

## **Alle Rechte vorbehalten**

© Wilhelm Servos, Much 2013

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtgesetzes ist ohne Zustimmung des Verfassers unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

## **Bachelorarbeit**

gemäß § 15 der Studien- und Prüfungsordnung für  
den berufsbegleitenden Bachelorstudiengang  
Management für Gesundheits- und Pflegeberufe  
an der HNU

**Studiengang:** Management für Gesundheits- und Pflegeberufe  
**Jahrgang:** 2011 - 2013  
**Lehrfach:** Personalmanagement

**Thema:** **Delegation pflegerischer Leistungen am Beispiel  
angelernter Kräfte in der Dialyse - rechtliche  
Aspekte und betriebswirtschaftliche Bewertung.**

**Erstkorrektor:** Frau Prof. Dr. Sylvia Schafmeister  
**Zweitkorrektor:** Herr Prof. Dr. Patrick Da-Cruz

**Verfasser:** Karl Wilhelm Servos  
Talstraße 40  
53804 Much

**Matrikel-Nr.:** 16 96 47

**Thema erhalten:** 07.03.2013  
**Arbeit angemeldet:** 06.06.2013  
**Arbeit abgegeben:** 27.09.2013

**Lose Beilagen:** Eine CD-ROM  
Ein Verzeichnis mit gesperrten Quellenangaben

## Inhaltsverzeichnis

|                                                               |     |
|---------------------------------------------------------------|-----|
| Inhaltsverzeichnis .....                                      | III |
| Abbildungsverzeichnis .....                                   | V   |
| Tabellenverzeichnis .....                                     | V   |
| Anhangverzeichnis .....                                       | VI  |
| Verzeichnis der losen Anlagen .....                           | VI  |
| Abkürzungsverzeichnis.....                                    | VII |
| Anmerkung zur besseren Lesbarkeit .....                       | IX  |
| 0. Problemaufriss mit Hinführung zur Thematik.....            | 1   |
| Kapitel I: Theoretischer Bezugsrahmen .....                   | 2   |
| 1. Stand der Delegation in Deutschland .....                  | 2   |
| 1.1. Diskussionen zur Delegation .....                        | 3   |
| 1.2. Delegation in deutschen Kliniken und Heimen .....        | 5   |
| 2. Terminologie der Berufsbezeichnungen .....                 | 7   |
| 3. Rechtliche Aspekte .....                                   | 10  |
| 3.1. Grundpflege als arztfreier Raum? .....                   | 10  |
| 3.2. Grundsätze der Delegation .....                          | 11  |
| 3.3. Delegierbare Leistungen und Grenzen der Delegation ..... | 14  |
| 3.4. Form der Zusammenarbeit.....                             | 16  |
| Kapitel II: Fallstudien.....                                  | 17  |
| 4. Stressbefragung .....                                      | 17  |
| 5. Multimomentaufnahmen aus Dialysezentren.....               | 19  |
| 6. Prozessanalyse in zwei Modellzentren.....                  | 22  |
| 6.1. Modellzentrum „A“ .....                                  | 22  |
| 6.2. Modellzentrum „B“ .....                                  | 26  |
| 7. Betriebswirtschaftliche Bewertung am Modellzentrum A ..... | 27  |
| 7.1. Lohnermittlung .....                                     | 27  |
| 7.2. Personalbedarfsermittlung nach Besetzungszeit .....      | 29  |
| 7.3. Kostenberechnung .....                                   | 30  |
| 7.4. Kontrolle der Personalaufwendungen an den Erlösen .....  | 31  |
| 7.5. Weiterführende betriebswirtschaftliche Aspekte.....      | 32  |
| 8. Erkenntnisse aus den Experteninterviews .....              | 33  |
| 8.1. Allgemeine Erfahrungen und Erkenntnisse .....            | 34  |
| 8.2. SWOT-Analyse.....                                        | 35  |
| 8.2.1. Unternehmerische Stärken.....                          | 35  |
| 8.2.2. Unternehmerische Schwächen .....                       | 36  |

|                                                       |    |
|-------------------------------------------------------|----|
| 8.2.3. Chancen aus dem Modell, Markt und Umfeld ..... | 37 |
| 8.2.4. Risiken aus dem Modell, Markt und Umfeld ..... | 37 |
| 8.3. Interne Barrieren .....                          | 38 |
| Kapitel III: Schlussbetrachtung.....                  | 39 |
| 9. Schlussfolgerung .....                             | 39 |
| 9.1. Aktueller Stand der Delegation.....              | 39 |
| 9.2. Befugnisse der Pflegefachkräfte.....             | 39 |
| 9.3. Befugnisse der MFA.....                          | 40 |
| 9.4. Allgemeine Regeln der Delegation .....           | 40 |
| 9.5. Delegationspotenzial .....                       | 41 |
| 9.6. Effekte der Prozessoptimierung .....             | 42 |
| 9.7. Kosten und Wirtschaftlichkeit .....              | 43 |
| 9.8. Einführung des Tandem-Modells.....               | 44 |
| 10. Fazit.....                                        | 45 |
| Literaturverzeichnis .....                            | 72 |
| Erklärung .....                                       | 79 |
| Lose Anlagen.....                                     | 80 |

## **Abbildungsverzeichnis<sup>1</sup>**

|                                                                    |    |
|--------------------------------------------------------------------|----|
| Abbildung 1: Ergebnisse der Stressbefragung .....                  | 19 |
| Abbildung 2: Auszug aus MMA 1, Abschlusstaktung .....              | 21 |
| Abbildung 3: Auszug aus MMA 4, Abschlusstaktung .....              | 21 |
| Abbildung 4: Auszug aus MMA 1, springen zwischen Tätigkeiten ..... | 21 |
| Abbildung 5: Auszug aus MMA 5, zeitgleiche Tätigkeiten .....       | 21 |
| Abbildung 6: Gehaltsberechnung für angelernte Kräfte .....         | 28 |
| Abbildung 7: Beispiel der Gehaltsberechnung. ....                  | 28 |
| Abbildung 8: Rangfolge der Pflegeberufe .....                      | 28 |
| Abbildung 9: Wochenbesetzung beim regulären Modell ohne AK .....   | 29 |
| Abbildung 10: Wochenbesetzung beim Tandem-Modell mit AK. ....      | 30 |
| Abbildung 11: Personalkosten im Vergleich .....                    | 30 |
| Abbildung 12: Beispiel der Gehaltsberechnung von 1:6 auf 2:8 ..... | 31 |
| Abbildung 13: Personalaufwandsquote beim Tandem-Modell. ....       | 31 |

## **Tabellenverzeichnis<sup>2</sup>**

|                                                  |    |
|--------------------------------------------------|----|
| Tabelle 1: Bezeichnungen der Pflegeberufe .....  | 47 |
| Tabelle 2: Recherchierte Fachzeitschriften ..... | 48 |
| Tabelle 3: Standardbegriffe für die MMA .....    | 52 |

---

<sup>1</sup> Alle Abbildungen wurden vom Verfasser erstellt. Die Abbildungen 9 und 10 auf der Basis der Angaben aus dem Modellzentrum A.

<sup>2</sup> Alle Tabellen wurden vom Verfasser erstellt.

## **Anhangverzeichnis**

|                                                                     |    |
|---------------------------------------------------------------------|----|
| Anhang 1: Terminologie der Berufsbezeichnungen .....                | 46 |
| Anhang 2: Recherchierte Fachzeitschriften .....                     | 48 |
| Anhang 3: Fragebogen zur Stressermittlung .....                     | 49 |
| Anhang 4: Kurzerläuterung zum Stressfragebogen .....                | 51 |
| Anhang 5: Standardbegriffe der Multimomentaufnahmen.....            | 52 |
| Anhang 6: Delegierbare Leistungen.....                              | 53 |
| Anhang 7: Patienteninformation im Modellzentrum A .....             | 54 |
| Anhang 8: Funktionsbeschreibung für Stationshilfen .....            | 55 |
| Anhang 9: Wochenaufgaben Stationshilfen .....                       | 56 |
| Anhang 10: Raumaufteilung im Modellzentrum A.....                   | 58 |
| Anhang 11: Planungsbeispiele - Modellzentrum A.....                 | 59 |
| Anhang 12: Tätigkeitsliste der AK im Modellzentrum B .....          | 60 |
| Anhang 13: Gehaltsberechnung für den Öffentlichen Dienst .....      | 62 |
| Anhang 14: Berechnung der Jahresarbeitszeit .....                   | 63 |
| Anhang 15: Personalbedarfsermittlung beim regulären Modell .....    | 64 |
| Anhang 16: Personalbedarfsermittlung beim Tandem-Modell .....       | 65 |
| Anhang 17: Gehaltsberechnung für Arbeitgeber 2013 (PFK) .....       | 66 |
| Anhang 18: Gehaltsberechnung für Arbeitgeber 2013 (AK).....         | 67 |
| Anhang 19: Schreiben der DN zur neuen WP gültig ab 01.07.2013 ..... | 68 |
| Anhang 20: Personalaufwandsquoten KfH und deutsche Kliniken .....   | 69 |
| Anhang 21: Fragebogen zum Experteninterview .....                   | 70 |

## **Verzeichnis der losen Anlagen**

|                                                                            |    |
|----------------------------------------------------------------------------|----|
| Lose Anlage 1: Sozialgericht Speyer, Urteil vom 27.07.2005, ab Seite ..... | 80 |
| Lose Anlage 2: Auswertung der Stressbefragung, ab Seite.....               | 80 |
| Lose Anlage 3: Auswertungen der Multimomentaufnahmen, ab Seite.....        | 80 |

## Abkürzungsverzeichnis

|                    |                                                                                                 |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Abb. ....          | Abbildung                                                                                       |
| AfnP .....         | Arbeitsgemeinschaft für nephrologisches Pflegepersonal e.V.                                     |
| AK .....           | angelernte Kraft / Kräfte                                                                       |
| AltPflG.....       | Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz)                                   |
| ANA .....          | American Nurses Association                                                                     |
| ATL .....          | Aktivitäten des täglichen Lebens                                                                |
| BAGFW.....         | Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege                                           |
| BÄK.....           | Bundesärztekammer                                                                               |
| BALK.....          | Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Pflegepersonen e.V.                                         |
| BANP .....         | Bundesarbeitsgemeinschaft Nephrologische Pflege; Arbeitsgemeinschaft der AfnP e.V. und fnb e.V. |
| BGH .....          | Bundesgerichtshof                                                                               |
| BSG .....          | Bundessozialgericht                                                                             |
| CAPD.....          | übersetzt: kontinuierliche ambulante Peritonealdialyse                                          |
| DAGKN .....        | Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Klinische Nephrologie e.V.<br>(Heute: DGfN)                    |
| DBfK .....         | Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.                                                   |
| ddnae .....        | Deutsche Dialysegesellschaft niedergelassener Ärzte e.V.                                        |
| DGfN.....          | Deutsche Gesellschaft für Nephrologie (Früher: GfN & DAGKN)                                     |
| DKG .....          | Deutsche Krankenhaus Gesellschaft                                                               |
| DKI.....           | Deutsches Krankenhaus Institut                                                                  |
| DN.....            | Verband Deutsche Nierenzentren e.V.                                                             |
| DPR .....          | Deutscher Pflegerat e.V.                                                                        |
| Ebd. ....          | Ebenda                                                                                          |
| FNB.....           | Fachverband nephrologischer Berufsgruppen e.V.                                                  |
| GesKrPflaAPrV..... | Gesundheits- und Krankenpflegeassistenten<br>Ausbildungs- und Prüfungsverordnung                |
| GfN .....          | Gesellschaft für Nephrologie e.V. (Heute: DGfN)                                                 |
| i.d.R. ....        | in der Regel                                                                                    |
| IPS .....          | Intensiv Pflegestation                                                                          |
| Isol. ....         | Isolierung                                                                                      |
| KBV.....           | Kassenärztliche Bundesvereinigung                                                               |
| KrPflG .....       | Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz)                               |
| LC .....           | Limited Care                                                                                    |

ltd. .... leitende  
MDK..... Medizinischer Dienst der Krankenversicherung  
MFA ..... Medizinische Fachangestellte  
MMA ..... Multimomentaufnahme  
MRSA ..... methicillinresistenter Staphylococcus aureus  
NCSBN ..... National Council of State Boards of Nursing  
PFK..... Pflegefachkraft  
SG..... Sozialgericht  
SGB ..... Sozialgesetzbuch  
sog. .... genannt  
u.a. .... und andere, unter anderem  
vgl. .... vergleiche  
VPU ..... Verband der PflegedirektorInnen der Unikliniken  
WP ..... Wochenpauschale  
z. B. .... zum Beispiel



### **Anmerkung zur besseren Lesbarkeit**

Zur besseren Lesbarkeit wurde in der vorliegenden Arbeit versucht, bei Personen und Berufsbezeichnungen stets die geschlechtsneutrale Formulierung zu nutzen. Dort wo das nicht erfolgt ist, ist natürlich auch das jeweils andere Geschlecht mit einbezogen.

## 0. Problemaufriss mit Hinführung zur Thematik

Unsere Gesellschaft altert zunehmend. Den Entwicklungen der Demografie ist es geschuldet, dass in den kommenden Jahren immer weniger Berufseinsteiger der Gruppe älterer Menschen gegenüberstehen, die aus dem Berufsleben ausscheiden. Eine Auswirkung davon ist der beginnende Fachkräftemangel.<sup>1</sup> Auch in der Dialyse wird es immer schwieriger, frei werdende Stellen mit Pflegefachkräften neu zu besetzen. Zudem führt das steigende Durchschnittsalter der Pflegefachkräfte zu einer sinkenden physischen Belastbarkeit. Dem gegenüber steht jedoch ein kontinuierlicher Anstieg der Fallzahlen von Patienten mit zunehmender Fallschwere. Erschwerend kommt auch noch der steigende Kostendruck hinzu. Die Absenkung der Erlöse für Dialyseleistungen<sup>2</sup> zum 1. Juli 2013 zwingt zur Identifizierung und Nutzung letzter Effizienzreserven. Die Belastung der Pflegefachkräfte in der Dialyse nimmt dramatisch zu. Der Stressreport Deutschland 2012 meldet bei den Gesundheitsberufen mit 50% das höchste Maß an Stresszunahme in den letzten 2 Jahren. 27% der Befragten fühlen sich bei der Arbeit quantitativ überfordert.<sup>3</sup>

Diese Gründe sprechen für die Entlastung der Pflegefachkräfte durch eine andere kostengünstigere Berufsgruppe. Gedacht wird hier an eine Delegation von einfachen pflegerischen Leistungen an Arbeitskräfte ohne medizinisch-pflegerische Ausbildung, die im Folgenden „angelernete Kräfte“ genannt werden. Damit stellt sich die zentrale Frage, ob die Delegation pflegerischer Leistungen von Pflegefachkräften an angelernete Kräfte in der Dialyse möglich ist. Es ist zu klären, welche rechtlichen Aspekte dabei zu berücksichtigen sind und wie ein Delegationsmodell aussehen sollte, das zu einem effizienten Personaleinsatz mit Verbesserung der Wirtschaftlichkeit führt, Arbeitsspitzen in der Dialyse reduziert und die Arbeitsattraktivität im nephrologischen Team erhöht.

Der aktuelle Forschungsstand zeigt eine rege Diskussion zur Ausweitung der Arzt-Pflege-Delegation sowie in den letzten Jahren auch eine zunehmende Debatte zur pflegerischen Delegation. Mit Ausnahme von ein paar wenigen Urteilen mit wertsetzendem Charakter ist jedoch die Rechtslage der Delegation

---

<sup>1</sup> Vgl. Roeder (Heft 6/2010), S. 578-585.

<sup>2</sup> Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (01.07.2013) unter: V-40-40.14: GOP's 40823, 40829, 40831, 40833, 40835. (Neue Dialyse-Sachkostenpauschale ab 01.07.2013).

<sup>3</sup> Vgl. Lohmann-Haislah (2012), S. 90f.

tion nicht eindeutig beschrieben und muss anhand von Aussagen aus relevanter Sekundärliteratur und zahlreichen Primärquellen in Form von Gesetzen, Verordnungen, Richtlinien, Empfehlungen, Gutachten, Positionspapieren und Lehrplänen abgeleitet werden. Auch bei den Bezeichnungen der Pflegeberufe mit Qualifikation und den Befugnissen herrscht zum Teil Unklarheit.

Das erste Kapitel mit dem Stand der Delegation in Deutschland, der Terminologie der Berufsbezeichnungen und den rechtlichen Aspekten setzt sich mit der Literatur auseinander und bildet den theoretischen Bezugsrahmen. Im zweiten Kapitel wird mit quantitativen Erhebungen ein empirischer Zugang gewählt. Stressbefragungen bei Pflegefachkräften der Dialyse dienen der Ermittlung von Stress und Stressoren. Multimomentaufnahmen in Dialysezentren sollen Arbeitsspitzen, Effizienzreserven und Delegationspotenzial aufzeigen. Beide Elemente bilden zusammen mit den Prozessanalysen aus zwei Modellzentren die Grundlage für eine betriebswirtschaftliche Bewertung beim Einsatz von angelernten Kräften in der Dialyse. Darüber hinaus sollen Experteninterviews Erkenntnisse für eine SWOT-Analyse und zu internen Barrieren liefern.

Im Kapitel Drei „Schlussbetrachtung“ werden anhand der gewonnenen Erkenntnisse die Schlussfolgerungen gezogen und daran die zentralen Fragestellungen beantwortet.

Die Bachelorarbeit soll Führungskräften Anregungen geben und Hilfestellung bieten, Prozesse und Personalstrukturen in der Dialyse neu zu überdenken, um sie den künftigen Herausforderungen anzupassen.

## **Kapitel I: Theoretischer Bezugsrahmen**

### **1. Stand der Delegation in Deutschland**

Die Beantwortung der Frage, in welchem Umfang pflegerische Tätigkeiten in deutschen Kliniken, Heimen und anderen Gesundheitseinrichtungen bereits an andere Berufsgruppen delegiert werden und wie Experten darüber denken, wurde über eine systematische Recherche der Sekundärliteratur ermittelt. Hierzu wurden 421 Ausgaben von 16 Fachzeitschriften ab dem Jahr 2010 gesichtet.<sup>1</sup> Insgesamt wurden darin nur sechs relevante Beiträge

---

<sup>1</sup> Vgl. Anhang 2: Recherchierte Fachzeitschriften, Seite 48.

gefunden.<sup>1</sup> Im Weiteren wurden die Internetseiten von AfnP, BÄK, DBfK, DKG, DKI, DPR, FNB, VPU und einigen großen Kliniken geprüft sowie im Internet und in den Online-Bibliotheken „WISO“ und „Medhochzwei“ unter dem Suchbegriff „Delegation pflegerischer Tätigkeiten/Aufgaben/Leistungen“ nach relevantem Datenmaterial recherchiert. Die gewonnenen Erkenntnisse werden im Folgenden chronologisch nach Erscheinungsjahr dargestellt.

### **1.1. Diskussionen zur Delegation**

- **2004:** Elke Bachstein, Referentin für Pflegerecht und Vorstandsmitglied des DBfK weist kritisch auf die beginnende Aufspaltung der Pflegearbeit in den Kliniken hin. Der Einsatz von pflegefremden Mitarbeitern aus anderen Berufsgruppen habe eine Einschränkung der Delegationsmöglichkeit zur Folge.<sup>2</sup> Daher seien vorwiegend nur examinierte Pflegefachkräfte tätig. „Pflegehelfer ohne Ausbildung, jedoch mit Erfahrung in der Pflege [...] werden kaum in Krankenhäusern eingesetzt [...].“<sup>3</sup>
- **2007:** Der DBfK betrachtet die Delegation nicht mehr so kritisch und stellt ein ins deutsche übersetzte Positionspapier von den beiden führenden US-amerikanischen Pflegeorganisationen ANA und NCSBN mit dem Titel „Joint Statement on Delegation - Gemeinsame Erklärung zum Thema Delegation“ zur Diskussion. Ziel war es, das „Thema Delegation in Deutschland auf einer fachlichen Ebene zu befördern.“<sup>4</sup> Verursacht durch den demografischen Wandel rechnet der DBfK künftig mit einem steigenden Bedarf an Pflegeleistungen und dies bei Zunahme des beginnenden Fachkräftemangels. Demnach seien die Kliniken künftig auf den Einsatz von Assistenzpersonal, auch aus Gründen der Kostendämpfung, angewiesen.<sup>5</sup>

Im gleichen Jahr legt der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen dem Deutschen Bundestag sein Gutachten zum Thema „Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“ vor. Bei den Formen der Zusammenarbeit wird darauf hingewiesen, dass die beruflichen Rollen nicht statisch fest seien, sondern sich im Laufe der Zeit als Reaktion auf externe und

---

<sup>1</sup> Das Krankenhaus (9/2010), Altenheim (3/2011), KU (6/2011); kma (11/2011); Dialyse aktuell (2/2013), Altenheim (3/2013). Die Autoren der Beiträge sind im Folgenden zitiert und im Fußnotenapparat gekennzeichnet.

<sup>2</sup> Vgl. Bachstein (Heft 4/2004), S. 222.

<sup>3</sup> Ebd. S. 224.

<sup>4</sup> Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (Hrsg.) (2007), S. 3.

<sup>5</sup> Vgl. ebd. S. 3f u. 9f.

interne Anforderungen durch Substitution bzw. Delegation veränderten.<sup>1</sup> Im Weiteren wird ein Gutachten aus 2002 (Wanless) für die britische Regierung zitiert, welches zum Ergebnis kommt, dass „12,5% der Tätigkeiten von examinierten Pflegekräften an Hilfskräfte übergehen sollten.“<sup>2</sup>

- **2009:** Im Abschlussbericht des Forschungsprojekts der Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes in Kooperation mit dem Institut für Gesundheits- und Pflegerecht Koblenz weisen Mischke u. a. darauf hin, dass sich in deutschen Kliniken ein Trend zur Neuorganisation der Delegation abzeichne. In ihrem Bericht stellen sie die Interviewergebnisse von 13 Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren vor. Demnach habe der ökonomische Druck zu einer veränderten Arbeitsorganisation geführt, die eine gezielte Delegation von Tätigkeiten auf nicht-pflegerisches Personal erforderlich mache. Durch das Hinzukommen von Stationshilfen, Pflegeassistenten und Stationssekretärinnen seien die Pflegefachkräfte entlastet worden.<sup>3</sup>

- **2010:** Im Projektbericht der Evangelisch-Lutherischen Diakonissenanstalt zu Flensburg werden die Ergebnisse zu alter(n)sgerechte Arbeitsbedingungen vorgestellt. Die Befragungen von 880 Beschäftigten aus Krankenhäusern und Heimen zeigte gerade bei den pflegerischen Berufen eine zunehmend hohe Arbeitsbelastung. Eine Schlussfolgerung daraus war, durch Servicekräfte das pflegerische Personal von einem Teil ihrer Aufgaben zu entlasten.<sup>4</sup>

2010 stellt auch der DBfK seine aktuelle Position zur Neuordnung von Aufgaben im Krankenhaus vor. Darin werden den Kliniken ein ökonomischer Druck, zunehmender Fachkräftemangel und ein erheblicher Bedarf für eine Prozessoptimierung attestiert. Der DBfK unterstreicht die Grundsätze des 2007 veröffentlichten Positionspapiers der ANA und NCSBN und billigt einen angemessenen Einsatz von Assistenten bei der Erbringung der Pflegemaßnahmen.<sup>5</sup> In etwa zeitgleich stellt das DKI seine Studienergebnisse zur Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes unter Beachtung anderer Berufsgruppen vor. Dabei wird deutlich, dass patientenferne Tätigkeiten häufig von Berufsgruppen übernommen werden, die nicht der Pflege angehören. Die Studie, an der 421 Krankenhäuser teilnahmen, zeigte aber auch Ansatzpunkte für eine Reorganisation im Bereich der patientennahen

---

<sup>1</sup> Deutscher Bundestag (2007), S. 54.

<sup>2</sup> Ebd. S. 55.

<sup>3</sup> Vgl. Mischke & Meyer (2009), S. 20f u. 24.

<sup>4</sup> Vgl. Dunckel (2012), S. 107 u. 123.

<sup>5</sup> Vgl. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (Hrsg.) (2010), S. 1ff.

Tätigkeiten auf. Dabei wird von „Ausschöpfung von Möglichkeiten der Delegation“<sup>1</sup> und einer Konzentration der Pflegefachkräfte auf ihre eigentlichen Kernkompetenzen gesprochen. Eine andere darin zitierte DKI-Studie<sup>2</sup> von 2003 zeigte bereits ein Delegationspotenzial von bis zu 28% der pflegerischen Arbeitszeit auf. Zusammenfassend werden handlungsleitende Empfehlungen für eine Reorganisation deutscher Kliniken mit Ausweitung der Delegation pflegerischer Leistungen an andere Berufsgruppen ausgesprochen.<sup>3</sup>

- **2013:** Die Caritas-Akademien bieten in Regensburg für Führungskräfte von Kliniken eine Fortbildung zum Thema Delegation und Substitution ärztlicher und pflegerischer Aufgaben an.<sup>4</sup>

Entgegen diesem allgemeinen Trend fordern 2013 jedoch einige Vertreter der Bundesarbeitsgemeinschaft Nephrologische Pflege (BANP) sogar die Quote der Fachpflegekräfte<sup>5</sup> für den stationären und Limited-Care-Bereich<sup>6</sup> auf 100% anzuheben.<sup>7</sup> Auch der Einsatz von MFA in der Dialyse wird kritisch bewertet und die Delegation pflegerischer Leistungen an angelernte Kräfte wird nicht diskutiert.<sup>8</sup>

## **1.2. Delegation in deutschen Kliniken und Heimen**

Um sich den künftigen Herausforderungen im Klinikalltag anzupassen, beginnt 2006 das Universitätsklinikum Münster damit, die Aufgaben der unterschiedlichen Berufsgruppen bei den rd. 8000 Mitarbeitern neu zu verteilen. Die Ziele waren, den Erhalt der Patientenversorgung auf dauerhaft hohem Niveau sicherzustellen, die Vermeidung einer weiteren Arbeitsverdichtung im ärztlichen und nicht-ärztlichen Bereich und die Entlastung der Pflege von bestimmten Aufgaben.<sup>9</sup> Im gleichen Jahr startete die Charité Universitätsmedizin Berlin ein Projekt zur Delegation von pflegerischen Tätigkeiten von Pflegefachkräften an Servicepersonal. Eine Ausweitung der Neuordnung von Tätigkeiten war für 2011 geplant.<sup>10</sup> Im Oktober 2009 stellte

---

<sup>1</sup> Vgl. Offermanns & Neilheiser (Heft 9/2010), S. 825; vgl. auch Offermanns (2010), S. 7.

<sup>2</sup> Vgl. Offermanns & Neilheiser (Heft 9/2010), S. 825; vgl. auch Blum (2003).

<sup>3</sup> Vgl. Offermanns & Neilheiser (Heft 9/2010), S. 828ff; vgl. auch: Offermanns (2010), S. 193-197.

<sup>4</sup> Vgl. Caritas-Akademien (2013).

<sup>5</sup> Fachpflegekraft = Pflegefachkräfte mit 2-jähriger Fachweiterbildung Nephrologie.

<sup>6</sup> Limited-Care (LC) ist die Zentrumsdialyse als räumlicher Ersatz für die Heimdialyse.

<sup>7</sup> Fachpflegekräftequote laut Dialysestandard 2006: Stationärer Bereich  $\geq 51\%$ ; LC  $\geq 33\%$ .

<sup>8</sup> Vgl. Bundschu & Fernsebner (Heft 2/2013), S. 70 u. 72.

<sup>9</sup> Vgl. Universitätsklinikum Münster.

<sup>10</sup> Vgl. Charité Universitätsmedizin Berlin (2013); vgl. auch Francois-Kettner & Einhäupl (Heft 10/2009) S 2.

der Geschäftsführer des Klinikverbunds Südwest auf der BALK-Herbsttagung die Delegation und Neuordnung von Aufgaben aus seinen Kliniken vor.<sup>1</sup>

Auf den Internetseiten fast aller Kliniken findet sich der Hinweis auf Servicekräfte, jedoch meist ohne eine nähere Aufgabenbeschreibung. So bieten die Sana Kliniken AG ein Berufsbild im Servicebereich an.<sup>2</sup> In der DKI-Studie wird dazu berichtet, dass sie eine „Musterausbildungsverordnung zur Qualifizierung von Service- und Pflegeassistenten für den Einsatz in Kliniken“<sup>3</sup> entwickelt haben. Das Fehlen dieser bedeutsamen Information auf der Internetseite der Sana Kliniken AG lässt den Rückschluss zu, dass auch andere Kliniken in der Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes wesentlich weiter sind, als auf ihren Internetseiten zu entnehmen ist. Anders auf der Internetseite der Kliniken der Stadt Köln: Dort wird gezielt mit der Unterstützung für Pflegefachkräfte durch Servicekräfte, Versorgungsassistenten, Stationssekretärinnen, Hol- und Bringdienst für Wirtschaftsgüter, Patiententransportdienst sowie mit einer ehrenamtlichen Unterstützung und eines Krankenhausbesuchsdienstes geworben.<sup>4</sup> In einem Beitrag von 2011 wird darüber berichtet, dass Asklepios, Sana und Vivantes auf ihren Stationen Pflegeassistenten einsetzen. Seit Oktober 2010 schult Vivantes nicht-pflegerische Mitarbeiter zu Stationsassistenten.<sup>5</sup>

Ein Blick in die Psychiatrie zeigt die gleiche Diskussion: In den Kliniken der Vitos GmbH wurde ebenfalls die Delegation von Tätigkeiten im ärztlichen und pflegerischen Bereich untersucht. Ziel war u. a. die Entlastung der Pflegefachkräfte durch anzulernendes Personal und durch das Hinzukommen von Medizinischen Fachangestellten.<sup>6</sup> Ähnlich auch in der Altenpflege: Die vorgeschriebene Fachkräftequote von 50% ist in Heimen aufgrund des Fachkräftemangels nur noch schwer zu erreichen. Es werden Pflegehilfskräfte für die Grundpflege und für die Zuarbeit benötigt. Auf einem Symposium im Januar 2013 in Bad Krozingen wurde ein zeitgemäßes Konzept zum Einsatz von Pflegefachkräften in Senioren- und Pflegeheimen gefordert.<sup>7</sup>

---

<sup>1</sup> Vgl. Weiß G. (2009), S. 1 u. 14; vgl. auch BALK - Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Pflegepersonen e.V. Landesgruppe Baden-Württemberg (2009).

