

Neuordnung der Aufgabenteilung in Medizin und Pflege als Herausforderung und als Lösung

Manfred Fiedler
Klinikum Dortmund gGmbH

Inhalt

1. Warum diskutieren wir die Neuordnung?
2. Konsequenzen für die Zukunft
3. Was bedeutet dies ?
4. Ebenen der Gestaltung
5. Methoden der Umsetzung
6. Restriktionen der Gestaltung
 - a) Betriebliche Grenzen
 - b) Überbetriebliche Grenzen
7. Chancen der Umsetzung
8. Politische Erwartungen und Hoffnungen



Warum diskutieren wir die Neuordnung?

SVR Gesundheitswesen 2007 Ziffer 195

„Eine neue Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen bedarf einer Begründung, die sich aus dem gemeinsamen Ziel einer optimalen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ergibt. Es reicht nicht, das Anliegen allein durch veränderte Herausforderungen an das Gesundheitssystem oder veränderte Versorgungsstrukturen oder gar durch die Bestrebungen einzelner Berufsgruppen zu rechtfertigen. Entscheidend kann nur eine Herleitung sein, die begründete Annahmen darüber zulässt, dass sich derzeitige Defizite der Versorgung durch eine neue Aufgabenverteilung der Gesundheitsberufe abbauen lassen.“

Warum diskutieren wir die Neuordnung?

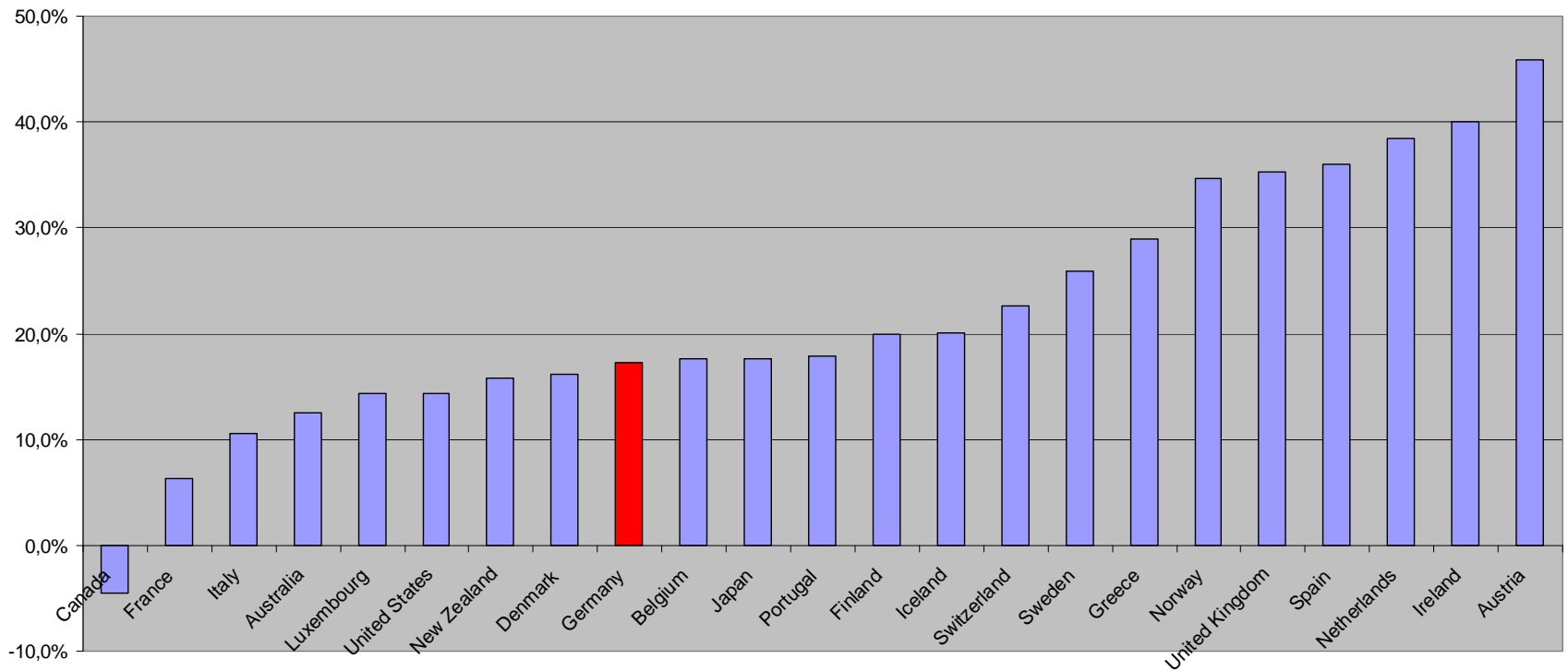
Ärztliche Leistung wird kurz- und absehbar auch mittelfristig für die Krankenhäuser teurer. (z.B. TV-Ä, Einzelverträge für spezialärztliche Leistungen). Die betriebliche (wie auch gesellschaftliche) Wertschöpfung muss sich an dieser absehbaren Entwicklung orientieren.

