



universität
wien

Diplomarbeit

**Skill- und Grademix, eine Herausforderung
für die österreichische Pflegelandschaft**

Verfasserin

Katharina Gitschthaler

Angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, Juli 2011

Studienrichtung lt. Studienblatt: A 057/122

Studienrichtung lt. Studienblatt: IDS Pflegewissenschaft

Betreuer: Univ.-Doz. Dr. Vlastimil Kozon PhD.

Danksagung

Zunächst möchte ich meinem Diplomarbeitsbetreuer Univ.-Doz. Dr. Vlastimil Kozon PhD den größten Dank aussprechen, einerseits für die Anregung zu diesem interessanten Forschungsthema, andererseits für die umfassenden Hilfestellungen zu Gestaltung meiner Diplomarbeit.

Des Weiteren möchte ich mich bei meiner Familie und Freunden für die vielfältige Unterstützung bedanken und dafür, dass sie es mir ermöglicht haben das Studium zu absolvieren und letztendlich diese Diplomarbeit zu schreiben.

0. Zusammenfassung

Hintergrund:

Die aktuellen Veränderungen in der Berufsausbildung der Pflege, sowie der Bedarf, den bestehenden Herausforderungen im Gesundheitssystem, durch die sich verändernde Demographie, der Zunahme chronischer Krankheiten, die neue Versorgungs- und Betreuungsstrategien erfordern, gerecht zu werden, bilden die Grundlage zur Implementierung eines Skill- und Grademix in der Pflege. Des Weiteren kommt es, aufgrund knapp bemessener finanzieller Ressourcen, zu dem Bedarf an effektiven Lösungen für Problemstellungen im österreichischen Gesundheitssystem.

Ziel:

Um die Forschungsfrage „Welche Qualifikationen weisen Pflegepersonen in einem Krankenhaus auf und wie werden diese eingesetzt?“ zu beantworten, gilt es, pflegefremde und berufsimmanente Tätigkeiten zu identifizieren, um neue Aufgabenverteilungen innerhalb der unterschiedlichen Berufsgruppen im Gesundheitssystem, zu diskutieren und durchzuführen.

Methode:

In der vorliegenden Diplomarbeit werden zunächst relevante Begriffe definiert und in der Folge wird ein internationaler Vergleich bezüglich unterschiedlicher Skill- und Grademixkonzepte gezogen und die Gründe für die Notwendigkeit der Implementierung solcher Konzepte erörtert.

Die quantitative Datenerhebung, mittels Fragebogen an der Privatklinik Rudolfinerhaus Wien, dient zur Erfassung der Qualifikationen und Kompetenzen der dort tätigen Pflegepersonen und untersucht, welche Tätigkeiten delegierbar sind und welche nicht. Die Fragebogenerhebung beinhaltet ebenso eine Zeiterfassung der jeweilig durchgeführten Tätigkeiten.

Die Forschungsfrage wird im Anschluss an die Darstellung und Interpretation der statistischen und deskriptiven Auswertungen beantwortet.

Ergebnisse:

Die Untersuchung belegt, dass diplomierte Pflegepersonen viel Zeit in pflegefremde Tätigkeiten investieren. Vorwiegend betrifft dies Tätigkeiten im administrativen Bereich, Reinigungstätigkeiten, Materialbewirtschaftung und Tätigkeiten, die den Bereich „Essen und Trinken“ betreffen. Ebenso weisen diplomierte Pflegepersonen ein umfassendes Repertoire an Kompetenzen auf, welche sie in der pflegerischen Praxis anwenden. Dies betrifft unter anderem soziale Kompetenzen im Umgang mit PatientInnen und die Teamfähigkeit. Beobachtungsgabe, Fachkompetenz, das Erkennen von medizinischen und pflegerischen Zusammenhängen, planvolles und zielorientiertes Handeln entsprechen ebenso den Kernkompetenzen von diplomierten Pflegepersonen.

Diskussion:

Um den Herausforderungen im Gesundheitssystem gerecht zu werden, ist es notwendig, dass der Berufsstand des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege formuliert und definiert, welche Bedingungen erforderlich sind um ihrem Verständnis von professioneller und qualitativer Pflege zu entsprechen. Durch die gegenwärtigen Ausbildungen, werden Kompetenzen vermittelt, die dies ermöglichen und ebenso solche vermittelt, die es diplomierten Pflegepersonen möglich machen, eine Prozessverantwortung zu übernehmen und pflegefremde Tätigkeiten zu delegieren.

Schlussfolgerung:

Pflegepraxisbezogene Empfehlungen richten sich in erster Linie an die Führungsebene im Gesundheitssystem, die es ermöglichen sollten, ressourcenorientierte Verteilungen bezüglich der berufsimmanenten, beziehungsweise pflegeimmanenten, berufsfremden und pflegefremden Tätigkeiten vorzunehmen. Ebenso betrifft dies zunächst die Erfassung von Daten deren Ziel es ist zu identifizieren, welche Aufgaben derzeit vom gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege erfüllt werden und welche Schnittstellen im interdisziplinären Bereich auftreten. Diese gilt es dann mit allen beteiligten Berufsgruppen zu diskutieren. Entwickelte Instrumente, zur Implementierung eines Skill- und Grademix, sollten für unterschiedliche Bereiche im Gesundheitssystem adaptiert werden.

Abstract

Background:

The current changes in the education of nursing, as well as the need to do justice to the existing challenges in the healthcare system such as changing demographics and the increase in chronic diseases which require new care and support strategies form the basis for implementing a skill and grade mix in nursing.

Furthermore, due to strained financial resources there is a need for effective solutions to the problems in the Austrian health system.

Aim:

To the research question “What qualifications have nurses in a hospital and how are they used?” One needs to identify non-nursing related and professional inherent activities for which then new assignments can be discussed and performed within the different occupational groups in the health system.

Method:

In this thesis, relevant terms are first defined and followed by an international comparison of different skill-and grade mix concepts and the reasons for the necessity of implementing such concepts are standing for discussion.

The quantitative data collection, using questionnaires at the private Rudolfinerhaus hospital in Vienna, is used to capture the skills and competencies of nursing staff working there and investigate what activities are delegated and which are not.

The questionnaire also includes a time record of the respective activities carried out.

The research question will be answered after the presentation and interpretation of statistical and descriptive reports.

Result:

The survey showed that graduate nurses spend a lot of time in non-care related services. Mainly, this concerns activities in administration, cleaning, materials management, and the field of “food and drink”

As well, graduate nurses show a wide repertoire of skills, which they use in nursing practice. This concerns among other things social competences in dealing with

patients and the team ability. Talent for observation, subject competence, recognizing medical and nursing connections, systematic and aim-oriented behaviour corresponds as well the competences of qualified care persons.

Discussion: To meet the challenges in the health system it is essential that the profession of higher service for health and medical care formulates and defines the conditions necessary to conform to their understanding of professional and quality care.

Due to the current training, skills are taught to make this possible. Also that competence will enable qualified nurses to take on a process to delegate responsibility and care-related services.

Conclusion: Nursing practice-related recommendations are aimed primarily at the leadership level in the health system which should make it possible that resource-oriented distributions are going to non-professional and professional immanent activities.

Foremost it concerns the collection of data on which tasks in the higher duty of the health and nursing care are fulfilled and which intersections appear in the interdisciplinary field. Furthermore the data shall then be discussed with all involved professional groups. Developed tools for implementing a skill and grade mix should be adapted for various fields in the health system.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	1
0. Zusammenfassung/Abstract	2
1. Einleitung	9
1.1. Problemdarstellung.....	9
1.2. Ziel der Arbeit	11
1.3. Untersuchungsfrage	12
2. Theoretischer Teil.....	12
2.1. Literaturrecherche	12
2.2. Begriffsdefinitionen	13
2.2.1. Skillmix und Grademix.....	14
2.2.2. Kompetenz	15
2.2.3. Qualifikation.....	16
2.2.4. Fertigkeiten.....	17
2.2.5. Fähigkeiten.....	17
2.2.6. Eignungen	17
2.2.7. Berufsfremde Tätigkeiten und berufsimmanente Tätigkeiten	18
2.2.8. Delegation und Aufgabenzuteilung.....	19
2.3. Dreyfusmodell des Kompetenzerwerbs	19
2.4. Skill- und Grademix international.....	21
2.5. Skill- und Grademix national.....	27
2.6. Skill- und Grademix – Warum?	27
2.7. Einflussfaktoren für die Ausweitung von Skill- und Grademix-Initiativen.....	33
2.8. Vor- und Nachteile von Skill- und Grademix.....	36
2.9. Bildungsmöglichkeiten der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe in Österreich	38
2.9.1. Personalstand der österreichischen Krankenanstalten.....	40
2.9.2. Verteilung der Berufsgruppen aus der Sicht der Praxis.....	41
2.10. Curricula in der Pflege	42
2.10.1. Curriculum der Fachhochschule Gesundheits- und Krankenpflege am Rudolfinerhaus Wien	43
2.10.2. Curriculum an der Fachhochschule Gesundheits- und Krankenpflege Campus Wien	45

2.11. Fort-, Weiter- und Sonderausbildungen.....	47
3. Empirischer Teil	51
3.1. Methode	51
3.1.1. Quantitative Fragebogenerhebung.....	51
3.1.2. Interviews	53
4. Ergebnisse und Interpretation	53
4.1. Deskriptive Datenbeschreibung.....	53
4.1.1. Fragebogen	54
4.2. Darstellung der statistischen Auswertung der Fragebogenerhebung	64
4.2.1. Statistische Kennzahlen der höchst signifikant delegierbaren Tätigkeiten	67
4.2.2. Minutenangaben der signifikanten Ergebnisse.....	71
4.2.3. Zeitlicher Arbeitsaufwand der signifikanten Tätigkeiten.....	77
4.2.4. Korrelation der Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen und der Zufriedenheit mit der eigenen pflegerischen Tätigkeit.....	80
4.2.5. Pflegeprozess und Berufserfahrung	81
4.3. Deskriptive Auswertung des Fragebogens	82
4.3.1. Schritte des Pflegeprozesses	82
4.3.2. Deskriptive Auswertung der administrativen Tätigkeiten	83
4.3.3. Deskriptive Auswertung der Pflegeberatung	86
4.3.4. Kooperation mit anderen Berufsgruppen.....	87
4.3.5. Deskriptive Auswertung weiterer Tätigkeiten.....	89
4.3.6. Fortbildungen	92
4.3.7. Weiterbildungen	93
4.3.8. Sonderausbildungen.....	93
4.3.9. Spezialisierung	94
4.3.10. Prioritäten der Pflegediagnosen	94
4.3.11. Prioritäten der Pflegemaßnahmen.....	96
4.3.12. Verbesserungsvorschläge	100
4.4. Interviews	100
5. Diskussion und Schlussfolgerung.....	103
5.1. Diskussion der Ergebnisse	103
5.2. Empfehlungen für die Pflegepraxis.....	106
5.3. Empfehlungen für weitere Forschungsarbeit	109

6. Anhang	111
6.1. Abkürzungsverzeichnis.....	111
6.2. Tabellenverzeichnis.....	112
6.3. Abbildungsverzeichnis.....	114
6.4. Genehmigung für die Datenerhebung	115
7. Literaturverzeichnis	116
8. Curriculum Vitae.....	124

1. Einleitung

Die vorliegende Diplomarbeit beschäftigt sich mit dem Thema „Skill- und Grademix“ in der Pflege. Neben den Entwicklungen im Berufsfeld der Pflege spielen allgemeine demographische und ökonomische Entwicklungen der Gesellschaft eine wichtige Rolle bei der Erstellung und Umsetzung eines Skill- und Grademix. Die Pflegeintensität und die Pflegekomplexität der zu behandelnden Patienten nehmen durch die Zunahme chronischer Krankheiten zu. Deswegen ist es notwendig, dass Pflegepersonen ihre Kompetenzen zielgerecht einsetzen und auch transparent darstellen. Durch die Umgestaltung der Ausbildungsmodalitäten im nationalen und internationalen Raum besteht der Bedarf, die Aufgabenverteilungen der tätigen Pflegepersonen in der Pflege zu überdenken sowie die neu entstehenden Berufsbilder in das bestehende Gesundheitssystem zu integrieren.

Anhand eines von der Autorin erstellten quantitativen Fragebogens, werden die Skills und Grades von Pflegepersonen, am Beispiel der Privatklinik Rudolfinerhaus in Wien, ermittelt.

Diese Basiserhebung, die auch einzelne pflegerische Tätigkeiten aufzeigt, schafft die Voraussetzung für die Entwicklung eines Skill- und Grademix in der Pflege.

1.1. Problemdarstellung

Die derzeitige Umgestaltung der Ausbildungen im Bereich der Pflege auf tertiärer Ebene, im österreichischen Raum, bringen vielerlei Herausforderungen mit sich, die in der folgenden Diplomarbeit erläutert werden sollen.

Seit 1999 ist es möglich, an der Universität Wien Pflegewissenschaften als individuelles Studium zu studieren. Dieser Studienlehrgang läuft jedoch 2013 aus. Dies stellte für die Studierenden, welche schon zuvor in einem Beruf im gesundheitsmedizinischen Sektor tätig waren, eine maßgebliche Kompetenzerweiterung dar. Der Gegenstand der Pflegeforschung beschäftigt sich mit drei zentralen Themen:

- Mikroebene

Die Pflegepraxis ist hier das Handlungsfeld der Pflegeforschung.

- Mesoebene

Pflege als Organisation und Institution.

- Makroebene

Diese Ebene beschäftigt sich mit gesellschaftlichen Strukturen pflegerischer Versorgung. Ein weiteres zentrales Thema behandelt historische und (aus-)bildungspolitische Fragen (vgl. Institut für Pflegewissenschaft,

Forschungsschwerpunkte, <http://pflgewissenschaft.univie.ac.at>, 20.3.2011).

Nach den ersten Semestern inskribierten auch zunehmend Studierende unmittelbar nach der Matura, diesen Studienlehrgang. Seit 2008 besteht die Möglichkeit am FH Campus Wien, das Bachelorstudium „Gesundheits- und Krankenpflege“ zu absolvieren. Das weiterführende Masterstudium sowie das Doktoratstudium sind an der Universität Wien zu absolvieren.

Ebenso ist es, beginnend mit September 2010, in der Privatklinik Rudolfinerhaus Wien, in Kooperation mit der Fachhochschule Wiener Neustadt möglich, das Bachelorstudium zu absolvieren. Die Absolventen erlangen den Titel „Bachelor of Science in Health Studies“. Nach dreijähriger Ausbildung sind die Studierenden auch berechtigt, in der Pflege zu arbeiten. In Österreich werden momentan akademische Studienlehrgänge der Pflegewissenschaften und des/der PflegemanagerIn auch in anderen Institutionen seitens der Universität Wien angeboten.

Folgende Berufsbilder, auf der sekundären Ebene, sind derzeit in der österreichischen Gesundheits- und Krankenpflege, im extra- und im intramuralen Bereich vertreten: Diplomierte/r Gesundheits- und Krankheitsschwester/pfleger, PflegehelferIn, HeimhelferIn, AltenfachbetreuerIn.

Neben der dreijährigen Grundausbildung zur Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege, werden weiters die Grundausbildungen in der Kinder- und Jugendheilkunde und der psychiatrischen Pflege angeboten. Diese dauern ebenfalls drei Jahre.

Durch fachbereichsbezogene Sonderausbildungen, nach einer abgeschlossenen Grundausbildung, wird differenziert zwischen Intensivpflege, Anästhesiepflege und OP- Pflege.

Laut dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz §64 gibt es einundvierzig unterschiedliche Weiterbildungsmöglichkeiten. Unter anderem ist es möglich, eine Weiterbildung zum/zur WundmanagerIn, Hygienefachkraft und CasemanagerIn etc. zu absolvieren (vgl. Gesundheits- und Krankenpflegegesetz §64, www.ris.bka.gv.at, 12.9.2010).