<sup>2</sup> Vgl. Sana Kliniken AG.

<sup>3</sup> Offermanns (2010), S. 161.

<sup>4</sup> Vgl. Kliniken der Stadt Köln gGmbH.

<sup>5</sup> Vgl. Hiltensperger (Heft 11/2011), S. 80f.

<sup>6</sup> Vgl. König & Schütz (Heft 6/2011), S. 30ff.

<sup>7</sup> Vgl. Wipp (Heft 3/2011), S. 52ff; vgl. auch Klingbeil (Heft 3/2013), S. 14.

## 2. Terminologie der Berufsbezeichnungen<sup>1</sup>

Dieses Kapitel soll zur Klärung bei den unterschiedlichen Berufsbezeichnungen führen und soll die Fragen beantworten, welche Qualifikation und welche Befugnisse der jeweiligen Berufsgruppe beizumessen ist.

- **Pflegefachkraft:** In § 71 Abs. 3 SGB XI<sup>2</sup> werden Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpfleger gemäß KrPflG sowie Altenpfleger gemäß AltPflG als Pflegefachkräfte bezeichnet. Beide Berufsgruppen verfügen über eine 3-jährige Ausbildung, die sie dazu befähigt, selbstständig und eigenverantwortlich zu pflegen und im Rahmen der Mitwirkung ärztlich veranlasste Maßnahmen durchzuführen.<sup>3</sup> Voraussetzung für den Zugang zur Ausbildung ist der Realschulabschluss oder ein anderer gleichwertiger Bildungsabschluss.<sup>4</sup>
- **Fachpflegekraft:** Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger mit zusätzlich staatlich anerkannter 2-jähriger Fachweiterbildung besitzen innerhalb der nicht-akademischen Pflegeberufe die höchste formelle Qualifikation und werden laut DKG als Fachkrankenpfleger/-schwester oder Fachpflegekraft bezeichnet.<sup>5</sup> Die Weiterbildung befähigt sie „zur eigenverantwortlichen Pflege von Menschen mit besonderen Erkrankungen“<sup>6</sup>, wie z. B. in der Intensivpflege oder in der Nephrologie und Dialyse“.
- **Verantwortliche Pflegefachkraft:** Dabei handelt es sich um eine Pflegefachkraft gemäß Kranken- oder Altenpflegegesetz, die über eine zusätzliche Weiterbildung von mind. 460 Stunden verfügt. Diese befähigt sie zur Leitung einer ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung, die nach § 71 SGB XI unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft stehen muss.
- **Medizinische Fachangestellte:** Zum 01.08.2006 löste die neue Verordnung über die Berufsausbildung zur MFA<sup>7</sup> jene der Ausbildung zur Arzthelferin ab. Für beide Berufe ist eine 3-jährige Ausbildung erforderlich, aufbauend auf den Hauptschulabschluss. Sie befähigt insbesondere zum selbstständigen Planen, Durchführen und Kontrollieren von Arbeits- und Geschäftspro-

---

<sup>1</sup> In Anlehnung an und mit Auszügen aus K.-W. Servos (2013); vgl. auch Zusammenfassung im Anhang 1: Terminologie der Berufsbezeichnungen Seite 46f.

<sup>2</sup> Vgl. Sozialgesetzbuch (15.02.2013) §71 Abs. 3 SGB XI.

<sup>3</sup> Vgl. KrPflG (16.07.2003) §3 Abs. 1f; vgl. auch AltPflG (17.11.2000) §3 Abs. 1.

<sup>4</sup> Vgl. KrPflG (16.07.2003) § 5 Abs. 2; vgl. auch AltPflG (17.11.2000) § 6 Abs. 1.

<sup>5</sup> Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft (Hrsg.) (2011), S. 93 sowie § 2 Abs. 2.

<sup>6</sup> Vgl. ebd. § 1 Abs. 1.

<sup>7</sup> Vgl. Verordnung über die Berufsausbildung zur MFA [...], (2006).



zessen in Arztpraxen.<sup>1</sup> Die Ausbildungsinhalte qualifizieren die MFA allerdings nicht von vornherein für die Mitarbeit in der Dialyse.<sup>2</sup>

▪ **Arztfachhelfer/in:** In ambulanten Dialyseeinrichtungen können laut Dialysestandard 2006<sup>3</sup> Arzthelferinnen und Medizinische Fachangestellte, examiniertes Pflegepersonal bis zu einem Anteil von bis zu 25% ersetzen. Dabei weist der Dialysestandard 2000 bereits darauf hin, dass alle Arzthelferinnen die Zusatzqualifikation „Arzthelfer/in in der der Dialyse“ besitzen sollen. Hierzu wurde in 2002 von der BÄK ein 120-stündiges Fortbildungscurriculum erstellt. Dieses qualifiziert Arzthelferinnen zur „Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der Nierenersatztherapie unter Anweisung und Verantwortung des Arztes“.<sup>4</sup> Dennoch wird auch hier weiterhin von Assistenzpersonal<sup>5</sup> gesprochen. Die Fortbildung befähigt damit nicht zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Pflege. Der Dialysestandard 2006 spricht fortan von Arztfachhelfer/in in der Dialyse.

▪ **Krankenpflegehelfer:** Mit Inkrafttreten des neuen Krankenpflegegesetzes im Jahre 2003 wurde die Ausbildung zum Krankenpflegehelfer abgeschafft.<sup>6</sup> Somit kam es in den Jahren danach zu zahlreichen landesrechtlichen Regelungen und neuen unterschiedlichen Berufsbezeichnungen, die da lauten: Gesundheits- und Krankenpflegehelfer, Gesundheits- und Krankenpflegeassistent, Gesundheits- und Pflegeassistent, Kranken- und Altenpflegehelfer, Krankenpflegehelfer oder Fachkraft für Pflegeassistentz.<sup>7</sup> Die Ausbildungszeit dauert je nach Bundesland ein bis maximal zwei Jahre. Alle genannten Berufe werden entweder mit der Assistenz oder der Hilfe definiert. Angehörige dieser Berufsgruppen dürfen nur auf Basis der Planung von Pflegefachkräften tätig werden.<sup>8</sup> Unter § 3 der GesKrPflAssPrV in NRW heißt es: „Die Ausbildung für Gesundheits- und Krankenpflegeassistentinnen [...] soll [...] fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung [...] vermitteln.“<sup>9</sup> Hier liegt also der Fokus auf

---

<sup>1</sup> Vgl. Verordnung über die Berufsausbildung zur MFA [...] (2006) §3.

<sup>2</sup> Vgl. Bundesärztekammer (2002), S. 2.

<sup>3</sup> Vgl. DAGKN e.V., u.a. (2006), S. 128; vgl. auch DAGKN e.V., ddnae e.V. (2001), S. 97.

<sup>4</sup> Vgl. Bundesärztekammer (2002), S. 2.

<sup>5</sup> Vgl. ebd.

<sup>6</sup> Vgl. Dielmann (2006), S. 21.

<sup>7</sup> Vgl. Bundesinstitut für Berufsbildung (2009), S. 11, 13 u. 19.

<sup>8</sup> Vgl. Pöhler (2012), S. 25f; vgl. auch Meyenburg-Altwarg (Heft 01/2012a), S. 3.

<sup>9</sup> Vgl. Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Gesundheits- und Krankenpflegeassistentinnen [...] (2008), § 3 Ausbildungsziel.

„Mitwirkung“ und nicht auf eigenverantwortlicher Durchführung. Nach Pöhler handelt es sich hierbei nicht mehr um einen Fachberuf.<sup>1</sup>

- **Angelernte Kraft:** In der Gegenüberstellung der BAGFW werden Hilfskräfte und angelernte Kräfte genannt. Beide Gruppen dürfen nur unter der fachlichen Anleitung einer Fachkraft tätig werden.<sup>2</sup> Jedoch werden in der darüber stehenden Liste der geeigneten Kräfte, die angelernten Kräfte nicht aufgeführt. Daraus lässt sich ein Unterschied zwischen den beiden Gruppen ableiten. So stellte auch das Sozialgericht Speyer<sup>3</sup> 2005 fest, dass Hilfskräfte und angelernte Kräfte nicht gleichzusetzen seien. Hilfskräfte, wie z. B. Krankenpflegehelfer, besitzen eine Ausbildung, die allerdings unterhalb von der der Fachkräfte einzugruppieren sei. Angelernte Kräfte haben keine Ausbildung und besitzen damit keine formelle Qualifikation. Sie verfügten lediglich über Kenntnisse und Fähigkeiten, die sie durch Anleitung, Einübung und durch hausinterne Fortbildungen erworben hätten.<sup>4</sup> Diese sind im Bereich der materiellen Qualifikation einzustufen.

- **Pflegeperson:** Ein weiterer Begriff, der hauptsächlich im ambulanten Pflegesektor auftaucht, ist die Pflegeperson. Nach § 19 SGB XI handelt es sich dabei um eine Person, die nicht erwerbsmäßig tätig ist, sondern ehrenamtlich im Bereich der häuslichen Pflege und dies ungeachtet ihrer eigentlichen Qualifikation.<sup>5</sup> Eine Pflegeperson kann demnach auch einer der bisher genannten Berufsgruppen angehören.

- **Pflegekraft:** Viele Autoren verwenden auch die Begriffe „Pflege“ oder „Pflegekraft“. Mit „Pflege“ ist i.d.R. ein Arbeitsbereich und mit „Pflegekraft“ eine Pflegefachkraft gemeint. Im Folgenden wird bei Zitaten der Originalwortlaut beibehalten.

Abschließend kann gesagt werden, dass zur eigenverantwortlichen Pflege nur Pflegefachkräfte gemäß Kranken- und Altenpflegegesetz befugt sind. Alle anderen Berufsgruppen, demnach auch Medizinische Fachangestellte, sind sog. Nichtfachkräften zuzuordnen und dürfen nur auf Basis der Planung von Pflegefachkräften tätig werden. Angelernte Kräfte sind noch unterhalb der Hilfskräfteberufe einzustufen.

---

<sup>1</sup> Vgl. Pöhler (2012), S. 25.

<sup>2</sup> Vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (1996 u. 2011), S. 10.

<sup>3</sup> Vgl. Sozialgericht Speyer (2005), S. 11.

<sup>4</sup> Vgl. Di Bella (2008), S. 43.

<sup>5</sup> Vgl. Sozialgesetzbuch (15.02.2013) § 19 SGB XI; vgl. auch Di Bella (2008), S. 48.

### 3. Rechtliche Aspekte<sup>1</sup>

Ein richtungsweisender Beitrag zur Delegation wurde 2010 vom DKI unter dem Titel „Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes unter Beachtung weiterer Berufsgruppen“ veröffentlicht. Darin spricht Bergmann von „Delegation als Übertragung der Durchführungskompetenz der pflegerischen Tätigkeiten in eigener Verantwortung“.<sup>2</sup> Allerdings werden hier und auch in fast allen anderen Empfehlungen keine Angaben zur Berufsbezeichnung oder Qualifikation des Delegationsempfängers gemacht. In eigener Verantwortung dürfen Pflegefachkräfte nur jene Tätigkeiten delegieren, die zu ihrer eigenen beruflichen Profession gehören. Nach dem Kranken- und Altenpflegegesetz sind dies die Maßnahmen der Grundpflege. Dort wird von eigenverantwortlicher Durchführung gesprochen.<sup>3</sup>

#### 3.1. Grundpflege als arztfreier Raum?

Zur Grundpflege zählen jene Pflegemaßnahmen, meist eingeteilt in ATL, die der Bedürfnisbefriedigung des Patienten dienen, unabhängig vom Grad seiner Erkrankung.<sup>4</sup> Nach § 14 Abs. 4 SGB XI handelt es sich um regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen in den Bereichen der Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung.<sup>5</sup> Dies wurde auch im Urteil vom BSG im Jahr 1996 bestätigt: Demnach sind „krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen bei [...] wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens [...] der Grundpflege zuzurechnen, wenn ihre Durchführung keine spezielle Fachkunde voraussetzt.“<sup>6</sup> Allerdings tun sich einige Autoren der Pflegeliteratur noch schwer, von eigenständigen Tätigkeiten der Pflegefachkräfte zu sprechen. Dielmann begründet dies z. B. damit, dass § 1 Abs. 1 KrPflG (2003)<sup>7</sup> lediglich die Berufsbezeichnung regelt, aber nicht die Berufsausübung. Auch das Ausbildungsziel in § 3 Abs. 2.1 spricht bei pflegerischen Tätigkeiten nur von „eigenverantwortlich“ und nicht von „eigenständig“ und regelt damit nur das Haftungsrecht und nicht die Arbeitsteilung zwischen den Berufen.<sup>8</sup> Anders Liliane Juchli, Kranken- und Ordensschwester der Barmherzigen Schwestern und Mitbegründerin der modernen Krankenpflege: Sie hat bereits 1971 in ihrem Lehrbuch die Grundpflege als „eigenständiger

---

<sup>1</sup> In Anlehnung an und mit Auszügen aus: K.-W. Servos, (2013).

<sup>2</sup> Bergmann (2010), S. 113.

<sup>3</sup> Vgl. KrPflG (16.07.2003) §3 Abs. 2.1; vgl. auch AltPflG (17.11.2000) §3 Abs. 1.1.

<sup>4</sup> Vgl. Menche & u.a. (2001), S. 136.

<sup>5</sup> Sozialgesetzbuch (15.02.2013) § 14 Abs. 4 SGB XI.

<sup>6</sup> Bundessozialgericht (1996).

<sup>7</sup> Vgl. KrPflG (16.07.2003) §1 Abs. 1.

<sup>8</sup> Vgl. Dielmann (2006), S. 79f.

Bereich der Krankenschwester“<sup>1</sup> und damit als von den Ärzten unabhängiges Tätigkeitsfeld beschrieben. Auch die Medizinrechtler Großkopf & Klein ordnen die Grundpflege dem alleinigen Aufgabenbereich der Pflegekräfte zu. In diesem Sektor sind sie damit keine Erfüllungsgehilfen der Ärzte, sondern unterstehen dem Träger der Einrichtung, zu dessen Aufgabe auch die pflegerische Betreuung der Patienten zählt. Großkopf & Klein begründen dies, anders als Dielmann, mit den Veränderungen im KrPflG aus 2003 im Vergleich zum KrPflG aus 1985. Erst mit der Neufassung aus 2003 wurde unter §3 Abs. 2.1 von „eigenverantwortlicher“ Ausführung der Pflege gesprochen.<sup>2</sup> Noch deutlicher wird hier das AltPflG: Hier wird neben „eigenverantwortlich“ auch von „selbstständig“ gesprochen.<sup>3</sup>

Ähnlich äußert sich auch das DKI 2010 und schreibt dazu: „Gemein ist allen pflegerischen Aufgaben, dass diese nicht aus dem ärztlichen Tätigkeitsbereich abgeleitet sind, die Pflegekräfte insofern auch nicht Erfüllungsgehilfen des Arztes sind, sondern einzig der Weisungs- und Überwachungsverantwortung der Pflegedienstleitung und des Krankenhausträgers unterstehen“. <sup>4</sup> Obwohl noch keine abschließend gesetzliche Regelung besteht, sprechen Großkopf & Klein erstmalig von einer „Manifestierung eines arztfreien Raumes per Legaldefinition“. <sup>5</sup> Damit kann die Grundpflege dem alleinigen Aufgabenbereich der Pflegefachkräfte zugeordnet werden. Sie erhalten damit eine Eigenständigkeit, gleichwohl sie sich im Wirkungskreis des ärztlichen Tuns befinden.

### **3.2. Grundsätze der Delegation**

Bei der Frage nach dem geeigneten Delegationsempfänger, unterteilt Meyenburg-Altward diese nach ihrer Qualifikation. In der untersten Ebene nennt sie „Pflegehelfer ohne Ausbildung“ und „Praktikanten“, die sie unmissverständlich vom Krankenpflegehelfer abgrenzt. Auch bei der Aufgabenzuordnung wird deutlich, dass beide Bezeichnungen ein Synonym für eine angelernte Kraft sind. Diese Personen verfügen über keine Ausbildung und keiner formellen Qualifikation. <sup>6</sup>

---

<sup>1</sup> Juchli & Högger (1971), S. 1.

<sup>2</sup> Vgl. Großkopf & Klein (2012), S. 221; vgl. auch KrPflG (16.07.2003) §3 Abs. 2.1; vgl. auch KrPflG (04.06.1985) §4.

<sup>3</sup> Vgl. AltPflG (17.11.2000) § 3 Abs. 1.

<sup>4</sup> Vgl. Bergmann (2010), S. 112.

<sup>5</sup> Großkopf & Klein (2012), S. 220.

<sup>6</sup> Vgl. Meyenburg-Altward (Heft 01/2012b), S. 8f.

Die Medizinrechtler Großkopf & Klein sprechen sich für die Entwicklung eines tragfähigen Delegationsmodells durch Pflegeverantwortliche aus und betonen, dass hier die gleichen Grundsätze gelten, wie bei der ärztlichen Delegation.<sup>1</sup> Um Rechtssicherheit zu erlangen, empfehlen sie die Delegation an der subjektiven Fähigkeit des Delegationsempfängers und an der objektiven Gefährlichkeit der zu delegierenden Maßnahme auszurichten.<sup>2</sup> Die subjektive Fähigkeit des Delegationsempfängers wird bestimmt durch seine formelle und materielle Qualifikation. Darin sind sich alle Experten einig.<sup>3</sup> Die formelle Qualifikation wird mit der Ausbildung (z B. als Gesundheits- und Krankenpfleger) erworben, die materielle Qualifikation hingegen durch Einarbeitung und Üben. Bei der Übertragbarkeit der Maßnahme beurteilen Holzäpfel u. a. neben der Gefährlichkeit noch die Schwierigkeit und Beherrschbarkeit.<sup>4</sup> Für die Dialyse bedeutet das nun: Je niedriger die formelle und materielle Qualifikation des Delegationsempfängers ist, desto ungefährlicher, einfacher und beherrschbarer muss die zu übertragende Aufgabe sein.

Rossbruch führt in einem seiner Aufsätze zur ärztlichen Delegation noch hinzu, dass stets fünf Voraussetzungen erfüllt sein müssen. Übertragen auf die pflegerische Delegation von patientennahen Tätigkeiten, sind dass die Patienteneinwilligung, die Pflegeanordnung sowie die Befähigung und die Bereitschaft des Delegationsempfängers. Darüber hinaus darf die Tätigkeit keinem Pflegevorbehalt unterliegen.<sup>5</sup>

Bei der ärztlichen Delegation verpflichtet sich der Delegationsempfänger zur Einhaltung des ärztlichen Behandlungsstandards. Übertragen auf die pflegerische Delegation an eine angelernte Kraft, muss auch hier der pflegerische Standard gewährleistet bleiben. Durch den Einsatz des nicht-pflegerischen Personals darf für den Patienten kein zusätzliches Sicherheitsrisiko entstehen.<sup>6</sup> Bei der Delegation bleibt die pflegerische Tätigkeit weiterhin im Berufsfeld der Pflegefachkraft. Diese muss sich davon überzeugen, dass die angelernte Kraft den pflegerischen Standard beherrscht.<sup>7</sup> Die Häufigkeit der Kontrolle orientiert sich dabei an der materiell erworbenen Qualifikation der angelernten Kraft sowie an der Gefährlichkeit, Schwierigkeit

---

<sup>1</sup> Vgl. Großkopf & Klein (2012), S. 223 u. 224 Fußnote 368.

<sup>2</sup> Vgl. Großkopf & Klein (2012), S. 221.

<sup>3</sup> Vgl. Di Bella (2008), S. 50ff; vgl. auch Höfert (2011), S. 93; Pöhler (2012), S. 15; Großkopf & Klein (2012), S. 227f; Laufs & Kern (2010), S. 649.

<sup>4</sup> Vgl. Holzäpfel & u. a. (2011), S. 19.

<sup>5</sup> Vgl. Roßbruch (Heft 4/2003), S. 142-146.

<sup>6</sup> Vgl. Holzäpfel & u. a. (2011), S. 18f.

<sup>7</sup> Vgl. Meyenburg-Altwarg (Heft 01/2012a), S. 4.

und Beherrschbarkeit der delegierten Tätigkeit. Beispielsweise aus der Gewichtsmessung des Patienten vor der Dialyse errechnet sich die Wassermenge, die während der Dialyse dem Patienten aus dem Blut entzogen wird. Passiert hier ein Wiegefehler, so kann das schwerwiegende Folgen für den Patienten haben. Aufgrund der Gefährlichkeit muss also hier besonders geschult und häufiger kontrolliert werden. Bei risikoarmen Maßnahmen, wie z. B. bei der Hilfe beim Entkleiden, reicht ein stichprobenartiges Überprüfen.<sup>1</sup> Für die delegierte Tätigkeit trägt die Pflegefachkraft die Anordnungsverantwortung. Diese beinhaltet die richtige Auswahl von Tätigkeit und Delegationsempfänger. Die angelernte Kraft übernimmt die Durchführungsverantwortung und ist damit für die sach- und fachgerechte Ausführung der Maßnahme verantwortlich. Fühlt sie sich aufgrund fehlender Kenntnisse oder äußerer Umstände nicht in der Lage die Tätigkeit auszuführen, so hat sie das Recht und die Pflicht der Remonstration und muss die Anordnung zurückweisen. Tut sie das nicht, so trägt sie im Schadensfall das Übernahmeverschulden.<sup>2</sup>

Zum Aufgabenbereich der angelernten Kraft soll auch der Transport des Patienten innerhalb des Zentrums zählen. Nach einem Urteil vom BGH<sup>3</sup> liegen diese Tätigkeiten im voll beherrschbaren Gefahrenbereich oder nach Großkopf, im „voll beherrschbaren Herrschafts- und Organisationsbereich“.<sup>4</sup> Im Fall des BGH-Urteils ist einer Krankenschwester eine Patientin beim Heben, vom Nachtstuhl auf die Bettkante, gestürzt. Diese hatte sich dadurch einen Oberschenkelhalsbruch zugezogen. Die Krankenversicherung verklagte den Krankenhausträger zur Rückzahlung der dadurch entstandenen Behandlungskosten und bekam recht. Der Sturz hätte nicht passieren dürfen und ist damit Folge einer leichten Fahrlässigkeit der Krankenschwester. Aus diesem Urteil lässt sich auch die Forderung an eine ausreichende und nachvollziehbare materielle Qualifikation der angelernten Kraft ableiten. Der Träger der Einrichtung ist somit verpflichtet, die angelernte Kraft zu schulen. Andernfalls kann ihm ein Verstoß gegen die Sorgfaltspflicht vorgeworfen werden. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass der Träger der Einrichtung eine Haftpflichtversicherung für seine nicht-ärztlichen

---

<sup>1</sup> Vgl. Pöhler (2012), S. 17; Vgl. auch Di Bella (2008), S. 34f.

<sup>2</sup> Vgl. Großkopf & Klein (2012), S. 213f.

<sup>3</sup> Vgl. Bundesgerichtshof (1990), S. 3.

<sup>4</sup> Großkopf (2010), S. 46.

Mitarbeiter abschließen sollte. Versicherungsrechtlich sind bei der Delegation pflegerischer Aufgaben keine rechtlichen Probleme zu sehen.<sup>1</sup>

Zu unterscheiden ist die Delegation von der Assistenz. Assistiert die angelernte Kraft einer Pflegefachkraft z. B. beim Betten und Lagern eines schwer pflegebedürftigen Patienten, so erbringt sie die Leistung nicht eigenständig, hat demnach auch keine Entscheidungsfreiheit bei der Art und Weise der Umsetzung und trägt damit auch keine Verantwortung. Die Durchführungsverantwortung trägt die Pflegefachkraft.<sup>2</sup>

### **3.3. Delegierbare Leistungen<sup>3</sup> und Grenzen der Delegation**

Bei den zu delegierenden Tätigkeiten empfiehlt sich die Einteilung in die Kategorien „Patientennahe“ und „Patientenfern“.<sup>4</sup> Patientennahe Tätigkeiten zeichnen sich dadurch aus, dass sie stets die Beteiligung des Patienten erfordern oder die Kommunikation mit ihm. Somit gehören auch alle Grundpflegemaßnahmen dazu. Patientenferne Tätigkeiten erfordern nicht die Anwesenheit oder Beteiligung des Patienten. Hierzu zählen Serviceleistungen, hauswirtschaftliche Tätigkeiten sowie die Vor- und Nachbereitung des Dialysebehandlungsplatzes. Meyenburg-Altward schlägt ein Ampelsystem vor, für die Einteilung der Tätigkeiten zur Delegation an angelernte Kräfte. Demnach sind die Tätigkeiten im roten Bereich nicht delegierbar, weil die angelernten Kräfte dafür eine zu geringe subjektive Fähigkeit besitzen. Die im gelben Bereich liegenden Tätigkeiten sind „für die Delegation geeignet, sofern ein entsprechender Nachweis über den Ausführungsstandard vorliegt“<sup>5</sup>. Hier führt Meyenburg-Altward Vitalwertmessungen, einfache Mobilisation, Verbandwechsel (Pflaster), Unterstützung bei Darmentleerung, Vor- und Nachbereitung eines Behandlungsplatzes, Serviceleistungen und hauswirtschaftliche Tätigkeiten auf. Im grünen Bereich und somit direkt übertragbar, sind nach Meyenburg-Altward keine Tätigkeiten für angelernte Kräfte vorgesehen.<sup>6</sup> Daraus lässt sich ableiten, dass angelernte Kräfte in allen Tätigkeiten ihres Aufgabenspektrums geschult werden müssen.

Bis zu welchem Schwierigkeitsgrad angelernte Kräfte grundpflegerische Tätigkeiten übernehmen dürfen ist gesetzlich nicht eindeutig geregelt. Wie im ärztlichen Bereich sind auch hier die Grenzen fließend und fallabhängig.

---

<sup>1</sup> Vgl. Meyenburg-Altward (Heft 01/2012c), S. 12; vgl. auch Bergmann (2010), S. 121.

<sup>2</sup> Vgl. Meyenburg-Altward (Heft 01/2012a), S. 3.

<sup>3</sup> Vgl. Anhang 6: Delegierbare Leistungen, Seite 53.

<sup>4</sup> Vgl. Offermanns (2010), S. 16f.

<sup>5</sup> Meyenburg-Altward (Heft 01/2012b), S. 9 Abb. 1.

<sup>6</sup> Vgl. Meyenburg-Altward (Heft 01/2012b), S. 9.

Generell dürfen sie jedoch nicht das persönliche Handeln der delegierenden Pflegefachkraft erfordern.<sup>1</sup> Aufgaben des pflegerischen Kernbereiches und im Einzelfall schwierige Tätigkeiten, wie das Betten und Lagern schwer pflegebedürftiger Patienten, sowie der Pflegeprozess selbst sind demnach nicht delegierbar.<sup>2</sup> Im Urteil des Sozialgericht Speyer<sup>3</sup> wurde 2005 bestätigt, dass angelernte Kräfte keine behandlungspflegerischen Maßnahmen, wie das Verabreichen von Medikamenten, Einbringen von Augentropfen oder einen Verbandswechsel, durchführen dürfen. Das SG Speyer bestätigte damit die Forderung durch den MDK an ein Altenpflegezentrum, dass alle behandlungspflegerischen Maßnahmen ausschließlich durch Kräfte mit entsprechender Ausbildung zu erbringen sind.<sup>4</sup> Das Gericht wertete damit die formelle Qualifikation wesentlich höher als die materiell erworbene Qualifikation der angelernten Kräfte. Allerdings stützte das Gericht seine Entscheidung auch auf der Tatsache, dass das Einarbeitungskonzept der angelernten Kräfte unstrukturiert und nicht berufsgruppenbezogen sei. Ferner sind weder Abläufe noch Pflegeziele beschrieben. Damit wertete das Gericht indirekt auch die nicht nachweisbare materielle Qualifikation.<sup>5</sup> Für den Einsatz angelernter Kräfte in der Dialyse ist dieses Urteil in zwei Punkten bedeutsam. Es weist auf die Grenzen der Betätigungsfelder hin und macht indirekt auch auf die Bedeutung der nachvollziehbaren materiellen Qualifikation aufmerksam. Folglich ist auch die Weiterdelegation von Behandlungspflege an angelernte Kräfte ungesetzlich. Daher schränkt Meyenburg-Altwardt sicherlich auch den Verbandswechsel auf „Pflaster“ ein und sieht auch hier die Grenze der Delegation erreicht.

Laufs & Kern halten die Rechtslage für klar und vertreten die Ansicht, dass die medizinrechtlichen Regeln durch die Mediziner selbst, sowie durch Leitlinien und Berufsverbände erfolgen können.<sup>6</sup> Wie z. B. im Fortbildungscurriculum „Dialyse für Arzthelferinnen“ von 2002: Dort haben Vertreter der Bundesärztekammer festgelegt, dass Arztfachhelferinnen, die im Bereich der Pflege den Nichtfachkräften zuzuordnen sind, die „Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der Nierenersatztherapie unter Anweisung und

---

<sup>1</sup> Vgl. Pöhler (2012), S. 14; vgl. auch Großkopf & Klein (2012), S. 221.

<sup>2</sup> Vgl. Offermanns (2010), S. 123f; vgl. auch Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (Hrsg.) (2007), S. 6.

<sup>3</sup> Vgl. Sozialgericht Speyer (2005), S. 2.

<sup>4</sup> Vgl. Sozialgericht Speyer (2005), S. 3; vgl. auch Großkopf & u.a. (Heft 4/2006), S. 117f.

<sup>5</sup> Vgl. Sozialgericht Speyer (2005), S. 2.

<sup>6</sup> Vgl. Laufs & Kern (2010), S. 649.



Verantwortung des Arztes“<sup>1</sup> durchführen dürfen. Dies wäre auch die Legitimation dafür, dass angelernte Kräfte nach entsprechender Schulung Dialysegeräte aufrüsten<sup>2</sup> dürfen. Hier stellt sich allerdings die Frage, wer diese Delegation aussprechen darf. Einerseits handelt es sich dabei um eine patientenferne Tätigkeit, die unter Delegation und Beaufsichtigung der Pflegefachkraft stehen kann. Andererseits zählt diese Maßnahme zur Vorbereitung eines medizinischen Gerätes zur anstehenden Behandlung und unterliegt damit ärztlicher Anordnung. Der Verfasser empfiehlt daher, den verantwortlichen Arzt als delegierende Person zu bestimmen. Dieser trägt die Anordnungsverantwortung und muss in diesem Punkt die angelernte Kraft in regelmäßigen Abständen kontrollieren.<sup>3</sup> Weiß und Pöhler weisen darauf hin, dass geklärt sein muss, welche Tätigkeiten zum Funktionsbereich der angelernten Kraft zählen und wer wem weisungsbefugt ist.<sup>4</sup> Betriebliche Regelungen wie Funktionsbeschreibung oder Dienstanweisung, die auch Verbote oder Erlaubnisvorbehalte beinhalten, sind demnach unerlässlich.

