

Einleitung

Warum finden gerade heute, in den Zeiten immer knapper werdender Finanzen im Gesundheitssystem, immer neue Projekte statt?

Diese Frage beantwortet sich eigentlich schon selbst. Denn nur wenn das Gesundheitssystem sich verändert und sich den neuen politisch und gesellschaftlich gegebenen Strukturen anpasst, kann die jetzige Versorgungsqualität auch weiterhin gewährleistet werden. Ein politisches Ziel ist sicherlich die wirtschaftliche Ausrichtung der Krankenhäuser. Mit dieser Systematik wird versucht, im Gesundheitswesen Finanzen einzusparen bzw. Gelder zu optimieren. Seit der Einführung der DRG sind die Klinikmanager mit einem immer größeren wirtschaftlichen Druck konfrontiert.

Manager von Krankenhäusern, die verstehen oder verstanden haben, mit eben diesem neuen wirtschaftlichen Druck umzugehen, setzen immer wieder Innovationen in die Realität um. So wurde z. B. Personal für die DRG-Eingruppierung in bestimmten Kliniken besonders geschult, um eine effiziente DRG-Codierung zu gewähren, und der Service rund um das Krankenhaus, wie die Küche oder die Wäscherei, wurde an Dienstleistungsunternehmen vergeben. Flexible Manager, die Krankenhäuser als moderne Unternehmen verstehen und dementsprechend handeln, finden neue Wege, um Kosten einzusparen bzw. um neue Geldquellen aufzutun. Nichts desto trotz sind die paradiesischen Zustände für die Krankenhäuser seit Mitte der 90er-Jahre vorbei.

Eine weitere Möglichkeit, Kosten bei gleich bleibender Qualität einzusparen, bietet die Weitergabe bestimmter Tätigkeiten des ärztlichen und pflegerischen Bereichs. Bereits 2005 begannen die ersten Kliniken mit der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch das Pflegepersonal und ähnlichen Projekten, wie z. B. der Weitergabe delegierfähiger pflegerischer Tätigkeiten an Assistenzpersonal. Im Zeitalter der DRG ist eine strikte Trennung der Tätigkeitsfelder, z. B. zwischen dem ärztlichen Dienst und dem Pflegedienst, nicht mehr sinnvoll. Die im Laufe der Geschichte gezogene Trennlinie zwischen ärztlichen und pflegerischen Aufgaben wird sich vermischen und der Pflege einen höheren Spielraum zugestehen (müssen).

Dieses Buch befasst sich mit dieser Tätigkeitsverschiebung im Krankenhaus, vor allem mit den Tätigkeiten der Blutentnahme, Injektion sowie Infusion. Chancen für das Krankenhaus, aber auch speziell für den Pflegedienst werden erörtert. Es werden wichtige Grundkenntnisse vermittelt und diskutiert, welche für die Tätigkeitsverschiebung vor allem im pflegerischen Bereich relevant

sind. Zudem wird das Projekt „Tätigkeitsverschiebung“ aus einem 600-Betten-Krankenhaus vorgestellt. Während dieses Projekts wurden ärztliche Aufgaben an das Pflegepersonal und an pflegerisches Assistenzpersonal weitergeben.

1 Organisatorische Grundlagen

1.1 Stellenbeschreibungen im Pflegedienst

Im Allgemeinen gilt als Hauptaufgabe von Pflegenden der Dienst am Nächsten. Dies wird durch bestimmte Tätigkeiten, wie die sachkundige Grund- und Behandlungspflege des Patienten, Krankenbeobachtung, die Dokumentation und Informationsweitergabe, gewährt. Des Weiteren gehören ärztliche Hilfeleistungen, die Zusammenarbeit mit Ärzten und anderen Berufsgruppen (z. B. weitere Therapeuten) ebenso in den Zuständigkeitsbereich von examinierten Pflegenden.

Als Voraussetzungen für den Beginn einer Pflegeausbildung gelten die Vollen- dung des 17. Lebensjahres, ein Realschul- oder vergleichbarer Abschluss sowie ein Nachweis der körperlichen Eignung. Die Bereitschaft, Wissen kontinuierlich auszubauen, wird erwünscht.

