

Vorfahrt für die Pflege

Ein Plädoyer für bessere Arbeitsteilung im Krankenhaus





Herausgeber:

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. – Bundesverband
Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Pflege im Krankenhaus

Alt-Moabit 91

10559 Berlin

Telefon: 030 – 21 91 570

E-Mail: dbfk@dbfk.de

Internet: www.dbfk.de/de/expertengruppen/pflege-im-krankenhaus/index.php

Gestaltung: Johanna Knüppel, DBfK Bundesverband

Bildnachweis Titelseite: © Rainer Sturm/pixelio.de

© 2015; Alle Rechte vorbehalten

Vorfahrt für die Pflege

Ein Plädoyer für bessere Arbeitsteilung im Krankenhaus

Ist eigentlich vor allem die Pflege dafür verantwortlich,
dass Abläufe rund um den Patienten funktionieren?
Warum muss die Pflege so vieles kompensieren?

Das Autorenteam:

Anuschka Dolezalek-Frese, Rosi Ernst, Andreas Häussler, Cornelius Kieninger,
Mathias Oberländer, Johanna Knüppel

Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Pflege im Krankenhaus



Inhaltsverzeichnis

Einführung.....	5
Optimale Ressourcenallokation? Beispiele.....	7
Arbeitsteilung mit Optimierungspotenzial.....	8
Die Praxis in anderen Ländern	9
Ein nationaler Vergleich	10
Ursache und Wirkung.....	11
Was ist zu tun?	13
<i>Berufliches Selbstbewusstsein.....</i>	<i>13</i>
<i>Selbstverwaltung – Pflegekammer</i>	<i>14</i>
<i>Orientierung am Patientennutzen</i>	<i>14</i>
Fazit	15
Anhang:	16

Einführung

„Weiterentwicklung der Pflege im Krankenhaus“ – so lautete das erklärte Ziel und der Auftrag des zweiten im Jahr 2009 von der Bundesregierung einberufenen **Pflegegipfels** seinerzeit. Die damalige Ausgangslage und damit verknüpfte Herausforderungen stellten sich aus Sicht des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) wie folgt dar:

- Krankenhäuser leisten einen entscheidenden Beitrag zur gesundheitlichen Versorgung.
- Fachkräftemangel, Arbeitsverdichtung, knappe finanzielle Ressourcen und der demografische Wandel stellen die Pflege im Krankenhaus vor immer größere Herausforderungen.
- Es müssen wichtige Weichen neu gestellt werden, damit die Arbeitsbedingungen besser und die Tätigkeit in der Pflege wieder attraktiver wird!

Eine Empfehlung als Ergebnis des Gipfels lautete anschließend: Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege z.B. durch Modelle der Aufgabenneuordnung und neue Arbeitsorganisation. In der Umsetzung sollten vor allem zwei Aspekte aufgegriffen und erfolgversprechende Beispiele gesucht werden:

- Entwicklung von Perspektiven für die Pflege durch Aufgabenneuordnung,
- Entlastung der Pflege durch Prozessoptimierung.

Mit dieser Ausrichtung folgten die Akteure des Pflegegipfels im Grundsatz den Empfehlungen, die bereits im Jahre 2007 der **Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen** (SVR) vorgelegt hatte: „...geht es bei der Suche nach neuen Kooperationsformen und entsprechenden Verantwortlichkeiten um die optimale Ressourcenallokation im Gesundheitswesen. (...) Da sowohl zahlreiche Ärzte als auch mehrere andere Berufsgruppen angesichts ihres Potentials die momentane Situation als unbefriedigend empfinden, könnte ein Neuzuschnitt von Aufgaben allen an der Gesundheitsversorgung Beteiligten zugute kommen. Schließlich profitieren die Patienten von einer effizienteren und qualitativ besseren Versorgung, was letztlich das entscheidende Kriterium bei der Suche nach neuen Kooperationsformen und veränderten Verantwortlichkeiten darstellt.“¹

Wie angespannt die Situation der Pflege in den Krankenhäusern war, belegen u.a. die Ergebnisse des **Pflege-Thermometers 2009** vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) e.V. Im Abschlussbericht schreiben die Wissenschaftler: „Vor dem Hintergrund des chronischen Pflegemangels und der weiter zunehmenden Arbeitsverdichtung im Krankenhaus stellen sich Fragen der Auswirkungen auf die Patientenversorgung und –sicherheit. Dabei ist festzustellen, dass mit dem Mangel zusehends auch Mängel in allen Bereichen sowohl der patientennahen als auch patientenfernen Arbeiten nicht mehr ausgeschlossen werden. (...) Nur jede dritte Pflegekraft geht noch uneingeschränkt davon aus, dass pflegerische Maßnahmen, die als notwendig erachtet werden, in aller Regel auch durchgeführt werden können.“²

Das **Deutsche Krankenhausinstitut** (DKI) hat 2010 die Ergebnisse einer Studie zur „Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes“ vorgelegt. Ziel der Studie war, Entlastungspotenziale für den Pflegedienst und Prozessoptimierungen, u.a. durch Delegation, aufzuzeigen. Der Schwerpunkt lag vor allem auf stationsinternen patientennahen Tätigkeiten. Eine der abschließenden Empfehlungen lautet: „Im Krankenhaus sind viele hochqualifizierte Berufsgruppen tätig. Vielfach werden sie mit Tätigkeiten belastet, für die sie überqualifiziert sind. Das sorgt für eine Unzufriedenheit der Mitarbeiter, fehlende zeitliche Kapazitäten für die eigentlich hochqualifizierten Tätigkeiten und ist letztlich gesehen ökonomisch nicht sinnvoll. Das Fachpersonal, seien es examinierte Pflegekräfte oder Ärzte, ist entsprechend seiner Qualifikation einzusetzen. Unterstützungsleistungen sind durch anders qualifizierte Mitarbeiter zu erbringen.“³

So weit so gut. Inzwischen sind einige Jahre ins Land gegangen, die Herausforderungen nicht kleiner geworden. Wie sieht die Pflegesituation im Krankenhaus 2015 aus?

¹ SVR 2007: Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung; S. 11; http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung_2007.pdf, abgerufen am 28.07.2015

² Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.: Pflege-Thermometer 2009 – Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus; S. 7 u. 8

