

01.12.2025 **Qualitätssicherung**

## Safety Clip: Fit for Dienst!

Vera Triphaus, Guido Michels



### Einarbeitung und Dienstfreigabe im Kontext des klinischen Risikomanagements

In Krankenhäusern arbeiten vielfältige Berufsgruppen mit unterschiedlichen Qualifikationen, Erfahrungen und Kompetenzen eng zusammen. Unabhängig von ihrer Vorerfahrung müssen alle neuen Mitarbeitenden in die Organisationsstrukturen, die Prozesse und Besonderheiten der jeweiligen Einrichtung

eingearbeitet werden. Ziel einer erfolgreichen Einarbeitung ist die sichere Integration in das bestehende Dienstmodell. Voraussetzung dafür ist, dass definierte Kompetenzen zuverlässig beherrscht werden – erst dann kann die Führungskraft eine „Dienstfreigabe“ erteilen. Nur der dienstreife Arzt bzw. Nicht-Facharzt mit Facharztstand sollte am ärztlichen Dienst teilnehmen.

Der Einarbeitungsprozess sollte systematisch, strukturiert und nachvollziehbar gestaltet sein. So weiß die einzuarbeitende Person, worauf es ankommt, und die Führungskraft kann den Fortschritt transparent dokumentieren.

Üblicherweise existieren fachübergreifende Einarbeitungskonzepte, die allgemeine Informationen zur Einrichtung enthalten und die Kommunikation zwischen neuen Mitarbeitenden und Führungskräften – meist über die Dauer der Probezeit hinweg – strukturieren. Am Ende steht häufig die Entscheidung, ob die Probezeit erfolgreich absolviert wurde. Im ärztlichen Dienst wird zusätzlich der Ausbildungsstand in den persönlichen Logbüchern der Ärztekammern dokumentiert. Beide Modelle lassen jedoch zentrale Aspekte des klinischen Risikomanagements außer Acht, wie zum Beispiel:

- Ist die einzuarbeitende Person fachlich und organisatorisch in der Lage, Dienste zu übernehmen?
- Auf welcher Grundlage trifft die Führungskraft diese Einschätzung?
- Wie kann sie im Zweifel nachweisen, dass die Prüfung ausreichend erfolgt ist?

Um diese Fragen objektiv und gegebenenfalls auch retrospektiv beantworten zu können, empfiehlt sich die Entwicklung eines bereichsspezifischen Einarbeitungskonzepts. Darin sollten alle relevanten Kompetenzen und Tätigkeiten aufgeführt sein, die vor der Übernahme eines Ruf- bzw. Bereitschaftsdienstes sicher beherrscht oder bekannt sein müssen. Dazu zählen beispielsweise:

- Definition der Kernaufgaben,
- Spezifika der Arbeit und des Patientenspektrums der jeweiligen Abteilung,
- Personelle Strukturierung, Räumlichkeiten und Prozessmanagement (z. B. Flowmanagement einer Notaufnahme),
- Ablaufprozesse (z. B. Aufnahme, Diagnostik, Therapiemöglichkeiten, Entlassmanagement),
- Dienststruktur (u. a. Dienstplanmanagement),
- Fortbildungen, insbesondere Pflichtfortbildungen,
- Kenntnisse über medizinische und organisatorische Standvorgehensweisen, sogenannte SOPs,
- Einweisung in medizinische Geräte durch den Medizinproduktebeauftragten,
- Ausbildung in der Akutdiagnostik (u. a. Notfallsonografie, EKG- und Labordiagnostik),
- Teilnahme an Reanimations- oder Simulationstrainings,
- Strahlenschutzunterweisung und Belehrung.

Je nach Fachbereich und Dienstmodell (z. B. Normalstation versus Notaufnahme) variiert der Umfang dieser Anforderungen. In großen Abteilungen mit Facharztpräsenz im Schichtdienst ist der Katalog meist überschaubarer als in kleineren Einrichtungen mit Rufdienstregelungen.

Idealerweise erfolgt die Einarbeitung in den ersten Wochen – sogenannte Einarbeitungswochen – durch einen benannten fachärztlichen Mentor. Die Einarbeitung sollte idealerweise Checklisten-basiert dokumentiert werden. Dabei sollten praktische Handlungskompetenzen in einem dreistufigen Modell erlernt werden:

1. Demonstration der Tätigkeit durch die Mentorin bzw. den Mentor,
2. Durchführung unter Supervision,
3. Selbstständige Ausführung.