Warum diskutieren wir die Neuordnung?

In den letzten Jahren hat die ärztliche Leistung im System national und international deutlich zugenommen. Die Zahl der Ärzte ist in Relation zur Bevölkerung international allerdings derart unterschiedlich, dass die Sinnhaftigkeit der heutigen Arbeitsteilung in Deutschland als Ultima ratio nicht plausibel ist. Ein Zusammenhang zwischen Arztdichte, Lebenserwartung und Morbidität ist nicht feststellbar.

Zunahme der Zahl praktizierender Ärzte 1993 -2004

in %

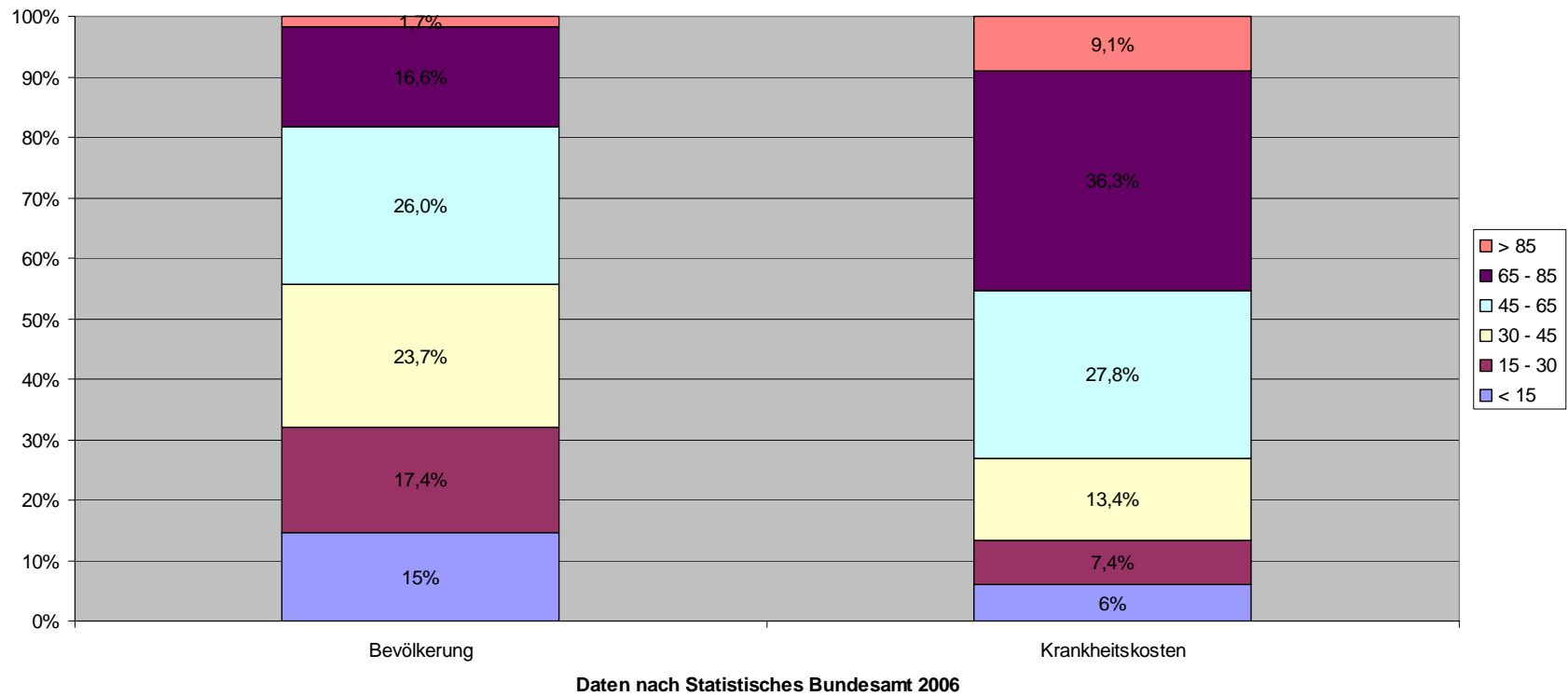


Warum diskutieren wir die Neuordnung?