### **3.4. Form der Zusammenarbeit**

Bei der Zusammenarbeit wird zwischen horizontaler und vertikaler Arbeitsteilung unterschieden. Die horizontale Arbeitsteilung zeichnet sich durch Gleichordnung und Weisungsfreiheit aus.<sup>5</sup> Hier arbeiten mehrere Personen, wie z. B. ein Pflgeteam, innerhalb einer Abteilung auf gleicher hierarchischer Ebene zusammen. Nach diesem Modell könnten ausgewählte patientenferne Tätigkeiten an angelernte Kräfte dauerhaft delegiert werden. Für die Lösung der Schnittstellenprobleme zwischen angelernten Kräften und sonstigen Berufsgruppen hat primär der Träger der Einrichtung zu sorgen.<sup>6</sup> Bei der vertikalen Arbeitsteilung als hierarchisches Modell erfolgt die Aufgabenverteilung nach Rangfolge. So könnten ausgewählte und einfache Tätigkeiten der Grundpflege an angelernte Kräfte delegiert werden.

Fachlich untersteht die angelernte Kraft den Weisungen der lfd. Pflegefachkraft. Übertragen aus dem ärztlichen Delegationsmodell, muss die Auswahl der Leistungsdelegation, die Koordination, die Anleitung sowie die Durchführungs- und Endkontrolle vollständig in der Verantwortung der lfd. Pflegefach-

---

<sup>1</sup> Bundesärztekammer (2002), S. 2.

<sup>2</sup> Anbringen und Befüllen von Blutschlauchsystem und Dialysator am Dialysegerät.

<sup>3</sup> Vgl. Brenner (1992), S. 306.

<sup>4</sup> Vgl. Weiß & u.a. (2010), S. 47; vgl. auch Pöhler (2012), S. 18.

<sup>5</sup> Vgl. Bergmann (2010), S. 115.

<sup>6</sup> Vgl. ebd. S. 121.

kraft sein.<sup>1</sup> Diese kann natürlich Teile Ihrer Befugnis und Verantwortung auf andere Pflegefachkräfte übertragen. Damit steht die angelernte Kraft in vertikaler Arbeitsteilung zur lfd. Pflegefachkraft, so wie auch alle anderen Pflegefachkräfte und MFA. Unter den Mitgliedern des Pflorgeteams besteht jedoch meist eine horizontale Arbeitsteilung, mit Gleichordnung und Weisungsfreiheit. Darin muss die angelernte Kraft in vertikaler Arbeitsteilung integriert werden, da auch Pflegefachkräfte und teilweise MFA ihr weisungsbefugt sein müssen. Dies setzt, so Offermanns, „die fehlerfreie Organisation von fachlicher Über- und Unterordnung voraus“.<sup>2</sup>

## Kapitel II: Fallstudien

### 4. Stressbefragung

In Anlehnung an den Stressreport Deutschland<sup>3</sup> wurde ein Fragebogen zur Ermittlung von Anforderungen und Befinden von Mitgliedern der Pflegeberufe in der Dialyse entwickelt.<sup>4</sup> Die Ziele waren, mehr über den Stress zu erfahren und daraus Rückschlüsse auf Stressentwicklung, Arbeitsspitzen und Arbeitsprozesse ziehen zu können. Die Befragung fand im Zeitraum Mai bis Juli 2013 statt. In der Allgemeingruppe nahmen 97 Personen aus insgesamt 54 bis 81 Dialysezentren teil. Unter den Befragten waren 84 Pflegefachkräfte und 3 Medizinische Fachangestellte. 10 Personen machten zur Berufsausbildung keine Angaben. Gefragt wurde nach dem gefühlten Stress und ob man sich den qualitativen und quantitativen Anforderungen gewachsen fühlt. Darüber hinaus nach den Stressoren, Indikatoren zu den Ressourcen und nach einigen Variablen zur Person. Parallel zur allgemeinen Befragung wurde auch bei den Mitarbeitern von zwei Modellzentren der Stress ermittelt. Hier nahmen insgesamt 25 Pflegefachkräfte an der Befragung teil. Die Auswertung erfolgte in MS Excel.<sup>5</sup>

- **Stressoren:** Alle 97 Befragten der Allgemeingruppe bestätigten das Vorhandensein der 31 Stressoren, die vor, während und nach einer jeden Behandlung auftreten. Nur 4 Personen geben an, keine Unterstützung bei der Ausführung dieser Tätigkeiten zu erhalten. 93 Personen (96%) erhalten demnach Unterstützung im Mittel bei 23% der Tätigkeiten. Als Helfer wurden

---

<sup>1</sup> Vgl. Pöhler (2012), S. 13.

<sup>2</sup> Offermanns (2010), S. 116.

<sup>3</sup> Vgl. Lohmann-Haislah (2012), S. 13, 26, 84f.

<sup>4</sup> Vgl. Anhang 3: Fragebogen zur Stressermittlung, Seite 49ff.

<sup>5</sup> Vgl. Auswertung der Stressbefragung, ab Seite 80.

am häufigsten Transportdienste, Zentrums- bzw. Stationshilfen sowie Service- und Küchenkräfte genannt. Es ist allerdings nicht zu erkennen, dass mit steigender Anzahl der Unterstützung der gefühlte Stress abnimmt. Dies lässt den Rückschluss zu, dass die Unterstützung unsystematisch und nur in zeitlichen Engpässen bei bereits vorliegendem Stress erfolgt.

- **Stressentwicklung:** Wie im Stressreport Deutschland wurde auch hier nach der Entwicklung von Stress in den letzten zwei Jahren gefragt. Die Antwortmöglichkeiten waren „zugenommen“, „gleich geblieben“ oder „abgenommen“.<sup>1</sup> 74,2% der Befragten der Allgemeingruppe berichteten über eine Stresszunahme in den letzten zwei Jahren.<sup>2</sup> (Vgl. Abb. 1 auf S.19) Begründen lässt sich diese Entwicklung sicherlich mit der Umsetzung effizienzsteigernder Maßnahmen als Reaktion auf stagnierende Erlöse für Dialyseleistungen seit 2002 und wegen einer Erlösabsenkung zum 01. Juli 2013. Im Modellzentrum B berichten sogar 83,3 % über eine Stresszunahme. Eine Erklärung könnte sein, dass es sich hier um eine Klinikdialyse handelt. In der Vergleichsgruppe kamen 54% der Befragten aus einer rein ambulanten Dialyse und 46% aus einer ambulanten Dialyse mit Klinikversorgung. Weitere Gründe könnten allerdings auch in den Arbeitsprozessen zu suchen sein. Im Vergleich hierzu berichten aus dem Modellzentrum A nur 38,5% der Befragten über eine Stresszunahme in den letzten zwei Jahren.

- **Qualitative und quantitative Anforderungen:** Bei der Frage, ob sie sich den qualitativen (fachlichen) und quantitativen (mengenmäßigen) Anforderungen gewachsen fühlen, waren die Antwortmöglichkeiten „ja“, „eher ja“, „eher nein“ oder „nein“. Bei den qualitativen Anforderungen antworteten in der Allgemeingruppe 99% mit ja oder eher ja. In den beiden Modellzentren A und B waren die Ergebnisse mit rd. 92% etwas geringer. Der Unterschied kann darin begründet sein, dass die Pflegefachkräfte der Allgemeingruppe mehr Zeit für einfache Nebentätigkeiten aufbringen. (Vgl. Abb. 1)

Bei den quantitativen Anforderungen fühlen sich 12,4% in der Allgemeingruppe, 7,7% (eine Person) im Modellzentrum A und 8,3% (eine Person) im Modellzentrum B überfordert. Den Anforderungen voll gewachsen fühlen sich im Modellzentrum B nur 8,3%, in der Allgemeingruppe 33,0% und im Modellzentrum A sogar 46,2%. Insgesamt schneidet auch hier das Modellzentrum A wieder am Besten ab. (Vgl. Abb. 1)

---

<sup>1</sup> Vgl. Lohmann-Haislah (2012), S. 84.

<sup>2</sup> Im Stressreport Deutschland waren es 50%. Vgl. Lohmann-Haislah (2012), S. 90.

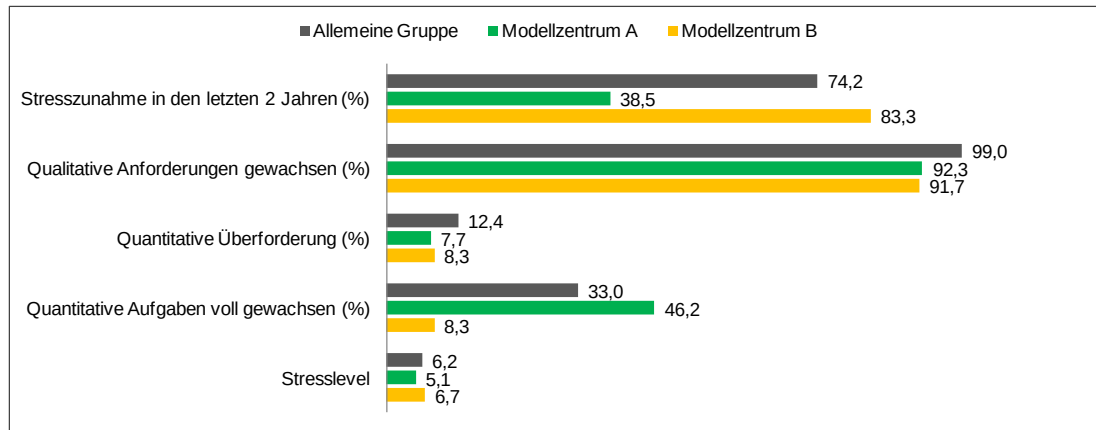


Abbildung 1: Ergebnisse der Stressbefragung; vom Verfasser erstellt.

▪ **Stresslevel:** Bei der Frage nach dem gefühlten Stresslevel lag den Befragten eine Skala von 1 bis 10 vor. Eins bedeutet dabei keinen Stress und Zehn bedeutet maximaler nicht mehr auszuhaltender Stress bei der Arbeit. Der durchschnittliche Stresslevel beträgt in der Allgemeingruppe 6,2. Eine Person (TN 93) gab einen Stresslevel von 3 an, allerdings während der Anschlusszeit einen Level von 8 bis 9. Während dieser Zeit fühlt sie sich den quantitativen Anforderungen eher nicht mehr gewachsen. Dies lässt auf eine Arbeitsstruktur mit sehr hohen Arbeitsspitzen schließen. Obwohl im Modellzentrum B die geringste Anzahl Patienten pro Pflegefachkraft versorgt werden,<sup>1</sup> wird dort mit 6,7 der höchste Stresslevel angegeben. Am Besten schneidet auch hier wieder das Modellzentrum A ab: Der durchschnittliche Stresslevel beträgt 5,1 und liegt damit 1,1 unter dem der Allgemeingruppe und sogar 1,6 unter dem des Modellzentrums B. (Vgl. Abb. 1)

Korrelationen zwischen den vier Stressparametern und Stressoren, Ressourcen und personenbezogenen Variablen sind nicht zu erkennen. Dies lässt wiederum den Rückschluss zu, dass der wahrgenommene Stress im Wesentlichen von anderen Faktoren, wie Arbeitsprozesse, Arbeitsspitzen und Teameigenschaften, beeinflusst wird. Abschließend kann festgestellt werden, dass von den Pflegefachkräften im Modellzentrum A der gefühlte Stress am günstigsten bewertet wird. In den folgenden Kapiteln werden daher die Besonderheiten des dort vorliegenden Personalmodells, einzelne Arbeitsprozesse und relevante betriebswirtschaftliche Kennzahlen vorgestellt.

## 5. Multimomentaufnahmen aus Dialysezentren

Im Zeitraum zwischen April und Juli 2013 wurden in fünf deutschen Dialysezentren insgesamt 10 Multimomentaufnahmen (MMA) zum stichprobenarti-

<sup>1</sup> Im Mittel werden 4,3 Pat./PFK versorgt. Ø in der Allgemeingruppe = 5,6 Pat./PFK.

gen Erfassen der pflegerischen Arbeitsabläufe durchgeführt. Darunter waren drei Testzentren sowie die beiden Modellzentren A und B, die bereits über ein Delegationsmodell verfügen. Das Ziel war es, festzustellen, welche Tätigkeiten Pflegefachkräfte in der Dialyse zu welchem Zeitpunkt und in welcher Häufigkeit durchführen und ob die Arbeitsprozesse gleichartig sind und damit eine Allgemeingültigkeit besitzen, um sie auf andere Dialysezentren übertragen zu können. Im Weiteren sollten die Fragen beantwortet werden, wo sich im Tagesablauf Stress produzierende Arbeitsspitzen, aber auch Effizienzreserven befinden sowie letztlich die Fragen, welche Tätigkeiten an angelernte Kräfte delegiert werden können und wie gross das mögliche Delegationspotenzial ist. Dazu wurden jeweils alle Tätigkeiten einer Pflegefachkraft während eines zufällig ausgewählten Früh- oder Spätdienstes mit einem digitalen Diktiergerät minutengenau aufgezeichnet. Um eine Vergleichbarkeit herzustellen, wurden zunächst Standardbegriffe<sup>1</sup> für die Tätigkeiten definiert. Die Auswertung der MMA erfolgte in MS Excel.<sup>2</sup>

Die Auswertungen zeigen, dass das Arbeitsspektrum einer Pflegefachkraft in der Dialyse neben patientennahen Tätigkeiten, wie der Durchführung von Behandlung und Pflegemaßnahmen, auch zahlreiche patientenferne Tätigkeiten beinhaltet. Weiterhin wird deutlich, dass die Tätigkeiten rund um die Dialysebehandlung in allen Dialysezentren gleichermaßen auftreten. Das bestätigen sowohl die MMA aus den Test- und Modellzentren als auch die Fragebögen zur Stressermittlung.<sup>3</sup> Darauf sind 31 Stressoren als klassische Tätigkeiten vermerkt, die vor, während und unmittelbar nach jeder Dialysebehandlung auftreten. Alle Befragten haben jeweils alle Stressoren angekreuzt und führen demnach alle Tätigkeiten selber durch oder erhalten dabei Hilfe. Somit kann davon ausgegangen werden, dass die MMA eine Allgemeingültigkeit besitzen und auf andere Dialysezentren übertragbar sind.

Stress produzierende Arbeitsspitzen entstehen hauptsächlich zu den An- und Abschlusszeiten. Bis zu 18 unterschiedliche Maßnahmen (Stressoren) muss die Pflegefachkraft pro Patientenanschluss erbringen.<sup>4</sup> Maßnahmen der Basishygiene sind darin noch nicht enthalten. Die Auswertung der Anschlussaktung der Testzentren ergab im Mittel einen Wert von 19 Minuten. Zu berücksichtigen ist auch, ob es sich dabei um einen Früh- oder Spätdienst

---

<sup>1</sup> Vgl. Anhang 5: Standardbegriffe der Multimomentaufnahmen, Seite 52.

<sup>2</sup> Vgl. Auswertungen der MMA, ab Seite 80.

<sup>3</sup> Vgl. Anhang 3: Fragebogen zur Stressermittlung, Seite 49f.

<sup>4</sup> Vgl. Anhang 3: Fragebogen zur Stressermittlung, Seite 49f, Stressoren 1-18.

handelt. Zu Frühdienstbeginn sind alle Vorbereitungen im Behandlungsraum bereits fertig. Zum Beginn des Spätdienstes sind zum Teil die Frühdienstpatienten noch an den Geräten angeschlossen. Alle Nach- und Vorbereitungen müssen noch erledigt werden. Dies erklärt die teils hohen Arbeitsspitzen bei durchaus moderater Anschlusstaktung. Eine zeitliche Verlegung des Spätdienstes nach hinten könnte für eine Entspannung sorgen. Die Abschlüsse der Patienten erfolgten im Mittel alle 21 Minuten, wobei auch Zeiten von unter 10 Minuten dabei sind, die zu hohem Stress führen. (Vgl. Abb. 2 u. 3)

| Abschlusstaktung $\emptyset$ | 17 Min. |
|------------------------------|---------|
| zwischen 1. und 2. Patienten | 32      |
| zwischen 2. und 3. Patienten | 8       |
| zwischen 3. und 4. Patienten | 2       |
| zwischen 4. und 5. Patienten | 25      |

Abb. 2: Auszug aus MMA 1; vom Verfasser erstellt.

| Abschlusstaktung $\emptyset$ | 22 Min. |
|------------------------------|---------|
| zwischen 1. und 2. Patienten | 41      |
| zwischen 2. und 3. Patienten | 21      |
| zwischen 3. und 4. Patienten | 4       |
| zwischen 4. und 5. Patienten | 21      |

Abb. 3: Auszug aus MMA 4; vom Verfasser erstellt.

Die Arbeitsspitzen kennzeichnen sich aber auch durch die Anzahl unterschiedlicher Tätigkeiten, die in sehr kurzer Zeit erbracht werden. (Vgl. Abb. 4)

|       |       |   |                                    |         |
|-------|-------|---|------------------------------------|---------|
| 18:08 | 18:11 | 3 | Medikamente vorbereiten            |         |
| 18:11 | 18:13 | 2 | Pflasterverband Punktionsstellen   | Störung |
| 18:13 | 18:13 | 0 | Weiter mit Medikamente vorbereiten |         |
| 18:13 | 18:14 | 1 | Patientenruf                       | Störung |
| 18:14 | 18:14 | 0 | Weiter mit Medikamente vorbereiten |         |
| 18:14 | 18:17 | 3 | Patientenproblem - medizinisch     | Störung |
| 18:17 | 18:18 | 1 | Medikamente verabreichen           |         |

Abbildung 4: Auszug aus MMA 1, springen zwischen Tätigkeiten; vom Verfasser erstellt. (Delegationsfähige Leistungen sind blau markiert).

Zum Teil werden auch von einer Pflegefachkraft gleichzeitig mehrere Tätigkeiten bei unterschiedlichen Patienten durchgeführt. (Vgl. Abb. 5) Die Einhaltung hygienischer Standards erscheint dabei schwierig.

|       |       |   |                                |         |
|-------|-------|---|--------------------------------|---------|
| 18:48 | 18:54 | 6 | Abschluss Patient 1            |         |
| 18:54 | 18:55 | 1 | Patientenproblem - medizinisch | Störung |
| 18:55 | 18:57 | 2 | Weiter mit Abschluss Patient 1 |         |

Abbildung 5: Auszug aus MMA 5, zeitgleiche Tätigkeiten; vom Verfasser erstellt.

In den Interviews wurden diese Stressphasen zu den An- und Abschlusszeiten teils mit Akkordarbeit verglichen. Effizienzreserven, in Form von Leerzeiten, sind nur noch in ganz geringem Maße vorhanden.

Auch die Länge der Dialysezeiten hat einen Einfluss auf die Arbeitsprozesse: Je länger die Dialysezeiten sind, je zügiger müssen alle Patienten hintereinander angeschlossen werden, sodass die Abschlüsse und alle Nacharbeiten von 5 bis 6 Patienten in die Arbeitszeit der pflegerischen Mitarbeiter

passen. Bei den MMA in den Test- und Modellzentren lagen die Dialysezeiten zwischen 3,7 Std. und 5,1 Std.<sup>1</sup>, im Durchschnitt bei 4,3 Std. In der Stressbefragung wurde ein Durchschnittswert von 4,5 Std. angegeben.<sup>2</sup>

In den Auswertungen der MMA wurden die delegationsfähigen Leistungen blau markiert dargestellt und deren Zeiten addiert.<sup>3</sup> Demnach können Pflegefachkräfte die Tätigkeiten aus 27% bis 46% ihrer Arbeitszeit an angelernte Kräfte delegieren. Der Mittelwert beträgt in den Testzentren 37%. Zeiten für Dokumentationen wurden nicht berücksichtigt. Die auch unter rechtlichen Aspekten delegierbaren Leistungen liegen in den Bereichen der einfachen Grundpflege, Gerätevorbereitung, Hauswirtschaft, Logistik und Reinigung.<sup>4</sup> Hier wird deutlich, dass das Delegationspotenzial in der Dialyse sehr groß ist und sich oberhalb der 28% aus der DKI-Studie<sup>5</sup> befindet.

Im nächsten Kapitel werden die Prozesse der beiden Modellzentren dargestellt. Dabei hat das Modellzentrum B trotz des Einsatzes von angelernten Kräften noch ungenutztes Delegationspotenzial in Höhe von 10% bis 24% der pflegerischen Arbeitszeit. Begründen lässt sich dies mit den Dienstzeiten der halbtags tätigen angelernten Kräfte. Am Vormittag endet ihre Dienstzeit während der Abschlusszeit und am Nachmittag sind zu Dienstbeginn bereits alle Patienten angeschlossen.<sup>6</sup> Das Modellzentrum A hingegen hat bei seinem Personalmodell das Delegationspotenzial voll ausgeschöpft.

## **6. Prozessanalyse in zwei Modellzentren**

Die Prozessanalyse erfolgte in zwei Modellzentren mit unterschiedlichen Trägern, die auch in unterschiedlichen Regionen Deutschlands liegen. Beim Personalmodell im Dialysezentrum A ist jeweils eine angelernte Kraft einer Pflegefachkraft zugeordnet. Im Dialysezentrum B hingegen arbeitet die angelernte Kraft mit eigener Aufgabenzuordnung im Pflorgeteam.

### **6.1. Modellzentrum „A“**

Das Dialysezentrum A liegt im städtischen Ballungsgebiet einer strukturstar-ken Region. Es besteht ein großer Wettbewerb zu anderen Dialyseanbietern, die sich im Umkreis von wenigen Kilometern befinden. Eine besondere

---

<sup>1</sup> Vgl. Auswertung der MMA, ab Seite 80.

<sup>2</sup> Vgl. Auswertung der Stressbefragung, ab Seite 80.

<sup>3</sup> Vgl. Auswertung der MMA, ab Seite 80.

<sup>4</sup> Vgl. Anhang 6: Delegierbare Leistungen, Seite 53.

<sup>5</sup> Vgl. Blum (2003).

<sup>6</sup> Vgl. Auswertung der MMA Nr.9 u. 10, ab Seite 80.

Aufmerksamkeit gebührt der Patientenzufriedenheit. Sie wird durch koordinierte Betriebsabläufe, ein gutes Betriebsklima, eine hohe Behandlungsqualität und durch kundenorientierte Serviceleistungen sichergestellt.

Die Stellen der Pflegefachkräfte, die altersbedingt aus dem Unternehmen ausschieden, konnten demografisch bedingt immer schwerer nachbesetzt werden. Parallele Entwicklungen führten zudem noch zur Erhöhung der Arbeitsbelastung, die sich mit der Zunahme von Multimorbidität und Isolierungspflicht der Patienten sowie mit steigenden wirtschaftlichen Anforderungen begründen lässt. Maßnahmen der Effizienzsteigerung mit Zuweisung von bis zu 6 Patienten pro Pflegefachkraft waren bereits erfolgt. (Vgl. Kapitel 7.2) In Anbetracht der Ausgangssituation sollte der Einsatz von angelernten Kräften<sup>1</sup> im Bereich der Pflege zu einer Entspannung führen. Bei der Entwicklung des neuen Personalmodells mussten zahlreiche Prozesse im Dialysezentrum angepasst werden. Der Projektplan sah im ersten Schritt zwei angelernte Kräfte vor. Für die Projektdauer bis zur Umsetzung waren sechs Monate veranschlagt. Die Patienten wurden persönlich informiert.<sup>2</sup> Alle Stakeholder, wie Mitarbeiter, Ärzte, Angehörige, Pflegedienste, Altenheime und Transportunternehmen wurden im Change-Prozess mit einbezogen. Für die angelernten Kräfte wurde eine Funktionsbeschreibung<sup>3</sup>, ein Leitfaden zu den Arbeitsabläufen und einen Wochenaufgabenplan<sup>4</sup> mit Auflistung der Nebentätigkeiten erstellt. Bestehende Standards und Arbeitsprozesse wurden überarbeitet und an die neue Personalstruktur angepasst. Die Einarbeitung der angelernten Kräfte erfolgte von der leitenden Pflegekraft und den Gruppenpflegekräften und dauerte drei Monate. Nach deren Einarbeitung erfolgte die komplette Umstellung am Montag dem 2. Juli 2012.

Das Dialysezentrum hat insgesamt 34 Behandlungsplätze, acht 4-Bett-Zimmer und ein 2-Bett-Zimmer, die sich über zwei Etagen erstrecken.<sup>5</sup> Ziel war es, ohne zusätzliche Umbaumaßnahmen eine 8er-Einheit herzustellen, die eine Pflegefachkraft und eine angelernte Kraft als sogenanntes „Tandem“ gemeinsam betreuen. Dazu wurden zwei nebeneinanderliegende 4-Bett-Zimmer gewählt. Alle Teilprozesse der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der Behandlung sollten fortan von zwei Personen durchge-

---

<sup>1</sup> Angelernte Kräfte werden dort als Stationshilfen oder Stationsassistenten bezeichnet.

<sup>2</sup> Vgl. Anhang 7: Patienteninformation im Modellzentrum A, Seite 54.

<sup>3</sup> Vgl. Anhang 8: Funktionsbeschreibung für Stationshilfen, Seite 55.

<sup>4</sup> Vgl. Anhang 9: Wochenaufgaben Stationshilfen, Seite 56f.

<sup>5</sup> Vgl. Anhang 10: Raumaufteilung im Modellzentrum A, Seite 58.



führt werden. Durch ein Synchronisieren werden alle arbeitsteilig zu erbringenden Arbeitsschritte zeitlich aufeinander abgestimmt.<sup>1</sup> Dabei werden alle nichtpflegerische und leichte grundpflegerische Leistungen von der angelernten Kraft übernommen. Eine Multimomentaufnahme eines Frühdienstes mit dezidierter Zeit- und Tätigkeitserfassung beider Personen ist im Anhang dargestellt.<sup>2</sup>

Der Frühdienst beginnt um 6:30 Uhr. Die ersten beiden Dialysegeräte werden sowohl von der Pflegefachkraft als auch von der angelernten Kraft vorbereitet. Das Anbringen und Vorfüllen von Dialysator und Blutschlauchsysteme darf die angelernte Kraft übernehmen. Das Befüllen der Heparinperfusorspritze, das Anbringen der Dialysatorkupplungen und die Geräteprogrammierung übernimmt die Pflegefachkraft. Eine Hilfestellung beim Wiegen des Patienten bietet der Transportdienst an. Die angelernte Kraft hilft ggf. beim Entkleiden und bei der Lagerung des Patienten im Bett. Sie bringt den Shuntarm in Punktionsbereitschaft, legt das Stauband locker an sowie alle Materialien zurecht und reißt bereits Pflasterstreifen zur Fixierung der Punktionskanülen ab.<sup>3</sup> Danach misst sie mit einem im Dialysegerät integrierten automatischen Blutdruckmessgerät den Blutdruck beim Patienten.

Nun übernimmt die Pflegefachkraft den Patienten: Sie interpretiert und dokumentiert die Blutdruckwerte und führt ein Kurzanamnesegespräch und eine Shuntuntersuchung durch. Nach der Geräteprogrammierung beginnt sie mit der Shuntpunktion und dem Anschluss des Patienten an das Dialysegerät. Von nun an ist die angelernte Kraft mit ihren Arbeiten stets 10-15 Minuten der Pflegefachkraft voraus. Die angelernte Kraft übernimmt somit alle vorbereitenden Maßnahmen beim Patienten und die Pflegefachkraft führt die Anschlüsse an die Dialysegeräte durch. Diese erfolgen zu festgelegten Zeiten in ¼-Std.-Taktung.<sup>4</sup> Erst wenn alle Anschlüsse in einer 4er-Einheit fertig sind, folgen die Anschlüsse im zweiten Zimmer. Der achte Patient ist demnach um 8:45 Uhr angeschlossen. Ab ca. 8:30 Uhr erhalten die Patienten von der Küchenkraft ihr Frühstück. Danach erfolgen die ersten Routinekontrollen von Patienten und Dialysegeräten nach gleichem Muster. Die angelernte Kraft legt jeweils die Blutdruckmanschette an und misst den Blutdruck. Danach übernimmt die Pflegefachkraft die Interpretation, Doku-

---

<sup>1</sup> Vgl. Klimmer (2012), S. 142.

<sup>2</sup> Vgl. Auswertung der MMA Nr. 7 u. 8, ab Seite 80.

<sup>3</sup> Vgl. Breuch & Servos (2010), S. 112ff.

<sup>4</sup> Vgl. Auswertung der MMA Nr. 7, ab Seite 80.

mentation und klinische Patientenbeobachtung. Von 9:15 Uhr bis 9:45 Uhr ist gemeinsame Frühstückspause für alle Mitarbeiter einschließlich des Arztes. Bei Geräte- oder Zimmeralarm wird abwechselnd eine Pflegefachkraft tätig. Bis zum ersten Patientenabschluss nimmt die Pflegefachkraft an der Patientenbesprechung teil und erledigt die anfallenden Tätigkeiten der Behandlungspflege.

Parallel dazu bereitet die angelernte Kraft alle anfallenden Vorbereitungen für die darauf folgende Schicht vor und führt diverse Nebentätigkeiten laut angelegter Liste<sup>1</sup> durch. Ab 11:00 Uhr beginnen die Patientenabschlüsse, die von der Pflegefachkraft einschließlich des Ziehens der Punktionskanülen übernommen werden. Das Abrüsten der Dialysegeräte sowie die komplette Nachbereitung des Behandlungsplatzes und -bettes übernimmt die angelernte Kraft. Sollte der Patient nicht in der Lage sein, seine Punktionsstellen selber abzurücken, so übernimmt auch das die angelernte Kraft. I.d.R. klebt die angelernte Kraft nach Blutstillung die Punktionsstellen mit einem Pflaster zu. Die Endkontrolle und Dokumentation übernimmt die Pflegefachkraft. Dienstende ist um 14:27Uhr.

