

# Projekt: Verbesserung der Ausbildungsqualität der TurnusärztInnen

## Rahmenleitlinie zum **Gemeinsamen Tätigkeitsbereich Medizin und Pflege**

**Fassung I**

April 2007 – Freigegeben im Rahmen der Keygroupsitzung vom 26.4.07 zur Weiterleitung an die AuftraggeberInnen

## I. Präambel:

ÄrztInnen sind im Rahmen ihrer Turnusausbildung zu zukünftigen EntscheidungsträgerInnen für medizinische Anordnungen und Behandlungen an PatientInnen auszubilden. Dies kann vor allem erreicht werden, wenn auszubildende ÄrztInnen grundsätzlich zu ärztlichen Tätigkeiten herangezogen werden und selbständig, unter Supervision, die Führung von PatientInnen (Erst- und weiterführende Diagnostik, Differentialdiagnostik und therapeutische Maßnahmen) übernehmen. Eine verbesserte Ausbildungsqualität und Setzen eines neuen Ausbildungsstandards von TurnusärztInnen liegt daher im Interesse Aller!

Ziel der vorliegenden Leitlinie ist, für die Vermittlung und praktische Erarbeitung der vorgegebenen Ausbildungsinhalte für TurnusärztInnen entsprechenden Raum zu schaffen. Dies kann auch durch Optimierung der Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonal und ÄrztInnen erreicht werden. Weiters wurde in der dem Gesamtprojekt vorausgehenden Problemerkennung deutlich, dass eine wertschätzende und friktionsarme Zusammenarbeit zwischen dem ärztlichen Personal und dem Pflegepersonal einen wesentlichen Faktor der Arbeitszufriedenheit darstellt.

Um für diese Faktoren und für beide Berufsgruppen tragfähige und praktikable Lösungsansätze zu finden, wurden in den Krankenhäusern des Wiener Krankenanstaltenverbundes definierte Pilotabteilungen etabliert, welche individuelle Projektstrukturen zur effektiven Wahrnehmung des gemeinsamen Tätigkeitsbereichs erarbeitet und eine Vielzahl individueller, aber auch generalisierbarer Lösungsansätze gefunden haben. Diese praxisorientierten Erkenntnisse stellen die Basis der vorliegenden Leitlinie dar.

Wir möchten uns an dieser Stelle herzlichst für die engagierte und konstruktive Mitarbeit bei allen Kolleginnen und Kollegen bedanken!

Um Redundanzen im Gesamtprojekt „Verbesserung der Ausbildungsqualität von TurnusärztInnen“ zu vermeiden, wurden allerdings nur jene Empfehlungen in die Leitlinien aufgenommen, die nicht bereits in anderen Arbeitspaketen des Gesamtprojektes bearbeitet wurden.

Die erarbeiteten Ergebnisse zeigen eine Bandbreite von sofort umsetzbaren Maßnahmen, bis hin zu Vorschlägen, die eine erhebliche Veränderung der derzeit vorhandenen Strukturen und Rahmenbedingungen erforderlich machen. Herausfordernde Aufgabe der Arbeitspaketleitung war, sicherzustellen, dass das „sofort Umsetzbare“ nicht durch zu hohe Anforderungen an das Gesamtsystem verloren geht. Einer der wesentlichsten Grundsätze für die Erarbeitung der Leitlinie war das Schaffen von „Win – Win“ Situationen für alle beteiligten Berufsgruppen. Daher wurde in den Leitlinien bewusst ein eigener „zukunftsweisender Teil“ geschaffen. Dieser zeigt auf, wie sich das System „Krankenhaus“ aus Sicht der Projektteilnehmer weiterentwickeln sollte, um auf der einen Seite eine optimale Ausbildungssituation für TurnusärztInnen zu sichern, auf der anderen Seite aber den PflegemitarbeiterInnen keine unzumutbaren Mehrbelastungen zu übertragen.

Wir sind uns bewusst, dass eine optimale Zusammenarbeit nicht allein durch eine Leitlinie zu sichern ist.

Wesentliche ergänzende Faktoren für eine „Kultur des Miteinanders“ sind Professionalität, Effizienz, soziale Kompetenz sowie Partnerschaftlichkeit. Ein funktionierendes Qualitätsmanagement und Risk-Management helfen darüber hinaus das Erreichte nicht nur zu bewahren, sondern stetig weiterzuentwickeln und aus positiven wie auch negativen Erfahrungen zu lernen.

Auch sollten im Sinne einer durchgängigen Umsetzbarkeit dieser Leitlinie flächendeckend Stellenbeschreibungen vorhanden und die Tätigkeitsprofile aufeinander abgestimmt sein.

In diesem Sinn ist die Leitlinie nicht dogmatisch zu verstehen, sondern als Anregung für einen Prozess, der je nach individuellen Gegebenheiten der einzelnen Funktionseinheiten eine Professionalisierung und Konzentration auf die Kernaufgaben jedes einzelnen Mitarbeiters und jeder einzelnen Mitarbeiterin bewirken soll.

Eine Moderation (z.B. durch Q-ManagerInnen) bei der Umsetzung auf Hausebene erscheint aus unserer Sicht im Bedarfsfall jedenfalls Ziel führend.

Dir. Josefa Stich

Dr. Christian Cebulla

# Sofort umsetzbare Maßnahmen

## 1. Durchführung des 4-Augen-Prinzips

Das 4-Augen-Prinzip verfolgt die Zielsetzung, gefahrgeneigte Situationen im Sinne der Qualitätssicherung und des Riskmanagements zu erfassen und so zu gestalten, dass Fehlerquellen möglichst minimiert werden. Dies wird dadurch erreicht, dass jene Tätigkeiten, die unmittelbar am Patienten stattfinden, durch eine zweite Person unterstützt werden. Beide Personen stellen z.B. sicher, dass der richtige Patient das richtige Arzneimittel zur richtigen Zeit erhält.

### 4-Augen-Prinzip „Morgenarbeit“

Die bestehende Leitlinie 4-Augen-Prinzip „Morgenarbeit“ basiert auf den Erkenntnissen, dass es sich bei dem definierten Zeitrahmen um einen „gefahrgeneigten Zeitpunkt“ handelt (Nachdienstende – Dienstbeginn – erste Arbeitsspitzen). Es ist daher vorgesehen, die Tätigkeiten der medizinischen Morgenarbeit, welche direkt am Patienten stattfinden, im 4-Augen-Prinzip durchzuführen.