In einer allgemeinen Stellenbeschreibung nach Golombek et al. (1997) werden dem Pflegedienst ärztliche Hilfsleistungen zugeordnet. Wieweit diese sich je- doch mit dem ärztlichen Bereich überschneiden, wird bei Golombek nicht erkenntlich. Es gibt zur Abgrenzung zwischen dem Pflegedienst und dem ärzt- lichen Dienst keine klaren Grenzlinien. Dies bedeutet, dass jede Institution für sich selbst nach intensiver vorheriger Prüfung entscheiden muss, welche ärzt- lichen Tätigkeiten sie dem Pflegedienst übertragen kann.

In einer weiteren allgemeinen Stellenbeschreibung nach Golombek/Rossbauer (1998) findet eine Aufteilung in „auf den Patienten bezogene“, „auf den Kran- kenhausbetrieb und die Organisation des Pflegedienstes bezogene“ und „auf die Mitarbeiter bezogene“ Aufgaben statt. Hinzu kommen diverse Befugnisse und Verpflichtungen sowie die Vorgehensweisen bei der Zusammenarbeit mit an- deren Bereichen wie der Stations- und der Pflegedienstleitung. Auch in dieser allgemeinen Stellenbeschreibung sagt Golombek/Rossbauer (1998, S. 32 ff.): „Die Krankenschwester/der Krankenpfleger führt medizinische Anordnungen der Ärzte fachgerecht aus und leitet auffällige Beobachtungen unmittelbar und korrekt an die vorgesetzte Stelle, gegebenenfalls auch an den Stationsarzt weiter.“

Jedoch findet sich in dieser allgemeinen Stellenbeschreibung keine klare Ab- grenzung in der Schnittstelle ärztlichen Tätigkeiten – Pflēgetätigkeiten, was nicht (unbedingt) negativ ausgelegt werden muss.

Würde die nachfolgende Stellenbeschreibung ärztliche Aufgaben und die der Pflegenden klar voneinander trennen bzw. die zu übernehmenden Tätigkeiten exakt definieren, würde dem Tätigkeitsspielraum des Pflegedienstes ein großes Stück Flexibilität genommen werden. Die unkonkrete Aufnahme von „Übernahmen ärztlicher Tätigkeiten“ ist daher in der Stellenbeschreibung sowie auch im Arbeitsvertrag sehr sinnvoll. Jedoch können nicht generell alle Tätigkeiten vom ärztlichen Dienst in den Pflegedienst verschoben werden. Diese Aufgaben müssen vor Ort erörtert werden, und bei Bedarf muss das Pflegepersonal gesondert geschult werden. Einzelheiten zu dieser Thematik werden im Verlauf dieses Buchs erörtert.

Stellenbeschreibung für (Gesundheits- und) Krankenpflege

Anforderungen:

- Beständenes Examen zur examinierten Krankenpflege
- Kollegiales Auftreten im Team

Zielsetzung:

- Bestmögliche Versorgung der Patienten entsprechend dem pflegerischen Standard
- Beachtung der Unternehmensphilosophie bzw. des Leitbildes
- Durchführung einer bestmöglichen, patientenorientierten- und individuellen Pflege sowie die Unterstützung des Patienten bei der Genesung und der Prävention von (weiteren) Krankheiten

Konkrete und allgemeine Aufgaben:

- Professionelle Planung der Pflegeleistungen und der entsprechenden Maßnahmen aufgrund einer umfassenden Krankenbeobachtung und aufgrund der Erfassung von Patientenbedürfnissen
- Durchführung der geplanten pflegerischen Maßnahmen
- Dokumentation der durchgeführten Maßnahmen sowie deren Auswirkungen
- Vorbereitung und Unterstützung bei ärztlichen Tätigkeiten
- Übernahme von (definierten) ärztlichen Tätigkeiten

Verpflichtung zur:

- Einhaltung der Unfallverhütungsvorschriften
- Einhaltung der hygienischen Bestimmungen
- Verbesserungsvorschläge
- Weitergabe von Informationen
- Schweigepflicht
- Einhalten von verbindlichen Regelungen

Abb. 1: Stellenbeschreibung für (Gesundheits- und) Krankenpflege (vgl. Golombek/Rossbauer 1998, S. 31–35)

So oder ähnlich könnten heute Stellenbeschreibungen für (Gesundheits- und) Krankenpflegende aussehen.

