

Die venöse Blutentnahme im klinischen Alltag

Taking venous blood samples in the daily routine of German hospitals

Autoren

K. Witzel^{1,2} C. Kaminski² M. Rauschardt² M. Parzeller³

Institut

¹ The New European Surgical Academy (NESA), Berlin

² meinOP.de, Fulda

³ Zentrum der Rechtsmedizin, Frankfurt am Main

Zusammenfassung

Hintergrund und Fragestellung: In Deutschland wird die venöse Blutentnahme primär dem ärztlichen Aufgabenbereich zugeordnet. Sie kann an das Pflegepersonal delegiert werden, wenn die erforderlichen Kenntnisse und Erfahrungen vorliegen. Im Stationsalltag vieler Krankenhäuser werden Blutentnahmen dennoch überwiegend durch den Arzt, hingegen in den Praxen niedergelassener Ärzte fast ausnahmslos durch Arzthelferinnen vorgenommen.

Methodik: Untersucht wurde die unterschiedliche Handhabung der venösen Blutentnahmen in fünf Krankenhäusern eines deutschlandweiten Klinik Konzerns anhand einer standardisierten Befragung von 538 Pflegekräften unter Berücksichtigung der Gründe und Begleitumstände, die zur jeweiligen Blutentnahmepraxis führen.

Ergebnisse: 476 der befragten Pflegekräfte (89,14%) beherrschen nach eigener Einschätzung die Blutentnahme. Die Routineblutentnahme wird jedoch häufig vom Arzt durchgeführt: In den neuen Bundesländern führten Pflegekräfte signifikant häufiger Blutentnahmen durch als im Westen der Bundesrepublik (60 vs. 39%).

Folgerung: Gerade in Zeiten notwendiger Ökonomisierung und des zunehmenden Ärztemangels halten wir es für sinnvoll, Blutentnahmen mit Unterstützung der Klinikleitung bei entsprechenden Personalressourcen bei den Pflegekräften und nach Schulung der Pflegekräfte, z.B. in Krankenpflegeschulen, zu delegieren.

Gesundheitsökonomie

Schlüsselwörter

- venöse Blutentnahmen
- Ökonomisierung
- Prozessoptimierung
- rechtliche Grundlagen

Key words

- venous blood sampling
- cost cutting
- process optimization
- legal basis

Einleitung

Im Rahmen der Ökonomisierung und Prozessoptimierung werden ärztliche Tätigkeiten wie die venöse Blutentnahme gelegentlich an das Pflegepersonal delegiert. Es handelt sich hierbei um eine technisch einfache und häufige Punktion [31], deren Durchführung durch Pflegekräfte in Deutschland gesetzlich nicht eindeutig geregelt ist. In vielen anderen Ländern wie z.B. Großbritannien, Frankreich, Portugal oder den USA, ist die Blutentnahme keine ärztliche, sondern eine pflegerische Tätigkeit, die tagtäglich von den Pflegekräften routiniert durchgeführt wird [21, 26, 27, 33]. Um eine Zeitersparnis von ca. 7,7 Stunden zugunsten der Ärzte zu erreichen, wird in einem Pilotversuch des Universitätsklinikums Münster an zwei Kliniken die Delegation der venösen Blutentnahme und intravenösen Medikamentenapplikation durch Pflegekräfte bei bestehender Anordnungsverantwortung durch den zuständigen Arzt getestet (Pressemitteilung des UKM v. 5.6.2007). In anderen Einrichtungen insbesondere im Ausland werden bereits so genannte Phlebotomisten, die speziell für die venöse und

kapilläre Blutentnahme ausgebildet sind, eingesetzt [9, 19, 32, 33]. Wir haben anhand einer standardisierten Befragung von 538 Pflegekräften die unterschiedliche Handhabung der venösen Blutentnahmen in fünf Krankenhäusern eines deutschlandweiten Klinik Konzerns untersucht.

Methodik

Anhand einer freiwilligen Befragung von Pflegekräften aus fünf verschiedenen, einem Klinik Konzern zugehörigen Krankenhäusern mittels standardisierter Fragebögen wurde untersucht, wie sich die Praxis der Blutentnahme in diesen Häusern darstellt. Die Teilnehmer waren ausschließlich examinierte Pflegekräfte auf peripheren Pflegestationen. Wir werteten Kliniken der alten (A) und der neuen Bundesländer (N) mit insgesamt 3489 Betten aus (Tab. 1). Die statistische Auswertung und Signifikanzberechnungen wurden mit der Software „WinStat“, einem Microsoft Excel Add-In durchgeführt.

eingereicht 30.3.2007

akzeptiert 30.8.2007

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2007-993089
Dtsch Med Wochenschr 2007;
132: 2495–2499 · © Georg
Thieme Verlag KG Stuttgart ·
New York · ISSN 0012-0472

Korrespondenz

Dr. Dr. Kai Witzel

The New European Surgical
Academy (NESA)
Karower Straße 11/214
13125 Berlin
Tel. 0177/58883 00
eMail kw@meinop.de
www.witzel-chirurgie.de

Tab. 1 Anzahl der ausgebildeten Pflegekräfte in Relation zur Bettenzahl und Standort der untersuchten fünf Kliniken.