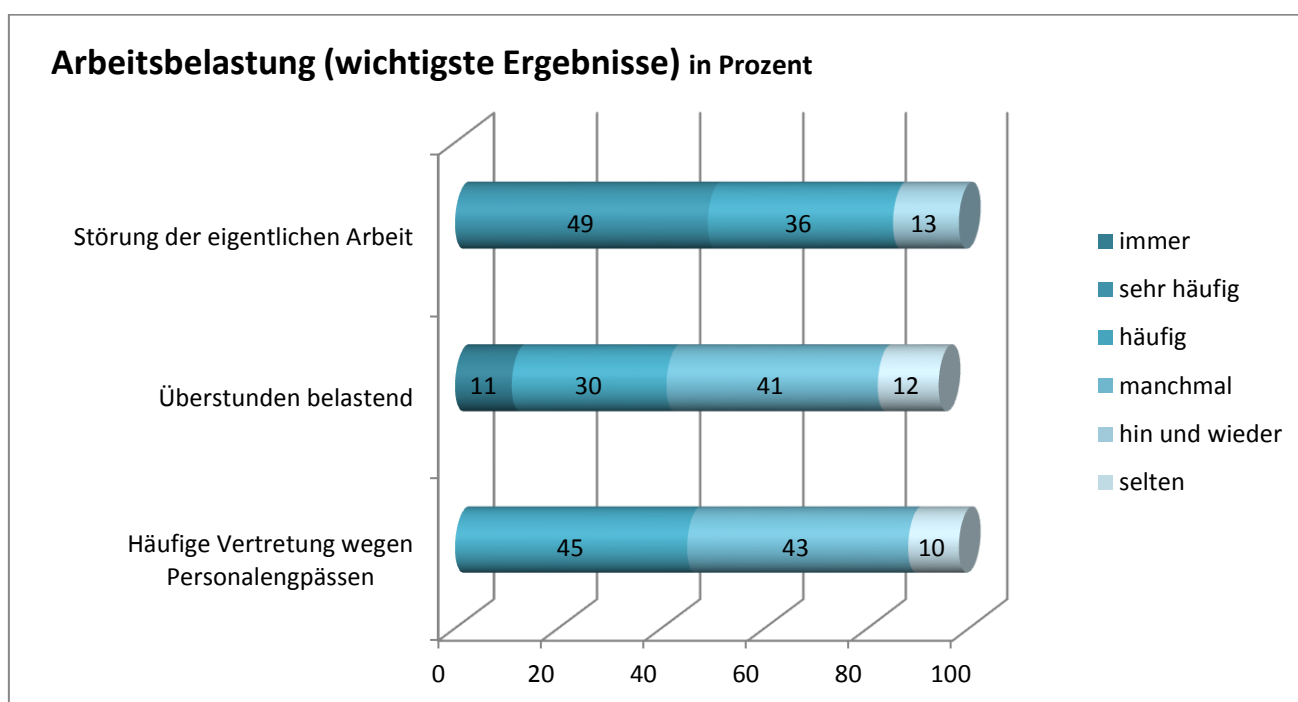
³ Deutsches Krankenhausinstitut, 2010: Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes unter Beachtung weiterer Berufsgruppen; S. 195

Die Patientenfallzahlen sind weiter angestiegen, die durchschnittliche Krankenhausverweildauer liegt mittlerweile bei nur noch 7,4 Tagen (Destatis vom 12.08.2015). An der Anzahl der Vollzeitstellen für Pflege hat sich kaum etwas verändert. Wo sie statistisch leicht anstieg, kam das nicht einer höheren Pflegekapazität am Patientenbett zugute, sondern folgte einer erheblichen Übertragung ärztlicher Routineaufgaben (z.B. Blutentnahmen, Injektionen ...) auf den Pflegedienst. Eine immense Arbeitsverdichtung für das Pflegepersonal folgt daraus. Gleichzeitig machen sich die Folgen jahrelanger kontinuierlicher Überlastung bemerkbar: nie waren die Krankheitsausfälle beim Pflegepersonal so hoch wie heute. Stressbedingte psychische Erkrankungen nehmen überproportional zu; der ohnehin bestehende Pflegefachpersonalmangel wird noch verstärkt dadurch, dass viele Vollzeitbeschäftigte in Teilzeitverträge flüchten. Die Zahl der angehäuften Überstunden ist hoch und wächst weiter, unbezahlte Mehrarbeit und der Verzicht auf gesetzliche Pausen sind an der Tagesordnung. In einer gemeinsamen Erklärung haben im Juni 2015 der DBfK und die Gewerkschaft ver.di ausgeführt:

„Die Sicherheit der Patientinnen und Patienten und ihre gute Versorgung sind nur mit ausreichend Personal zu gewährleisten. Die Personalsituation in deutschen Krankenhäusern ist prekär, das bestreitet ernsthaft niemand mehr. Wenn 70.000 Beschäftigte in der Pflege fehlen und Personalmangel bei anderen Berufsgruppen noch hinzukommt, beeinträchtigt das die Qualität der Versorgung messbar. Personalmangel in der Pflege erhöht die Sterblichkeit. Ausländische Studien belegen das, in Deutschland gibt es dazu keine Forschung. Durch die fehlenden Stellen werden jährlich im deutschen Gesundheitssystem Milliarden gespart. Den Preis zahlen Patienten und Beschäftigte.“⁴

Mitte September 2015 hat das Picker Institut mit dem „Picker Report 2015: Gute Pflege braucht gute Bedingungen“⁵ Analysen zum Zusammenhang zwischen Personalmangel in der Pflege und Versorgungsqualität im Krankenhaus vorgestellt. Erhoben wurden die Daten von Mitarbeiterbefragungen aus den Jahren 2012 bis 2014. Auch sie bestätigen Art und Umfang der Arbeitsbelastung der Pflegefachpersonen:

Abb. 1: Wichtigste Ergebnisse zur Arbeitsbelastung (Quelle: Picker Report 2015)



Fachpersonalmangel, Arbeitsverdichtung, implizite Rationierung pflegerischer Leistungen – und dennoch finden sich auch im Jahr 2015 Situationen, die mindestens befremdlich anmuten.

⁴ DBfK und ver.di, 2015: Gemeinsame Erklärung: Patienten brauchen Sicherheit und mehr Pflegepersonal; http://www.dbfk.de/media/docs/download/Stellungnahmen/Gemeinsame-Erklärung-ver-di-dbfk_mehr-Pflegepersonal-im-KH-2015-06-18.pdf , abgerufen am 28.07.2015

⁵ <http://www.pickerinstitut.de/picker-report-2015-veroeffentlicht.html>; abgerufen 28.09.2015

Optimale Ressourcenallokation? Beispiele

Bettenreinigung auf einer Intensivstation am Feiertag: Am Vortag werden nachmittags noch Patienten entlassen oder verlegt, so dass am Feiertag diese Spezialbetten von Pflegefachpersonen gereinigt werden müssen, damit sie für Neuaufnahmen genutzt werden können. Für die Zeit der Bettenreinigung steht dann die Pflegefachperson den auf Station liegenden Patienten nicht zur Verfügung.

Abziehen einer Stationssekretärin in die Verwaltung: Auf der allgemeinchirurgischen Station mit 2 Fluren gibt es 2 Stationssekretärinnen mit 75 % und 50 % Stellenumfang. Die Station umfasst 2 x 24 Betten und ist mit schwer kranken und pflegebedürftigen Patienten voll belegt. Zur geschilderten Zeit waren zwei Planstellen in der Pflege unbesetzt. Krankheitsbedingt waren von den drei Planstellen der Sozialberatung zwei unbesetzt, weshalb die Pflegedienstleitung auf die Idee kam, eine der Stationssekretärinnen, die Medizinische Fachangestellte ist, für Kopie- und Ablagearbeiten für ca. 1 Stunde/Tag in die Sozialberatung abzustellen. Die Stationssekretärinnen gehen auf den Stellenplan der Pflege!

Neuorganisation der Krankenhausküche: Das Outsourcen der Krankenhausküche hatte wegen der nicht vorhandenen Möglichkeit, Thermo-Kaffeekannen dort zu reinigen, zur Folge, dass die Kannen nun auf Station von den Pflegefachpersonen gereinigt werden müssen.