Stellenbeschreibungen basieren auf den Grundbildern eines Berufs und werden von den Einrichtungen in Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern erstellt. Die Stellenbeschreibungen klären eindeutig die Aufgaben des Mitarbeiters. Erfüllt

der Mitarbeiter die Aufgaben, welche in der Stellenbeschreibung genannt sind, nicht, können arbeitsdisziplinarischen Konsequenzen gezogen werden. Der Arbeitnehmer muss die Stellenbeschreibung kennen, dies kann durch Unterschrift nachgewiesen werden. Daher ist die Stellenbeschreibung oft ein Anhang des Arbeitsvertrags. Manche Arbeitgeber verwenden andere Begriffe wie Aufgabenbeschreibungen oder Tätigkeitsfeldbeschreibungen. Stellenbeschreibungen zeigen die Pflichten des Arbeitnehmers auf, sie zeigen allerdings auch auf, was der Arbeitgeber vom Arbeitnehmer verlangen darf. Daher ist es für beide Seiten sinnvoll, Stellenbeschreibungen im Unternehmen einzuführen. Stellenbeschreibungen selbst müssen regelmäßig überarbeitet werden, da sich die Anforderungen an die Stelle bzw. den Mitarbeiter, der diese Stelle ausübt, verändern können.

1.2 Weisungsbefugnis und Delegation zwischen den Berufen im Krankenhaus

Die Weisungsbefugnisse zwischen den Berufen, hier mit besonderem Augenmerk auf jene zwischen dem Pflegedienst und dem ärztlichen Dienst, sind in vielen Gesundheitsorganisationen schriftlich nicht fixiert.

Doch welche Weisungsrechte gibt es überhaupt, und was bedeuten diese?

1.2.1 Fachliches Weisungsrecht

Neben dem dienstlichen Weisungsrecht existiert im Krankenhauswesen das fachliche Weisungsrecht. Trägt z. B. ein Arzt einer Pflegenden auf, den Blutdruck engmaschig zu kontrollieren, spricht man von einem fachlichen Weisungsrecht des Arztes. Eine Krankenschwester kann aber auch selbst gegenüber einem Pflegeschüler oder dem Pflegehilfpersonal von einem fachlichen Weisungsrecht Gebrauch machen. Das fachliche Weisungsrecht muss nicht innerhalb einer Abteilung zu finden sein – im Gegensatz zum dienstlichen Weisungsrecht.

Anmerkung

Die Verantwortung teilt sich im erstgenannten Beispiel zwischen dem Arzt (**Anordnungsverantwortung**, d. h. der Arzt ist verantwortlich für die korrekte Weitergabe der Tätigkeit) und der ausführenden Pflegekraft (**Durchführungsverantwortung**, d. h. die Pflegekraft ist für die richtige Ausübung der übertragenen Tätigkeit verantwortlich) auf.

1.2.2 Dienstliches Weisungsrecht

Das dienstliche Weisungsrecht besteht nur innerhalb einer Berufsgruppe, wie z. B. im Pflegedienst. Der Vorgesetzte ist gegenüber seinen Mitarbeitern dienstlich weisungsbefugt. Der Arzt als Mitglied einer anderen Berufsgruppe ist den Mitarbeitern des Pflegedienstes nur fachbezogen weisungsbefugt, nicht aber dienstlich. Es ist daher dem Arzt verboten, z. B. den Dienstplan des Pflegepersonals oder die Bezugspflege zu organisieren, was der Stationsleitung dagegen erlaubt ist.

1.3 Delegation und Tätigkeitsverschiebung

1.3.1 Die Delegation

Im Alltag wird der Begriff „Delegation“ sehr häufig und sehr unachtsam eingesetzt. Doch was ist „Delegation“ eigentlich?

Bea und Göbel (2006, S. 302) definieren diesen Begriff wie folgt: „Unter Delegation versteht man die Übertragung von Kompetenzen auf andere“. An sich ist das eine plausible und nachvollziehbare Definition. In bestimmten Betrieben, wie z. B. in Krankenhäusern, wo verschiedene Berufsgruppen nebeneinander arbeiten, zeigt sie jedoch Schwächen: Wer darf denn nun an wen delegieren? Verständlich ist, dass nur der delegieren kann, der auch eine Aufgabe inklusive Kompetenz und Verantwortung hat. **Nach Bea und Göbels Definition könnte somit der Oberarzt Delegationen an das Pflegepersonal weitergeben.** Das darf er auch, soweit diese Delegationen innerhalb des fachlichen Weisungsrechts bleiben. Der Oberarzt dagegen hat keinerlei dienstliches Weisungsrecht den pflegerischen Stationsmitarbeitern gegenüber.