	Bettenzahl	Anzahl der ausgebildeten Pflegekräfte	Pflegekräfte / Patientenbett	alte (A)/ neue (N) Bundesländer
Klinik 1	554	278	0,50	A
Klinik 2	1006	512	0,51	A
Klinik 3	158	71	0,45	A
Klinik 4	1406	775	0,55	N
Klinik 5	365	237	0,65	N

Ergebnisse

Es konnten 538 Fragebögen ausgewertet werden, was einer Rücklaufquote von 68% (je nach Haus 62% bis 73%) entsprach. Die nachfolgenden Angaben beziehen sich auf die Gesamtzahl der gegebenen Antworten zu einer Frage, nicht auf die Gesamtzahl der ausgewerteten Fragebögen. 476 der befragten Pflegekräfte (89,14%) beherrschen nach eigener Einschätzung die Blutentnahme. Die Routineblutentnahme wird jedoch häufig vom Arzt durchgeführt: zu 69,7% in den ausgewerteten Kliniken der alten Bundesländer und zu 31% in den untersuchten Kliniken der neuen Bundesländer. Ein Zusammenhang zwischen Berufserfahrung der Pflegekräfte und Durchführung der Blutentnahme konnte nicht festgestellt werden.

Innerhalb der einzelnen Krankenhäuser war die Praxis der Blutentnahme nicht einheitlich geregelt. 85 (15,98%) Pflegenden gaben an, dass die Blutentnahmen ausschließlich durch den Arzt erfolgten, 77 (14,47%) Pflegekräfte sagten aus, dass die Blutentnahme nur von Pflegekräften durchgeführt wurde (Abb. 1). 370 Pflegekräfte (69,55%) gaben an, dass die Blutentnahmen durch beide Berufsgruppen erfolgen, wobei sich keine signifikanten Unterschiede bei der Durchführung dieser Aufgabe zwischen Tagesprogramm und Bereitschaftsdienst, wohl aber zwischen alten und neuen Bundesländern ergaben (Abb. 2). Im Bereitschaftsdienst werden 45,19% aller Blutentnahmen in den untersuchten Kliniken vom Arzt durchgeführt (70,3% alte Bundesländer; 23,5% neue Bundesländer).

Bezüglich der Häufigkeit der Routineblutentnahmen durch die Pflegekräfte ergab sich folgendes Bild: Lediglich 22,1% (n=69) der befragten Pflegekräfte in den Kliniken der alten Bundesländer (Klinik 1A, 2A und 3A) gaben an, dass sie mehr als 10 Blutentnahmen pro Woche durchführten. Die überwiegende Mehrheit führte weniger als 10 Blutentnahmen pro Woche durch. In den untersuchten Kliniken der neuen Bundesländer (Kliniken 4N und 5N) führten jedoch 62,4% (n=141) aller dort beschäftigten Pflegekräfte wöchentlich mehr als 10 Blutentnahmen durch (Abb. 3). Unsere Ergebnisse legen nahe, dass die Gründe für die unterschiedliche Handhabung der Blutentnahme auch in der Ausbildung der Pflegekräfte zu sehen sind. Alle im Ausland ausgebildeten Pflegekräfte (n=7) hatten die Blutentnahme während der Ausbildung erlernt (Abb. 4).

Im Verlauf des Berufslebens hatten viele Pflegekräfte die Blutentnahme erlernt, so dass fast $\frac{3}{4}$ (73,2%) aller Befragten angaben, dass sie gerne Blut abnehmen: Dies sei eine anspruchsvolle Tätigkeit und steigere die Anerkennung bei Patienten und Mitarbeitern. 437 (86,19%) aller Pflegekräfte befürworteten Schulungsmaßnahmen zur Blutentnahme. Wir untersuchten daher die Gründe, aus denen Pflegekräfte dennoch nicht regelmäßig Blut

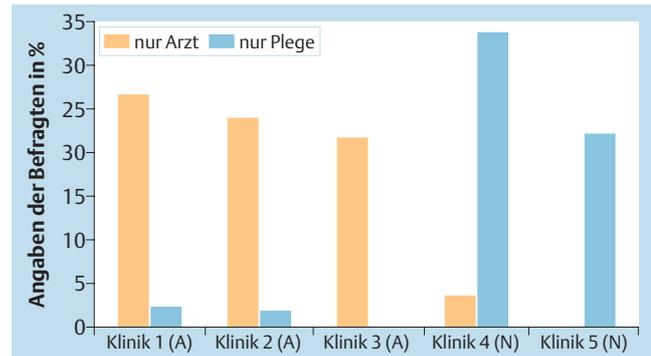


Abb. 1 Ausschließlich Blut abnehmende Berufsgruppe in Abhängigkeit vom Klinikstandort (A = alte Bundesländer, N = neue Bundesländer). Grafisch dargestellt sind die Antworten von 162 Befragten.

