



Risiko Aufgabendelegation in Arbeitsteams

Fehler bei der Delegation und Entgegennahme von Arbeitsaufträgen

Berichte, die dem CIRRNET von Patientensicherheit Schweiz gemeldet wurden: *

Fall 1

«Eine Lernende hat bei einem terminalen Patienten anstelle von 5mg Morphin 10mg i. v. injiziert. Die Diplomierte hat die Lernende bei der Injektionsverabreichung begleitet, jedoch nicht mehr die Dosis kontrolliert.»

Fall 2

«Fragmin dem falschen Pat. gespritzt. Verwechslung der Zimmernummern, als Kollegin geholfen wurde.»

Fall 3

«Assistenzarzt bat um 1mg Morphin. Lernende verdünnt eine Ampulle mit 9ml NaCl (1ml = 1mg Morphin). Lernende bringt das Medikament ins Pat. Zimmer, Assistenzarzt spritzt ihr die ganze Ampulle in dem Glauben 1mg verabreicht zu haben. Lernende hat dem Assistenzarzt und der Oberärztin gesagt, dass sie eine ganze Ampulle, also 10mg aufgezogen hat. Assistenzarzt behauptet danach, die Lernende hätte von 1mg gesprochen.»

Fall 4

«Ein Patient erhält auf Delegation ein Medikament, das eigentlich für einen anderen Patienten bestimmt ist. Beide Patienten haben denselben Anfangsbuchstaben des Nachnamens und die Zimmer der Pat. liegen nebeneinander.»

Fall 5

«Laut Überwachungsblatt sollten 18mg Dormicum pro Stunde via Spritzenpumpe laufen. Es sind aber nur 9mg/h eingestellt. Vorherige Spritze war doppelt dosiert. (1ml = 2mg), Frage bei Pflegenden vom Spätdienst nach, dabei wird ersichtlich, dass sie das Richten einem Kollegen abdelegiert hat. Dort gab es einen Kommunikationsfehler und es wurde 1ml = 1mg gerichtet. Dies wurde beim Wechsel dann nicht berücksichtigt. Dormicum lief ca. eine Stunde auf falscher Dosierung.»

Fall 6

«Pat wurde falsches Insulin gespritzt. Verordnung wurde falsch von Diplomierte an Studierende übergeben. Studierende haben mehrfach nachgefragt, ob das auch wirklich richtig ist.»

Fall 7

«Ich nahm mündliche Verordnung entgegen, 10mg Konaktion i. v. sofort zu verabreichen. Der Patient wurde von einer anderen Pflegeperson betreut, welche sich zur Zeit jedoch nicht auf der Station befand. Deshalb übernahm ich die Anweisung stellvertretend und bereitete das Medikament vor. Vor der Durchführung vergewisserte ich mich nochmals in der Patientendokumentation über Zimmernummer, Pat., Medikament, Diagnosen etc. dabei stellte ich fest, dass der Pat. bereits eine Ampulle Konaktion 10mg iv erhalten hat. Deshalb rief ich nochmals den zuständigen Arzt an, um mich zu vergewissern. Der Arzt sagte mir, dass er nicht wusste, dass der Pat. bereits Konaktion erhalten hatte. Er meinte, dass wahrscheinlich sein Arbeitskollege dies stellvertretend verordnet hatte und ihn nicht darüber informiert hätte.»

Fall 8

«Kommunikationsmissverständnis zwischen FaGe und Diplomierte, 2.5mg Morphin injiziert anstatt 1mg.»

Fall 9

«Eine Diplomierte hat an eine andere Diplomierte abdelegiert eine Ampulle 10mg Ephedrin i.v. zu verabreichen. Diplomierte hat eine Ampulle Ephedrin 50mg verabreicht und nicht nachkontrolliert, ob die Ampulle nur 10mg enthält.»

Fall 10

«Blutzuckerkontrolle bei Säugling, ich habe meine Kollegin gebeten, mir das Laborblatt fertig zu machen und habe ihr dabei versehentlich den falschen Namen gesagt (d. h. richtiges Kind gestochen, falsche Etikette geklebt).»

Fall 11

«Lernende hat Diplomierte aufgefordert, dem Pat. die Medikamente über die Sonde zu verabreichen. Später, als darüber gesprochen wurde, wurde festgestellt, dass Diplomierte das Medikament nicht über die Magensonde, sondern über die PEG-Sonde verabreichte.»

Fall 12

«Pat. soll EKG geschrieben bekommen. Die Verordnung war korrekt schriftlich festgehalten, von der/dem Pflegenden sowie vom Arzt unterschrieben. Das EKG soll im Verlauf des Tages geschrieben werden, ist nicht akut. Frühschicht delegierte diese Verordnung dem Spätdienst. Die Information wurde mündlich weitergegeben. Es waren 2 Pat. mit ähnlichem Namen auf Station. Die Pflegefachperson vom Spätdienst hat das EKG bei dem falschen Patienten geschrieben. Beim Kommunizieren des Namens bestand offensichtlich ein Missverständnis. (Unklar, ob falsch geäussert oder falsch verstanden).»