Eine weitere Definition nach Krüger (in Bea et al. 2005) bezieht die Delegation auf zwei direkt aufeinanderfolgende Hierarchieebenen einer Abteilung. Die Delegation hat vertikal zu erfolgen und betrifft den Mitarbeiter im Verhältnis zu seinem direkten Vorgesetzten. Nach dieser Definition dürfte der Arzt keine Delegationen an die Pflegenden vornehmen.

Im Weiteren orientiert sich dieses Buch nach der letztgenannten Definition von Krüger. Somit ist die oben erwähnte Aussage, dass eine Delegation vom Oberarzt zur Stationsschwester innerhalb des fachlichen Weisungsrechts zu suchen ist, falsch. Vielmehr spricht man hierbei von einer Tätigkeitsverschiebung.

Im eigentlichen Sinn finden daher bei der neuen Zuteilung der Aufgaben zwischen dem ärztlichen Dienst und dem Pflegedienst Tätigkeitsverschiebungen und keine Delegationserweiterung über die Berufsgruppe hinaus statt. Da jedoch der Pflegedienst mehr ärztliche Tätigkeiten übernehmen wird, vergrößert sich nun zwangsläufig auch der Bereich des fachlichen Weisungsrechts von

Seiten des ärztlichen Dienstes. Das fachliche Weisungsrecht gab es zudem schon lange vor der aktuellen Diskussion über die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch den Pflegedienst, da Pflegekräfte bestimmte Tätigkeiten bereits durchführten (wie z. B. das Geben von subkutanen Injektionen, das Messen von Körperwerten usw.).

1.3.2 Die Tätigkeitsverschiebung

Unter Tätigkeitsverschiebung versteht man eine neue Aufteilung der Aufgaben zwischen verschiedenen Berufsgruppen. Gibt der ärztliche Dienst nun etwa die Tätigkeit „Blutentnahme“ an das Pflegepersonal ab, spricht man von einer Tätigkeitsverschiebung und nicht von einer Delegation. Vor einer Tätigkeitsverschiebung muss jedoch abgeklärt werden, ob die übernehmende Berufsgruppe diese Tätigkeiten übernehmen darf, ob die notwendigen Zeitressourcen zur Verfügung stehen, ob und wie weit evtl. juristische Folgen entstehen können, und ob die fachliche Kompetenz der Durchzuführenden vorhanden ist. Tätigkeitsverschiebungen sollten zudem immer der Prozessorientierung dienen. Orientiert man sein Arbeiten nach Prozessen, so müssen die Tätigkeiten optimal den jeweiligen Berufsgruppen zugeteilt werden. Teilt man bei der Tätigkeitsverschiebung die Tätigkeiten neu zu, ist es sinnvoll, die Prozessabläufe ebenso zu berücksichtigen. Vielleicht mag es aufgrund der Prozessorganisation in dem einen oder anderen Krankenhaus bzw. Station sinnvoll sein, z. B. die Blutentnahmen bei den Ärzten zu belassen, da so im Gesamten die Prozesse reibungsloser funktionieren.

Dieses Buch bezeichnet die Verschiebung von ärztlichen Tätigkeiten hin zum Pflegedienst als Tätigkeitsverschiebung und nicht als Delegation.

1.3.3 Grundsätze der Delegation und der Tätigkeitsverschiebung

Um Delegationen richtig steuern zu können, müssen nach Bea und Göbel (vgl. 2006, S. 305 f.) folgende Grundsätze beachtet werden (Die folgende Aufzählung wurde vom Autor im Vergleich zu Bea und Göbel um den letzten Punkt erweitert):

1. Kongruenzprinzip: Aufgabe, Kompetenz und Verantwortung müssen gleichzeitig delegiert werden.
2. Subsidiaritätsprinzip: Die Aufgabe soll der niedrigsten Hierarchieebene zugeteilt werden, die diese gerade noch erfüllen kann.
3. Relevanzprinzip: Die Aufgabenverteilung muss zu bedeutsamen Aufgabenkomplexen führen.
4. Aufgabenverteilung entsprechend der Qualifikation und Kapazität: Die Aufgabe soll das Potential des Durchführenden umfassend ausschöpfen und ihn hinsichtlich seiner Qualifikation, Erfahrung und Persönlichkeit nicht überbeanspruchen.