Bereitstellung sauberer Patientenbetten: Das OP-Personal benötigt für die zu Ende geführte Operation ein Bett für den Patienten, um die nächste Operation ohne Zeitverlust vorbereiten und durchführen zu können. Daher wird auf der betreffenden Station angerufen und ein Bett nachgefragt. Durch einen Engpass in der Bettenzentrale bei der Aufbereitung von Betten kann die Station kein Bett bereitstellen. Aus Ärger über das nicht verfügbare Bett, über den drohenden Zeitverlust und den Stillstand im Arbeitsablauf ruft der Chefarzt persönlich bei der Pflegedienstleitung an und beschwert sich. Diese fällt den Pflegefachpersonen in den Rücken, indem auch sie beim Pflegefachpersonal auf der betreffenden Station die sofortige Bereitstellung eines Bettes im OP anordnet. Folge: Eine Pflegefachperson holt eines der zum Abtransport bereitgestellten verschmutzten Betten zurück auf die Station, bereitet es frisch auf und kann deswegen ihren sonstigen pflegerischen Aufgaben nicht nachkommen.

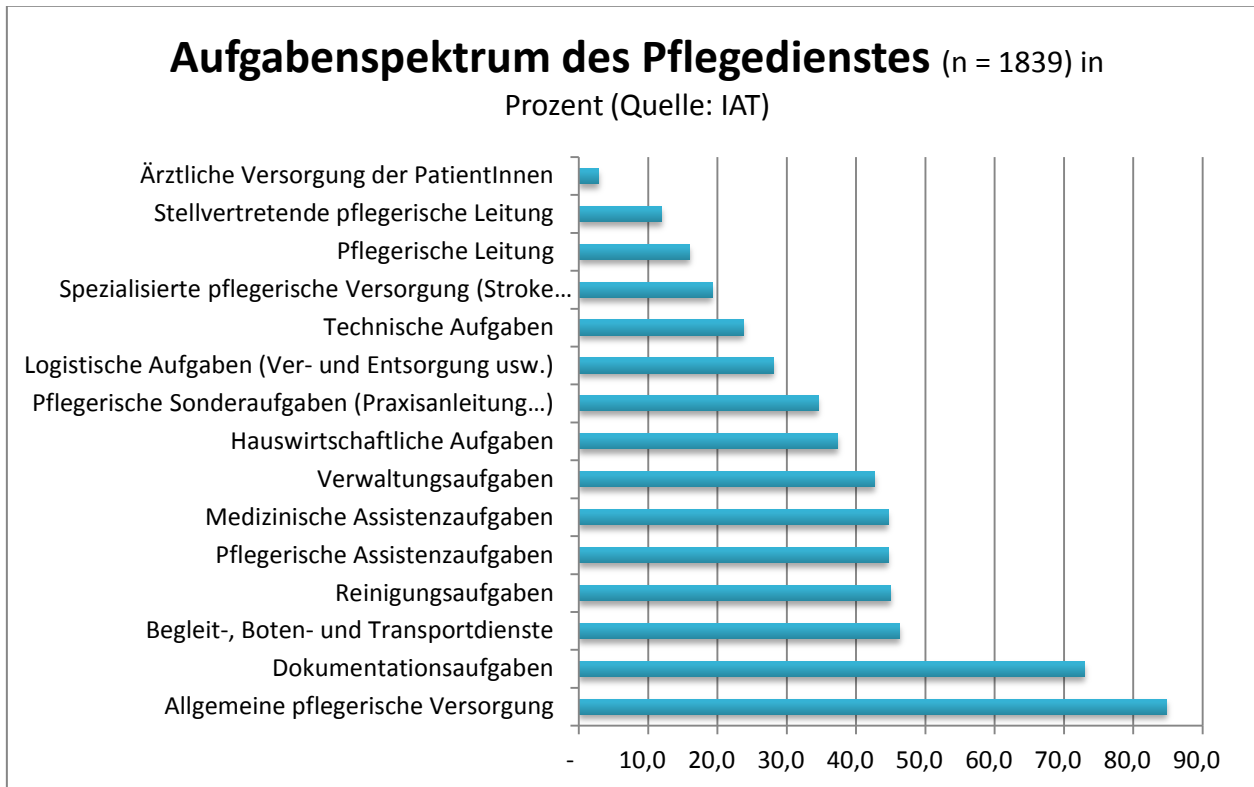
Die geschilderten Situationen sind keine Einzelfälle; wer als professionell Pflegende/r auf bettenführenden Stationen im Krankenhaus arbeitet, kennt ähnliche Situationen und erlebt sie nahezu täglich. Tut sich irgendwo eine Lücke auf, gibt es Verzögerungen im Betriebsablauf, wird allzu häufig zuerst nach der Pflege gerufen, um dies zu kompensieren. „Die Pflegekräfte sind ja ohnehin rund um die Uhr da, die erledigen das mit!“ – diese Ansicht ist offenbar verbreitet in den Kliniken. Und irgendwie klappt es dann ja auch meistens noch; woher die chronisch überlasteten Pflegefachpersonen die Zeit für zusätzliche Aufgaben noch nehmen sollen, interessiert letztlich die Verantwortlichen nicht.

Das Institut für Arbeit und Technik (IAT) hat im Auftrag der Hans Böckler Stiftung im Zeitraum Oktober 2012 bis Februar 2013 eine Online-Befragung von Pflegefachpersonen aus dem Krankenhaus durchgeführt⁶. Auftrag der Studie war, das Zusammenspiel von Arbeitsgestaltung und deren Konsequenzen für Gesundheitsarbeit zu betrachten – aus der Perspektive der pflegerischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Besonders im Blick: neue Aufgabenteilung, Zusammenarbeit der Berufsgruppen und Hierarchien, Arbeitsplatzgestaltung und die mit Veränderungen verknüpften Erwartungen und Erfahrungen. Die interessanten, aber aus Sicht der Pflege durchweg ernüchternden Ergebnisse sind im Abschlussbericht des Projekts nachzulesen: Im Kapitel 4.2.3. (Fokus: Veränderungen der Aufgabenteilung) berichten die Wissenschaftler folgende Ergebnisse der Umfrage (siehe **Abb. 2**): „Das Aufgabenspektrum der Pflegenden stellt sich differenziert dar. Neben den dominierenden Aufgabenfeldern der pflegerischen Versorgung und der (zum großen Teil darauf bezogenen) Dokumentation finden sich diverse verbreitete Zuständigkeiten unterschiedlicher Qualität. Differenziert man zwischen patientennahen und patientenfernen Aufgaben, dann fällt auf, dass ein großer Teil der Befragten aus dem Pflegedienst auch für Aufgaben der zweiten Kategorie zuständig ist. So nennen jeweils rund 40% die Aufgabenfelder Transport, Reinigung, Verwaltungsaufgaben und Hauswirtschaft als Anteile ihres Arbeitsspektrums. Hinzu kommen noch logistische und technische Aufgaben, die von rund einem Viertel der Pflegenden als zu ihrem Aufgabenspektrum gehörig genannt werden. Auch wenn die einzelnen Aufgaben hier nicht hinsichtlich ihres Anteils an der Gesamtarbeitszeit quantifizierbar sind, wird deutlich, dass ein erheblicher Teil des Aufgabenspektrums der Pflegenden abseits der Arbeit mit den Patientinnen/Patienten liegt.“

⁶ Arbeitspapier Nr. 306; C. Bräutigam et al: Arbeitsreport Krankenhaus – Eine Online-Befragung von Beschäftigten deutscher Krankenhäuser; herausgegeben 2014 von der Hans Böckler Stiftung.

Gleichzeitig beklagen die Befragten im Pflegedienst die mangelnde Zeit, die sie für diese Kernaufgaben zur Verfügung haben.“ (S. 44 – 45, Arbeitspapier Nr. 306).