Weltweit variieren die Berufsbezeichnungen und die damit verbunden Qualifikationen und Kompetenzen in der Pflege. Sie sind nicht unmittelbar mit dem österreichischen Gesundheitssystem zu vergleichen. Jedoch werden, in der Diplomarbeit, Parallelen zwischen den unterschiedlichen Aufgabenfeldern gezogen. Anhand einer Analyse unterschiedlicher Modelle/Konzepte und Erhebungsinstrumente bezüglich der Umsetzung eines Skill- und Grademix, werden Impulse zur Erstellung des Fragebogens, herangezogen.

Durch die derzeitige Umgestaltung der Ausbildungen ergeben sich neue Berufsfelder. Dadurch entstehende Veränderungen, die das Arbeitsfeld der unterschiedlichen Berufsgruppen betreffen, erfordern Konzepte, die eine optimale Zusammenarbeit innerhalb dieser gewährleisten. Eine optimale Zusammenarbeit kann nur dann stattfinden, wenn die Aufgabenbereiche klar zugeteilt werden und eine übersichtliche Situation für alle Beteiligten geschaffen wird.

Bevor überhaupt ein Skill- und Grademix erfüllt werden kann, ist es notwendig, die unterschiedlichen Kompetenzen des Pflegepersonals zu erfassen und anschließend zu evaluieren, ob deren Kompetenzen zielgerecht eingesetzt werden.

Die Diplomarbeit beinhaltet eine solche Erhebung, an der Privatklinik Rudolfinerhaus Wien durchgeführt, die den Ist-Zustand betreffend den Ausbildungsstatus der dort tätigen Pflegepersonen sowie die zu erbringenden pflegerischen Aufgaben identifiziert. In weiterer Folge können, anhand dieser Ergebnisse, Empfehlungen für einen Skill- und Grademix gegeben werden.

1.2. Ziel der Arbeit

Das Ziel der Arbeit ist es einerseits, anhand der Literatur, die Notwendigkeit eines Skill- und Grademix zu erläutern und dessen personalpolitische Bedeutung darzulegen. Andererseits erfolgte mittels einer quantitativen Befragung des Pflegepersonals, welches am Rudolfinerhaus Wien tätig ist, eine Basiserhebung zu deren Qualifikationen. Sie beschreibt den Ist-Zustand. In erster Linie ist es wichtig, die täglich erbrachten Leistungen, oder besser gesagt, die pflegerischen Tätigkeiten auf unterschiedlichsten Ebenen (pflegerischen, administrativen Ebene et cetera) zu identifizieren und darzustellen. Ebenso ist es wichtig zu erörtern, welche Aufgabenfelder von welchem Berufsbild derzeit erfüllt werden, und in weiterer Folge können Empfehlungen formuliert werden welche Aufgaben an unterschiedliche Berufsbilder delegiert werden können. So kann eine angemessene,

ressourcenoptimierte Aufgabenverteilung identifiziert werden, die den unterschiedlichen Kompetenzen der jeweiligen Berufsgruppen zugeordnet wird. In weiterer Folge können anhand dieser Basiserhebung Maßnahmen abgeleitet werden, die neue Berufsbilder ressourcenoptimiert in das Berufsfeld „Pflege“ integrieren. Eine explizite Darstellung der Tätigkeitsfelder und Empfehlungen, von welcher Berufsgruppe diese zukünftig ausgeführt werden könnten, geben Aufschluss darüber wie ein ressourcenoptimierter Skill- und Grademix funktionieren kann.

1.3. Untersuchungsfrage

Die Forschungsfrage der erfolgten Untersuchung lautet: Welche Qualifikationen weisen Pflegepersonen in einem Krankenhaus auf und wie werden diese eingesetzt?

Diese Forschungsfrage implementiert ebenso die Erfassung und Auflistung der pflegerischen Tätigkeiten in den Bereichen Pflege und Betreuung sowie pflegefremder Tätigkeiten, unter anderen, in den Bereichen Administration und Logistik. Des Weiteren wird die Frage gestellt, wie viel Zeit diplomierte Pflegepersonen in pflegefremde Tätigkeiten investieren.

2. Theoretischer Teil

2.1. Literaturrecherche

Die Literaturrecherche wurde an unterschiedlichen Bibliotheken in Wien durchgeführt. Folgenden Suchbegriffe wurden in diverse Datenbanken (Online-Katalog der Universität Wien, CINAHL, PUBMED, MEDLINE, DIMDI, Aufsatzkatalog der Gesundheits- und Krankenpflegeschule Rudolfinerhaus Wien) eingegeben: Skills, Skillmix, Grademix, Kompetenzen in der Pflege, Kompetenzprofile, competence, Skillmix instruments, skillmix tools, staff mix, nurse staffing, personnel staffing scheduling, clinical competence, nursing assessment....

Die mediale Recherche mittels PC/Internet an den Literaturdatenbanken ergab zufrieden stellende Ergebnisse, die das Thema im Allgemeinen betreffen. Ein geeignetes Erhebungsinstrument wurde aber nicht gefunden.

Forschungsartikel einschlägiger Pflegefachzeitschriften sowie Auszüge aus Büchern wurden, in der Präsenzbibliothek „Gesundheits- und Krankenpflegeschule Rudolfinerhaus“, kopiert, ebenso an der Medizinischen Universität Wien.

Das Handbuch „Der richtige Mix brings“ von Abt et. al, wurde in der Suchmaschine „Google“ auffindig gemacht und musste in der Schweiz bestellt werden. Eine weitere wichtige und informationshaltige Literaturquelle wurde an der Fachbereichsbibliothek Bildungswissenschaft, Sprachwissenschaft und Vergleichende Literaturwissenschaft zum Thema „Kompetenzen“ gefunden.

Die Literatursuchergebnisse der oben genannten Recherchen wurden in der vorliegenden Arbeit erläutert und einer Inhaltsanalyse unterzogen.

Nach intensiver Literaturrecherche wurde festgestellt, dass es in der deutsch- und englischsprachigen Literatur kein adäquates Instrument zur Erhebung des Skill- und Grademix von Pflegepersonen gibt, welches auf die Forschungsfrage zutreffen würde. Deswegen entwickelten V. Kozon und K. Gitschthaler ein eigenes Erhebungsinstrument. Mehrere AutorInnen beschreiben ähnliche Datenerhebungsverfahren. Das Handbuch „Der richtige Mix brings“ (vgl. Abt, Egelin, Geisser, Karrer-Hans, 2007, 1-77) und das Funktionendiagramm des Regionalspitals Emmental (vgl. Brönnimann, Vangeloooven, 2009, Funktionendiagramm, <http://www.rs-e.ch>, 20.8.2010) dienten als Impuls bei der Erstellung des Fragebogens, der sich in zwei Teile gliedert.

2.2. Begriffsdefinitionen

Zunächst stellt sich die Frage, wie die Termini Skill- und Grademix korrekt definiert werden könnten. Da es im deutschsprachigen Raum, kaum publizierte Konzepte und eindeutige Begriffsdefinitionen zu Skill- und Grademix gibt, vielmehr wird der „Kompetenzbegriff“ angewendet, orientiert sich die Autorin hauptsächlich an englischsprachiger Literatur. Und auch hier variieren die Begriffsdefinitionen. Übersetzt man den Terminus „Skill“ aus dem Englischen erhält man ein vielfältiges Bedeutungsspektrum. Gesprochen wird dann von Fertigkeiten, Fähigkeiten, Fachkönnen, Fachwissen, Geschick, Handfertigkeiten, Können, Qualifikationen. Im deutschen Sprachgebrauch wäre der Begriff am ehesten, in Bezug auf das „pflegerische Handeln“, unter dem Begriff „berufliche Handlungskompetenz“ zusammenzufassen. Da der Begriff „Kompetenz“ auch vielseitige Interpretationsmöglichkeiten zulässt, muss auch dieser Begriff näher erörtert werden.

Letztendlich erscheint der Begriff der Kompetenz, obwohl dieser auch abzugrenzen ist, am ehesten zutreffend zu den Begriffen Qualifikation, Fähigkeiten, Fachkönnen etc., da in weiterer Folge das Dreyfus- Modell des Kompetenzerwerbes, in der Pflege seine Anwendung findet.

Ähnlich verhält es sich mit dem Terminus „Grade“. Die wortwörtliche Übersetzung aus dem Englischen in die deutsche Sprache wäre: das Anspruchsniveau, der Dienstgrad, die Fachnote. In Bezug auf das Thema „Grademix in der Pflege“, ist dieser Begriff als „Ausbildungsstatus“ zu definieren.

2.2.1. Skillmix und Grademix

Folgende deutschsprachige Begriffsdefinition wird in der vorliegenden Arbeit beibehalten:

- Skillmix beschreibt die unterschiedlichen Berufserfahrungen und individuellen Fähigkeiten (das Können) der Mitarbeitenden.
- Grademix beschreibt die unterschiedlichen offiziellen Ausbildungen und Zusatzausbildungen (Nachdiplomstudien) der Mitarbeitenden (vgl. Abt et al., 2007, 5).

In englischsprachiger Literatur lassen sich unterschiedliche Begriffsdefinitionen finden:

- „Grade mix refers to the number of sisters, staff nurses, enrolled nurses and auxiliaries required- that is the number of staff of each grade“ (Gibbs, Griffiths, McCaughan, 1991, 243).
- „Skill mix on the other hand refers more to the skills and experience of staff within those grades: for example, how many years of experience does a staff nurse have in her present speciality and does she have a post- basic qualification in that speciality?“ (Gibbs et al., 1991, 243)
- „The term „skill mix“ is usually used to describe the mix of posts, grades or occupations in an organisation“ (Buchan, Dal Poz, 2002, 575).
- „Skill mix“ or „personnel mix“- the mix of posts in the establishment; the mix of employees in a post; the combination of skills available at a specific time; or the combination of activities that comprise each role, rather than the combination of different job titles“(Ball, Buchan, O`May, 2001, 233).

- „The idea of skill mix is to release the qualified nurse to perform those activities that do require a high level of skill and knowledge, and to supervise the work of other members of the team. Grade mix, on the other hand, is exactly what it says, i.e. a mix of grades. It is based on what is in effect a monetarized description of skill rather than on staff competence levels, and is designed to limit the numbers of higher grade staff members” (Notter, 1993, 351).

2.2.2. Kompetenz

Der Begriff „Kompetenz“ aus der lateinischen Sprache (competere) übersetzt heißt: zusammentreffen, ausreichen, zu etwas fähig sein, zustehen.

Der Kompetenzbegriff wird auch als Abgrenzung zu Konzepten wie Qualifikation, Bildung, Beruf etc., verwendet. Jedoch ist eine genaue Operationalisierung des Begriffes in der Literatur mangelhaft, da in den meisten Quellen unklar bleibt, was genau unter Kompetenz verstanden wird (vgl. Euler, Sloane, 2005: zit. nach Ertl und Sloane, 2005, 5). Aus diesem Grund beschränkt sich die Autorin lediglich auf den Begriff der „beruflichen Handlungskompetenz“, die definitiv relevant für das Thema der vorliegenden Arbeit ist.

Bader und Müller (2005) definieren die Handlungskompetenz als die Befähigung der Auszubildenden zu eigenverantwortlichem Handeln in privaten, beruflichen und gesellschaftlichen Kontexten (vgl. Bader und Müller, 2002: zit. nach Ertl et al., 2005, 4).

Die Handlungskompetenz wird mit folgenden vier Kompetenzen erreicht:

- Fachkompetenz

Damit ist die Fähigkeit und Bereitschaft zur Lösung beruflicher Aufgaben auf der Grundlage fachlichen Wissens und Könnens und zur Beurteilung des Ergebnisses gemeint (vgl. Bader und Müller, 2002: zit. nach Ertl et al., 2005, 4).

- Humankompetenz bzw. Personalkompetenz

Ist „die Fähigkeit und Bereitschaft, Entwicklungschancen, Anforderungen und Einschränkungen zu durchdenken und zu beurteilen; Entfaltung eigener Begabungen und Lebenspläne; Entwicklung von durchdachten Wertvorstellungen, von Selbständigkeit, Kritikfähigkeit, Selbstvertrauen, Zuverlässigkeit, Verantwortungs- und Pflichtbewusstsein“ (vgl. Bader und Müller, 2002: zit. nach Ertl et al., 2005, 4).

- Sozialkompetenz

Meint die „Fähigkeit und Bereitschaft zur Gestaltung von sozialen Beziehungen; Erfassen und Verstehen von Zuwendungen und Spannungen; verantwortungsvolle Auseinandersetzung und Verständigung mit anderen; Entwicklung sozialer Verantwortung und Solidarität“ (vgl. Bader und Müller, 2002: zit. nach Ertl et al., 2005, 4).

- Methoden- und Lernkompetenz

Ist das „Ergebnis der ausgewogenen Entwicklung von Fach-, Human-, und Sozialkompetenz“ (vgl. Bader und Müller, 2002: zit. nach Ertl et al., 2005, 4).

In der Motivationspsychologie wurde der Begriff der Kompetenz, von White (1959), als Ergebnis von Entwicklungen grundlegender Fähigkeiten, die nicht angeboren noch als Produkt von Reifungsprozessen zu sehen sind, verstanden. Kompetenzen sind vom Individuum selbst organisiert und bilden sich aus selbst motivierter Interaktion mit seiner Umwelt (vgl. White, 1959: zit. nach Erpenbeck und Rosenstiel, 2007, XVIII).

Kompetenz wird, obwohl sie durch innere, unbeobachtbare Voraussetzungen einer Person entsteht, durch eine Form von Attribution, einer Zuschreibung auf Grund des Urteils eines Beobachters, ermittelt. Der/Die BeobachterIn schreibt dem selbst organisierten Handeln des Individuums, den beobachtbaren Verhaltensweisen bestimmte Dispositionen als Kompetenzen zu (vgl. Erpenbeck et al., 2007, XVII – XXXVI).

Diese Definition von Kompetenz ist wichtig, um den Begriff der Qualifikation, der oft als Synonym verwendet wird, davon abzugrenzen.

2.2.3. Qualifikation

Der Begriff der Qualifikation ist klar zu unterscheiden von dem Begriff der Kompetenz. Qualifikation wird verstanden als die Summe der Kenntnisse, Fähigkeiten, Fertigkeiten einer Person, über die sie verfügen muss, um bei ihrer beruflichen Tätigkeit anforderungsorientiert handeln zu können. Sie ist handlungszentriert und außerhalb der Arbeitsprozesse überprüfbar. Der Unterschied zur Kompetenz besteht darin, dass Qualifikation nicht im selbst organisierten Handeln sichtbar wird, sondern im Rahmen einer Prüfungssituation. Die zertifizierbaren Ergebnisse sind Resultat des aktuellen Wissens und der

vorhandenen Fähigkeiten. Jedoch kann nicht durch eine Zertifizierung beurteilt werden, ob jemand selbst organisiert handeln kann (vgl. Erpenbeck et al. 2007, XXXV, XIX).

2.2.4. Fertigkeiten

Fertigkeiten sind handlungszentriert und entstehen durch Übung automatisierter Komponenten von Tätigkeiten. Sie beschreiben das Verhalten anforderungsorientierter Handlungssituationen, meist auf sensumotorischem und kognitivem Gebiet unter einer geringen Bewusstseinskontrolle, zum Beispiel beim Auswendiglernen (vgl. Erpenbeck et al. 2007, XXXV).

2.2.5. Fähigkeiten

Fähigkeiten sind ebenso handlungszentriert und beziehen sich auf anforderungsorientierte sowie selbstorganisative Handlungssituationen. Sie bezeichnen innere psychische Bedingungen und Eigenschaften (lebensgeschichtlich unter bestimmten Anlagevoraussetzungen erworben), die notwendig sind, um den Tätigkeits- und Handlungsvollzug zu steuern.