Da sich die Leitlinie „Morgenarbeit“ bewährt, bleibt der Inhalt der bestehenden Leitlinie<sup>1</sup> (Erhöhung der PatientInnensicherheit im Bereich der medizinischen Morgenarbeit; GED-31/05/BDG und KAV-GED/2006) aufrecht. Es wird jedoch empfohlen, den zeitlichen Rahmen wie folgt zu organisieren:

Unter Morgenarbeit (= in der Leitlinie definierte Routine an Patient/innen) wird der Zeitrahmen von 6.00 – 10.00 Uhr verstanden. Innerhalb dieses Rahmens sind max. 2 Stunden von jeder Abteilung zu definieren.

Der definierte Zeitrahmen ist auf den Stationen sichtbar auszuhängen und der Kollegialen Führung zur Information zu übermitteln.

Das 4-Augen-Prinzip der Morgenarbeit wird durch 1 ÄrztIn und 1 diplomierte Pflegeperson (jeweils grundsätzlich jede Hierarchiestufe möglich) wahrgenommen.

### Das 4-Augen-Prinzip „Tagesarbeit“ (anschließend an die Morgenarbeit)

Im Sinne einer guten Kooperation von Medizin und Pflege erscheint es wünschenswert, medizinische Tätigkeiten am Patienten soweit als möglich gemeinsam vorzunehmen. Da die Rahmenbedingungen in den jeweiligen Einrichtungen jedoch unterschiedlich sind, muss im Sinne eines effizienten Qualitäts- und Riskmanagements sichergestellt sein, dass gefahrgeneigte Situationen identifiziert sind und dem 4-Augen-Prinzip unterliegen.

---

<sup>1</sup> Leitlinie und Ergänzung ist im Anhang beigefügt

## KAV – weit unterliegen folgende Tätigkeiten grundsätzlich in der Tagesarbeit, aber auch während der Nachtstunden dem 4-Augen-Prinzip

Das 4-Augen-Prinzip wird qualitätssichernd bei Gefahrensituationen angewendet.

**KAV-weit sind folgende Gefahrensituationen definiert:**

- **Identifikation** von PatientInnen mit **Namensgleichheit oder Namensähnlichkeit** vor Eingriffen und Therapien
- Blutabnahme für **Blutgruppenbestimmungen**
- Gewährleistung der Prozesssicherheit im Rahmen der **Verabreichung von**
  - **Blutkonserven** (Blut und Blutderivate)
  - **Chemotherapien**
  - **Suchtgifte (nur i.v.)**

Neben diesem KAV-weiten Mindeststandard ist es erforderlich, dass jede Abteilung spezifische Regelungen trifft:

### Abteilungsspezifische Tätigkeiten im 4-Augen-Prinzip

Über die KAV-weite Regelung hinaus legt jede Abteilung weitere **abteilungsspezifische Gefahrensituationen** unter **Einbeziehung aller betroffenen Berufsgruppen** fest. Diese abteilungsspezifische Regelung **liegt auf der Station auf** und ist jedem/jeder **MitarbeiterIn zur Kenntnis** zu bringen. Sie ist der **Kollegialen Führung** zur Information **zu übermitteln** sowie **jährlich im** Rahmen einer multiprofessionellen Abteilungsbesprechung auf Aktualität **zu überprüfen**.

Grundsätzlich ist dabei auf einen effizienten Arbeitsablauf Bedacht zu nehmen.

**Das 4-Augen-Prinzip stellt die Sicherheit von PatientInnen bei gefahreneigenen Tätigkeiten in den Mittelpunkt. Bei gefahreneigenen Tätigkeiten handelt es sich um Tätigkeiten, bei welchen damit gerechnet werden muss, dass ein unmittelbarer Schaden eintreten kann. Daher sind für solche Tätigkeiten besondere Sicherungsmaßnahmen zu setzen.**

## 2. Aufnahmemanagement / Entlassungsmanagement

- ⇒ Der/die PatientIn ist bereits im Rahmen des Aufklärungsgespräches auf die Wichtigkeit seiner / ihrer Anwesenheit zu den **festgelegten Visiten- und Behandlungszeiten** hinzuweisen, sofern diese nicht medizinisch – organisatorische Gründe verhindern.
- ⇒ Zur Ressourcenschonung und Prozessoptimierung bei elektiven Aufnahmen ist sicherzustellen, dass die Befunde aller vorgeschriebenen Untersuchungen vorliegen. Die **organisatorische Verantwortung** für die Umsetzung trägt der/die **AbteilungsvorständIn**.
- ⇒ Der **Zugriff** zum **computergestützten PatientInnen-Informationssystem** ist für alle berechtigten MitarbeiterInnen **sicherzustellen**.
- ⇒ Empfohlen wird, die **Aufnahme- u. Entlassungsorganisation** analog dem Konzept des **PIK-Projektes** (Patient/innenorientierte integrierte Krankenbetreuung) durchzuführen.
- ⇒ Grundsätzlich hat jede Abteilung den **Aufnahme- und Entlassungsprozess schriftlich zu definieren**. Die **Aufnahmeplanung** liegt dabei in **ärztlicher Verantwortung** – das **Entlassungsmanagement** wird **multiprofessionell** ausgerichtet.
- ⇒ Weiters hat ein/eine berechnigte/r **Arzt/Ärztin** die **Arzneimittelverordnungen** (auch entsprechend der hausspezifischen Arzneimittelliste) zu **überprüfen** und vidieren.
- ⇒ Das **pflegerische und ärztliche Aufnahmegespräch** muss **aufeinander abgestimmt** sein – Doppelgleisigkeiten sind zu vermeiden.

### 3. Verbesserung der Kooperation zwischen den Berufsgruppen

- ⇒ Die **geplante Mindestpräsenz** an MitarbeiterInnen **aller Berufsgruppen** ist pro Betriebseinheit/Abteilung **schriftlich festzulegen** (365 Tage) und ist **verbindlich** einzuhalten.
- ⇒ Die **multiprofessionellen Arbeitsabläufe** sind im Sinne einer Prozessoptimierung **aufeinander abzustimmen** und **festzuschreiben**.
- ⇒ **Rahmenzeiten für multiprofessionelle Visiten** sind gemeinsam festzulegen.
- ⇒ Während der Visite sind **Unterbrechungen** auf ein Mindestmaß zu **reduzieren**.
- ⇒ Die **Vorstellung neuer MitarbeiterInnen im Team** ist zu gewährleisten.
- ⇒ **Teamentwicklungsprozesse** sind zu **fördern** und umzusetzen. (Beispielsweise gemeinsame Supervision, gemeinsame Teambesprechung, „Teamspielregeln“ entwickeln).
- ⇒ **Multiprofessionelle Fortbildungen** sind zu implementieren und könnten in die Zielvereinbarungen (Wirtschaftsplan) aufgenommen werden.