Abb. 2: Ergebnisse Aufgabenspektrum des Pflegedienstes (Quelle: Arbeitspapier Nr. 306)



Die Forschergruppe des IAT kommt am Ende zu dem Schluss, dass die bisher in den Krankenhäusern praktizierte Form der Arbeitsumgestaltung und Arbeitsplatzgestaltung für alle Beteiligten unbefriedigend verläuft. Sie warnen sogar, dass statt einer Professionalisierung eine schleichende Deprofessionalisierung von „Gesundheitsfacharbeit“ als Folge unzureichender Arbeitsgestaltung drohe.

Arbeitsteilung mit Optimierungspotenzial

Wie sich eine hoch qualifizierte Pflegefachperson auf einer Intensivpflegestation an einem Feiertag fühlt, wenn sie, statt ihre in der Regel mindestens drei intensivpflichtigen Patienten zu betreuen und zu überwachen, ein benutztes Patientenbett reinigen und aufbereiten muss, kann nur vermutet werden. Auf ihre gesetzliche Arbeitspause wird sie vermutlich verzichten und am Schichtende länger bleiben müssen, um ihre Arbeit zum Wohle der Patienten zu einem guten Ende zu bringen. Und dass eine Pflegedienstleitung überhaupt auf den Gedanken kommt, für simple Büroarbeiten Arbeitskraft von einer ohnehin hoch belasteten Station abziehen anstatt eine studentische Hilfskraft zu beschäftigen, ist bemerkenswert! Zeigt es doch, wie tief verwurzelt eine althergebrachte Fehleinschätzung auch in Zeiten des allgegenwärtigen Pflegefachpersonal mangels noch immer ist: dass nämlich beruflich Pflegende Ressourcen haben, die es ermöglichen, zusätzliche Tätigkeiten zu übernehmen. Solche Aufgaben fallen, wie die Beispiele zeigen, ja häufig zu Zeiten an, wenn die pflegerische Besetzung extrem ausgedünnt ist: im Nachtdienst, abends sowie an Wochenenden und Feiertagen. Also dann, wenn andere Beschäftigten- und Berufsgruppen mit geregelter Kernarbeitszeit dienstfrei haben, im Urlaub oder erkrankt sind. Wird die Kernkompetenz der Pflege in den Kliniken nur darin gesehen, 24 Stunden täglich an sieben Tagen die Woche verfügbar zu sein?

Es stellt sich die Frage – und die professionell Pflegenden stellen sie sich seit langem und immer wieder – warum eigentlich die Pflege immer bzw. so häufig einspringen und kompensieren muss? Wa-

rum werden Dienstleistungen innerhalb der Klinik nicht von vornherein so organisiert, dass sie verlässlich abgerufen werden können, wenn man sie braucht? Eine Bettenaufbereitung bzw. das Vorhalten eines Saubere-Betten-Pools nicht nur von Montag bis Freitag zwischen 08:00 und 16:00 Uhr, sondern eben auch zu anderen Zeiten sicherzustellen, kostet Geld, keine Frage. Andererseits ist die in unserem Beispiel gezeigte Arbeitszeit der Intensivfachpflegekraft ja nicht zum Nulltarif zu haben. Entweder wird dem Patienten Pflegeleistung vorenthalten, was gefährliche Folgen haben kann, oder es wird Mehrarbeit produziert in Form von Überstunden oder dem Wegfall der gesetzlichen Pause. Ökonomisch betrachtet ist die Arbeitszeit der Intensivpflegefachperson etwa doppelt so teuer im Vergleich zu der eines angelesenen Mitarbeiters, der die Betten aufbereitet. Wirtschaftlich vernünftiges Handeln sieht anders aus!

Die Praxis in anderen Ländern

Im Vergleich mit anderen europäischen Ländern und internationalen Industrienationen hat die Pflege in Deutschland ein geringes „Standing“, d.h. wenig Einfluss im Gesundheitssystem, bei der Vergabe von Finanzmitteln und innerbetrieblicher Gestaltung der Abläufe im Krankenhaus. Von der Berufsgruppe wird erwartet, dass sie sich anpasst. Geht es auch anders?

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe haben persönliche Kontakte genutzt, um in anderen Ländern abzufragen, wie dort die Aufgabenteilung im Krankenhaus geregelt ist – mit dem Fokus auf Tätigkeiten und Zeiten, die außerhalb der werktäglichen Routinen liegen. Abgefragt wurde dabei die Organisation von drei gängigen Tätigkeitsbereichen: Physiotherapie, Patiententransporte und die Bettenaufbereitung. Zu jeder Frage gab es mindestens vier Antwort-Optionen und die Möglichkeit, Erläuterungen mitzuliefern.

Selbstverständlich ist diese Umfrage nicht repräsentativ, es handelt sich dagegen um eher zufällige Momentaufnahmen. Aber einige der mitgeschickten Freitexte zeigen doch, wie anders die Patientenversorgung außerhalb Deutschlands organisiert wird.

Portugal:

Im angefragten portugiesischen Krankenhaus arbeiten Pflegefachpersonen mit den Abschlüssen „Bachelor, Lizenziat und Master“. Physiotherapeuten sind auch an Wochenenden und Feiertagen vor Ort, so dass die Tätigkeiten nicht von Pflegefachpersonen übernommen werden müssen. Dasselbe gilt für Patiententransporte. Pflegenden dürfen die Station nicht verlassen! Spezielle Transporte mit pflegerischer Kompetenz bei Komplikationen werden von Pflegenden begleitet (dabei geht es nicht um das bloße Bettenschieben).

Bei der Reinigung von Betten findet sich dasselbe Bild: auch an Wochenenden und Feiertagen ist hierfür Personal vor Ort. Bettenreinigung ist generell keine Aufgabe der Pflege! Pflegehelfer übernehmen diese Aufgaben. Je nach Krankenhaus stehen immer genügend Helfer bereit.

Spanien

Bei der Übernahme von Tätigkeiten auf dem Gebiet der Physiotherapie ergibt sich ein uneinheitliches Bild. Zum einen werden die Tätigkeiten an Wochenenden und Feiertagen von den Pflegefachpersonen übernommen. Zum anderen führen die Physiotherapeuten selbst ein abgespecktes Programm durch. Die Transportdienste sind auch an Wochenenden und Feiertagen im Krankenhaus. Hier ist besonders hervorzuheben, dass es spezielle Transportdienste gibt, die der Pflege beim Heben (z.B. bei Adipositaspatienten) helfen. Die Bettenreinigung ist auch an Wochenenden und Feiertagen keine Aufgabe der Pflegefachpersonen, das entsprechende Personal arbeitet.

USA

Üblicherweise besteht auch eine Wochenendversorgung in den meisten großen Krankenhäusern. Die Physiotherapie ist verfügbar an Wochenenden, jedoch nicht an Feiertagen. An den Wochenenden haben die Rehabilitationspatienten Vorrang. Die meisten anderen Patienten warten oft auf die Montag-bis-Freitag-Therapie.

Krankenhäuser mit weniger als 50 Betten bieten keine Physiotherapie außerhalb der Kernzeiten. In den USA gibt es viele kleine Krankenhäuser, sog. „Critical Access“, die nur 30 oder weniger Betten führen; meist in dünn besiedelten Gegenden, die eine Basisversorgung bieten, jedoch zu klein sind, um Rund-um-die-Uhr-Services oder eine Wochenendversorgung anzubieten.