Sie werden unterschieden in:

- allgemeine (z.B. abstraktions- oder flexibilitätsbezogen);
- bereichsspezifische (z.B. allgemein körperliche, sprachliche);
- berufsspezifische (z.B. spezielle technische, handwerkliche) Fähigkeiten.

(vgl. Clauß, 1995: zit. nach Erpenbeck et al. 2007, XXXV- XXXVI).

2.2.6. Eignungen

Sind handlungszentriert und beziehen sich ebenfalls auf das Verhalten in handlungsorientierten Situationen. Mit der Eignung ist die Erfolgswahrscheinlichkeit gemeint, dass eine Person mit ihrer bestimmten Merkmalsausprägung, einer beruflichen Handlungsanforderung gerecht werden kann (vgl. Schuler, 2000: zit. nach Erpenbeck et al. 2007, XXXV).

2.2.7. Berufsfremde Tätigkeiten und berufsimmanente Tätigkeiten

In der vorliegenden Arbeit, werden häufig die Begriffe „berufsfremde, beziehungsweise pflegefremde und berufsimmanente, beziehungsweise pflegeimmanente Tätigkeit“ verwendet. Es ist unumgänglich, diese Begriffe klar zu definieren, denn nur so können berufs- und pflegefremde von berufs- und pflegeimmanenten Tätigkeiten abgegrenzt werden.

So ist beispielsweise das Servieren von Speisen eine berufsfremde Tätigkeit. Hingegen entspricht die Vorbereitung und Verabreichung oder Hilfestellung beim Essen und Trinken bei Patienten die aus pflegerischer und medizinischer Sicht, dieser Unterstützung bedürfen, einer pflegeimmanenten und damit auch einer berufsimmanenten Tätigkeit. Sind diese Begriffe definiert, kann in weiterer Folge eine Diskussion über die Delegation von berufsfremden/pflegefremden Tätigkeiten, die auch Inhalt von Skill- und Grademix ist, stattfinden. Laut Duden bedeutet „berufsfremd“ nicht zum Beruf gehörend. Für das Berufsfeld des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege würde das konkret bedeuten, dass Tätigkeiten, wie z.B. Essen servieren, Betten machen bei mobilen Patienten, Reinigungstätigkeiten, hauswirtschaftliche Aufgaben, administrative Tätigkeiten (die nicht Teil des Pflegeprozesses sind), Materialbewirtschaftung zu den berufsfremden, besser gesagt pflegefremden Tätigkeiten zählen. Diese Tätigkeiten sind auch nicht Ausbildungsinhalt der derzeitig angebotenen Curricula. Es ergibt sich, bei genauerer Betrachtung, ebenso ein Unterschied zwischen berufsfremden und pflegefremden Tätigkeiten. Der Begriff der berufsfremden Tätigkeit wurde soeben erklärt. Zu den pflegefremden Tätigkeiten zählen, beispielsweise die Dokumentation während der Arztvisite, Befundmappen erstellen und die Koordination von Terminen. Diese Tätigkeiten haben nicht direkt mit der Pflege eines/r PatientIn zu tun sind aber zurzeit Teil des Berufes und somit berufsimmanent.

Immanent bedeutet, innewohnend, in etwas enthalten sein. Immanent heißt innerhalb der Grenzen der Erfahrungen und der Erkenntnis bleibend, im Inneren eines Gegenstandes vorhanden seiend und aus der Natur des Gegenstandes kommend (vgl. Drosdowski, 1996, 365 & ohne Autor, <http://de.wiktionary.org/wiki/immanent>, 2011). Berufsimmanente oder pflegeimmanente Tätigkeiten in der Pflege sind demnach alle Handlungen der Pflegepersonen, die Teil des Pflegeprozesses sind, Tätigkeiten, die dem eigen- mitverantwortlichen und dem interdisziplinären Bereich

der Gesundheits- und Krankenpflege zuzuordnen sind und die Lehrinhalte der Ausbildung betreffen.

2.2.8. Delegation und Aufgabenzuteilung

Das Wort „Delegation“ aus der französischen und lateinischen Sprache übersetzt, steht für hinschicken, anvertrauen und übertragen.

Die Delegation ist definiert als die Übertragung der Verantwortung einer Tätigkeit von einer Person auf eine andere. Die Person, die delegiert, bleibt weiterhin für das Ergebnis rechenschaftspflichtig. Im Kontext der Delegation heißt das, dass Pflegepersonen verantwortlich und haftbar sind für das, was sie selbst und andere tun oder auch nicht tun (Kelly- Heidenthal, Marthaler, 2008, zit. nach: Kürzl, 2009, 11).

Eine weitere Definition von Delegation spricht von einer spezifischen Arbeitsteilung, wobei die Führungsverantwortung beim Delegierenden bleibt und die Handlungsverantwortung abgegeben wird. Zur Führungsverantwortung zählt einerseits die Bestimmung über das Ausmaß der Delegation, die Auswahl und Kontrolle des Delegationsempfängers sowie die konkrete Formulierung der Aufgabe und die notwendige Informationsweitergabe. Aufgaben, die besonders schwierig sind, eignen sich nicht dazu, delegiert zu werden. Komplexere Aufgaben können umso besser delegiert werden, je höher die Qualifikation und die Kompetenz des Delegationsempfängers ist (vgl. Arbeit Ratgeber, 2008, zit. nach: Kürzl, 2009, 11).

Zwischen Delegation und Arbeitszuteilung besteht ein Unterschied, der sich dadurch auszeichnet, dass die Übertragung der Verantwortung und Rechenschaftspflicht für eine Tätigkeit von einer Person auf eine andere mit vergleichbaren Kompetenzen und formaler Qualifikation passiert (vgl. Kürzl, 2009, 11).

2.3. Dreyfusmodell des Kompetenzerwerbs

Nach dem entwickelten Modell des Kompetenzerwerbs von dem Mathematiker und Systemanalytiker Stuart Dreyfus und dem Philosoph Hubert Dreyfus, durchlaufen Lernende beim Erwerben und Vertiefen einer Fähigkeit fünf verschiedene Leistungsstufen:

- Stufe1: Neuling

In dieser Phase verfügen die „Neulinge“ über kein Erfahrungswissen auf eine Situation bezogen, in der sie aktiv werden sollen. Sie werden über eine Situation, beispielsweise durch Kollegen, belehrt. Das regelgeleitete Verhalten des Anfängers ist eingeschränkt und unflexibel. Typisch für diese Stufe, in der sich SchülerInnen sowie auch Schwestern und Pfleger, die in ein neues, unbekanntes klinisches Gebiet eintreten befinden, ist, dass sie größere Zusammenhänge zwischen dem erlernten theoretischen Wissen und der vorherrschenden Situation nicht verbinden können (vgl. Benner, 1994, 41-42).

- Stufe 2: Fortgeschrittene AnfängerInnen

Fortgeschrittene AnfängerInnen haben schon unterschiedliche Situationen bewältigt, so dass sie sich der wiederkehrenden bedeutungsvollen situativen Bestandteile bewusst werden. Erforderlich für diese Kenntnisse, die der Anfänger noch als Verfahrensschritte aufzeichnet, ist die Erfahrung mit der realen Situation. Merkmale, den Patienten betreffend, können nur erkannt werden, wenn man über vorhergehende Erfahrungen verfügt, Erfahrungen, die man mit dem Patienten oder in einer vergleichbaren Situation gemacht hat (vgl. Benner, 1994, 42-45).

- Stufe 3: Kompetente Pflege

Pflegepersonen, die etwa zwei bis drei Jahre im gleichen oder einem ähnlichen Berufsfeld tätig sind, entwickeln Kompetenzen, die dadurch gekennzeichnet sind, dass Handlungen auf längerfristige Ziele und Pläne ausgerichtet werden und ihnen die Bedeutung ihrer Handlungen bewusst wird. Das Vorgehen in der Pflege wird kompetent und planvoll. Eine Problemlage wird bewusst, abstrakt und analytisch betrachtet. Prioritäten werden gesetzt und der gegenwärtigen oder zukünftigen Situation angepasst (vgl. Benner, 1994, 45-47).

- Stufe 4: Erfahrene Pflege

Der/Die erfahrene Pflegende begreift Situationen spontan, aufgrund seines Erfahrungswissens. Die Situation wird als Ganzes wahrgenommen, weil Pflegepersonen die Situation in Bezug auf längerfristige Ziele wahrnehmen und nicht nur in ihren einzelnen Aspekten. Erfahrende Pflegepersonen lernen aus ihren Erfahrungen. Sie können Entwicklungen, die in einer Situation zu erwarten sind, erkennen und in Folge dessen ihre „Pläne“ verändern oder anpassen. In dieser Stufe fällt es Pflegepersonen leicht Entscheidungen zu treffen, da sie über eine ganzheitliche Auffassung und Erfahrung verfügen, die es ermöglichen

wichtige und weniger wichtige Aspekte zu trennen und schneller zum Kern eines Problems zu gelangen. Erfahrene Pflegepersonen lassen sich von Maximen leiten, die sie durch ihr tiefer gehendes Verständnis auch richtig einsetzen können (vgl. Benner, 1994, 47-50).

- Stufe 5: PflegeexpertIn

PflegeexpertInnen können Situationen intuitiv erfassen und sind nicht mehr darauf angewiesen, ihr Handeln nach analytischen Prinzipien (Regeln, Richtlinien, Maximen) zu setzen. Der Kern eines Problems wird schnell erkannt (vgl. Benner, 1994, 50-54)

Dem Dreyfusmodell des Kompetenzerwerbes zufolge sind diplomierte Pflegepersonen spätestens ab Stufe 3 dazu befähigt, Tätigkeiten zu delegieren und zu wissen, welche Tätigkeiten einer Delegation oder einer Arbeitszuteilung zuzuordnen sind. Ebenso haben diplomierte Pflegepersonen ab der Stufe 3 (kompetente Pflege) Kenntnisse darüber, Handlungsabläufe zu organisieren und zu optimieren.

2.4. Skill- und Grademix international

International betrachtet, wird „Skill- und Grademix“ praktiziert und entsprechende Instrumente werden in den pflegerischen Alltag integriert.

Das Konzept des Skill- und Grademix lässt sich in zwei Bereichen beobachten.

Einerseits in der disziplinären Pflegepraxis selbst und andererseits im interdisziplinären Bereich.

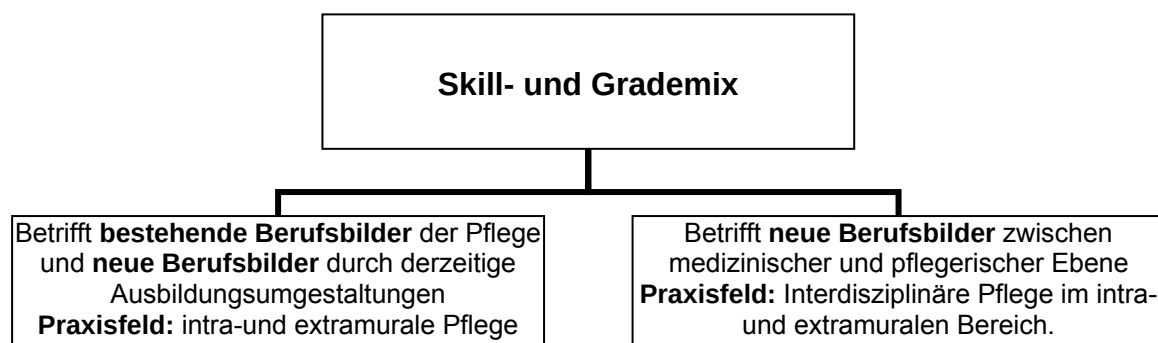


Abb.1: Skill- und Grademix im disziplinären und interdisziplinären Bereich

In diesem Kapitel werden internationale Beispiele herangezogen, bei denen das Konzept „Skill- und Grademix“ erfolgreich, mit unterschiedlichen Methoden, umgesetzt wurde. Die folgenden Projekte aus der Schweiz befassen sich mit der

Implementierung eines Skill- und Grademix in intra- und extramuralen Pflegeeinrichtungen.

Anschließend werden neue Berufsbilder und deren Aufgabenbereiche aus Deutschland und England vorgestellt. Dieser Skill- und Grademix findet sich im interdisziplinären Bereich wieder.

Projekt „Kompetenzprofile in den Gesundheitsberufen“, Schweiz:

In der Schweiz wurde, im Zuge der Umsetzung des neuen Berufsbildungsgesetzes, das Projekt „Kompetenzprofile in den Gesundheitsberufen“ in insgesamt acht Institutionen (folgende Bereiche waren vertreten: Akut-, Langzeit-, SPTEx- Bereich), durchgeführt. Ziel des Projektes war es, den Umgang mit den neuen Kompetenzniveaus zu untersuchen und zu analysieren. Das Projekt gliedert sich in drei Phasen (vgl. Abt et al., 2007, 6).

- Erste Phase: Beschreibung der Ist- Situation auf den Stationen
- Zweite Phase: Erhebung der Pflegebedarfsanalyse und des gegenwärtigen „Skillmix“
- Dritte Phase: Erstellung von Arbeitsaufgaben für die unterschiedlichen Pflegeberufe und die Erprobung des neuen Skill- und Grademix (vgl. Abt et al., 2007, 6).

Um eine flächendeckende Implementierung des neuen Skill- und Grademix zu gewährleisten, werden im Prozessablauf vier Phasen genannt. Diese Phasen werden unterteilt in die **Strategiephase** (Entscheidung wird getroffen, diesen Prozess mittel- und langfristig anzugehen), die **Vorprojektphase** (Ermittlung des Veränderungsbedarfs), die **Projektphase** (Pilotstationen definieren mit dem Ziel, Erfahrungen und Erkenntnisse mit dem neu definierten Skill- und Grademix, für eine flächendeckende Umsetzung zu gewinnen) und die **Implementierungsphase** (flächendeckende Einführung des Veränderungsbedarfs) (vgl. Abt et al., 2007, 11).

Der Detailprozess des Vorprojektes gliedert sich wiederum in drei Hauptbereiche: Ist-Analyse, Soll- Analyse und Delta Ist- Soll. Die **Ist- Analyse** besteht aus fünf Teilschritten und den dazugehörigen fünf Instrumenten. Instrument 1: dient zur Feststellung des qualitativen und quantitativen Personalbestands. Instrument 2: betrifft das quantitative Stationsprofil. Instrument 3: besteht aus der Eruierung und Beschreibung von 15-20 typischen Arbeitsaufgaben nach F. Rauner. Instrument 4, teilt die Arbeitsaufgaben mit dem aktuellen Personalbestand zu. Instrument 5, dient

zur Einschätzung des aktuellen pflegerischen Organisationsmodells der jeweiligen Institution. Die **Soll- Analyse** beinhaltet Instrument 6 (bestehend aus der Auflistung von Arbeitsaufgaben mit den zukünftigen Berufsniveaus) und Instrument 7 (welches die Frage, ob das heutige pflegerische Organisationsmodell in der neuen Verteilung sinnvoll ist, beantwortet). Der **Delta Ist- Soll** Prozessschritt enthält eine Anleitung zur Einschätzung des neuen Skill- und Grademix (vgl. Abt et al., 2007, 17-34).

Projekt „Skill-/Grade-Mix als praxisnaher Change-Management-Prozess in der Pflegeorganisation“, Schweiz:

Ein anderes Projekt der Organisationsentwicklung aus der Schweiz zeigt, dass es unterschiedliche Zugänge gibt, um einen Mix an Kompetenzen in das Gesundheitswesen zu integrieren.