### 4. Zuständigkeiten – Informationsfluss

- ⇒ In den einzelnen Betriebsstellen (Station, Ambulanz u.ä.) sind die jeweiligen **ärztlichen und pflegerischen Zuständigkeiten** zu **definieren** (tagesaktuelle Gültigkeit). Für die Einhaltung sind die Abteilungsleitungen (Ärztlicher Dienst/Pflegedienst) verantwortlich.
- ⇒ **Abteilungsübergreifende Modelle für die Notfallversorgung** sind einzurichten (z.B. ärztliche Dienstmannschaft führt eine Notoperation durch und ist daher nicht verfügbar). Diese Modelle sind allerdings keinesfalls im Sinne von Poolediensten für Turnusärzte/innen zu verstehen.
- ⇒ Bei jedem Dienstwechsel ist – zumindest monoprofessionell – eine **Dienstübergabe** vorzunehmen.

## 5. Gemeinsame PatientInnendokumentation

- ⇒ Eine **übersichtliche Dokumentation** der durchgeführten und geplanten Untersuchungen ist vorzusehen.
- ⇒ Auf **Konsiliaranforderungen** müssen neben der **Unterschrift** auch der **Name** und die **Erreichbarkeit** des /der ÄrztIn (anfordernd/begutachtend) in Blockschrift angegeben sein. Konsiliaranforderungen sollen bereits bei der Visite ausgefüllt werden.
- ⇒ Anordnungen sind klar leserlich zu verfassen, **Abkürzungen** sind zu **standardisieren** oder zu vermeiden.
- ⇒ Die **Dokumentation** ist **effizient** zu gestalten.  
Hinweis: Wird derzeit im Rahmen des KAV-weiten Projektes „standardisierte PatientInnenendokumentation“ bearbeitet.
- ⇒ Werden **Standards bzw. SOP<sup>2</sup>** verwendet, sind diese durch den Prozessverantwortlichen/die Prozessverantwortliche (z.B. Abteilungsleitung) regelmäßig zu **überprüfen** bzw. zu **aktualisieren**.

---

<sup>2</sup> Standard Operating Procedures, Standardisierte Verfahrensanweisungen

## 6. Kooperation bei delegierbaren ärztlichen Tätigkeiten

Delegation ärztlicher Tätigkeiten im Sinne des § 49(3) Ärztegesetz und des § 15 GuKG <sup>3</sup>		Sofort umsetzbar	Erfordert Strukturveränderungen
Blutabnahmen	kapilläre Blutentnahme zur Blutzuckerbestimmung	X	
	venös		X
s.c. Injektionen	sämtliche s.c. Injektionen	X	
i.v. Injektion bei liegendem Venflon	Freigegebene Substanzen (abteilungsspezifisch festzulegen)	Nur bei 4 Augen Prinzip	
i.v. Injektion			X
Legen eines peripheren venösen Zuganges			X
Spülen von Venenzugängen nach Infusionsende mit NaCl 0,9% (2)	Venenverweilkanüle	X	
	Zentralvenenkatheter (Abteilungsregelung)	X	
Infusionstherapie mit Arzneimittelzusatz	Anhängen und wechseln von Infusionslösungen mit Arzneimittelzusatz	Nur bei 4 Augen Prinzip	über 24 h
Infusionstherapie	Anhängen und wechseln von Infusionslösungen	X	
Setzen eines Dauerkatheters (Männer und Frauen)	Abteilungsregelungen und Gender-Berücksichtigung	X	
Vitalzeichenkontrolle auf Anordnung	Vitalzeichenkontrollen (Blutdruck, Puls, Temperatur) sind bei Aufnahme routinemäßig, ansonsten auf Anordnung durchzuführen (Ausnahme: Akutfall). Behandlungsstandards sind zu beachten!	X	
Absaugen der oberen Atemwege		X	
Setzen von Magensonden	abteilungsspezifisch		X
Nähte entfernen	abteilungsspezifisch		X

<sup>3</sup> ausgenommen Spezialbereiche

## II. Arbeitsverteilung in der Zukunft

### Empfehlungen für Strukturveränderungen

Das Ziel, eine verbesserte Ausbildungsqualität zu schaffen und gewährleisten, kann nur durch ein Konzept erreicht werden, das derzeitige ausbildungsirrelevante Tätigkeiten für auszubildende ÄrztInnen beseitigt und auf ausbildungsrelevante Tätigkeiten fokussiert.

Ziel dieses Konzeptes von Seiten der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen ist die Konzentration auf die in der Ausbildung vermittelten Kernaufgaben. Diese Professionalisierung ermöglicht es internationalen Standards zu entsprechen und unterstützt das Ziel einer verbesserten TurnusärztInnenausbildung. Die Durchführung von Aufgaben aus dem mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich durch TurnusärztInnen ist am Beginn der Ausbildung aus Schulungsgründen notwendig, jedoch ab einem gewissem Ausbildungsstadium<sup>4</sup> einer vernünftigen zielgerichteten Ausbildung von TurnusärztInnen gänzlich entgegenstehend.

Ein Konzept, das die Durchführung dieser Tätigkeiten durch diplomiertes Pflegepersonal (auf ärztliche Anordnung) vorsieht und internationalen Standards gerecht würde, ist die einzig sinnvolle Grundlage für angeleitete – supervidierte – ausbildungsrelevante ärztliche Tätigkeiten und als bald wie möglich umzusetzen.

Ergänzend hierzu sollte allerdings in den bereits definierten gefahrgeneigten Situationen das 4 Augen Prinzip zwischen ÄrztIn und Pflegepersonen über 24 Stunden aufrecht bleiben.

Die Übernahme von delegierbaren Tätigkeiten, die derzeit von TurnusärztInnen durchgeführt werden, wären im Prinzip – durch die bestehende Ausbildung und Qualifikation des diplomierten Pflegepersonals – umsetzbar. Grundlage hierfür sind jedoch die nötigen personellen Ressourcen und strukturelle Veränderungen.

Die pflegerischen Kernaufgaben sind im GuKG klar definiert, werden jedoch in der täglichen Routine durch die Übernahme berufsfremder Tätigkeiten in den Hintergrund gedrängt. Analog dazu ist eine Definition der Kernaufgaben von ÄrztInnen in Ausbildung sinnvoll. Als Grundlage der Erarbeitung können bereits vorhandene Tätigkeitsprofile verwendet werden.