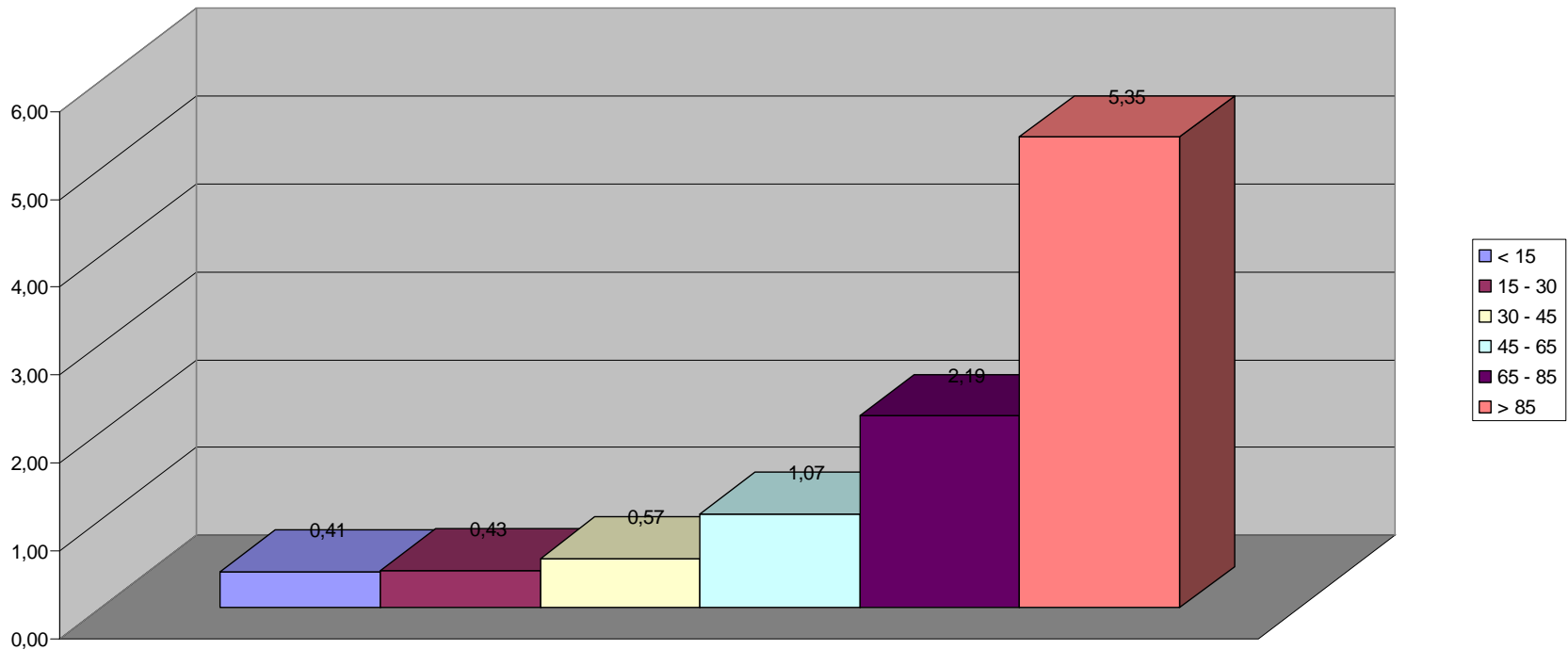
Das Gesundheitswesen ist vom demografischen Wandel doppelt betroffen:

- Die Gesellschaft wird älter und damit steigen die Anforderungen an Versorgung vor allem im stationären Bereich.