Als Ziel gilt es, Fachpersonen ihren Kernkompetenzen entsprechend einzusetzen. Die Institution Regionalspital Emmental AG (mit Standorten in Burgdorf und Langnau), setzte 2007 ein Projekt um, welches sich in zwei Phasen gliedert. Die **konzeptuelle Phase** besteht aus einer Literaturrecherche- und Auswertung zu den Themen Skillmix, Funktionsdifferenzierung, Pflegequalitätsebenen und patientenorientierte Pflege. In dieser Phase wurde auch eine Klinik visitiert, die bereits einen „Skillmix“ implementiert hat. In der zweiten Phase, der **Operationalisierungsphase**, wurde eine Pilotstation ausgewählt und eine Projektgruppe gebildet. Die Projektgruppe bestand aus einer Abteilungsleiterin, einer Berufsbildnerin, einer Pflegefachfrau HöFa I, einer Pflegefachfrau in Teilzeitpensum, einer Fachangestellten Gesundheit und der Bereichsleiterin Pflege. Ihre Aufgabe, bestand darin, Instrumente zu entwickeln, zu adaptieren und sie anschließend auf der Praxisebene zu testen. Die Projektleitung führte regelmäßig strukturierte Gespräche mit der Projektgruppe. Die Themen der Gespräche umfassten Alltagserfahrungen, Arbeitszufriedenheit, Arbeitsteilung, kompetenzgerechten Einsatz, Überforderungssituation und Förderung der Kompetenzen. Mit der Abteilungsleiterin wurden Informationsgespräche geführt und weitere Teilschritte erarbeitet. Bei der Erstellung und Umsetzung der Instrumente werden Pflegephänomene nach Priorität gereiht, fachliche Expertise (Einschätzung, Beratung, Prozesssteuerung) und die Patientenperspektive miteinbezogen. (Brönnimann et al., 2008, 2).

Die Instrumente auf der Organisationsebene bestehen aus neu erarbeiteten Stellenbeschreibungen, welche den Fokus auf die Arbeitsteilung bezüglich Kernkompetenzen und Kernaufgaben legen, und themenspezifischen Einführungschecklisten für neue Mitarbeiter. Die Instrumente der Pflegeorganisation setzen sich zusammen aus definierten Pflegegruppen (dies sind Gruppen von Mitarbeitenden, die eine bestimmte Patientengruppe nach neuen Delegationsprinzipien betreuen) und einem Blockplanungsmodell. Das Modell der Arbeitsteilung Regionalspital Emmental (teilt Aufgaben zwischen Diplompflege, FaGe und PflegeassistentIn auf), ein Delegationsleitfaden (der Delegationsentscheidungen vereinfachen soll) und das entwickelte Funktionendiagramm (dieses unterscheidet zwischen fix delegierbaren Aufgaben, fallspezifisch delegierbaren Aufgaben und nicht delegierbaren Aufgaben in den Bereichen: Administration und Logistik, Alltagsgestaltung, Pflege und Betreuung, Medizinaltechnik) bilden die Instrumente der Arbeitsteilung. (Brönnimann et al., 2008, 4).

Neue Berufsbilder entwickelt im Asklepios- Konzern, Deutschland:

Frau Walburga Sprenger, Geschäftsführerin der Krankenpflegeschulen GmbH des Konzerns Asklepios in Deutschland hat, gemeinsam mit anderen, neue Berufe eingeführt, sowie den Leitfaden „Delegationsmöglichkeiten im Krankenhaus“ für die Neuordnung von Aufgaben und Tätigkeitsprofilen im eigenen Unternehmen mitverfasst.

Die Grundlage, um einen Veränderungsprozess einzuleiten, besteht aus der Definition von neuen und bestehenden Standards und Prozessen (z.B. Fall-, Case- oder Entlassungsmanagement). Bevor eine neue Berufsgruppe implementiert werden kann, müssen Prozesse innerhalb des Behandlungsteams von Ärzten und Pflegenden identifiziert, definiert und standardisiert werden. Deswegen ließ, der Konzern Asklepios, in einem Krankenhaus mit 500 Betten, Prozesse standardisieren, Tätigkeiten definieren und die Schnittstellen zwischen Pflegenden und Ärzten bestimmen. Erfragt wurde, welche Tätigkeiten Pflegepersonen und Ärzte abgeben könnten (vgl. Müller von der Grün, 2011, 15).

Das Resultat dieser Erhebung war die Implementierung der neuen Berufsbilder, Service- und Pflegeassistent. Die Tätigkeiten des Serviceassistenten umfassen das Servieren von Speisen sowie die Sorge für Sauberkeit im Haus. Nach einem Hauptschulabschluss kann der Serviceassistent in den Beruf einsteigen. Der Beruf

des Pflegeassistenten kann nach fünfmonatiger Schulung ausgeübt werden. Die Tätigkeit des Pflegeassistenten betrifft nur die Grundpflege und keinesfalls die Behandlungspflege. Diplomierte Pflegepersonen übernehmen die Verantwortung für die neuen Berufsgruppen und planen deren Einsatz (vgl. Müller von der Grün, 2011, 15).

Eine andere Entwicklung betraf Pflegepersonen, die zu höher qualifizierten Tätigkeiten aufstiegen. So bildeten sich die Berufsgruppen der Physician Assistant, des chirurgisch-technischen Assistenten (CTA), des operationstechnischen Assistenten (OTA), des anästhesietechnischen Assistenten (ATA) und des chirurgischen Operationsassistenten (COA). Die Ausbildung zum CTA, OTA und ATA erfordert kein Diplom der Gesundheits- und Krankenpflege. Aufnahmevoraussetzung für OTA und ATA ist die mittlere Reife und für CTA wird die allgemeine Hochschulreife verlangt. Sie können an unterschiedlichen privatwirtschaftlichen Akademien in Deutschland absolviert werden und schließen mit einem Bachelor ab. Der OTA wird zwar schon seit mehr als zehn Jahren ausgebildet, der Abschluss ist aber nach wie vor nicht staatlich anerkannt. Der COA ist eine Weiterentwicklung des OTA und wird als konzerneigene, zweijährige Weiterbildung angeboten, die nicht mit einem Bachelor-Titel abschließt. Bis jetzt gibt es zehn fertig Ausgebildete COA's, die während eines Eingriffes die erste oder zweite Assistenz übernehmen können. Der Chefarzt des jeweiligen Krankenhauses trifft die Entscheidung darüber, welche Tätigkeiten übernommen werden dürfen und welche nicht. Die in diesen Assistenzberufen Ausgebildeten entlasten einerseits die Ärzte, andererseits bieten sie auch Perspektiven für qualifizierte Pflegepersonen. Der erste Studiengang, jener des Arztassistenten, wurde bereits 1965 in den USA etabliert. Mittlerweile arbeiten fast 70.000 Arztassistenten in amerikanischen Krankenhäusern. (vgl. Müller von der Grün, 2011, 15-16).

Berufsbild Advance Practice Nurse, England:

Definiert wird eine Advance Practice Nurse als eine examinierte Pflegekraft, die sich Expertenwissen, Entscheidungskraft in komplexen Fragen und klinische Kompetenz für eine breite Praxis angeeignet hat. Sie ist in der Lage, unabhängig und kooperativ Entscheidungen über die Versorgung von Patienten zu treffen. Seit den 1970er Jahren ist dieses Berufsbild (damals in der primären Gesundheitsversorgung, mit ca. 3000 Fachkräften), in England im nationalen Gesundheitsdienst integriert. 2002

wurde die Funktion dieses Berufsbildes wieder bekräftigt, mit der Anregung, dass 20% der ausgeführten Arbeiten von Allgemein- und Assistenzärzten in den Bereich der Advance Practice Nurse zu verlagern sein. Das Berufsbild zeichnet sich dadurch aus, dass ausgebildete Fachkräfte dazu befähigt sind, Arzneimittel zu verschreiben und anhand vorgegebener Listen Diagnosen für bestimmte Krankheitsbilder zu stellen. Im Laufe der Zeit wurden die Möglichkeiten zur Verschreibung und das Spektrum der zu verschreibenden Arzneimittel ausgeweitet. 2006 gab es fast 7000 Pflegepersonen, die nach der ausgeweiteten Formel Arzneimittel verschrieben (extended formulary nurse prescribers). Zusatzrezepte durften von weiteren 6500 Pflegepersonen ausgestellt werden (supplementary prescribers). 2006 wurden diese Modelle abgeschafft und das Berufsbild einer unabhängig verschreibenden Pflegeperson (nurse independent prescriber) eingeführt. Sie sind dazu berechtigt, jedes zugelassene Medikament für jede Erkrankung zu verschreiben. Dafür wird keine Zusatzausbildung benötigt. Der individuelle Fortbildungsbedarf wird im Rahmen der fortlaufenden beruflichen Weiterbildung vorausgesetzt. Vom Nursing and Midwifery Council müssen festgelegte Mindestvoraussetzungen erfüllt werden. Im Anschluss daran entscheidet der nationale Gesundheitsdienst, ob eine unabhängig verschreibende Pflegeperson ihren Qualifikationen entsprechend eingesetzt wird (vgl. Bourgeault, Kuhlmann, Neiterman, Wrede, 2008, <http://euro.who.int>, 23.10.2010).

All dies konnte nur durch die Unterstützung der ÄrztInnen umgesetzt werden. 1990 wurde im Ärztevertrag festgelegt, dass diese über das Budgetrecht der Krankenhausleistungen verfügen können. Dies hatte zur Folge, dass AllgemeinärztInnen den Pflegepersonen in der primären Gesundheitsversorgung vermehrt Aufgaben übertrugen (z.B. Bereich Gesundheitsförderung und Behandlung chronischer Krankheiten). Systematische Übersichtsarbeiten und Metanalysen hinsichtlich der Fragestellung, ob dieser Qualifikationsmix nützlich sei und ob Pflegepersonen eine ebenso gute Versorgung erbrachten wie ÄrztInnen, ergaben, dass die Ergebnisse mindestens äquivalent waren und die Patientenzufriedenheit sich erhöht hatte (vgl. Bourgeault, et al., 2008, <http://euro.who.int>, 23.10.2010).

2.5. Skill- und Grademix national

In Österreich gibt es derzeit keine Instrumente, zumindest keine, die bis jetzt veröffentlicht wurden, die zur Bestimmung eines Skill- und Grademix beitragen.

Man kann aber feststellen, dass eine Art von „Skill- und Grademix“ bereits in das österreichische Gesundheitssystem integriert ist. So wird beispielsweise im Rudolfinerhaus Wien, seit Anfang der 1990er Jahre die Berufsgruppe der StationssekretärInnen gezielt eingesetzt, um administrative Tätigkeiten auszuführen. Da es sich um eine Privatklinik handelt, ist ebenso, seit dieser Zeit, die Berufsgruppe „Hotelfachkraft“ auf jeder Station vertreten. Laut der Erhebung des Personalstandes im Rudolfinerhaus Wien, zeigt sich allerdings ein sehr geringer Anteil an PflegehelferInnen (2 Personen).

Seit kurzem werden, auf der Ebene des Wiener Krankenanstaltenverbundes, StationspflegesekretärInnen eingesetzt, um diplomierte Pflegepersonen von pflegefremden/fernen, administrativen Tätigkeiten zu entlasten.

Die Berufsgruppe der PflegehelferInnen ist in den Krankenanstalten Österreichs schon seit Jahrzehnten vertreten. Laut Statistik Austria ist die Zahl dieser Berufsgruppe in dem Zeitraum zwischen 2000 und 2009 gesunken (vgl. Statistik Austria, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/index.html, 3.3.2010).

Mit der Generierung einer neuen Berufsgruppe, den damit verbundenen neuen Ausbildungsinhalten (Bachelor of Health Science) und anderen Beweggründen, die nachfolgend genannt werden, ist eine Umsetzung von Skill- und Grademix unumgänglich geworden.

Das neue Berufsbild der Pflege wird benötigt, um die Pflegeprozessverantwortung in dieser Umgestaltungsphase zu übernehmen. Gleichzeitig werden in den Ausbildungsinhalten Delegationskompetenzen erarbeitet, die erforderlich sind, um die Aufgabenverteilungen im pflegerischen Alltag umzusetzen (vgl. Brönnimann et al., 2008, 4).

2.6. Skill- und Grademix – Warum?

Es gibt zahlreiche Gründe für die Implementierung eines „Skill- und Grademix“ in der Pflege, vordergründig der Pflege im Krankenhaus. Der dringende Bedarf an effektiven Problemlösungen zeigt sich durch die sich verändernde Demographie der

österreichischen Gesellschaft, Stichwort: „alternde Gesellschaft“; der Schwerpunkt liegt bei chronisch kranken Menschen. Dies führt zwangsweise zur Umgestaltung der Pflege in Bezug auf die Versorgungs-, Unterstützungs- und Beratungsfunktion. Knapp bemessene finanzielle Ressourcen erfordern Konzepte, die es ermöglichen, kostengünstig zur Verbesserung der organisatorischen Struktur innerhalb eines Krankenhauses beizutragen und eine hohe Qualität der Pflege beizubehalten.

Brönnimann und Vangeloooven (2008) nennen vier Ebenen, die sich unmittelbar auf die Pflegepraxis auswirken und daraus resultierend neue Strategien erfordern, um die Komplexität der Pflege zu ordnen und bewältigen zu können (vgl. Brönnimann et al., 2008, 2):

- Gesellschaftliche Ebene: Diese bezieht sich auf demographische Veränderungen, die Individualisierung des Lebensstils, technischer Entwicklungen sowie der vorherrschenden Informations- und Wissensgesellschaft;
- Gesundheitspolitische Ebene: betreffend die Multimorbidität und Zunahme der chronischen Krankheiten, Ressourcenknappheit und damit verbundene neue Versorgungsmodelle;
- Institutionelle Ebene: Trend zur verkürzten Aufenthaltsdauer im akuten Bereich, Zunahme der Fallkomplexität und der Qualitätsentwicklung;
- Berufliche oder Professionsebene: Integration neuer Berufsgruppen, Spezialisierung, Professionalisierung, Akademisierung (Brönnimann et al., 2008, 2).

So erscheint es nachfolgend sinnvoll, Aufgaben von hoch qualifiziertem Personal zu weniger oder anders qualifiziertem kostengünstigeren Personengruppen zu transportieren (vgl. Stemmer, 2007, 163).

Dieses Prinzip spiegelt sich in drei Ansätzen wieder:

- Die Übertragung der Durchführung von Aufgaben an weniger qualifizierte MitarbeiterInnen. Die Verantwortung liegt bei den Personengruppen mit der höheren Qualifikation;
- die Zuweisung von Kompetenzen und Verantwortlichkeiten an weniger oder anders qualifizierten Personen;
- die Entwicklung neuer Berufsbilder (vgl. Workforce Development Confederation, 2003: zit. nach Stemmer, 2007, 163).

Ein weiteres Ziel der Umsetzung eines Skill- und Grademix ist es, diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern/pfleger von pflegefremden Tätigkeiten zu entlasten. Zu den pflegefremden Tätigkeiten zählen beispielsweise: Reinigungstätigkeiten, Botengänge, Materialbewirtschaftung, Patiententransporte, Mahlzeiten und Getränke verteilen, Bettwäschewechsel beim mobilen Patienten, administrative Tätigkeiten, die nicht Teil der Dokumentation des Pflegeprozesses sind.

