

Dr. Eva Hampel/Dr. Peter Gausmann/Severin Federhen, M.A.

Patientensicherheit im Krankenhaus 2025

Eine Delphi-Studie mit Experten in der Gesundheitsversorgung (Teil 1)

Das Thema Patientensicherheit ist inzwischen in den meisten Kliniken angekommen und wird im Rahmen des Qualitäts- und Risikomanagements sowie der Aus-, Fort- und Weiterbildung für die Gesundheitsberufe bearbeitet. Wie geht es weiter? Wie wird sich die Patientensicherheit bzw. die Häufigkeit von Schäden aus Behandlungsfehlern in den nächsten 10 bis 15 Jahren entwickeln? Was denken die Akteurinnen und Akteure? Werden die Anstrengungen von Kliniken, Mitarbeitern, Versicherern, Ausbildern, des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) etc. für mehr Patientensicherheit greifen? Welche Folgen werden die Veränderungen in der Finanzierung von Gesundheitsleistungen (zum Beispiel DRGs, P4P) haben? Wie werden sich die organisatorischen und finanziellen Umstrukturierungen auf die klinische Versorgung und die mit ihr verbundene Patientensicherheit in den nächsten Jahren auswirken? Diesen und weiteren Fragen geht die Delphi-Studie nach, deren Ergebnisse die Autoren skizzieren. Ziel der Studie ist es, qualitative Vorhersagen für die Entwicklung der Patientensicherheit bis etwa ins Jahr 2025 zu machen. Hierzu wurden Expertinnen und Experten aus der klinischen Gesundheitsversorgung (Qualitäts- und Risikomanagement, Pflege und ärztlicher Dienst in Praxis, Organisation und Ausbildung, Klinik-Verwaltung, Fachverbänden etc.) Statements mit Zukunftsszenarien zur Einschätzung und Bewertung vorgelegt.

Die Studie wird in zwei Teilen vorgestellt. Teil 1 stellt die Methoden und Teilnehmenden sowie die Ergebnisse für die Organisationsebene Klinik 2025 und die sich hier ergebenden Risiken und die Entwicklungen für die Organisationsebene Mitarbeiter/-innen 2025 dar. Teil 2 – in Heft 5 von das Krankenhaus – fokussiert nochmals die Mitarbeiter und die durch sie verursachten Risiken. Einschätzungen zum Patienten der Zukunft und zum Stand der Risikoprävention im Jahre 2025 komplettieren den Blick in die Zukunft.

Einleitung

Wer in der Patientenversorgung arbeitet, ist mit dem Wunsch angetreten, seine Arbeit gut und zum Wohle des Patienten zu machen (beneficence). Das heißt vor allem, nicht zu schaden (nonmaleficence) bzw. Schaden abzuwenden. Alle Interventionen am Menschen sind jedoch dynamisch komplex und mit guten Absichten allein nicht zu bewältigen. Unzulängliche Konzepte, fehlerhaftes Erkennen, falsches oder nicht rechtzeitiges Entscheiden und Handeln sind inhärent und müssen daher prinzipiell mitgedacht werden. Im sozialen Kontext sind Fehler mit Misserfolg und persönlichem Versagen assoziiert. Im ärztlichen und im pflegerischen Denken, Handeln und Erleben sind Fehler zusätzlich mit Schaden zum Nachteil eines anderen Menschen verbunden und darum meistens emotional belastend. Diese Faktoren zusammen machen die Patientensicherheit zu einem wichtigen, aber auch schwierigen Thema, an dem auf sehr verschiedenen Ebenen zu arbeiten ist.

Was überhaupt Fehler sind, wie sie systemisch und individuell entstehen und ggf. zu vermeiden sind, wurde seitens der Träger der Kliniken und der in ihnen tätigen Berufsgruppen insgesamt wenig aktiv untersucht. Die Relevanz der Thematik wird aus verschiedenen psychologischen, sozialen, kulturellen und ökonomischen Gründen eher heruntergespielt. Ursache

dafür ist u. a. die mangelhafte Transparenz des Geschehens (für die Akteure und für die Institution) und eine unterstellte Seltenheit der Vorkommnisse. Ein Wissen über die durch Behandlungsfehler entstehenden Kosten ist den einzelnen Akteuren in der Klinik (und Praxis) kaum präsent. Der betroffene Patient wird auf die eine oder andere Art im klinischen Prozess weitergereicht und entschwindet dem Bewusstsein, zumal auch schon der nächste Patient Aufmerksamkeit und Konzentration bindet. Eine Bilanz ihres Handelns wird den Akteuren nur in ganz seltenen Fällen präsentiert; allgemeine Zahlen zu Schadenfällen und Kompensationsleistungen bleiben anonym oder werden als Ereignisse wahrgenommen, die irgendwie immer „die Anderen“ betreffen.