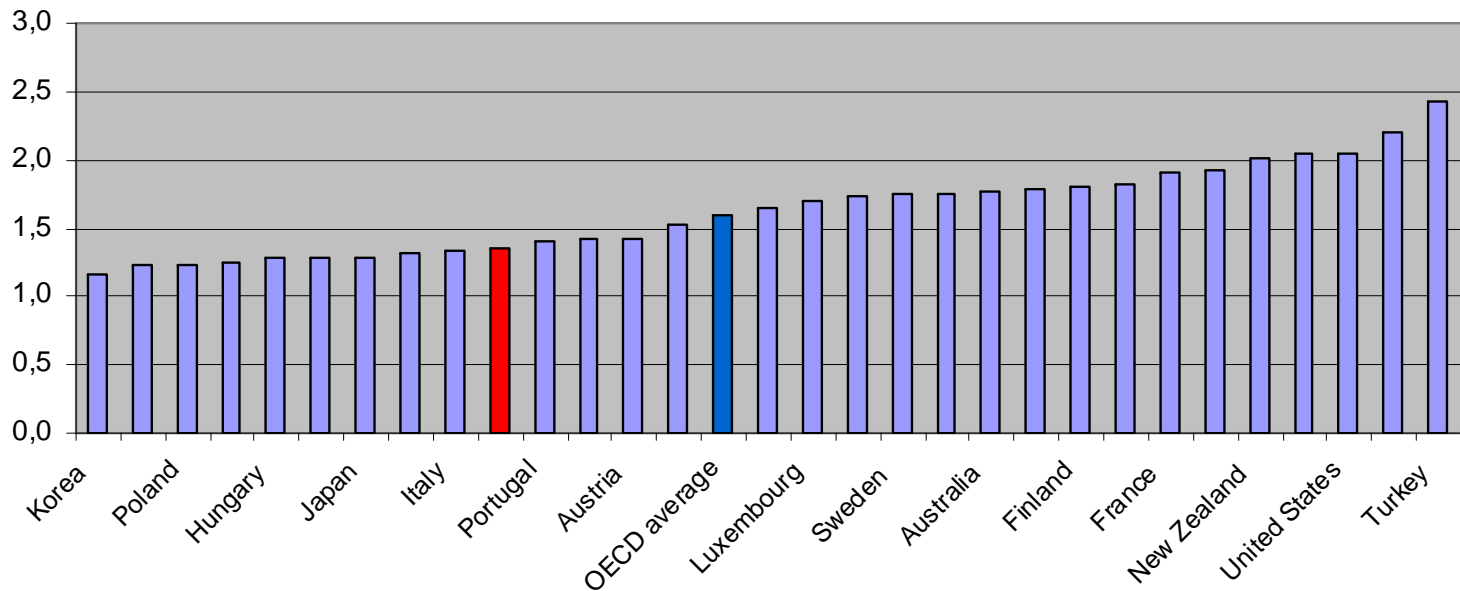
Alter und Krankheitsausgaben



Verhältnis Anteil Altersgruppen zu Anteil an Gesundheitskosten



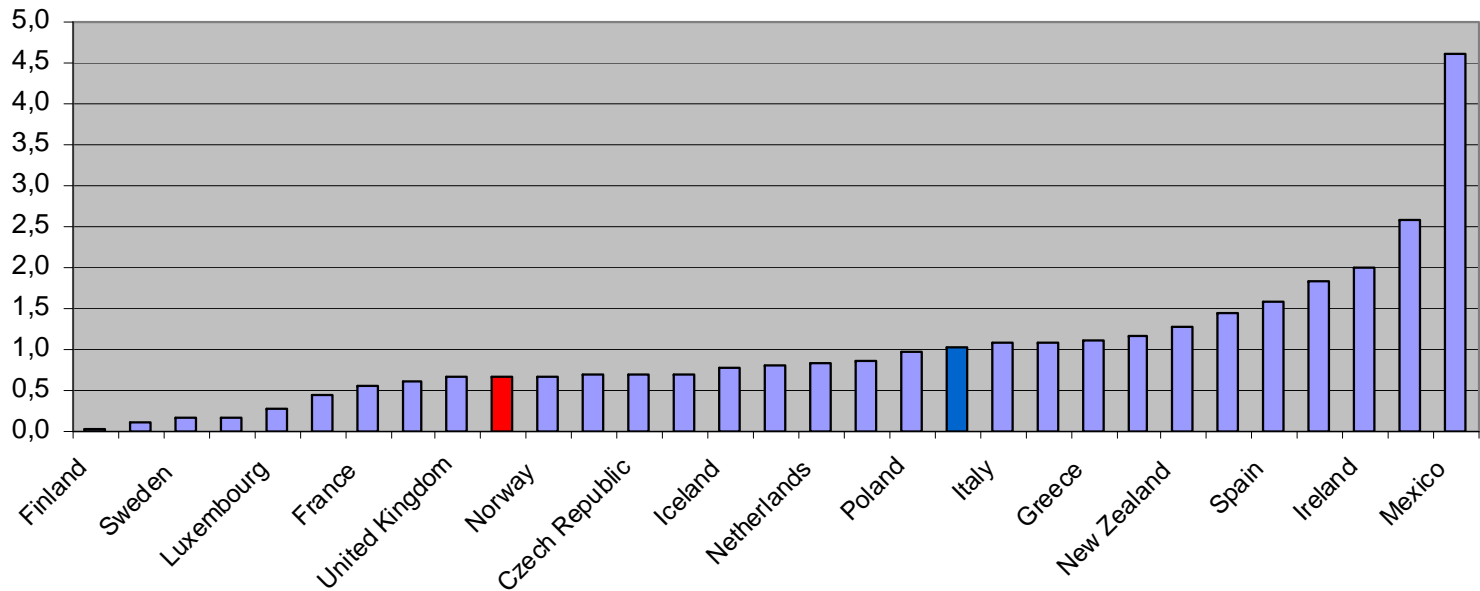
Rate der Fertilität 2004



Quelle: OECD 2006



Abnahme der Fertilität 1970 bis 2004 im internationalen Vergleich



Quelle OECD 2006

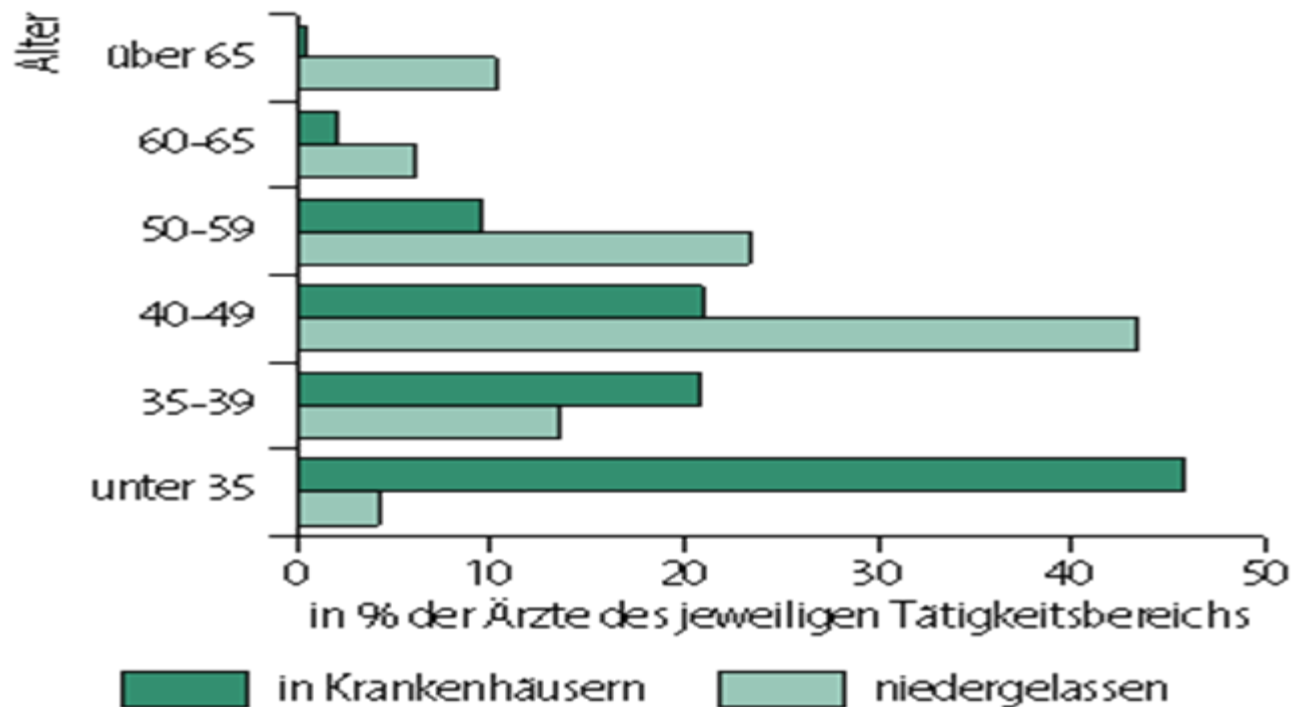
Warum diskutieren wir die Neuordnung?

Das Gesundheitswesen ist vom demografischen Wandel doppelt betroffen:

- Die Gesellschaft wird älter und damit steigen die Anforderungen an Versorgung vor allem im stationären Bereich.
- Auch die im Gesundheitswesen Tätigen sind Teil dieser gesellschaftlichen Entwicklung und werden älter. Diese, doppelte Demografie' führt vor allem im stationären Bereich zu einem besonderen Druck. Der Sog aus dem ambulanten Bereich übt Druck auf die fachärztliche Versorgung im Krankenhaus aus bei gleichzeitig demografiebedingtem Anstieg der potenziellen Krankenhaushäufigkeit.