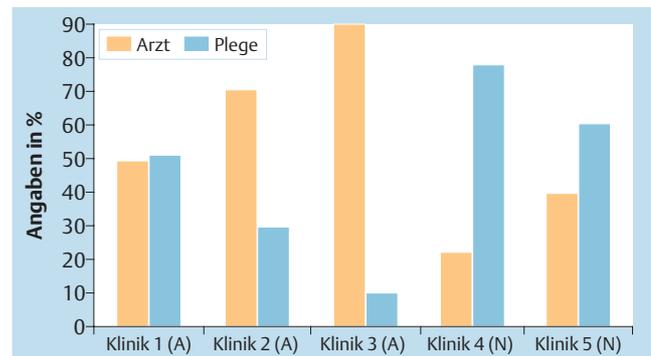


Abb. 2 Darstellung der Häufigkeit von Blutentnahmen im Routinebetrieb durch den Arzt bzw. Pflegekräfte in den einzelnen Kliniken (n = 423 Befragte).

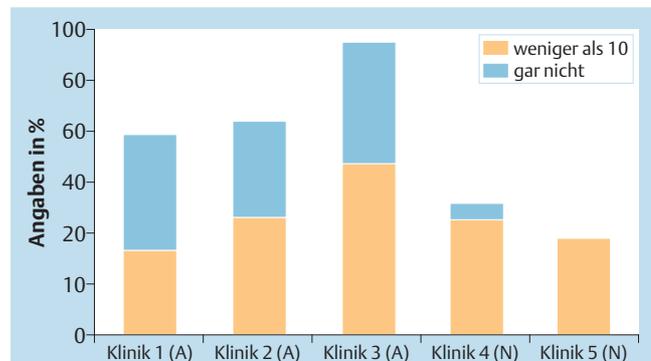


Abb. 3 Anzahl der Blutentnahmen durch Pflegekräfte pro Woche in Relation zum Klinikstandort, Antworten von 311 Befragten.

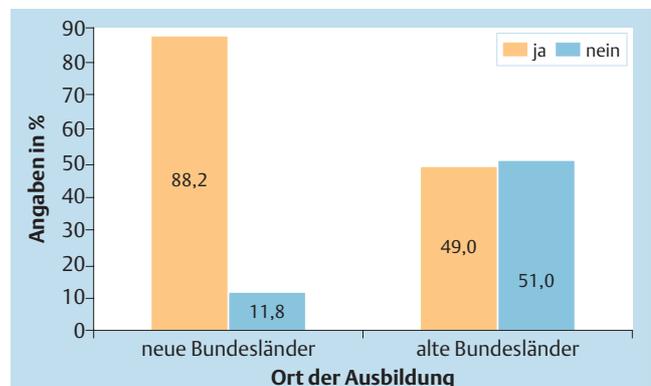


Abb. 4 Blutentnahme als Bestandteil der Ausbildung in Abhängigkeit vom Ausbildungsort (n = 420).

Tab. 2 Angaben der Pflegenden (n = 445) zu Aufgaben, die durch andere Berufsgruppen übernommen werden könnten (Mehrfachnennung war möglich, dargestellt sind die 12 häufigsten Antworten).

Art der Tätigkeit	Absolut- Antworten	Prozentualer Anteil an der Gesamtgruppe
Keine	147	33,03%
Essen austeilen	134	30,11%
Reinigungsarbeiten (allg.)	125	28,09%
Betten säubern	121	27,19%
Pat. zu Untersuchung/OP bringen	69	15,51%
Essensbestellung aufnehmen	67	15,06%
Einfache Grundpflege	57	12,81%
Küchenarbeiten	51	11,46%
Auffüllarbeiten (allg.)	37	8,31%
Essen anreichen	35	7,87%
Botengänge (allg.)	34	7,64%
Betten beziehen	33	7,42%

abnehmen. 133 (46,7%) gaben an, dass für die Blutentnahme durch Pflegekräfte nicht genügend Zeit vorhanden sei, 74,2% hiervon hielten jedoch fest, dass sie durchaus Blutentnahmen durchführen würden, wenn sie dafür Zeit hätten. Falls zukünftig alle Routineblutentnahmen von Pflegekräften durchgeführt werden, müssten demnach bisherige pflegerische Aufgaben delegiert werden. **Tab. 2** stellt die Vorschläge hierzu von 445 (83%) Pflegekräften dar.

