

## Clinical Nurse – ein neues Berufsbild

### Territorialverlust oder Chance?

Claudia Stieger, Oberärztin Spital Sursee, [claudia.stieger@luks.ch](mailto:claudia.stieger@luks.ch)  
Corina Giovanoli, Assistenzärztin KS Winterthur, [corina.giovanoli@ksw.ch](mailto:corina.giovanoli@ksw.ch)  
Michel Adamina, Leitender Arzt, KS Winterthur, [michel.adamina@ksw.ch](mailto:michel.adamina@ksw.ch)

Das Forum junger Chirurgen (FJC) ist immer interessiert an Lösungen, welche dem Chirurgen mehr Zeit im Operationssaal verschaffen und das ärztliche Arbeiten erleichtern, besonders in der heutigen Zeit, in der die Dokumentation, insbesondere die Arbeit am Computer, Statistiken und weitere Administration, die Hauptbeschäftigung der jungen chirurgischen Ärzteschaft zu werden scheint. Um dem Arbeitsgesetz gerecht zu werden, wurde versucht, den durch die steigenden Patientenzahlen, die Verkürzung der Aufenthaltsdauer und die Zunahme der administrativen Last entstandenen Aufwand durch die Anstellung von mehr Assistenten zu kompensieren. Die Anzahl Operationen ist jedoch in keinem Verhältnis dazu angestiegen. Das Chirurgische Departement am Kantonsspital Winterthur hat vor Anfang 2015 in diesem Zusammenhang eine Initiative ergriffen: Im Rahmen eines Projektes „Klinische Assistenz“ wurde das Berufsbild „Clinical Nurse“ (CN) auf der chirurgischen Pflegestation entwickelt und sogleich auch umgesetzt. Die ersten Reaktionen schwankten zwischen „innovativ“ und „attraktiv“ bis zu „gefährlich“ und „unglaublich“. Aktuell sind bereits 8 CN auf der chirurgischen Abteilung im Einsatz. Aus Sicht des FJC ist das Grund genug, das Projekt unter die Lupe zu nehmen.

Im angloamerikanischen Sprachraum ist die Funktion der Clinical Nurse als Physician Assistant bereits seit den 1960er Jahren ein etablierter medizinischer Fachberuf, in den letzten zehn Jahren ebenfalls in mehreren EU-Ländern. In Deutschland setzt sich auf Fachhochschulniveau zunehmend der akademische Abschluss als „Bachelor of Science“ durch, in den Niederlanden und Grossbritannien auch der „Master of Science“. In der Schweiz ist dieser Abschluss ebenfalls noch neu. Als Voraussetzung gilt die vorangegangene Ausbildung zur diplomierten Pflegefachfrau mit Grundausbildung. Von Vorteil wird an den „Bachelor in Nursing Science“ der „Master in Nursing Science“ angehängt. Eingesetzt wurde diese neue Berufsgruppe bisher jedoch fast ausschliesslich in Privatkliniken.

Seit 10 Monaten sind CN nun auch am KSW im Einsatz. Es handelt sich dabei um hoch motivierte, selektiv ausgewählte Pflegende, welche für die Betreuung der Patienten auf der chirurgischen Station zuständig sind. Im Auftrag der Ärzte übernehmen die CN traditionell stationsärztliche Tätigkeiten und stellen damit auch einen Teil des chirurgischen Ärzteteams dar. Die Curricula der chirurgischen Assistenzärzte sollen dadurch etwas verändert werden. Assistenzärzte sollen weniger durch Stationsarbeit absorbiert werden und damit einen grösseren Anteil ihrer Arbeitszeit im Operationssaal sowie in der Sprechstunde verbringen. Die Vor- und Nachteile des Projektes gilt es nun genauer zu betrachten:

Als grossen Vorteil dieser neuen Berufsgruppe ist deren personelle Konstanz in der chirurgischen Stationsbetreuung zu nennen. Im heutigen, dem Arbeitsgesetz angepassten Schichtsystem der Ärzteschaft ist die kontinuier-

liche Betreuung einer Station über längere Zeit kaum mehr möglich. Die CN arbeiten 42 Stunden pro Woche und werden werktags zwischen 08 h und 17 h eingesetzt. Sie übernehmen keine Notfall- oder Nachtdienste. Für die Patienten wie auch für das Pflegeteam stellt diese Konstanz in der „stationsärztlichen“ Betreuung eine grosse Verbesserung dar. Eine CN ist potenziell eine langjährige Arbeitskraft, während ein Assistenzarzt im Rahmen seiner Ausbildung häufiger interne Rotationen absolviert und die Stellen wechselt. Prozesse, welche den Spitalalltag prägen, können durch diese Kontinuität einfacher verändert und optimiert werden. Durch die Position der CN zwischen Ärzten und Pflege können diese eine Art Vermittlerrolle übernehmen und die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen verbessern. Das Projektteam ist derzeit daran, in Zusammenarbeit mit der Fachhochschule einen Lehrgang zu entwickeln, um damit eine formale Weiterbildung mit Aufstiegschancen für die CN zu ermöglichen.

Der Einsatz von CN beinhaltet aber auch Gefahren. Mit der neuen Berufsgruppe zwischen Ärzteschaft und Pflege entsteht eine neue Schnittstelle, welche grundsätzlich die Kommunikationswege auch verlängern und Behandlungsprozesse deshalb auch erschweren könnte. Es besteht die Gefahr, Mehrspurigkeiten zu generieren. Nicht nur die Schnittstellen innerhalb der Chirurgie, auch die Schnittstellen mit anderen Kliniken und Dienstleistern müssen bearbeitet werden. Es braucht eine gute Portion Offenheit aller Beteiligten. Eine Kompetenz- und Qualifikationsverschiebung von Arzt zu CN wird unweigerlich auch kritische Diskussionen auslösen. Einerseits muss die Ausbildung der CN gesichert werden. Andererseits müssen weiterhin auch die Assistenzärzte die Stationsarbeit lernen und können. Auch die Kompetenzverschiebung bei der Pflege hat ein gewisses Konfliktpotenzial. Pflegende, welche die Funktion von CN übernehmen, gehören dem ärztlichen Team an und haben Weisungsbefugnis gegenüber der Pflege. Auch die entsprechende Akzeptanz vonseiten der Pflege muss erarbeitet werden.

Es sind auch rechtliche Grundlagen im Zusammenhang mit der Entwicklung des neuen Berufsbildes zu beachten. Zivilrechtlich gesehen bestehen keine Bestimmungen, welche einen Einsatz von CN untersagen würden. Arbeitsrechtlich sind die ärztlichen Tätigkeiten klar definiert und können grundsätzlich grösstenteils delegiert werden. Die Delegation bedarf jedoch klarer Regelungen, zum Beispiel betreffend die Aufklärung des Patienten oder die schriftlichen Anordnungen der Ärzteschaft. Hiermit wird deutlich, dass eine CN zwar einen Titel mit erweiterten Kompetenzen gegenüber dem übrigen Pflegepersonal besitzt, jedoch die Verantwortung weiterhin beim Arzt liegt. Den Hierarchiestufen entlang fokussiert sich die Gesamtverantwortung auf die ärztliche Leitung.

### Wie wird das Konzept konkret am Kantonsspital Winterthur umgesetzt?

Am KSW werden aktuell 8 CN (4 Viszeralchirurgie, 2 Traumatologie, 2 Gefässchirurgie) eingesetzt. Der konkrete Aufgabenkatalog beinhaltet die aktive Teilnahme an den Rapporten und am Tumorboard, die morgendliche Visite inklusive klinischer Untersuchung, Verordnungen, Röntgenanmeldungen, Berichtswesen wie Austrittsberichte etc., Ausstellung von Rezepten und weitere Koordinationsaufgaben.