Gewöhnlich werden sog. „Transporteure“ von 06:00 bis 19:00 Uhr für die Patiententransporte eingesetzt. Nach 19:00 Uhr führen Pflegepersonen die notwendigen Transporte durch, das kommt allerdings sehr selten vor.

Die Notaufnahme hat Transporteure, und Pflegepersonen begleiten den Transport zur aufnehmenden Station. Zwischen 19:00 und 06:00 Uhr gibt es allerdings keinen nennenswerten Bedarf an Transporteuren, da das System anders organisiert ist.

Auch in den USA gibt es an Wochenenden und Feiertagen Reinigungspersonal zur Aufbereitung von Patientenbetten. Es gibt Mitarbeiter (keine Pflegefachpersonen), die grundsätzlich nur Patientenzimmer reinigen und auch vor Aufnahmen vorbereiten. Eine kleine Gruppe des Reinigungsteams bleibt zur Nachtschicht. Die Routinereinigungszeiten sind 07:00 bis 23:00, weil dann auch die meisten Patienten entlassen werden.

Luxemburg

In Luxemburg findet sich bzgl. der Physiotherapie ein uneinheitliches Bild. In manchen Häusern fällt die Therapie an Wochenenden und Feiertagen aus, in manchen Kliniken sind die Physiotherapeuten auch an den genannten Tagen im Dienst. Wieder andere Kliniken bieten den Patienten ein Sparprogramm an. D.h., dass die Physiotherapie nur bei den Patienten durchgeführt wird, bei denen es medizinisch dringend geboten ist.

Ein sehr einheitliches Bild findet sich bei Patiententransport- und Reinigungsdiensten: diese sind auch an Wochenenden und Feiertagen im Dienst, so dass diese Tätigkeiten nicht von Pflegefachpersonen übernommen werden müssen.

Dänemark

Auch in Dänemark bietet sich bzgl. der Physiotherapie ein uneinheitliches Bild: in manchen Kliniken werden die Therapien lediglich am Samstag angeboten, in anderen durchgehend auch an Wochenenden und Feiertagen. Beim Patiententransportdienst gibt es eine spezielle Berufsbezeichnung, den „Portör“. Diese Berufsgruppe ist je nach Klinik unterschiedlich organisiert, i.d.R. aber an Wochenenden und Feiertagen im Dienst. Auch mit der Bettenreinigung sind die dänischen Pflegefachpersonen nicht betraut, da entweder genügend Betten vorrätig sind oder an den gefragten Tagen Reinigungspersonal im Klinikum arbeitet.

England

Ein ausführliches Interview mit einer Pflegeexpertin, die im Rahmen eines mehrwöchigen Austauschprogramms im Frühjahr 2014 mehrere englische Krankenhäuser besucht hatte, erbrachte einen Eindruck über die Versorgungsabläufe dort:

In England wird der größte Teil der direkten Pflege von Pflegehelfern, Assistenten etc. ausgeführt. Von ihnen gibt es viele auf den Stationen. Qualifizierte Nurses gehen kaum zum Patiententransport mit, wenn dies nicht medizinisch erforderlich ist.

Die Ärzte sind sehr selten auf den Stationen, man sieht sie kaum. Somit sind viele Aufgaben, die in Deutschland Ärzte übernehmen, in England fest in pflegerischer Hand und werden von Advanced Nurses ausgeführt (Pain Management, Ernährungsmanagement, Beatmungsregime etc.). Hierzu bestehen Standards und Verfahrensanweisungen. Manche Nurses haben spezielle Zusatzqualifikationen (zusätzlich zum akademischen Abschluss) z.B. zur Verschreibung, können Schmerzmedikamente an- oder absetzen. Ärzte werden bei Erreichen der Standardgrenzen hinzugerufen.

Trotzdem ist es so, dass auch in England gelegentlich die Personaldecke (der Nurses) dünn wird. Da hilft man sich gegenseitig. Insgesamt ist aber die Pflegepersonalbemessung spürbar besser als in Deutschland.

Ein nationaler Vergleich

Die nationale Abfrage zeigt, dass es auch in Deutschland Krankenhäuser gibt, die (zuarbeitende) Dienstleistungen rund um den Kernbereich Pflege gut organisiert haben, so dass die beruflich Pflegenden damit nicht auch noch belastet werden. So zumindest der Plan. Die Berichte aus der Pflegepraxis klingen leider anders.

Insgesamt ergibt der Blick auf die Aufgabenteilung in Krankenhäusern ein heterogenes Bild, sowohl national als auch international. Es gibt viele sehr gute Beispiele mit äußerst effizienten Strukturen, aber auch Kliniken mit großem Optimierungsbedarf, was Abläufe in der Patientenversorgung angeht.

Hinweis: Die Tabelle mit den Einzelergebnissen der nationalen Abfrage finden Sie im Anhang.

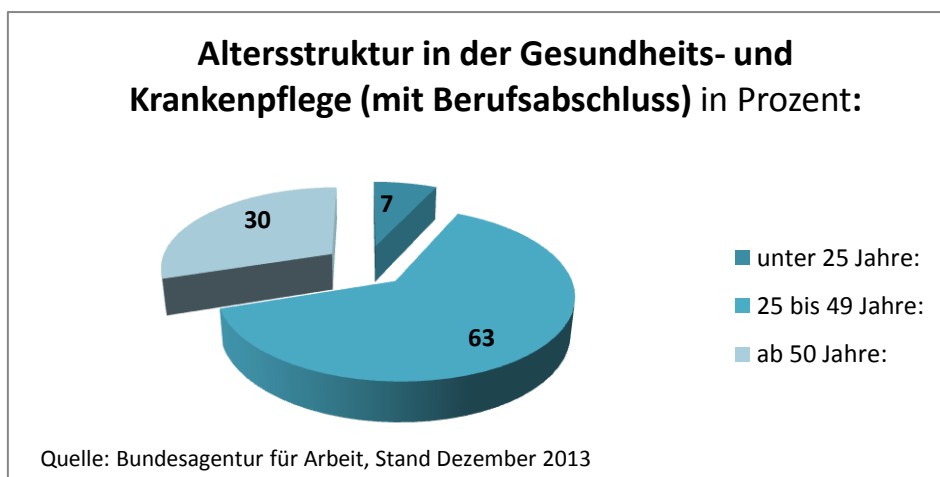
Ursache und Wirkung

Pflegen hat sich historisch aus einem Dienst durch Laien zu einer anspruchsvollen, hoch spezialisierten und technisierten Fachdisziplin entwickelt. Pflege als Profession ist in Deutschland aus konfessionellen Einrichtungen hervorgegangen; der Dienst resultierte aus Nächstenliebe und geschah um Gotteslohn. Durch mutige Pioniere wie beispielsweise Agnes Karll, die 1903 die Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen in Deutschland gründete, haben sich Bewusstsein und Verständnis von Pflege und die Pflege als Profession nachhaltig entwickelt. Allerdings hat sich die Profession Pflege in Deutschland nicht in dem Maße wie in anderen Ländern von der Medizin absetzen können. Auch das gesellschaftliche Verständnis vom Tätigkeitsfeld einer Pflegefachperson und manche öffentlich geäußerte Meinung von Seiten der Politik haben nicht dazu beigetragen, das Ansehen der Profession Pflege in der Öffentlichkeit und innerhalb des Gesundheitssystems zu heben. Es besteht im Krankenhaus ein deutliches Abhängigkeitsverhältnis zur Medizin. Das deutsche Gesundheitswesen insgesamt, aber auch die deutschen Krankenhäuser werden von der ärztlichen Berufsgruppe dominiert. Ärzte gelten im Krankenhaus als Erlösbringer und Leistungsträger, Pflege wird als Kostenfaktor betrachtet. Vielfach wurden Pflegedienstleitungen „entmachtet“ und der – BWL-qualifizierten – Geschäftsführung untergeordnet. Ihr Einfluss auf die Verteilung der Budgets, Strategien, Abläufe und Schwerpunktsetzungen wird seit Jahren beschnitten.

