Konsenspapier zur Situation der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in Deutschland 2018

Die Situation der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in Deutschland ist zu Beginn der 19. Legislaturperiode im Frühjahr 2018 unübersichtlich. Noch ausstehende Ausführungsbestimmungen zu Gesetzen aus der zurückliegenden Legislaturperiode (Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zum Pflegeberufereformgesetz) überschneiden sich mit neuen Vorhaben (angemessene Personalschlüssel in der Pflege, EU-weite Anerkennung der Ausbildungsabschlüsse) und sind in ihren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität und Personalkosten noch nicht abschließend evaluiert. Vor diesem Hintergrund hat der Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland (BeKD) mit weiteren Verbänden Positionen abgestimmt, die von der Sorge um den Erhalt der hohen Versorgungsqualität von kranken Kindern und Jugendlichen in Deutschland getragen sind. Das vorliegende Papier gibt zwischen den Unterzeichnern abgestimmte Positionen wieder und soll Ausgangspunkt für einen lösungsorientierten Diskurs auf Bundesebene, auf Länderebene, auf der Ebene berufspolitischer Institutionen, der Kosten- und Krankenhausträger sowie in der informierten Öffentlichkeit sein. Die Veröffentlichung ist verbunden mit der Erwartung, dass alle beteiligten Verbände im öffentlichen und politischen Diskurs auf die hier niedergelegten abgestimmten Positionen zurückgreifen.

Das Papier gliedert sich in folgende Abschnitte:

1. Zielsetzung
2. Personalbedarf, Ausbildungskapazitäten
3. Pflegeberufereformgesetz
    a. Ausbildungs- und Prüfungsverordnung
    b. EU-Anerkennung
    c. Ergebnisqualität
    d. Finanzielle Auswirkungen
    e. Haftungsrisiken
4. Empfehlungen für Träger von Kinderkrankenhäusern/Kinderabteilungen
5. Sicherstellung von angemessenen Personalschlüsseln

1. Zielsetzung

Die Pflege von Kindern und Jugendlichen mit ihren unterschiedlichen Entwicklungsphasen ist eine komplexe und anspruchsvolle Aufgabe, auf die die Pflegenden in ihrer Ausbildung adäquat vorbereitet werden müssen. Geht es doch um Patienten, die nahezu ihr komplettes Leben noch vor sich haben und die durch eine qualitätsgesicherte gesundheitliche Versorgung maßgeblich profitieren.

Im Gegensatz zu anderen Pflegeberufen ist der Beruf der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege hoch attraktiv. Die meisten Ausbildungsträger berichten immer noch von hohen Bewerberzahlen und gut qualifizierten Bewerberinnen und Bewerbern. Allerdings werden nicht alle vorhandenen Ausbildungsplätze durch die Träger belegt.

Wir wollen, dass zukünftig Kinder und Jugendliche im klinischen und außerklinischen Bereich von Pflegefachpersonen mit der Berufsbezeichnung Gesundheits- und Kinderkrankenpflege bzw. Pflegefachmann/ Pflegefachfrau mit Vertiefung Pädiatrische Versorgung versorgt werden müssen.

Die berufliche Expertise der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege muss in der Grundausbildung erworben bzw. sichergestellt werden.

Diese Kernaussage eint die Fachverbände dieses Konsenspapiers. Die Pflege von gesunden, kranken, behinderten und pflegebedürftigen Kindern muss gerade in Zeiten, in denen der demografische Wandel die Gesellschaft durch Überalterung vor große Herausforderungen stellt, im Focus von Politik und Gesellschaft sein.

Wir wollen die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege-Ausbildung an allen Standorten erhalten, an denen kinder- und jugendmedizinische Abteilungen vorhanden sind.