Ausübung berufsfremder Tätigkeiten durch diplomierte Pflegepersonen:

Laut einer Studie in Deutschland, an der 295 Fachabteilungen unterschiedlicher Spitäler teilnahmen, besteht der größte Aufwand an pflegefremden Tätigkeiten die Dokumentation und Administration betreffend. Zu erwähnen ist, dass unter dem Tätigkeitsbereich „Dokumentation und Administration“ unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt wurden. Dazu zählen: Vorbereitung von Papieren für Neuzugänge, Dokumentation der Pflegeanamnese, Dokumentation der Pflegeplanung am Beginn des Krankenhausaufenthaltes, Vorbereitung der Entlassungspapiere, Dokumentation der Pflegeplanung, Führung und Sortierung der Patientenakte, Dokumentation von Pflegemaßnahmen und die Erstellung des Pflegeberichts. Auf einer chirurgischen Abteilung ist eine Pflegeperson durchschnittlich 88,2 Minuten pro Arbeitstag damit beschäftigt. Im Vergleich dazu ist eine Pflegeperson, die an einer internen Abteilung tätig ist, 96,5 Minuten pro Arbeitstag mit Dokumentation und Administration beschäftigt. Dies entspricht, fächerübergreifend, 20% der Arbeitszeit einer Pflegeperson, die mit einer 38, 5 Stunden- Woche angestellt ist. Einen geringeren Anteil an pflegerischer Zeit nehmen Patientenbegleit-, Hol- und Bringdienste in Anspruch. Die durchschnittliche Arbeitszeit einer Pflegeperson, an einer chirurgischen Abteilung, beträgt 29, 5 Minuten pro Arbeitstag (6,4% der täglichen Arbeitszeit) und an einer internen Abteilung 20,9 Minuten pro Arbeitstag (4,5% der täglichen Arbeitszeit). Tätigkeiten, die den Bereich Logistik und Beschaffung betreffen, beanspruchen knapp 10 Minuten Arbeitszeit einer Pflegeperson (2% der täglichen Arbeitszeit). Schließlich benötigen Pflegepersonen durchschnittlich 3 Minuten (1% der täglichen Arbeitszeit) täglich für Reinigungsdienste. Zusammenfassend wenden Pflegepersonen pro Arbeitstag 2: 10 Stunden (28% der täglichen Arbeitszeit) für pflegefremde Tätigkeiten auf. Die Werte

streuen allerdings sehr zwischen den verschiedenen Fachabteilungen (vgl. Blum, 2003, 478-482).

Diese Studie belegt, dass pflegefremde Tätigkeiten einen wesentlichen Zeitraub an pflegerischer Arbeitszeit betreiben.

Eine Verschiebung der Aufgaben zwischen pflegerischem Bereich und dem Bereich der unterschiedlichen Serviceleistungen (wie am Beispiel Rudolfinerhaus Wien: Hotelfachkräfte, AbteilungshelferInnen, Reinigungspersonal, Hol- und Bringdienste) sowie die Integration anderer Berufsgruppen (z.B. StationssekretärIn) könnten den zeitlichen Ablauf optimieren.

Einem aktuelleren Bericht zufolge, in Auftrag gegeben vom Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend in Österreich wurde festgestellt, dass Tätigkeiten wie Pflege, Reinigung und Desinfektion von Behelfen, Transport von Patienten sowie Hol- und Bringdienste von den Diensten der gehobenen Gesundheits- und Krankenpflege und den Pflegehilfswesen annähernd gleich häufig erledigt werden. Die Berufsgruppe der diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern/pfleger verrichtet sogar in einem höheren Ausmaß die eben genannten Tätigkeiten. Der Unterschied liegt bei etwa drei Prozentpunkten. Diese Tätigkeiten könnten ohne Qualitätsverlust in der Patientenbetreuung delegiert werden. Die Tätigkeiten betreffend Administration, Öffentlichkeitsarbeit, Organisation und Verwaltung werden vorrangig von Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern/pfleger, durchgeführt. Der Unterschied liegt bei 16 (Öffentlichkeitsarbeit) und 43 (Administration) Prozentpunkten. In Hinblick auf die Dauer der Berufstätigkeit wurde festgestellt, dass diese Variable einen Einfluss in den Bereichen Administration, Öffentlichkeitsarbeit, Organisation und Verwaltung hat. Diese Tätigkeiten werden häufiger von Berufsangehörigen ausgeübt, die länger als fünf Jahre in ihrem Beruf tätig sind. Interessant ist, dass es sich in den Bereichen Pflege, Reinigung und Desinfektion von Behelfen, Hol- und Bringdienste, Transport von Patienten und hauswirtschaftliche Tätigkeiten, genau umgekehrt verhält. In der Ressourcenplanung wäre es sinnvoll zu berücksichtigen, diese Tätigkeiten an andere Berufsgruppen (z.B. Pflegehilfswesen, SekretärInnen) auszulagern. Das Setting der Untersuchung betrifft das Krankenhaus (Akutpflege), Alten- Pflegeheime und die Pflege zu Hause/Mobile Pflege (Hauskrankenpflege) (vgl. Riess, Rottenhofer, Winkler, Österreichischer Pflegebericht, 2007, 40-43).

Um den Diskurs zu erweitern, werden nachfolgend auch die Kompetenzübertretungen der PflegehelferInnen und AltenfachbetreuerInnen näher betrachtet. Dies sollte ein Bewusstsein schaffen, dass die Delegation von Tätigkeiten nicht unreflektiert, zu Lasten einer anderen Berufsgruppe, geschehen darf.

Kompetenzübertretungen der Pflegehilfssdienste aus dem eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege:

Dem österreichischen Pflegebericht 2007 zufolge, betreiben 79% der befragten Pflegehilfssdienste, aus dem eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, eine Kompetenzübertretung. Die vier ausgewählten Bereiche des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereiches sind die Pflegeanamnese, die Pflegediagnose, die Pflegeplanung und die Pflegeevaluation. 21% der Befragten führen keinen der vier genannten Pflegeprozessschritte durch. 32% führen alle vier, 17% führen drei, 13% führen zwei der Pflegeprozessschritte und 17% führen einen Pflegeprozessschritt durch. Signifikant am höchsten sind die Kompetenzüberschreitungen im Alten-/Pflegeheim. 87% Prozent geben in dieser Pflegeeinrichtung eine Kompetenzüberschreitung an. Die Hälfte davon führt alle vier Pflegeprozessschritte durch. Im Vergleich dazu, führen 27% der Pflegehilfssdienste im Krankenhaus und in der mobilen Pflege, alle vier Pflegeprozessschritte durch. Betrachtet man die Kompetenzüberschreitungen hinsichtlich der Dauer der Berufsausübung ist eine signifikante Korrelation (Bivariate Korrelation= 0,093, Signifikanz 2-seitig= 0,047) zu beobachten. Je länger Pflegehilfssdienste ihren Beruf ausüben, desto häufiger und desto mehr Pflegeprozessschritte führen sie durch (vgl. Riess et al., Österreichischer Pflegebericht, 2007, 24-29).

Kompetenzübertretungen der Pflegehilfssdienste aus dem mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege:

Acht ausgewählte Tätigkeiten (Vorbereitung von Injektionen, Verabreichung von intramuskulären Injektionen, Verabreichung von intravenösen Injektionen, Vorbereitung von Infusionen, Blutentnahme aus der Vene, setzen von transurethralen Blasenkathetern, Durchführung von Darmeinläufen), die dem Gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege vorbehalten sind, waren Gegenstand der Untersuchung des österreichischen Pflegeberichts 2007, hinsichtlich der Kompetenzübertretung durch Pflegehilfssdienste. Insgesamt gesehen, übertreten

nur knapp die Hälfte der befragten Pflegehilfskräfte keine Kompetenzen. 30% führen eine der genannten Tätigkeiten und 10% üben zwei der genannten Tätigkeiten durch. Im Krankenhaus und im Heim beträgt der Anteil, der Pflegehilfsdienste die keine Kompetenzen übertreten, 40%. In der mobilen Pflege übertreten 34% eine genannte Kompetenz und 60% führen keine der genannten Tätigkeiten durch. Die Tätigkeit „Vorbereitung von Injektionen“ führen 35% der Befragten durch, gefolgt von der Tätigkeit „Durchführung von Darmeinläufen“ (30% der Befragten). Vorbereitung und Anschluss von Infusionen werden von 14% der befragten Pflegehilfsdienste durchgeführt. Die Tätigkeit „Blutentnahme aus der Vene“ wird von der Berufsgruppe der Pflegehilfsdienste nicht durchgeführt. Der Korrelation zwischen Dauer der Berufsausübung und der Kompetenzübertretungen ist zwar signifikant, aber nur in einem sehr geringen Ausmaß (Bivariate Korrelation= 0,11, Signifikanz= 0,02) (vgl. Riess et al., Österreichischer Pflegebericht, 2007, 29-32).

Es werden unterschiedliche Ursachen für diese Kompetenzübertretungen im eigen- und mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich genannt. Vor allem sind diese aber auf Struktur- und Organisationsmängel zurückzuführen. Eine zu geringe Anzahl an diplomierten Pflegepersonen, und/oder nicht am Ort vorhandenes diplomiertes Pflegepersonal können der Grund für diese Kompetenzübertretungen sein; jedoch auch, dass diplomierte Pflegepersonen ihre Aufgabe der Durchführungsverantwortung nicht wahrnehmen. (vgl. Riess et al., Österreichischer Pflegebericht, 2007, 36-39).

Aus diesem Grund wird an dieser Stelle ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Delegation von Tätigkeiten, durch den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege, nur pflegefremde Tätigkeiten an unterschiedliche Berufsgruppen betrifft oder jene Tätigkeiten, speziell auf die Pflegehilfsdienste bezogen, zu welchen sie gesetzlich berechtigt sind.

Ein durchdachter Skill- und Grademix, kann es ermöglichen, dass Ressourcen optimierend eingesetzt werden, soll aber nicht zu Lasten einer anderen Berufsgruppe umgesetzt werden.

Der WHO Report 2000 verwies damals schon auf die Notwendigkeit der Verwirklichung eines richtigen Skill- und Grademix im Gesundheitswesen. Der Bericht der europäischen Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme 2008 stellt sich unter anderem die Frage, warum ein effektiver Skill- und Grademix erforderlich sei.

Personalpolitische Herausforderungen in allen Gesundheitssystemen Europas werden erwartet.

Dazu zählen:

- Ein sich abzeichnender Arbeitskräftemangel in Teilen der Gesundheitsversorgung;
- eine Zunahme der Arbeitsmigration;
- eine unausgewogene Verteilung (z.B.: nach Ort, Geschlecht, Beruf und Einrichtung) in gewissen Berufen;
- eine qualitative Unausgewogenheit (z.B.: Unter- oder Fehlqualifizierung) innerhalb der Gesundheitsberufe (Bourgeault et al., 2008, <http://euro.who.int>, 23.10.2010).

Weiters werden folgende Beweggründe/Probleme genannt:

- Personalknappheit in bestimmten Positionen und Berufsgruppen;
- bessere Beherrschung der Betriebskosten, - insbesondere der Personalkosten;
- bessere Versorgungsqualität;
- kostenwirksame Nutzung neuer medizinischer Technologien und Interventionen;
- maximaler gesundheitlicher Nutzen aus Programmen und Initiativen durch adäquat ausgebildetes Personal;
- Gesundheitsreformen für Kostendämpfung, mehr Versorgungsqualität, höhere Leistung und größere Bedarfsgerechtigkeit;
- Spielraum für geänderte (oder eingeschränkte) Kompetenzen unterschiedlicher Positionen oder Berufe;
- geänderte rechtliche Rahmenbedingungen, z. B.: erhöhte Haftungskosten bei Behandlungsfehlern (vgl. Buchan et al., 2002: zit. nach Bourgeault et al., 2008, <http://euro.who.int>, 23.10.2010).

2.7. Einflussfaktoren für die Ausweitung von Skill- und Grademix- Initiativen

Laut dem Grundsatzpapier des europäischen Zweiges der Weltgesundheitsorganisation, 2008, werden Faktoren genannt, die Initiativen zur Optimierung eines Qualifikationsmixes fördern oder hemmen. Die Faktoren werden drei unterschiedlichen Ebenen, Mikro-, Meso- und der Makroebene, zugerechnet. (vgl. Bourgeault et al., 2008, <http://euro.who.int>, 23.10.2010).

Die Makroebene beinhaltet Faktoren, die sich mit dem Einfluss wirtschaftlicher Aspekte (Umfang der Angebote im öffentlichen und privaten Bereich, durch unterschiedliches Gesundheitspersonal und durch die dazugehörigen Zahlungsmodelle) beschäftigen. Ebenso zählen Faktoren, die den Einfluss von Vorschriften zum Tätigkeitsbereich (wie Professionalisierung, staatliche Anerkennung und Ausbildungssystem) beschreiben, zur Makroebene (vgl. Bourgeault et al., 2008, <http://euro.who.int>, 23.10.2010).

Makroebene	Erfordernisse
<i>Wirtschaftliche Faktoren</i>	
Finanzierung	Umfang und Verlässlichkeit der Finanzierung einer Initiative
Vergütung	Wie werden die Erbringer innerhalb einer Disziplin und im Vergleich bezahlt?
Versicherungsschutz	Insbesondere wegen der erweiterten oder neuen Aufgaben des Erbringers erforderlich, auch vom Umfeld abhängig
<i>Regulatorische und rechtliche Faktoren</i>	
Tätigkeitsbereich	Überschneidungen in der Praxis ermöglichen die Ersetzung von Fachleuten mit unterschiedlicher Ausbildung zur Erfüllung neuer Aufgaben.
Registrierungserfordernisse	Unterschiedliche Ausbildungsniveaus erforderlich für die Registrierung nach Profession.
Anbieterverantwortung	Kompatibilität der Haftungsversicherung über disziplinäre Grenzen hinweg. Übertragung von Verantwortung an vertrauenswürdige Erbringer.
<i>Ausbildung und Schulung</i>	Bestehende Ausbildungsniveaus, Chancen für Erweiterung und neue Anforderungen

Tab.1: Umweltfaktoren mit Einfluss auf Initiativen für einen optimalen Qualifikationsmix, Makroebene (Bourgeault et al., 2008, bearbeitet von Gitschthaler)

Auf der Mesoebene werden Faktoren genannt, die einen Einfluss, auf die Einrichtung eines Programms in einem örtlich begrenzten organisatorischen Gebiet haben. Institutionelle Absprachen im Krankenhaus, Gesundheitseinrichtungen, Gemeindeversorgung und Ausbildungsprogramme sind Faktoren, die Initiativen und eine fächerübergreifende Zusammenarbeit fördern (vgl. Bourgeault et al., 2008, 19).

Mesoebene	Erfordernisse
Gesundheitliche Bedürfnisse der Bevölkerung	Demografische, kulturelle und gesundheitliche Bedürfnisse der örtlichen Bevölkerung
Anbietersauswahl	Verfügbarkeit von Anbietern aus unterschiedlichen Disziplinen, durch die gesundheitliche Bedürfnisse der Bevölkerung mit einem unterschiedlichen Qualifikationsmix erfüllt werden können.
Bestehendes örtliches Gesundheitssystem	Die Initiative muss zu den vorhandenen Angeboten passen, damit Lücken in der Versorgung über Settings hinweg geschlossen werden können.
Unterstützung durch die Beteiligten	Unterstützung der Initiativen durch Fachverbände und Überzeugungsarbeit.

Tab.2: Umweltfaktoren mit Einfluss auf Initiativen für einen optimalen Qualifikationsmix, Mesoebene (Bourgeault et al., 2008, bearbeitet von Gitschthaler).

Die Mikroebene beschäftigt sich mit Faktoren, die sich auf die Qualität der Initiativen im Alltag auswirken. Zwischenmenschliche Beziehungen und frühere Erfahrungen der Menschen mit diesen Initiativen, kommen hierbei zu tragen (vgl. Bourgeault et al., 2008, 19).

Mikroebene	Erfordernisse
Ungewissheit/ Unsicherheit	Maß an Ungewissheit/Unsicherheit wegen der Initiative unter betroffenen Berufsgruppen und frühere Erfahrungen mit dem Thema.
Berufskultur und Praxisstil	Würdigung von unterschiedlichen Berufstraditionen und Praxisstilen durch die Initiativen und Anpassung je nach unterschiedlichen Bedürfnissen und Erwartungen.
Kommunikation	Formelle und informelle Kommunikation unter den beteiligten Berufsgruppen.
Arbeitsverhältnis	Bestehende und neue Beziehungen zwischen beteiligten Berufsgruppen.