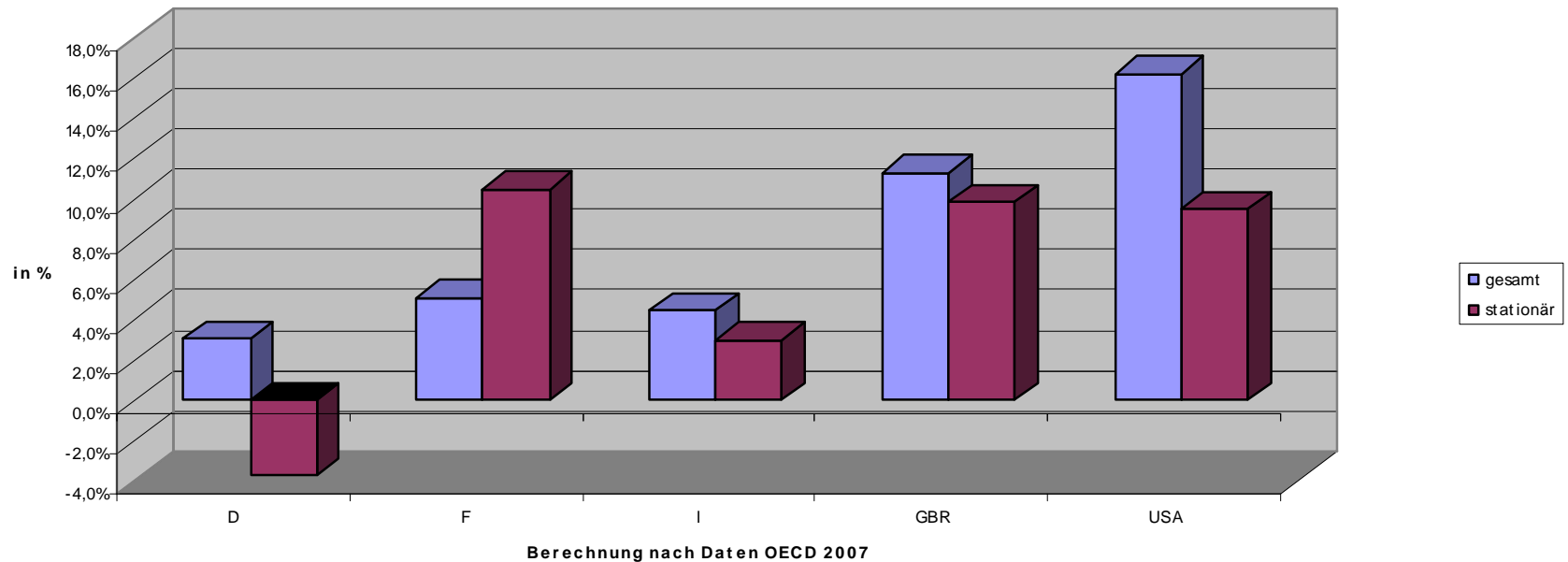


Verteilung der Ärzte nach Altersklassen



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2007

Beschäftigte im Gesundheitswesen Veränderung 1997 - 2004



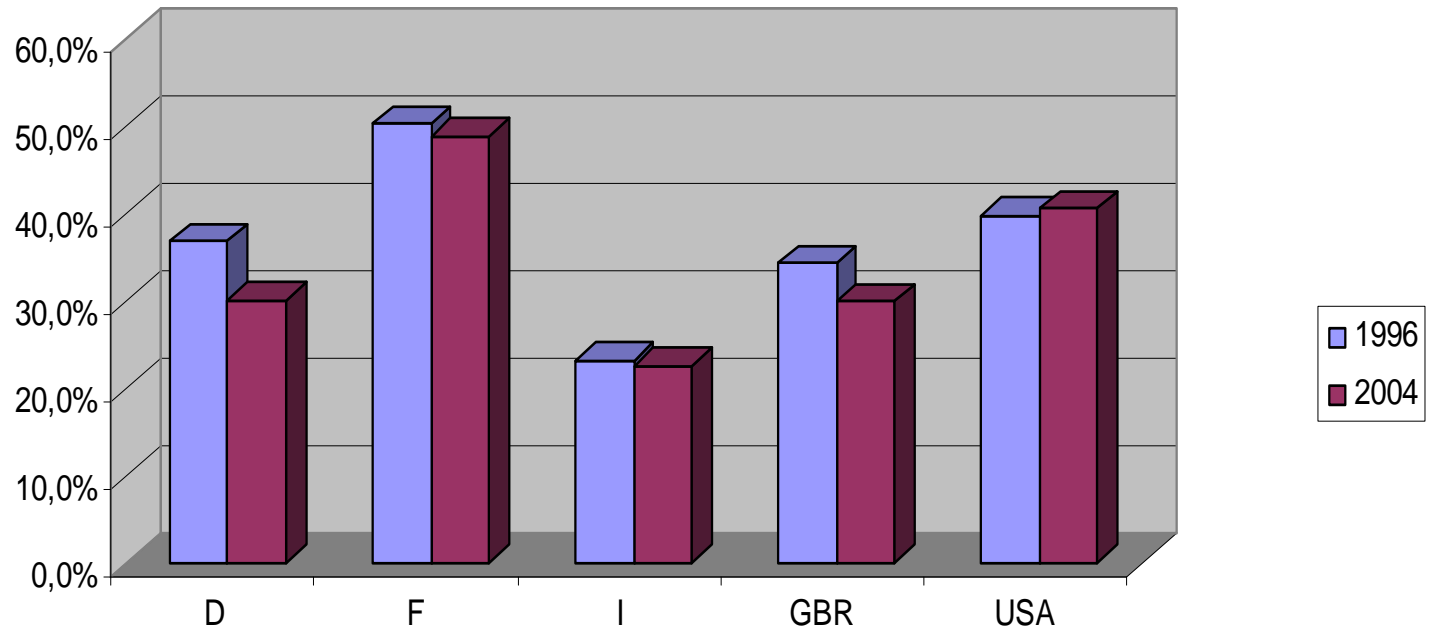
Warum diskutieren wir die Neuordnung?