2. Personalbedarf und Ausbildungskapazitäten

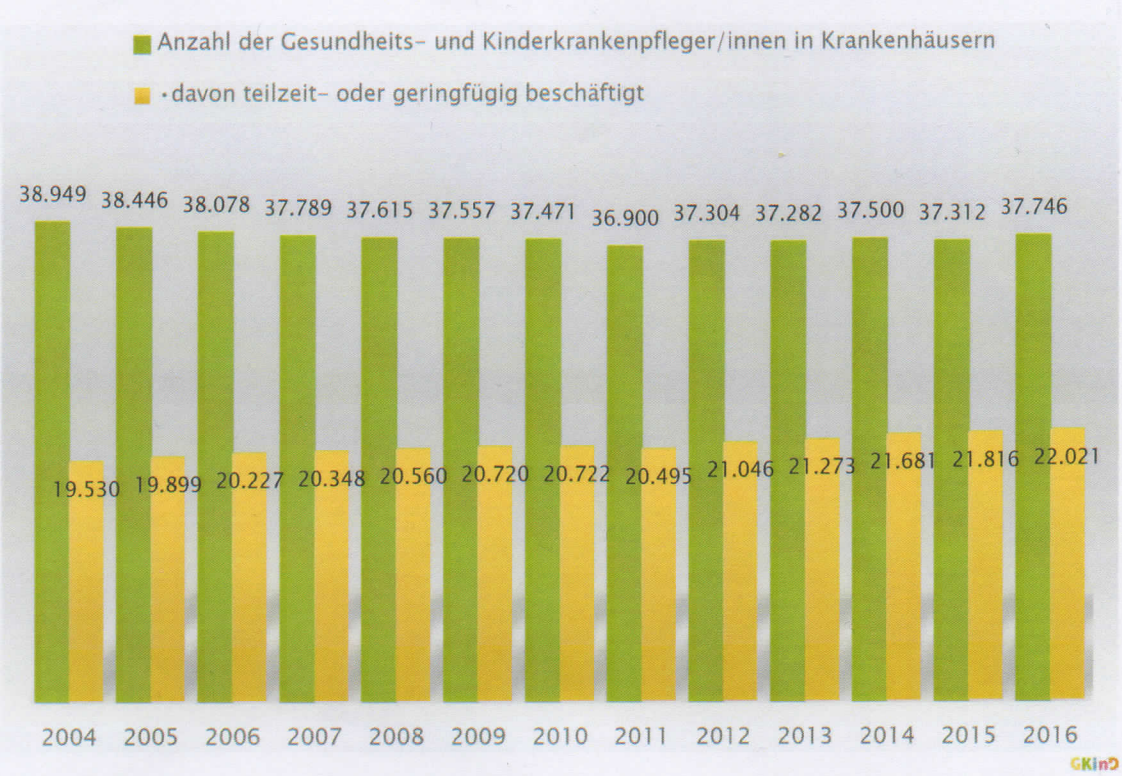
Das Statistische Bundesamt veröffentlicht regelmäßig Daten zu den Berufsgruppen in Deutschlands Kliniken. Aus diesen Daten lassen sich die folgenden Entwicklungen seit 2004 zur Kinderkrankenpflege ableiten, allerdings nur für die stationäre Akut-versorgung.

Die Gesamtzahl der Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen im Krankenhaus war von 2004 bis 2011 leicht rückläufig (rd. – 5%) und steigt seitdem wieder ganz leicht an.

Allerdings hat sich die Teilzeitquote von rd. 50% auf rd. 58% erhöht. Während im Jahr 2004 insgesamt 38.949 Pflegekräfte, davon 19.530 in Teilzeit oder geringfügig beschäftigt waren, waren es im Jahr 2016 von den insgesamt 37.746 bereits 22.021.

Leider werden die Vollzeitäquivalente (VK) nicht speziell für die Kinderkrankenpflege ausgewiesen. Für die Pflegekräfte insgesamt in den Kliniken einschl. Kinderkrankenpflege beträgt der durchschnittliche VK-Anteil pro Pflegekraft 75,8%. Unterstellt man, dass sich dies in der Kinderkrankenpflege ähnlich darstellt, würden die 37.746 Pflegekräfte im Jahr 2016 etwa 28.611 VK entsprechen. De facto ist es zu einer Personalreduktion gekommen.

Diagramm 1:



2016 gab es 197 Ausbildungsstätten mit 6.651 besetzten Ausbildungsplätzen in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege.

Wichtiger für die Personalplanung der Kliniken ist die Zahl derjenigen Auszubildenden, die jedes Jahr neu dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen. Diese Zahl ist seit dem Tiefststand mit 2.003 im Jahr 2010 seitdem bis zum Jahr 2016 wieder auf 2.217 angestiegen.
Die Tatsache, dass bundesweit Stellen in der Kinderkrankenpflege nicht besetzt werden können, macht deutlich, dass dieser leichte Zuwachs bei Weitem noch nicht ausreicht, um den tatsächlichen Bedarf zu decken. Allein für die neonatologischen Intensivstationen wird aufgrund der Vorgaben der QFR-RL zur pflegerischen Ausstattung der zusätzliche Bedarf auf bis zu 2.000 VK geschätzt.