Tab.3: Umweltfaktoren mit Einfluss auf Initiativen für einen optimalen Qualifikationsmix, Mikroebene (Bourgeault et al., 2008, bearbeitet von Gitschthaler)

Die eben dargestellten Strukturen, die einen Skill- und Grademix fördern oder hemmen, zeigen, dass die Berufsgruppe der Gesundheits- und Krankenpflege, durch die Ausbildungsveränderungen und die Umgestaltung oder besser gesagt die Erweiterung des Praxisfeldes, die Chance bieten, an berufs- und ebenso gesellschaftspolitischen Entscheidungen teilzuhaben.

Diese Mitbestimmung bedeutet, neue Denkmuster mitzuentwickeln und neue Versorgungsstrukturen zu entwerfen. So kann die gesundheitliche Versorgung einer Bevölkerung, trotz aktuellen bevölkerungs- und finanzpolitischen Problemen möglich sein (vgl. Seidl, 2002, 31).

Dieses Kapitel schließt mit einem Zitat von Hilde Steppe: „Wir müssen uns einmischen, und zwar sehr offensiv- und allein schon deshalb haben wir das Überraschungsmoment auf unserer Seite- in alle gesundheitspolitischen Entscheidungen.“ „wir müssen endlich politisch werden- und zwar im Sinne von Einflussnahme und Mitbestimmung bei allen berufsrelevanten Fragestellungen“ (Steppe, zit. nach Seidl, 2002, 30).

Der Weg zu diesem Ziel führt über die Bildung der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe.

2.8. Vor- und Nachteile von Skill- und Grademix

Neben dem verschärften Kostendruck auf das Gesundheitswesen, und den damit erforderlichen finanziell orientierten ressourcenoptimierenden Konzepten, gibt es noch andere Vor- aber auch Nachteile, die durch die Umsetzung eines Skill- und Grademix, entstehen.

Folgend mögliche Vorteile werden genannt:

- Die Arbeitsentlastung einiger Berufsgruppen, die im Gesundheitswesen tätig sind, kann durch die Delegation von Tätigkeiten, gegeben sein.
- Personelle Engpässe können aufgefangen werden.
- Durch eine höhere Prozessroutine kann es zur Verbesserung der Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit kommen.
- Neue Karrieremöglichkeiten für die nicht-ärztlichen Berufsgruppen entstehen.
- Die Attraktivität des Berufes wird gesteigert.
- Die Arbeitszufriedenheit innerhalb der Berufsgruppen nimmt zu.
- Es gibt mehr Möglichkeiten zur Förderung individueller Kompetenzen.
- Es kommt zur Flexibilisierung der Versorgung.
- Eine Kostenreduktion der Gesundheitsversorgung ist zu erwarten.
- Der Teamgedanke wird gestärkt (vgl. Bonn, 2007, zit. nach: Blum, 2008, 1144).

Mögliche Nachteile könnten sein:

- Koordinations-, Kommunikations- und Kontrollfehler;
- neue Schnittstellen im Gesundheitswesen entstehen;
- Verschlechterung der Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit;
- der Verlust von Erfahrungen;
- abwälzen unliebsamer Tätigkeiten auf andere Berufsgruppen;
- Leistungs- und damit Ausgabenausweitung;
- Rechtsunsicherheit (vgl. Bonn, 2007, zit. nach: Blum, Offermanns, Perner, 2008, 1144).

Werden neue Berufsgruppen in das Gesundheitssystem integriert, treten zwangsweise Abstimmungs- und Schnittstellenprobleme auf, die es zu lösen gilt. Werden diese nicht gelöst oder nicht umfassend genug gelöst, kann sich das wiederum negativ auf die Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit auswirken. Ebenso kann eine Arbeitsentlastung für eine Berufsgruppe nur dann vertreten werden, wenn vorhandene Kapazitäten genutzt werden und andere Berufsgruppen nicht dadurch belastet werden (vgl. Blum et al., 2008, 1145).

Weiters sind die Mitglieder des Pflegeberufes dazu aufgefordert, gemäß ihrem Verständnis zu entscheiden, welche Tätigkeiten sie verrichten wollen und welche Tätigkeiten sinnvoller Weise an andere Berufsgruppen delegiert werden können. Konkrete Vorstellungen sind notwendig, was die Arbeitsteilung zwischen den einzelnen Berufsgruppen, betrifft. Zu Bedenken ist allerdings, dass die Delegation von pflegefremden Tätigkeiten einerseits die verfügbare Zeit für pflegenaher Tätigkeiten zwar erhöhen wird, andererseits kann es aber auch, wenngleich eher unproportional, zu einem Stellenabbau der gehobenen Dienste der Gesundheits- und Krankenpflege führen. Dies kann der Grund sein, warum Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflege die Problematik der Verrichtung pflegefremder Tätigkeiten durch diplomiertes Pflegepersonal ignorieren. (vgl. Blum et al., 2003, 482).

Da es aber, aus den schon genannten Gründen, ohnehin zur aktuellen Diskussion steht, neue Berufsbilder in das Gesundheitswesen zu integrieren, und es dadurch zu einer Neuordnung der Aufgabenverteilung kommt, sind die Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflege gut beraten, sich in die Diskussion einzubringen und sich berufsrelevanten Fragen zu stellen.

2.9. Bildungsmöglichkeiten der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe in Österreich

In den letzten zwei Jahrzehnten erfolgte ein Paradigmenwechsel des Berufsbildes der Gesundheits- und Krankenpflege.

Er entwickelte sich von einem Heilhilfsberuf zum Gesundheitsfachberuf. Neben der menschlichen und fachlichen Qualifikation, die pädagogische, soziale und psychologische Kompetenzen impliziert, werden ebenso Managementkompetenzen von den Pflegepersonen erwartet (vgl. Staudinger, 2001, 107).

Pflegepersonen müssen sich mit komplexen Phänomenen auseinandersetzen. Es besteht ein Bedarf an hochkompetenter Pflege, der sich aufgrund der Zunahme von alten und chronisch kranken Menschen und der Abnahme der familiären Ressourcen, abzeichnet. Dadurch entstehen neue Aufgaben für Pflegepersonen, die unter anderem auch im präventiven Bereich angesiedelt sind (z. B: Beratung von suchtgiftgefährdeten jungen Menschen, Beratung in Schulen) (vgl. Seidl, 2001, 111). Die Auseinandersetzung mit neuen Aufgaben, und dem Anspruch neuen Erwartungen gerecht zu werden, erfordert ein adäquates Bildungsniveau (vgl. Staudinger, 2001, 107).

So hat die Akademisierung der Pflege Einzug gehalten im Bildungssystem des Gesundheits- und Krankenpflegeberufs. Der Unterricht für Pflegewissenschaft und Forschung in den neuen Fachhochschulstudienlehrgängen, kann nur durch hoch qualifizierte LehrerInnen/AusbildnerInnen erfolgen, die selbst eine Ausbildung an einer Universität genossen haben. Ebenso verlangt das österreichische Gesundheits- und Krankenpflegegesetz von Pflegepersonen die Mitarbeit an Forschungsarbeiten. Dies setzt voraus, dass Pflegepersonen mit wissenschaftlichen Methoden vertraut sind (vgl. Seidl, 2001, 112).

Um den Prozess der Akademisierung nachvollziehen zu können, muss geklärt werden, was „Akademisierung“ überhaupt bedeutet. Verstanden wird der Begriff als Prozess der zunehmenden Wissenschaftsfundierung eines Berufes. Die Wissenschaftsfundierung bezieht sich auf die von den Berufsangehörigen mittels eigener Methodologie zu entwickelten Kenntnisse (Forschung) und auf die Entwicklung eines spezifischen Gegenstandes für die professionelle Berufsausübung (berufliche Fachkompetenz). Um dies umsetzen zu können, muss das Niveau der beruflichen Bildung dem geforderten Wissensanspruch entsprechen (vgl. Kriegl, 1999, 7).

An der Evangelischen Fachhochschule in Berlin, wurden im Zuge des berufsintegrierten pflegeerstausbildenden Studienganges „Bachelor of Nursing“, folgende Gründe genannt, warum die Ausbildung der Pflege im tertiären Bereich angesiedelt sein sollte (vgl. Reinhardt, 2003: zit. nach Peter, 2005, 42):

- Gesellschaftlicher Wandel von einer Produktions- zu einer Dienstleistungs-, Informations- und Wissensgesellschaft;
- demographischer Wandel, Altersgesellschaft mit erhöhtem Pflegebedarf;
- Erweiterung des extramuralen Bereichs (erweiterte Strukturen) und der Strukturwandel des Gesundheitswesens zur Prozessorientierung und Ökonomisierung;
- europäische Integration mit der erforderlichen Vergleichbarkeit von Bildungsgängen;
- Wertewandel von Sekundärtugenden zu Werten wie Partizipation, Autonomie und Demokratie (vgl. Reinhardt, 2003: zit. nach Peter, 2005, 42).

Die WHO verfasste in ihrem Bericht des Jahres 2000 folgende erforderliche Kompetenzen, die für zukünftige pflegerische Berufsausbildungen bedeutend sind:

- Befähigung zur systematischen, wissenschaftsbasierten, auf die Einzelnen und ihre Bedürfnisse hin orientierte Pflege Gesunder und Kranker;
- Befähigung zu einer nicht wertenden, fürsorglichen Einstellung;
- Befähigung zum analytischen und kritischen Denken;
- Befähigung zu planvollem, Prioritäten setzenden, Problem lösenden Denken und Handeln;
- Befähigung zur Teamarbeit, gemeinsamen Entscheidungsfindungen;
- Befähigung zur Nutzung der Informationstechnologie;
- Befähigung zur Durchsetzung einheitlicher Pflege;
- Befähigung zur Wahrnehmung von Führungsaufgaben;
- Befähigung zur Einschätzung der Situation in der ambulanten Pflege;
- Befähigung zum Umgang mit Notsituationen sowie praktischem Wissen, das Leben zu retten (WHO, 2000: zit. nach Peter, 2005, 42-43).

Die Bildungspyramide der österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, zeigt die derzeitigen Ausbildungsmöglichkeiten.



Abb.2: Bildungspyramide der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe in Österreich
(vgl. Riess et al., Österreichischer Pflegebericht, 2007, 72, bearbeitet von Gitschthaler)

2.9.1. Personalstand der österreichischen Krankenanstalten

Dienstsparte	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2007	2008	2009
Gehobene Dienste für Gesundheits- und Krankenpflege	22.186	26.596	30.842	40.756	46.219	49.294	51.524	52.924	53.970
Pflegehilfe					11.148	9.773	9.721	9.733	9.652
Ärzte und Ärztinnen					17.445	19.295	20.318	21.103	21.752

Tab.4: Personalstand in den Krankenanstalten Österreichs seit 1980

(vgl. Statistik Austria, Personalstand, <http://www.statistik.at>, 12.10.2010)

Die Verteilung des Personalstandes in den Krankenanstalten Österreichs zeigt, dass die Dienstsparte der diplomierten Pflegepersonen den größten Anteil an Personen im Gesundheitswesen ausmacht. (Stand 2009: 53.970 Personen). Im Verlauf, seit 1980, ist zu erkennen, dass sich die Zahl der Berufsgruppe des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege mehr als verdoppelt hat. Im Gegensatz dazu, verringert sich die Anzahl der PflegehelferInnen (vgl. Statistik Austria, Gesundheitsversorgung, <http://www.statistik.at>, 12.10.2010).

Die erforderliche, anfängliche Akademisierungsquote von Pflegepersonen liegt bei 3 bis 4%. (Der Gesamtbestand an Pflegepersonen, beträgt derzeit 30. 000 bis 50. 000 Personen, davon ca. 12. 000 in Wien). Langfristig gesehen wird eine Quote bis zu 10% als Ziel angestrebt (wobei Pflegepersonen in Leitungsfunktionen hochschulisch qualifiziert werden sollen). Somit wären, nach derzeitigem Personalstand, 5.000 akademisch ausgebildete Pflegepersonen erforderlich (vgl. Staudinger, 2001, 109-110).

2.9.2. Verteilung der Berufsgruppen aus der Sicht der Praxis

Eine Neuverteilung des Personalstandes wäre dann realistisch umzusetzen, wenn diplomierte Pflegepersonen nur Tätigkeiten ausführen würden, die im Rahmen des Pflegeprozesses erforderlich sind, und ihre Qualifikationen (Weiterbildungen, Sonderausbildungen) gezielt eingesetzt werden. Eine Arbeitsentlastung der diplomierten Pflegepersonen hinsichtlich pflegefremder Tätigkeiten ist vonnöten, um die Qualität der Pflege auch in Zukunft gewährleisten zu können.

In Hinblick auf die Umsetzung eines Skill- und Grademix in den Krankenhäusern, den damit verbundenen Neuaufteilungen der Tätigkeiten, könnte die Verteilung der Berufsgruppen prozentual (ausgenommen ist die Berufsgruppe der Lehrpersonen), aus der Sicht der Praxis, wie folgt aussehen:

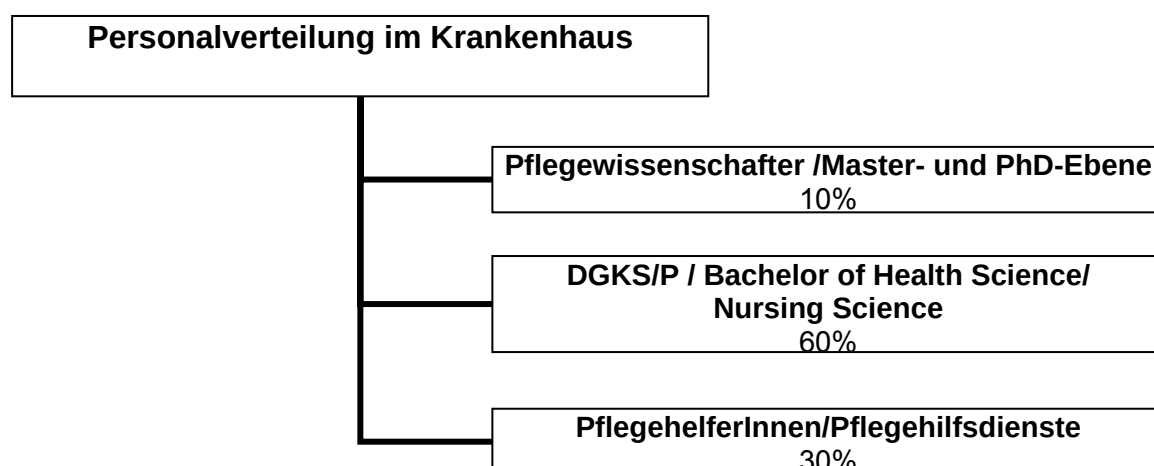


Abb.3: Personalverteilung im Krankenhaus

Unter die Berufsgruppen der Pflegehilfssdienste fallen nicht nur PflegehelferInnen, sondern auch AbteilungshelferInnen.

2.10. Curricula in der Pflege

Die Begleitevaluation des individuellen Diplomstudiums Pflegewissenschaft, an der Universität Wien, hat in Bezug auf die Erwartungen der Studierenden an das Curriculum folgendes Ergebnis geliefert. Vordergründig dabei war der Anspruch bezüglich der Fächerzusammensetzung. Gefordert wurde eine Reduktion der medizinischen Schwerpunkte zugunsten von Pflegeschwerpunkten (vgl. Glatz, Mayer, 2001, 128). Diesem Anspruch wurde Rechnung getragen.

Dieses Ergebnis zeichnet sich auch ab, wenn man die Inhalte des Studienplans der Fachhochschule Gesundheits- und Krankenpflege am Rudolfinerhaus Wien mit dem der Fachhochschule Gesundheits- und Krankenpflege am Campus Wien vergleicht.