Das Gesundheitswesen ist vom demografischen Wandel doppelt betroffen:

- Die Gesellschaft wird älter und damit steigen die Anforderungen an Versorgung vor allem im stationären Bereich.
- Auch die im Gesundheitswesen Tätigen sind Teil dieser gesellschaftlichen Entwicklung und werden älter. Diese ‚doppelte Demografie‘ führt vor allem im stationären Bereich zu einem besonderen Druck. Der Sog aus dem ambulanten Bereich übt Druck auf die fachärztliche Versorgung im Krankenhaus aus bei gleichzeitig demografiebedingtem Anstieg der potenziellen Krankenhaushäufigkeit.
- Spezialisierung im Krankenhaus gerät damit im Widerspruch zur allgemeinen ambulanten Versorgung in der Fläche.



Anteil Allgemeinärzte an alle praktizierenden Ärzten 1996 und 2004



Quelle: OECD 2007

Konsequenzen für die Zukunft

- Zunehmende Ressourcenkonkurrenz international.
- Zunehmende Ressourcenkonkurrenz zwischen ambulant und stationär sowie interregional.
- Arbeitsorganisation im Krankenhaus muss sozial- und altersadäquat gestaltet werden bei ökonomischen Restriktionen.
- Dem Ärztemangel heute kann oder wird der Pflegemangel morgen folgen.



Konsequenzen für die Zukunft

- Projekt der DKG in Zusammenarbeit mit dem DKI zur Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes:
 - Ausländische Erfahrungen (z.B. Niederlande, Schweiz, Österreich)
 - Verbandsempfehlungen (z.B. VPU)
 - DKI-Umfrage

- Betriebliche Aktivitäten:
 - z.B. Phlebotonisten im Klinikum Ludwigshafen
 - z.B. MAfA im Helios-Konzern
 - betriebliche Projekte



Was bedeutet dies ?

A. Durchbrechen alten Denkens

- Denkgewohnheiten ändern heißt die berufsfachlichen Grenzen öffnen. Dies muss aber nicht nur im betrieblichen Denken, sondern auch durch den Gesetzgeber vollzogen werden.
- Denkgewohnheiten ändern, heißt Innovation nicht nur additiv sondern auch substituierend einzuführen, heißt grundsätzlich in Prozessinnovationen zu denken.

Was bedeutet dies ?

B. Neuordnung der Verantwortung

Die Patientenversorgung muss durch eine Verbreiterung der Verantwortung auf mehr berufsfachliche Schultern gesichert werden.

Was bedeutet dies ?

C. Substitution oder Delegation von Aufgaben

Delegation: Durchführungsverantwortung bleibt beim anordnenden Arzt.

Substitution: Durchführungsverantwortung geht an durchführende Person.

Was bedeutet dies ?

D. Unsere betriebliche Definition

Medizinisch – pflegerische Tätigkeiten qualifikationsadäquat gliedern und sinnhaft neu verteilen (= upgrading von beruflicher Qualifikationsabforderung, qualifikatorisches Downgrading der Aufgabendurchführung).



Ebenen der Gestaltung

A. Betrachtung nach Qualifikationserwerb:

- a) Unmittelbar durchführbar: Übertragung ohne forensische Bedenken (z.B. Blutentnahmen, i.m.-Injektionen, Dokumentationsaufgaben, Wundversorgung).
- b) Unter Berücksichtigung von qualifikatorischen Maßnahmen durchführbar, ggfs. nach forensicher Prüfung.
- c) Nach heutiger bundesdeutscher Rechtslage nicht durchführbar.
- c) Prinzipiell nicht übertragbar oder delegierbar, ohne berufsfachlich gleichwertigen Qualifikationserwerb.

Ebenen der Gestaltung

B. Betrachtung nach Verantwortungsübertragung;

- a) Übertragung an bestehende Berufsgruppe im Rahmen deren berufsfachlicher Verantwortung: z.B. ärztliche Veranlassung (etwa im Therapieplan), pflegerische Durchführung.
- b) Übertragung der Durchführung unter ärztlicher Supervision (= ärztliche Assistenz).
- c) Etablierung neuer Berufsfelder (z.B. Wundmanager, chirurgische Assistenz, MAfA, Nurse Practitioner).