Diskussion

Das sichere Einstechen einer Kanüle in die Vene ist technisch einfach und eine Frage der Übung. Dies zeigt sich auch daran, dass die Blutentnahme zu den Haupttätigkeiten von klinisch völlig unerfahrenen Medizinstudenten bei Famulaturen gehört [14]. Unsere Untersuchung zeigt jedoch deutliche Unterschiede in der Blutentnahmepraxis zwischen Kliniken der alten (Kliniken 1A, 2A, 3A) und neuen Bundesländer (Kliniken 4N, 5N) auf: in den untersuchten Kliniken der neuen Bundesländer wird die Blutentnahme durch Pflegekräfte sehr viel häufiger durchgeführt als in den alten Bundesländern. Bemerkenswert ist der Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Blutentnahme durch Pflegekräfte und der Relation zwischen ausgebildeter Pflegekraft und Bettenzahl, die zwischen 0,45 und 0,65 liegt. Die Ergebnisse lassen vermuten, dass mögliche Personalressourcen im Pflegebereich die Umsetzung der pflegerischen Blutentnahme erleichtern. Die Arbeitsbelastung könnte eine Teilursache für die unterschiedliche Praxis sein. In größerem Umfang scheinen aber vielmehr die unterschiedlichen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen ursächlich zu sein, nach deren Vorgaben die Pflegekräfte vor der Wiedervereinigung ausgebildet wurden und die auch die aktuelle Ausbildung noch nachhaltig beeinflussen. In der DDR war das Erlernen der venösen Blutentnahme ein fester Bestandteil der Ausbildung. Als eine der Haupttätigkeiten der Krankenschwester galt hier unter anderem die Durchführung der Venenpunktion und Blutentnahme. In der DDR legte der Ministerrat 1985 fest, dass die Durchführung der Venenpunktion zu „den Haupttätigkeiten und Aufgaben der Krankenschwester in ihrem Verantwortungsbereich“ gehört. Im Krankenpflegegesetz der Bundesrepublik Deutschland ist bis heute die Verichtung dieser Tätigkeit nicht explizit im Curriculum aufgeführt [2, 29, 30].

Unsere Ergebnisse zeigen die Unterschiede in der Ausbildung. Über 88% aller Pflegekräfte, die die Ausbildung in den neuen Bundesländern absolviert hatten, wurden in der Technik der venösen Blutentnahme unterrichtet. Im Gegensatz dazu erlernten weniger als die Hälfte der Pflegenden, die das Examen in den alten Bundesländern absolviert hatten die Venenpunktion. Zudem werden bei weitem nicht alle Pflegekräfte, die die Blutentnahme beherrschen, auch hierfür herangezogen. Hier werden konsequent vorhandene Ressourcen nicht genutzt [22]. Stattdessen beklagen die Pflegekräfte, dass sie zunehmend Arbeiten verrichten müssen, die eigentlich gar nicht ihrem Aufgabenprofil entsprechen. Auffallend war hier, dass allgemeine Reinigungsarbeiten mit über 28% an dritter Stelle stehen, gefolgt von der Aussage „Betten säubern“ mit über 27%.

Pflegekräfte, die nahezu ausschließlich mit Grundpflege, Reinigungsarbeiten und Essenverteilung beschäftigt sind, sind leicht durch schlechter ausgebildetes kostengünstigeres Hilfspersonal zu ersetzen. Das führt bei motivierten Mitarbeitern zu Frustrationserlebnissen und zu der begründeten Sorge, dass die verrichteten Arbeiten ebenso gut von einer günstigeren weil weniger qualifizierten Arbeitskraft erledigt werden könnten. Diese Erkenntnis scheint den Pflegekräften auch bewusst zu sein. Ein Drittel der Befragten erklärt daher, dass keine Tätigkeit aus dem Aufgabengebiet der Pflegekräfte an andere Berufsgruppen delegiert werden könne. Wenn die Blutentnahmen konsequent vorwiegend von der Pflege durchgeführt werden, werden Freiräume in der Arbeitszeit der Ärzte geschaffen, die für nicht delegierbare ärztliche Tätigkeiten genutzt werden können. In den von uns untersuchten Kliniken fallen im Gesamtdurchschnitt täglich jeweils etwa 220 Blutentnahmen an, was bei 4 Minuten beobachteter Gesamtzeit für eine Blutentnahme mit Vorbereitung über 14 Stunden täglich bedeutet. Umgerechnet sind demnach bei einer Krankenhausgröße von etwa 700 Betten mit der Berücksichtigung von Urlaubs- und Krankheitszeiten mehr als zwei Vollzeitkräfte mit Blutentnahmen beschäftigt. Durch die intelligente Umschichtung von Aufgaben ergeben sich deutliche wirtschaftliche Vorteile.