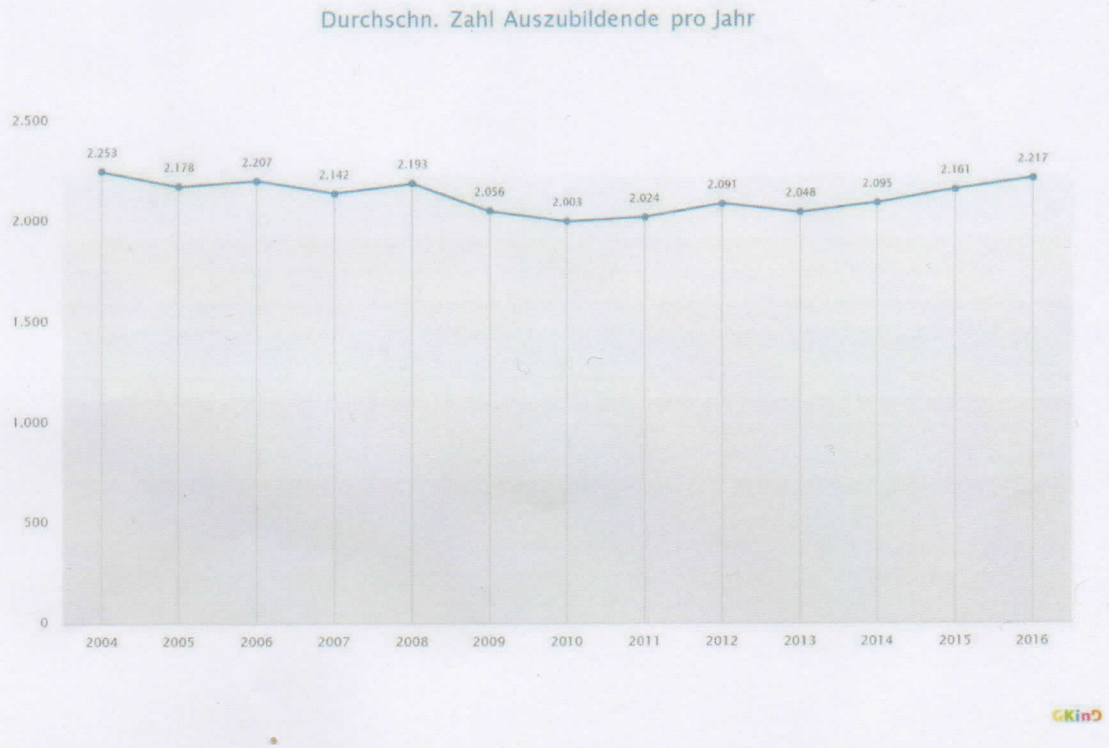
Hinzu kommen weitere geplante Vorgaben für die Besetzung im Pflegedienst, wie beispielsweise Pflegepersonaluntergrenzen für Intensivstationen.

Unter Berücksichtigung der Teilzeitquote müsste daher die Zahl der Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen allein im Krankenhaus von rd. 37.750 im Jahr 2016 in den kommenden Jahren auf mindestens 40.400 erhöht werden.

Um diese Zahl zu erreichen, müssten beispielsweise in den kommenden 4 Jahren rd. 700 Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen zusätzlich dem Arbeitsmarkt zur Verfügung gestellt werden. Statt der rd. 6.650 im Jahr 2016 müssten mindestens 7.700 Ausbildungsstellen besetzt werden.

Regional besteht v.a. in den östlichen Bundesländern ein Mangel an Ausbildungsplätzen.

Diagramm 2:



- Der Bedarf in anderen Tätigkeitsfeldern der Kinderkrankenpflege (ambulante Kinderkrankenpflege, Kinderschutz/Frühe Hilfen, Reha, ÖGD etc.) kann jetzt schon nicht qualitativ kompetent gedeckt werden; wir schätzen diesen zusätzlichen Bedarf auf weitere 3.000 Vollkräfte.
- Darüber hinaus muss sich die Zahl der Fachweiterbildungsplätze (z. B in der Neonatologie oder kinderherzchirurgischen Versorgung) am Bedarf und an neuen gesetzlichen Regelungen orientieren.

Es sind also in den kommenden Jahren seitens der Klinikträger erhebliche Anstrengungen erforderlich bei der Ausbildung von Nachwuchskräften in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, um den geschilderten Bedarf am Arbeitsmarkt abzudecken.