Methoden der Umsetzung

Schritt 1a)

- *Entlastung des Pflegedienstes von bisher pflegerisch durchgeführten Tätigkeiten an Berufsgruppen im unteren Qualifikationsbereich*
 - Versorgungsassistenz (wesentlich hauswirtschaftliche Aufgaben im Pflegedienst)
 - Stationsassistenz, d.h. an das Stationsteam gebundene Tätigkeiten (Stationslogistik, Pfl egetätigkeit vorbereitende Tätigkeiten).

Methoden der Umsetzung

Schritt 1b)

- *Identifikation von übertragbaren Aufgaben*
 - Interviews in den einzelnen Kliniken.
 - allgemeine Aufgaben, die überall gleichmäßig delegierbar sind
 - klinikspezifische Aufgaben

Methoden der Umsetzung

Schritt 2)

- *Bildung von Arbeitsgruppen zur Etablierung von Maßnahmen zur Aufgabenübertragung, Prozessbewertung, Qualifikationserwerb.
(dabei Etablierung bzw. Weiterentwicklung Case-Management)*



Methoden der Umsetzung

Schritt 3)

- *Personalentwicklungsmaßnahmen zur Absicherung der Maßnahmen zum Qualifikationserwerb*
 - Anleitung, Einarbeitung
 - Fortbildung, Refreshingkurse
 - Weiterbildung, Zertifizierte Fortbildung

Restriktionen – betriebliche Grenzen

1. Wirtschaftliche Grenzen

- Entlastung (im ärztlichen Dienst) führt nicht zu einer zeitlichen Entlastung (Problem der Invertierung).
 - z.B. DRG-Kodierung
- Qualifizierungsaufwand und Bewertung des Wertes der „neu“ geschaffenen Stellen.



Restriktionen – betriebliche Grenzen

2. Organisatorische Grenzen

- Leistungsprozesse lassen sich zeitlich nicht entkoppeln.
 - Beispiel Arzt begleitet die Leistung
 - Zeitliche Verteilung der Leistung lässt sich nicht neu organisieren (geringe Arbeitsdichte)

Restriktionen – betriebliche Grenzen

3. Berufsfachliche Grenzen

- Leistungen lassen sich fachlich nicht entkoppeln.
 - Beispiel: Arzt supervidiert die Leistungserbringung
 - Leistungen sind im Leistungsprozess zeitlich hierarchisiert.
- Berufsfachliche Traditionen

Restriktionen – überbetriebliche Grenzen

A. Qualifikationserwerb

- Qualifikation sind nicht kurzfristig geeignet zu akquirieren.
- Qualifikationen sind weder betrieblich noch überbetrieblich ausgebildet.
- Qualifikationen sind nicht geklärt.

Restriktionen – überbetriebliche Grenzen

B. Rechtliche Fragestellungen

- Rechtliche Grenzen der fachlichen Voraussetzungen für die Durchführungsverantwortung sind nicht definierbar.
- Es gibt Unklarheiten über die Durchführungsverantwortung, Organisationsverantwortung.



Chancen der Umsetzung

1. Wirtschaftliche Chancen

- Entlastung der qualifikatorisch und arbeitsmarktlich hoch bewerteten Arbeitskraft.
- Verkürzung der Prozesse von Routinetätigkeiten im Stationsteam bzw. Leistungsteam.

Chancen der Umsetzung

2. *Verbreiterung der qualifikatorischen Basis im Unternehmen*

Durch das Downgrading der Leistungen hebt sich die Gesamtqualifikation im Unternehmen.

Chancen der Umsetzung

3. Zukunftssicherheit

- Bei temporärem Mangel an höherwertigen Qualifikationen kann organisatorisch leichter gegen gesteuert werden.
- Ärztemangel kann durch Downgrading von Leistungen begegnet werden.

Chancen der Umsetzung

4. Prozessflexibilisierung

- Neuordnung ermöglicht durch oder bei Anpassung der Durchführungsverantwortung die Reorganisation in teambezogenen einheitlichen Prozessen.
- Trennung von Tätigkeiten ermöglicht die zeitliche Flexibilisierung der Leistungserbringung.

Politische Erwartungen

- Zukunftsfähigkeit heißt weg von plakativen Ohnmachtsbekundungen („der Wettbewerb wird es schon richten“) hin zu gestalterischer Politik.
- Rechtliche Klarstellungen.
- Wir brauchen eine besondere Qualifikationsoffensive im Gesundheitswesen.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!