An dieser Stelle sind beispielhaft derzeitige Tätigkeiten des Pflegebereiches angeführt, die nicht unmittelbar den pflegerischen Kernaufgaben zuzuordnen sind und durch deren Übernahme von hierfür qualifiziertem Personal die Ziele dieses Arbeitspaketes erreicht werden können:

---

<sup>4</sup> In der Leitlinie „Schrittweises Lernen“, welche im Rahmen des TurnusärztInnenprojektes erarbeitet wurde, sind die Lehrinhalte der jeweiligen Ausbildungsstadien beschrieben

→ **Diese Tätigkeiten eignen sich für eine Übernahme durch z.B. StationssekretärInnen:**

- Vereinbarung von (Untersuchungs-)Terminen, soweit keine weiteren medizinischen Erläuterungen notwendig sind
- Ausdruck u. Einordnen von Befunden, Krankengeschichten ordnen...
- Organisation von diversen Tätigkeiten wie z.B. Schlüsselgebarung, Reparatur-Anforderungen, Spindvergaben, Verteilung der Post, Schadens- und Diebstahlmeldungen ....
- Bestellwesen
  - EDV-mäßige Anforderungseingabe wie z.B. Apotheken- und Materialanforderungen, Speiseplan- und Essenbestellung, Untersuchungen
  - Kontrolle und Vidierung durch ÄrztIn bzw. leitende Pflegeperson
- Bestellung und Evidenzhaltung von Dosimetern
- Funktion als telefonische Ansprechperson der Station
- Einschulung von Zivildienern

→ **Diese Tätigkeiten eignen sich für eine Übernahme durch z.B. PflegehelferInnen, AbteilungshelferInnen oder HausarbeiterInnen:**

- Essensverteilung und Assistenz bei der Nahrungsverabreichung (ausgenommen spezielle Diäten/Indikationen)
- Betten machen bei mobilen PatientInnen
- Kochen von Tee und Kaffee für PatientInnen
- Nachfüllen von Lagerbeständen
- Essens-Wünsche von PatientInnen erheben

Für die Tätigkeiten von AbteilungshelferInnen bzw. HausarbeiterInnen nach deren Dienstende sollte ein Bereitschaftsdienst eingeführt werden.

→ **Diese Tätigkeiten eignen sich für eine Übernahme durch z.B. VerwaltungsbeamtlInnen:**

- Administrative Tätigkeiten (z.B. Stammdatenerfassung) bei Aufnahmen und Entlassungen über 24 Stunden
- Abwicklung von Kostenübernahmeerklärungen
- Inventur (Einrichtungsgegenstände)
- Kontrolle von Ablaufdaten von Materialien vor Auslieferung an die Stationen
- Personalevidenzführung (Urlaube, Dienstplanabrechnung, Personalcontrolling, Schülerevidenz ....)

→ **Diese Tätigkeiten eignen sich für eine Übernahme durch andere Berufsgruppen:**

- **MitarbeiterInnen der Technik:** Schulung von Brandschutzbeauftragten, Bauaufsicht
- **Technik/Arbeitsmedizin:** Arbeitsplatzevaluierungen
- **Hygieneverantwortliche/r:** Hygienekontrollen (z.B. Wasserproben)
- **SozialarbeiterInnen/EntlassungsmanagerIn:** Management der häuslichen Versorgung
- **DiätologIn:** Erstellung des Speiseplans mit den PatientInnen

→ **Weitere, nicht den Kernaufgaben des Pflegedienstes entsprechende Tätigkeiten**

- Beantragen von Wahlkarten
- Technische Unterstützung bei Um- und Zubauten
- Übernahme von physiotherapeutischen Tätigkeiten auch an den Wochenenden.  
Ideal: Einsatz von PhysiotherapeutInnen an 7 Tagen/Woche
- Einschulung von MitarbeiterInnen, welche nicht zur eigenen Berufsgruppe gehören.  
Ideal: Einschulung direkt durch die jeweilige Berufsgruppe
- Kontrolle der Kühltankschranktemperatur  
Ideal: Kontrolle mittels entsprechender technologischer Ausstattung (Alarmsystem bei neuen Kühltankschränken)
- WC-Kontrollen  
Ideal: Kontrollen durch VorarbeiterIn oder Hausaufsicht
- Überprüfung von Systemkompatibilität bei medizinischen oder technischen Produkten  
Ideal: Systemkompatibilität bei medizinischen oder technischen Produkten bei Neu- oder Nachbestellungen wird durch die jeweilige Bestellorganisation evaluiert und sichergestellt.

Sämtliche in diesem Zusammenhang angeführten Maßnahmen für Strukturveränderungen tragen wesentlich zu einer weiteren Professionalisierung beider Berufsgruppen sowie zur Qualitätssicherung in der PatientInnenversorgung bei, wobei diese Auflistung lediglich einer beispielhaften Aufzählung entspricht und keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt.

Die Umsetzung dieser Maßnahmen bringt eine Veränderung von Arbeitsabläufen unterschiedlicher Berufsgruppen mit sich. Der Veränderungsprozess wirkt auf die Gesamtorganisation „Krankenhaus“. **Es wird empfohlen, sofort nach In-Kraft-Setzen der Leitlinie Umsetzungserfahrungen in einem Pilotprojekt, welches von externen Beratern begleitet wird, zu gewinnen. Dieses Pilotprojekt sollte außerhalb des Arbeitspaketes 7 und außerhalb des TurnusärztInnen-Gesamtprojektes stattfinden.**



# Rechtliche Aspekte

MR Dr. Meinhild Hausreither  
Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Mazal

1. Berufsbilder .....	14
2. Eigenverantwortung.....	14
2.1. Begriff.....	14
2.2. Beispiele .....	14
2.3. Ausnahme .....	14
3. Mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich .....	15
3.1. Allgemeines .....	15
3.2. Wer ist zur Anordnung berechtigt?.....	15
3.3. Besteht eine Verpflichtung zur Durchführung einer Anordnung? .....	15
4. Einzelfragen zur Anordnung .....	16
4.1. Zulässigkeitschranken der Delegation.....	16
4.1.1. Was darf delegiert werden?.....	16
4.1.2. Ausnahme .....	16
4.2. Einzelfall.....	16
4.3. Lex artis .....	17
4.3.1. Grundsätze .....	17
4.3.2. Argument.....	17
5. Sonstige Fragen .....	19
5.1. Vorgehensweise .....	19
5.2. Verschuldenshaftung .....	19
5.3. Dokumentation .....	19

# 1. Berufsbilder

Das Berufsbild des/der Arztes/Ärztin ist im § 2 ÄrzteG 1998 festgelegt. Die selbständige Ausübung des ärztlichen Berufs ist ausschließlich Ärzten/Ärztinnen für Allgemeinmedizin und approbierten Ärzten/Ärztinnen sowie Fachärzten/-innen vorbehalten.

Turnusärzte/-innen sind lediglich zur unselbständigen Ausübung der im § 2 Abs 2 und 3 leg cit umschriebenen Tätigkeiten berechtigt.