3. Pflegeberufereformgesetz

3a. Forderungen an die Ausbildungs- und Prüfungsordnung (Eckpunkte)

Zur Sicherstellung des Erwerbes solider Kompetenzen für die pflegerische Versorgung von Kindern und Jugendlichen und ihrer Familien durch die im Pflegeberufereformgesetz verankerten Ausbildungsvarianten

- *Vertiefungseinsatz Pädiatrische Versorgung* und
- *Berufsabschluss Gesundheits- und Kinderkrankenpflege*

während einer allgemeinen Pflegeausbildung sowie eines adäquaten Studiums müssen folgende Voraussetzungen mit Festlegungen in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung geregelt sein:

- Ausweisung eines verbindlichen Stundenvolumens für den Berufsabschluss „Gesundheits- und Kinderkrankenpflege" bzw. Pflegefachfrau/Pflegefachmann mit „Vertiefungseinsatz Pädiatrische Versorgung" in der Theorie und Praxis und ihrer Verteilung auf die gesamte Ausbildungszeit. Im letzten Drittel ist für die Theorie während der Spezialisierung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ein Stundenvolumen von mindestens 700 Stunden, wie in der Tabelle dargestellt, festzuschreiben.

Ausbildungszeitraum	**Theoretische Ausbildung**	**Praktische Ausbildung**
1.+ 2. Ausbildungsjahre mit Vertiefungseinsatz Pädiatrische Versorgung	470 Std.	1000 Std.
3. Ausbildungsjahr mit Vertiefungseinsatz Pädiatrische Versorgung	350 Std.	700 Std.
3. Ausbildungsjahr mit Abschluss Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	700 Std.	700 Std.

- In den allgemeinen, einheitlichen Anteilen der theoretischen Ausbildung muss sichergestellt sein, dass grundsätzlich Menschen aller Altersgruppen und ihrer besonderen Bedürfnisse in den unterschiedlichen Versorgungssituationen und Entwicklungs-/ Lebensphasen gleichwertig im Fokus stehen. Dies ist eindeutig in der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung in den Kompetenzen durch Hinweise auf „Kinder / Jugendliche" mit diesbezüglichen Inhalten auszuweisen.

- Für die Praxis müssen Festlegungen erfolgen, die die Einsätze für Auszubildende mit diesem Vertiefungseinsatz bzw. der Spezialisierung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendmedizin vorrangig gewährleisten.
- Die Forderungen zu den praktischen Einsatzbereichen hat der BeKD in Eckpunkten für eine Ausbildungs- und Prüfungsverordnung 2016 veröffentlicht und nach Verabschiedung des Pflegeberufereformgesetzes vom Juli 2017 angepasst.

Stundenverteilung zur praktischen Ausbildung für Auszubildende mit Vertiefungseinsatz pädiatrische Versorgung und nach Wahlrecht § 59 Pflegeberufereformgesetz

	Allgemeiner Versorgungsbereich	- Vertiefungseinsatz Kinder / Jugendliche - Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
I. Orientierungseinsatz - Einführungsphase beim Träger der praktischen Ausbildung		
Für Auszubildende im Versorgungsbereich „Kinder und Jugendliche" in den Bereichen Neonatologie, Allgemeine Pädiatrie, Neuropädiatrie und Kinderchirurgie/-orthopädie geplant werden		400
II. Pflichteinsätze in den drei allgemeinen Versorgungsbereichen der Pflege		
1. Stationäre Akutpflege In diesem Bereich müssen für Auszubildende im Versorgungsbereich „Kinder und Jugendliche" für Einsätze in den Bereichen Neonatologie, Allgemeine Pädiatrie, Neuropädiatrie und Kinderchirurgie/-orthopädie geplant werden. In diesem Bereich sollten für alle Auszubildenden 80 Stunden für einen Einsatz in der Geburtshilfe / Entbindungsabteilung geplant werden.		400
2. Stationäre Langzeitpflege	400	
3. Ambulante Akut-/Langzeitpflege Für Auszubildende im Versorgungsbereich „Kinder und Jugendliche" sind bevorzugt Einsätze in Einrichtungen für Kinder und Jugendliche zu planen.	400	
III. Pflichteinsätze in speziellen Versorgungsbereichen der Pflege		
1. Pädiatrische Versorgung Für Auszubildende im Versorgungsbereich „Kinder und Jugendliche" ist ein Einsatz in spezifischen Bereichen der pädiatrischen Versorgung zu planen.		120
2. Psychiatrische Versorgung Für Auszubildende im Versorgungsbereich „Kinder und Jugendliche" nur in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu planen.		120
IV. Vertiefungseinsatz		
Im Bereich eines Pflichteinsatzes nach II bis IV Für Auszubildende im Versorgungsbereich „Kinder und Jugendliche" sind Einsätze in den Bereichen Neonatologie, Allgemeine Pädiatrie, Neuropädiatrie und Kinderchirurgie/-orthopädie zu planen.		500
V. Weitere Einsätze / Stunden zur freien Verfügung		
Zur freien Verteilung auf die Einsätze nach II bis IV Für Auszubildende im Versorgungsbereich „Kinder und Jugendliche" ist ein Einsatz im ÖGD / im Bereich der Frühen Hilfen zu planen.		80
Weiterer Einsatz (z.B. Pflegeberatung, Rehabilitation, Palliation) Für Auszubildende im Versorgungsbereich „Kinder und Jugendliche" sind Einsätze in Einrichtungen bzw. Abteilungen für Kinder und Jugendliche zu planen.		80
Gesamtsumme	800	1700

Die Befähigung, die komplexen und spezifischen Aufgaben in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege grundsätzlich selbstständig zu übernehmen, muss während der Grundausbildung bzw. während des Studiums erzielt werden.