Fall 13

«FaGe in Ausbildung hat Kompetenzüberschreitung begangen und einer Patientin mit zwei Spritzenpumpen beim Umziehen geholfen, dabei die Pumpen geöffnet und anschliessend die Spritzen vertauscht. Dies wurde nur zufällig bemerkt, da Spritze vorzeitig leer war.»

Fall 14

«Als Lernender habe ich nach dem Aufziehen das Insulin nicht zur Kontrolle gezeigt und aus Angst die Bezugsperson angelogen.»

* Meldetexte wurden aus Gründen der besseren Nachvollziehbarkeit z. T. gekürzt und sprachlich bearbeitet.

Das Wichtigste in Kürze

Wie relevant ist das Problem?

Die Aufgabendelegation innerhalb von Arbeitsteams ist als ein fehleranfälliger Prozess zu betrachten. Aus vielen CIRS-Meldungen geht hervor, dass dabei häufig Kommunikationsprobleme eine Rolle spielen. Hier gehören u. a. unsichere Praktiken bei Übermittlung und Entgegennahme von Arbeitsaufträgen zu den typischen Fehlerursachen. In Kombination mit eingeschränkten Kontrollmöglichkeiten resultieren daraus erhebliche Risiken.

Was kann getan werden?

Neben der Einhaltung von allgemeinen Regeln zur Fehlervermeidung ist es bei der Aufgabendelegation besonders wichtig, die Kommunikationsprobleme zu reduzieren. Darüber hinaus ist es vor allem bei unterschiedlichen Qualifikations- und Erfahrungsniveaus im Team notwendig, nur fachlich geeignete Personen zu beauftragen und ggf. die korrekte Ausführung der Massnahmen zu überwachen (s. Zusatzinfos, S. 5, 6).

Expert:innenkommentar

Die Delegation von Aufgaben und Massnahmen gehört zu den charakteristischen Merkmalen der arbeitsteiligen Tätigkeit im Gesundheitswesen. Gerade in Überlastungssituationen kann es im Sinne der Patient:innensicherheit wichtig sein, Tätigkeiten rechtzeitig abzudelegieren, um die situative Aufmerksamkeit auf die aktuell vordringlichen Massnahmen fokussieren zu können. Dabei muss zwischen zwei Grundvarianten differenziert werden: Bei der so genannten vertikalen Aufgabenteilung werden Anordnungen entlang der Hierarchie- oder Qualifikationsstufen an Mitarbeitende zur Umsetzung vergeben. Horizontale Arbeitsteilung bedeutet hingegen, die Aufteilung einer Gesamtaufgabe auf Teams oder Personen mit gleichen Kompetenzen und auf gleicher Hierarchieebene. Innerhalb von Berufsgruppen gehört die Delegation von Aufgaben zur täglichen Routine, um die Arbeitslast gleichmässig zu verteilen, um Spitzenbelastungen besser bewältigen zu können oder um Ausbildungsaufträge zu erfüllen.*

Die auf der ersten Seite aufgeführten Ereignisbeschreibungen zeigen, wie fehleranfällig es in der Praxis sein kann, Aufgaben an andere Personen zu delegieren. Diese Berichte repräsentieren dabei nur einen kleinen Teil der auf diese Thematik verweisenden Meldungen in der CIRRNET-Datenbank. Obwohl die Fälle nahezu ausschliesslich aus dem Bereich Pflege stammen, ist davon auszugehen, dass sich Fehler bei der Delegation von Aufgaben in allen Berufsgruppen und Versorgungssektoren ereignen [1–3]. Kennzeichnend ist in diesem Kontext vor allem die wichtige Rolle der Kommunikation bei der

-  Das Gedachte wird nicht immer (richtig/vollständig) gesagt
-  Das Gesagte wird nicht immer (richtig/vollständig) gehört
-  Das Gehörte wird nicht immer (richtig/vollständig) verstanden
-  Das Verstandene wird nicht immer (richtig/vollständig) umgesetzt

Abb. 1: Typische Fehlerquellen bei der mündlichen Kommunikation
 die wichtige Rolle der Kommunikation bei der Fehlerentstehung [4,5]. Da die meisten Aufgabendelegationen ausschliesslich mündlich erfolgen, drohen dabei die typischen Fehlerquellen, die auch ansonsten bei der verbalen Kommunikation auftreten können (Abb. 1).

Erschwerend kommt hinzu, dass die damit verbundenen Aufträge in der Praxis zumeist sehr knapp formuliert sind

und dabei wichtige Informationen als bekannt vorausgesetzt werden. Aus dieser Erwartungshaltung, bei der von einem übereinstimmenden Situationsverständnis ausgegangen wird, kann dann eine verkürzte Informationsvermittlung resultieren.