Das Berufsbild der Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege ist im § 11 GuKG festgelegt. Es umfasst – kurz gesagt – alle auf pflegerisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen begründeten Tätigkeiten, die unmittelbar am oder mittelbar für den Menschen ausgeführt werden. Dabei unterscheidet das GuKG verschiedene Tätigkeitsbereiche des diplomierten Pflegepersonals: Zum Berufsbild der Pflege zählen nicht nur die Pflege und Betreuung, sondern auch die Mitarbeit bei diagnostischen und therapeutischen Verrichtungen auf ärztliche Anordnung (§ 11 Abs 3 GuKG), somit die Durchführung von an sich ärztlichen Tätigkeiten.

## 2. Eigenverantwortung

### 2.1. Begriff

Diplomiertes Pflegepersonal handelt im Rahmen seiner Berufsausübung grundsätzlich in Eigenverantwortung.

Nicht eigenverantwortlich handelt es immer dann, wenn es auf Grund ärztlicher Ermächtigung (=Anordnung) tätig wird.

Gerade in Fragen der Kooperation ist es wichtig, darauf hinzuweisen, dass Eigenverantwortung nicht mit fachlicher Weisungsfreiheit verwechselt werden darf: Bei Dienstnehmern/-innen, die im Weisungszusammenhang stehen, bedeutet Eigenverantwortung die Verpflichtung zur Weisungsprüfung: Nur wenn eine Weisung von einem/einer Arzt/Ärztin oder einem/einer DGKP/DGKS eine Handlung verlangt, die unvertretbar ist, besteht ein Recht und eine Pflicht, die Durchführung der Weisung zu verweigern; liegt der Inhalt der Weisung hingegen innerhalb des Rahmens des Vertretbaren, ist die Weisung durchzuführen, auch wenn sie den persönlichen wie fachlichen Vorstellungen des/der Weisungsempfängers/-empfängerin nicht entspricht.

### 2.2. Beispiele

Handlungen, die das diplomierte Pflegepersonal ohne ärztliche Ermächtigung setzen darf, sind in § 14 Abs 2 GuKG beispielhaft umschrieben. In diesem Zusammenhang ist auch auf den Tätigkeitsbereich „Lebensrettende Sofortmaßnahmen“, den interdisziplinären Tätigkeitsbereich sowie die erweiterten und speziellen Tätigkeitsbereiche (§§ 14a, 16 und 17 GuKG) hinzuweisen.

### 2.3. Ausnahme

Allerdings können besondere Umstände dazu führen, dass diplomierte Pflegepersonen auch diese Tätigkeiten nicht ohne oder nur im Rahmen einer ärztlichen Ermächtigung durchführen dürfen. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn aus ärztlicher Sicht eine bestimmte Handlung nur unter bestimmten Restriktionen erlaubt oder gar gänzlich untersagt wird, die im allgemeinen durch diplomiertes Pflegepersonal in eigener

Verantwortung gesetzt werden dürfen: So verbietet die „Nüchtern-Anordnung“, Essen zu verabreichen. Diplomierte Pflegepersonen dürfen in einer solchen Situation aus berufsrechtlichen Gründen kein Essen verabreichen, obwohl die Tätigkeit des Essen-Verabreichens grundsätzlich im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Pflege liegt.

### **3. Mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich**

#### **3.1. Allgemeines**

Der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich umfasst die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung (§ 15 Abs 1 GuKG).

Dies bedeutet, dass Handlungen des diplomierten Pflegepersonals dann dem mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich zuzurechnen sind, wenn es sich um ärztliche Tätigkeiten handelt, die kraft ärztlicher Ermächtigung (=Anordnung) gesetzt werden.

Die Verantwortung ist dabei geteilt: Der/Die anordnende Arzt/Ärztin trägt die Verantwortung für die Anordnung (Anordnungsverantwortung). Der Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege trägt die Verantwortung für die Durchführung der angeordneten Tätigkeit (Durchführungsverantwortung).

#### **3.2. Wer ist zur Anordnung berechtigt?**

Die Ermächtigung für die Durchführung ärztlicher Tätigkeiten kann jeder/jede Arzt/Ärztin erteilen, wenn die Delegation der Tätigkeit aus ärztlicher Sicht vertretbar ist. Als Arzt/Ärztin im Sinn dieser Bestimmungen gelten nicht nur Ärzte/Ärztinnen mit abgeschlossener Ausbildung, sondern auch Turnusärzte/Turnusärztinnen. Ob und wie weit diese Anordnungen an diplomiertes Pflegepersonal erteilen dürfen, hängt von deren Ausbildungsstand und dem Handlungsspielraum ab, den ihnen der/die Ausbildungsverantwortliche dem Stand der Ausbildung entsprechend zugestanden hat.

Das diplomierte Pflegepersonal kann sich im Sinne des Vertrauensgrundsatzes darauf verlassen, dass der/die Anordnende berechtigt und zur Anordnung befähigt ist, es sei denn, es müsste ihm auf Grund seiner Kenntnisse und Fähigkeiten auffallen, dass die Durchführung der Anordnung unvertretbar ist.

#### **3.3. Besteht eine Verpflichtung zur Durchführung einer Anordnung?**

Ob das diplomierte Pflegepersonal die Tätigkeit, zu deren Durchführung der/die Arzt/Ärztin es ermächtigt hat, durchführen muss, ist keine berufsrechtliche Frage, sondern eine dienstrechtliche Frage und hängt davon ab, ob es von seinem/seiner Dienstvorgesetzten dazu verpflichtet ist.

Die dienstrechtliche Verpflichtung wird auf Basis des Dienstvertrages entweder allgemein oder in einer konkreten Situation begründet und kann vom Dienstvorgesetzten wieder verändert werden.

Im Hinblick auf die Zusammenarbeit zwischen Ärzten/Ärztinnen einerseits und diplomiertem Pflegepersonal andererseits ist darauf hinzuweisen, dass ein/eine DGKP/DGKS als Dienstnehmer/in verpflichtet sein kann, von Anordnungen (=Ermächtigungen) gem § 15 GuKG Gebrauch zu machen, es dienstrechtlich aber auch verboten sein kann, Anordnungen umzusetzen. Eine Klärung von Zweifels- oder Streitfragen obliegt den Vorgesetzten von Arzt/Ärztin und diplomiertem Pflegepersonal innerhalb der kollegialen Führung der Krankenanstalt.

## **4. Einzelfragen zur Anordnung**

### **4.1. Delegation**

#### **4.1.1. Was darf delegiert werden?**

Typische Handlungen, die das diplomierte Pflegepersonal mit ärztlicher Ermächtigung setzen darf, sind in § 15 Abs 5 GuKG beispielhaft umschrieben.