Rechtliche Bewertung der venösen Blutentnahme durch nicht-ärztliches Personal

In Ermangelung eindeutiger gesetzlicher Vorgaben zur Abgrenzung der rein ärztlichen von den Tätigkeitsbereichen anderer Gesundheitsberufe [1, 12, 29] gestalten sich Fragen der Arbeitsteilung im Gesundheitswesen insbesondere nach Zulässigkeit und Grenzen der Delegation ärztlicher Aufgaben in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht insbesondere zur Haftung bei fehlerhafter Durchführung schwierig. So wird die Ausübung der Heilkunde auch unter den Vorgaben des § 1 II Heilpraktikergesetz (HPG) als „Monopol des Arztes“ bezeichnet und umfasst im allgemeinen die berufsmäßig durchgeführten Tätigkeiten zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten oder körperlichen Beschwerden beim Menschen. Im Abrechnungswesen gilt zudem der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung durch den Arzt [5]. Aufgrund der Weite des ärztlichen Aufgabenbereichs wird deutlich, dass ein funktionierendes medizinischen System ohne ein arbeitsteiliges Handeln und der Delegation von ursprünglich ärztlichen Aufgaben auch an Nichtärzte erfolgen muss [3]. Nach § 28 I S. 2 Sozialgesetzbuch V (SGB V) zählen zur ärztlichen Behandlung auch die Hilfeleistungen anderer Personen, wenn diese vom Arzt angeordnet und verantwortet werden. Die Delegationsfähigkeit der venösen Blutentnahme wird dabei aus dem gesetzgeberischen Willen des § 7 II Transfusionsgesetz (TFG) deutlich, nachdem die Entnahme der Blutspende durch venöse Punktion neben den Ärzten auf „anderes qualifiziertes Personal unter der Ver-

antwortung einer approbierten ärztlichen Person“ delegiert werden darf (vgl. [13, 16, 18]). Einer möglichen Delegation ärztlicher Aufgaben wird nur marginal in den Gesetzen zur Ausbildung der nicht-akademischen Heilberufe Rechnung getragen. § 3 I, II Nr. 2 a) des in 2003 novellierten Krankenpflegegesetzes (KrPflG; BGBl. I 2003, 1442) sieht als Ausbildungsziel der Gesundheits- und Krankenpflegenden vor, dass dieses im Rahmen der Mitwirkung ärztlich veranlasste Maßnahmen eigenständig durchführt. Die Verordnung über die Berufsausbildung zur/zum Medizinischen Fachangestellte/n (MedFANGAusbV; BGBl. I 2006, 1097) normiert hingegen gemäß § 4 Nr. 8.1 i. V. m. Anlage 1, dass auch die venöse Blutentnahme zu den Ausbildungszielen dieses nicht-ärztlichen Assistenzberufes zählt.

Die höchstrichterliche Rechtsprechung trug den arbeitsteiligen Anforderungen im Gesundheitswesen bereits in einer Entscheidung aus dem Jahr 1975 [6], die immer noch als grundlegend bewertet wird [13], Rechnung, indem sie den Einsatz und die Übertragung von Verantwortung auf nicht-ärztliche Hilfspersonen in der modernen Medizin und im Klinikwesen ausdrücklich befürwortete. In einer gemeinsamen Stellungnahme von BÄK und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aus dem Jahr 1988 [5] wurde zwischen nicht, im Einzelfall oder grundsätzlich delegationsfähigen Leistungen differenziert. Die Durchführung von Blutentnahmen wurde dabei als eine im Einzelfall ad personam delegierbare Leistung bei entsprechender Qualifikation des nicht-ärztlichen Mitarbeiters bewertet.

Bei der Delegation ärztlicher Aufgaben („Einschränkung des Arztvorbehalts“) an nicht-ärztliches Personal handelt es sich um eine vertikale Arbeitsteilung im Wege der top down Hierarchie im Gesundheitswesen [37], die anders als im niedergelassenen Bereich aufgrund der fehlenden Weisungsbefugnis des einzelnen Arztes gegenüber den Gesundheits- und Krankenpflegenden entsprechender Vorgaben der Krankenhausleitung bedarf. Grundsätzlich nicht delegationsfähig sind ärztliche Aufgaben, deren Durchführung theoretisches und ärztliches Wissen sowie ärztliche Erfahrung erfordert [10, 15, 17]. Dabei handelt es sich um solche ärztliche Aufgaben, die als ureigenste ärztliche Kernaufgaben zu klassifizieren sind, wie operative Eingriffe, Kontrolle der Laborbefunde, Aufklärungsgespräche etc. [8, 24]. Ebenfalls ist eine Delegation an nicht-ärztliches Personal versagt, wenn die Maßnahme wegen ihrer Gefährlichkeit, dem Auftreten von Schwierigkeiten oder der Unvorhersehbarkeit von etwaigen Reaktionen zu Lasten des Patienten das persönliche Handeln des Arztes erfordert [10, 17, 20]. Aufgrund des invasiven Charakters der venösen Blutentnahme als Eingriff in die körperliche Integrität des Patienten handelt es sich dabei zunächst um eine originäre ärztliche Aufgabe, die aber einfach zu erlernen und weder ein großes Gefährdungspotential noch mit Schwierigkeiten oder unvorhersehbaren Risiken für den Patienten verbunden ist. Daher ist die venöse Blutentnahme z.B. vom Arm des Patienten, nach überwiegender Auffassung (vgl. z.B. [5, 10, 17, 29, 35], andere Auffassung [29]) auch vor dem Hintergrund der persönlichen Leistungserbringung im Vertragsarztrecht [4] delegierbar. Insbesondere aus haftungsrechtlicher Sicht ist beachtlich, dass in diesem arbeitsteiligen Prozess den niedergelassenen Arzt oder den (Chef-)arzt im Krankenhaus bei entsprechenden Vereinbarungen durch den Krankenhausträger, z.B. Betriebsvereinbarungen zur pauschalen Delegation der venösen Blutentnahme an das Pflegepersonal die Anordnungsverantwortung für die Blutentnahme trifft, während dem Pflegepersonal die Durchführungsverantwortung dafür obliegt [10, 15]. Unter Beachtung des Vertrauensgrundsatzes, der vom BGH sowohl bei zivil- als auch strafrechtlichen Entscheidung beachtet