Hierbei ist auch das dynamische Umfeld zu berücksichtigen, in dem es besonders häufig zur Aufgabendelegation kommt. Vor allem, wenn Tätigkeiten in Überlastungssituationen zur Reduzierung des eigenen Arbeitspensums an andere Mitarbeitende weitergegeben werden, ist in der Realität von einem deutlichen Missverhältnis zwischen der aufgewendeten Zeit und dem Umfang der zu vermittelnden Informationen auszugehen. Für eine sichere Weitergabe von Arbeitsaufträgen müssen zumindest die Patient:innenidentität, die Massnahme, der Zeitpunkt, zu beachtende Vorsichtsmassnahmen (bzw. sicherheitsrelevante Besonderheiten) und die Zuständigkeit hinsichtlich der Dokumentation beschrieben werden (Abb. 2). Es ist fraglich, inwiefern es gelingen kann, diese Basiselemente in komprimierter Form zuverlässig zu kommunizieren, bzw. aufzunehmen.

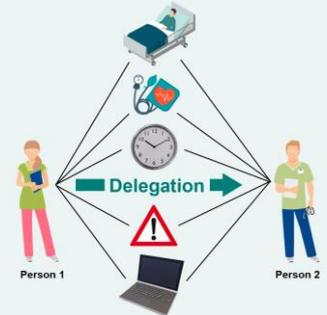


Abb. 2: Zu vermittelnde Mindestinhalte bei der Delegation von Aufgaben

Bei der mündlichen Auftragsvergabe aufgetretene Fehler werden offenbar nur selten rechtzeitig entdeckt, da dabei eine Durchführungsüberwachung oder eine nachträgliche Kontrolle der delegierten Tätigkeiten eher selten stattfindet. Anders verhält es sich, wenn die Aufgabendelegation nicht im Sinne einer horizontalen Arbeitsteilung erfolgt. Bei bestehenden unterschiedlichen Qualifikations-, Befähigungs- und Erfahrungsniveaus sind Beaufsichtigungs- und Kontrollmassnahmen nicht nur Teil der allgemeinen Sorgfaltspflicht, sondern können sogar als verbindliche qualitätssichernde Massnahme festgelegt sein. Dies gilt einerseits im Rahmen eines Ausbildungsauftrags, andererseits aber auch für den Einsatz von Teams, die aus Personen mit verschiedenen Fähigkeiten ("Skills") und Bildungsabschlüssen ("Grades") zusammengesetzt sind.

* Im Rahmen dieses Quick-Alerts wird nicht die Umsetzung ärztlicher Verordnungen oder die arbeitsteilige Behandlung durch verschiedene Fachdisziplinen, sondern ausschliesslich die Aufgabendelegation innerhalb einer Berufsgruppe behandelt.

Empfehlungen

Überlegungen zur fehlerfreien Aufgabendelegationen sind stark mit der allgemeinen Fragestellung verknüpft, wie die horizontale und vertikale Arbeitsteilung auf sichere Weise gestaltet werden kann. Die hierfür geltenden rechtlichen Grundregeln für die verschiedensten Konstellationen sind dabei nur bedingt hilfreich, da sie sich vor allem auf die straf- oder zivilrechtlichen Verantwortlichkeiten beziehen und nicht die Fehlervermeidung im Vordergrund steht [6–9]. Es wird zwar auch hier die individuelle Verantwortlichkeit bezüglich der korrekten Anordnung und Ausführung von Massnahmen betont, allerdings wird aber auch sehr stark das so genannte Vertrauensprinzip bezüglich der Korrektheit von Anordnungen und ordnungsgemässer Umsetzung der veranlassten Massnahmen betont. An die möglichen Fehlerquellen der Delegation wird eher wenig gedacht.

Um die Sicherheit bei der Aufgabendelegation zu verbessern, sind wirksame Massnahmen erforderlich, die einerseits auf die Einhaltung der Delegationsgrundsätze und die sichere Kommunikation abzielen. Um die hierfür notwendige Akzeptanz zu erreichen, muss zunächst bei allen Beteiligten das Bewusstsein für die Fehleranfälligkeit dieses Vorgangs geschaffen werden.

Grundsätze der Aufgabendelegation

In CIRS-Meldungen sind viele Fehler zu erkennen, die in ähnlicher Weise auch bei anderen Prozessen auftreten, allerdings sind dabei Besonderheiten zu verzeichnen, die charakteristisch auf den Vorgang der Delegation zurückzuführen sind. Eine wichtige Rolle spielt dabei die zumeist sehr kurzfristig vorgenommene Übernahme von Patient:innen. Hier fehlt häufig das Situationsbewusstsein und die Einordnung der Massnahme in den Behandlungsplan, was zu Fehlern führen kann. Andere Fehlerkonstellationen ergeben sich im Rahmen von Ausbildungs-, Anleitungs- und Einarbeitungssituationen oder der Beauftragung von Personen mit anderem Kompetenzniveau. Es ist deshalb wichtig, dass bei der Delegation gewisse Grundsätze von der delegierenden Person wie auch von der Person, an die die Aufgabe delegiert wurde, eingehalten werden (Abb. 3).