Die umfassende Beschäftigung mit dem Thema Patientensicherheit entspringt oftmals nicht einem primären Anliegen der Institution Klinik und ihrer Mitarbeiter (auch wenn es hier immer einzelne sehr engagierte Personen und auch Kliniken gibt), sondern wird mit zunehmendem Nachdruck von außen durch Haftpflicht- und Krankenversicherer, Rechtsprechung und Öffentlichkeit an sie herangetragen.

In den letzten 20 Jahren wurde viel Wissen zu den Problemen der Patientensicherheit produziert, viele Maßnahmen getestet, implementiert und ihre Wirksamkeit überprüft. Viele Maßnahmen scheiterten an verschiedenen kulturellen, organi-

satorischen, finanziellen und individuellen Klippen. Dennoch wurde einiges erfolgreich auf den Weg gebracht und es wird weiter daran gearbeitet.

Methoden

Die hier vorgelegten Ergebnisse der Delphi-Studie basieren auf einem mehrstufigen Verfahren. Zunächst führten wir mit acht Entscheidungsträgern (Organisation, QM, kRM, Pflegende und Ärzte) im Juni 2012 leitfadengestützte Experteninterviews. Alle Gespräche wurden mit Einwilligung der Gesprächspartner elektronisch aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Die Auswertung erfolgte mittels inhaltlicher Komprimierung und Sortierung der Interviewaussagen. Daraus ergaben sich sechs zentrale Themenkomplexe (siehe ► **Tabelle 1**).

Tabelle 1: Identifizierte Themenkomplexe	
A. Organisationsebene Klinik 2025	Teil 1
B. Risiken auf der Organisationsebene Klinik 2025	
C. Organisationsebene Mitarbeiter/-innen 2025	
D. Risiken durch Mitarbeiter/-innen 2025	Teil 2
E. Patienten der Zukunft 2025: Risiken und Entwicklungen	
F. Stand der Risikoprävention 2025	

In einem weiteren Schritt wurden hieraus Thesen zur Entwicklung der Patientensicherheit 2025 für die Delphi-Statements (Items) erarbeitet und den Themenkomplexen zugeordnet. Die Statements wurden entweder positiv oder negativ formuliert, sodass jedes Item für sich eingeschätzt werden musste; die Antwortenden konnten also keinem Ja/Nein-Schema folgen. Jedes Item hatte sechs Stufen zur Einschätzung: von „Nein, so wird es nicht sein (0 Prozent)“ bis „Ja, so wird es sein (100 Prozent)“. Zusätzlich sollte angegeben werden, ob man persönlich die jeweils eingeschätzte und entsprechend angekreuzte Entwicklung für günstig (positiv) oder ungünstig (negativ) hielt (siehe Beispiele ► **Tabelle 2**). Der oder die Antwortende konnte also das Eintreten oder Ausbleiben eines Statements positiv oder negativ bewerten. „Ja, so wird es und das finde ich gut bzw. schlecht“ oder „Nein, so wird es nicht und das finde ich gut bzw. schlecht“. Diese erste Version wurde von den Inter-

viewpartnern bearbeitet und kommentiert. Anhand ihrer Rückmeldungen wurden die Statements für eine zweite Version überarbeitet und weiter zugespitzt. Der Expertenkreis wurde dann um 55 Personen erweitert. Die zweite Version wurde per Mail zugeschickt und konnte ausgedruckt oder am Bildschirm bearbeitet und zurückgeschickt werden. Alle Items konnten bewertet und wie auch in der ersten Runde kommentiert werden. Von 65 versendeten Delphi-Bögen wurden 44 bearbeitet und zurückgeschickt; das entspricht einem Rücklauf von fast 70 Prozent. Es beteiligten sich 30 Männer und 14 Frauen. Die Bearbeitungsqualität war sehr gut und ziemlich vollständig (nur vereinzelte *missings*).