Bewertet man die Studienpläne, hinsichtlich der Fragestellung, ob zukünftiges Pflegepersonal aufgrund der neuen Ausbildungsmodalitäten, die Prozessverantwortung für Umgestaltungen in der Pflege und Delegationsverantwortung übernehmen könnte, ist diese Frage nicht eindeutig mit „Ja“ zu beantworten. Die AbsolventInnen erhalten eine bessere Wissensbasis, in den Fachgebieten Management und wissenschaftlichem Arbeiten, was dem Zeitgeist der Wissensgesellschaft entspricht, verglichen mit dem alten Ausbildungssystem. Da viele Ausbildungsinhalte, wissenschaftliche und praxisbezogene Kompetenzen, in relativ kurzer Zeit, vermittelt werden, folgt zwangsweise die Frage ob die Qualität dieser Kompetenzen, verglichen mit einer diplomierten Pflegeperson, die im Anschluss an das Diplom der Gesundheits- und Krankenpflege eine zusätzliche Ausbildung auf tertiärem Niveau abgeschlossen hat, mithalten kann. Um sich noch einmal das Stufenmodell des Kompetenzerwerbes nach Dreyfus in Erinnerung zu rufen, wird an dieser Stelle festgehalten, dass eine Pflegeperson, die nach den neuen Fachhochschulstudienlehrgängen ausgebildet wurde, erst nach Durchlaufen der einzelnen Phasen (frühestens ab Stufe 2), dazu fähig sein wird, unter Voraussetzung der ständigen Fort- und Weiterbildung, eine Delegierungsverantwortung übernehmen zu können.

Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Studienpläne:

Fachhochschule Rudolfinerhaus Wien	Fachhochschule Campus Wien
Keine Wahlpflichtfächer	Wahlpflicht- und Wahlfächer (Schulungs- Vermittlungs- und Beratungsprogramme in der PatientInnen- und Familienedukation , Pflege spezifischer PatientInnengruppen mit Gesundheitsproblemen, Klinische Pflegeforschung)
Schwerpunkt Management (Projekt, Qualitäts-, Personalmanagement, Betriebswirtschaftslehre)	Statistik
Interventionen der Pflege bei akutem Geschehen	Pflegeklassifikationssysteme
Kein Englischunterricht	Fachenglisch
Prinzipiell ähnliche Inhalte, wenig medizinische Fächer, ausgerichtet auf Gesundheitsprävention und Beratung, spezielle Pflegephänomene, wissenschaftliches Arbeiten, Kommunikation und Gruppenprozesse	

Tab.5: Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Fachhochschule Gesundheits- und Krankenpflege am Rudolfinerhaus Wien und der Fachhochschule Gesundheits- und Krankenpflege am Campus Wien, 2011

Das Bundesgesetz der Fachhochschulstudiengänge, ordnet diese dem Hochschulniveau zu und bezeichnet diese als wissenschaftlich fundiert, mit dem Zusatz der Gewährleistung einer praxisbezogenen Ausbildung und der Vermittlung von Fähigkeiten, Aufgaben des jeweiligen Berufsfeldes dem Stand der Wissenschaft und den Anforderungen der Praxis zu lösen (vgl. FHStG § 3, 1993, zit. nach: Peter, 2005, 31).

Die Ausrichtung der Bildungseinrichtungen fordert demnach wissenschaftliche Begründung und Praxisbezogenheit (vgl. Peter, 2005, 31).

Dieser Forderung kommen die jeweilig ausgewählten Fachhochschulen nach.

2.10.1. Curriculum der Fachhochschule Gesundheits- und Krankenpflege am Rudolfinerhaus Wien

Seit September 2010 ist es möglich, an der Krankenpflegeschule Rudolfinerhaus Wien in Kooperation mit der Fachhochschule Wiener Neustadt den Bachelor-Studiengang „Gesundheits- und Krankenpflege“ zu belegen. Nach Beendigung der Ausbildung sind die Absolventen berechtigt, in der Gesundheits- und Krankenpflege zu arbeiten sowie den Titel Bachelor of Science in Health Studies zu tragen. Die

Vorraussetzungen zur Studienzulassung beinhalten Matura oder die Studienberechtigungsprüfung, ein Mindestalter von 18 Jahren, die berufliche Eignung sowie die positive Absolvierung des Aufnahmetestes. Das Aufnahmeverfahren zum Vollzeitstudium verläuft mittels Assessment- Center. 20 Ausbildungsplätze pro Studienlehrgang stehen zur Verfügung. Die Studiendauer beträgt sechs Semester. Zu erreichen sind 184 ECTS. Die Lehrveranstaltungen werden am Rudolfinerhaus Wien sowie an der Fachhochschule in Wiener Neustadt abgehalten (vgl. ohne Autor, Pflegebildung, <http://www.rudolfinerhaus.at>, 18.3.2011).

Ausbildungsinhalte

Der Studienplan integriert theoretische und praktische Inhalte der Gesundheits- und Krankenpflege sowie eine basistheoretische wissenschaftliche Ausbildung.

1. Semester	EC TS	2. Semester	EC TS	3. Semester	EC TS
Einführung in die Pflegewissenschaft und -forschung	2	Interaktion, Kommunikation, Gesprächsführung, Konfliktbewältigung	2	Interventionen der Pflege bei chronischen Geschehen	4
Einführung in die Theorie und Methodik der Pflege	3	Lernwerkstatt	2	Gerontologische Pflege	1,5
Ethik in der Pflege	1,5	Ältere und alte Menschen	1	Palliativpflege	1,5
Entwicklung beruflicher Pflegeidentität	1,5	Sterbende Menschen	1	Ausgewählte Erkrankungen einschließlich Diagnostik und Therapie	6
Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege	6	Kinder und Jugendliche	1,5	Praxisseminar 2	1
Soziologie, Pädagogik, Psychologie	3	Menschen in kritischen Lebensphasen	1,5	Berufspraktikum 2	16
Gruppenprozesse	1	Menschen mit Migrationshintergrund	1		
Biophysik, -chemie, Anatomie, Physiologie	3	Interventionen der Pflege bei akuten Geschehen	2		
Hygiene und Mikrobiologie	1,5	Verfassen einer schriftlichen Arbeit	1		
Erste Hilfe	1,5	Einführung in Evidence Based Nursing	3		
Einführung in das wissenschaftliche Arbeiten	1,5	Allgemeine Pathologie und diagnostische Verfahren in der Medizin	3		
Einführung in quantitative Forschungsmethoden	3	Pharmakologie	1,5		
Einführung in qualitative Forschungsmethoden	1,5	Recht	1,5		
		Praxisseminar 1	2		
		Berufspraktikum 1	8		

4. Semester	EC TS	5. Semester	EC TS	6. Semester	EC TS
Public Health und Gesundheitsförderung	4	Gesundheitsökonomie	1,5	Care- und Casemanagement	1
Intrapersonale Gesundheitsförderung	2	Betriebswirtschaftslehre	1,5	Einführung in die Pflegeberatung	2
Hauskrankenpflege, familienorientierte- und gemeindenähe Pflege	3	Personalmanagement, Führung und Organisation	1,5	Bachelorseminar 2	6
Praxisseminar 3	1	Qualitäts- und Projektmanagement im Gesundheitswesen	1,5	Praxisseminar 5	1
Berufspraktikum 3	20	Projektarbeit (Bachelorarbeit 1)	3	Berufspraktikum 5	20
		Praxisseminar 4	1		
		Berufspraktikum 4	22		

Tab.6: Studienplan der Gesundheits- und Krankenpflegeschule am Rudolfinerhaus Wien (vgl. ohne Autor, Pflegebildung, <http://www.rudolfinerhaus.at>, 18.3.2011)

Ausbildungsziele

„Ziel der Ausbildung ist die Förderung jener Kompetenzen, die zukünftigen Pflegepersonen eine verantwortungsvolle und wissenschaftlich fundierte Pflege von Menschen in Gesundheit und Krankheit, innerhalb und außerhalb des Krankenhauses, ermöglichen.“

(Ohne Autor, Pflegebildung, <http://www.rudolfinerhaus.at>, 28.3.2011).

2.10.2. Curriculum an der Fachhochschule Gesundheits- und Krankenpflege Campus Wien

Seit 2008 bietet die FH Campus Wien den Bachelorlehrgang der Gesundheits- und Krankenpflege an. Die Abschlussbezeichnung lautet: Bachelor of Science in Health Studies. Die Ausbildung umfasst sechs Semester (180 ECTS). In Kooperation mit dem Wiener Krankenanstaltenverbund werden die Berufspraktika durchgeführt. Als Zulassungsvoraussetzung gelten die Allgemeine Hochschulreife (Reifezeugnis einer Allgemeinen oder Berufsbildenden Höheren Schule) oder ein gleichwertiges ausländisches Zeugnis, die Berufsreifeprüfung oder Studienberechtigungsprüfung, einschlägige berufliche Qualifikation mit Zusatzprüfungen, abgeschlossene Ausbildung zur Alten- und/oder Pflegehilfe, Sozialfachbetreuungsberufe, HeilmasseurIn: Deutsch, Biologie und Englisch 1, Diplom im medizinisch-technischen Fachdienst: Englisch 1, Fachschule für Sozialberufe und wirtschaftliche Berufe: Biologie, Englisch 1, Lehrberufsgruppen wie AugenoptikerIn, BandagistIn, DrogistIn, MasseurIn und OrthopädietechnikerIn: Deutsch, Biologie und Englisch 1.

Der Nachweis von Englischkenntnissen der Niveaustufe 1 ist vor Beginn des ersten Semesters zu erbringen. Das Aufnahmeverfahren besteht aus einem schriftlichen Test, einer Gruppendiskussion und einem mündlichen Aufnahmegespräch mit der Bewerbungskommission. 50 Ausbildungsplätze pro Lehrgang stehen zur Verfügung (vgl. ohne Autor, Curricula, <http://www.fh-campuswien.ac.at>, 23.3. 2011).

Ausbildungsinhalte

1. Semester	EC TS	2. Semester	EC TS	3. Semester	EC TS
Einführung in ausgewählte Theorien, Modelle und Konzepte der Pflege, Pflegewissenschaft und –forschung ILV	1	Gerontologie, Geriatrie, Gerontopsychiatrie VO	2	Pflege in speziellen Situationen 1 ILV	3
Einführung in den Pflegeprozess ILV	1	Palliative Care ILV	2	Pflege im Kontext mit Diagnostik und Therapie 2 UE	1
Grundlagen der Gesundheits- und Krankenpflege ILV	4	Grundlagen der Kommunikation, Gesprächsführung und Konfliktlösung ILV	2	Pflegeklassifikationssysteme VO	1
Pflege im Kontext mit Diagnostik und Therapie UE	1	Kommunikation in speziellen Settings UE	1	Gesundheitsfördernde berufsspezifische Ergonomie UE	1
Biologie, Anatomie, Physiologie einschl. Ernährung und Diätetik VO	4	Psychologie VO	1	Gerontologische Pflege ILV	2
Angewandte Hygiene und Infektionslehre ILV	2	Pädagogik VO	1	Pharmakologie und Toxikologie VO	1,5
Allgemeine Pathologie VO	1,5	Soziologie VO	1	Sexualität, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Neugeborenenpflege ILV	1
Erste Hilfe ILV	1,5	Allgemeine Ethik und Ethik in der Pflege ILV	2	Einführung in das wissenschaftliche Arbeiten ILV	2
Praktikum 1 - Einführung und Reflexion SE	0,5	Geschichte der Pflege ILV	1	Einführung in die Pflegewissenschaft und Pflegeforschung VO	1
Klinisches Praktikum 1 PR	13,5	Allgemeine und berufsspezifische Rechtsgrundlagen VO	1	Fachenglisch und engl. Fachliteraturarbeit UE	2
		Praktikum 2 - Einführung und Reflexion SE	0,5	Praktikum 3 - Einführung und Reflexion 3 SE	0,5
		Klinisches Praktikum 2 PR	13,5	Klinisches Praktikum 3 PR	11,5
		Ausgewählte Erkrankungen, einschl. Diagnostik und Therapie 1 VO	2	Ausgewählte Erkrankungen, einschl. Diagnostik und Therapie 2 VO	2,5
4. Semester	EC TS	5. Semester	EC TS	6. Semester	EC TS
Gesundheitsförderung und Prävention VO	2	Praktikum 5 - Einführung und Reflexion SE	0,5	Strukturen und Einrichtungen des	1

				Gesundheitswesens VO	
Pflegeepidemiologie VO	1	Klinisches Praktikum 5 PR	14,5	Führung und Organisation in der Pflege, einschl. Case- und Caremanagement ILV	2
Pflege in speziellen Situationen 2 ILV	3	Praktikum 6 - Einführung und Reflexion SE	0,5	Qualitäts- und Projektmanagement ILV	1
Fallstudien UE	1	Klinisches Praktikum 6 PR	14,5	Informatik im Gesundheitswesen UE	1
Leben mit chronischer Krankheit SE	2			Grundlagen der Beratung VO	1
Familien- und Gemeindepflege ILV	2			Beratungstechniken und Methoden in der Pflege SE	3
EBN_Grundlagen (Bachelorarbeit 1) SE	3			Beratungspraktikum PR	2
EBN-Projektarbeit PR	4			Pflege spezifischer PatientInnengruppen mit Gesundheitsproblemen 1 (Bachelorarbeit 2) SE	5
Statistik UE	1			Praktikum 7 - Einführung und Reflexion SE	0,5
Quantitative und qualitative Forschung VO	2			Klinisches Praktikum 7 PR	9,5
Praktikum 4 - Einführung und Reflexion SE	0,5				
Klinisches Praktikum 4 PR	5,5				
Ausgewählte Erkrankungen, einschl. Diagnostik und Therapie 3 VO	3				
Wahlpflicht- und Wahlfächer (ohne Semesterzuordnung)					
Schulungs-, Vermittlungs- und Beratungsprogramme in der PatientInnen- und Familienedukation SE					4
Pflege spezifischer PatientInnengruppen mit Gesundheitsproblemen 2 SE					4
Klinische Pflegeforschung SE					4

Tab.7: Studienplan der Fachhochschule Gesundheits- und Krankenpflegeschule am FH-Campus Wien (vgl. ohne Autor, Studienplan, <http://www.fh-campuswien.ac.at>, 23.3.2011)

2.11. Fort-, Weiter- und Sonderausbildungen

Die derzeitige Gesetzeslage zu den Fort-, Weiter- und Sonderausbildungen in der österreichischen Gesundheits- und Krankenpflege und den damit verbundenen Möglichkeiten eines Kompetenzerwerbes, werden im Folgenden erläutert.

Als langfristiges Ziel gilt es, Pflegepersonen gemäß ihren Qualifikationen und Weiterbildungen gezielt einzusetzen und ihre Leistungen transparent darzustellen.

Fortbildung:

Laut BGB1.1, Art. 1 § 63, sind die Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege dazu verpflichtet sich:

- Information über die neuesten Entwicklungen und Erkenntnisse insbesondere der Pflegewissenschaft sowie der medizinischen Wissenschaft anzueignen oder
- zur Vertiefung der in der Ausbildung erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten innerhalb von jeweils fünf Jahren Fortbildungen in der Dauer von mindestens 40 Stunden zu besuchen. Über den Besuch einer Fortbildung ist eine Bestätigung auszustellen (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz §63, <http://www.ris.bka.gv.at>, 24.10.2010).