Dies bedeutet, dass die angeführten Tätigkeiten nicht abschließend, sondern nur beispielhaft sind. In diesem Sinne sind weitere ärztliche Tätigkeiten unter dem mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich subsumierbar, sofern sie

- vom Berufsbild des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege erfasst sind,
- einen vergleichbaren Schwierigkeitsgrad aufweisen,
- die entsprechenden Kenntnisse und Fertigkeiten in der Grundausbildung vermittelt bzw
- durch entsprechende Fortbildungen erworben werden und
- nicht in den „Kernbereich“ des Berufsbildes eines anderen (nichtärztlichen) Gesundheitsberufs fallen.

#### **4.1.2. Ausnahme**

Besondere Umstände können allerdings dazu führen, dass Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege auch diese Tätigkeiten berufsrechtlich nicht durchführen dürfen: Dies ist beispielsweise der Fall, wenn es aus ärztlicher Sicht zwar grundsätzlich zulässig ist, eine Handlung an einen/eine DGKP/DGKS zu delegieren, der/die DGKP/DGKS allerdings diese Handlung nicht durchzuführen kann, weil er/sie die dafür notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten nicht besitzt und dadurch der/die Patient/in Schaden erleiden könnte. Im Rahmen der allgemeinen Fortbildungspflicht oder im Rahmen der Pflichten aus dem Dienstverhältnis obliegt es dem diplomierten Pflegepersonal in einem solchen Fall, Wissenslücken zu schließen bzw sich die fehlenden Fertigkeiten anzueignen.

Oder – wenngleich der/die DGKP/DGKS zwar diese Kenntnisse und Fertigkeiten besitzt – es in der konkreten Situation jedoch (beispielsweise wegen Übermüdung oder wegen einer unüberbrückbaren Sprachbarriere zum/zur Patienten/in) unvertretbar wäre, dass er/sie die Handlungen setzt, zu der der/die Arzt/Ärztin ihn/sie ermächtigt hat: Auch Ärzte/Ärztinnen dürften unter solchen Umständen Tätigkeiten, die sie im allgemeinen setzen dürfen, im konkreten Fall nicht durchführen.

### **4.2. Einzelfall**

Die Ermächtigung darf gem § 49 Abs 3 ÄrzteG 1998 nur im Einzelfall erfolgen. Das GuKG stellt hinsichtlich des gehobenen Dienstes für GuK zwar nicht auf den Einzelfall

ab, sondern verwendet die Begriffe „Einzelfall“ und „in einzelnen Ausnahmefällen“ nur im Zusammenhang mit der Pflegehilfe. Dies ist jedoch nur ein scheinbarer Widerspruch. In Zusammenhang mit den ärztrechtlichen Regelungen ergibt sich für die ärztliche Anordnung die Notwendigkeit eines hohen Maßes an Konkretisierung:

Unter „Einzelfall“ ist eine unter medizinischen Gesichtspunkten hinreichend konkretisierte Situation zu verstehen. Sie muss sich immer auf einen bestimmten Patienten / eine bestimmte Patientin beziehen, kann jedoch unter medizinischen Gesichtspunkten auch zeitlich länger andauernde Situationen umfassen, wenn es unter ärztlichen Gesichtspunkten vertretbar ist, die Delegation für einen längeren Zeitraum auszusprechen und die Kriterien hinreichend präzisiert werden können.

Es obliegt im Einzelfall dem/der Arzt/Ärztin zu entscheiden, ob er/sie beim jeweiligen Patienten / bei der jeweiligen Patientin die entsprechende Tätigkeit an das diplomierte Pflegepersonal delegieren kann, oder ob auf Grund des Gesundheitszustandes des/der Patienten/in oder des Sachverhaltes allgemein die Tätigkeit beispielsweise nur durch diplomiertes Pflegepersonal mit Sonderausbildung in der Intensivpflege oder ausschließlich durch den/die Arzt/Ärztin selbst durchzuführen ist.

### **4.3. Lex artis**

#### **4.3.1. Grundsätze**

Richtschnur für die Zulässigkeit jeglichen Handelns von Ärzten/Ärztinnen und diplomiertem Pflegepersonal – insbesondere aber auch für die Erteilung von Anordnungen (=Ermächtigungen) und deren Durchführung – sind gem § 49 Abs 1 ÄrzteG 1998 bzw § 4 Abs 1 GuKG die Regeln der Wissenschaft und Erfahrung (lex artis): Aus ärztlicher Sicht wie aus Sicht des diplomierten Pflegepersonals ist Handeln dann lege artis, wenn in der konkreten Situation mit größtmöglicher Rationalität vorgegangen wird.

Was zu geschehen hat, hängt dabei wesentlich auch von medizinischen und organisatorischen Parametern ab: Je nach der medizinischen Situation des/der Patienten/in und von der Verfügbarkeit diagnostisch und therapeutisch einsetzbaren Sachgütern (insbesondere Arzneimitteln) sowie der Personalausstattung kann in unterschiedlichen Behandlungssituationen und Organisationszusammenhängen ein verschiedenes Vorgehen erforderlich sein.

Standards – sowohl hinsichtlich der Behandlungsabläufe als auch hinsichtlich organisatorischer Fragen (etwa der Personalausstattung) – können daher zum einen für verschiedene typische Behandlungssituationen unterschiedlich sein, und können sich zum anderen nur auf typische Situationen beziehen: Dies hat zur Konsequenz, dass es im konkreten Fall geboten sein kann, davon abzuweichen, beispielsweise wenn in Anbetracht des Zustands des/der Patienten/in, fehlender Sach- oder Personalressourcen, Zeitdruck usw ein Festhalten am Standard zu erkennbaren medizinischen Nachteilen für den/die Patienten/in führen könnte.

#### **4.3.2. Argument**

Die Beurteilung, ob ein Verhalten lege artis ist, ist eine Bewertung, die auf Basis des Stands der Kenntnisse und Fähigkeiten der Ärzte/Ärztinnen und des diplomierten Pflegepersonals zu erfolgen hat. Dabei ist es geboten, fachliche Auffassungsunterschiede nicht auf Basis von Formalautorität oder bloß berufsgruppeninterner Hierarchie, sondern im Austausch von Argumenten zu klären:

Durch überprüfbare Begründungen kann geklärt werden, ob unterschiedliche Auffassungen vertretbar sind oder nicht. Innerhalb der Bandbreite des Vertretbaren sind die durch den jeweiligen Dienstvorgesetzten getroffenen Entscheidungen zu akzeptieren.