Theoretische Kenntnisse bzw. kognitive Kompetenzen können zum Beispiel modular in Form von E-Learning Einheiten parallel zur praktischen Einweisung erworben werden. Die theoretische und praktische Einarbeitung in der jeweiligen Abteilung sollte dabei die Weiterbildungsinhalte des jeweiligen Fachgebietes berücksichtigen. Jede Kompetenz sollte durch Unterschrift der supervidierenden Person bestätigt werden. Diese strukturierte Vorgehensweise bietet der einarbeitenden Person eine klare Orientierung, welche Kompetenzen für die ersten Dienste besonders relevant sind. Gleichzeitig ermöglicht sie den Kollegen eine realistische Einschätzung, was die diensthabende Person leisten kann – und wo gegebenenfalls frühzeitig Unterstützung erforderlich ist, etwa in der Zentralen Notaufnahme.

Im Austausch mit der Führungskraft kann diese Dokumentation als Grundlage für die Dienstfreigabe dienen. Zusätzlich sollte ein fachlicher Austausch mit Fach-/Oberärzten erfolgen, um die organisatorische und fachliche Dienststreife der neuen Mitarbeitenden einzustufen (Tab. 1).

**Tab. 1:** Dienststreifefeststellung des Notfallzentrums der Barmherzigen Brüder Trier (in Anlehnung an das Reifegradmodell von Hersey und Blanchard, 1985)

Weiterbildungsassistent	Fachärztlicher Weiterbilder	Dienststreifeempfehlung
<ul style="list-style-type: none"> <li>•hat wenig bis fehlende Fachkompetenz</li> <li>•wenig bis fehlende Motivation</li> <li>•erkennt nicht seine Grenzen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•muss kontinuierlich anleiten, um Erfolg der Arbeit zu gewährleisten</li> <li>•enge Leistungskontrolle</li> </ul>	<b>Nicht dienstreif:</b> eine Verlängerung der Einarbeitung soll erwogen werden; erneute Beurteilung nach weiteren 2-4 Wochen Einarbeitung
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Motivation ist vorhanden</li> <li>•Kompetenz noch nicht ausreichend</li> <li>•erkennt noch nicht seine Grenzen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Meinung von Facharzt wird kontinuierlich eingeholt</li> <li>•notfallmedizinische Entscheidungen werden noch nicht selbständig getroffen</li> </ul>	<b>Eingeschränkt dienstreif:</b> eine Verlängerung der Einarbeitung oder ein Start im Tagdienst kann erwogen werden; erneute Beurteilung nach weiteren 2-4 Wochen Einarbeitung
<ul style="list-style-type: none"> <li>•vorhandene Fachkompetenz</li> <li>•kann Umsetzung der Aufgaben mitgestalten und eine effiziente fachliche Umsetzung gewähren</li> <li>•erkennt seine Grenzen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Assistenzarzt beteiligt sich an den medizinischen Konzepten</li> <li>•notfallmedizinische Entscheidungen werden selbständig getroffen</li> </ul>	<b>Dienstreif:</b> eine Beurteilung erfolgt im Zwischengespräch

Bei Unsicherheiten kann auch die Einschätzung weiterer Berufsgruppen, zum Beispiel Pflegefachpersonen, hinzugezogen werden.

Sind alle notwendigen Kompetenzen erworben, Pflichtfortbildungen absolviert und die Fachexperten überzeugt, dass die Dienstfähigkeit gegeben ist, folgt ein abschließendes Gespräch mit der einzuarbeitenden Person. Dabei sollte auch ihre eigene Einschätzung zur Dienstübernahme erfragt werden. Besteht beiderseitige Zustimmung, kann die Dienstfreigabe erfolgen und somit die Dienststreife dokumentiert werden.

Der erforderliche Aufbau von Handlungs- und Methodenkompetenz (Abb. 1) für Weiterbildungsassistenten innerhalb des Einarbeitungszeitraums kann nachstehend systematisiert werden.