- R**ichtige Aufgabe
- R**ichtige(r) Patient:in
- R**ichtige Umstände
- R**ichtige Person
- R**ichtige Kommunikation
- R**ichtige Dokumentation
- R**ichtige Überwachung

Abb. 3: Grundregeln der sicheren Aufgabendelegation und -übernahme (s. Zusatzinfo)

Beaufsichtigungs- und Kontrollfunktionen der delegierenden Person

Bei der Beauftragung auf horizontaler Qualifikationsebene findet in der Regel keine direkte Beaufsichtigung während der Massnahmendurchführung statt. Allerdings ist es Bestandteil der Delegationsverantwortung, sich darüber zu vergewissern, ob die weiterdelegierten Aufgaben ordnungsgemäss erledigt und dokumentiert wurden. In der Realität ist jedoch nur in den wenigsten Fällen eine echte qualitative Überprüfung möglich. Dies ist nicht nur auf die eingeschränkte Durchführbarkeit von nachträglichen Qualitätskontrollen zurückzuführen, sondern liegt auch am damit verbundenen Aufwand, der die gewonnene Zeitersparnis durch die Aufgabendelegation gefährden würde. Deshalb ist nur in Ausnahmefällen von einer Beaufsichtigung oder abschliessenden Kontrolle auszugehen. Meist wird lediglich eine Durchführungsbestätigung erfolgen.

Anders verhält es sich bei der Delegation an Personen, bzw. Personengruppen, die sich in der Aus- oder Weiterbildung befinden. Abhängig von den individuellen Kenntnissen und Fähigkeiten gehören die fachliche Unterweisung, die praktische Anleitung und die Überwachung der durchzuführenden Massnahmen zu den Pflichten im Rahmen der Lehrverantwortung [10,11]. Trotz des zumeist bereits bestehenden persönlichen Kontakts können der Wissens- und Erfahrungsstand sowie die praktischen Fertigkeiten nicht immer so weit eingeschätzt werden, dass grundsätzlich von einer korrekten Durchführung der delegierten Aufgaben ausgegangen werden darf. Zudem kann in Ausbildungs-, Anleitungs- und Einarbeitungssituationen auch ein gewisser Erwartungsdruck empfunden werden, der es bei der Delegation von Aufgaben teilweise erschwert, auf eigene Defizite hinzuweisen.

Durch verschiedene aktuelle Entwicklungen ergeben sich zunehmend weitere Herausforderungen bezüglich der Delegation von Aufgaben. Dazu zählt unter anderem das vermehrte arbeitsteilige Zusammenwirken von Mitarbeitenden mit unterschiedlichem Ausbildungsgrad ("Skill-Grade-Mix"). Bedingt durch überlappende Zuständigkeiten, Verantwortungs- und Aufgabenbereiche müssen dabei Tätigkeiten innerhalb der Teams verschoben oder weitergeleitet werden. Um trotz der bestehenden Qualifikationsunterschiede zwischen den einzelnen Mitgliedern die Patient:innensicherheit zu wahren, ist die Beachtung der Grundregeln der vertikalen Arbeitsteilung erforderlich [12–14]. In solchen Konstellationen ist neben der sicheren Kommunikation und den ansonsten üblichen Überwachungs- oder Kontrollmassnahmen insbesondere zu prüfen, welche Aufgaben an die unterschiedlich qualifizierten Mitarbeitenden jeweils delegiert werden dürfen. Kompetenzkataloge für Berufsgruppen können hierbei zwar eine Orientierungshilfe sein, ersetzen jedoch nicht eine persönlich vorgenommene Beurteilung der jeweiligen praktischen Fähigkeiten und des zu Grunde liegenden theoretischen Wissens. Um sich in dieser Hinsicht ein realistisches Bild zu verschaffen, ist ein enger Kontakt gerade

bei gemischt zusammengesetzten Teams wichtig, um sich gegenseitig im praktischen Einsatz kennenzulernen.

Eine weitere Herausforderung stellt darüber hinaus der zunehmende Einsatz von Temporär- oder Poolmitarbeitenden dar [15]. Obwohl hierbei üblicherweise zumindest das formelle Ausbildungsniveau bekannt ist, lassen sich auch hier die individuellen Kenntnisse und Fähigkeiten der einzelnen Personen nicht immer realistisch abschätzen. Erschwerend kommt hinzu, dass bei diesen Mitarbeitenden zumeist von Wissensdefiziten bzgl. der Abläufe, der Gegebenheiten und der Strukturen vor Ort ausgegangen werden muss. In Abhängigkeit von Häufigkeit und Einsatzdauer im jeweiligen Bereich können diese Faktoren das Auftreten von Fehlern begünstigen und müssen entsprechend bei der Aufgabendelegation berücksichtigt werden.

Sichere Delegationsausführung

Da delegierte Aufgaben üblicherweise an Patient:innen ausserhalb des eigenen Zuständigkeitsbereichs vorgenommen werden, droht dabei eine ganze Reihe an Fehlermöglichkeiten. Deshalb ist es sehr wichtig, den Mitarbeitenden nachvollziehbar zu vermitteln, wie fehleranfällig dieser Vorgang ist und welche Gefahren damit verbunden sind. Um dies zu erreichen, sollte die Problematik immer wieder anhand von konkreten Beispielen (z. B. CIRS-Meldungen) thematisiert werden. Besonderes Augenmerk ist dabei auf häufig auftretende Fehler zu richten, um die Alltäglichkeit, bzw. Wahrscheinlichkeit von solchen Situationen zu verdeutlichen.