5. Ziel-Aufgaben-Kohärenzregel: Der Durchführende soll mit den Aufgaben Einfluss auf die ihm gesetzten Ziele haben.
6. Minimalebene regel: Eine Delegation soll so wenige Hierarchieebenen wie möglich berühren.
7. Entscheidungen an der Informationsquelle: Entscheidungen werden dezentral unmittelbar an der Informationsquelle getroffen.
8. Weitergabe von Informationen: Die notwendigen Informationen müssen ebenso delegiert werden.

Gibt nun der ärztliche Dienst Tätigkeiten an die Pflege ab, müssen – ähnlich wie bei der Delegation – die oben genannten Grundsätze bedacht werden.

Im Vergleich zur Delegation können bei der Tätigkeitsverschiebung Entscheidungen jedoch nicht immer direkt an der Informationsquelle gefällt werden. Daher muss der Punkt „Entscheidungen an der Informationsquelle“ für die Tätigkeitsverschiebung entfallen. Wenn exakte Regeln eine mögliche Tätigkeitsübernahme von vornherein einschränken sollen (z. B. durch die Einführung einer Negativliste), muss diese Entscheidung zentral beschlossen werden. Falls nun jedoch eine Routinetätigkeit, z. B. die Lagerung im OP, eine Gefährdung für den Patienten bedeutet (wenn z. B. aufgrund eines Rückenleidens des Patienten die für die geplante OP übliche Lagerungsform nicht möglich ist), muss vor Ort durch den Pflegedienst entschieden werden, inwieweit ein Arzt zu konsultieren bzw. diese Tätigkeit komplett vom Arzt durchzuführen ist.

Bea und Göbel zeigen zudem die Vor- und Nachteile der Delegation auf. Diese wurden ebenfalls vom Autor geringfügig verändert und teilweise der Tätigkeitsverschiebung angepasst:

Vorteile einer Delegation/Tätigkeitsverschiebung

- Die Delegation kann Führungskräfte (s. Kap. 1.4.2) gezielt entlasten, die Tätigkeitsverschiebung dagegen Berufsgruppen.
- Durch den Einsatz von Delegation oder Tätigkeitsverschiebung ist es möglich, die Qualifikation des übernehmenden Mitarbeiters vollständig auszus schöpfen.
- Da der Mitarbeiter eine neue hochwertige Aufgabe auszuführen hat, beeinflusst dies seine Motivation positiv.
- Durch die Delegation ist es möglich, vor Ort schnelle Entscheidungen zu treffen.
- Ebenso wird durch die stetige Delegation der Führungsnachwuchs in der eigenen Abteilung gefördert.
- Im Rahmen der Tätigkeitsverschiebung ist es möglich, die Prozessoptimierung zu integrieren und auszubauen.

Nachteile der Delegation/Tätigkeitsverschiebung

- Dadurch, dass die Delegation zwischen mehreren Personen stattfindet, ist die Gefahr des Kontrollverlusts erhöht (z. B. Informationsschwund).

- Werden Tätigkeiten nicht entsprechend der Mitarbeiterqualifikation delegiert, droht die Gefahr von Über- bzw. Unterbeanspruchung des ausführenden Mitarbeiters.
- Aufgrund des nun geringeren Tätigkeitsspielraums der tätigkeitsverschiebenden Berufsgruppe könnte die Angst vor dem eigenen Machtverlust entstehen bzw. das Ansehen des eigenen Berufsstandes sinken.
- Da viele Aufgaben zu unterschiedlichen Zeitpunkten und teilweise auch von unterschiedlichen Mitarbeitern/Instanzen weitergegeben oder delegiert werden, ist die Gefahr der Uneinheitlichkeit (bei Delegation und Tätigkeitsverschiebung) vorhanden.

Die Vor- und Nachteile der Delegation/Tätigkeitsverschiebung müssen im Vorfeld situations- und unternehmensspezifisch geprüft werden. In wie weit z. B. ärztliche Tätigkeiten an Pflegende abgegeben werden können, hängt u. a. von den bereits vorhandenen Aufgaben für den Pflegedienst, von der personellen Struktur und vom Qualifikationsstand des Pflegedienstes ab.