Bei der Analyse des Tandem-Modells und Auswertung der Multimomentaufnahmen fällt Folgendes auf:

- Alle Teilprozesse, von Pflegefachkraft und angelernter Kraft, sind bis ins kleinste Detail aufeinander abgestimmt. Die Bedürfnisse des Patienten stehen stets im Vordergrund.
- Die Patientenanschlüsse und -abschlüsse erfolgen in ¼ Std.-Taktung. Die Pflegefachkraft kann sich dabei auf Ihre eigentlichen Kernaufgaben konzentrieren. Arbeitsspitzen zeigen sich maximal in Form von länger anhaltender hoher Konzentration, jedoch nicht durch eine hohe körperliche Spitzenbelastung mit sprunghaft wechselnden Tätigkeiten.
- Die angelernte Kraft verrichtet alle Unterstützungs- und Nebentätigkeiten. Das Delegationspotenzial wird dabei voll ausgeschöpft. Auch bei ihr entstehen keine wesentlichen Stressspitzen.
- Auffallend ist die mit 4 Std. 5 Min. relativ kurze Dialysezeit der Patienten in der 8-Kombination. Ein Planungsbeispiel<sup>2</sup> zeigt, dass eine Dialysezeitverlängerung bis zu 4 Std. 35 Min. möglich wäre. Bei 4 Std. 50 Min. Dia-

---

<sup>1</sup> Vgl. Anhang 9: Wochenaufgaben Stationshilfen, Seite 56f.

<sup>2</sup> Vgl. Anhang 11: Planungsbeispiele - Modellzentrum A, Seite 59.

lysezeit müsste für den neunten Patientenabschluss<sup>1</sup> eine andere Lösung gesucht werden. Dialysezeiten über 4 Std. 50 Min. würde das Modell aus Gründen der Arbeitszeit nicht mehr erlauben.

- Um Kollisionen bei den Abschlüssen zu vermeiden, sind Patienten mit kurzen Dialysezeiten zuerst anzuschließen. Eine Änderung der Dialysezeit bedeutet demnach auch eine andere Anschlusszeit und ggf. auch der Wechsel des Behandlungsplatzes und -raumes.

## **6.2. Modellzentrum „B“**

Beim Modellzentrum B handelt es sich um eine Krankenhausdialyse mit 13 Behandlungsplätzen plus zwei Akutdialyseplätzen auf der angrenzenden Intensivstation. Das Krankenhaus befindet sich in einer Stadt mit rd. 60T Einwohnern in ländlicher Region. Die Auslastung der Dialysebetten liegt bei annähernd 100%. Ca. zwei Drittel der Patienten sind teilstationär und kommen, wie auch im Modellzentrum A, von zu Hause aus zur Dialysebehandlung. Etwa ein Drittel der Patienten sind stationär und kommen von der jeweiligen Station. Zusätzlich werden noch Akutdialysen auf der Intensivstation durchgeführt. 2012 waren dies 255 Behandlungen, somit etwa eine Akutdialyse pro Wochentag.

Bei der Hospitation wurde im Vergleich zum Modellzentrum A kein wesentlicher Unterschied bei der Morbidität und der Anzahl von Isolierungspflichtigen Patienten festgestellt. Der höhere Pflege- und Versorgungsaufwand der stationären Patienten wird durch die geringere Patientenzahl pro Pflegefachkraft kompensiert. Pro Schicht sind drei Pflegefachkräfte eingeteilt.

Seit über sieben Jahren arbeiten im Modellzentrum B zwei angelernte Kräfte, sodass fünf der zwölf an der Stressbefragung teilgenommenen Pflegefachkräfte gar kein anderes Arbeitsmodell kannten, als dieses. Die Dienstzeiten der angelernten Kräfte sind von 8:00 bis 11:51 Uhr sowie von 15:30 bis 19:21 Uhr. Damit ist eine angelernte Kraft innerhalb einer Schicht ohne Pause für 3,85 Stunden drei Pflegefachkräften zugeordnet. Sie ist ein Bestandteil des Teams mit eigenen Aufgaben.<sup>2</sup> Dabei handelt es sich im Wesentlichen um hauswirtschaftliche und patientenferne Tätigkeiten, Botengänge innerhalb des Hauses sowie stabile Patienten von den Stationen abholen und zurück bringen. Bei der Behandlungsvorbereitung wird sie nicht tätig. Vielmehr

---

<sup>1</sup> Der neunte Patient ist aus einer anderen Behandlungseinheit, der aus organisatorischen Gründen von der Pflegefachkraft der 8er-Kombination abgeschlossen wird.

<sup>2</sup> Vgl. Anhang 12: Tätigkeitsliste der AK im Modellzentrum B, Seite 60f.

beschränkt sich ihre Tätigkeit im Behandlungszimmer auf Dialysegeräte abrüsten, reinigen und Betten machen. Dies erfolgt entweder durch die angelernte Kraft selbstständig oder auf Zuruf durch die Pflegefachkraft. Diese Tätigkeiten werden aber auch zum Teil von den Pflegefachkräften selber übernommen. Die angelernte Kraft unterstützt dort, wo die Arbeitsmenge, Arbeitsspitze und damit der Stress im Moment am Größten ist. Alle patientennahen und grundpflegerischen Tätigkeiten führt die Pflegefachkraft selber durch. Bei der Analyse des Arbeitsmodells und Auswertung der Multimomentaufnahmen fällt Folgendes auf:

- Pflegefachkräfte und angelernte Kräfte verfolgen ihren eigenen Arbeitsabläufen, die allerdings nicht so miteinander verzahnt sind, wie im Modellzentrum A.
- Die angelernten Kräfte orientieren sich hauptsächlich an ihrer Liste der auszuführenden Tätigkeiten. Diese sind nur indirekt im zeitlichen Ablauf der Patientenversorgung und pflegerischen Tätigkeiten integriert.
- Zu den An- und Abschlusszeiten liegen die gleichen Arbeitsspitzen vor, wie in den anderen Dialysezentren ohne angelernte Kräfte. Das Spätdienst-Protokoll der Multimomentaufnahme zeigt, dass die Pflegefachkraft alle Nebentätigkeiten selber ausführt.<sup>1</sup>
- Der Einsatz der angelernten Kraft erfolgt im Vergleich zum Modellzentrum A unsystematischer und mehr auf Zuruf. Dies lässt den Rückschluss zu, dass Pflegefachkräfte, die in hoher Geschwindigkeit arbeiten, weniger Unterstützung erhalten als andere, die nicht so schnell sind. Dies könnte auch eine Erklärung für die relativ schlechte Stressbewertung sein.<sup>2</sup>

## **7. Betriebswirtschaftliche Bewertung am Modellzentrum A**

Bei allen bisherigen Untersuchungen zeigte das Tandem-Modell im Modellzentrum A die besten Ergebnisse. Daher wird dieses Modell im Folgenden der betriebswirtschaftlichen Bewertung unterzogen, um die Frage zu beantworten, ob und unter welchen Bedingungen der Einsatz von angelernten Kräften auch zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit beitragen kann.

### **7.1. Lohnermittlung**

Beim Personalmodell in Zentrum A betreuen eine Pflegefachkraft und eine angelernte Kraft zusammen acht Patienten. Die Umstellung vom regulären

---

<sup>1</sup> Vgl. Auswertung der MMA Nr. 10, ab Seite ab Seite 80.

<sup>2</sup> Vgl. Abb.1, S.19, Ergebnisse der Stressbefragung; vom Verfasser erstellt.

zum Tandem-Modell soll zu keiner Erhöhung der Personalaufwendungen führen. Damit stellt sich nun die Frage nach der Entlohnung der angelernten Kraft. Zur ersten Berechnung reicht diese einfache Berechnungsformel:

|                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| $\frac{\text{Gehalt der Pflegefachkraft}}{\text{Anzahl Pat. pro Pflegefachkraft im regulären Modell}} \times \text{Anzahl zusätzlicher Pat. im Tandem-Modell} = \text{mögliches Gehalt der angelernten Kraft}$ |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Abbildung 6: Gehaltsberechnung für angelernte Kräfte; Formel vom Verfasser erstellt.

Im Folgenden ein Beispiel bei der Umstellung vom 1:5 Modell auf das 2:8 Modell. Hierzu wurde die Gehaltsstruktur nach TVöD herangezogen.<sup>1</sup>

|                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|
| $\frac{3.037 \text{ €}}{5 \text{ Pat.}} \times 3 \text{ Pat.} = 1.822 \text{ €}$ |
|----------------------------------------------------------------------------------|

Abbildung 7: Beispiel der Gehaltsberechnung; vom Verfasser erstellt.

In der Berechnung in Abb. 7 wird davon ausgegangen, dass die Pflegefachkraft bislang 5 Patienten pro Schicht betreut. Dividiert man ihr Monatsgehalt durch die bislang betreute Patientenzahl und multipliziert das Ergebnis mit der zusätzlich betreuten Patientenzahl, so gelangt man zum möglichen Monatsgehalt der angelernten Kraft, ohne dass es dabei zu einer Steigerung der Personalaufwendungen kommt. Bei der Umstellung auf das Tandem-Modell 2:8 hat man somit für den Einsatz der angelernten Kraft ein finanzielles Budget von bis zu 1.822 € zur Verfügung. Dies würde einem Stundenlohn von 11,36 €.<sup>2</sup> entsprechen. Wie in Abb. 8 dargestellt, empfiehlt der Verfasser die Eingruppierung anhand der Lohngruppenmethode vorzunehmen.<sup>3</sup>

|                                                               |                                       |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 7. Fachpflegekräfte (mit FWB-Nephrologie) in Leitungsfunktion |                                       |
| 6. Fachpflegekräfte (mit FWB-Nephrologie)                     | 3 Jahre Berufsausbildung + 2 Jahre WB |
| 5. Pflegefachkräfte                                           | 3 Jahre Berufsausbildung (Klinik)     |
| 4. Medizinische Fachangestellte                               | 3 Jahre Berufsausbildung (Praxis)     |
| 3. Pflegehelferberufe                                         | 1-2 Jahre Berufsausbildung (Klinik)   |
| 2. Angelernte Kräfte                                          | 2-3 Monate interne Schulung           |
| 1. Reinigungs- und Küchenpersonal                             | Nur Einarbeitung                      |

Abbildung 8: Rangfolge der Pflegeberufe; vom Verfasser erstellt.

Demnach sollten die angelernten Kräfte oberhalb des Reinigungs- und Küchenpersonals eingruppiert werden. Reinigungskräfte verdienen in der Regel den Mindestlohn von 9,00 € pro Stunde.<sup>4</sup> Einen Stundenlohn von 10,00 € wäre demnach für Reinigungskräfte ein zusätzlicher Anreiz, in den Bereich der angelernten Kräfte aufzusteigen.

<sup>1</sup> Vgl. Öffentlicher Dienst.Info, (2013-2014); Beispielgehalt nach TVöD-K, Gruppe E 8a, Stufe 5, Tabelle gültig ab 01.08.2013; vgl. auch Anhang 13: Gehaltsberechnung für den Öffentlichen Dienst, Seite 62.

<sup>2</sup> Brutto-Monatsgehalt 1.822 € ÷ 160,4 Std. = 11,36 €. Vgl. auch Anhang 14: Berechnung der Jahresarbeitszeit, Seite 63.

<sup>3</sup> Vgl. Bühner (2005), S. 144f; vgl. auch Großkopf & Klein (2012), S. 223.

<sup>4</sup> Vgl. Bundesministerium der Justiz, (Fassung: 21.12.2011) §2 Abs. 1b und Abs. 2; 9 € Stundenlohn entsprechen 1.444 € monatlich brutto. VK-Stelle = 160,4 Std. pro Monat.

## 7.2. Personalbedarfsermittlung nach Besetzungszeit

Der Personalbedarf wird nach der Methode der Besetzungszeit zuerst am regulären Modell und danach am neuen Tandem-Modell zum Stichtag der Umstellung am 2. Juli 2012 dargestellt. Seinerzeit wurden 122 Patienten in 5 Schichten behandelt. 110 Patienten tagsüber (Früh & Spät) und 12 Patienten in der Abendschicht. Insgesamt waren 8 Patienten isolierungspflichtig. Diese wurden in der Zuordnung 1:4 betreut. Pflegeaufwendige Patienten 1:5 und stabile Patienten ohne größerem Pflegeaufwand 1:6. Der Anschlussrhythmus erfolgte damals und auch heute noch in ¼-Std.-Taktung, mit der Ausnahme von Katheterpatienten und Patienten, deren Punktionsstellen nach der Dialyse abgedrückt werden müssen. In diesen Fällen und auch standardmäßig zwischen dem dritten und vierten Patienten erfolgen die Anschlüsse im halbstündlichen Rhythmus. Nur unter diesen Überlegungen halten die Verantwortlichen im Modellzentrum A eine Betreuung von bis zu 6 Patienten pro Pflegefachkraft für möglich. In Abb. 9 ist der wöchentliche Besetzungsplan mit Zuordnung der Pflegefachkräfte im regulären Modell dargestellt. Dieser sah pro Woche 75 Pflegefachkräfte-Tage (3 x 25 PFK) vor.

| Wochentage | Schicht | Ebene    | Pat.                          | Zuordnung          | PFK | Springer | Σ PFK |
|------------|---------|----------|-------------------------------|--------------------|-----|----------|-------|
| Mo Mi Fr   | Früh    | E        | 20                            | 1:5, 1:5, 1:5, 1:5 | 4   | 1        | 7     |
|            | Früh    | U        | 12                            | 1:6, 1:6           | 2   |          |       |
|            | Spät    | E        | 15                            | 1:5, 1:5, 1:5      | 3   |          | 5     |
|            | Spät    | U        | 12                            | 1:6, 1:6           | 2   |          |       |
|            | Abend   | E        | 12                            | 1:6, 1:6           | 2   |          | 2     |
|            | Σ       |          | 71                            |                    |     |          | 14    |
| Di Do Sa   | Früh    | E        | 19                            | 1:4, 1:5, 1:5, 1:5 | 4   | 1        | 6     |
|            | Früh    | U        | 6                             | 1:6                | 1   |          |       |
|            | Spät    | E        | 14                            | 1:4, 1:5, 1:5      | 3   |          | 5     |
|            | Spät    | U        | 12                            | 1:6, 1:6           | 2   |          |       |
|            | Σ       |          | 51                            |                    |     |          | 11    |
| Summen:    |         | 122 Pat. | Personalbedarf an je 2 Tagen: |                    |     | 25 PFK   |       |

Abbildung 9: Wochenbesetzung beim regulären Modell ohne AK; vom Verfasser erstellt.

Nach der Umstellung auf das Tandem-Modell änderte sich der Besetzungsplan auf (3 x 23) 69 Arbeitstage für Pflegefachkräfte plus (3 x 3) 9 Arbeitstage für angelernte Kräfte (vgl. Abb.10 auf Seite 30).<sup>1</sup> Auf Basis dieser Daten können die Personalbedarfe ermittelt werden. Demnach wurden im früheren regulären Modell 19,16 VK-Stellen „Pflegefachkräfte“ benötigt.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Vgl. auch Anhang 10: Raumaufteilung im Modellzentrum A, Seite 58.

<sup>2</sup> Vgl. Anhang 15: Personalbedarfsermittlung beim regulären Modell, Seite 64.

| Wochentage | Schicht | Ebene    | Pat.                          | Zuordnung                          | PFK | Springer | Σ PFK  | AK   |
|------------|---------|----------|-------------------------------|------------------------------------|-----|----------|--------|------|
| Mo, Mi, Fr | Früh    | E        | 22                            | 1:4, 1:5, 1:5, 1 <sup>(+)</sup> :8 | 4   | 1        | 7      | (+)1 |
|            | Früh    | U        | 12                            | 1:6, 1:6                           | 2   |          |        |      |
|            | Spät    | E        | 18                            | 1:4, 1:6, 1 <sup>(+)</sup> :8      | 3   |          | 5      | (+)1 |
|            | Spät    | U        | 12                            | 1:6, 1:6                           | 2   |          |        |      |
|            | Abend   | E        | 12                            | 1:6, 1:6                           | 2   |          | 2      |      |
|            | Σ       |          | 76                            |                                    |     |          | 14     | 2    |
| Di, Do, Sa | Früh    | E        | 18                            | 1:5, 1:5, 1 <sup>(+)</sup> :8      | 3   | 1        | 5      | (+)1 |
|            | Früh    | U        | 6                             | 1:6                                | 1   |          |        |      |
|            | Spät    | E        | 10                            | 1:5, 1:5                           | 2   |          | 4      |      |
|            | Spät    | U        | 12                            | 1:6, 1:6                           | 2   |          |        |      |
|            | Σ       |          | 46                            |                                    |     |          | 9      | 1    |
| Summen:    |         | 122 Pat. | Personalbedarf an je 2 Tagen: |                                    |     |          | 23 PFK | 3 AK |

Abbildung 10: Wochenbesetzung beim Tandem-Modell mit AK; vom Verfasser erstellt.

Nach der Umstellung auf das Tandem-Modell werden bei gleicher Patientenzahl 17,68 VK-Stellen „Pflegefachkräfte“ und 2,23 VK-Stellen „angelernte Kräfte“ benötigt<sup>1</sup>, somit zusammen 19,91 VK-Stellen im Bereich der pflegerischen Versorgung.

### 7.3. Kostenberechnung

Die Gesamtkosten für den Arbeitgeber, einschließlich aller Overheadkosten, betragen bei zuvor genannten Tarifen für eine Pflegefachkraft rd. 48T€<sup>2</sup> und für die angelernte Kraft bei einem Stundenlohn von 10 € pro Stunde rd. 25 T€<sup>3</sup> pro Jahr. Eine Multiplikation der Personalkosten mit den einzelnen VK-Stellen zeigt, dass mit dem Tandem-Modell der Aufwand für Personal jährlich um rd. 15 T€. (1,7%) sinkt. (Abb. 11)

|                           | Reguläres Modell | Tandem-Modell |
|---------------------------|------------------|---------------|
| VK-Stellen Pflege         | 19,16            | 17,68         |
| VK-Stellen AK             | 0                | 2,23          |
| Personalkosten/PFK p.a.   | 48.000 €         | 48.000 €      |
| Personalkosten/AK p.a.    |                  | 25.000 €      |
| Σ Personalkosten-PFK p.a. | 919.680 €        | 848.640 €     |
| Σ Personalkosten-AK p.a.  | 0 €              | 55.750 €      |
| Summe Personalkosten p.a. | 919.680 €        | 904.390 €     |
| Differenz p.a.            |                  | -15.290 €     |

Abbildung 11: Personalkosten im Vergleich; vom Verfasser erstellt.

Allerdings können die Gehaltsstrukturen bei den unterschiedlichen Trägern von Dialyseeinrichtungen sehr unterschiedlich sein. Teils wird mit 55 T€ pro Pflegefachkraft und Jahr kalkuliert. Oft wird auch mit einem Personalmix von Pflegefachkräften und Medizinischen Fachangestellten gearbeitet, die unterschiedlich hohe Gehälter beziehen. Demnach unterscheiden sich auch

<sup>1</sup> Vgl. Anhang 16: Personalbedarfsermittlung beim Tandem-Modell, Seite 65.

<sup>2</sup> Vgl. Anhang 17: Gehaltsberechnung für Arbeitgeber 2013 (PFK), Seite 66.

<sup>3</sup> Vgl. Anhang 18: Gehaltsberechnung für Arbeitgeber 2013 (AK), Seite 67.

die Gesamtaufwendungen für Personal. Generell gilt jedoch, dass je höher die durchschnittlichen Personalkosten im Bereich der Pflege sind, desto höher kann auch das Einsparpotenzial beim Tandem-Modell ausfallen. Setzen Dialysezentren jedoch eher günstiges Personal wie MFA ein, so wird auch das finanzielle Einsparpotenzial beim Tandem-Modell geringer ausfallen. Arbeiten Dialysezentren durchgängig mit der Zuweisung von 6 Patienten pro Pflegefachkraft (1:6) so wird eine Umstellung auf das Tandem-Modell 1:8 zwar zu einer deutlichen Reduzierung der Arbeitsbelastung führen, aber kostenneutral nicht umsetzbar sein.

|                                          |   |        |   |         |
|------------------------------------------|---|--------|---|---------|
| $\frac{3.037 \text{ €}}{6 \text{ Pat.}}$ | x | 2 Pat. | = | 1.012 € |
|------------------------------------------|---|--------|---|---------|

Abbildung 12: Beispiel der Gehaltsberechnung von 1:6 auf 2:8; vom Verfasser erstellt.

Kostenneutral wäre demnach ein Monatsgehalt von 1.012 €. Dies entspräche einem Stundenlohn von 6,31 €<sup>1</sup>, der jedoch als unrealistisch betrachtet wird. Die Abweichung oberhalb dessen führt zur Erhöhung der Personalkosten. Eine durchgängige Zuweisung von 1:6 bedeutet aber auch, dass jede Pflegefachkraft bis zu 1.300 Dialysebehandlungen pro Jahr durchführt und damit entsprechend hoher Dauerbelastung unterliegt.<sup>2</sup>

#### 7.4. Kontrolle der Personalaufwendungen an den Erlösen

Hier werden die Aufwendungen für Personal im Verhältnis zu den erzielbaren Erlösen bei 122 Patienten und 93% Auslastung gesetzt.<sup>3</sup>

| Dialyse-Sachkostenpauschalen (GOP 40823)                                     | WP-Satz € | Pat. (122) | Erlöse             |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|--------------------|
| Preisstufe 1: (1-50 Pat.)                                                    | 485,80    | 50         | 24.290 €           |
| Preisstufe 2: (51-100 Pat.)                                                  | 466,30    | 50         | 23.315 €           |
| Preisstufe 3: (101-150 Pat.)                                                 | 417,50    | 22         | 9.185 €            |
| Preisstufe 4: (über 151 Pat.)                                                | 398,00    | 0          | 0 €                |
| Infektionszuschlag                                                           | 30,00     | 8          | 240 €              |
| Alterszuschlag 10-30 € (GOP 40829/..31/..33) Ø                               | 10,00     | 122        | 1.220 €            |
| <b>Summe Erlöse pro Woche</b>                                                |           |            | <b>58.250 €</b>    |
| <b>Summe Erlöse pro Jahr (x 52,14)</b>                                       |           |            | <b>3.037.155 €</b> |
| <b>bei Ø 93%-tiger Auslastung (Σ113,5 WP. Somit 13,5 WP d. Preisstufe 3)</b> |           |            | <b>2.846.127 €</b> |
| <b>Personalaufwendungen p.a.</b>                                             |           |            | <b>904.390 €</b>   |
| <b>Personalaufwandsquote</b>                                                 |           |            | <b>31,8%</b>       |

Abbildung 13: Personalaufwandsquote beim Tandem-Modell; vom Verfasser erstellt.

Die so ermittelte Personalaufwandsquote beträgt am Tandem-Modell 31,8%. Aus der Ergebnisrechnung des KfH-Jahresberichts 2012 ist eine Personal-

<sup>1</sup> Berechnung: 1012 € monatlich ÷ 160,4 Std./Monat = 6,31 €.

<sup>2</sup> Vgl. hierzu Kapitel 7.4.

<sup>3</sup> Vgl. Anhang 19: Schreiben der DN zur neuen WP gültig ab 01.07.2013, Seite 68; vgl. auch Kassenärztliche Bundesvereinigung (01.07.2013) unter: V-40-40.14: GOP's 40823, 40829, 40831, 40833, 40835; Neue Dialyse-Sachkostenpauschale ab 01.07.2013.



aufwandsquote von insgesamt 39,7%<sup>1</sup> zu entnehmen. Darin enthalten sind auch die Erlöse aus ärztlich erbrachten Leistungen sowie die sonstigen Personalkosten für z. B. Logistik, Hauswirtschaft, Verwaltung und angestellte Ärzte. Hier zum Vergleich die Personalaufwandsquoten aus drei zufällig ausgewählten deutschen Kliniken:<sup>2</sup>

- Rhön-Klinik AG Bad Neustadt a.d. Saale (2012): **49,6%**
- Sana-Klinik Berlin-Brandenburg GmbH (2012): **51,3%**
- Helios-Klinik Siegburg GmbH (2011): **49,2%**

Demnach erscheint eine Personalaufwandsquote im Bereich der Dialyse von < 40% als akzeptabel. Eine weitere oft geforderte Kennzahl ist die Anzahl Dialysebehandlungen/VK-Stelle/Jahr. Sie sollte  $\geq 900$  betragen. Bei 122 Patienten mit 93%-tiger Auslastung werden rd. 17.747 Dialysebehandlungen pro Jahr durchgeführt.<sup>3</sup> Dividiert durch jene 19,16 VK-Stellen aus dem regulären Modell ergeben sich daraus 926 Dialysebehandlungen/VK-Stelle/Jahr. Somit ein sehr akzeptables Ergebnis. Beim Tandem-Modell darf nicht der Fehler begangen werden, die Anzahl der Behandlungen ins Verhältnis zu den 19,91 Gesamt-VK-Stellen zu setzen. Hier käme es fälschlicherweise zu einer Reduzierung des Kennzahlenwertes. Diese Kennzahl ist hier nicht anwendbar! Anstelle dessen können die jeweiligen Personalkosten pro Dialysebehandlung ermittelt und verglichen werden. Im regulären Modell betragen diese 51,82 € und beim Tandem-Modell 50,96 €.<sup>4</sup>

### **7.5. Weiterführende betriebswirtschaftliche Aspekte**

Die Ziele des Tandem-Modells sind auch die Reduzierung von Stress und Arbeitsspitzen, um damit eine Steigerung von Motivation und Arbeitsattraktivität zu bewirken. Ein gutes Betriebsklima als Ergebnis eines partizipativen Führungsstils lassen auch die motivationsbedingten Fehlzeiten bei den Mitarbeitern sinken.<sup>5</sup> Dies kann auch im Modellzentrum A bestätigt werden. 2012 betrug dort die Fehlzeitenquote für Krankheit 3,2 % und lag damit 2,4 %-Punkte bzw. 43% unter dem Unternehmensdurchschnitt von 5,6 %<sup>6</sup>.

---

<sup>1</sup> Vgl. KfH Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation e.V. (2012). Vgl. auch Anhang 20, Seite 69

<sup>2</sup> Vgl. Bundesministerium der Justiz, Bundesanzeiger; Vgl. auch Anhang 20: Personalaufwandsquoten KfH und deutsche Kliniken, Seite 69.

<sup>3</sup> Rechnung:  $122 \text{ Pat.} \times 3 \text{ Dialysen/Woche} \times 52,14 \text{ Wochen/J.} \times 0,93 \text{ Auslastungsgrad}$ .

<sup>4</sup> Rechnung:  $\text{Summe der Personalkosten p.a. (Abb. 11)} \div 17.747 \text{ Dialysebehandlungen/Jahr}$ .

<sup>5</sup> Vgl. Bröckermann (2007), S. 390ff.

<sup>6</sup> Quelle: Träger der Dialyseeinrichtung.

Allein dies entspricht einem monetären Gewinn von 21.700 Euro.<sup>1</sup> Ein weiterer wichtiger Punkt ist die längere Bindung des Mitarbeiters an das Unternehmen, was gerade unter dem Aspekt des zunehmenden Fachkräftemangels interessant erscheint. Neben dem altersbedingten Ausscheiden haben in den letzten fünf Jahren nur vier Pflegefachkräfte das Modellzentrum A verlassen. Eine Person wegen beruflichen Aufstiegs, zwei Personen wegen leider schwerer Erkrankung und nur eine Person (40%-Kraft) aus persönlichen Gründen. Wirtschaftlich betrachtet ist die geringe Fluktuation von großer Bedeutung, denn jedes Ausscheiden bedeutet meist Überstunden und damit zusätzlicher Stress für die verbleibenden Kollegen. Als Reaktion darauf steigt nicht selten die Fehlzeitenquote für Krankheit und eine Negativspirale wird in Gang gesetzt. Für den Arbeitgeber entstehen zusätzliche Kosten für Überstundenzuschläge, Krankheitsausfälle, Mitarbeiterakquise und für die Einarbeitungen neuer Pflegefachkräfte. Bei einer Neueinstellung ohne Dialyseerfahrung fallen zwei bis drei Monate Einarbeitungszeit an, in denen die Pflegefachkraft nicht wertschöpfend tätig ist. Allein diese Kosten betragen rd. 8.000 bis 12.000 Euro.

## **8. Erkenntnisse aus den Experteninterviews**

Insgesamt wurden 17 Experten anhand eines einheitlichen Fragebogens<sup>2</sup> interviewt, mit dem Ziel, mehr über die Delegation von Leistungen an angelernte Kräfte zu erfahren. Aus dem Modellzentrum A waren es die Verwaltungsleitung, die pflegerische Leitung und eine Pflegefachkraft sowie aus dem Modellzentrum B die lfd. Pflegekraft. Neben neun weiteren leitenden und stellvertretend lfd. Pflegekräften aus unterschiedlichen Dialysezentren Deutschlands, nahmen noch eine weitere Verwaltungsleitung, ein lfd. Arzt eines Dialysezentrums sowie eine lfd. Angestellte der Personalentwicklung am Interview teil. Dabei lieferten jene Personen, die bereits Erfahrung mit angelernten Kräften hatten, die wesentlichen Beiträge zur Stärken-Schwächen-Chancen-Risiken-Analyse, (SWOT-Analyse)<sup>3</sup>. Interviewte ohne diese Erfahrung trugen maßgeblich zur Identifizierung der internen Barrieren und hindernden Kräfte bei. Die siebzehnte Person konnte von früheren Erfahrungen mit dem Einsatz angelernter Kräfte berichten. Die ersten beiden Fragen wurden an alle Interviewteilnehmer gerichtet. Die Antwort auf Frage

---

<sup>1</sup> Rechnung: Summe der Personalaufwendungen p.a. (Abb.11 bzw. 13) x 2,4 Prozent.

<sup>2</sup> Vgl. Anhang 21: Fragebogen zum Experteninterview, Seite 70f.

<sup>3</sup> SWOT-Analyse (strengths, weaknesses, opportunities, threats).

Zwei (JA oder Nein) entschied darüber, mit welchem der beiden Fragepakete das Interview zu allgemeinen Erfahrungen oder Einschätzungen weiter geführt wurde. Ab Frage Neun folgten dann wieder die gemeinsamen Fragen zur SWOT-Analyse und zu internen Barrieren und Kräftefelder. Insgesamt konnten mit den 17 Interviews, auch durch die Teilnahme von zwei Verwaltungsleitungen, die mehrere Dialysezentren leiten, Erfahrungen aus 30 Dialysezentren gebündelt werden.