wird, dürfen Ärzte und Pflegekräfte wechselseitig darauf vertrauen, dass Anordnung bzw. Durchführung der Aufgaben von den betreffenden Personen mit der notwendigen Sorgfalt durchgeführt werden (vgl. [11, 12, 23]). Allerdings setzt die Delegation der Blutentnahme voraus, dass beim Pflegepersonal die notwendige Qualifikation in Form der fachlichen Kenntnisse und der praktischen Erfahrung vorliegen. Die Qualifikation in der Ausbildung durch die Krankenpflegesschulen ist in der Fassung des Krankenpflegegesetzes von 2003 berücksichtigt. Der delegierende Arzt, der für die ordnungsgemäße Durchführung die Gesamtverantwortung trägt, muss sich deshalb persönlich davon überzeugen, dass die erforderlichen fachlichen Voraussetzungen sowie die Zuverlässigkeit bei den nicht-ärztlichen Mitarbeitern vorliegen. Den Arzt treffen folglich Auswahl-, Instruktions-, Überwachungs- und Kontrollpflichten, wobei z.B. die Instruktionspflicht im Krankenhausalltag durch Dienstverordnung von Seiten der Krankenhausleitung standardisiert und präzisiert werden kann [12, 23]. Wenn die übertragenen Tätigkeiten zur Berufsausbildung des nicht-ärztlichen Personals gehören, kann der Arzt auf die spezifischen Kenntnisse der Berufsgruppe vertrauen [28, 29]. Ebenfalls ist durch regelmäßige Überwachung und Kontrolle sicherzustellen, dass der fachliche Standard zum Wohle des Patienten eingehalten wird [3, 10, 15]. Die Pflegekraft muss ihrerseits jedoch bereit sein, die mit der zugewiesenen Aufgabe einhergehende zusätzliche Verantwortung zu übernehmen (Übernahmeverantwortung). Dies bedeutet, dass sie im Rahmen einer „gesunden Selbsteinschätzung“ prüfen muss, ob sie sich für die delegierte Maßnahme ausreichend qualifiziert fühlt und in der Lage ist, die Tätigkeit fehlerfrei durchzuführen. Bei diesbezüglichen Unklarheiten besteht die Pflicht zur Nachfrage. Die angeordnete Aufgabe kann zu jeder Zeit von der Pflegekraft abgelehnt werden, sofern sie sich ihr nicht gewachsen fühlt. Fehlerhafte Einschätzungen können als Übernahmeverschulden der Pflegekraft gewertet werden. Aus haftungsrechtlicher Sicht sollte eine ordnungsgemäße Dokumentation der durchgeführten Maßnahmen erfolgen und auf versicherungsrechtlichen Schutz der Pflegekräfte und anordnenden Ärzte geachtet werden [34].

Schlussfolgerung



Die Ergebnisse legen nahe, dass venöse Blutentnahmen im Klinikbetrieb zu den delegationsfähigen ärztlichen Leistungen zu zählen sind und kein persönliches ärztliches Handeln erfordern. Ob es sich wie nach herrschender Auffassung bei der venösen Blutentnahme nur um eine im Einzelfall delegationsfähige Aufgabe handelt (vgl. z.B. [1, 5, 7, 31, 34, 36]) oder bei festem Bestandteil der Ausbildung grundsätzlich delegationsfähig (z.B. [25]) ist, lässt sich noch nicht abschließend beurteilen. Aus den Vorgaben des Transfusionsgesetzes wird deutlich, dass es sich um qualifiziertes nichtärztliches medizinisches Personal (Gesundheits- oder Krankenpflegende, MTA) handeln sollte [13], was gegen die Einführung angelernter Phleboto-misten sprechen würde. Um rechtlich eindeutige Verhältnisse zu erreichen, wären gesetzliche Vorgaben auch vor dem haftungsrechtlichen Hintergrund sowohl für Ärzte als auch für Pflegekräfte wünschenswert. So regelt das Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG; BGBl. I Nr.108/1997 in der Fassung BGBl. I Nr. 90/2006) in Österreich gemäß § 15, dass die Blutentnahme aus Venen und Kapillaren nach ärztlicher Anordnung vom mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich der gehobenen Dienste für Gesundheits- und Krankenpflege umfasst ist und beschreibt die Verantwortungsbereiche sowie erforderlichen Maßnahmen (z.B. schriftliche Anordnung durch den Arzt).