Konkrete Vor- und Nachteile der Tätigkeitsverschiebung, speziell für den Bereich Pflegedienst – ärztlicher Dienst, sind in Abbildung 2 aufgeführt:

Chancen der Tätigkeitsverschiebung	Risiken der Tätigkeitsverschiebung
Förderung der Prozessorientierung durch klare Aufgabenzuweisungen	Zu Beginn Berührungängste mit den neuen Aufgaben
Steigende Mitarbeitermotivation durch die Übernahme hochwertiger Aufgaben	Degradierung des Pflegedienstes zum ärztlichen Hilfsberuf
Verbesserung der Ergebnisqualität	Rückschritt der Entwicklung zur eigenen Profession
Optimierung der finanziellen Ressourcen	Zunahme der Funktionspflege
Abgabe von einfachen Tätigkeiten	Überforderung des Pflegepersonals
Steigendes Ansehen des Berufsstandes Pflegedienst durch die Übernahme hochwertiger Tätigkeiten und neue Möglichkeiten zur Karriere	Spannungen zwischen dem ärztlichen Dienst und dem Pflegedienst aus Angst der Ärzte vor drohendem Verlust ihrer Stellen
Bessere Personaleinsatzplanung	Koordinationsproblematik
Interpersonelle Zusammenarbeit wird gefördert	Juristische Unsicherheiten

Abb. 2: Chancen und Risiken der Tätigkeitsverschiebung

Weiterhin gilt zu beachten, dass die Kernaufgaben des Pflegedienstes, „der Dienst am Nächsten“, also die individuellen Grund- sowie Behandlungspflegeleistungen, die körperliche wie soziale und psychische Betreuung, unangestastet beim Pflegedienst verbleiben müssen.

1.4 Organisation Krankenhaus

1.4.1 Ablauf- und Aufbauorganisation

Um Aufgaben verschieben oder delegieren zu können, muss zuerst die Organisationsstruktur des Unternehmens betrachtet werden. Es gibt zwei Arten der Organisation: die Ablauf- und die Aufbauorganisation.

Eine Ablauforganisation zeigt die anfallenden Prozesse auf. Die Gesamtaufgabe des Betriebs Krankenhaus wird hierbei in seine verschiedenen Teilaufgaben zerlegt (Aufgabenanalyse), wie z. B. in pflegerische (Grundpflege, Blutdruck messen, Essenbestellung etc.), medizinische und verwaltungstechnische Aufgaben. Diese sogenannten Teilaufgaben werden weiter in ihre einzelnen Elemente aufgeteilt (Arbeitsanalyse). Unter diesen Elementen sind die einzelnen Schritte der Teilaufgaben zu verstehen. Bei der Grundpflege könnten diese z. B. sein:

- Patienten über die geplante Tätigkeit informieren,
- einzelne Waschutensilien richten,
- Kleidung richten,
- Betthöhe anpassen usw.

Die einzelnen Elemente werden nun zu sinnvollen Arbeitsschritten zusammengeführt (Arbeitssynthese), wodurch Prozesse entstehen. Diese lassen sich personell, räumlich oder temporär einteilen. Als Ergebnis entsteht eine Ablauforganisation. Zu beachten ist hierbei: Je höher der Grad der Koordination bei der Arbeitssynthese, desto prozessorientierter arbeitet das Krankenhaus.

Die Ablauforganisation regelt die Prozesse. Die Aufbauorganisation liefert hierzu die notwendigen Strukturen, um aufzuzeigen, wer für welche Aufgaben zuständig ist.

Hierzu werden in der Aufbauorganisation, entsprechend der Ablauforganisation, die Gesamtaufgaben des Unternehmens wieder durch die Aufgabenanalyse in die verschiedenen Teilaufgaben zerlegt. Durch eine sinnvolle Kombination von Teilaufgaben (Aufgabensynthese) werden die entsprechenden Stellen gebildet. So werden die Aufgaben „Grund- und Behandlungspflege“ der Stelle „examinierte Krankenpflegekraft“ zugeordnet, die Teilaufgabe „Bestimmung der Insulintherapie“ einem internistischen Arzt. Durch eine weitere Aufgabensynthese lassen sich die Stellen zudem in eigene Abteilungen, wie z. B. Pflegedienst, ärztlicher Dienst oder Verwaltung, zusammenfassen. Die Aufbauorganisation regelt somit die Unternehmensstruktur.

1.4.2 Was ist nun eine Stelle?

Es gibt drei Arten von Stellen: Ausführende Stellen, Instanzen und Stabstellen. **Ausführende Stellen** werden von Mitarbeitern an der Basis getragen. Inhaber von ausführenden Stellen haben keinerlei dienstliches Weisungsrecht und sind