Wie konnte es soweit kommen – und trägt die Berufsgruppe selbst ein Stück Mitverantwortung?

Das Persönlichkeitsprofil der in der Pflege arbeitenden Fachpersonen ist von hoher sozialer Belastbarkeit gekennzeichnet. Auffallend sind aber auch der fehlende Wille oder ein Gefühl der Ohnmacht, sich gegen die Zustände zu wehren, und die geringe Bereitschaft, sich beruflich zu organisieren und zu strukturieren. Viele Pflegefachpersonen fühlen sich persönlich für „ihre“ Patienten verantwortlich. Durch immer mehr Einsatz versuchen sie lange, die von der Einrichtung zu verantwortenden Defizite zu kompensieren, damit der Patient zu seinem Recht und nicht zu Schaden kommt. Gerade bei älteren Pflegefachpersonen (Altersstruktur siehe **Abb. 3**) macht sich auch die „Gehorsamkeitsstruktur“ deutlich bemerkbar: vor noch nicht allzu langer Zeit waren Stationsleitungen teilweise autoritär, verlangten von den untergebenen ‚Schwestern‘ Gehorsam. Das führte zu einer Anpassung, die auch ein Aufbegehren gegen Vorgaben von Ärzten, Verwaltung, der Pflegemanagementebene erschwert oder unmöglich macht.

Abb. 3: Altersstruktur der Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege



Welche Folgen hat das in der und für die Berufsgruppe?

Von Pflegefachpersonen wird eine konstant hohe Flexibilität erwartet, obwohl Personalbemessung und -besetzung im Verhältnis zum Arbeitsaufkommen so defizitär sind, dass schon der normale Stationsbetrieb kaum aufrechterhalten werden kann. Ineffiziente Arbeitsteilung, schlechte Organisation der Schnittstellen und lückenhafte Dienstleistungen rund um den Patienten und seine Versorgung führen nicht nur zu teuren Warte- und Leerlaufzeiten, sondern auch zu Überlastung, Frustration und Demotivierung.

In der Folge steigt die Arbeitsverdichtung und damit verknüpft die Gesundheitsgefährdung für die Pflegefachpersonen massiv an. Sie leiden unter dem Druck, ihre originären pflegefachlichen Aufgaben nicht bzw. nicht fachgerecht durchführen zu können, ihren PatientInnen vieles schuldig zu bleiben. Stress und ein enormer Zeitdruck kommen hinzu, die Wahrscheinlichkeit einer berufsbedingten psychischen Erkrankung (Depression, Burn-Out, Suchterkrankungen ...) steigt stark an. Die Pflegeberufe weisen nachweislich die höchsten Steigerungsraten dieser Erkrankungen auf, seit Jahren lässt sich das an den Gesundheitsreports der großen Krankenkassen ablesen. Zusätzlich verlassen immer mehr Pflegefachpersonen aus o.g. Gründen den Beruf frühzeitig wieder – angesichts des bereits bestehenden Fachkräftemangels bei weiter steigendem Bedarf an professioneller Pflege ein Desaster.

Welche Folgen ergeben sich für das Krankenhaus?

Im heutigen Krankenhausbetrieb ist die Patientensicherheit aus vielen Gründen gefährdet, holprig gestaltete Abläufe erhöhen dieses Risiko noch. Jeder Fehler, nicht ausgeführte Prophylaxen oder diskontinuierliche Therapie verlängern den Genesungsprozess oder lösen sogar zusätzliche Komplikationen aus. Dadurch steigen die Kosten, vom Imageschaden gar nicht zu reden. In diesem Zusammenhang lohnt ein Blick in das Sozialgesetzbuch V, in dem es im § 39 heißt: „Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung...“⁷ Die Krankenhäuser schulden ihren PatientInnen also die Leistungen, die je nach Ausmaß der Hilfebedürftigkeit erforderlich sind, konkretisiert und verbindlich wird das bei Aufnahme ins Krankenhaus mit dem Behandlungsvertrag als gegenseitiger Verpflichtung.

Krankenhäuser als Arbeitgeber stehen im Wettbewerb untereinander um gutes Fachpersonal, gerade in der Pflege. Im sprichwörtlichen „war for talents“ hat so manches Klinikmanagement durch kurzfristige Personalstrategie enorm an Boden verloren und Lehrgeld bezahlt. In der derzeitigen Lage, in der sich ein erneuter Pflegefachpersonalmangel abzeichnet bzw. besteht, hat ein Arbeitgeber die Möglichkeit, durch Schaffung eines attraktiven Arbeitsplatzes seine eigene Attraktivität für Fachkräfte zu erhalten bzw. zu steigern. Durch gezielte Strategien des Krankenhaus- wie des Pflegemanagements und wirksame Anreize können MitarbeiterInnen an das eigene Krankenhaus gebunden und neue akquiriert werden. Die beste Werbung ist die Mundpropaganda; es spricht sich herum - unter beruflich Pflegenden wie auch in der Bevölkerung allgemein -, wo gute Arbeitsplätze anzutreffen sind und dem folgend das Versorgungsniveau hoch ist.

Welche Konsequenz ergibt sich für Menschen, die professionelle Pflege erwarten und benötigen?

Viele Krankenhäuser tragen ein Leitbild vor sich her, in dem ausdrücklich der Kranke im Zentrum ihres Versorgungsauftrags und Handelns steht. Das ist sicher richtig, solange das Leitbild auch spürbar gelebt wird. Hinter den Kulissen sieht es damit allerdings häufig mehr als ernüchternd aus. Artikel 4 der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen besagt: „Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf eine an seinem persönlichen Bedarf ausgerichtete, gesundheitsfördernde und qualifizierte Pflege, Betreuung und Behandlung.“⁸

Die Krankenhausfinanzierung unter DRG-Bedingungen stellt weniger die Bedürfnisse des Patienten als mehr die Ökonomie in den Vordergrund: Erlöse generieren, lukrative Prozeduren abrechnen können, damit am Jahresende mindestens die schwarze Null steht. Daran orientieren sich Diagnostik- und Therapieentscheidungen ebenso wie Skill-Mix und Kapazität des Personals. Der Genesungsprozess wird zunehmend aus dem Blick verloren, weil der Patient aus dem Blickfeld gerät. Die Pflegefachpersonen als „Anwälte der Patienten“ können sich aus rein zeitlichen Gründen den Genesungsprozess – eng verbun-

⁷ <http://www.buzer.de/gesetz/2497/a35646.htm>; abgerufen am 14.08.2015

⁸ <https://www.pflege-charta.de/de/die-pflege-charta/acht-artikel.html>, abgerufen am 14.08.2015

den mit dem Pflegeprozess – nicht mehr anschauen. Die Rückführung der Patienten ins normale Leben verzögert sich.