Die teilnehmenden Expertinnen und Experten decken ein breites Spektrum der klinischen Gesundheitsversorgung ab: Qualitäts- und Risikomanagement, Pflege, Ärzteschaft, Schule, Universität, Klinik-Verwaltung, Fachverband, ärztliche Selbstverwaltung etc., Klinik-Konzern, kommunaler und kirchlicher Klinik-Verbund, Universitätsklinik, Gemeinschaftspraxis und Haftpflichtversicherer. Sie arbeiten in Großstädten oder ländlichen Regionen, in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Ein biographisches Problem konnte allerdings nicht ganz vermieden werden: Experten zum Thema Patientensicherheit/Risikomanagement sind tendenziell in der Altersgruppe 45+ zu finden. Jeder Zweite von ihnen wird 2025 nicht mehr aktiv im Arbeitsprozess stehen. Die Auswahl der Expertinnen und Experten war bewusst heterogen, sodass eine Stratifizierung der Ergebnisse nach Alter, Geschlecht und/oder Berufsgruppen nicht in Betracht gezogen wurde. Allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern wurde zu jedem Zeitpunkt der Entwicklung und Umsetzung eine ausschließlich anonymisierte Weiterverarbeitung ihrer Argumente und Einschätzungen zugesichert.

Ergebnisse

Die Gruppe der Teilnehmer ist aus statistischer Sicht relativ klein (n=44) und heterogen, darum werden ausschließlich absolute Zahlen genannt und auf Prozentangaben zur Anzahl der Nennungen verzichtet. Prozentangaben im Text beziehen sich ausschließlich auf Eintrittswahrscheinlichkeiten.

Die Experten konnten für jedes Statement eine relativ differenzierte Einschätzung mit einer Eintrittswahrscheinlichkeit

Jetzt und in Zukunft
Vision | Stabilität | Verlässlichkeit

ID Information und
Dokumentation im
Gesundheitswesen



clinical context coding



ID MEDICS®



ID DIACOS®

Tabelle 2: Zwei Beispiele zur Darstellung der Ergebnisse (n=44)

Eintrittswahrscheinlichkeit	Statement A-1 Anzahl Nennungen	Statement A-12 Anzahl Nennungen	Stufen
0 Prozent: Nein, so wird es nicht sein	0	3	S1: 0 bis 20%
20 Prozent: sehr unwahrscheinlich	0	4	S2: 20 bis 40%
40 Prozent: schon möglich	3	12	S3: 40 bis 60%
60 Prozent: gut möglich	6	16	S4: 60 bis 80%
80 Prozent: sehr wahrscheinlich	21	8	S5: 80 bis 100%
100 Prozent: Ja, so wird es sein	14	1	
Bewertung			
... wäre das positiv	4	33	
... wäre das negativ	38	8	
neutral (ohne Bewertung)	2	3	
Ergebnisdarstellung im Text	[S5: 35] Bewertung negativ*	[S3: 28] Bewertung positiv**	
* Für dieses Statement wurde (21+14)=35-mal die Eintrittswahrscheinlichkeit von 80 Prozent oder 100 Prozent angekreuzt. Diese Entwicklung wurde 38-mal als negativ bewertet.			
** Für dieses Statement wurde (12+16)=28-mal die Eintrittswahrscheinlichkeit von 40 Prozent oder 60 Prozent angekreuzt. Diese Entwicklung wurde 33-mal als positiv bewertet.			

Arbeitsabläufen und Personaleinsatz haben sie 2025 eine minimale Verweildauer der Patienten und eine maximale Bettenauslastung erreicht. Zu dieser Optimierung gehört, dass geplante Operationen möglichst am Aufnahmetag vorgenommen und die dafür notwendigen Voruntersuchungen ambulant bzw. prästationär durchgeführt wurden [S5: 35]. Auch das Patientenmanagement wird noch weiter optimiert sein: Alle Leistungen werden gezielt und bedarfsgerecht eingesetzt; es wird sehr darauf geachtet, alles Notwendige, aber nichts Überflüssiges zu tun [S4: 29]. Alle drei Entwicklungen werden von den meisten Experten positiv gewertet.