3b. EU-Anerkennung

Die neu gesetzlich geregelte und durch die Ausbildungsordnung zu gestaltende Ausbildung in der Gesundheits- Kinderkrankenpflege sowohl in der Vertiefung als auch in der Spezialisierung muss so gestaltet werden, dass eine Anerkennung in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union zum Zweck der vorübergehenden oder dauerhaften Berufsausübung in diesen Staaten

- nach der „Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen" (EU Berufsanerkennungsrichtlinie (2005/36/EG, geändert durch die Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates vom 28. Dezember 2013 (2013/55/EU und umgesetzt durch das Bundesgesetz zur Umsetzung der geänderten Berufsanerkennungsrichtlinie der EU von 2014)
- durch Anwendung des elektronischen Verfahrens zur Anerkennung in den anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union (Europäischer Berufsausweis, EBA)
- und im Rahmen des Rasters des Europäischen Qualifikationsrahmens (EQR) unter Abgleich mit dem Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR)

problemlos möglich ist.

Ausbildungsstätten und Träger von Ausbildungseinrichtungen der Kinder- und Jugendmedizin müssen sich aufgrund der gesetzlichen Änderungen (Pflegeberufereformgesetz) gemeinsam strategisch neu ausrichten.

In diversen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (Kinderonkologie, Kinderherzchirurgie, Neonatologie) wird ausschließlich der Einsatz von Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern/innen gefordert, teilweise mit zusätzlicher Fachweiterbildung, zudem ist ein Personalmanagementkonzept vorzuhalten.

3c. Ergebnisqualität

Die Gesellschaft der Kinderkliniken und Kinderabteilungen hat hier gemeinsam mit anderen Fachgesellschaften Qualitätskriterien für die Zertifizierung von stationären Kinderabteilungen mit dem Zertifikat „Ausgezeichnet für Kinder" festgelegt.

Zur Erreichung dieses Zertifikats ist es erforderlich, dass die Pflegerische Versorgung durch Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende sichergestellt wird.

Eine qualitativ ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist durch Pflegende mit der Berufsbezeichnung Gesundheits- und KinderkrankenpflegerIn oder Pflegefachfrau / Pflegefachmann – Vertiefung Pädiatrische Versorgung durchzuführen, weil Veränderungen familiärer Lebensstrukturen und die Zunahme chronischer, psychosomatischer und psychiatrischer Erkrankungen zu beobachten sind und der Bedarf von Eltern an Unterstützungs- und Beratungsleistungen im Zusammenhang mit der Pflege gesunder, kranker und behinderter Kinder und Jugendlicher zunimmt. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen müssen über fundiertes Fachwissen und Handlungssicherheit für den Umgang mit Kindern und Jugendlichen in den verschiedenen Entwicklungsphasen und komplexen Familiensystemen verfügen; diese Handlungssicherheit kann nur durch reflektierte Erfahrungen in vielfachen pflegeberuflichen Situationen erworben werden.

Um sicher zu stellen, dass Kinder, Jugendliche und ihre Bezugspersonen auch weiterhin im Sinne der Charta für kranke Kinder1 durch speziell für ihre Belange und Erfordernisse qualifizierte Pflegefachpersonen betreut und gepflegt werden, muss eine ausreichend große Anzahl an Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen zur Verfügung stehen.

3d. Finanzielle Auswirkungen: hohe Mehrkosten bei allgemeiner Pflegeausbildung

Qualitätsinitiativen, Zertifikate, internationale Organisationen oder auch Elternverbände fordern für die pflegerische Versorgung von Kindern und Jugendlichen den Einsatz von Gesundheits- und Kinderkrankenpflege-AbsolventInnen (siehe z.B. die EU-Charta Kind im Krankenhaus)[1].

Auch das DRG-Vergütungssystem macht im Bereich von OPS-Komplexprozeduren Strukturvorgaben, so z.B. auch im Pflegedienst (Beispiel: pädiatr. Intensivstationen).