### **8.1. Allgemeine Erfahrungen und Erkenntnisse**

Zu Beginn des Interviews wurde danach gefragt, ob im Dialysezentrum bereits angelernter Kräfte eingesetzt werden. Mit Ausnahme der Interviewten aus den Modellzentren verneinten alle Personen diese Frage. Erst bei weiterem Nachfragen kam hervor, dass in fast allen Dialysezentren angelernte Kräfte für Nebentätigkeiten eingesetzt werden. Dabei handelt es sich i.d.R. um Stationshilfen, Lageristen oder Teilnehmer des Bundesfreiwilligendienstes. Neben der Zuordnung von festen Aufgaben unterstützen sie das Pflegeteam bei Arbeitsspitzen. Sie rüsten Dialysegeräte ab, reinigen diese, machen Betten und drücken sogar Punktionsstellen ab. Diese Hilfe erfolgt jedoch unsystematisch und nur punktuell auf Zuruf. In einem Interview wurde die Stationshilfe auch als „Joker“ bezeichnet.

Die meisten der befragten lfd. Pflegekräfte hatten schon mal über den Einsatz von angelernten Kräften nachgedacht, aber den Gedanken nicht weiter verfolgt, weil dies wohl zur Erhöhung der Personalkosten führen würde. Bei der Frage, welche Tätigkeiten an angelernte Kräfte delegiert werden können, waren sich alle Interviewten im Wesentlichen einig: Dazu zählen Reinigungsarbeiten, hauswirtschaftliche und patientenferne Tätigkeiten sowie leichte patientennahe Tätigkeiten aus dem Grundpflegebereich.

Im Modellzentrum A wurden die angelernten Kräfte über drei Monate hinweg systematisch eingearbeitet und damit auf ihre neue Tätigkeit vorbereitet. (Vgl. Modellzentrum „A“ S. 22). Im Modellzentrum B hat sich das Aufgabengebiet über sieben Jahre hinweg langsam entwickelt. Ursprünglich verrichteten die angelernten Kräfte nur Küchen- und Reinigungsarbeiten. Heute übernehmen sie auch patientennahe Tätigkeiten. Auch sie haben durch Anleitung gelernt, allerdings unstrukturierter als im Modellzentrum A. In beiden Fällen wurden die angelernten Kräfte in den Bereichen Hygiene, Küchenhygiene, Arbeitssicherheit, Brandschutz und im Umgang mit Gefahr-

stoffen geschult. Ein Einarbeitungshandbuch, das sich am Tätigkeitsprofil der angelernten Kräfte orientiert, existiert in beiden Fällen nicht.

Die vier interviewten Führungskräfte der strategischen Managementebene aus Verwaltung, Personal und Medizin wünschen ein systematisches und im Unternehmen einheitliches Schulungskonzept. Dieses soll eine hohe Praxisrelevanz besitzen und auch die theoretischen Grundlagen der Dialyse beinhalten. Im Wesentlichen soll vor Ort in den Dialysezentren von Praxisanleitern on the Job geschult und trainiert werden. Die Aufgaben der angelernten Kraft müssen eindeutig beschrieben und zu den Aufgaben der Pflegefachkräfte und MFA klar abgegrenzt werden. Es werden Funktionsbeschreibungen in Form einer Positivliste gewünscht. Dienstanweisungen mit Verboten oder Erlaubnisvorbehalten werden eher abgelehnt.

Ein weiterer Punkt war die Befähigung der Pflegefachkräfte, um künftig an angelernte Kräfte in der Dialyse zu delegieren und diese anzuleiten. In allen Fällen hatte man darüber noch nicht nachgedacht. Allerdings gibt es in den Modellzentren Praxisanleiter und es liegt nach Einschätzung der Führungskräfte eine hohe Bildungskultur vor.

## **8.2. SWOT-Analyse**

Im ersten Schritt wurde nach den Stärken und Schwächen des Dialysezentrums gefragt, die für oder eher gegen eine Delegation pflegerischer Leistungen an angelernte Kräfte sprechen. Im zweiten Schritt wurde nach den Chancen und Risiken des Personalmodells, des Marktes und des Umfeldes gefragt. Ziel ist es, dass die Dialysezentren, die ein solches Personalmodell anstreben, sich ihrer eigenen Stärken und Schwächen bewusst werden, um diese dann mit den analysierten Chancen und Risiken aus Modell, Markt und Umfeld abzugleichen. Die wesentlichen Beiträge hierzu kamen von den Experten der Modellzentren sowie aus dem strategischen Management.

### **8.2.1. Unternehmerische Stärken**

Nach Aussagen der Experten und Führungskräfte zeichnet die Teams der beiden Modellzentren aus, dass sie aus zahlreichen gut qualifizierten Pflegefachkräften bestehen, die über gute pädagogische Fähigkeiten und über genügend Enthusiasmus verfügen, um angelernte Kräfte in der Dialyse einzuarbeiten und anzuleiten. Praxisanleiter sind vorhanden, die per se mit diesen Tätigkeiten vertraut sind. Sie sind nicht nur in der direkten Anleitung wichtig, sondern geben ihre pädagogischen Grundkenntnisse auch an die

Kollegen im Dialysezentrum weiter. Erfahrungen aus der Schüleranleitung und Ausbildung von MFA sind vorhanden und von besonderer Bedeutung.

Die Teams der Modellzentren besitzen die Fähigkeit Praktikanten, Schüler, MFA und angelernte Kräfte nicht als Konkurrenten zu betrachten. Vielmehr sind sie in der Lage, diese mit in die Gemeinschaft aufzunehmen und zu akzeptieren. Ihnen ist es gelungen, die angelernten Kräfte nicht nur in Bezug auf ihre Arbeit, sondern auch emotional an das Unternehmen zu binden. Als weitere Stärke wird die Unterstützung durch das sehr strukturierte Fort- und Weiterbildungsangebot im Unternehmen gesehen.

### **8.2.2. Unternehmerische Schwächen**

Aufgrund einer fehlenden Differenzierung in den Tätigkeitsbereichen von Pflegefachkräften und MFA bestehen teils starke Ressentiments gegen den Einsatz von MFA in der Dialyse. Diese müssen erst durch klare Funktionsbeschreibungen abgebaut werden, ansonsten werden sich die gleichen Vorbehalte gegen angelernte Kräfte entwickeln. Dialysezentren mit Klinikanbindung führen Akutdialysen durch. In diesem Bereich können keine angelernten Kräfte eingesetzt werden. Zudem ist in diesen Dialysezentren die Arbeitsbelastung bereits so hoch, dass keine zusätzliche Zeit mehr für die Einarbeitung angelernter Kräfte da ist. Hinzu kommt die bis dato noch weitestgehend unklare Rechtslage, wer für was verantwortlich ist. „Hier muss zuerst Klarheit geschaffen werden“, wünschen sich die Verantwortlichen.<sup>1</sup> Eine weitere Schwäche dürfte wohl jedes Dialysezentrum in Deutschland aufweisen: Die Delegation pflegerischer Leistungen an angelernte Kräfte fordert von der Pflegefachkraft neben fachlichem Know-how auch reichlich Führungskompetenz, die bislang nicht benötigt wurde. Folglich werden starke Pflegefachkräfte gebraucht, die jedoch nach Einschätzung der Interviewten kein Dialysezentrum zu 100% vorweisen kann. Ein weiterer Punkt ist, dass viele Pflegefachkräfte gerne an alten bislang bewerteten Strukturen festhalten möchten. In der Vergangenheit waren neue Konzepte oft mit der Steigerung von Effizienz und Arbeitsbelastung verbunden. Daher muss zuerst der Gewinn aus dem neuen Personalmodell transparent und erkennbar dargestellt werden. Es gilt, verloren gegangenes Vertrauen wieder aufzubauen.

---

<sup>1</sup> Ziel der Kapitel I-2 und I-3 der vorliegenden Bachelorarbeit.

### **8.2.3. Chancen aus dem Modell, Markt und Umfeld**

Die Pflegefachkräfte werden lernen, ihre Tätigkeiten besser zu differenzieren. Durch diese Spreizung mit Delegation von Tätigkeiten an angelernte Kräfte, können sich die Pflegefachkräfte wieder mehr auf ihre Kernkompetenzen konzentrieren. Damit wird ihnen auch die Sicherheit gegeben, dass trotz der schwierigen Personalsituation am Markt, die Möglichkeit besteht, dem Team Unterstützung zu geben. Gerade in strukturschwachen und ländlichen Regionen finden auch Tätigkeiten im Niedriglohnbereich Anklang. Auch Teilzeitkräfte sind dort vermehrt zu finden. Förderlich erscheint hier die Attraktivität der Arbeit im interdisziplinären Team. Dialysen können damit auch an Standortorten betrieben werden, an denen es strukturbedingt weniger Fachkräfte gibt.

Die körperliche Entlastung der Pflegefachkräfte kann zur längeren Gesunderhaltung und damit zur längeren Bindung an das Unternehmen führen. Auch vor dem Hintergrund der steigenden Lebensarbeitszeit ist dies bedeutsam.

Dieses Modell dient letztlich zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung und kann auch der Bevölkerung die Angst nehmen, bei einem tendenziellen Rückgang von Fachkräften, in eine pflegerische Unterversorgung zu kommen. Für die angelernten Kräfte bietet sich die Chance der persönlichen Weiterentwicklung, um darüber vielleicht auch den Zugang zu einer pflegerischen Ausbildung zu bekommen.

### **8.2.4. Risiken aus dem Modell, Markt und Umfeld**

Beim neuen Personalmodell arbeiten die Pflegefachkräfte über viele Stunden hinweg stets hoch konzentriert. Zudem wird durch die Delegations- und Kontrolltätigkeit die eigene Arbeit oft unterbrochen und die Konzentration auf die Unterbrechung gelegt. Hierdurch können Überforderung und Fehler bei der Arbeit entstehen. Die schwächeren Pflegefachkräfte, die bislang von den stärkeren Teammitgliedern getragen wurden, müssen nun verstärkt eigenverantwortlich tätig werden. Dies kann eine Chance für sie bedeuten aber auch das Risiko bergen, dass sie dem nicht gewachsen sind, sich gegen das Personalmodell stellen oder daher sogar das Unternehmen verlassen.

Gebietsabhängig kann es schwierig werden, entsprechendes Dienstleistungspersonal mit hoher Kontinuität und Zuverlässigkeit zu finden. Es besteht damit das Risiko einer höheren Fluktuation, häufigerer Einarbeitungen und damit von Unzufriedenheit im Pflorgeteam. Auch aus der neuen Hierarchie

können Störungen oder Konflikte entstehen, weil sich die angelernten Kräfte in der Klassifizierung des Teams nicht wiederfinden. Im Niedriglohnbereich finden sich zudem auch häufig Bewerber mit Migrationshintergrund. Unbeachtete Sprachdefizite können zu Missverständnissen und Fehlern im Behandlungsablauf führen. Die Patienten werden tendenziell kränker und pflegebedürftiger. Sind Prozesse, Schnittstellen und Aufgaben im nephrologischen Team nicht eindeutig geklärt, kann die mit dem Personalmodell sinkende Fachkräftequote ein steigendes Patientenrisiko zur Folge haben. Bei krankheitsbedingtem Ausfall von Pflegefachkräften und Übrigbleiben von angelernten Kräften, kann es zur Unterversorgung der Patienten kommen.

### **8.3. Interne Barrieren**

Die relevanten Beiträge zum Erkennen interner Barrieren und bremsender Kräfte<sup>1</sup> wurden in den Interviews von den leitenden und stellvertretend lfd. Pflegekräften gegeben, die bislang noch keine Erfahrungen mit dem Personalmodell unter Einsatz angelernter Kräfte hatten.

Die wesentlichen Sorgen bei den Pflegefachkräften liegen in der Existenzsicherung. Mit dem neuen Personalmodell sehen sie den eigenen Arbeitsplatz als gefährdet an. Sie haben Sorge, durch günstigere angelernte Kräfte ersetzt zu werden. Gerade die etwas schwächeren Pflegefachkräfte und jene mit weniger Zusatzaufgaben halten sich für austauschbar. Es wird befürchtet, dass laufende Zeitverträge von Pflegefachkräften nicht mehr verlängert werden oder dass Teilzeitkräften ihr reduzierter Stellenanteil nicht mehr erhöht wird. Die Pflegefachkräfte gehen davon aus, dass das neue Personalmodell lediglich der Einsparung von Personalkosten dient und nicht der Qualitätssicherung. Sie haben Sorge, dass die Planstellen der Pflegefachkräfte danach sukzessive weiter reduziert werden und damit ihre Belastung weiter ansteigt. Auch die Rechtslage zu Verantwortungs- und Haftungsfragen ist den Pflegefachkräften weitestgehend unbekannt. Sie gehen davon aus, dass sie die Gesamtverantwortung für die angelernten Kräfte mittragen müssen. Daher besteht seitens der Pflegefachkräfte nur eine sehr geringe Bereitschaft, angelernte Kräfte in der Dialyse einzuarbeiten. Um keine Konkurrenz aufzubauen, wäre es sogar denkbar, dass angelernte Kräfte absichtlich schlecht angeleitet und als unerwünscht behandelt würden.

---

<sup>1</sup> Vgl. Glatz & Graf-Götz (2007), S. 302f.

Generell besteht die Angst vor dem neuen noch unbekannten Personalmodell.

Ärzte haben insbesondere die Sorge, dass sie mit der Reduzierung der Fachkräftequote weniger Delegationsempfänger haben und damit weniger ärztliche Tätigkeiten an ihre Pflegefachkräfte delegieren können.

In den beiden Modellzentren A und B konnten durch eine offene Kommunikation im Team alle wesentlichen Barrieren abgebaut werden. Auch die bremsenden Kräfte im Team haben sich zu Förderer des Personalmodells entwickelt.

## **Kapitel III: Schlussbetrachtung**

### **9. Schlussfolgerung**

#### **9.1. Aktueller Stand der Delegation**

Seit einigen Jahren besteht in deutschen Gesundheitseinrichtungen ein zunehmender Trend der Delegation von pflegerischen Leistungen an Hilfspersonal. Dafür sprechen sich auch bedeutende Organisationen wie das DKI und der DBfK aus. Zu der Gruppe der Delegationsempfänger zählen auch die angelernten Kräfte, die lediglich über eine materiell erworbene Qualifikation verfügen. Die Gründe für diese Entwicklung sind der zunehmende Fachkräftemangel, der steigende ökonomische Druck sowie die hohe Arbeitsbelastung der Pflegefachkräfte. Aufgrund der gewonnenen Erkenntnisse kann bestätigt werden, dass eine Delegation pflegerischer Leistungen von Pflegefachkräften an angelernte Kräfte in der Dialyse unter Beachtung bestimmter Regeln möglich ist und auch bereits erfolgreich praktiziert wird. Die Stressbefragung und die Experteninterviews bestätigen, dass rd. 96% der Befragten der Dialyse in zeitlichen Engpässen im Mittel bei rd. 23% der pflegerischen Tätigkeiten Unterstützung von anderen Berufsgruppen erhalten.<sup>1</sup>

#### **9.2. Befugnisse der Pflegefachkräfte**

Die Maßnahmen der Grundpflege gehören zum eigenständigen Bereich der Pflegefachkräfte und unterliegen alleinig der Weisungs- und Überwachungsverantwortung der Pflegedienstleitung bzw. der lfd. Pflegekraft, die dem Träger der Dialyseeinrichtung untersteht. Demnach dürfen Pflegefachkräfte

---

<sup>1</sup> Vgl. Auswertung der Stressbefragung - Allgemeingruppe, ab Seite 80



in der Dialyse ausgewählte Maßnahmen der Grundpflege in eigener Verantwortung an angelernte Kräfte delegieren. Zu den Pflegefachkräften zählen allerdings nur examinierte Gesundheits- und (Kinder)- Krankenpfleger/innen sowie examinierte Altenpfleger/innen.

### **9.3. Befugnisse der MFA**

In der Dialyse arbeiten zunehmend Arzthelferinnen und Medizinische Fachangestellte. Sie lernen während ihrer Ausbildung keine grundpflegerischen Tätigkeiten.<sup>1</sup> Damit sind sie in diesem Bereich selber Delegationsempfänger und dürfen nicht delegieren. Die Ausführung von einfachen Tätigkeiten, wie die Hilfe beim Be- und Entkleiden, Patienten wiegen, ins Bett legen und lagern, bedarf einer ausreichenden materiellen Qualifikation, die die MFA durch Anleitung erlernt. Absolviert die MFA das Fortbildungscurriculum „Dialyse für Arzthelferinnen“, dass 10 Unterrichtsstunden Pflege vorsieht<sup>2</sup>, so erwirbt sie damit eine geringe formelle Qualifikation, die sie zur eigenständigen Durchführung einfacher Grundpflegemaßnahmen befähigt. Die geringe formelle Qualifikation kann jedoch nicht mit jener aus § 3 Abs. 2.1 KrPflG<sup>3</sup> gleichgesetzt werden und befähigt demnach nicht zur eigenverantwortlichen Ausführung der Grundpflege. Damit fehlt auch der Arztfachhelferin die wesentliche Voraussetzung zur Delegationsfähigkeit. MFA - mit oder ohne Fortbildungscurriculum Dialyse - und angelernte Kraft sind daher im Bereich der Grundpflege in horizontaler Arbeitsteilung zu sehen. Die Anordnungs- und Überwachungsverantwortung für Maßnahmen der Grundpflege trägt in diesem Fall die lfd. Pflegefachkraft, die somit selbst eine Pflegefachkraft gemäß KrPflG oder AltPflG sein muss. Sollte dies nicht der Fall sein, so entsteht im Bereich der Grundpflege ein Problem bei der korrekten Anordnungs- und Überwachungsverantwortung, das aus haftungsrechtlicher Sicht unbedingt durch eine andere Hierarchiestruktur gelöst werden muss.

### **9.4. Allgemeine Regeln der Delegation**

Da sich die zu delegierenden Maßnahmen einerseits an ihrer objektiven Gefährlichkeit, Schwierigkeit und Beherrschbarkeit und andererseits an der subjektiven Fähigkeit des Delegationsempfängers orientieren, bedeutet dies am Beispiel der Dialyse, dass den angelernten Kräften nur ungefährliche, leicht zu verrichtende und beherrschbare Tätigkeiten delegiert werden

---

<sup>1</sup> Vgl. Verordnung über die Berufsausbildung zur MFA [...] (2006) §4.

<sup>2</sup> Vgl. Bundesärztekammer (2002), S. 8.

<sup>3</sup> Vgl. KrPflG (16.07.2003) §3 Abs. 2.1.

dürfen. Eine Auflistung hierzu befindet sich im Anhang 6: Delegierbare Leistungen auf Seite 53. Das Abdrücken der Punktionsstellen nach Kanülenentfernung und Anbringen der Pflaster auf die verschlossenen Punktionsstellen stellt die Grenze der Delegation dar. Danach beginnt der pflegerische Kernbereich oder die Behandlungspflege. Leistungen beider Gruppen sind nicht delegierbar und müssen von den Pflegefachkräften persönlich erbracht werden. Zum Erwerb einer ausreichenden materiellen Qualifikation müssen die angelernten Kräfte in allen Tätigkeiten, die sie verrichten sollen, geschult werden. Dies lässt sich auch aus den Urteilen des BGH und SG Speyer ableiten.<sup>1</sup> Je gefährlicher und schwieriger die Tätigkeit ist, je häufiger muss die Pflegefachkraft die angelernte Kraft kontrollieren. Alle delegierten Tätigkeiten, wie z. B. das Abdrücken der Punktionsstellen, müssen nach pflegerischem Standard erbracht werden. Die angelernte Kraft trägt dabei die Verantwortung für die korrekte Durchführung der Maßnahme. Die delegierende Pflegefachkraft trägt die Verantwortung für die richtige Anordnung und Auswahl des Delegationsempfängers. Eine Ausnahme bildet hier das Aufrüsten der Dialysegeräte. Da es sich nach Ansicht des Verfassers dabei um die Vorbereitung eines medizinischen Gerätes für eine Behandlung handelt, sollte auch die Anordnung und stichprobenartige Kontrolle durch den Arzt erfolgen. Die Schulung und tägliche Anweisung kann wiederum durch die Pflegefachkraft erfolgen. Auf eine Ausnahme sei hier noch hingewiesen: Das Befüllen der Perfusorspritze zur Antikoagulation<sup>2</sup> zählt zur Medikamentenvorbereitung und darf nicht an die angelernte Kraft delegiert werden.

### **9.5. Delegationspotenzial**

Ein ausreichendes Tätigkeitspotenzial zur Delegation an angelernte Kräfte in der Dialyse ist vorhanden. Dies bestätigen die Erkenntnisse der durchgeführten Studie der Rechtsliteratur, der Stressbefragung und der Multimomentaufnahmen. Aus dem Kapitel „Rechtliche Aspekte“ können die delegierbaren Leistungen abgeleitet werden. Die Stressbefragung zeigt, dass Pflegefachkräfte bei patientenfernen und -nahen Tätigkeiten Unterstützung von pflegefremden Berufsgruppen erhalten. Der wesentliche Beweis kann jedoch durch die Multimomentaufnahmen erbracht werden. In der Art und Anzahl der Tätigkeiten, in deren zeitlichem Ablauf und der Häufigkeit des Auftretens sowie zu den Stressspitzen während der An- und Abschlusszeiten zeigen

---

<sup>1</sup> Vgl. Bundesgerichtshof (1990), S. 3; vgl. auch Sozialgericht Speyer (2005), S. 2 u. 5.

<sup>2</sup> Antikoagulation = Hemmung der Blutgerinnung.

sich große Parallelen. Die Arbeitsprozesse können daher als allgemeingültig betrachtet werden und sind auf andere Dialysezentren übertragbar. Das Delegationspotenzial der MMA beträgt im Mittel 37% der pflegerischen Arbeitszeit und ist damit noch nicht voll ausgeschöpft.<sup>1</sup> Darin enthalten sind delegierbare Leistungen von rd. 5 Patienten, die von der Pflegefachkraft jedoch unter teils sehr hohem Stress und hoher Geschwindigkeit erbracht werden. Bei Erhöhung der Betreuungszahl von 5 auf 8 Patienten pro Pflegefachkraft kann das Delegationspotenzial im Mittel damit rein rechnerisch bereits 59% einer Arbeitsschicht betragen. Nutzt man nun das volle Delegationspotenzial aus und reduziert noch den Stresslevel, indem der angelernten Kraft genügend Zeit für die Leistungen eingeräumt werden, so lässt sich, wie am Beispiel von Modellzentrum A zu sehen, ein kompletter Arbeitstag (7,7 Std.) einer angelernten Kraft zu 100% mit wertschöpfenden Tätigkeiten füllen. Das gleiche Ergebnis zeigt auch die MMA aus dem Modellzentrum B. Dort arbeitet die angelernte Kraft 3,85 Std. pro Schicht. Zusätzlich besteht noch ein ungenutztes Delegationspotenzial von bis zu 24% der pflegerischen Arbeitszeit bei der Betreuung von 4 Patienten. Hochgerechnet auf 8 Patienten könnte damit auch ein kompletter Arbeitstag (7,7 Std.) ausgefüllt werden.<sup>2</sup> Pro 8 Patienten fallen somit genügend delegierbare Leistungen an, um eine angelernte Kraft mit wertschöpfenden Tätigkeiten zu beschäftigen.

### **9.6. Effekte der Prozessoptimierung**

Mit einer systematischen Delegation von Leistungen an angelernte Kräfte in der Dialyse können Arbeitsspitzen und Arbeitsbelastung reduziert werden. Dies belegen die MMA 7 und 8 aus dem Modellzentrum A. Die dort zeitlich aufeinander sehr gut abgestimmten Teilprozesse, die von der Pflegefachkraft und der angelernten Kraft im Versorgungsprozess der Patienten erbracht werden, verhindern sowohl die Stressspitzen als auch das häufige Springen zwischen einzelnen Tätigkeiten. Ein Resultat daraus ist das gute Ergebnis bei der Stressbewertung im Modellzentrum A. Dort berichten Pflegefachkräfte im Vergleich zu den anderen Gruppen über die geringste Stresszunahme in den letzten beiden Jahren. Die wenigsten Mitarbeiter fühlen sich bei der Arbeit quantitativ überfordert und ihr gefühlter Stresslevel liegt unter dem der beiden Vergleichsgruppen. Durch den Wegfall von Nebentätigkeiten sinkt die körperliche Belastung der Pflegefachkräfte, die sich nun wieder mehr auf ihre

---

<sup>1</sup> In den MMA betrug das Delegationspotenzial bis zu 46% der pflegerischen Arbeitszeit.

<sup>2</sup> Rechnung:  $[7,7 \text{ Std.} \times 24\% \times 2] + 3,85 \text{ Std.} = 7,55 \text{ Std.}$

Kernaufgaben konzentrieren können. Diese Prozessoptimierung führt bei der geleisteten Arbeit - und damit beim Patienten - zu einer Steigerung der Ergebnisqualität. Bei den Pflegefachkräften führt sie zur längeren Erhaltung ihrer Leistungsfähigkeit, zur Erhöhung der Arbeitsattraktivität im nephrologischen Team und damit zur längeren Bindung an das Unternehmen. Belege dafür sind im Modellzentrum A die geringe Fluktuationsrate bei den Pflegefachkräften sowie eine Fehlzeitenquote/Krank, die 43% unter dem Unternehmensdurchschnitt liegt. Die Erhöhung der Arbeitszufriedenheit der Pflegefachkräfte führt zu einer inneren Stabilität mit hoher Arbeitsqualität im Dialysezentrum. Allein diese Effekte sind betriebswirtschaftlich betrachtet von größter Bedeutung.

Hingegen das schlechtere Resultat bei der Stressbefragung im Modellzentrum B (vgl. Abb. 1 auf Seite 19) zeigt, dass die Pflegefachkräfte, trotz der partiellen Unterstützung durch angelernte Kräfte, die Entlastung nicht ausreichend spüren. Ein Grund dafür ist, dass die Unterstützung meist erst bei Vorhandensein von Stress erfolgt. Ein effektives Arbeitsmodell unter Einsatz von angelernten Kräften muss demnach in der Lage sein, Arbeitspitzen und Stress zu verhindern. Dies ist nur mit klar aufeinander abgestimmten Teilprozessen, wie im Modellzentrum A, zu erzielen. Dem Prozess muss auch zu entnehmen sein, welche Tätigkeiten, in welcher Reihenfolge, zu welchem Zeitpunkt und von welcher Berufsgruppe zu erbringen sind.

### **9.7. Kosten und Wirtschaftlichkeit**

Angelernte Kräfte können einen festen Bestandteil des Dialyseteams darstellen. Ihnen gebührt damit auch die gleiche Aufmerksamkeit wie den anderen Berufsgruppen. Die Ziele sind auch hier eine möglichst hohe Arbeitszufriedenheit sowie die emotionale Bindung an das Unternehmen. Die eigentliche Motivation der angelernten Kraft entsteht aus der sozialen Bindung an das nephrologische Team sowie aus der Aufgabenerfüllung selbst. Darüber hinaus sollten angelernte Kräfte angemessen bezahlt werden, ansonsten besteht die Gefahr, dass sie von anderen Unternehmen abgeworben werden. In der Gehaltstabelle können sie zwischen dem Reinigungspersonal und den Pflegehelferberufen eingruppiert werden. Ihr Einsatz führt erstmal zu einer Erhöhung der Personalaufwendungen, die jedoch durch die zeitgleiche Reduzierung der Pflegefachkräfte wieder kompensiert wird. Je höher die bisherigen Lohnkosten der Pflegefachkräfte sind, desto größer ist die Chance der Überkompensation mit Verbesserung

der Wirtschaftlichkeit. Dennoch sollte der Einsatz von angelernten Kräften nicht das primäre Ziel haben, Kosten zu reduzieren, denn das finanzielle Einsparpotenzial ist nicht groß und entsteht auch nur bei der Umstellung vom 1:5- auf das Tandem-Modell 2:8. Dialysezentren, die bereits hoch effizient mit einer durchgängigen Zuweisung von 1:6 arbeiten, wird die Umstellung auf 2:8 nicht kostenneutral gelingen. In diesem Fall würde es zu einer Erhöhung der Personalaufwendungen kommen. Allerdings würden sich im Gegenzug auch Arbeitsspitzen und Arbeitsbelastung der Pflegefachkräfte reduzieren und die in Kapitel 9.6 genannten positiven Effekte in Gang setzen. Somit kann das Tandem-Modell 2:8, mit in sich gut abgestimmten Arbeitsprozessen, durch die Optimierung der Wertschöpfungskette auch zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Rentabilität des Dialysezentrums führen.

### **9.8. Einführung des Tandem-Modells**

Die Einführung des Tandem-Modells 2:8 setzt eine dezidierte Projektplanung mit Einbezug aller Stakeholder und eine genaue Personalbedarfsermittlung nach Besetzungszeit voraus. Für alle Berufsgruppen sollten Funktionsbeschreibungen bestehen. Zur besseren Identifizierung der Pflegefachkräfte und MFA mit dem Tandem-Modell empfiehlt es sich, die Projektplanung und -realisierung in Bottom-up-Technik durchzuführen. Zuvor muss den Pflegefachkräften und MFA der Gewinn aus dem neuen Personalmodell transparent gemacht werden. Im Weiteren muss Klarheit über die Rechtslage bestehen. Die Sorgen und Barrieren der Pflegefachkräfte und MFA sind durch eine offene Kommunikation und durch transparentes Handeln der Führungskräfte abzubauen.

Die angelernten Kräfte sind vor der Zuweisung ihrer Tätigkeiten zu schulen. Der Verfasser schlägt ein Einarbeitungszeitraum zwei bis drei Monaten vor und empfiehlt ein strukturiertes Einarbeitungskonzept, erstellt auf der Basis der Funktionsbeschreibung. Die praktische Anleitung vor Ort sollte durch pädagogisch geschulte Praxisanleiter erfolgen. Hierzu sind entsprechende Zeitressourcen bereitzustellen. Zur besseren Nachvollziehbarkeit sind alle Schulungsinhalte mit Zielsetzung und Zeitumfang zu versehen. Die Dokumentation sollte in einem personenbezogenen Einarbeitungshandbuch nach dem Prinzip „besprochen, gesehen, unter Anleitung vollzogen, selbstständig durchgeführt“ erfolgen. Zur Vermittlung von komplexen theoretischen Kenntnissen und Fertigkeiten empfiehlt sich eine zentrale Schulung nach einem einheitlichen Lehrplan. Ein Befähigungsnachweis, der nach einer

praktischen und theoretischen Lernzielkontrolle ausgehändigt wird, macht die Qualität der geleisteten Arbeit im Dialysezentrum nachweisbar.