Eine Ausweitung der Indikationsstellung und vermehrte Wahleingriffe als Folge festgelegter Fallzahlen (für die Erlangung bzw. den Erhalt einer Zertifizierung, zum Beispiel als Fachzentrum), einem auf Fallpauschalen basierenden Vergütungssystem (DRG) und Bonus-Vereinbarungen in Chefarztverträgen sehen ebenfalls viele Befragte [S4: 26]. Obwohl das Bild hier weniger homogen ist, fällt die Bewertung dieser Entwicklung mehrheitlich negativ aus (28); relativ viele (7) geben hier keine Bewertung ab.

Die Situation der Fachärzte wird sich nach Einschätzung der Befragten bis 2025 wohl sehr verändern: Fachärzte werden seltener in eigenen Praxen und häufiger als Angestellte in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) arbeiten [S3: 26]. Dieser Umstand wird überwiegend positiv eingestuft.

Qualitäts-, Risikomanagement und Patientensicherheit haben in der Außendarstellung der Kliniken einen hohen Stellenwert und werden als emotionale Brücke zum Patienten gepflegt. Ein Imageverlust aufgrund von ‚Skandalen‘ soll vermieden werden. Bei Schadenfällen folgt die Risikokommunikation definierten Regeln [S5: 28]. Das dazu notwendige Qualitäts-, Risiko- und Patientensicherheitsmanagement gehört 2025 zu den Kernaktivitäten der Kliniken (bzw. dem Klinikverbund/Konzern) [S5: 30]. Beide Entwicklungen werden mehrheitlich positiv eingestuft.

Dass sich die (allgemeinen) Krankenhäuser 2025 mit geschützten Stationen auch speziell auf Demenzzranke eingestellt haben, halten viele der Experten für gut möglich [S4: 26], und würden entsprechende Maßnahmen begrüßen.

Ähnlich wird die Integration von Hygienemaßnahmen in alle klinischen Prozesse beurteilt [S4: 28] und positiv bewertet.

Die Überzeugung der Experten bezüglich der zukünftigen Qualität und Brauchbarkeit der Qualitätsberichte der Kliniken als Orientierung und Entscheidungshilfe für Ärzte und Patienten ist eher verhalten [S3: 28], wengleich sie die Entwicklung begrüßen würden.

Die Gefahr, bei Therapien – vor allem chirurgischen Eingriffen (inklusive endoskopischen Eingriffen und invasiver Diagnostik), in der Notaufnahmesituation und bei der Geburtshilfe – Opfer einer fehlerhaften Handlung oder einer Kette von Fehlentscheidungen zu werden, wird auch 2025 weiterhin be-

von 0 bis 100 Prozent abgeben. Zur Vereinfachung werden hier im Text nur die am häufigsten genannten Eintrittswahrscheinlichkeiten und Bewertungen eines Statements genannt. Da es fast immer eine Häufung über zwei Kategorien (siehe Tabelle 2: im gezeigten Beispiel ist einmal die Eintrittswahrscheinlichkeit 80 bis 100 Prozent und einmal 40 bis 60 Prozent) gibt, werden diese beiden Nennungen jeweils addiert. Zur Vereinfachung wurden sie in fünf Stufen (S1 bis S5) zusammengefasst. Je höher die Zahl der Nennungen in der angeführten Stufe ist, umso geringer ist die Streuung und umgekehrt deutet eine niedrige Zahl auf eine größere Streuung der Werte hin. Der maximal mögliche Wert auf einer Stufe wäre 44, also alle Antwortenden. Eine Eintrittswahrscheinlichkeit auf Stufe 5 (80 bis 100 Prozent) ist zumeist gewichtiger als eine auf Stufe 3 (40 bis 60 Prozent), auch unabhängig von der Anzahl der Nennungen. (Es gibt jedoch einzelne Ausnahmen bei negativ formulierten Statements. Sie sind im Text gekennzeichnet.)

A. Organisationsebene Klinik 2025

Wie werden die Kliniken im Jahre 2025 organisatorisch aufgestellt sein?

Der demographische Wandel und der Umbau vieler Krankenhäuser in den letzten 30 Jahren zu renditeorientierten Klinikkonzernen hatten auch gravierende Folgen für alle anderen Kliniken und Auswirkungen auf die Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung.