Um den erforderlichen Qualifikationsstand der Mitarbeiter im Pflegedienst einer Kinderklinik/-abteilung zu erreichen, entstehen die Kosten i.W. durch die Arbeitszeit der Auszubildenden und der Ausbildenden: Erfahrungsberichte aus dem Pflegemanagement über den Einsatz von Absolventen der Gesundheits- und Krankenpflege zeigen, dass diese nach dem Examen mit dem Einsatz in einer kinder- und jugendmedizinischen Fachabteilung überfordert sind und praktisch nicht selbständig arbeiten können. Nachqualifizierungen über 1 – 2 Jahre sind erforderlich. In dieser Zeit ist eine Anrechnung auf den Stellenplan nicht möglich.

Eine allgemeine Pflegeausbildungszeit von 3 Jahren mit anschließender Nachqualifizierung in der Kinderkrankenpflege von 1 - 2 Jahren und daran anschließender 2 jähriger Fachweiterbildung (z.B. Kinderonkologie, päd. Intensivpflege), mithin also 6-7

[1] Der Artikel 8 der EACH-Charta (European Association for Children in Hospital) von 1988 beschreibt das Recht eines jeden Kindes, durch Personal betreut zu werden, das durch Ausbildung und Einfühlungsvermögen befähigt ist, auf die körperlichen, seelischen und entwicklungsbedingten Bedürfnisse von Kindern und ihren Familien einzugehen.

Jahre, stünde in keinem vernünftigen Verhältnis mehr zu den rd. 10 Jahren Gesamtverweildauer im Beruf.

Das zeigen auch Beispiele aus dem europäischen Umfeld, wo ähnliche Zeiten angesetzt werden. Die Verlängerung der Ausbildung um 1 oder 2 Jahre für die Spezialisierung Kinderkrankenpflege, wie man es beispielsweise in Österreich oder der Schweiz sehen kann, ist aber nicht zielführend angesichts der durchschnittlichen Verweildauer im Pflegeberuf (einschl. Ausbildungszeit) von rd. 10 Jahren.

Sie führen aber auch für den Kliniktäger zu Mehrkosten in Höhe von 1 – 2 Jahresgehältern pro Mitarbeiter/in. Damit können in einer mittleren Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, die vielleicht pro Jahr 8 – 10 Auszubildende nach dem Examen übernimmt, schnell einmal jährliche Mehrkosten in Höhe von 600 bis 700 TEUR entstehen. Die Kosten für die Praxisanleitung und der Lehrkräfte für den erforderlichen zusätzlichen theoretischen Unterricht sind dabei noch nicht berücksichtigt.

Ziel muss es zudem sein, die Rahmen- und Arbeitsbedingungen in den Kliniken derart zu verbessern, dass die durchschnittliche Verweildauer von 10 Jahren deutlich erhöht wird.

3e. Haftungsrisiken

In der zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband als Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) im Jahr 2013/2015 geschlossenen und der bisherigen Rechtsprechung in diesem Bereich folgenden Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung findet sich in § 4 folgende Regelung: Allgemeine Anforderungen an die Delegation

(1) Der Arzt entscheidet, ob und an wen er eine Leistung delegiert.

(2) Der Arzt hat sicherzustellen, dass der Mitarbeiter aufgrund seiner beruflichen Qualifikation oder allgemeinen Fähigkeiten und Kenntnisse für die Erbringung der delegierten Leistung geeignet ist (Auswahlpflicht). Er hat ihn zur selbständigen Durchführung der zu delegierenden Leistung anzuleiten (Anleitungspflicht) sowie regelmäßig zu überwachen (Überwachungspflicht). Die Qualifikation des Mitarbeiters ist ausschlaggebend für den Umfang der Anleitung und der Überwachung.

In einer dieser Vereinbarung als Anhang beigefügten Übersicht findet sich ein nicht abschließender Beispielkatalog delegierbarer Leistungen. Als typische Mindestqualifikation ist (mit Ausnahme der strahlentherapeutischen Eingriffe) die/der Medizinische/r Fachangestellte/r (MFA) angegeben. Je spezifischer die Leistungen werden, desto häufiger findet sich in der Übersicht der Zusatz „ggf. Curriculum Pneumologie / Onkologie/ etc. … ".

Aus dieser grundsätzlichen Regelung für den Bereich der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung lässt sich ableiten, dass die Auswahl-, Anleitungs- und Überwachungspflicht des jeweiligen Arztes bzw. Krankenhausträgers steigt, je spezifischer der Eingriff bzw. der Patient und die zu behandelnde Krankheit sind. Außerdem gilt: Je niedriger der Grad

der fachlichen Ausbildung bei dem eingesetzten Personal, umso höher die Anleitungs- und Überwachungspflichten für die Klinikleitung bzw. ärztl. Abteilungsleitungen.