## **5. Sonstige Fragen**

### **5.1. Vorgehensweise**

Das GuKG legt in seinem § 15 „Spielregeln“ für die Delegation der ärztlichen Tätigkeiten fest. Diese Regeln gelten sowohl für die Ärzte/Ärztinnen als auch das diplomierte Pflegepersonal, sodass folgende Vorgangsweise einzuhalten ist:

- Jede ärztliche Anordnung (=Ermächtigung) hat vor Durchführung der betreffenden Maßnahme schriftlich zu erfolgen.
- Die erfolgte Durchführung hat der Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege durch Unterschrift zu bestätigen.
- Die ärztliche Anordnung kann in medizinisch begründeten Ausnahmefällen – das bedeutet: in Situationen, in denen weiteres Zuwarten für den Patienten medizinisch nachteilig wäre – mündlich erfolgen, sofern auch dabei die Eindeutigkeit und Zweifelsfreiheit sichergestellt sind.
- Eine Übermittlung der schriftlichen Anordnung per Telefax oder im Wege automationsunterstützter Datenübertragung ist zulässig, sofern die Dokumentation gewährleistet ist.
- In solchen Fällen hat die schriftliche Dokumentation der ärztlichen Anordnung unverzüglich, längstens aber innerhalb von 24 Stunden zu erfolgen.

### **5.2. Verschuldenshaftung**

Unter haftungsrechtlichen Gesichtspunkten ist festzuhalten, dass im hier interessierenden Zusammenhang grundsätzlich nur schuldhaft rechtswidriges Verhalten zivilrechtliche oder strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen kann. Unter diesem Blickwinkel kann Haftung immer dann eintreten, wenn jemand die ihm übertragenen Aufgaben nicht mit jener Sorgfalt erfüllt, die von ordentlich sorgfältigen Personen vergleichbarer Qualifikation (=objektive Maßfigur) in der konkreten Situation erwartet werden kann. Dabei kann man für Fehler durch konkrete Handlungen und Unterlassungen (=Handlungsverschulden) sowie allgemein dafür zur Verantwortung gezogen werden, dass man sich auf Situationen eingelassen hat, bei denen man schon im Vorhinein erkennen konnte, dass sie zur Überforderung führen (=Einlassungsfahrlässigkeit).

Wer im Haftungsprozess überzeugend darlegen (=beweisen) kann, dass jede andere sorgfältige Person so wie er gehandelt hätte, braucht Haftung auch dann nicht zu fürchten, wenn auf Grund schicksalshafter Verläufe im Einzelfall eine von ihm nicht zu verantwortende Schädigung eingetreten ist. Im Alltag ist es hilfreich, das eigene Verhalten ständig darauf hin zu überprüfen, ob es mit jener Sorgfalt geschieht, die eine objektive Maßfigur an den Tag gelegt hätte.

### **5.3. Dokumentation**

Ärzte/Ärztinnen und Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sind berufsrechtlich verpflichtet, ihre Handlungen zu dokumentieren. Der Detaillierungsgrad der Dokumentation ist im Gesetz nicht näher präzisiert, ist jedoch unter haftungsrechtlichen Gesichtspunkten im Idealfall so groß, dass jede Handlung und

Unterlassung sowie die dafür maßgeblichen Beweggründe in medizinischen, pflegerischen und organisatorischen Aspekten nachvollziehbar festgehalten sind. Wie und in welchem Ausmaß in einer konkreten Situation zu dokumentieren ist, ist daher letztlich auch eine Frage der Risikoabschätzung des/der Dienstgebers/in, der/die seinerseits/ihrerseits verpflichtet ist, die berufsrechtlich gebotenen Dokumentationen in die krankenanstaltenrechtlich erforderliche Krankengeschichte zu integrieren.

Da Dokumentation im Hinblick auf die Krankengeschichte letztlich auch eine Verpflichtung des Trägers der Krankenanstalt ist, ist sie als gemeinsame Aufgabe aller Berufsgruppen im Krankenhaus zu sehen und kann vom Träger nach Zweckmäßigkeitsgesichtspunkten auch Berufsgruppen überschreitend organisiert werden, solange die für die jeweilige Berufsgruppe berufsrechtlich erforderliche Minstdokumentation gewährleistet ist.

Um zu vermeiden, dass der Dokumentationsaufwand im Alltag immer weiter steigt, ist es dabei hilfreich, für standardisierbare Situationen Verhaltensabläufe in Form von Standard Operating Procedures (SOP –standardisierte Verfahrensanweisungen) festzulegen. Dadurch kann sich die Dokumentation in Standardsituationen darauf reduzieren, dass der Standard eingehalten wurde. Es wird dadurch Zeit gewonnen, Abweichen von Standards genau zu dokumentieren.

Kollegiale Führungen/  
Heimleitungen der Kranken-  
anstalten und Geriatriezentren  
des Wiener Krankenanstalten-  
verbundes

Vorher zur Einsicht:  
Frau Direktorin d. TU 1  
Dr. S. Herbek

Herrn Direktor der TU 2  
Univ.Prof.Dr.R.Krepler

Herrn Direktor der TU 4  
Dr.R. Paukner



Magistrat der Stadt Wien  
Wiener Krankenanstaltenverbund  
Generaldirektion  
Schottenring 24  
A-1010 Wien  
Tel.: +43 (1) 40409-60001  
Fax: +43 (1) 40409-99-60001  
E-Mail: [ged@wienkav.at](mailto:ged@wienkav.at)  
<http://www.wienkav.at>

KAV-GED/2006  
Leitlinie „Erhöhung der PatientInnen-sicherheit im  
Bereich der medizinischen Morgenarbeit“

Wien, 12. Juli 2006

Sehr geehrte Damen und Herren!

Die Leitlinie „Erhöhung der PatientInnen-sicherheit im Bereich der medizinischen Morgenarbeit“ ist nun seit 1.3.2005 in Kraft und in vielen Bereichen bereits etabliert. Unser Dank gilt allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die eine qualitätsorientierte Zusammenarbeit zwischen Pflege und Medizin zum Wohle der Patientin, dem Patienten und im Sinne eines positiven Betriebsklimas leben.

Es gibt im Rahmen des Projektes „Leitlinienarbeit - Arbeitskreis 7-Gemeinsamer Tätigkeitsbereich Medizin und Pflege“ positive Berichte, aber auch einige Unsicherheiten und Kritikpunkte. Der nachstehende Kommentar soll einer Konkretisierung bzw. einer Ergänzung und damit zur Unterstützung auf der Basis der gewonnenen Erfahrungen und Entwicklungen dienen. Die innovativen und individuellen Projekte auf den Pilotstationen des Arbeitskreises 7 sollen dabei unterstützt werden.