Die große Mehrheit der Befragten sieht die Klinik im Jahre 2025 als eine sehr schlanke Organisation mit erheblichem Personaldefizit bei den qualifizierten Tätigkeiten. Verdrängungswettbewerb und Kostendruck haben zu hoher organisatorischer Konzentration, Arbeitsverdichtung und Personalabbau geführt [S5: 35]. In der Pflege und bei den Fachärzten fehlt qualifizierter Nachwuchs [S5: 37]. Mehrheitlich werden diese Entwicklungen negativ bewertet.

Mehrheitlich wird auch eine Effizienzsteigerung in den Kliniken vorhergesagt [S5: 30]: Durch eine straffe Organisation von

stehen [S5: 27]. Natürlich wird dieser Umstand negativ bewertet. Die meisten Befragten gehen davon aus, dass sich die Höhe der Schadenersatzleistungen bei nachgewiesenem Behandlungsfehler bis 2025 verdoppelt haben wird [S4: 27]; diese Entwicklung wird negativ bewertet.

B. Risiken auf der Organisationsebene Klinik 2025

Wie zum Themenkomplex A schon ausgeführt, ist es in den Kliniken durch Kostendruck, Optimierung und Personalmangel zu einer starken Arbeitsverdichtung mit entsprechenden Begleitproblemen und Sicherheitsrisiken gekommen. Die „Schlagzahl“ in der Klinik (mehr Patienten in kürzerer Zeit) ist bis 2025 noch weiter gestiegen. Daraus ergeben sich in der Organisation der Kliniken besondere Risiken. Alle folgenden Punkte werden von den meisten Befragten mit einer hohen Eintrittswahrscheinlichkeit eingestuft und mehrheitlich negativ bewertet.

Kurze Verweildauer der Patienten, komplexe Abläufe, Arbeitsverdichtung und Zeitdruck gefährden die Patientensicherheit [S4: 27].

Die Kommunikationszeit mit dem Patienten und seinen Angehörigen ist extrem limitiert [S5: 27]. Es gibt immer wieder neue Zusatzaufgaben, ohne dass die Zeitkontingente der Mitarbeiter angepasst wurden [S4: 30]. Personalmangel führt zu Zeitdruck und Unterlassungen bei Sicherheitsroutinen [S4: 26]. Durch die hohe Arbeitsteiligkeit bei Ärzten und Pflegenden ist die direkte intuitive Wahrnehmung des Zustandes des Patienten behindert [S4: 25].

Personalentscheidungen für leitende Positionen werden in der Regel in der Klinik- bzw. Konzernleitung strategisch und weit entfernt vom Einsatzort getroffen [S4: 27].

Weil der Effektivitäts- und Effizienznachweis für Risikomanagement-Maßnahmen fehlt, ist die klinikinterne finanzielle und organisatorische Unterstützung für Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit weiterhin gering [S2: 23]. Obwohl die Hälfte der Antwortenden dieses fürs Risikomanagement ungünstige Szenario für eher „wenig zutreffend“ einstufen, wird dieser Umstand insgesamt von noch mehr Personen (29) negativ bewertet.

Für die Organisationsebene Klinik zeichnen die Experten hier ein sehr differenziertes Bild der nahen Zukunft: Einer

deutlichen Steigerung der Risikoprävention (zum Beispiel Entwicklung hinsichtlich QM, RM, Hygiene und Demenzversorgung) und einer höheren Effizienz im Versorgungsprozess stehen das Fehlen qualifizierten Nachwuchses, eine potenzielle Ausweitung der Indikationsstellung sowie eine höhere Gefahr für Behandlungsfehler und darin begründeter Schadenersatzleistungen gegenüber. Arbeitsverdichtung und höhere Arbeitsteiligkeit werden wegen der geringeren Kommunikationszeit mit den Patienten und Kollegen als Gefahr für die Patientensicherheit eingestuft.

C. Organisationsebene Mitarbeiter 2025

Die für die Themenkomplexe A und B skizzierten organisatorischen Entwicklungen und Risiken im Klinikbereich werden bei Ärzten und Pflegenden 2025 zu einer neuen Arbeitsdifferenzierung und eng gefasster qualifikationsorientierter Aufgabenverteilung geführt haben.