Es bleibt noch darauf hinzuweisen, dass nicht das ganze Dialysezentrum, sondern stets nur ein Teil der Arbeitseinheiten auf das Tandem-Modell 2:8 umgestellt werden kann. Einerseits können nicht alle Pflegefachkräfte und auch MFA in die Lage versetzt werden, Leistungen zu delegieren und andererseits käme es bei kompletter Umstellung, durch die starke Reduzierung der Fachkräftequote, zur Gefahr der Unterversorgung bei z. B. krankheitsbedingtem Ausfall der Pflegefachkräfte.

## **10. Fazit**

Die Delegation pflegerischer Leistungen an angelernte Kräfte in der Dialyse ist unter definierten Bedingungen rechtlich zulässig. Ein gut strukturiertes Delegationsmodell führt zu einem effizienten Personaleinsatz und kann in begrenztem Umfang auch zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit beitragen. Bei guter Prozessgestaltung reduziert im Speziellen das Tandem-Modell 2:8 Arbeitsspitzen und Stress bei den Pflegefachkräften. Damit wird im Wesentlichen die Arbeitsattraktivität im nephrologischen Team erhöht, eine längere Bindung der Pflegefachkräfte an das Unternehmen erzielt und es werden weitere positive Effekte in Gang gesetzt. Mit diesem Delegationsmodell können sich Dialyseanbieter auf die künftigen Herausforderungen des demografischen Wandels mit älter werdender Bevölkerung vorbereiten, um im größeren Stil darauf zurückgreifen zu können, wenn es erforderlich wird. Je eher diese Erfahrungen gemacht werden und je früher man weiß, was am Modell noch zu korrigieren ist, um so größer werden die Chancen für Unternehmen, Mitarbeiter, Patienten und Gesellschaft.

## Anhang 1: Terminologie der Berufsbezeichnungen<sup>1</sup>

| Berufsgruppe                       | Qualifikation                                                                                                                         | Befugnisse                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pflegefachkraft                    | Examinierte Pflegekraft gemäß KrPflG und AltPflG, demnach: Gesundheits- und (Kinder)-Krankenpfleger und Altenpfleger.                 | Eigenverantwortliche Pflege (bei AltPflG selbstständige) und eigenständige Durchführung ärztlich veranlasseter Maßnahmen.                                                                                                                                                |
| Fachpflegekraft                    | Gesundheits- und (Kinder)-Krankenpfleger mit zusätzlich staatlich anerkannter 2-jähriger Fachweiterbildung.                           | Wie bei Pflegefachkraft, zusätzlich eigenverantwortliche Pflege von Menschen mit besonderen Erkrankungen.                                                                                                                                                                |
| Verantwortliche Pflegefachkraft    | Laut § 71 SGB XI: examinierte Pflegekräfte gemäß KrPflG und AltPflG mit mind. 460 Std. Weiterbildung für eine leitende Funktion.      | Wie bei Pflegefachkraft, zusätzlich Befugnis zur Leitung einer ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung.                                                                                                                                                            |
| Arzthelferin                       | Offizielle Berufsbezeichnung für das ärztliche Assistenzpersonal bis zum 31. Juli 2006.                                               | Gleich wie bei Medizinischen Fachangestellten.                                                                                                                                                                                                                           |
| Medizinische Fachangestellte (MFA) | Löste ab dem 01.08.2006 die Berufsbezeichnung „Arzthelferin“ ab. Staatlich anerkannter Ausbildungsberuf. Ausbildungsdauer: 3 Jahre    | Selbstständiges Planen, Durchführen und Kontrollieren von Arbeits- und Geschäftsprozessen in Arztpraxen.                                                                                                                                                                 |
| Arztfachhelfer/in (Dialyse)        | Laut Dialysestandard 2006: Arzthelferin oder MFA mit abgeschlossener Fortbildung gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer von 2002. | Gleiche Befugnisse wie bei MFA; zusätzlich Qualifikation zur Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der Nierenersatztherapie unter Anweisung und Verantwortung des Arztes. In der Grundpflege dürfen sie auf Basis der Planung von Pflegefachkräften tätig werden. |

<sup>1</sup> Vom Verfasser erstellt. In Anlehnung an: Seminararbeit zum Thema „Rechtliche Aspekte bei der Delegation pflegerischer Leistungen am Beispiel angelernter Kräfte in der Dialyse“.

| Berufsgruppe        | Qualifikation                                                                                                                                                                                                                                                                | Befugnisse                                                                                                                                             |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Krankenpflegehelfer | Bei den Pflegeberufen zählen dazu: Gesundheits- und Krankenpflegehelfer, Gesundheits- und Krankenpflegeassistent, Gesundheits- und Pflegeassistent, Kranken- und Altenpflegehelfer, Krankenpflegehelfer, Fachkraft für Pflegeassistenz, mit einer Ausbildung von 1-2 Jahren. | Sie dürfen auf Basis der Planung von Pflegefachkräften tätig werden und damit verantwortlich mitwirken, jedoch nicht eigenverantwortlich tätig werden. |
| Angelernte Kraft    | Gemäß BAGFW sowie dem Urteil des SG Speyer vom 27.07.2005, AZ: S 3 P 122/03, ohne Ausbildung und ohne formelle Qualifikation.                                                                                                                                                | Nach dem Erwerb einer materiellen Qualifikation darf sie auf der Basis pflegerischer Anordnung einfache Tätigkeiten der Grundpflege ausführen.         |
| Pflegeperson        | Gemäß § 19 SGB XI handelt es sich dabei um eine Person, die <u>nicht</u> erwerbsmäßig Pflegeleistungen ausübt. Sie kann aus allen Berufsgruppen kommen.                                                                                                                      | Im privaten häuslichen Bereich zur Ausführung von Maßnahmen der Grund- und Behandlungspflege befugt.                                                   |
| Pflegekraft         | Kann nicht beurteilt werden. Aus den Texten der Autoren ist meist zu entnehmen, dass sie damit eine Pflegefachkraft meinen.                                                                                                                                                  | Abhängig von Berufsgruppe und Qualifikation.                                                                                                           |

Tabelle 1: Bezeichnungen der Pflegeberufe.



## Anhang 2: Recherchierte Fachzeitschriften<sup>1</sup>

| Zeitschriftenname                                          | Jahrgänge                  | Auflage pro Jahr | Σ  |
|------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------|----|
| Acquisa                                                    | 2012, 1-3/2013             | 12               | 15 |
| Altenheim                                                  | 2010, 2011, 2012, 1-3/2013 | 12               | 39 |
| B + P; Zeitschrift für Betrieb und Personal                | 2010, 2011, 2012, 1-3/2013 | 12               | 38 |
| Das Krankenhaus                                            | 2010, 2011, 2012           | 12               | 36 |
| Dialyse aktuell                                            | 2010, 2011, 2012, 1-7/2013 | 10               | 37 |
| Die BKK; Zeitschrift der Betrieblichen Krankenversicherung | 2012, 1-2/2013             | 12               | 14 |
| Die Gesundheitswirtschaft                                  | 2012, 1/2013               | 6                | 7  |
| führen & wirtschaften im Krankenhaus                       | 2010, 2011, 2012, 1/2013   | 6                | 19 |
| Healtcare Marketing                                        | 2010, 2011, 2012, 1-2/2013 | 6                | 20 |
| Kma - das Gesundheitsmagazin                               | 2010, 2011, 2012, 1-2/2013 | 12               | 38 |
| KU Gesundheitsmagazin                                      | 2010, 2011, 2012           | 12               | 36 |
| Personal Führung                                           | 2010, 2011, 2012, 1-3/2013 | 12               | 39 |
| Personal quarterly                                         | 2012                       | 4                | 4  |
| Personalmagazin                                            | 2012, 1-2/2013             | 12               | 14 |
| Personalrat                                                | 2011, 2012, 1-2/2013       | 12               | 26 |
| Personalwirtschaft                                         | 2010, 2011, 2012, 1-3/2013 | 12               | 39 |
| <b>Anzahl der recherchierten Fachzeitschriften</b>         |                            | <b>421</b>       |    |

Tabelle 2: Recherchierte Fachzeitschriften

<sup>1</sup> Vom Verfasser erstellt.

### Anhang 3: Fragebogen zur Stressermittlung<sup>1</sup>

#### Fragebogen

Dieser Fragebogen soll zur Ermittlung von Anforderungen, Ressourcen und Befinden von Mitgliedern der Pflegeberufe in der Dialyse führen und ist im Rahmen der Bachelorarbeit für den berufsbegleitenden Studiengang „Management für Gesundheits- und Pflegeberufe“ an der Hochschule Neu-Ulm entwickelt worden.

Alle Angaben bleiben anonym. Rückschlüsse auf einzelne Personen oder Institutionen sind nicht möglich.

Für Ihre Unterstützung danke ich Ihnen sehr.

Gez. Wilhelm Servos

Wie hat sich der gefühlte Stress bei Ihnen in den letzten 2 Jahren entwickelt?

☐ zugenommen                      ☐ gleich geblieben                      ☐ abgenommen

Fühlen Sie sich den fachlichen (qualitativen) Anforderungen in der Dialyse gewachsen?

☐ ja                      ☐ eher ja                      ☐ eher nein                      ☐ nein

Fühlen Sie sich den mengenmäßigen (quantitativen) Anforderungen in der Dialyse gewachsen?

☐ ja                      ☐ eher ja                      ☐ eher nein                      ☐ nein

Wie hoch ist derzeit Ihr Stresslevel in der Dialyse, auf einer Skala von 1-10?

1 = kein Stress.

nicht mehr auszuhaltender Stress = 10

1            2            3            4            5            6            7            8            9            10

#### Fragen zu Ihrer Dialyseeinrichtung

Wie sind die Dienstzeiten der pflegerischen Mitarbeiter?

Beginn-Frühdienst \_\_\_\_\_ Uhr            Ende-Frühdienst \_\_\_\_\_ Uhr

Beginn-Spätdienst \_\_\_\_\_ Uhr            Ende-Spätdienst \_\_\_\_\_ Uhr

Wie viele Patienten betreut jede Pflegekraft pro Schicht? \_\_\_\_\_ Pat.

Wie lang ist die Dialysezeit Ihrer Pat. in etwa im Durchschnitt? \_\_\_\_\_ Std./Min.

Um welche Art von Dialyseeinrichtung handelt es sich?

☐ rein ambulante Dialyse            ☐ Dialyse mit Klinikversorgung

<sup>1</sup> Vom Verfasser erstellt.

**Fragen zu Ihrem Leistungsspektrum****(Seite 2)**

Welche Tätigkeiten führen Sie selber durch? Bei welchen erhalten Sie Hilfe? Wenn Sie Hilfe erhalten, von wem?

| <b>Tätigkeit</b>                                                       | <b>Selbst</b>            | <b>Hilfe</b>             | <b>wenn Hilfe, von wem</b> |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Vorbereitung des Behandlungsplatzes                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            |
| Richten der Dialyse-Verbrauchsmaterialien                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            |
| Gerätevorbereitung                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            |
| Patiententransport zum Behandlungsplatz                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            |
| Hilfestellung beim Wiegen des Patienten vor der Dialyse                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            |
| Wasserentzug ausrechnen                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            |
| Hilfe beim Entkleiden des Patienten                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            |
| Patiententransport ins Bett                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            |
| Fach- und patientengerechte Lagerung des Patienten                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            |
| Kurzanamnese und Blick auf die letzten Dialysen                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            |
| Vitalzeichenkontrolle vor und während der Dialyse                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            |
| Punktion mit Kanülenfixierung oder Katheterexit-Versorgung             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            |
| Blutabnahmen                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            |
| Geräteprogrammierung                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            |
| Patientenanschluss ans Dialysegerät                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            |
| Alle anfallenden Dokumentationen                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            |
| Laborkontrollen (wie BZ & BGA) und Interpretation der Werte            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            |
| Ggf. ärztl. Rücksprache und Regimeänderung                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            |
| Patientenüberwachung und -betreuung während der Dialyse                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            |
| Getränke- und Essensversorgung für die Patienten                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            |
| Gabe von Medikamenten                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            |
| Durchführung erforderlicher Grundpflegemaßnahmen                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            |
| Patientenabschluss bei Dialyseende                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            |
| Kanülenentfernung                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            |
| Ggf. Punktionsstellen abdrücken                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            |
| Steriler Wundverband nach Blutstillung                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            |
| Hilfe des Patienten beim Verlassen des Bettes                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            |
| Hilfestellung beim Wiegen des Patienten nach der Dialyse               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            |
| Hilfe beim Anziehen des Patienten                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            |
| Gerätenachbereitung und Reinigung                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            |
| Nachbehandlung des Behandlungsplatzes (Bett machen)                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            |
| Wie viele Minuten stehen Ihnen pro <b>Anlegevorgang</b> zur Verfügung? |                          |                          | Minuten                    |

**Abschließend noch ein paar Fragen zu Ihrer Person**

Ich bin ☐ weiblich ☐ männlich, mein Alter ist: \_\_\_\_\_Jahre

Meine Berufsbezeichnung lautet: \_\_\_\_\_.

Meine Dialyseerfahrung beträgt: ☐ <1 ☐ 1-5 ☐ 6-10 ☐ 11-20 ☐ >20 Jahre

Mein Umfang der Berufstätigkeit beträgt ☐ 10-40% ☐ 41%-70% ☐ 71-100%

Ich habe noch folgende Sonderfunktion(en) \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Auszug aus dem Vortrag von W. Servos zum Bachelorkolloquium; vom Verfasser erstellt.

**Fragebogen**

Dieser Fragebogen soll zur Ermittlung von Anforderungen, Ressourcen und Befinden von Mitgliedern der Pflegeberufe in der Dialyse führen und ist im Rahmen der Bachelorarbeit für den berufsbegleitenden Studiengang „Management für Gesundheits- und Pflegeberufe“ an der Hochschule Neu-Ulm entwickelt worden. Alle Angaben bleiben anonym. Rückschlüsse auf einzelne Personen oder Institutionen sind nicht möglich.  
Für Ihre Unterstützung danke ich Ihnen sehr.  
Graz, Wilhelm Servus

---

Wie hat sich der gefühlte Stress bei Ihnen in den letzten 2 Jahren entwickelt?

☐ zugenommen      ☐ gleich geblieben      ☐ abgenommen

Fühlen Sie sich den fachlichen (qualitativen) Anforderungen in der Dialyse gewachsen?

☐ ja      ☐ eher ja      ☐ eher nein      ☐ nein

Fühlen Sie sich den mengenmäßigen (quantitativen) Anforderungen in der Dialyse gewachsen?

☐ ja      ☐ eher ja      ☐ eher nein      ☐ nein

Wie hoch ist derzeit Ihr Stresslevel in der Dialyse, auf einer Skala von 1-10?  
1 = kein Stress,      nicht mehr auszufüllender Stress = 10

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

---

**Fragen zu Ihrer Dialyseeinrichtung**

Wie sind die Dienstzeiten der pflegerischen Mitarbeiter?

Beginn-Frühdienst \_\_\_\_\_ Uhr      Ende-Frühdienst \_\_\_\_\_ Uhr  
Beginn-Spätdienst \_\_\_\_\_ Uhr      Ende-Spätdienst \_\_\_\_\_ Uhr

Wie viele Patienten betreut jede Pflegekraft pro Schicht? \_\_\_\_\_ Pat.

Wie lang ist die Dialysezeit Ihrer Pat. in etwa im Durchschnitt? \_\_\_\_\_ Std./Min.

Um welche Art von Dialyseeinrichtung handelt es sich?

☐ rein ambulant Dialyse      ☐ Dialyse mit Klinikversorgung

**Fragen zu Ihrem Leistungsspektrum**

Welche Tätigkeiten führen Sie selber durch? Bei welchen erhalten Sie Hilfe? Wem?  
Sie helfen, von wem?

| Tätigkeit                                                 | Selbst                   | Hilfe                    | wenn Hilfe, von wem |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|
| Vorbereitung des Behandlungsbettes                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| Räumen der Duylux-Verpackungen einlegen                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| Gewebevorstellung                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| Patiententransfer zum Behandlungsplatz                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| Hilfestellung beim Waschen des Patienten vor der Duylux   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| Waschen/Einwaschen                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| Hilfe beim Anziehen des Patienten                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| Patiententransfer ins Bett                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| Einfach- und patientenspezifische Lagerung des Patienten  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| Euphorienotze und Blick auf die letzten Duyluxen          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| Visuelle Kontrolle vor und während der Duylux             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| Prüfen mit Fingervorführung oder Katheternorm Verengung   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| Messnahmen                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| Zellkernpräparation                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| Patiententransfer aus Duyluxdecke                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| Auf anfallender Dokumentation                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| Laborkontrollen wie JG & BGL und Interpretation der Werte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| Gef. resp. Rückgabe und Reinschleifung                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| Patientenbetreuung und -betreuung während der Duylux      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| Gedächtnis- und Erinnerungsförderung für die Patienten    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| Gabe von Medikamenten                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| Durchführung erforderlicher Grundfunktionsmaßnahmen       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| Patiententransfer bei Duyluxende                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| Katheterentfernung                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| Oggl. Punktionsstellen abdecken                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| Bester Wundverband nach Blutstillung                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| Hilfe des Patienten beim Verlassen des Bettes             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| Hilfestellung beim Waschen des Patienten nach der Duylux  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| Hilfe beim Anziehen des Patienten                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| Gewebeschleifung und Reinigung                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| Nachbehandlung des Behandlungsplatzes (Bett machen)       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| Wie viele Minuten stehen Ihnen zur Verfügung?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Minuten             |

**Abschließend noch ein paar Fragen zu Ihrer Person**

Ich bin ☐ weiblich ☐ männlich, mein Alter ist: \_\_\_\_\_ Jahre

Meine Berufsbezeichnung lautet: \_\_\_\_\_

Meine Duyluxerfahrung beträgt: ☐ <1 ☐ 1-5 ☐ 6-10 ☐ 11-20 ☐ >20 Jahre

Mein Umgang mit Berufstätigkeit beträgt: ☐ 10-40% ☐ 41%-70% ☐ 71-100%

ich habe noch folgende Sonderfunktionen(e): \_\_\_\_\_

## Angang 5: Standardbegriffe der Multimomentaufnahmen<sup>1</sup>

|                                      |                                             |
|--------------------------------------|---------------------------------------------|
| Abschluss Patient                    | Lagerarbeit                                 |
| Änderung von Behandlungsparametern   | Lagerbestellung                             |
| Anschluss Patient                    | Leerzeit                                    |
| Aufräumarbeiten                      | Lesen von Fachinformation                   |
| Behandlungspflege                    | Materialbeschaffung                         |
| Besprechung                          | Medikamente holen                           |
| Betten machen                        | Medikamente verabreichen                    |
| Blutdruck messen                     | Medikamente vorbereiten                     |
| Blutung Punktionsstelle/ Problembeh. | Patient wiegen                              |
| Büroarbeit                           | Patienten- und Gerätekontrolle              |
| Dienstende                           | Patienten- und Gerätekontrolle / IPS        |
| Dokumentation - bedside              | Patienten- und Gerätekontrolle / Isol.-Raum |
| Dokumentation - EDV                  | Patientengespräch                           |
| Dokumentation - medizinisch          | Patienteninformation - Belegungsplan        |
| Dokumente abheften                   | Patientenproblem - medizinisch              |
| Erledigung der Zusatzfunktion        | Patientenruf                                |
| Essen- und Getränkeversorgung        | Patientenservice                            |
| Geräte abrüsten                      | Patientenwunsch                             |
| Geräte aufrüsten und vorbereiten     | Pause - Essen                               |
| Geräte programmieren                 | Pause - kurze Trinkpause                    |
| Geräte reinigen                      | Pause - privat                              |
| Gerätealarm - Problembehebung        | Pflasterverband Punktionsstelle             |
| Gespräch - Anordnung/Delegation      | Punktionskanülen entfernen                  |
| Gespräch - Arzt/Pflege               | Punktionsstellen abdrücken                  |
| Gespräch - Patientenberatung         | Reinigung patientennaher Gegenstände        |
| Gespräch - Pflege                    | Shuntpunktion                               |
| Grundpflege - komplex                | Shuntuntersuchung                           |
| Grundpflege - leicht                 | Shuntuntersuchung (Ultraschall)             |
| Grundpflege - mittelschwer           | Telefonat                                   |
| Heparinperfusor                      | Umkleiden / Dienstende                      |
| Kaffee - Besprechung                 | Visite ärztlich                             |
| Kollegen helfen                      | Vorbereitung für Abschluss                  |
| Küchenarbeit                         | Vorbereitung für Anschluss                  |
| Kurzanamnese                         | Vorbereitung für Folgeschicht               |
| Labor mit Ergebnisbeurteilung        | Vorbereitung für Shuntpunktion              |
| Laboruntersuchung                    | Wartungsarbeiten                            |

Tabelle 3: Standardbegriffe für die MMA

<sup>1</sup> Vom Verfasser erstellt.

## **Anhang 6: Delegierbare Leistungen<sup>1</sup>**

### **Patientennahe Tätigkeiten** (die ggf. erforderlich werden)

- Transport des Patienten innerhalb des Zentrums. Innerhalb des Krankenhauses nur bei stabilen Patienten.
- Unterstützung beim Be- und Entkleiden.
- Patienten vor und nach der Dialyse wiegen.
- Unterstützung beim Betreten und Verlassen des Bettes.
- Patienten im Bett lagern.
- Vitalwertmessungen, wie Blutdruck, Puls, Temperatur. (Interpretation der Ergebnisse erfolgt durch die Pflegefachkraft).
- Essen und Getränke an die Patienten verteilen.
- Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme.
- Unterstützung bei Darm- und Blasenentleerung.
- Punktionsstellen nach der Dialyse abdrücken.
- Punktionsstelle nach Blutstillung mit einem Pflaster zukleben.
- Serviceleistungen für den Patienten.

### **Patientenferne Tätigkeiten**

- Vorbereitung der Dialysematerialien laut Patientenregime.
- Aufrüsten der Dialysegeräte und Vorfüllen des extrakorporalen Systems. (Ausnahme: Heparinperfusor).
- Punktionsmaterialien bereitlegen einschließlich Pflasterstreifen abreißen.
- Dialysegeräte abrüsten und Desinfektionsmodus starten.
- Oberflächendesinfektion der Dialysegeräte.
- Überprüfen der Dialysegeräte auf Desinfektionsmittelfreiheit.
- Vor- und Nachbereitung des Behandlungsplatzes. (Betten machen, und Flächendesinfektion aller patientennahen Gegenstände).
- Lager- und Auffüllarbeiten.
- Hauswirtschaftliche Tätigkeiten (Küche).
- Sonstige Reinigungs- und Nebenarbeiten.
- Botengänge innerhalb des Hauses.

---

<sup>1</sup> Vom Verfasser erstellt.

### Patienteninformation

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten!

Leider werden uns in unserem *Dialysezentrum* [Ort vom Verfasser anonymisiert] bis zum Juli 2012 vier Krankenschwestern/Pfleger verlassen.

Seit einem halben Jahr suchen wir bereits nach adäquatem Ersatz, leider ohne jeden Erfolg!

Um dennoch auch weiterhin eine qualitativ hochwertige und sichere Dialyse gewährleisten zu können, müssen wir strukturelle Änderungen vornehmen, die die voll ausgebildeten Pflegekräfte von nicht pflegerischen Aufgaben entlastet. Diese sollen künftig von Stationsassistentinnen übernommen werden.

Die Steuerung und Überwachung des Dialysevorgangs bleibt jedoch unverändert in der alleinigen Verantwortung der Ärzte und der ausgebildeten Dialyseschwester.

Leider bringt diese Umstrukturierung Veränderungen auch für einige unserer Patienten. Dieses betrifft sowohl die Anlegezeiten als auch Veränderungen in der Bettenbelegung.

Wir bemühen uns, diese Strukturänderung so gering wie möglich zu halten, und werden diese mit jedem betroffenen Patienten zuvor persönlich besprechen.

Die Umstrukturierung erstreckt sich über mehrere Monate. Sie beginnt zunächst im Erdgeschoss.

Wir sind dabei auf Ihre Akzeptanz angewiesen. Unser oberstes Ziel bleibt weiterhin neben der sichern und guten Dialyse - vor allem auch - Ihre Zufriedenheit!

Ort, den 18.05.2012 [Ort vom Verfasser anonymisiert]

*Signaturen der Leitung* [Namen vom Verfasser anonymisiert]

---

<sup>1</sup> Wegen der Anonymisierung des Modellzentrums sind die Verfasser der Patienteninformation nur im gesonderten Quellenverzeichnis mit Sperrvermerk gelistet.

## Anhang 8: Funktionsbeschreibung für Stationshilfen<sup>1</sup>

**Funktionsbezeichnung:** Stationshilfe (Modellzentrum A)

**Vorgesetzte Funktion:**

- Ärztliche Leitung (fachlich)
- Leitende Pflegekraft (fachlich)
- Verwaltungsleitung (disziplinarisch und in nicht-medizinischen Belangen fachlich)

**Aufgabenbeschreibung**

- Vorbereitung zu Schichtbeginn (lt. AA - Arbeitsabläufe für Stationsassistenten)
- Aufbauen der Dialysegeräte und Vorfüllen des extrakorporalen Systems
- Punktionsmaterial bereitlegen
- Materialvorbereitung für die Dialysebehandlung gemäß Regime
- Materialvorbereitung zum Abschluss
- Dialysegeräte abrüsten und Heißdesinfektion starten
- Oberflächendesinfektion der Dialysegeräte und der Behandlungsplätze
- Überprüfung der Dialysegeräte auf Desinfektionsmittelfreiheit / Dokumentation
- Vorbereitung des Behandlungsplatzes für die nächste Dialyse

**Patientennahe Tätigkeiten**

- Patienten ggf. begleiten, Hilfe beim Be- und Entkleiden und Lagerung im Bett.
- Gewicht des Patienten vor und nach der Behandlung ermitteln und Dokumentation im Wochenprotokoll
- Unterstützung der Pflegekraft beim Blutdruckmessen
- Ggfs. vorbereitete Mahlzeit dem Patienten reichen
- Ggfs. Punktionsstellen abdrücken und Abschlussverband (Pflaster) anlegen.

**Nebenarbeiten**

- Laut Wochenaufgabenplan<sup>2</sup>

**Mitgeltende Dokumente**

- AA-Materialvorbereitung
- AA-Füllen und Spülen des extrakorporalen Systems
- AA-Shuntnachsorge
- AA-Arbeitsabläufe Stationsassistenten
- Wochenaufgabenplan Stationshilfen
- Hygieneplan

*Signaturen der Leitung*

[Namen vom Verfasser anonymisiert]

<sup>1</sup> Aus Modellzentrum A übernommen.

<sup>2</sup> Vgl. Anhang 9: Wochenaufgaben Stationshilfen, Seite 56.



## Anhang 9: Wochenaufgaben Stationshilfen<sup>1</sup>

### Wochenaufgaben Stationshilfen (Modellzentrum A)

#### Montag

##### Früh

Staubfilter der Dialysegeräte in den eigenen Zimmern tauschen.  
Ersatzgeräte heißdesinfizieren (Technikerraum, Keller).

##### Mittag

Staubfilter der Dialysegeräte im Untergeschoss tauschen.

##### Nachmittag

Staubfilter der Dialysegeräte in den restlichen Zimmern im EG tauschen.

#### Dienstag

##### Früh

Klemmschalen desinfizieren.  
Materialschränke in den Zimmern im EG auffüllen.

##### Mittag

Materialschränke in den Zimmern im UG auffüllen.

##### Nachmittag

Zimmer 3 (MRSA-Zimmer) für die nächste Schicht vorbereiten.

#### Mittwoch

##### Früh

Materialkörbe im UG für die nächste Schicht (Spätschicht) richten.

##### Mittag

Materialkörbe im UG für die nächste Schicht (Do Frühschicht) richten.

##### Nachmittag

Ersatzgeräte heißdesinfizieren ca. 15.00 Uhr (Technikerraum, Keller).  
Materialkörbe im UG für die nächste Schicht (DO Spätschicht) richten.

#### Donnerstag

##### Früh

Materialkörbe im UG für nächste Schicht (Fr Frühschicht) richten.

##### Mittag

Nach Absprache mit der Pflegefachkraft.

##### Nachmittag

Zimmer 3 (MRSA-Zimmer) für die nächste Schicht vorbereiten.

<sup>1</sup> Aus Modellzentrum A übernommen.

## Wochenaufgaben Stationshilfen Modellzentrum A<sup>1</sup>

### Freitag

#### Früh

Materialschränke in den Zimmern im EG auffüllen.

#### Mittag

Materialschränke in den Zimmern im UG auffüllen.

#### Nachmittag

Ersatzgeräte heißdesinfizieren ca. 15.00 Uhr (Technikerraum, Keller).

### Samstag

#### Früh

Materialkörbe für die Zimmer im gesamten EG für die nächste Schicht richten.

#### Mittag

Nach Absprache mit der Pflegefachkraft.