Vergleichbar mit anderen Prozessen sind auch bei der Ausführung von übertragenen Massnahmen mehrere miteinander verknüpfte Faktoren für das Erreichen des gewünschten Gesamtergebnisses massgeblich. Dies lässt sich nicht auf Basis von unsicheren Vermutungen oder Wahrscheinlichkeiten erreichen. Vielmehr muss bei allen Handlungsschritten Gewissheit über das jeweilige Vorgehen bestehen. Im Zweifelsfall ist es zwingend erforderlich, sich Sicherheit zu verschaffen und dabei die hierfür zur Verfügung stehenden Hilfsmittel (Krankenakten, ID-Armbänder etc.) zu nutzen.

Gewährleistung einer sicheren Kommunikation

Wegen der zumeist mündlich durchgeführten Delegation von Aufgaben ist neben der inhaltlich richtigen Übermittlung des Auftrags auch die korrekte und vollständige Erfassung der kommunizierten Inhalte wichtig. Im Vergleich zu anderen Branchen sind im Gesundheitswesen sichere Kommunikationsregeln allerdings noch in vergleichsweise geringem Umfang etabliert. Wenn die Sicherheit bei diesem stark fehleranfälligen Vorgang jedoch erhöht werden soll, ist es notwendig, praxistaugliche Wege zu finden, mit denen eine zuverlässige Auftrags- und Informationsweitergabe erreicht werden kann.

Strukturierung der Kommunikation

Organisatorisch betrachtet, werden bei der Aufgabendelegation zeitlich begrenzt, bzw. zur Durchführung von

konkret genannten Massnahmen Zuständigkeiten auf andere Personen übertragen. Deshalb liegt es nahe, sich an Prozessen mit vergleichbaren Herausforderungen, wie z. B. Patient:innenübergaben, zu orientieren und die dort gewonnenen positiven Erfahrungen zu nutzen. Auch dabei muss ein sicherer und effektiver Informationsfluss sichergestellt werden, vor allem aber existieren hier bereits praxistaugliche und wirksame Instrumente, die sich entsprechend anpassen lassen (s. Zusatzinfo).

Vermeidung von Kommunikationsfehlern

Die Anwendung von Kommunikationstools dient vor allem der besseren Strukturierung und gewährleistet dadurch die Vollständigkeit der Informationen, die zu einer höheren Zuverlässigkeit von Aufgabendelegationen führt. Davon unabhängig existieren jedoch noch weitere kommunikative Fehlerquellen, die trotz korrekt übermittelter Information auftreten können. Insbesondere sind dabei Kontrollmechanismen zur Sicherstellung der fachlich-inhaltlich richtigen Aufnahme der Delegation erforderlich.

Aus vielen Meldungen in der CIRRNET-Datenbank geht hervor, dass Delegationen oft inkorrekt erfasst und folglich auch falsch ausgeführt werden. Offensichtlich wird es in der täglichen Routine häufig unterlassen, die erhaltenen Aufträge gegenüber den anweisenden Personen inhaltlich zu bestätigen. Für eine wirklich sichere Kommunikation ist es jedoch erforderlich, nicht nur die Nachricht einwandfrei zu formulieren, sondern hierzu auch eine Rückmeldung einzuholen und sie auf Vollständigkeit und Richtigkeit hin zu prüfen (Abb. 4). Nur bei Einhaltung dieser drei Grundkomponenten der "Closed Loop"-Kommunikation kann von einer sicheren Informationsvermittlung ausgegangen werden [16].

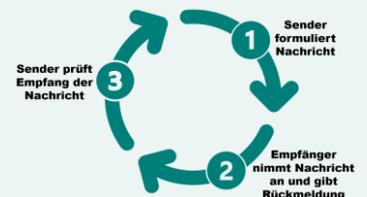


Abb. 4: Grundkomponenten der "closed loop communication" (mod. n. [16])

Darüber hinaus ist zu prüfen, ob die vergebenen Arbeitsaufträge auch sprachlich verstanden werden. Sprachbarrieren werden zumeist unter dem Aspekt der Kommunikation mit Patient:innen gesehen [17–20]. Allerdings darf nicht vergessen werden, dass dieses Problem auch innerhalb eines Behandlungsteams eine Rolle spielen kann [21,22]. Gerade im Gesundheitswesen sind Mitarbeitende aus vielen Sprachregionen und Ländern tätig, so dass dort dieser Faktor durchaus als praxisrelevant anzusehen ist. Selbst bei guten Kenntnissen der Landessprache können Fachbegriffe, Abkürzungen (s. Quick-Alert Nr. 45 "[Vorsicht bei medizinischen Abkürzungen](#)"), Berufsjargon oder Mundartformulierungen zu Verständnisproblemen führen und entsprechende Ausführungsfehler nach sich ziehen. Nicht selten verhindern dabei Hemmschwellen der verschiedensten Art das Eingeständnis, einen Auftrag nicht richtig verstanden zu haben. Entsprechend ist bei nicht auszuschliessenden Sprachproblemen die "Closed Loop"-Kommunikation (inkl. inhaltlicher Bestätigung) besonders wichtig.