Der delegierende Arzt hat somit hinsichtlich der delegierten Leistung eine Auswahl-, Anleitungs- und Überwachungspflicht. Als Anhaltspunkt für die Intensität dieser Pflichten des delegierenden Arztes dient die Qualifikation des Personals, an das delegiert wird.

Es gilt der Grundsatz, dass die Delegation regelmäßig die Anwesenheit des Arztes beziehungsweise dessen kurzfristige Erreichbarkeit in der Praxis oder im Krankenhaus voraussetzt. Somit ist es nicht zulässig, dass durch das nichtärztliche Personal Leistungen durchgeführt werden, wenn der Arzt persönlich nicht erscheinen kann und längerfristig abwesend ist. Etwas anderes gilt nur, wenn der Arzt binnen kurzer Zeit anwesend sein kann und in angemessener Zeit persönlich erreichbar ist.

Jeder Arzt sollte bei der Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliche Mitarbeiter besondere Sorgfalt walten lassen. Denn sowohl der angestellte Arzt, der nicht im Rahmen der arbeitsvertraglichen Vereinbarungen delegiert, als auch der niedergelassene Arzt haften gegenüber dem Patienten aus dem Behandlungsvertrag sowohl für eigene als auch für Fehler und Pflichtverletzungen, die das nichtärztliche Personal im Rahmen der delegierten Leistungen begeht. Sie haften ebenfalls für die Auswahl, Anleitung und Überwachung des Personals. Da von der Rechtsprechung zum Schutz des Patienten umfangreiche Grundsätze zur Beweislasterleichterung bis hin zur Beweislastumkehr entwickelt worden sind, ist vom Arzt im Regelfall nachzuweisen, dass er sämtliche Pflichten bei der Durchführung der Delegation ordnungsgemäß erfüllt hat. Dieser Nachweis kann vom Arzt in der Regel nur durch umfangreiche Dokumentation hinsichtlich der Auswahl, Anleitung und Überwachung geführt werden, weshalb hierauf besondere Sorgfalt verwandt werden sollte.
Abschließend ist an dieser Stelle im Hinblick auf das (ggf. nicht ausreichend qualifizierte) Personal das sogenannte Übernahmeverschulden zu erwähnen. Der einzelne Krankenpfleger kann wegen eines Übernahmeverschuldens für den Schaden verantwortlich gemacht werden, wenn er entsprechend seinen Fähigkeiten hätte erkennen müssen, dass er die Maßnahme nicht mit der gebotenen Sorgfalt durchführen kann. So ist dem Pflegepersonal z.B. in Fällen von medizinischen Komplikationen auferlegt, den zuständigen Arzt zu verständigen und – sofern keine akute Gefährdung für den Patienten vorliegt – dessen Eintreffen abzuwarten.

Zwar ist es vorrangig die Aufgabe des Arztes, die Grenzen zulässiger Delegation im Rahmen der ihm obliegenden Tätigkeit einzuhalten, gleichwohl muss aber das Pflegepersonal unter dem Gesichtspunkt des sogenannten Übernahmeverschuldens seine Grenzen kennen. Denn sowohl für die zivilrechtliche als auch die strafrechtliche Haftung ist anerkannt, dass auch derjenige pflichtwidrig handeln kann, der eine Tätigkeit vornimmt, von der er weiß oder erkennen kann, dass ihm die dafür erforderlichen Kenntnisse fehlen, auch wenn sich in diesem Zusammenhang zu Gunsten des Betroffenen der Umstand auswirkt, dass ihn ein weisungsberechtigter Arzt einteilt und ihm damit die Fähigkeit zugebilligt hat, die übernommene Tätigkeit auszuüben.
Gesundheits- und KrankenpflegerInnen (Erwachsenen-Pflegende) haben nach Selbsteinschätzung ihrer Kenntnisse und Fertigkeiten darüber zu befinden, ob sie eine auf sie delegierte Aufgabe erledigen können. Die Befolgung einer Anordnung kann bzw.

muss ggf. verweigert werden, wenn die beauftragte Person sich fachlich nicht oder nicht ausreichend qualifiziert fühlt. Dieser Grundsatz findet sich in verschiedenen tariflichen Regelwerken so z.B. auch in dem früheren § 8 Abs. 2 Bundesangestelltentarif (BAT): „Der Angestellte hat Anordnungen, deren Ausführung - ihm erkennbar - den Strafgesetzen zuwiderlaufen würde, nicht zu befolgen".