Die reduzierte Kontaktzeit zwischen Pflegenden und PatientInnen im Krankenhaus bringt eine niedrigere Versorgungsqualität mit sich. Es kommt zu einer Steigerung der Fehlerquote durch den Zeitdruck. O-Ton einer Gesundheits- und Krankenpflegeschülerin im dritten Ausbildungsjahr: „Wenn es mehr Personal gäbe und wir nicht fachfremde Arbeiten übernehmen müssten wie Tee kochen, Müllsäcke leeren, Verwaltungsaufgaben erledigen, putzen und Essenstabletts verteilen, könnten wir unsere Kompetenz dazu verwenden, den Gesundheitszustand der Patienten tatsächlich zu verbessern und weiteren Krankheiten vorzubeugen.“⁹

Was ist zu tun?

Damit PatientInnen auch künftig in deutschen Krankenhäusern Heilung und eine angemessen gute Versorgung erwarten können, müssen jetzt die Weichen richtig gestellt werden. Durch so manche Auswüchse der DRG`s wurde viel Vertrauen verspielt und eine Menge Geld vergeudet, das an anderer Stelle fehlt. Es ist jetzt Aufgabe der Politik, im Zuge von Reformen Fehlanreize im System mindestens zu verringern und durch gesetzliche Vorgaben, u.a. zur Pflegepersonalbemessung, die Patientensicherheit wieder zu gewährleisten.

Darüber hinaus sind allerdings auch andere Beteiligte gefragt, damit die Versorgungsprozesse in den Kliniken möglichst reibungslos ablaufen und alle Beteiligten ihre Aufgaben erfüllen können. Die eingangs geschilderten Beispiele, zu welchen zusätzlichen Aufgaben Pflegefachpersonen im Krankenhaus stillschweigend herangezogen werden, machen deutlich, auf welchen Ebenen Veränderungen ansetzen müssen.

Berufliches Selbstbewusstsein

Pflegefachpersonen sind qualifizierte Berufstätige, deren Arbeitsergebnisse sehr stark mit den Tätigkeitsfeldern anderer Professionen zusammenhängen. Berufliche Pflege umfasst Maßnahmen zur Wiedererlangung, Verbesserung, Erhaltung und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der zu pflegenden Menschen (§ 3 Krankenpflegegesetz). Hierbei leisten die Pflegefachpersonen ihren Beitrag zu Behandlung und Genesung der Bevölkerung – und dieser Beitrag ist groß. PatientInnen und ihre Angehörigen wissen das und geben regelmäßig den Angehörigen der Pflegeberufe Bestnoten in Umfragen zu Vertrauenswürdigkeit und Wertschätzung. Deshalb können professionell Pflegende mit Recht stolz auf ihre Arbeit und Kompetenz sein und das bewusst auch nach außen hin vertreten.

Dieses Bewusstsein darf sich auch in einem neuen Selbstbewusstsein äußern: Ohne die Profession Pflege funktioniert das Gesundheitssystem nicht! In Krankenhäusern wird immer wieder danach geschaut, welche Berufsgruppen zusätzliche Aufgaben übernehmen, in welcher Form Aufgaben anders verteilt werden können. Die Übertragung bisher ärztlicher Tätigkeiten durch Delegation wertet eine Pflegefachperson nicht auf, ganz im Gegenteil. Pflegefachpersonen sind nicht der verlängerte Arm des Arztes und anderer im Gesundheitssystem tätiger Professionen! Da sich Pflegefachpersonen über die Zuständigkeit für alle Belange des Patienten im engeren und weiteren Sinne definieren, wird ungefragt, oft auch vom Pflegemanagement, vorausgesetzt, dass das Pflegeteam neu hinzukommende bzw. von anderen Berufsgruppen abgegebene Tätigkeiten übernimmt. Die Pflegenden tun das häufig auch in der Annahme, Patienten dadurch optimal zu versorgen und helfen zu können. Am Ende wird die Pflegeleistung rationiert. Anderen Berufsgruppen fällt es leichter, sich gegen fremde Arbeitsaufträge abzusetzen.

Pflege hat etwas Wesentliches zu sagen und zu leisten! Und das zeigt sich häufig gerade da, wo es an Pflege fehlt. Beruflich Pflegende arbeiten in einer Schlüsselposition, direkt am Krankenbett, im unmittelbaren und kontinuierlichen Kontakt zum kranken Menschen und seinem Umfeld. Genau dort entscheidet sich, wie die Krankheit ausgeht und welche Lebensqualität mittel- und langfristig daraus resultiert.

⁹ Aus „Gedanken zum Pflegestreik“, 2015 anonym gepostet unter www.pflegenot2014.de

Dieses Selbstbewusstsein muss die berufliche Pflege in Deutschland auch dahin führen, dass sie sich vermehrt und konsequent dafür einsetzt, sich selbst zu organisieren und aus dem Diktat anderer, ihrer Profession fern stehender Entscheider heraus zu treten.

Selbstbewusst zu sein, Rückgrat zu beweisen, Widerstand zu leisten, sich nicht für alles benutzen zu lassen, Aufgaben aus gutem Grund auch abzulehnen und Grenzen zu setzen, all dies ist Teil der Professionalität. Und eine wichtige Aufgabe, um die Interessen und die Sicherheit der PatientInnen genauso wie die eigenen zu schützen. Diese Haltung ist allerdings beileibe nicht bequem. Und oft steht man zunächst ziemlich allein da und wird sogar aus dem eigenen Team heraus angegriffen. Als EinzelkämpferIn hält man das nur schwer aus. Stark macht es dann, Mitglied einer großen Gemeinschaft zu sein, die einem den Rücken stärkt, Ansprechpartner für individuelle Anliegen bietet und verlässliche aktuelle Informationen liefert. Der DBfK als großer Berufsverband ist so ein verlässlicher wichtiger Partner! „Per aspera ad astra“ – über raue Pfade zu den Sternen – war bereits Leitspruch von Agnes Karll, der weit-sichtigen DBfK-Gründerin.

Selbstverwaltung – Pflegekammer

Um die berufliche Pflege in Deutschland für die Zukunft fit und den Beruf wieder attraktiv zu machen, führt an der Gründung von Pflegekammern kein Weg vorbei. Pflege als Profession braucht Präsenz und Partizipation, innerhalb und außerhalb jeder Einrichtung – beides ist derzeit nicht bzw. kaum gegeben, daran krankt das gesamte deutsche Gesundheitssystem. Die mit weitem Abstand größte Berufsgruppe unter allen Gesundheitsberufen ist, wie es oft genannt wird, ein „schlafender Riese“. Weisungsempfänger, abhängig von den Entscheidungen, die Andere treffen. Die Marschrichtung wird traditionell von der Ärzteschaft vorgegeben, und an dieser Tradition muss die Pflege endlich rütteln dürfen. Pflegekammern werden in Deutschland vor allem deswegen von bestimmten Interessengruppen so erbittert bekämpft, weil diese mit Recht um ihre Macht und ihren Einfluss fürchten. In allen Bundesländern werden Pflegekammern zahlenmäßig mindestens doppelt so groß sein wie Ärztekammern – da ändert sich künftig die Meinungsführerschaft. In Rheinland-Pfalz kann man die ersten Schritte dahin beobachten und der Eindruck bestätigt sich, dass durch die Kammer – bereits in der Vorstufe – eine Augenhöhe herbeigeführt werden kann.