Die Vorteile für die Delegation der Blutentnahme auf Pflegekräfte liegen nach unserer Untersuchung klar auf der Hand. Durch die Nähe der Pflegenden zum Patienten können Blutentnahmen zeitnah und ohne Qualitätsverlust durchgeführt werden. Grundlage für die Einführung der Blutentnahme durch Pflegekräfte in einzelnen Kliniken ist eine entsprechende Schulung und Zertifizierung, was für die Pflegekräfte eine zusätzliche Anerkennung bedeutet und den Pflegeberuf in der Verantwortung aufwertet. Ebenso ist eine grundsätzliche Klärung der Delegationskompetenz auf Leitungsebene (Geschäftsführung, Medizinischer Direktor, Pflegedienstleitung) der Klinik erforderlich. Ärztemangel und Zwang zur Ökonomisierung aller Abläufe im Krankenhaus sind weitere gewichtige Argumente, die gegen die verbreitete venöse Blutentnahme durch ärztliches Personal sprechen. Nicht-fachspezifische Tätigkeiten des Pflegepersonals sollten in Deutschland zur Optimierung und Ökonomisierung der Prozesse delegiert werden können: Es bedarf sicherlich keiner 3-jährigen qualifizierten Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung, um sich allmorgendlich 30 Minuten mit dem Verteilen des Frühstückstücks aufzuhalten. Auch Pflegekräfte haben in ihrer Ausbildung hochwertige medizinische Kenntnisse erworben, die sie in der täglichen Praxis anwenden sollten. Wenn die Einhaltung der Standards und Sorgfaltspflichten vonseiten der Ärzte und Pflegenden zum Wohle des Patienten eingehalten werden, spricht nach den Ergebnissen unserer Studie nichts gegen eine Steigerung der Effizienz und Prozessökonomisierung durch Delegation der venösen Blutentnahme auf das Pflegepersonal.

Konsequenz für Klinik und Praxis

- ▶ Die Delegation der venösen Blutentnahme auf Gesundheits- und Krankenpflegende ist zur Steigerung der Effizienz im Krankenhausalltag zu befürworten.
- ▶ Zur Absicherung der anordnenden Ärzte und durchführenden Pflegekräfte müssen ordnungsgemäße und sichere rechtliche Rahmenbedingungen geschaffen werden.

Abstract

Taking venous blood samples in the daily routine of German hospitals

Background and objective: In Germany, taking blood samples is generally considered to be the task of a physician. Doctors can legally delegate the taking of blood samples to nurses only after having made sure that they are qualified for this task. In daily routine at many hospitals blood samples are almost always taken by doctors and nearly exclusively by qualified assistants in the medical practices of resident doctors.

Methods: Answers to standardized questionnaires by 538 nurses were analysed for the way in which five German hospitals of a corporate group of hospitals dealt with this task, and what circumstances and reasons played a role.

Results: It was found that in the East German states blood samples were significantly more often taken by nurses than in the rest of the Federal Republic. 476 of all nurses questioned (89.14% of total) considered themselves capable of taking blood samples. However taking these samples has remained part of doctors' daily routine.

Conclusion: In times of necessary cost cutting and a growing lack of physicians it would be reasonable to delegate this task to nurses who have been specifically trained for it.