Hauptsächlich ist das Ziel eine Entlastung der chirurgisch tätigen Assistenzärzte zugunsten der Tätigkeit im Operationssaal und in der Sprechstunde. Dies ist jedoch hauptsächlich für die erfahreneren Assistenzärzte gedacht. Die jüngeren Kollegen sollen durch eine erfahrene CN in die Tätigkeit der Visite eingeführt und zusammen mit den Kaderarztvisiten in dieser wichtigen ärztlichen Kompetenz der Stationsbetreuung ausgebildet werden. Welcher Facharzt erinnert sich nicht dankbar an die Unterstützung von erfahrenen Pflegefachkräften bei den ersten Schritten auf der chirurgischen Abteilung als junger Assistenzarzt?

Claudia Stieger



Corina Giovanoli



Michel Adamina



Die positive Auswahl an hochmotivierten und deshalb freiwillig auf hohem Niveau ausgebildeten Pflegenden ist eine grosse Chance für die jungen Assistenzärzte. Die klinische Ausbildung auf der Bettenstation darf aber nicht vernachlässigt werden. Die ärztliche Stationsarbeit ist weiterhin eine wichtige Kompetenz von jungen Chirurgen, welche zur ärztlichen Weiterbildung gehört. Der „Territorialverlust“ sollte kontrolliert, überlegt und in positivem Sinne erfolgen. Es ergibt sich eine Chance, die seit Jahren geforderte Entlastung von verschiedenen Arbeiten der täglichen Routine konkret anzugehen, offen zusammenzuarbeiten, dabei jedoch den Gesamtüberblick zu behalten. Das CN-Projekt scheint ein innovatives Modell mit Potenzial zur breiten Akzeptanz und Etablierung darzustellen. Um die Grundstimmung und die Bilanz des Einsatzes der CN im klinischen Alltag am KSW besser abschätzen zu können, wurden Exponenten der verschiedenen Berufsgruppen interviewt (die Fragen stellten Claudia Stieger und Corina Giovanoli, Assistenzärztinnen).

## **Dr. med. Levin Hänni, Assistenzarzt Chirurgie (1. Jahr)**

### **Was war Ihr erster Gedanke bei Einführung der CN?**

Eigentlich positiv. Es wird ja schon in den USA so gemacht und dort funktioniert dies sehr gut vor allem bei den chirurgischen Assistenzärzten, weil die so mehr Zeit für den OP haben.

### **Sie waren als Student in den USA?**

Ja, in Duke. Auf den chirurgischen Rotationen hatte es jeweils „Physician Assistants“, welche eine Kurzform des Medizinstudiums als Ausbildung durchlaufen haben.

### **Und wie erleben Sie die Situation an Ihrer aktuellen Arbeitsstelle, wo seit 10 Monaten CN eingesetzt werden?**

Meine Einführung durch die CN Karin Inauen war eine gute Erfahrung. Durch unsere Arbeitsteilung konnte ich mir mehr Zeit nehmen für jeden einzelnen Patienten. Ich war weniger mit Schreibarbeiten beschäftigt, da wir uns die administrativen Arbeiten geteilt haben. Zusätzlich ist eine weitere mitdenkende Person anfangs sehr hilfreich, damit nichts vergessen geht.

### **Was empfinden Sie als positiv und als Vorteil?**

Jetzt, wo ich seit einiger Zeit keine CN zur Seite habe, merke ich, an wie viele Dinge man denken muss und wie gross der zeitliche Aufwand für die gesamte stationäre, administrative Arbeit ist.

### **Wo profitiert Ihr Berufsstand vom Projekt CN?**

Ein Jungassistent profitiert sehr von der Einführung durch eine CN, mit interindividuellen Unterschieden selbstverständlich. Die Verantwortung am Ende hast trotzdem du als Assistent.

### **Wo sehen Sie die Grenzen und Konfliktpotenziale?**

Im Moment gibt es noch das Problem der Doppelspurigkeit, da jeder Bericht trotzdem noch durch mich gelesen und korrigiert werden muss. Die Tiefe des medizinischen Wissens fehlt zum Teil und auch scheinbar harmlose Verordnungen können weitreichende Konsequenzen haben.

## **Interview mit Amira Pandzic, Gruppenleiterin Pflege**

### **Was war Ihr erster Gedanke bei Einführung der CN?**

Meine Gedanken waren sehr positiv, da eine gute Vorinformation stattgefunden hat und ich der Meinung bin, dass CN eine gute Entlastung für die Ärzte sowie für die Pflege sind.