Das betrifft zuerst die Arbeit auf den Stationen: Viele Aufgaben werden nicht mehr von den Pflegenden, sondern von speziell qualifiziertem Hilfspersonal (Grundpflege) und Servicekräften (Gastronomie, Transport, Reinigung) durchgeführt. Planung, Kontrolle und Verantwortung liegen bei den Pflegenden (Stationsleitungen) [S5: 39]. Auch Dokumentation, Verwaltungsaufgaben, Bestellungen, DRGs kodieren etc. werden durch Teamassistenten und Stationssekretäre erledigt [S5: 39]. Diese Entwicklungen werden mehrheitlich begrüßt.

Die meisten Experten gehen davon aus, dass die Bereichspflege in Zukunft durch eine modifizierte Funktionspflege ersetzt sein wird. Personal wird nicht mehr entsprechend einem Personalschlüssel, sondern zeitnah dem jeweiligen Bedarf einer Station angepasst. Das Personal wird möglichst flexibel im Haus eingesetzt [S4: 29]. Im Zentrum der beruflichen Anforderungen in der Klinik stehen die Fertigkeiten und die Verantwortung der Einzelnen. Die Zusammensetzung der Teams wechselt häufig [S4: 29]. Alle Entwicklungen werden von den meisten Experten vorhergesehen; in der Bewertung, ob dies in eine gute oder schlechte Richtung geht, ist man jedoch deutlich geteilter Meinung.

Dass die einzelnen Tätigkeiten noch mehr standardisiert sein werden, zugehörige Kontrollen weitgehend automatisiert



11. Kongress für Gesundheitsnetzwerker

Vernetzte Visionen verwirklichen

3. – 4. Mai 2016 · Berlin | Langenbeck-Virchow-Haus



(zum Beispiel Grenzwerte, Alarm bei kritischen Konstellationen etc.) und mit jeweiligen Verfahrensanweisungen (SOPs) inklusive Dokumentation versehen sein werden, wird von den meisten erwartet [S4: 30] und positiv gewertet.

Aus der im Themenkomplex A beschriebenen Arbeitsorganisation folgt für die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen eine Fragmentierung der Tätigkeiten und Verteilung der Aufgaben auf mehrere Personen. Sie werden viele aufgabenorientierte Patientenkontakte haben; diese sind aber weniger intensiv und kaum persönlicher Natur. Diese Form des Patientenkontaktes halten die meisten Befragten für sehr wahrscheinlich [S4: 27] und sie sehen diese Entwicklung mehrheitlich negativ. (Positive Wertungen gibt es nur von denen, die diese Entwicklung für unwahrscheinlich halten.)

Dass 2025 Dokumentation, Besprechungen und Wegezeiten optimal in die Abläufe integriert sind, halten die meisten für wahrscheinlich und würden dies begrüßen [S4: 26]. Wer diese Entwicklung für unwahrscheinlich hält, wertet diesen wichtigen Punkt negativ.

Die Zuversicht, dass das Patientenrechtegesetz von 2013 dazu geführt haben wird, dass man sich Indikationen sehr genau überlegt und intensiv aufklärt und die entsprechenden personellen Ressourcen – um mit Patienten ausführlich zu sprechen – gestärkt wurden, ist sehr verhalten und bewegt sich im mittleren Bereich der Zustimmung von [S3: 26]. Dennoch sehen die meisten diese Entwicklung positiv.

Die meisten halten es für wenig wahrscheinlich, dass der Fachkräftemangel bis 2025 durch Flexibilisierung der Arbeitszeit und altersgerechte Anpassung der Arbeitsplätze aufgefangen worden sein könnte. Auch, dass mit allen Mitarbeitern um ihren 50. Geburtstag herum intensive Standort- und Entwicklungsgespräche geführt würden und Mitarbeiter auf allen Ebenen gelernt hätten, auch mit sich achtsam umzugehen [S2: 25/29/27], sehen die meisten als wenig wahrscheinlich an. Trotzdem fällt die Wertung tendenziell positiv aus.

Viele Experten sehen positive Bewegungen bei den Gesundheitsberufen im Krankenhaus (Krankenpflege, Ergo- und Physiotherapie, Ernährungsberatung etc.) und gehen davon aus, dass sie bis 2025 durch die höhere Eingangsqualifikation (Abitur/Hochschulabschluss) und Neustrukturierung der Ausbildung und Aufgaben attraktiver geworden sind [S4: 28]. Sie würden dies deutlich begrüßen.