4. Empfehlungen für die Träger von Kinderkliniken/Kinderabteilungen sowie von Ausbildungsstätten

Folgende Aufgaben für Träger und Ausbildungsstätten stehen gegenwärtig und zukünftig unmittelbar an:

- Die Zahl der Auszubildenden in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege muss überregional systematisch anhand des Bedarfes für den klinischen und außerklinischen Bereich geplant und kontinuierlich an den auch zu ermittelnden Pflegebedarf angepasst werden.
- Systematische Personalentwicklungskonzepte zur Gewinnung von spezialisierten Fachkräften und Führungskräften sind in den Kliniken zu etablieren.
- Anreize und Rahmenbedingungen müssen geschaffen werden, mit dem Ziel die aktive Verweildauer im Beruf deutlich zu verlängern.

Wir empfehlen daher allen Trägern mit einer Klinik bzw. Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin unbedingt, die Ausbildung zur/m Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in - oder zumindest die Vertiefung spezielle pädiatrische Versorgung - anzubieten – aus Gründen des hohen Wertes dieser speziellen Qualifikation, aber auch aus wirtschaftlichen und haftungsrechtlichen Gründen (siehe weiter unten).

Die derzeit aufgrund der gesetzlichen Änderungen erforderliche Neuausrichtung von Schulen und Bildungszentren hat weitreichende Auswirkungen auf die strategische Ausrichtung eines Klinikums. Wir haben deshalb hierzu Empfehlungen erarbeitet.

5. Sicherstellung von angemessenen Personalschlüsseln

Die Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus" hat im März 2017 nach mehrjähriger Arbeit Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen gefordert, die bis 1. Januar 2019 entwickelt und umgesetzt werden sollen. Der Deutsche Bundesrat hat in seiner Entschließung vom 23.3.18 die Bundesregierung aufgefordert, angemessene Personalschlüssel in sämtlichen Bereichen, in denen Pflegepersonal tätig ist, sicherzustellen.

Eine abgestimmte Positionierung der kinder- und jugendmedizinischen Verbände zu angemessenen Personalschlüsseln in der stationären kinder- und jugendmedizinischen Versorgung ist in Vorbereitung.

Berlin, April 2018

Sabrina Burschel, Bundesvorsitzende, Aktionskomitee KIND IM KRANKENHAUS (AKIK)

Dr. med. Michael Mandl, Vorsitzender, Bundesarbeitsgemeinschaft Kind und Krankenhaus (BaKuK)

Birgit Pätzmann-Sietas, Vorsitzende, Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland (BeKD)

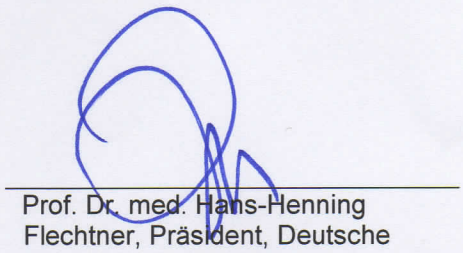
Dr. med. Thomas Fischbach, Präsident, Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ)

Dr. med. Gundolf Berg, Vorsitzender, Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland (BKJPP)

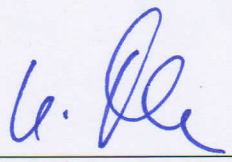
Prof. Dr. med. Hans-Iko Huppertz, Generalsekretär, Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ)

Prof. Dr. med. Bernd Tillig, stellv. Präsident, Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH)

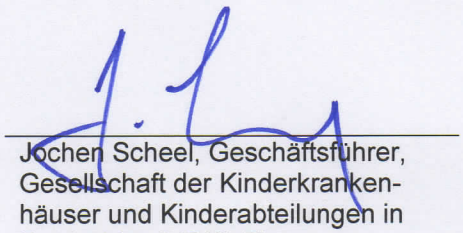
Prof. Dr. med. Ingeborg Krägeloh-Mann, Präsidentin, Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)



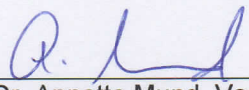
Prof. Dr. med. Hans-Henning Flechtner, Präsident, Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)



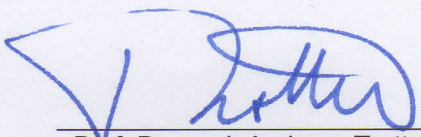
Prof. Dr. med. Ute Thyen, Präsidentin, Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ)



Jochen Scheel, Geschäftsführer, Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKinD)



Dr. Annette Mund, Vorstandsvorsitzende, Kindernetzwerk. Dachverband der Eltern-Selbsthilfe in Deutschland



Prof. Dr. med. Andreas Trotter, Präsident, Verband Leitender Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands (VLKKD)