### **Und wie ist es jetzt nach 10 Monaten?**

Wir haben eine sehr gute Zusammenarbeit, die CN sind nun auch zunehmend sicherer geworden und sie wissen, was sie zu tun haben.

### **Was empfinden Sie als positiv und als Vorteil?**

Wenn die Ärzte am Operieren sind, haben wir immer Ansprechpersonen, die Kontinuität ist gewährleistet und wir müssen nicht immer auf die Ärzte warten. Die Berichte sind schneller vorhanden, der Patient ist im Allgemeinen zufriedener.

### **Wo profitiert Ihr Berufsstand vom Projekt CN?**

Die Schwelle, um Dinge anzusprechen, ist bei den CN niedriger, da sie uns näher sind. Die CN können dann immer noch entscheiden, was weitergeleitet werden muss.

### **Wo sehen Sie die Grenzen und Konfliktpotenziale?**

Die Grenze sehe ich bei komplexen Patienten. Aber auch da habe ich positive Erfahrungen gemacht, weil die CN den Fall schnell an AA oder OA weiterleiten kann und wir dann nicht nachtelefonieren müssen. Es wird auch schneller gehandelt, wenn die CN dahinter ist.

## **Dr. med. Dorothee Kreis, Assistenzärztin Viszeralchirurgie (6. Jahr)**

### **Was war Ihr erster Gedanke bei Einführung der CN?**

Interessantes Konzept, das jedoch in der Umsetzung bestimmt eine Herausforderung ergibt, da unterschiedliche Berufsgruppen aufeinandertreffen.

### **Und wie ist es jetzt nach 10 Monaten?**

Ich bin grundsätzlich ganz positiv überrascht, es gibt sicherlich einige Punkte, die verbesserungswürdig sind, aber eigentlich ist es eine gute Zusammenarbeit, wenn gewisse Voraussetzungen erfüllt sind.

### **Was empfinden Sie als positiv und als Vorteil?**

Klinische Erleichterung im Klinikalltag, wenn man ein gutes Zweierteam ist. Das beinhaltet gegenseitiges Vertrauen und dass man sich auf den Anderen verlassen kann. Permanente Präsenz und einen Ansprechpartner auf der Station, damit die Pflege kurzfristig Fragen stellen und Änderungen durchführen kann.

### **Wo profitiert Ihr Berufsstand vom Projekt CN?**

Es gibt auch eine administrative Entlastung.

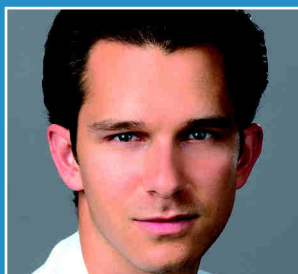
### **Wo sehen Sie die Grenzen und Konfliktpotenziale?**

Klinische Situationen auf der Station, die nach wie vor nicht adäquat eingeschätzt werden können. Es ist eine unterschiedliche Ausbildung der Berufsgruppen, die mit viel klinischer Erfahrung zu einem gewissen Grad wettgemacht werden kann. Es sollte auch eine Äquivalenz herrschen, dass die Briefe, die von den CN verfasst werden, auch von ihnen unterschrieben und korrigiert werden. Dies hat mit Verantwortlichkeit zu tun und wurde auch in unserer Klinik angesprochen. Die CN sind wertvoll, aber jeder Assistent und Student muss seine eigene klinische Erfahrung sammeln, Sachlagen beurteilen, Auseinandersetzen mit anderen Fachdisziplinen erfahren. Und erst wenn man das sicher beherrscht, kann man als sinnvolles Tandem mit einer CN funktionieren. Weil sie dann sehr viele gute Aufgaben übernehmen kann.

## **PD Dr. med. Christoph Meier, Chefarzt Traumatologie**

### **Was war Ihr erster Gedanke bei Einführung der CN?**

Levin Hänni



Dorothee Kreis



Amira Pandzic



Steht und fällt mit den Personen, mit denen wir zusammenarbeiten. Auf der Traumatologie kennen wir die 3 CN bereits von der Ausbildung her. Diese sind schon während der Ausbildung positiv aufgefallen und haben sich schon früh für eine Weiterbildung interessiert.