Orientierung am Patientennutzen

Trotz aller Leitbilder in Krankenhäusern und der politischen Vorgaben steht der Patient immer seltener im Mittelpunkt des Handelns. Hier muss es ein Umdenken von ganz oben und aller Professionen geben. Ohne Patienten gäbe es keine Krankenhäuser, ohne Krankenhäuser auch keine Arbeit für die Beschäftigten. Aus den Bedürfnissen der Patienten ergibt sich ein Versorgungsauftrag. Daher muss sich alles Handeln um die möglichst gute, effiziente und nachhaltige Behandlung der Erkrankten drehen – eigene Befindlichkeiten haben die geringere Priorität. Das bedeutet aber auch, dass der durchaus nachvollziehbare Wunsch nach Arbeit innerhalb der Kernzeiten und nur an Werktagen für patientennahe Tätigkeiten nur begrenzt realisiert werden kann. Alle erforderlichen Dienste müssen dann präsent und abrufbar sein, wenn sie benötigt werden. Sie sind an den Abläufen der Patientenversorgung auszurichten.

Dieses in der Profession Pflege immanent vorhandene Denken und Empfinden muss auch alle anderen Professionen durchdringen – angefangen von der Hausapotheke über die Küche bis hin zur Verwaltung. Die beruflich Pflegenden haben das Recht auf Dienstleistungen – und zwar dann, wenn sie benötigt werden. Es müssen Lösungen für die Zeiten gefunden werden, in denen den Forderungen der Patienten berechnete Forderungen der Beschäftigten der einzelnen Professionen und Abteilungen im Krankenhaus entgegenstehen. Ausgehend von einer gründlichen Analyse anfallender Tätigkeiten und Zeitkorridore sind verlässliche und tragfähige Lösungen zu schaffen und zeitnah zu evaluieren. Nationale und internationale Beispiele, die zur Orientierung und als Vorbilder dienen können, gibt es genügend.

Der Hinweis auf die Kosten kann in diesem Zusammenhang nicht greifen. Die Kompensation pflegere fremder Tätigkeiten durch Pflegefachpersonal rationiert entweder die Pflege, auf die der Patient ein Anrecht hat und die nötig ist. Im Ergebnis kann das erst richtig teuer werden, wenn Komplikationen auftreten oder sich der Behandlungsverlauf verlängert. Oder sie verursacht Mehrarbeit und Überstunden. Beides kostet Geld. Jeder Ökonom weiß, wie teuer die Arbeitsstunde einer qualifizierten Pflegefachperson ist. Die Übertragung eher einfacher Tätigkeiten an solche Fachkräfte ist in höchstem Maße unökono-

misch. Auch deshalb, weil die Unzufriedenheit der Pflegefachpersonen zunimmt und die Fluktuation steigt, was zusätzlich für erhebliche Zusatzkosten sorgt.

Das eingangs geschilderte Beispiel der neuerdings auf pflegefachlich höchstem Niveau gereinigten Kaffeekannen zeigt, dass aus seit Jahrzehnten immer wieder auftretenden Fehlern noch immer nicht genug gelernt wird. Bei Baumaßnahmen sowie Ablauf- oder Strukturveränderungen ist es einfach unumgänglich, konsequent und maßgeblich die Expertise und den Sachverstand der Praktiker einzubinden - aller Praktiker, die später mit dem Ergebnis leben müssen.

Fazit

Pflegerische Arbeitszeit ist in unseren Krankenhäusern ein äußerst knappes Gut, mit dem sorgfältig umgegangen werden muss. Pflegefachpersonal kann erwarten, nicht ungefragt und stillschweigend zur Vertretung anderer Tätigkeitsgruppen herangezogen zu werden. Es sei denn, die entsprechenden Zeitressourcen wurden in vollem Umfang in die Pflegepersonalbemessung einbezogen. Dessen ungeachtet gebietet der sich zuspitzende Fachpersonalmangel in den Pflegeberufen, dass alle möglichen Anstrengungen unternommen werden, um den Berufsangehörigen gute und motivierende Rahmenbedingungen für ihre Arbeit zu verschaffen. Dazu gehören auch Dienstleistungen, die verlässlich erbracht werden, damit die Pflegefachpersonen ihre originären Aufgaben ungehindert verrichten können. Sie sind äußerst wichtige Leistungserbringer und brauchen gute Arbeitsbedingungen, damit diese anspruchsvolle Leistung auf gutem Niveau und zur Zufriedenheit der Patienten erbracht werden kann. Die Bundesregierung zielt mit ihrer Krankenhausreform auf mehr und nachweisbare Qualität in der Versorgung ab, verfehlt aber mit den zaghaften Ansätzen das Ziel bei weitem. Richtig ausgestaltet können alle Beteiligten profitieren. „Pflege im Krankenhaus ist kein Kostenfaktor, sondern Kapitalrendite!“ – in anderen Industrienationen ist diese Haltung etabliert. Dort ist Pflege den Gesundheitssystemen etwas wert. Deutschland dagegen hat noch eine Menge aufzuholen.

Anhang:

Abfrage national	KH 1	KH 2	KH 3	KH 4
Anzahl Betten	650	300	600	1500
<i>Im Rahmen der Kernarbeitszeit (Montag bis Freitag von 8.00 bis 16.00 Uhr) finden im Krankenhaus auf den Stationen ärztlich angeordnete physiotherapeutische Maßnahmen statt. Wie werden diese Anordnungen an Wochenenden und Feiertagen ausgeführt?</i>				
a. Fallen aus	x			
b. Therapeuten sind auch außerhalb der Kernzeit vor Ort				x
c. Pflegepersonal übernimmt die Aufgaben	x	x		x
d. Je nach Notwendigkeit wird ein ‚Sparprogramm‘ (durch Physiotherapeuten) durchgeführt			x	
<i>Im Rahmen der Kernarbeitszeit (Montag bis Freitag von 7.00 bis 15.30 Uhr) werden Patiententransporte im Krankenhaus von Angestellten im Patientenfahrdienst durchgeführt (Röntgen-, Verlegungs-, Dialysefahrten etc.). Wie kommen die Patienten an Wochenenden und Feiertagen z. B. Sonntagnachmittags zu Untersuchungen?</i>				
a. Gar nicht, es finden keine Patiententransporte statt				
b. Transportdienste sind auch an Wochenenden und Feiertagen im Haus	x			x
c. Pflegepersonal übernimmt die Transporte			x	
d. Sonstiges		x		
Erläuterungen: KH 1: Ab 2.00 Uhr nachts kein Transportdienst mehr zur Verfügung; bis dahin Pflegebegleitung falls pflegerische Kompetenz nötig; spezielle Transportdienste vorhanden, die auch Pflegenden beim Heben helfen; KH 2: Fallabhängig werden med. Transporte pflegerisch begleitet; Verlegungen Intensiv > Normalstation: Transportdienst				
<i>Im Rahmen der Kernarbeitszeit (Montag bis Freitag von 7.00 bis 15.30 Uhr) werden Patientenbetten von eigens dafür geschultem Reinigungspersonal gereinigt und desinfiziert. Wie werden im Bedarfsfall die Betten an Wochenenden und Feiertagen aufbereitet?</i>				
a. Gar nicht				
b. Es stehen grundsätzlich genügend saubere Betten zur Verfügung	x	x		
c. Es gibt auch an Wochenenden und Feiertagen spez. Personal zur Bettenaufbereitung			x	x
d. Pflegepersonal übernimmt die Reinigung im Bedarfsfall				