## *Kommentar zur Leitlinie*

*Der Geltungsbereich der Leitlinie „medizinische Morgenarbeit“ umfasst ausschließlich medizinische Tätigkeiten, die direkt am Patienten anfallen.*

*Unter gemeinsam Vornehmen (hier ist nicht die der Pflege obliegende Vorbereitung inkludiert) ist zuerst der Prozessschritt der Identifikation zu verstehen, d.h. Arzt und Pflegeperson versichern sich gemeinsam, dass das richtige Medikament dem richtigen Patienten verabreicht wird. Der unmittelbare Verabreichungsvorgang wird, in Entsprechung einer gemeinsamen arbeitsökonomischen Vorgangsweise, vom Arzt bzw. von der Pflegeperson vorgenommen. Das Prinzip, im Sinne der Qualitätssicherung miteinander an der Patientin, dem Patienten oder der Heimbewohnerin, dem Heimbewohner zu arbeiten, ist das ursächliche Ziel und bleibt aufrecht.*

*Keinesfalls soll das „4-Augen-Prinzip“ als reine Kontrolle verstanden werden, ein bloßes „Mitgehen“ und „Zuschauen“ entspricht keinesfalls der Leitlinie.*

*Den ärztlichen und pflegerischen Stationsleitungen obliegt es, die Organisation des Tagesablaufes so zu gestalten, dass die Einhaltung des 4-Augen-Prinzipes sichergestellt werden kann. Das Abteilungsmanagement verantwortet auf Grund seiner Linienfunktion die Schaffung einer entsprechenden zeitlichen und aufgabenorientierten Ablauforganisation und kontrolliert die Funktionalität. Den für den medizinischen und pflegerischen Bereich verantwortlichen Führungspersonen des Hauses obliegt es, sich vorort von der Durchführung des 4-Augen-Prinzipes zu überzeugen und gegebenenfalls Maßnahmen zur Verbesserung des Ablaufes, gemeinsam mit dem Abteilungsmanagement, einzuleiten. Allen Führungskräften obliegt es, sich gemeinsam mit den MitarbeiterInnen an den Grundsätzen der Qualitätsarbeit zu orientieren und eine entsprechende positive Arbeitskultur weiterzuentwickeln.*

Die Tätigkeiten der medizinischen Morgenarbeit unterliegen somit dem Prinzip der gemeinsamen Qualitätssicherung, dem sogenannten 4-Augen-Prinzip und fließen nahtlos in die derzeit vom Arbeitskreis 7 in Erstellung befindliche Leitlinie „Tagesarbeit“ ein. Geplant ist, diese Arbeit Ende 2006 abzuschließen und die Leitlinie „Tagesarbeit“ Anfang 2007 in Kraft zu setzen.

Mit freundlichen Grüßen

Gen.Ob.Ch.Staudinger

Gen.Dir.Dr. W. Marhold

# Dienstanweisung



Interessante Zusatzinformationen können Sie [hier](#) abfragen.  
Speziell für den Druck gibt es eine reine [Textversion](#).

**GED-31/2005/BGD** <sup>1.3.2005</sup>

## Leitlinie "Erhöhung der PatientInnensicherheit im Bereich der medizinischen Morgenarbeit"

Kollegiale Führungen der  
Krankenanstalten und  
Geriatrizentren

Kollegiale Führung des  
Allgemeinen Krankenhauses

## Erhöhung der PatientInnensicherheit im Bereich dermedizinischen Morgenarbeit

Im Gesundheitswesen steht die Sicherheit der PatientInnen im Zentrum aller direkten Betreuungsprozesse. Die Fehleranfälligkeit ist gerade bei „Routinearbeiten“ erhöht, da diese Tätigkeiten meist zu Arbeitsspitzen anfallen und durch ihre Häufigkeit die Gefahr der sinkenden Aufmerksamkeit besteht. Die routinemäßige medizinische Morgenarbeit<sup>[1]</sup> stellt einen jener fehleranfälligen Abläufe dar. Eine KAV-weite Leitlinie soll sicherstellen, dass dieser Prozess unternehmensweit nach Kriterien der Qualitätssicherung abgewickelt wird.

### Leitlinie zur Qualitätssicherung der medizinischen Morgenarbeit

Unter medizinischer Morgenarbeit sind jene medizinisch relevanten Tätigkeiten zu verstehen, welche zwischen 7 und 9 Uhr direkt beim Patienten auf der Station anfallen. Diese Zeitspanne ist von Tätigkeiten, welche auch außerhalb dieses Zeitrahmens durchgeführt werden können (z.B. Visiten) freizuhalten. Dafür ist der Abteilungsvorstand und die Oberschwester verantwortlich.

#### Standardisiertes Vieraugenprinzip:

Die Tätigkeiten der medizinischen Morgenarbeit unterliegen einem „Vieraugenprinzip“. Dies bedeutet, dass die jeweilige Handlung von Arzt und Pflegeperson gemeinsam vorgenommen wird.

### Verantwortlichkeiten:

Den ärztlichen und pflegerischen Stationsleitungen obliegt es, die Organisation des Tagesablaufes so zu gestalten, dass die Einhaltung des „Vieraugenprinzipes“ sichergestellt werden kann. Die Ebene des Abteilungsmanagements steht vor allem dann unterstützend zur Seite, wenn sich aus der Einführung des „Vieraugenprinzipes“ Auswirkungen auf Bereiche ergeben, auf welche die Stationsebene keinen Einfluss nehmen kann. Weiters nimmt diese Ebene ihre Kontrollpflicht im Rahmen des internen Kontrollsystems wahr.

### Verankerung der Leitlinie:

Das „Vieraugenprinzip“ zur medizinischen Morgenarbeit wird als Element des internen Kontrollsystems gesehen und in dieses Instrument integriert. Daher sind diese Arbeitsabläufe periodisch auf Effizienz und Effektivität durch die Verantwortlichen zu überprüfen.

Gültigkeit der Leitlinie ab: 1. März 2005

Sachbearbeiterin:  
Gen.Ob. Staudinger,  
Leiterin des Geschäftsbereiches Qualitätsarbeit  
Tel.: 40409/60041 Fax.: 40409/99/60040

Mit freundlichen Grüßen  
Der Generaldirektor:

Dr. W. Marhold

[1] Unter dem Begriff „medizinische Morgenarbeit“ sind vorrangig Tätigkeiten wie Blutabnahmen und die Verabreichung von Injektionen und Infusionen zu verstehen.

### Ergeht an:

Zeitpunkt	An	In Kopie
01.03.2005 07:31:41	_Kollegiale Führungen TKP; Post_AKH_PDR; Post_AKH_TDR; Post_AKH_VDR; Post_AKH_ADR; Miffek Gabriela	Marhold Wilhelm; Herbek Susanne; Kastl Josef; roland.paukner@aon.at; Gaber Bernhard; Seyer Erich; Hauschka Renate; Keindl Willmar; Drapalik Susanne