#### Und wie ist es jetzt nach 10 Monaten?

Wir sehen, dass sie schon viel Verantwortung übernommen und Selbstständigkeit erreicht haben. Wobei dies für die CN sehr schwierig war, da wir extra den Arbeitsbereich nicht eng abgesteckt haben, um zu sehen, wie sich das Ganze entwickelt. Das kann man nur mit Personen machen, welche ihre eigenen Grenzen kennen und ihre eigenen Fähigkeiten einschätzen können; ansonsten wird es gefährlich.

#### Was empfinden Sie als positiv und als Vorteil?

Wenn der Assistent mit der CN Visite macht und die CN dann ausführt, dann ist es kein Problem, dann kann der Assistent gut von den Schreibearbeiten entlastet werden. Eigentlich sind die CN prädestiniert für Standardbehandlungen. Dort benötigt man einen Assistenten, der den Pfad überwacht.

#### Wo profitiert Ihr Berufsstand vom Projekt CN?

Es wird immer schwieriger, gute Assistenten zu finden und der Hintergrund der CN ist auch, die Assistentenzahl zu verringern. Man will die verbleibenden Assistenten dann vor allem dort einsetzen, wo sie viel lernen wie Operationen und Sprechstunden.

#### Wo sehen Sie die Grenzen und Konfliktpotenziale?

Wenn die Abteilung zu kurz kommt, d. h. wenn sich die Ärzte aus der Stationsarbeit rausorganisieren würden. Es besteht die Gefahr, dass gewisse Ärzte keine Mediziner mehr sind, sondern nur noch reine Techniker. Die können kaum mehr ein Panadol verordnen. Wenn der Patient aus einem Schema fällt, ist die ärztliche Behandlung schon eingeschränkt. Dies ist sicherlich eine Gefahr an diesem System, welches sich zunehmend auch auf die Traumatologie und Viszeralchirurgie ausbreitet. Dies darf dort unter keinen Umständen passieren. Zum Beispiel haben auf der Viszeralchirurgie die meisten Assistenten kaum je einen Stomabeutel selber gewechselt. Doch als Chirurg musst du begreifen, was für Probleme entstehen können, wenn das Stoma an der falschen Stelle angelegt wird. Oder auch ob ein Stoma eingezogen ist oder prolapiert, ist das normal, ist das nicht mehr normal? Wenn das nicht selber gelernt und gemacht wird und stattdessen alles delegiert wird, entgehen den jungen Chirurgen praktische Erfahrungen, und dann glaube ich wird auch die Operationsqualität schlechter.

#### Dr. med. Hans Gelpke, Leitender Arzt Viszeral- und Thoraxchirurgie

##### Was war Ihr erster Gedanke bei Einführung der CN?

Ich habe mir Sorgen gemacht um die Ausbildung der Assistenten. Die Stationsarbeit ist zwar keine geliebte Arbeit, jedoch eine wichtige Arbeit, welche man auch zuerst erlernen muss. Wenn man wenig Gelegenheit hat, diese auszuführen, geht es zulasten der Ausbildung. Der zweite war die rechtlich unklare Situation, wo Bekannte von mir, welche Ärzte sind, sagten, dies sei rechtlich völlig undenkbar.

#### Und wie ist es jetzt nach 10 Monaten?

Offenbar hat man das Rechtliche mittlerweile geklärt, das ist nun offensichtlich eine Grauzone. Solange es eine Unterstützung ist für den Assistenzarzt, sehe ich das positiv, sobald es ein Ersatz des Assistenten ist, bin ich nicht mehr einverstanden.

#### Was empfinden Sie als positiv und als Vorteil?

Wir haben sehr gute CN ausgewählt. Die Leute sind gut, motiviert und waren bis jetzt eine rechte Hilfe, auch für mich. Sie sind erreichbar, unterstützend und nehmen Arbeit ab. Sobald das ein selbstständiges Berufsbild gibt und dieses von unseren Vorstellungen abweicht, ist es fraglich, ob es noch so positiv bleibt.