Zusatzinfo: Grundsätze der Aufgabendelegation und -übernahme

Vergleichbar mit den bekannten R-Regeln beim Medikationsprozess sind auch bei der Delegation und Übernahme von Massnahmen mehrere miteinander verknüpfte Faktoren für das Erreichen des gewünschten Gesamtergebnisses entscheidend.

Aufgabendelegation

Aufgabenübernahme

Richtige Aufgabe

Delegieren Sie nur Aufgaben, deren Ausführung durch andere Mitarbeitende möglich und erlaubt sind.



Übernehmen Sie nur Aufgaben, deren Ausführung für Sie möglich und erlaubt ist.

Richtige(r) Patient:in

Kommunizieren Sie die Patient:innen-Identität eindeutig, vermeiden Sie dabei unsichere Angaben und lassen Sie sich die korrekte Identität bestätigen.



Bestätigen Sie die Patient:innen-Identität und führen Sie Massnahmen bei Patient:innen erst nach sicherer Feststellung der Identität durch.

Richtige Umstände

Delegieren Sie Aufgaben bei instabilen Patient:innen oder komplexen Situationen nur in Ausnahmefällen und wenn Sie durch andere Aktivitäten gebunden sind.



Übernehmen Sie bei instabilen Patient:innen oder komplexen Situationen nur Aufgaben, wenn es Ihnen möglich ist, sie zuverlässig auszuführen.

Richtige Person

Vergewissern Sie sich, dass die Person, an die Sie delegieren, über die praktischen Fähigkeiten und Kenntnisse verfügt, um die übertragene Aufgabe sicher zu bewältigen.



Prüfen Sie selbstkritisch, ob Sie über die praktischen Fähigkeiten und Kenntnisse verfügen, um die übertragene Aufgabe sicher zu bewältigen. Weisen Sie ggf. auf bestehende Defizite hin.

Richtige Kommunikation

Kommunizieren Sie strukturiert und vergewissern Sie sich, dass die Person, an die Sie delegieren, den Arbeitsauftrag korrekt verstanden hat, indem Sie zur Bestätigung der Inhalte auffordern.



Bestätigen Sie durch strukturierte Wiederholung der Inhalte, dass Sie den Arbeitsauftrag korrekt verstanden haben und vergewissern Sie sich im Zweifelsfall durch aktives Nachfragen.

Richtige Überwachung und Bewertung

Nehmen Sie Ihre Delegationsverantwortung wahr, indem Sie die Durchführung der Aufgaben überwachen, kontrollieren und ggf. dabei anleiten.



Nehmen Sie Ihre Übernahmeverantwortung wahr, indem Sie die Durchführung der Aufgaben bestätigen, dokumentieren und ggf. auf aufgetretene Probleme oder Unsicherheiten hinweisen.

mod. n. [23,24]

Die Regeln stehen als separate Dokumente im [A4](#)- und [A3](#)-Format zum Download zur Verfügung.

Zusatzinfo: I-PASS & ISBAR

Die Delegation von Aufgaben gestaltet sich wesentlich sicherer, wenn die dabei zu übermittelnden Informationen in immer gleicher Reihenfolge strukturiert kommuniziert werden. Zum gegenwärtigen Stand bieten sich hierfür vor allem die beiden Kommunikationstools I-PASS oder ISBAR* und ihre lokalen Adaptationen an [25–28].

Sofern in einer Organisation eines dieser Instrumente bereits eingeführt ist, empfiehlt es sich, die Anwendung auch auf Aufgabendelegationen zu erweitern und erforderlichenfalls entsprechende Schulungen/Trainings durchzuführen. Anderenfalls ist es sinnvoll, ein geeignetes Tool auszuwählen und auf möglichst breiter Ebene im Rahmen einer geplanten Implementierungskampagne einzuführen.

Beide Instrumente wurden entwickelt, um durch eine systematische Kommunikation Fehler zu vermeiden. Die dabei vorgegebene Grundstrukturen lassen sich auch bei der Aufgabendelegation anwenden. Wegen der häufig berichteten Verwechslungen sollten beide Instrumente jedoch auf jeden Fall um ein Element zur sicheren Übermittlung der Patient:innenidentität ergänzt werden (Abb. 5, 6).



Abb. 5: Anwendung der I-PASS-Struktur im Rahmen der Aufgabendelegation

Die Anwendung solcher Instrumente erscheint bei oberflächlicher Betrachtung zunächst als zeitraubend und folglich auch als wenig praktikabel. Allerdings zeigen erfolgreich abgelaufene Einführungsprojekte, dass damit nicht zusätzlicher Aufwand generiert wird, sondern es lediglich zu einer besser strukturierten und vollständigeren Vermittlung der Inhalte kommt.



Abb. 6: Anwendung der ISBAR-Struktur im Rahmen der Aufgabendelegation

Es ist dabei jedoch immer zu bedenken, dass die innere Erwartungshaltung, andere Mitarbeitende würden über den gleichen Informationsstand und den gleichen Bezug zu den jeweiligen Patient:innen verfügen, häufig trügt. Entsprechend liegt es im Eigeninteresse und der professionellen Verantwortlichkeit der delegierenden Person, die vollständige Übertragung aller relevanten Informationen sicherzustellen. Zudem hindert die Orientierung an einer vorgegebenen Systematik nicht daran, die Inhalte der einzelnen Punkte in prägnanter Art und Weise stichwortartig zu kommunizieren.