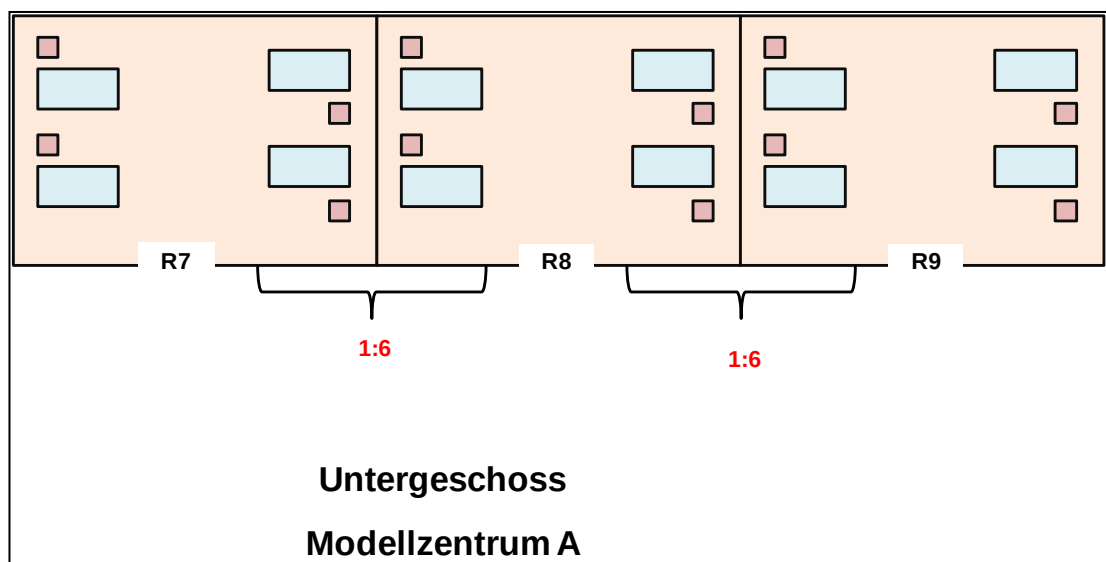
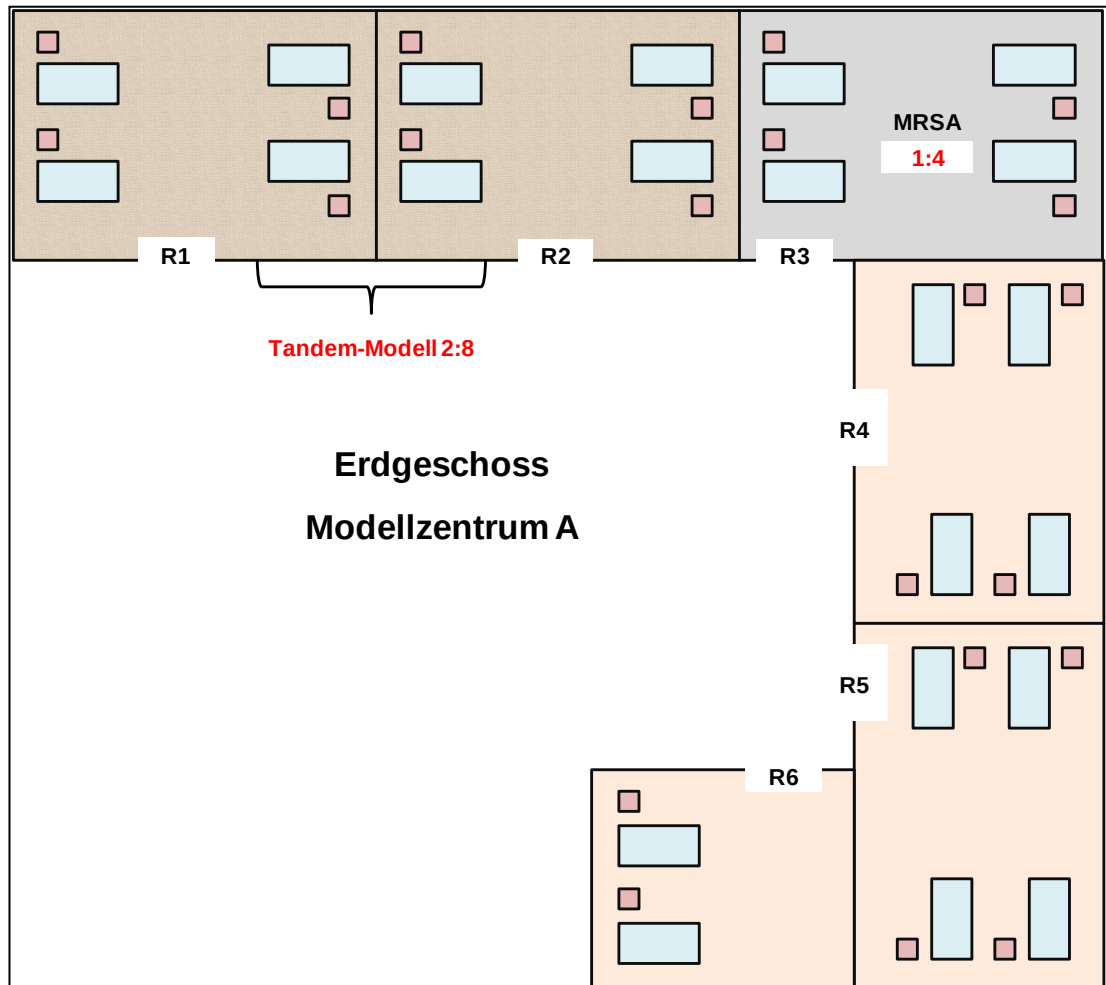
#### Nachmittag

Zimmer 3 (MRSA-Zimmer) für die nächste Schicht vorbereiten.

---

<sup>1</sup> Aus Modellzentrum A übernommen.

## Anhang 10: Raumaufteilung im Modellzentrum A<sup>1</sup>



<sup>1</sup> Vom Verfasser auf der Basis der realen Raumaufteilung im Modellzentrum A erstellt.

## Anhang 11: Planungsbeispiele - Modellzentrum A<sup>1</sup>

| Planungsbeispiele im Modellzentrum A -<br>bei Verlängerung der Dialysezeit |                                                                                 |               |               |                 |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|-----------------|
| Uhrzeit                                                                    | 4h 05`                                                                          | 4h 20`        | 4h 35`        | 4h 50`          |
| 06:30                                                                      | 6:30 Uhr Dienstbeginn;<br>Gerätevorbereitung, Punction und Anschluss von Pat. 1 |               |               |                 |
| 06:45                                                                      |                                                                                 |               |               |                 |
| 07:00                                                                      | Beginn Pat. 1                                                                   | Beginn Pat. 1 | Beginn Pat. 1 | Beginn Pat. 1   |
| 07:15                                                                      | Beginn Pat. 2                                                                   | Beginn Pat. 2 | Beginn Pat. 2 | Beginn Pat. 2   |
| 07:30                                                                      | Beginn Pat. 3                                                                   | Beginn Pat. 3 | Beginn Pat. 3 | Beginn Pat. 3   |
| 07:45                                                                      | Beginn Pat. 4                                                                   | Beginn Pat. 4 | Beginn Pat. 4 | Beginn Pat. 4   |
| 08:00                                                                      | Beginn Pat. 5                                                                   | Beginn Pat. 5 | Beginn Pat. 5 | Beginn Pat. 5   |
| 08:15                                                                      | Beginn Pat. 6                                                                   | Beginn Pat. 6 | Beginn Pat. 6 | Beginn Pat. 6   |
| 08:30                                                                      | Beginn Pat. 7                                                                   | Beginn Pat. 7 | Beginn Pat. 7 | Beginn Pat. 7   |
| 08:45                                                                      | Beginn Pat. 8                                                                   | Beginn Pat. 8 | Beginn Pat. 8 | Beginn Pat. 8   |
| 09:00                                                                      |                                                                                 |               |               |                 |
| 09:15                                                                      |                                                                                 |               |               |                 |
| 09:30                                                                      |                                                                                 |               |               |                 |
| 09:45                                                                      |                                                                                 |               |               |                 |
| 10:00                                                                      |                                                                                 |               |               |                 |
| 10:15                                                                      |                                                                                 |               |               |                 |
| 10:30                                                                      |                                                                                 |               |               |                 |
| 10:45                                                                      |                                                                                 |               |               |                 |
| 11:00                                                                      | Ende Pat. 1                                                                     |               |               |                 |
| 11:15                                                                      | Ende Pat. 2                                                                     | Ende Pat. 1   |               |                 |
| 11:30                                                                      | Ende Pat. 3                                                                     | Ende Pat. 2   | Ende Pat. 1   |                 |
| 11:45                                                                      | Ende Pat. 4                                                                     | Ende Pat. 3   | Ende Pat. 2   | Ende Pat. 1     |
| 12:00                                                                      | Ende Pat. 5                                                                     | Ende Pat. 4   | Ende Pat. 3   | Ende Pat. 2     |
| 12:15                                                                      | Ende Pat. 6                                                                     | Ende Pat. 5   | Ende Pat. 4   | Ende Pat. 3     |
| 12:30                                                                      | Ende Pat. 7                                                                     | Ende Pat. 6   | Ende Pat. 5   | Ende Pat. 4     |
| 12:45                                                                      | Ende Pat. 8                                                                     | Ende Pat. 7   | Ende Pat. 6   | Ende Pat. 5     |
| 13:00                                                                      | Ende Pat. 9                                                                     | Ende Pat. 8   | Ende Pat. 7   | Ende Pat. 6     |
| 13:15                                                                      | aktuelles<br>Zeitmodell                                                         | Ende Pat. 9   | Ende Pat. 8   | Ende Pat. 7     |
| 13:30                                                                      |                                                                                 |               | Ende Pat. 9   | Ende Pat. 8     |
| 13:45                                                                      |                                                                                 |               |               | Ende Pat. 9 (?) |
| 14:00                                                                      |                                                                                 |               |               |                 |
| 14:15                                                                      |                                                                                 |               |               |                 |
| 14:27                                                                      |                                                                                 |               |               | Dienstende      |

<sup>1</sup> Vom Verfasser erstellt.

## Anhang 12: Tätigkeitsliste der AK im Modellzentrum B<sup>1</sup>

### Vormittags

#### Tätigkeiten der angelernten Kraft

- Essenswagen ausräumen
- Obst verteilen
- Kaffee kochen
- Frühstück für die Patienten zubereiten und verteilen
- Mitarbeitergeschirr spülen
- Küchenbestellung eingeben
- Getränke verteilen
- Botengänge

#### Erledigen angelernte Kraft und Pflegefachkräfte gemeinsam

- Betten neu beziehen und wenn erforderlich austauschen.
- Dialysegeräte (Gehäuse) mit Desinfektionsmittel abwischen.
- Stabile Patienten von Station abholen und zu den Stationen bringen.
- Schränke in den Patientenzimmern auffüllen.

#### Täglich

|             |                                                                        |
|-------------|------------------------------------------------------------------------|
| Do. bis Sa. | Ablagen, Regale und Waschbecken reinigen, aufräumen, Mülleimer leeren. |
|-------------|------------------------------------------------------------------------|

#### Wöchentlich

Datum

|         |                                                                                                                                                                                                                  |  |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Montags | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Waschbecken und Ablagen unter den Desinfektionsbehältern reinigen.</li> <li>▪ Bei Bedarf Perlatoren entkalken.</li> <li>▪ Ordner zum Zentraleinkauf bringen.</li> </ul> |  |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

#### Monatlich

Datum

|              |                                                                                                                            |  |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Monatsbeginn | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schränke, Regale und Kästen reinigen (Dienstzimmer + Patientenzimmer).</li> </ul> |  |
| Monatsmitte  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lebensmittelkühlschrank reinigen und ggf. Eisfächer abtauen.</li> </ul>           |  |

#### ½ Jährlich

Datum

|                              |                                                                                              |  |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Jan. u. Apr.<br>Juli u. Okt. | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medikamentenkühlschrank auswischen.</li> </ul>      |  |
| Jan. u. Juni                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Küchenschränke auswischen.</li> </ul>               |  |
| Feb. u. Juli                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schränke der Patientenumkleide reinigen.</li> </ul> |  |

<sup>1</sup> Von Modellzentrum B übernommen.

## Nachmittags

### Tätigkeiten der angelernten Kraft

- Kaffee und Obst für die Patienten zubereiten und verteilen.
- Botengänge und Postfach.
- Mitarbeitergeschirr spülen.
- Instrumentenklemmen aus der Desinfektionslösung nehmen und abspülen.
- Wäsche in die Schränke einräumen.
- Essenswagen zur Küche bringen und gegen sauberen austauschen.
- Kurven verteilen.
- Blutentnahme verteilen.

### Erledigen angelernte Kraft und Pflegefachkräfte gemeinsam

- Betten neu beziehen.
- Dialysegeräte (Gehäuse) mit Desinfektionslösung abwischen.
- Stabile Patienten von Station abholen und zu den Stationen bringen.
- Schränke (Fensterseite) auffüllen.

### Täglich

|             |                                                                        |
|-------------|------------------------------------------------------------------------|
| Do. bis Sa. | Ablagen, Regale und Waschbecken reinigen, aufräumen, Mülleimer leeren. |
|-------------|------------------------------------------------------------------------|

### Wöchentlich

Datum

|               |                            |  |
|---------------|----------------------------|--|
| Jeden Montags | ▪ Notfallwagen auswaschen. |  |
|---------------|----------------------------|--|

### Monatlich

Datum

|              |                                                                                                                                    |  |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Monatsbeginn | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Desinfektionsspender zerlegen und reinigen.</li> <li>▪ Wäschewagen auswischen.</li> </ul> |  |
| Monatsmitte  | ▪ Aseptischer Arbeitsbereich incl. Schüttkästen im Dienstzimmer reinigen.                                                          |  |

### ½ Jährlich

Datum

|              |                                              |  |
|--------------|----------------------------------------------|--|
| Jan. u. Juni | ▪ Wäscheschränke auswischen.                 |  |
| Feb. u. Juli | ▪ Regale und Schränke im Lagerraum reinigen. |  |

Bitte bei allen wöchentlichen, monatlichen und halbjährlichen Tätigkeiten das Datum eintragen.

## Anhang 13: Gehaltsberechnung für den Öffentlichen Dienst<sup>1</sup>

Gehaltsrechner für den Öffentlichen Dienst; Tarifvertrag für den Öffentlichen Dienst, Besonderer Teil Krankenhäuser

**Entgeltgruppe E 8a, Stufe 5, Tabelle 01.08.2013 - 28.02.2014**

|                                                                                          |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |           |           |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Monatsbeträge                                                                            |           | steuerpflicht. Brutto: 3036.98 €<br>Lohnsteuer: - 473.91 €<br>(Klasse I)<br>Solidaritätszuschlag: - 26.06 €<br>Kirchensteuer: - 37.91 €<br>(Satz: 8%)<br><br>Sozialvers. Brutto: 3099.60 €<br>Krankenversicherung: - 254.17 €<br>(Satz: 15.5%)<br>Pflegeversicherung: - 39.52 €<br>Rentenversicherung: - 292.91 €<br>Arbeitslosenvers.: - 46.49 €<br>Z-Vers. ZVK-BY: - 0.00 €<br>(AN: 0%, AG: 3.75%) ?<br><br>Abzüge gesamt: - 1170.98 €<br>(Anteil: 38.6%)          |           |           |           |           |
| Grundgehalt: 2936.98 €<br>sonstige Zulagen: 100.00 €                                     |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |           |           |           |
| Monats-Brutto: 3036.98 €                                                                 |           | netto bleiben: 1866.00 €<br>(Steuerjahr 2013)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |           |           |           |           |
| Jahresbeträge                                                                            |           | steuerpflicht. Brutto: 39087.04 €<br>Lohnsteuer: - 6418.00 €<br>(Klasse I)<br>Solidaritätszuschlag: - 352.99 €<br>Kirchensteuer: - 513.44 €<br>(Satz: 8%)<br><br>Sozialvers. Brutto: 39904.61 €<br>Krankenversicherung: - 3272.18 €<br>(Satz: 15.5%)<br>Pflegeversicherung: - 508.78 €<br>Rentenversicherung: - 3770.99 €<br>Arbeitslosenvers.: - 598.57 €<br>Z-Vers. ZVK-BY: - 0.00 €<br>(AN: 0%, AG: 3.75%) ?<br><br>Abzüge gesamt: -15434.95 €<br>(Anteil: 39.5%) |           |           |           |           |
| Grundgehalt: 35243.76 €<br>Jahressonderzahlung: 2643.28 €<br>sonstige Zulagen: 1200.00 € |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |           |           |           |
| Jahres-Brutto: 39087.04 €<br>durchschn. Monatsgehalt: 3257.25 €                          |           | netto bleiben: 23652.09 €<br>(Steuerjahr 2013)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |           |           |           |           |
| „E 8a..“                                                                                 | 1         | 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 3         | 4         | 5         | 6         |
| Grundgehalt:                                                                             | 2365.73 € | 2515.75 €                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2642.71 € | 2746.57 € | 2936.98 € | 3115.86 € |
| Brutto gesamt:                                                                           | 2465.73 € | 2615.75 €                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2742.71 € | 2846.57 € | 3036.98 € | 3215.86 € |
| Netto gesamt:                                                                            | 1583.18 € | 1658.84 €                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 1722.15 € | 1773.43 € | 1866.00 € | 1951.44 € |

<sup>1</sup> Vgl. Öffentlicher Dienst.Info (2013-2014); vom Verfasser erstellt.

## Anhang 14: Berechnung der Jahresarbeitszeit<sup>1</sup>

| <b>Berechnung der Jahresarbeitszeit 2012</b>                       |             |                |
|--------------------------------------------------------------------|-------------|----------------|
|                                                                    | <b>Tage</b> | <b>Stunden</b> |
| Kalendertage in 2012                                               | 366         |                |
| - Sonntage                                                         | 53          |                |
| Dialysetage in 2012                                                | 313         |                |
| - Samstag                                                          | 52          |                |
| - Wochenfeiertage (am Beispiel Bayern)                             | 11          |                |
| Brutto-Arbeitstage je VK-Mitarbeiter                               | 250         |                |
| Arbeitszeit pro Tag                                                |             | 7,7            |
| Brutto-Jahresarbeitszeit                                           |             | 1.925          |
| Brutto-Monatsarbeitszeit ø                                         |             | 160,4          |
| abzgl. 15,7 % Ausfallzeit p.a. für Krank und Urlaub <sup>(2)</sup> |             | 302            |
| Netto-Jahresarbeitszeit einer VK-Stelle                            | 211         | 1.623          |

| <b>Wochenfeiertage in 2012 (Bayern)</b> |
|-----------------------------------------|
| Heilige Drei Könige                     |
| Karfreitag                              |
| Ostermontag                             |
| Erster Mai                              |
| Chr. Himmelfahrt                        |
| Pfingstmontag                           |
| Fronleichnam                            |
| Tag d. deutschen Einheit                |
| Allerheiligen                           |
| 1. Weihnachstag                         |
| 2. Weihnachstag                         |

<sup>1</sup> Vom Verfasser erstellt.

<sup>2</sup> 15,7% entsprechen den Vorgaben des Trägers von Modellzentrum A.



## Anhang 15: Personalbedarfsermittlung beim regulären Modell<sup>1</sup>

Personalbedarfsermittlung nach Besetzungszeit im Modellzentrum A beim regulären Modell ohne angelernte Kräfte.

Berechnung des Besetzungsbedarfs:

| Tag                               | Schicht | Pflegekräfte incl. Springer |       |       |                 |               |                |                  |
|-----------------------------------|---------|-----------------------------|-------|-------|-----------------|---------------|----------------|------------------|
|                                   |         | Anz.                        | von   | bis   | h/Tag<br>brutto | Pause<br>bez. | h/Tag<br>netto | Σ h/Tag<br>netto |
| Mo                                | Früh    | 7                           | 06:30 | 14:27 | 7,95            | 0,25          | 7,7            | 53,9             |
|                                   | Spät    | 5                           | 11:33 | 19:30 | 7,95            | 0,25          | 7,7            | 38,5             |
|                                   | Abend   | 2                           | 16:40 | 00:37 | 7,95            | 0,25          | 7,7            | 15,4             |
| Di                                | Früh    | 6                           | 06:30 | 14:27 | 7,95            | 0,25          | 7,7            | 46,2             |
|                                   | Spät    | 5                           | 11:33 | 19:30 | 7,95            | 0,25          | 7,7            | 38,5             |
| Mi                                | Früh    | 7                           | 06:30 | 14:27 | 7,95            | 0,25          | 7,7            | 53,9             |
|                                   | Spät    | 5                           | 11:33 | 19:30 | 7,95            | 0,25          | 7,7            | 38,5             |
|                                   | Abend   | 2                           | 16:40 | 00:37 | 7,95            | 0,25          | 7,7            | 15,4             |
| Do                                | Früh    | 6                           | 06:30 | 14:27 | 7,95            | 0,25          | 7,7            | 46,2             |
|                                   | Spät    | 5                           | 11:33 | 19:30 | 7,95            | 0,25          | 7,7            | 38,5             |
| Fr                                | Früh    | 7                           | 06:30 | 14:27 | 7,95            | 0,25          | 7,7            | 53,9             |
|                                   | Spät    | 5                           | 11:33 | 19:30 | 7,95            | 0,25          | 7,7            | 38,5             |
|                                   | Abend   | 2                           | 16:40 | 00:37 | 7,95            | 0,25          | 7,7            | 15,4             |
| Sa                                | Früh    | 6                           | 06:30 | 14:27 | 7,95            | 0,25          | 7,7            | 46,2             |
|                                   | Spät    | 5                           | 11:33 | 19:30 | 7,95            | 0,25          | 7,7            | 38,5             |
| Summe Besetzungsbedarf pro Woche  |         |                             |       |       |                 |               |                | <b>577,5</b>     |
| Ø Besetzungsbedarf pro Dialysetag |         |                             |       |       |                 |               |                | <b>96,25</b>     |

Berechnung des Personalbedarfs in VK-Stellen:

| Arbeitsplatzmethode;<br>Personalbedarfsermittlung nach Besetzungszeit<br>"Pflegefachkräfte" | 2012         |               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------|
| Dialysetage pro Jahr                                                                        | 313          | Tage          |
| Besetzungsbedarf pro Dialysetag                                                             | 96,25        | Std.          |
| Summe jährlicher Stunden für Zentrumsdialysen                                               | 30.126,3     | Std.          |
| Brutto-Jahresarbeitszeit einer VK-Stelle                                                    | 1.925        | Std.          |
| minus Gesamtausfallzeit für Urlaub und Krankheit 15,7% <sup>(2)</sup>                       | 302          |               |
| Netto-Jahresarbeitszeit einer VK-Stelle                                                     | 1.623        |               |
| Zwischensumme VK-Stellen                                                                    | 18,56        | VK-St.        |
| plus Zuschlag für CAPD <sup>(2)</sup>                                                       | 0,10         | VK-St.        |
| plus Freistellung für Pflegedienstleitung <sup>(2)</sup>                                    | 0,50         | VK-St.        |
| <b>Personalbedarf in VK-Stellen</b>                                                         | <b>19,16</b> | <b>VK-St.</b> |

<sup>1</sup> Vom Verfasser erstellt.

<sup>2</sup> Entspricht den Vorgaben des Trägers von Modellzentrum A.

## Anhang 16: Personalbedarfsermittlung beim Tandem-Modell<sup>1</sup>

Personalbedarfsermittlung nach Besetzungszeit im Modellzentrum A beim Tandem-Modell mit angelernten Kräften.

Berechnung des Besetzungsbedarfs:

| Tag                                        | Schicht | Pflegekräfte incl. Springer |       |       |              |            |             |               | Angelernte Kräfte                      |       |       |              |            |             |               |
|--------------------------------------------|---------|-----------------------------|-------|-------|--------------|------------|-------------|---------------|----------------------------------------|-------|-------|--------------|------------|-------------|---------------|
|                                            |         | Anz.                        | von   | bis   | h/Tag brutto | Pause bez. | h/Tag netto | Σ h/Tag netto | Anz.                                   | von   | bis   | h/Tag brutto | Pause bez. | h/Tag netto | Σ h/Tag netto |
| Mo                                         | Früh    | 7                           | 06:30 | 14:27 | 7,95         | 0,25       | 7,7         | 53,9          | 1                                      | 06:30 | 14:27 | 7,95         | 0,25       | 7,7         | 7,7           |
|                                            | Spät    | 5                           | 11:33 | 19:30 | 7,95         | 0,25       | 7,7         | 38,5          | 1                                      | 11:33 | 19:30 | 7,95         | 0,25       | 7,7         | 7,7           |
|                                            | Abend   | 2                           | 16:40 | 00:37 | 7,95         | 0,25       | 7,7         | 15,4          | 0                                      | 16:40 | 00:37 | 7,95         | 0,25       | 7,7         | 0             |
| Di                                         | Früh    | 5                           | 06:30 | 14:27 | 7,95         | 0,25       | 7,7         | 38,5          | 1                                      | 06:30 | 14:27 | 7,95         | 0,25       | 7,7         | 7,7           |
|                                            | Spät    | 4                           | 11:33 | 19:30 | 7,95         | 0,25       | 7,7         | 30,8          | 0                                      | 11:33 | 19:30 | 7,95         | 0,25       | 7,7         | 0             |
| Mi                                         | Früh    | 7                           | 06:30 | 14:27 | 7,95         | 0,25       | 7,7         | 53,9          | 1                                      | 06:30 | 14:27 | 7,95         | 0,25       | 7,7         | 7,7           |
|                                            | Spät    | 5                           | 11:33 | 19:30 | 7,95         | 0,25       | 7,7         | 38,5          | 1                                      | 11:33 | 19:30 | 7,95         | 0,25       | 7,7         | 7,7           |
|                                            | Abend   | 2                           | 16:40 | 00:37 | 7,95         | 0,25       | 7,7         | 15,4          | 0                                      | 16:40 | 00:37 | 7,95         | 0,25       | 7,7         | 0             |
| Do                                         | Früh    | 5                           | 06:30 | 14:27 | 7,95         | 0,25       | 7,7         | 38,5          | 1                                      | 06:30 | 14:27 | 7,95         | 0,25       | 7,7         | 7,7           |
|                                            | Spät    | 4                           | 11:33 | 19:30 | 7,95         | 0,25       | 7,7         | 30,8          | 0                                      | 11:33 | 19:30 | 7,95         | 0,25       | 7,7         | 0             |
| Fr                                         | Früh    | 7                           | 06:30 | 14:27 | 7,95         | 0,25       | 7,7         | 53,9          | 1                                      | 06:30 | 14:27 | 7,95         | 0,25       | 7,7         | 7,7           |
|                                            | Spät    | 5                           | 11:33 | 19:30 | 7,95         | 0,25       | 7,7         | 38,5          | 1                                      | 11:33 | 19:30 | 7,95         | 0,25       | 7,7         | 7,7           |
|                                            | Abend   | 2                           | 16:40 | 00:37 | 7,95         | 0,25       | 7,7         | 15,4          | 0                                      | 16:40 | 00:37 | 7,95         | 0,25       | 7,7         | 0             |
| Sa                                         | Früh    | 5                           | 06:30 | 14:27 | 7,95         | 0,25       | 7,7         | 38,5          | 1                                      | 06:30 | 14:27 | 7,95         | 0,25       | 7,7         | 7,7           |
|                                            | Spät    | 4                           | 11:33 | 19:30 | 7,95         | 0,25       | 7,7         | 30,8          | 0                                      | 11:33 | 19:30 | 7,95         | 0,25       | 7,7         | 0             |
| Σ Besetzungsbedarf pro Woche - Pflege      |         |                             |       |       |              |            |             | <b>531,3</b>  | Σ Besetzungsbedarf pro Woche - AK      |       |       |              |            |             |               |
| Ø Besetzungsbedarf pro Dialysetag - Pflege |         |                             |       |       |              |            |             | <b>88,6</b>   | Ø Besetzungsbedarf pro Dialysetag - AK |       |       |              |            |             |               |

Berechnung des Personalbedarfs in VK-Stellen:

| <b>Arbeitsplatzmethode;<br/>Personalbedarfsermittlung nach Besetzungszeit<br/>"Pflegefachkräfte"</b> | <b>2012</b>  |               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------|
| Dialysetage pro Jahr                                                                                 | 313          | Tage          |
| Besetzungsbedarf pro Dialysetag                                                                      | 88,55        | Std.          |
| Summe jährlicher Stunden für Zentrumsdialysen                                                        | 27.716       | Std.          |
| Brutto-Jahresarbeitszeit einer VK-Stelle                                                             | 1.925        | Std.          |
| minus Gesamtausfallzeit für Urlaub und Krankheit 15,7% <sup>(2)</sup>                                | 302          |               |
| Netto-Jahresarbeitszeit einer VK-Stelle                                                              | 1.623        |               |
| Zwischensumme VK-Stellen                                                                             | 17,08        | VK-St.        |
| plus Zuschlag für CAPD <sup>(2)</sup>                                                                | 0,10         | VK-St.        |
| plus Freistellung für Pflegedienstleitung <sup>(2)</sup>                                             | 0,50         | VK-St.        |
| <b>Personalbedarf in VK-Stellen (Pflege)</b>                                                         | <b>17,68</b> | <b>VK-St.</b> |

| <b>Arbeitsplatzmethode;<br/>Personalbedarfsermittlung nach Besetzungszeit<br/>"Angelernte Kräfte"</b> | <b>2012</b> |               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------|
| Dialysetage pro Jahr                                                                                  | 313         | Tage          |
| Besetzungsbedarf pro Dialysetag                                                                       | 11,55       | Std.          |
| Summe jährlicher Stunden für Zentrumsdialysen                                                         | 3.615       | Std.          |
| Brutto-Jahresarbeitszeit einer VK-Stelle                                                              | 1.925       | Std.          |
| minus Gesamtausfallzeit für Urlaub und Krankheit 15,7% <sup>(2)</sup>                                 | 302         |               |
| Netto-Jahresarbeitszeit einer VK-Stelle                                                               | 1.623       |               |
| <b>Personalbedarf in VK-Stellen (angelernte Kräfte)</b>                                               | <b>2,23</b> | <b>VK-St.</b> |

<sup>1</sup> Vom Verfasser erstellt.

<sup>2</sup> Entspricht den Vorgaben des Trägers von Modellzentrum A.

## Anhang 17: Gehaltsberechnung für Arbeitgeber 2013 (PFK)<sup>1</sup>

Berechnung der Personalkosten für eine **Pflegefachkraft** nach  
TvöD E 8a, Stufe 5

|                                             | Monat             | Jahr                           |
|---------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|
| <b>Bruttolohn des Arbeitnehmers</b>         | <b>3.257,25 €</b> | <b>39.087,00 €</b>             |
| <b>Steuerbelastung Arbeitnehmer</b>         |                   |                                |
| <b>Solidaritätszuschlag:</b>                | 29,42 €           | 352,99 €                       |
| <b>Kirchensteuer:</b>                       | 42,79 €           | 513,44 €                       |
| <b>Lohnsteuer:</b>                          | 534,83 €          | 6.418,00 €                     |
| <b>Summe der Steuern Arbeitnehmer</b>       | 607,04 €          | 7.284,43 €                     |
| <b>Sozialabgaben Arbeitnehmer</b>           |                   |                                |
| <b>Rentenversicherung:</b>                  | 307,81 €          | 3.693,72 €                     |
| <b>Arbeitslosenversicherung:</b>            | 48,86 €           | 586,31 €                       |
| <b>Krankenversicherung:</b>                 | 267,09 €          | 3.205,13 €                     |
| <b>Pflegeversicherung:</b>                  | 41,53 €           | 498,36 €                       |
| <b>Summe der Sozialabgaben Arbeitnehmer</b> | 665,29 €          | 7.983,52 €                     |
| <b>Nettoeinkommen Arbeitnehmer</b>          | <b>1.984,92 €</b> | <b>23.819,05 €</b>             |
| <b>Sozialabgaben Arbeitgeber</b>            |                   |                                |
| <b>Rentenversicherung:</b>                  | 307,81 €          | 3.693,72 €                     |
| <b>Arbeitslosenversicherung:</b>            | 48,86 €           | 586,31 €                       |
| <b>Krankenversicherung:</b>                 | 237,78 €          | 2.853,35 €                     |
| <b>Pflegeversicherung:</b>                  | 33,39 €           | 400,64 €                       |
| <b>Summe der Sozialabgaben Arbeitgeber</b>  | 627,83 €          | 7.534,02 €                     |
| <b>Gesamtbelastung Arbeitgeber</b>          | <b>3.885,08 €</b> | <b>46.621,02 €<sup>2</sup></b> |

<sup>1</sup> Berechnet mit Gehaltsrechner für Arbeitgeber 2013; vgl. brutto-netto-rechner.info (2013), vom Verfasser erstellt.