Literatur

- 1 *Bachstein E.* Die Delegation von ärztlichen Aufgaben. *Pflege Aktuell* 2005; 10: 544–547
- 2 *Bartholomeyczik S, Müller E.* Pflegeforschung verstehen. München: Urban & Schwarzenberg, 1997
- 3 *Bergmann K-O.* Die Arzthaftung. Berlin: Springer, 2004: 43–59
- 4 *Brogli M.* Jetzt machen die KVn ernst mit Plausibilitätsprüfungen. *Internist* 2001; 42(11): M 268–M 272
- 5 *Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung.* Anforderungen an die persönliche Leistungserbringung. *Dt Ärztebl* 1988; 85: A 2604–A 2605
- 6 *BGH.* Urt. v. 24.6.1975, Az. VI ZR 72/74. *NJW*: 1975: 2245–2246
- 7 *Büskens G.* Der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung, § 4 Abs. 2 GOÄ/GOZ. In: *Bach P, Moser H (Hrsg.) Private Krankenversicherung.* München: CH-Beck Verlag, 2002: Rn. 20–27
- 8 *Detmeyer R.* Medizin und Recht – Rechtliche Sicherheit für den Arzt. Berlin: Springer, 2006: 283–309
- 9 *Ernst DJ.* Is the phlebotomist obsolete? *Med Lab Obs* 1997; 29: 30–34
- 10 *Geilen G.* Das Recht der medizinischen Behandlung. In: *Wenzel F (Hrsg.) Handbuch des Fachanwalts Medizinrecht.* Köln: Luchterhand, 2007: 362–366
- 11 *Geiß K, Greiner H-P.* Arzthaftpflichtrecht. München: CH-Beck, 2001: 26–
- 12 *Hahn B.* Zulässigkeit und Grenzen der Delegation ärztlicher Aufgaben – Zur Übertragung von Blutentnahmen, Injektionen, Infusionen und Bluttransfusionen auf nichtärztliches Assistenzpersonal. *NJW* 1981; 37: 1977–1984
- 13 *Hasskarl H, Ostertag A.* Einsatz nichtärztlichen Personals im Rahmen der Blutspende. *Transfus Med Hemother* 2007; 34: 120–137
- 14 *Hildebrand N.* Injektionen und Blutentnahmen – leicht gemacht. Techniken, Tipps, Komplikationen. 2. Aufl. Neckarsulm: Jungjohann, 1993
- 15 *Jansen C.* Behandlungsfehler. In: *Rieger H-J (Hrsg.) Lexikon des Arztrechts.* Heidelberg: C. F. Müller, 2005
- 16 *LG Kaiserlautern.* Urt. V. 13.2. 2004 – Az. 3 O 71/01
- 17 *Laufs A.* Horizontale und vertikale Arbeitsteilung. In: *Laufs A, Uhlenbruck W (Hrsg.) Handbuch des Arztrechts.* München: CH-Beck, 2002: 948–953
- 18 *Lippert HD.* Anforderungen zur Entnahme der Spende. In: *Lippert HD, Flegel WA (Hrsg.) Kommentar zum Transfusionsgesetz (TFG) und den Hämotherapie Richtlinien.* Berlin: Springer, 2002: 161–165
- 19 *Lippi G, Salvagno GL, Montagnana M, Guidi GC.* The skilled phlebotomist. *Arch Pathol Lab Med* 2006; 130: 1260–1261
- 20 *Martis R, Winkhart M.* Arzthaftungsrecht aktuell. Köln: Dr. Otto Schmidt, 2003: 42–43
- 21 *Mulder, M.* Practical guide for general nursing science. Part 2. Cape Town, South Africa: Maskew Miller Longman, 1999
- 22 *Notter L, Hott J.* Grundlagen der Pflegeforschung. 3. Aufl. Bern: Hans Huber, 1997
- 23 *Olzen D, Frister H.* Gutachten zur rechtlichen Zulässigkeit des HELIOS-Anästhesie-Modells. Düsseldorf: 2006
- 24 *Parzeller M, Wenk M, Zedler B, Rothschild M.* Aufklärung und Einwilligung bei ärztlichen Eingriffen. *Dt Ärztebl* 2007; 104: A 576–586
- 25 *Pflüger F.* Krankenhaushaftung und Organisationsverschulden. Berlin, Springer: 2002: 141–145
- 26 *Potter P, Perry A.* Fundamentals of nursing. Concepts, Process & Practice. 3rd ed. St. Louis: Mosby Year Book, 1993
- 27 *Pritchard A, David J.* Manual of clinical nursing procedures. 2nd ed. London: Harper & Row, 1990
- 28 *Roßbruch R.* Zur Problematik der Delegation ärztlicher Tätigkeiten an das Pflegefachpersonal auf Allgemeinstationen unter besonderer Berücksichtigung zivilrechtlicher, arbeitsrechtlicher und versicherungsrechtlicher Aspekte – 2. Teil. *PfR* 2003; 4: 139–149
- 29 *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.* Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Langfassung, 2007
- 30 *Schäffler A, Menche N, Bazlen U, Kommerell T.* Pflege heute. München, Jena: Urban & Fischer, 2000
- 31 *Spindler G.* Delegation von Tätigkeiten an nicht-ärztliches Personal. In: *Bamberger H, Roth H (Hrsg.) Beck'scher Online-Kommentar.* München: CH-Beck, 2007: Rn. 723–725
- 32 *Stewart KR, France CR, Rader AW, Stewart JC.* Phlebotomist interpersonal skill predicts a reduction in reactions among volunteer blood donors. *Transfusion* 2006; 46: 1394–1395
- 33 *Tintinalli J, Hayden S, Larson J.* Emergency department phlebotomist: a failed experiment. *Ann Emerg Med* 2004; 44: 185–186
- 34 *Tönnies M.* Delegation und Durchführungsverantwortung: Rechtliche Grundlagen und berufliche Verpflichtung. *Pflege aktuell* 2000; 5: 290–292
- 35 *Ulsenheimer K.* Arztstrafrecht in der Praxis. Heidelberg: 2003: 201–206
- 36 *Wellner W.* Anwendungsfälle des § 283 Abs. 1 BGB – Weitere Haftungsfragen. In: *Schlegelmilch G (Hrsg.) Geigel – Der Haftpflichtprozess.* München: CH-Beck, 2004: Rn. 256–265
- 37 *Wienke A.* Delegation ärztlicher Leistungen oder zur Einschränkung des Arztvorbehaltes. Anlage 4 zu Top 7 derAWMF-Delegiertenkonferenz, 2007