**Abb. 1:** Handlungs- und Methodenkompetenz

Im Rahmen der Einarbeitung stellen Honorar- und Belegärzte eine besondere Personengruppe dar. Honorarärzte sind in der Regel erfahrene Fachärzte, deren Einsatz mit höheren Kosten verbunden ist. Die jeweiligen Fachabteilungen legen fest, ob sie innerhalb oder außerhalb der Regelarbeitszeit tätig sind und welche Aufgaben sie übernehmen. Auf dieser Grundlage erfolgt ihre Einweisung in die spezifischen Organisationsstrukturen und Abläufe – eine Dokumentation dieser Einweisung ist empfehlenswert.

Zur Unterstützung bietet sich die Erstellung einer Checkliste an, auf der relevante Themen und Prozesse stichpunktartig aufgeführt sind. Diese dient als Gesprächsleitfaden im Einführungsgespräch und vor dem ersten Dienst. Nach vollständiger Durchsprache wird die Checkliste von beiden Seiten unterzeichnet und archiviert. So lässt sich sicherstellen, dass alle wesentlichen Punkte adressiert wurden und die Honorarkraft entsprechend informiert ist.

Belegärzte arbeiten eigenverantwortlich und nutzen die personellen sowie organisatorischen Ressourcen des Krankenhauses zur Versorgung ihrer Patienten. Sie unterliegen keiner Weisungsbefugnis durch Vorgesetzte. Im Sinne der Patientensicherheit und zur Gewährleistung reibungsloser Abläufe sollte auch hier eine strukturierte Einführung in die jeweiligen Organisationsbereiche und Prozesse erfolgen. Die Benennung eines Mentors oder einer Supervisorin kann dabei helfen, offene Fragen zu klären und Unsicherheiten zu beseitigen. Eine Checkliste kann gezielt auf die relevanten Aspekte hinweisen und lässt sich als Auszug aus einem übergeordneten Einarbeitungskonzept ableiten.

Eine optimale Patientenversorgung setzt unter anderem eine funktionierende Teamarbeit voraus. Dafür ist es essenziell, dass alle Teammitglieder ihre eigenen Aufgaben- und Verantwortungsbereiche sowie die der Kollegen

kennen und sicher umsetzen können. Dazu gehört auch, notwendige Kompetenzen zu beherrschen und im Zweifel Unterstützung einzuholen. Eine strukturierte Einarbeitung von Assistenzärzten, die diese Aspekte vermittelt, trägt wesentlich zur Sicherheit der Patienten, der Assistenzärzte und des gesamten Teams bei. Auch die gezielte Einführung von Honorar- und Belegärzten fördert reibungslose Abläufe und eine effektive Zusammenarbeit.

Eine strukturierte und kompetenzbasierte Einarbeitung neuer Mitarbeitender im ärztlichen Dienst ist essenziell für die Patientensicherheit und die Qualität der Versorgung. Die Dienstfreigabe darf erst erfolgen, wenn alle relevanten fachlichen, organisatorischen und praktischen Kompetenzen nachweislich beherrscht werden. Ein bereichsspezifisches Einarbeitungskonzept mit klar definierten Anforderungen, Checklisten und dokumentierten Lernschritten schafft Transparenz und Nachvollziehbarkeit für Führungskräfte und Mitarbeitende. Die Einbindung von Mentoren, interprofessionellen Einschätzungen und modularen Lernformaten unterstützt eine fundierte Bewertung der Dienststreife. Auch für Honorar- und Belegärzte ist eine strukturierte Einführung unerlässlich, um reibungslose Abläufe und Sicherheit im Klinikalltag zu gewährleisten. Insgesamt stärkt ein systematischer Einarbeitungsprozess das klinische Risikomanagement und fördert eine verantwortungsvolle Dienstübernahme.

## Literatur

Hersey, Paul, und Kenneth H. Blanchard (1982): Management of Organizational Behavior: Utilizing Human Resources, 4. Auflage. New Jersey/Prentice Hall.

### Autor:innen des Artikels



**Prof. Dr. med. Guido Michels**

Chefarzt des Notfallzentrums  
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder  
Trier  
Nordallee 1  
54292 Trier



**Vera Triphaus**

Risikoberaterin  
GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung  
mbH  
Ecclesiastraße 1-4  
32758 Detmold

*Triphaus V, Michels G: Safety Clip: Fit for Dienst! Einarbeitung und Dienstfreigabe im Kontext des klinischen Risikomanagements. Passion Chirurgie. 2025 Dezember; 15(12/IV): Artikel 04\_02.*