#### Wo sehen Sie die Grenzen und Konfliktpotenziale?

CN haben mehr Kontinuität, das ist ja erwünscht. Mir ist aber seit Beginn des Projekts aufgefallen, dass man als Kaderarzt den Assistenten shuntet. Man weiss, dass CN konstant auf der Abteilung zur Verfügung stehen. Es besteht die Gefahr, den Assistenzarzt zu umgehen, welcher dadurch ins Hintertreffen kommen könnte. Eine erfahrene CN kann einem Anfängerassistenten durchaus etwas beibringen, das kann man auch nutzen. Hier kommt die Frage auf, wie kontrollieren wir das vom Kader aus. Wenn sich da ein eigenständiges Berufsbild entwickelt, welches wir nicht mehr im Griff haben, geschehen vielleicht Dinge, mit denen wir nicht mehr einverstanden sind.

#### Karin Inauen, Clinical Nurse Viszeralchirurgie, Berufserfahrung als CN seit 2013, angestellt seit April 2015

##### Wie sind Sie zu dem Beruf CN gekommen?

Auf den Beruf CN wurde ich aufgrund einer Arbeit, welche ich in der Fachhochschule durchführen musste, aufmerksam, hätte mir jedoch nicht vorgestellt, dass es diesen Beruf in den nächsten 10 Jahren in der Schweiz geben würde. Dann, nach dem Abschluss, habe ich mich jedoch im Hirslanden Bern als CN beworben.

#### Und wie ist es jetzt nach 5 Monaten als CN im KSW?

Durch die erste CN Daniela Holderegger wurde schon ein wenig vorgespart. Es war jedoch bei den Assistenten noch einiges an Unsicherheit vorhanden, da sie mich und ich sie noch nicht kannten und wir zuerst eine Vertrauensbasis schaffen mussten. Bei Daniela war diese schon vorhanden.

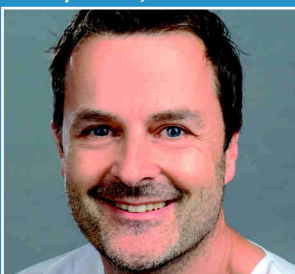
#### Was empfinden Sie als positiv und als Vorteil?

Für den Patienten und die Assistenten ist die Kontinuität gut. Es geht weniger verloren, da jemand die Geschichte des Patienten kennt. Als CN selbst ist die Möglichkeit vorhanden, die Medizin zu vertiefen und etwas anderes zu erlernen.

#### Wo sehen Sie die Grenzen und Konfliktpotenziale?

Bei einfachen Operationen können wir zum Teil selbstständig managen, wenn der Patient komplexer wird, komme ich mit meinem Fachwissen an meine Grenzen. Ich bin dann froh, dass ich jemanden im Hintergrund habe. Ich kann zwar die Informationssammlung machen, jedoch ist es gut, dass ich das mit jemandem besprechen kann. Hier fehlt mir auch das Wissen, ich sehe bei den Assistenzärzten, dass sie verschiedene Schemas bereits aus dem Studium kennen. Konfliktpotenzial hat auch mit Unsicherheit zu tun, von ärztlicher Seite mit Angst vor Kompetenzverlust, dass sie gewisse Dinge nicht mehr erlernen. Ich persönlich finde jedoch, dass diese Ängste in der Klinik nicht bestätigt werden, dass wegen uns ein Assistenzarzt nicht schlechter ausgebildet wird. Der Assistenzarzt kann sich jederzeit in die Visite aktiv einbinden. Er hat dann eher die Aufgabe einer Oberaufsicht von mir und der Pflege. Ich denke, dass der Assistenzarzt dort schon lernen kann, eine Führungsposition einzunehmen. Ich habe auch nicht das Gefühl, dass ich mit meinem Beruf den Assistenten in ihr „Gärtli“ trete. Aber diese Angst hat sicherlich Konfliktpotenzial, das kenne ich auch noch von Bern.

Christoph Meier,



Hans Gelpke



Karin Inauen