Auch die Überwindung der bestehenden Lagerbildung zwischen Ärzten und Pflegenden würden alle Befragten begrüßen. Die meisten der Antwortenden sind hier jedoch nur vorsichtig optimistisch [S2: 25]. Die anderen halten eine Überwindung für unmöglich oder sehr unwahrscheinlich und bedauern dies. Niedrige Wahrscheinlichkeit ist negativ bewertet. (Ein knapper Experten-Kommentar dazu: „3025!“)

Eine starke Zunahme ausländischer Kollegen in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung erleben viele schon heute und sehen es für 2025 als sehr wahrscheinlich [S5: 32]. Die positiven und negativen Urteile über diese Entwicklung halten sich die Waage, viele enthalten sich hier auch explizit einer Bewertung. Dass die ausländischen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen während ihrer Arbeitszeit an Sprach- und Kulturtrainings teilnehmen können, wird angenommen [S4: 20] und auch begrüßt; wer es für unwahrscheinlich hält, bedauert dies.

Die Kliniken konkurrieren heute schon um qualifizierte Mitarbeiter. Die Personalsituation wird sich eher nicht entspannen und darum werden die Kliniken (sofern sie das nicht schon heute tun) qualifizierte und qualifizierende Personalentwicklung anbieten und verschiedene Maßnahmen für Familienfreundlichkeit¹⁾ realisiert haben. Fort- und Weiterbildungsangebote²⁾ und ein umfassender Arbeits- und Gesundheitsschutz³⁾ werden selbstverständlich dazugehören [S5: 23]. Dieser Trend wird positiv gesehen.

Qualitäts- und Risikomanagement werden 2025 formal besser verankert sein. In ihren Arbeitsverträgen haben sich alle Mitarbeiter zur Teilnahme am Qualitäts- und Risikomanagement verpflichtet. Das bedeutet zum Beispiel Teilnahmepflicht für Hygiene- und Sicherheitsschulungen etc. [S5: 25]. Der Trend wird positiv bewertet.

Auch wenn es mehrheitlich positiv bewertet wird, sehen nur etwa die Hälfte der Befragten, dass teamorientierte Trainings in Simulationseinheiten⁴⁾ Teil der Ausbildung in Medizin und Pflege sowie regelmäßiger Bestandteil der Fortbildungen sein werden [S3: 23].

Der Einsatz von Technik in Diagnostik, Therapie und Pflege wird weiter fortschreiten – zum Beispiel PC-Applikationen zum Medikationsmanagement, zur Diagnosesicherung sowie zur Therapieplanung und -überwachung. Dieser Trend wird von den meisten gesehen [S4: 28] und von fast allen positiv eingestuft.

Aus Sicht der Experten wird die Zukunft also geprägt sein von stärkerer Delegation und Substitution, was demnach auch Rückschritte begünstigt (zum Beispiel Entwicklung von der Bereichs- zur modifizierten Funktionspflege), weil die Anzahl der qualifizierten Patientenkontakte deutlich geringer wird. Dem gegenüber steht eine bessere Standardisierung und Prozessoptimierung. Die Entwicklung hinsichtlich Neustrukturierung und Akademisierung der Gesundheitsfachberufe wird positiv bewertet. Ein besserer Arbeits- und Gesundheitsschutz und Familienfreundlichkeit werden Strategien in der Konkurrenz um gute Mitarbeiter/-innen sein. Patientensicherheit und Simulationstrainings werden verpflichtender Bestandteil von Ausbildungs- und Arbeitsverträgen sein.

Anmerkungen

- 1) 24/7 flexible Betreuung in Krippe- und Kindergarten, Ferienbetreuung etc.
- 2) Mit Kostenübernahme und Freistellung
- 3) Flexible Arbeitszeitmodelle, Freizeitausgleich für Überstunden, Betriebliche Gesundheitsförderung
- 4) Simulationseinheiten: Intensivstation, Patientenzimmer oder andere Notfallsituationen ausgestattet mit computergesteuerten Dummies, Kameras und Trainern.

Anschrift der Verfasser

Dr. Eva Hampel, WiDi-Kontor: Wissenschaftliche Dienstleistungen & Forschungsservice, Seewartenstraße 10, 20459 Hamburg, www.widi-kontor.de/Dr. Peter Gausmann/Severin Federhen, M.A., GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH, Klingenbergstr. 4, 32758 Detmold, www.grb.de