Allerdings muss auch berücksichtigt werden, dass eine dauerhaft wirksame Veränderung des fachlichen Kommunikationsverhaltens mittels eines neuen Instruments nicht

von sich aus geschieht, sondern nur mit einem gewissen Aufwand zu erreichen ist. Dies kann nicht alleine durch vereinzelt gehaltene Vorträge oder die Verteilung von Taschenkärtchen erfolgreich sein. Vielmehr erfordert die Einführung eines Kommunikationstools eine umfassende Implementierungsstrategie [29–31].

Der erzielbare Nutzen beschränkt sich dabei jedoch nicht nur auf die sichere Delegation von Aufgaben. Vielmehr lassen sich mit einem Instrument eine ganze Reihe an Kommunikationssituationen strukturierter bewältigen:

- Schichtübergaben
- Information über kritische Situationen
- Vorstellung von Patient:innen bei Visite
- Übergabe an andere Abteilungen/Stationen
- Übergabe an andere Versorgungsbereiche
- ...

Dieses breite Anwendungsspektrum und vor allem der Zugewinn an kommunikativer Sicherheit rechtfertigen jedoch den zu erbringenden Aufwand. Bei richtiger Einführung und umfassender Anwendung ist vom Gebrauch der genannten Kommunikationsinstrumente eine deutliche Effizienzsteigerung zu erwarten. Die volle Wirksamkeit wird aber nur erreicht, wenn die Tools dabei über möglichst alle Berufsgruppen, Ausbildungs- und Hierarchiestufen hinweg einheitlich eingeführt werden. Ergänzend zu den zwingend erforderlichen Schulungs- u. Informationsmassnahmen können sinnvoll gestaltete Materialien, wie z. B. Taschenkarten oder Poster, hilfreich sein (Abb. 7). In diesem Zusammenhang muss bei der Einschätzung von Aufwand und Nutzen solcher Instrumente nicht nur der zeitliche Bedarf für die Einführung und die eigentliche Anwendung der neuen Kommunikationsform, sondern auch die Zeitersparnis durch die ansonsten erforderlichen Korrekturmassnahmen mit einbezogen werden.

Unabhängig von solchen Kalkulationen sollte aber in erster Linie die Möglichkeit zur Vermeidung von schwerwiegenden Folgen für die Patient:innen zur Anwendung dieser Instrumente motivieren [32,33].



Abb. 7: Beispiel einer Sensibilisierungskampagne mit adaptierter SBAR-Struktur (Quelle: Universitäts-Kinderspital Zürich)

* Unter den Namen "SBAR" oder "ISOBAR" existieren ähnliche Varianten des hier erwähnten ISBAR-Tools.