<sup>2</sup> Zzgl. steuerfreier Zuschuss in Höhe von 56 €/pro Monat (**672 €/Jahr**) zur Zusatzversorgungskasse nach dem Verteilmodell. Gerundet auf insgesamt **48.000 € p.a.**

## Anhang 18: Gehaltsberechnung für Arbeitgeber 2013 (AK)<sup>1</sup>

Berechnung der Personalkosten für eine **angelernte Kraft**, bei: Stundenlohn: 10 €; Monatsarbeitsstunden: 160 h; Gehalt monatlich: 1.600 €, 30 € Zuschlag pro Monat, Weihnachtsgeld in Höhe von 90% des Monatsbrutto-Gehaltes.

|                                             | Monat             | Jahr               |
|---------------------------------------------|-------------------|--------------------|
| <b>Bruttolohn des Arbeitnehmers</b>         | <b>1.750,00 €</b> | 21.000,00 €        |
| <b>Steuerbelastung Arbeitnehmer</b>         |                   |                    |
| <b>Solidaritätszuschlag:</b>                | 8,66 €            | 103,95 €           |
| <b>Kirchensteuer:</b>                       | 12,60 €           | 151,20 €           |
| <b>Lohnsteuer:</b>                          | 157,50 €          | 1.890,00 €         |
| <b>Summe der Steuern Arbeitnehmer</b>       | 178,76 €          | 2.145,15 €         |
| <b>Sozialabgaben Arbeitnehmer</b>           |                   |                    |
| <b>Rentenversicherung:</b>                  | 165,38 €          | 1.984,50 €         |
| <b>Arbeitslosenversicherung:</b>            | 26,25 €           | 315,00 €           |
| <b>Krankenversicherung:</b>                 | 143,50 €          | 1.722,00 €         |
| <b>Pflegeversicherung:</b>                  | 22,31 €           | 267,75 €           |
| <b>Summe der Sozialabgaben Arbeitnehmer</b> | 357,44 €          | 4.289,25 €         |
| <b>Nettoeinkommen Arbeitnehmer</b>          | <b>1.213,80 €</b> | <b>14.565,60 €</b> |
| <b>Sozialabgaben Arbeitgeber</b>            |                   |                    |
| <b>Rentenversicherung:</b>                  | 165,38 €          | 1.984,50 €         |
| <b>Arbeitslosenversicherung:</b>            | 26,25 €           | 315,00 €           |
| <b>Krankenversicherung:</b>                 | 127,75 €          | 1.533,00 €         |
| <b>Pflegeversicherung:</b>                  | 17,94 €           | 215,25 €           |
| <b>Summe der Sozialabgaben Arbeitgeber</b>  | 337,31 €          | 4.047,75 €         |
| <b>Gesamtbelastung Arbeitgeber</b>          | <b>2.087,31 €</b> | <b>25.047,75 €</b> |

<sup>1</sup> Berechnet mit Gehaltsrechner für Arbeitgeber 2013; vgl. brutto-netto-rechner.info, (2013); vom Verfasser erstellt.

## Anhang 19: Schreiben der DN zur neuen WP gültig ab 01.07.2013<sup>1</sup>

An alle  
Mitglieder des  
Verbands Deutsche Nierenzentren (DN) e.V.

**Korrektur unserer Nachricht vom heutigen Tag**

Liebe Mitglieder,

aufgrund eines Missverständnisses bei der mündlichen Übermittlung der Details der neuen Wochenpauschalen durch die KBV ist unsere erste Nachricht an Sie missverständlich gewesen. Wir bitten um Entschuldigung.

Tatsache ist, dass sich die Mengenabstaffelung auf die Wochenpauschalen **im Quartal** und nicht im Jahr bezieht. Demnach ergeben sich die neuen Wochenpauschalen folgendermaßen:

|                                                        |          |
|--------------------------------------------------------|----------|
| - für die ersten 650 WP (50 Pat.)                      | 485,80 € |
| - für die nächsten 651 bis 1.300 WP (51 – 100 Pat.)    | 466,30 € |
| - für die nächsten 1.301 bis 1.950 WP (101 – 150 Pat.) | 417,50 € |
| - für alle WP über 1.951 (über 150 Pat.)               | 398,00 € |

In einer **2. Stufe** sollen dann die Wochenpauschalen ab **01.01.2015** nochmals abgesenkt werden bei gleichzeitiger weiterer Aufwertung der GOP 13600 EBM:

|                                                        |          |
|--------------------------------------------------------|----------|
| - für die ersten 650 WP (50 Pat.)                      | 470,30 € |
| - für die nächsten 651 bis 1.300 WP (51 – 100 Pat.)    | 435,40 € |
| - für die nächsten 1.301 bis 1.950 WP (101 – 150 Pat.) | 347,90 € |
| - für alle WP über 1.951 (über 150 Pat.)               | 313,00 € |

Mit freundlichen Grüßen

Verband Deutsche Nierenzentren (DN) e.V.

  
Dr. Helmut Blume  
Geschäftsführer



Verband  
Deutsche  
Nierenzentren  
e.V.

Nephrologie  
Prävention  
Dialyse  
Transplantation

Geschäftsstelle  
20. März 2013

**Kontakt**  
Immermannstraße 55 A  
40210 Düsseldorf  
Telefon +49 211 179579-0  
Telefax +49 211 179579-60  
info@dnv.de  
www.dnv.de

**Büro Berlin**  
Friedrichstraße 88  
10117 Berlin  
Telefon +49 30 408173381

**Nierentelefon**  
0800 2484848  
gebührenfrei  
mittwochs  
16.00 bis 18.00 Uhr

**Bank**  
Commerzbank Wuppertal  
BLZ 330 800 30  
Kto.-Nr. 05 144 188 00

**Steuernummer**  
133/5910/2862

<sup>1</sup>Quelle: Blume (20.03.2013) (Nicht öffentliches Dokument); vgl. auch Kassenärztliche Bundesvereinigung (01.07.2013) unter: V-40- 40.14: GOP 40823, 40829, 40831, 40833, 40835.

## Anhang 20: Personalaufwandsquoten KfH und deutsche Kliniken<sup>1</sup>

| <b>KfH Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation e.V.</b> |               |
|------------------------------------------------------------------|---------------|
| Jahresabschluss zum Geschäftsjahr 2012                           |               |
| Umsatzerlöse                                                     | 608.701.000 € |
| Personalaufwand                                                  | 241.601.000 € |
| <b>Personalaufwandsquote</b>                                     | <b>39,7%</b>  |

veröffentlicht im Jahresbericht 2012 im Mai 2013

| <b>Rhön-Klinikum AG Bad Neustadt a.d. Saale</b> |               |
|-------------------------------------------------|---------------|
| Jahresabschluss zum Geschäftsjahr 2012          |               |
| Umsatzerlöse                                    | 173.878.951 € |
| Personalaufwand                                 | 86.321.150 €  |
| <b>Personalaufwandsquote</b>                    | <b>49,6%</b>  |

veröffentlicht im Bundesanzeiger am 21.06.2013

| <b>Sana-Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH</b> |               |
|----------------------------------------------|---------------|
| Jahresabschluss zum Geschäftsjahr 2012       |               |
| Umsatzerlöse incl. Zuschüsse                 | 155.466.719 € |
| Personalaufwand                              | 79.788.180 €  |
| <b>Personalaufwandsquote</b>                 | <b>51,3%</b>  |

veröffentlicht im Bundesanzeiger am 17.06.2013

| <b>Helios Klinikum Siegburg GmbH</b>   |              |
|----------------------------------------|--------------|
| Jahresabschluss zum Geschäftsjahr 2011 |              |
| Umsatzerlöse incl. Zuschüsse           | 82.726.858 € |
| Personalaufwand                        | 40.694.536 € |
| <b>Personalaufwandsquote</b>           | <b>49,2%</b> |

veröffentlicht im Bundesanzeiger am 06.08.2012

---

<sup>1</sup> Vom Verfasser erstellt; vgl. Bundesministerium der Justiz, Bundesanzeiger.

### Fragebogen zum Experteninterview

- Kurze Einführung in die Thematik mit Begriffserklärung zu angelernten Kräften in der Dialyse.
- Erlaubnis einholen, das Interview aufzeichnen zu dürfen? Hinweis zum Datenschutz.

1. Welche Berufsgruppen arbeiten in Ihrem nephrologischen Team?  
1.1. Ggf. Nachfrage bei Einsatz von unterstützenden Arbeitskräften;  
Bitte beschreiben Sie kurz Ihr Personalmodell mit Aufgabenübertragung!
2. Haben Sie angelernte Kräfte im Aufgabenbereich der Pflege eingesetzt?

#### Wenn Frage 2 JA:

3. Wie sind Sie auf das Personalmodell mit AK gekommen?
4. Welche Tätigkeiten führen die AK durch?
5. Beschreiben Sie kurz das Personalmodell!
6. Gibt es eine Funktionsbeschreibung für AK? Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese kurz!
7. Gibt es ein Schulungskonzept für AK? Wenn ja, bitte beschreiben Sie dieses kurz!
8. Wie befähigen Sie Ihre Pflegefachkräfte, AK in der Dialyse einzuarbeiten und anzuleiten?

#### Wenn Frage 2 NEIN:

3. Könnten Sie sich ein solches Arbeitsmodell vorstellen? Warum oder warum nicht? Bei **JA**, weiter mit Frage 4. Bei **NEIN** weiter mit Frage 9.
4. Welche Tätigkeiten könnten Ihrer Meinung nach an AK delegiert werden?
5. Wie könnte ein solches Arbeitsmodell gestaltet sein?
6. Sollte es eine Funktionsbeschreibung geben? Wenn ja, in welcher Form?
7. Wie sollte das Einarbeitungs- und Schulungskonzept für AK gestaltet sein?
8. Was glauben Sie, benötigen die Pflegefachkräfte noch, um AK in der Dialyse einzuarbeiten und anzuleiten?

---

<sup>1</sup> Vom Verfasser erstellt.

**Danach in beiden Fällen weiter mit Frage 9:**

9. SWOT-Analyse; Was denken Sie:

- 9.1. Was könnten die unternehmerischen Stärken sein, die für ein Personalmodell mit angelernten Kräften in der Dialyse sprechen?
- 9.2. Was könnten die unternehmerischen Schwächen sein, die gegen ein Personalmodell mit angelernten Kräften in der Dialyse sprechen, oder die Einführung dessen behindern könnte?
- 9.3. Welche Chancen bieten das Personalmodell, der Markt und das Umfeld? Gibt es besondere Ziele, die mit dem Modell erreicht werden können?
- 9.4. Welche Risiken können aus dem Personalmodell, aus dem Markt oder aus dem Umfeld entstehen?

10. Was würden die Pflegefachkräfte bei der Einführung eines solchen Modells kritisch bewerten? Welche Ängste und Sorgen haben Sie? Was glauben Sie, sind die größten Barrieren bei der Einführung?

11. Möchten Sie noch was Abschließendes sagen? Sie haben das letzte Wort.

Ich danke Ihnen für das Interview!



## Literaturverzeichnis

*AltPflG (Altenpflegegesetz)*. (17.11.2000). Abgerufen am 19.03.2013 von <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/altpflg/gesamt.pdf>

*Ausbildungs- und Prüfungsordnung für den Beruf der Gesundheits- und Krankenpflegeassistentin und des Gesundheits- und Krankenpflegeassistenten (NRW); Zitiert: GesKrPflAssAPrV*. (2008). Abgerufen am 26.03.2013 von [https://recht.nrw.de/lmi/owa/br\\_bes\\_text?anw\\_nr=2&gld\\_nr=2&ugl\\_nr=2124&bes\\_id=12224&menu=1&sg=0&aufgehoben=N&keyword=Krankenpflegeassistent#det0](https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_bes_text?anw_nr=2&gld_nr=2&ugl_nr=2124&bes_id=12224&menu=1&sg=0&aufgehoben=N&keyword=Krankenpflegeassistent#det0)

Bachstein, E. (Heft 4/2004). Pflegefremde Mitarbeiter im Krankenhaus. *Pflege Aktuell*, S. 222-226.

BALK Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Pflegepersonen e.V. Landesgruppe Baden-Württemberg. (2009). *BALK-Herbsttagung*. Abgerufen am 22.08.2013 von [http://www.alk-bawue.de/site/var/2009/events/Programm\\_Herbsttagung\\_09.pdf](http://www.alk-bawue.de/site/var/2009/events/Programm_Herbsttagung_09.pdf)

Bergmann, K. O. (2010). *Die juristische Problemstellung, in: (M. Offermanns) Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes unter Beachtung weiterer Berufsgruppen*, S. 103-124. (Deutsches Krankenhaus Institut, Hrsg.) Abgerufen am 23.03.2013 von [https://www.dki.de/sites/default/files/publikationen/neuordnung\\_pflege\\_langfassung1.pdf](https://www.dki.de/sites/default/files/publikationen/neuordnung_pflege_langfassung1.pdf)

Blum, K. (2003). *Pflegefremde/patientenferne Tätigkeiten im Pflegedienst der Krankenhäuser - Studie zur Ermittlung ihres zeitlichen Aufwandes*. (DKI, Hrsg.) Abgerufen am 13.07.2013 von <https://www.dki.de/unsere-leistungen/forschung/projekte/pflegefremdepatientenferne-taetigkeiten-im-pflegedienst>

Blume, H. (20.03.2013). Brief an Mitglieder des Verbands Deutsche Nierenzentren (DN) e.V. *Neue Wochenpauschalen durch die KBV (nicht öffentliches Dokument)*.

Brenner, G. (1992). *Rechtskunde für das Krankenpflegepersonal* (Bd. 5). Stuttgart.

Breuch, G., & Servos, W. (2010). *Dialyse für Einsteiger* (Bd. 2). München.

Bröckermann, R. (2007). *Personalwirtschaft* (Bd. 4). Stuttgart.

brutto-netto-rechner.info. (2013). *Gehaltsrechner für Arbeitgeber*. (R. Jung, Herausgeber) Abgerufen am 19.07.2013 von <http://www.brutto-netto-rechner.info/gehalt/gehaltsrechner-arbeitgeber.php>

Bühner, R. (2005). *Personalmanagement* (Bd. 3). München.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege. (1996 und 2011). *Gegenüberstellung: Gemeinsame Grundsätze [...] nach § 80 SGB XI [...] und Maßstäbe und Grundsätze [...] nach § 113 SGB XI [...]*. Abgerufen am 28.03.2013 von [http://www.bagfw-qualitaet.de/uploads/media/Synopse\\_ambulant\\_27052011\\_\\_BAGFW\\_.pdf](http://www.bagfw-qualitaet.de/uploads/media/Synopse_ambulant_27052011__BAGFW_.pdf)

Bundesärztekammer (Hrsg.). (2002). *Fortbildungscurriculum "Dialyse" für Arzthelferinnen*. Abgerufen am 21.03.2013 von [http://www.afnp.de/dokumente/weiterbildung\\_arzthelferin/Fortbildungscurriculum\\_arzthelferin.pdf](http://www.afnp.de/dokumente/weiterbildung_arzthelferin/Fortbildungscurriculum_arzthelferin.pdf)

Bundesgerichtshof. (1990). *BGH 6. Zivilsenat, Urteil vom 18.02.1990, AZ: VI ZR 169/90*. Abgerufen am 19.03.2013 von [http://www.ratgeber-arzthaftung.de/901218\\_BGH\\_voll\\_beherrschbar.pdf](http://www.ratgeber-arzthaftung.de/901218_BGH_voll_beherrschbar.pdf)

Bundesinstitut für Berufsbildung. (2009). *Verzeichnis von landesrechtlichen Regelungen als Ergänzung zum Verzeichnis der anerkannten Ausbildungsberufe und des Verzeichnisses der zuständigen Stellen*. Abgerufen am 26.03.2013 von [http://www.bibb.de/dokumente/pdf/a41\\_neues\\_verzeichnis\\_der\\_ausbildungsberufe\\_2009.pdf](http://www.bibb.de/dokumente/pdf/a41_neues_verzeichnis_der_ausbildungsberufe_2009.pdf)

Bundesministerium der Justiz. (Fassung: 21.12.2011). *Rechtsnormen des Tarifvertrages zur Regelung der Mindestlöhne für gewerbliche Arbeitnehmer in der Gebäudereinigung im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland (TV Mindestlohn)*. Abgerufen am 21.07.2013 von [http://www.gesetze-im-internet.de/tvmindestlohngeb\\_ude\\_2012/BJNR519610011.html](http://www.gesetze-im-internet.de/tvmindestlohngeb_ude_2012/BJNR519610011.html)

Bundesministerium der Justiz. (kein Datum). *Bundesanzeiger*. Abgerufen am 22.07.2013 von <https://www.bundesanzeiger.de/ebanzwww/wexsservlet>

- Bundessozialgericht. (1996). *BSG Urteil vom 17.04.1996, AZ: 3RK 28/95*.  
Abgerufen am 23.03.2013 von [http://www.lexsoft.de/cgi-bin/lexsoft/tk\\_sec.cgi?chosenIndex=UAN\\_nv\\_1005&xid=81022](http://www.lexsoft.de/cgi-bin/lexsoft/tk_sec.cgi?chosenIndex=UAN_nv_1005&xid=81022)
- Bundschu, M., & Fernsebner, T. (Heft 2/2013). Position zur Personalsituation und -diskussion in Dialyseeinrichtungen. *Dialyse aktuell*, S. 70-72.
- Caritas-Akademien. (2013). *Delegation und Substitution ärztlicher und pflegerischer Aufgaben*. Abgerufen am 01.07.2013 von <http://www.caritas-akademien.de/53721.asp?detailID=25366&detailSubID=27886&page=8&area=cvfor>
- Charité Universitätsmedizin Berlin. (2013). *Delegation von Tätigkeiten*.  
Abgerufen am 01.07.2013 von [http://qualitaetsmanagement.charite.de/projekte/zentrale\\_projekte/die\\_einzeln\\_projekte/delegation\\_von\\_taeetigkeiten/#c12252](http://qualitaetsmanagement.charite.de/projekte/zentrale_projekte/die_einzeln_projekte/delegation_von_taeetigkeiten/#c12252)
- DAGKN e.V., ddnae e.V. (2001). *Dialysestandard 2000*. Abgerufen am 21.03.2013 von <http://www.andreas-schnitzler.de/qmh/09-Dokumente/Dialyse-Standards/Dialysestandard-2002.pdf>
- DAGKN e.V., u.a. (2006). *Dialysestandard 2006*. Abgerufen am 19.03.2013 von <http://www.dgfn.eu/aerzte/dialysestandard.html>
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (Hrsg.). (2011). *DKG-Weiterbildungsempfehlungen*. Abgerufen am 26.03.2013 von [http://www.dkgev.de/media/file/10908.DKG-Weiterbildungsempfehlungen\\_Pflegerische\\_Fachgebiete.pdf](http://www.dkgev.de/media/file/10908.DKG-Weiterbildungsempfehlungen_Pflegerische_Fachgebiete.pdf)
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (Hrsg.). (2007). *Joint Statement on Delegation - Gemeinsame Erklärung zum Thema Delegation der American Nurses Association (ANA) und des National Council of State Boards of Nursing (NCSBN) (deutsche Übersetzung)*.  
Abgerufen am 19.03.2013 von [http://www.dbfk.de/download/download/Delegation\\_ANA\\_NCSBN\\_2007-02-23.pdf](http://www.dbfk.de/download/download/Delegation_ANA_NCSBN_2007-02-23.pdf)
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (Hrsg.). (2010). *Position des DBFK zur Neuordnung von Aufgaben im Krankenhaus*. Abgerufen am 19.03.2013 von [http://www.dbfk.de/download/download/Position-DBfK-zu-Delegation-im-Krankenhaus\\_2010-03-29-final.pdf](http://www.dbfk.de/download/download/Position-DBfK-zu-Delegation-im-Krankenhaus_2010-03-29-final.pdf)

- Deutscher Bundestag (Hrsg.). (2007). *Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*. Abgerufen am 19.03.2013 von <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf>
- Di Bella, M. (2008). *Delegation der Behandlungspflege. Perspektiven für die praktische Umsetzung*. Köln.
- Dielmann, G. (2006). *Krankenpflegegesetz. Kommentar für die Praxis* (Bd. 2). Frankfurt a.M.
- Dunckel, H. (2012). Befragung von Mitarbeitern zu einer alter(n)sgerechten Arbeitsgestaltung und Ansatzpunkte zur Optimierung. In W. Hellmann, & H.-W. Hoefert, *Das Krankenhaus im demografischen Wandel* (S. 105-126). Heidelberg.
- Francois-Kettner, H., & Einhäupl, K. M. (Heft 10/2009). *Die Charité im Gespräch: Delegation hilft, Arbeitsbelastungen zu reduzieren*. Abgerufen am 07.08.2013 von [http://www.deutscher-pflegerat.de/dpr.nsf/0/286159C31B3F0580C1257624004355B9/\\$file/DPR-Newsletter%20-%20Oktober%202009.pdf](http://www.deutscher-pflegerat.de/dpr.nsf/0/286159C31B3F0580C1257624004355B9/$file/DPR-Newsletter%20-%20Oktober%202009.pdf)
- Glatz, H., & Graf-Götz, F. (2007). *Handbuch Organisation gestalten*. Weinheim und Basel.
- Großkopf, V. (2010). *Kompaktwissen Haftpflichtrecht. Die Vertragshaftung in der Pflege*. Köln.
- Großkopf, V., & Klein, H. (2012). *Recht in Medizin und Pflege* (Bd. 4). Balingen.
- Großkopf, V., & u.a. (Heft 4/2006). Delegation von behandlungspflegerischen Maßnahmen an Pflegehelfer. *Rechtsdepesche*, S. 117ff.
- Hellmann, W., & Hoefert, H.-W. (2012). *Das Krankenhaus im demografischen Wandel*. Heidelberg.
- Hiltensperger, M. (Heft 11/2011). Krankenpflegehelfer zum Sondertarif. *kma*, S. 80-82.
- Höfert, R. (2011). *Von Fall zu Fall - Pflege im Recht* (Bd. 3). Berlin u.a.
- Holzäpfel, S., & u. a. (2011). *Neue Arbeitsverteilung im Gesundheitswesen*. Marburg.

- Juchli, L., & Högger, B. (1971). *Umfassende Krankenpflege*. Stuttgart.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (01.07.2013). *KBV Einheitlicher Bewertungsmaßstab EMB*. Abgerufen am 25.07.2013 von <http://www.kbv.de/ebm2013/EBMGesamt.htm>
- KfH Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation e.V. (2012). *Jahresbericht 2012*. Neu-Isenburg.
- Klimmer, M. (2012). *Unternehmensreorganisation* (Bd. 3). Herne.
- Klingbeil, D. (Heft 3/2013). Ist die 50-Prozent-Vorgabe ein Auslaufmodell? *Altenheim* , S. 14.
- Kliniken der Stadt Köln gGmbH. (kein Datum). *Pflege & Co.; Unterstützung für Pflegende*. Abgerufen am 03.07.2013 von [http://www.kliniken-koeln.de/Karriere\\_Pflege.htm?ActiveID=1391](http://www.kliniken-koeln.de/Karriere_Pflege.htm?ActiveID=1391)
- König, S., & Schütz, J. (Heft 6/2011). Prozessoptimierung im Personalbereich. *KU Gesundheitsmanagement* , 30-32.
- KrPflG (Krankenpflegegesetz). (04.06.1985). Abgerufen am 29.03.2013 von <http://www.stockmar-pflege.de/downloads/kranpges.pdf>
- KrPflG (Krankenpflegegesetz). (16.07.2003). Abgerufen am 19.03.2013 von [http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/krpflg\\_2004/gesamt.pdf](http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/krpflg_2004/gesamt.pdf)
- Laufs, A., & Kern, R. (2010). *Handbuch des Arztrechts* (Bd. 4). München.
- Lohmann-Haislah, A. (2012). *Stressreport Deutschland 2012*. (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Hrsg.) Abgerufen am 27.05.2013 von [http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/Gd68.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/Gd68.pdf?__blob=publicationFile)
- Menche, N., & u.a. (Hrsg.). (2001). *Pflege Heute* (Bd. 2). München.
- Meyenburg-Altward, I. (Heft 01/2012a). Arbeitsteilung im Krankenhaus. *CNE.fortbildung* , S. 2-7.
- Meyenburg-Altward, I. (Heft 01/2012c). Aufgaben neu verteilen. *CNE.fortbildung* , S. 11-15.
- Meyenburg-Altward, I. (Heft 01/2012b). Wann ist Delegation erlaubt. *CNE.fortbildung* , S. 8ff.

- Mischke, C., & Meyer, M. (2009). *Entwicklung einer grenzüberschreitenden Entscheidungsgrundlage für die Anpassung des pflegefachlichen Aufgabenprofils*. Abgerufen am 01.07.2013 von [http://www.htw-saarland.de/sowi/Forschung%20und%20Wissenstransfer/forschungsberichte/delegation\\_abschlubericht\\_291009.pdf](http://www.htw-saarland.de/sowi/Forschung%20und%20Wissenstransfer/forschungsberichte/delegation_abschlubericht_291009.pdf)
- Öffentlicher Dienst.Info. (2013-2014). *TVöD BT-K - Krankenhäuser, Gehaltsrechner*. Abgerufen am 18.07.2013 von <http://oeffentlicher-dienst.info/tvoed/k/>
- Offermanns, M. (2010). *Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes unter Beachtung weiterer Berufsgruppen*. (Deutsches Krankenhaus Institut, Hrsg.) Abgerufen am 23.03.2013 von [https://www.dki.de/sites/default/files/publikationen/neuordnung\\_pflege\\_1angfassung1.pdf](https://www.dki.de/sites/default/files/publikationen/neuordnung_pflege_1angfassung1.pdf)
- Offermanns, M., & Neilheiser, R. (Heft 9/2010). Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes. *Das Krankenhaus*, S. 825-830.
- Pöhler, N. (2012). *Delegation ärztlicher Leistungen*. Hamburg.
- Roeder, N. (Heft 6/2010). Fachkräftemangel 2030. *f&w Führen und Wirtschaften im Krankenhaus*, S. 579-585.
- Roßbruch, R. (Heft 4/2003). Zur Problematik der Delegation ärztlicher Tätigkeiten an das Pflegepersonal auf Allgemeinstation unter besonderer Berücksichtigung zivilrechtlicher, arbeitsrechtlicher und versicherungsrechtlicher Aspekte - 2. Teil. *PflegeRecht*, S. 139-149.
- Sana Kliniken AG. (kein Datum). *Arbeiten im Gesundheitswesen*. Abgerufen am 01.07.2013 von <http://www.sana.de/jobs-karriere/sonstige.html>
- Servos, K.-W. (2013). Seminararbeit. *Rechtliche Aspekte bei der Delegation pflegerischer Leistungen am Beispiel angelernter Kräfte in der Dialyse*. Hochschule Neu-Ulm.
- Sozialgericht Speyer. (2005). Urteil vom 27.07.2005, AZ: S 3 P 122/03. In V. Großkopf, *Rechtsdepesche RDG Urteilsdatenbank*. (nicht frei zugängliches Manuskript; Kopien als lose Anlage). Kostenpflichtig abrufbar unter <http://www.rechtsdepesche.de>
- Sozialgesetzbuch*. (15.02.2013). Abgerufen am 19.03.2013 von <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/>

Universitätsklinikum Münster. (kein Datum). *Neue Aufgaben, mehr Entlastung*. Abgerufen am 01.07.2013 von [http://klinikum.uni-muenster.de/index.php?id=pflege\\_neuordnung\\_taetigkeiten](http://klinikum.uni-muenster.de/index.php?id=pflege_neuordnung_taetigkeiten)

*Verordnung über die Berufsausbildung zur MFA [...]*. (2006). Abgerufen am 19.03.2013 von [http://www.bgbl.de/Xaver/start.xav?startbk=Bundesanzeiger\\_BGBI](http://www.bgbl.de/Xaver/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI)

Weiß, G. (2009). *Neuzuschnitt der Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen aus Sicht einer Klinikgeschäftsführung*. Abgerufen am 01.07.2013 von [http://www.alk-bawue.de/site/var/2009/events/herbsttagung\\_09/BALK\\_Herbsttagung\\_Weiss.pdf](http://www.alk-bawue.de/site/var/2009/events/herbsttagung_09/BALK_Herbsttagung_Weiss.pdf)

Weiß, T., & u.a. (2010). *Recht in der Pflege*. München.

Wipp, M. (Heft 3/2011). Qualität statt Quantität ( Interview durch S. El-Nawab). *Altenheim* , S. 52-54.

## **Erklärung**

Ich versichere, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig angefertigt, nicht anderweitig für Prüfungszwecke vorgelegt, alle benutzten Quellen und Hilfsmittel angegeben, sowie wörtliche und sinngemäße Zitate als solche gekennzeichnet habe.

Much, 26.09.2013

---

Karl Wilhelm Servos



## **Lose Anlagen**

1. Sozialgericht Speyer. (2005). Urteil vom 27.07.2005, AZ: S 3 P 122/03.  
In: V. Großkopf, Rechtsdepesche RDG Urteilsdatenbank. (nicht frei zugängliches Manuskript.) Kostenpflichtig abrufbar unter <http://www.rechtsdepesche.de>
2. Auswertung der Stressbefragung
3. Auswertungen der Multimomentaufnahmen 1-10