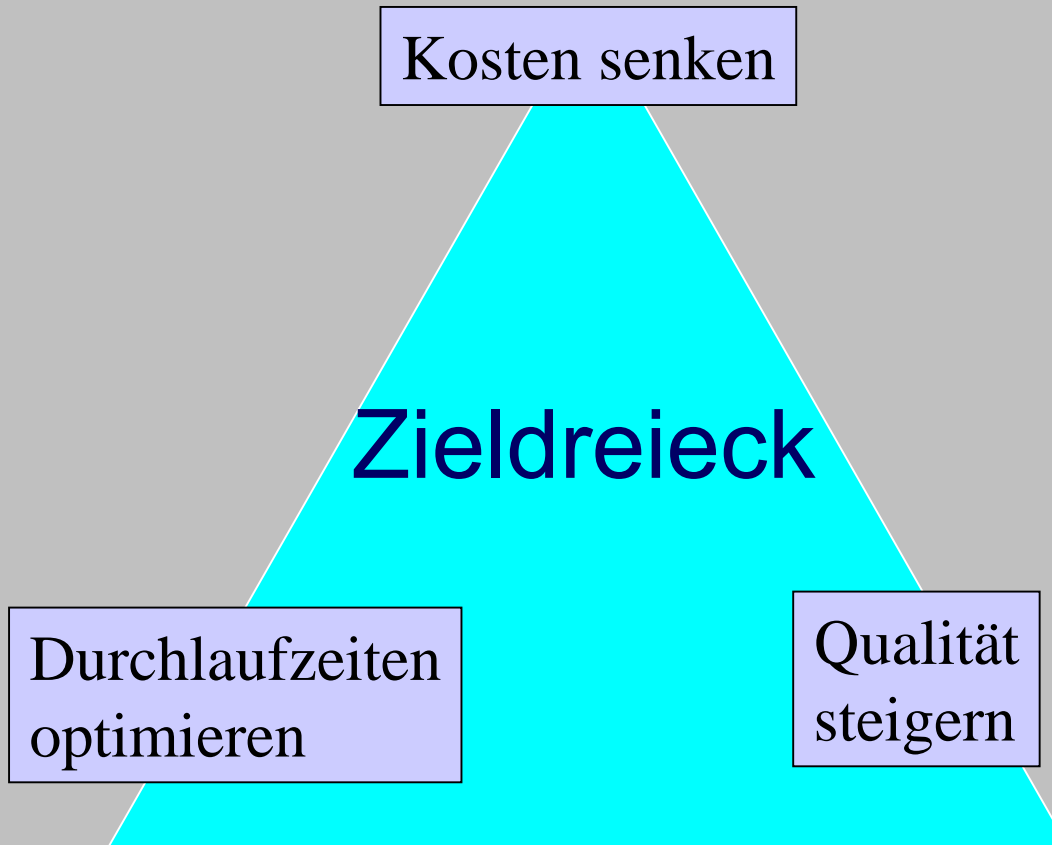
Aufnahme- und BelegungsmanagerIn

Aufgaben u. a.:

- Planung des Bettenpools und Festlegung von Belegungs- und Verlegungskriterien zusammen mit den ärztlichen und pflegerischen Leitungen
- Sicherstellung einer wirtschaftlichen Auslastung (85 – 90%)
- Koordination des Casemanagements
- Schnittstellenkoordination
- Einweisermanagement

2008				2009				
I Quartal	II Quartal	III Quartal	IV Quartal	I Quartal	II Quartal	III Quartal	IV Quartal	
Aufnahme-, Belegungs-, Casemanagement				■	■	■		
		■	Bereichs-, Teamleitungen				■	■

Neue Arbeitsteilung im Krankenhaus aus Sicht der Krankenhausleitungen



Neue Arbeitsteilung im Krankenhaus aus Arbeitnehmersicht