Literatur

1. Malterud K, Aamland A, Fosse A. How can task shifting put patient safety at risk? A qualitative study of experiences among general practitioners in Norway. *Scand J Prim Health Care*. 2020;38:24–32.
2. Osuga A, Abe T, Sato H, et al. Association Between Patient Satisfaction and Preoperative Task-Shifting From Anesthesiologists to Perianesthesia Nurses: A Questionnaire Survey Study. *Journal of Perianesthesia Nursing*. 2023;38:421–6.
3. Bolme S, Morken TS, Follestad T, et al. Task shifting of intraocular injections from physicians to nurses: a randomized single-masked noninferiority study. *Acta Ophthalmol*. 2020;98:139–44.
4. Foronda C, MacWilliams B, McArthur E. Interprofessional communication in healthcare: An integrative review. *Nurse Educ Pract*. 2016;19:36–40.
5. Prineas S, Mosier K, Mirko C, et al. Non-technical Skills in Healthcare. *Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management*. Springer International Publishing 2021:413–34.
6. Burgat S, Guillod O. Rechtsgutachten [Die ärztliche Haftung im Rahmen der interprofessionellen Zusammenarbeit](#). 2015. (accessed 25 November 2023)
7. SAMW. Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag - Ein Leitfaden für die Praxis. Published Online First: 2022. doi: 10.5281/zenodo.7148451
8. Landolt H. Wo beginnt und endet die Verantwortung. *Krankenpflege*. 2006;6/06.
9. Vollenweider A-C. (2001) [Die Haftpflicht für medizinische Eingriffe, namentlich von Hilfspersonen](#). (accessed 28 November 2023)
10. Mamerow R. Praxisausbildung in den Pflegealltag einbinden. Praxisanleitung in der Pflege. Berlin: Springer 2010.
11. Gauthier S. Aligning direct observation and assessment. *Med Educ*. 2019;53:642–4.
12. Aiken LH, Sloane D, Griffiths P, et al. Nursing skill mix in European hospitals: Cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Qual Saf*. 2017;26:559–68.
13. Niederberger-Burgher J. 'Skill mix' und 'Grade mix' heute und in Zukunft. *Pflege*. 2002;15:161–2.
14. Inauen A, Rettke H, Fridrich A, et al. Critical factors for optimising skill-grade-mix based on principles of lean management. A qualitative substudy. *Pflege*. 2017;30:29–38.
15. Swiss Nurse Leaders. (2022) [CNO Baromètre-CNO Barometer](#) (accessed 12 December 2023)
16. US-Department of Defense, Agency for Healthcare Research. [Pocket Guide Team Strategies & Tools to Enhance Performance and Patient Safety](#). (accessed 28 November 2023)
17. Halbright R, Ackermann-Frösch N. Der Dolmetscher. *Krankenpflege*. 2007;4/07.
18. Roser M, Petry H, Kleinberger U, et al. Sprachbarrieren in der Spitex: Für alle frustrierend. *Krankenpflege*. 2013;1/13.
19. Van Rosse F, de Bruijne M, Suurmond J, et al. Language barriers and patient safety risks in hospital care. A mixed methods study. *Int J Nurs Stud*. 2016;54:45–53.
20. Gerchow L, Burka LR, Miner S, et al. Language barriers between nurses and patients: A scoping review. *Patient Educ Couns*. 2021;104:534–53.
21. Meuter RFI, Gallois C, Segalowitz NS, et al. Overcoming language barriers in healthcare: A protocol for investigating safe and effective communication when patients or clinicians use a second language. *BMC Health Serv Res*. 2015;15.
22. Weller J, Boyd M, Cumin D. Teams, tribes and patient safety: Overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgrad Med J*. 2014;90:149–54.
23. Pedagogy_Online_Learning_Systems. [5-rights-of-delegation](#). (accessed 10 January 2024)
24. National Council of State Boards of Nursing, Alexander M, Connelley R, et al. National Guidelines for Nursing Delegation. *J Nurs Regul*. 2016;7:5–14.
25. Staines A, Coelho V, Farin Alexandre, et al. I-PASS, un programme de structuration et de fiabilisation des transmissions en milieu de soins. *Risques & Qualité*. 2022;19:85–90.
26. WHO, Joint Commission (2007). [Communication During Patient Hand-Overs](#). 2007. (accessed 25 November 2023)
27. Pilz S, Stapenhorst K, Weber H. [SBAR als Tool zur fokussierten Kommunikation](#). 2020. (accessed 24 November 2023)
28. Starmer AJ, Schnock KO, Lyons A, et al. Effects of the I-PASS Nursing Handoff Bundle on communication quality and workflow. *BMJ Qual Saf*. 2017;26:949–57.
29. Hughes HK, Serwint JR, O'Toole JK, et al. I-PASS Adherence and Implications for Future Handoff Training. *J Grad Med Educ*. 2019;11:301–6.
30. O'Toole JK, Hepps J, Starmer AJ, et al. I-PASS Mentored Implementation Handoff Curriculum: Frontline Provider Training Materials. *MedEdPORTAL*. 2020;16:10912.
31. Shahian DM, McEachern K, Rossi L, et al. Large-scale implementation of the I-PASS handover system at an academic medical centre. *BMJ Qual Saf*. 2017;26:760–70.
32. Ryan SL, Logan M, Liu X, et al. Long-Term Sustainability and Adaptation of I-PASS Handovers. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2023;49:689–97.
33. Lo L, Rotteau L, Shojania K. Can SBAR be implemented with high fidelity and does it improve communication between healthcare workers? A systematic review. *BMJ Open*. 2021;11.

Autor:innen und beteiligte Fachpersonen

Helmut Paula, EMBA HSM
Stiftung Patientensicherheit Schweiz

Andrea Leibold, MSc
Stiftung Patientensicherheit Schweiz

Carmen Kerker, MScN
Stiftung Patientensicherheit Schweiz

Der vorliegende Quick-Alert® wurde durch folgende Fachgesellschaften/Gremien verabschiedet

CIRRNET-Ausschuss

Hinweis

Diese Problematik hat eine überregionale Relevanz. Bitte prüfen Sie die Bedeutung für Ihren Betrieb und sorgen ggf. in Absprache mit Ihren zuständigen Stellen dafür, dass sie zielgerecht und nötigenfalls breit kommuniziert wird.

Die vorliegenden Empfehlungen bezwecken die Sensibilisierung und Unterstützung von Gesundheitsinstitutionen und in der Gesundheitsversorgung tätigen Fachpersonen bei der Erstellung ihrer betriebsinternen Richtlinien. Es ist Sache der Leistungserbringer, die Empfehlungen im lokalen Kontext zu prüfen und zu entscheiden, ob sie verbindlich aufgenommen, verändert oder verworfen werden. Die spezifische Ausgestaltung und Anwendung entsprechend den jeweils geltenden Sorgfaltspflichten (basierend auf lokalen fachlichen, betrieblichen, rechtlichen, individuellen und situativen Gegebenheiten) liegen in der ausschliesslichen Eigenverantwortung der hierfür fachlich geeigneten Leistungserbringer.

Helmut Paula, Leiter CIRRNET
paula@patientensicherheit.ch

Carmen Kerker, wissenschaftliche Mitarbeiterin
kerker@patientensicherheit.ch

www.patientensicherheit.ch/quick-alert

Stiftung Patientensicherheit Schweiz

Nordstrasse 31
CH-8006 Zürich
T +41 43 244 14 80