Weiterbildung:

Nach dem BGB1.1, Art. 1 § 64 sind Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege berechtigt, Weiterbildungen zur Erweiterung der in der Ausbildung erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten zu absolvieren. Eine Weiterbildung hat mindestens vier Wochen/160 Stunden zu umfassen. Weiters können Weiterbildungen, gemäß Abs. 1, im Rahmen eines Dienstverhältnisses erfolgen. Die Abhaltung von Weiterbildungen gemäß Abs. 1 bedarf der Bewilligung des Landeshauptmannes. Die Bewilligung ist zu erteilen, wenn die organisatorischen und fachlichen Voraussetzungen für die Vermittlung der den Berufserfordernissen entsprechenden Kenntnisse und Fertigkeiten gewährleistet sind. Nach Abschluss einer Weiterbildung gemäß Abs. 1 ist eine Prüfung zu absolvieren. Über die erfolgreich abgelegte Prüfung ist ein Zeugnis auszustellen. Die erfolgreiche Absolvierung einer Weiterbildung berechtigt zur Führung einer Zusatzbezeichnung gemäß § 12 Abs. 2. (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz §64, <http://www.ris.bka.gv.at>, 24.10.2010).

Folgende 41 Weiterbildungen werden dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege angeboten:

Arbeitsmedizinische Assistenz, Basale Stimulation in der Pflege, Basales und mittleres Pflegemanagement, Case- und Care- Management, Diabetesberatung, Ethik in der Pflege, Familiengesundheitspflege, Gerontologische Pflege, Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz, Gesundheitsvorsorge, Hauskrankenpflege,

Hauskrankenpflege bei Kindern und Jugendlichen, Kardiologische Pflege, Kinästhetik, Komplementäre Pflege – Aromapflege, Komplementäre Pflege – Ayurveda, Komplementäre Pflege – Kindertunia, Komplementäre Pflege – Therapeutic Touch, Kontinenz- und Stomaberatung, Onkologische Pflege, Palliativpflege, Pflege bei Aphereseverfahren, Pflege bei beatmeten Menschen, Pflege bei Demenz, Pflege bei endoskopischen Eingriffen, Pflege bei medizinisch unterstützter Fortpflanzung, Pflege bei Menschen im Wachkoma, Pflege bei speziellen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen, Pflege in Krisensituationen, Pflege und Erziehung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pflege von behinderten Menschen, Pflege von chronisch Kranken, Pflegeberatung, Praxisanleitung, Public Health, Qualitätsmanagement, Rehabilitative Pflege, Sterilgutversorgung, Übergangspflege, Validation, Wundmanagement (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz §64, <http://www.ris.bka.gv.at>, 24.10.2010).

Die Absolvierung einer oder mehrerer Weiterbildungslehrgänge, trägt zur einer Kompetenzerweiterung bei, die in ihrer Anwendung und Übung zu einer Qualitätssteigerung in der Pflege führen kann. In der Regel vergrößern sich das Aufgabengebiet und damit auch der arbeitsorganisatorische Mehraufwand für eine Person, die eine Weiterbildung abgeschlossen hat und diese Kenntnisse und Fertigkeiten in ihren Arbeitsalltag integriert. Die finanzielle Honorierung dieser zusätzlichen Leistung wird, in den jeweiligen Institutionen, unterschiedlich gehandhabt.

Im Rudolfinerhaus Wien werden laut amtierender Pflegedirektorin Weiterbildungen, das basale und mittlere Management betreffend, im Gehaltsschema berücksichtigt. Andere Weiterbildungen deren Einsatz in der Pflegepraxis ein vermehrtes Stundenausmaß zur Folge haben, werden in Arbeitsstunden abgegolten.

Oft fehlt die detaillierte Beschreibung der klinischen Expertise von Pflegepersonen, die Praxis und das Know-how von PflegeexpertInnen ist reich an verstecktem Wissen, welches nicht transparent genug dargestellt wird. Dieser Mangel an Transparenz trägt zu einer unzureichenden Bezahlung und zu einer fehlenden Anerkennung der Arbeit von Pflegepersonen bei. Wissen kann nur dann ausgebaut und weiterentwickelt werden, wenn Pflegepersonen systematisch festhalten, was sie aus ihren Erfahrungen am Arbeitsplatz lernen (Vgl. Benner, 1994).

Dazu gehört auch die Erfassung des erworbenen Wissens durch eine Weiterbildung, und die Erfassung wie dieses Wissen in die pflegerische Praxis integriert wird, sowie

die Evaluation des Outcome dieser Wissensintegration. Leistungen, Aufgaben und Tätigkeitsfelder, die nicht auf den ersten Blick sichtbar sind, können so besser identifiziert werden.

Sonderausbildung:

Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sind verpflichtet, nach BGB1.1, Art. 1 § 65. eine Sonderausbildung zu absolvieren, sofern sie in einem erweiterten Tätigkeitsbereich gemäß § 17 Abs. 1 tätig werden. Sonderausbildungen haben die zur Ausübung von

- Spezialaufgaben oder
- Lehraufgaben oder
- Führungsaufgaben

erforderlichen theoretischen und praktischen Kenntnisse und Fertigkeiten zu vermitteln. Die Ausbildungsdauer umfasst 800-1600 Stunden (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz §65, <http://www.ris.bka.gv.at>, 24.10.2010).

Sonderausbildungen haben unter der Leitung eines diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegers zu stehen, der zur Ausübung von Lehraufgaben berechtigt ist. Bei Sonderausbildungen gemäß Abs. 1 Z 1 und 3 ist zusätzlich die Berechtigung zur Ausübung von Führungsaufgaben oder der entsprechenden Spezialaufgaben erforderlich. Die Abhaltung von Sonderausbildungen gemäß Abs. 1 bedarf der Bewilligung des Landeshauptmannes. Die Bewilligung ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen für die Vermittlung der für Spezial-, Lehr- und Führungsaufgaben erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten gewährleistet sind. Gegen diese Bescheide des Landeshauptmannes ist eine Berufung nicht zulässig.

Prüfungen und Praktika, die im Rahmen

- eines Universitäts- oder Fachhochschulstudiums,
- einer Sonderausbildung oder Weiterbildung nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes oder
- einer sonstigen höheren Ausbildung

erfolgreich absolviert wurden, sind auf die entsprechenden Prüfungen und Praktika einer Sonderausbildung durch den Leiter der Sonderausbildung insoweit anzurechnen, als sie nach Inhalt und Umfang gleichwertig sind. Nach Abschluss einer Sonderausbildung gemäß Abs. 1 ist eine kommissionelle Prüfung abzunehmen. Über die erfolgreich abgelegte Prüfung ist ein Diplom auszustellen. Die erfolgreiche

Absolvierung einer Sonderausbildung berechtigt zur Führung einer Zusatzbezeichnung gemäß § 12 Abs. 2. (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz §65, <http://www.ris.bka.gv.at>, 24.10.2010).

3. Empirischer Teil

3.1. Methode

Um die Forschungsfrage zu beantworten, wurden folgende Methoden angewandt.

Diese bestehen aus:

- der quantitativen Fragebogenerhebung
und
- Interviews, geführt mit den Stationsleitungen.

3.1.1. Quantitative Fragebogenerhebung

Vor Beginn der eigentlichen Untersuchung wurde ein Pretest durchgeführt. Acht Pflegepersonen, aus unterschiedlichen pflegerischen Tätigkeitsbereichen, wurden aufgefordert den Fragebogen auszufüllen und sich Notizen auf dem beiliegenden Evaluationsblatt zu machen. Das Evaluationsblatt beinhaltete folgende Themen: Verständlichkeit der Formulierung, Inhalte, Verständlichkeit der Handhabung der Tabelle, Ergänzungen, negative und positive Aspekte. Anhand dieser Ergebnisse wurde der Fragebogen adaptiert. Die Pflegepersonen wurden angehalten, die Zeit zu stoppen, die sie benötigten um den Fragebogen auszufüllen. Die befragten Pflegepersonen notierten, unter anderem, dass der Fragebogen sehr lang und zeitaufwendig sei und die Minutenangaben schwer einzuschätzen sind.

Der von V. Kozon und K. Gitschthaler erstellte Fragebogen orientiert sich, in geringem Maße, an dem Handbuch „Der richtige Mix brings“ (Abt et al., 2007) und dem Funktionendiagramm des Regionalspitals Emmental (vgl. Brönnimann et. al., 2009).

Die quantitative Fragebogenerhebung erfolgte am Privatspital Rudolfinerhaus Wien. Als definierte Zielgruppe gelten alle diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern/pfleger in diesem Krankenhaus.

Die Privatklinik Rudolfinerhaus hat acht bettenführende Abteilungen, wobei sechs Stationen internistische und chirurgische Schwerpunkte innehaben. Ebenso gibt es eine Geburtshilfe- Station und eine gynäkologische Station „Rudolf“, die als Sechstage Station geführt wird. Fragebögen wurden auch auf den Abteilungen Ambulanz, Operationssaal und Intermediatecare ausgeteilt.

Vorab wurde die schriftliche Genehmigung für die Datenerhebung, von der derzeit amtierenden Pflegedirektorin, eingeholt. Während einer Stationsleiterinnensitzung wurden die jeweiligen Stationsleiterinnen (nicht alle waren anwesend) von der Untersucherin über die bevorstehende Befragung informiert. Ebenso wurde ein Kurzüberblick über das Thema erteilt.

Der erstellte Fragebogen besteht aus zwei Teilen. Im ersten Teil des Fragebogens, wurden die Befragten aufgefordert hauptsächlich geschlossene Faktfragen zu beantworten, wobei Mehrfachnennungen möglich waren. Einzelne Hybridfragen wurden in den Fragebogen eingebaut, z.B. Frage 6.2. Administrative Tätigkeiten, welche. Anzukreuzen war, ob die jeweilig genannte Tätigkeit delegierbar oder nicht delegierbar sei und wenn ja an wen. Zu dieser Tätigkeit wurde erfragt, von wem sie derzeit durchgeführt wird und wie viele Minuten ungefähr, pro Tag, dafür benötigt werden.

Die 85 Items des ersten Teils des Fragebogens beziehen sich auf pflegerische, administrative, logistische, hauswirtschaftliche Tätigkeiten. Bei der Erstellung des Fragebogens wurden sie in 21 Aufgabenbereiche eingeteilt:

1. Aufnahme des Patienten, 2. Pflegevisite, 3. Pflegedokumentation, 4. Informationsgespräche, 5. Pflegeberatung, 6. Entlassung des Patienten, 7. Tätigkeiten direkt beim Patienten: Essen, 8. Ausscheidung, 9. Wäsche, 10. Lagerung, 11. Körperpflege, 12. Mobilisation, 13. Exitus, 14. Mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich, 15. Patiententransporte, 16. Botengänge, 17. Administrative Tätigkeiten, 18. Materialbewirtschaftung, 19. Reinigungstätigkeiten, 20. Weitere Aufgaben, 21. Weitere Tätigkeiten (halbstrukturierte Items).

Der zweite Teil des Fragebogens (19 Items), bezieht sich auf den Ausbildungsstand, den Pflegeprozess, Arbeitszufriedenheit, Pflegediagnosen- und maßnahmen und allgemein sozialdemographische Angaben. Hierzu wurden teils offene Fragen (z.B. Frage 3: Nennen Sie bitte alle Fortbildungen, die sie laut § 63 des Gesundheits- und

Krankenpflegegesetztes, absolviert haben.), Hybridfragen (z.B. Frage4: Welche Weiterbildungen haben Sie laut § 64 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes bis jetzt absolviert?) und rangskalierte Fragen (z.B. Frage 10: Wie zufrieden sind Sie mit ihrer eigenen pflegerischen Tätigkeit? Antwort: sehr zufrieden bis sehr unzufrieden) gestellt.

3.1.2. Interviews

Im Zuge der Fragebogenausstellung wurden strukturierte Kurzinterviews mit den Stationsleitungen, bezüglich des Personalstandes geführt.

Inhalte dieser Interviews waren die Erhebung der Anzahl des Personals welches auf der jeweiligen Station tätig ist, deren Arbeitsstundenausmaß, Urlaube, Krankenstände, die Bettenanzahl gesamt/belegt, die Personalbesetzung tagsüber und in der Nacht.

Während der Befragung wurde die Untersucherin oft nochmals auf das Thema der Forschungsarbeit angesprochen. Intensive Informationsgespräche wurden mit den Stationsleitungen und den restlichen Pflegepersonen geführt, die ihr Interesse kundtaten.

4. Ergebnisse und Interpretation

4.1. Deskriptive Datenbeschreibung

Befragt wurden alle derzeit tätigen Diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen der Privatklinik Rudolfinerhaus Wien. Demnach handelt es sich um eine Gelegenheitsstichprobe, bei einer Stichprobengröße von $n = 162$. Die Probanden wurden schriftlich und mündlich dazu aufgefordert, den ausgefüllten Fragebogen innerhalb von drei Tagen, in die vorgefertigten Postkästen, die auf jeder Abteilung ausgeteilt wurden, einzuwerfen.

Der vorgegebene Zeitraum wurde aufgrund der sich am Anfang abzeichnenden geringen Rücklaufquote verlängert.

Am 9.12.2010 wurden alle Fragebögen auf den Abteilungen ausgeteilt. Die Erhebung wurde am 20.1.2011 abgeschlossen.

Die Anzahl, der vollständig und teilweise ausgefüllten Fragebögen, liegt bei einer Rücklaufquote von $n = 39$ (24,07%). Die jeweiligen Angaben der Pflegepersonen, wurden anschließend in die „Excel- Tabelle“ eingegeben.

Die Auswertung erfolgte über die Programme „R- Project for Statistical Computing“ und IBM SPSS Statistic 19.

Die deskriptiven Ergebnisse wurden schriftlich zusammengefasst und interpretiert.

4.1.1. Fragebogen

Der Fragebogen gliedert sich in zwei Teile. Der erste Teil, in einer tabellarischen Form dargestellt, richtet sich an Tätigkeiten, die Pflegepersonen in ihrer Praxis zu bewältigen haben. Der zweite Teil des Fragebogens ermittelt deren Qualifikationen. Die TeilnehmerInnen wurden aufgefordert anzukreuzen, welche Tätigkeiten ihrer Meinung nach an eine andere oder auch an die eigene Berufsgruppe zu delegieren oder nicht zu delegieren seien. Die dafür vorgesehenen Abkürzungen wurden erläutert. (Stationsleitung/**SL** (sowie stellvertretende Stationsleitung), Dipl. Pflegeperson/**DGKS/P**, PflegehelferIn/**PH**, ÄrztInnen/**Ä**, PhysiotherapeutInnen/**P**, AbteilungshelferIn/**AH**, StationspflegesekretärIn/**SK**, Hotelfachkraft/**HK**, Reinigungspersonal/**RP**, Hol- und Bringdienst/**HBD**). Mehrfachnennungen waren möglich. Ebenso wurden sie aufgefordert genaue Angaben zu machen, von wem welche Tätigkeiten zurzeit ausgeführt werden. Die TeilnehmerInnen sollten den Fragebogen aus der Sicht ihrer jetzigen Anstellung ausfüllen. Weiters wurde erfragt, wie viel Minuten pro Tag sie ungefähr für die Durchführung der unterschiedlichen Tätigkeiten benötigen.

Aufgabenbereiche	Tätigkeiten	Delegierbarkeit		Wird derzeit von wem durchgeführt?	Minuten ca.
			delegierbar an:		
1. Aufnahme des Patienten	1.1. Administrierung des/der PatientIn (bzgl. Adresse, Geburtsdatum, ect.), Identifikationsband anlegen	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ SK (StationspflegesekretärIn) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ SK (StationspflegesekretärIn) ☐ Andere:.....	
	Pflegeeinschätzung (Assessment) 1.2. Erhebung durch: Erstgespräch (Pflegeanamnese)	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	
	1.3. Beobachtung (Hautzustand etc.)	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	
	1.4. Analyse der bestehenden Krankengeschichte und Pflegeberichte	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	
	1.5. Pflegediagnosen erstellen	☐ nicht delegierbar	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal)	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal)	

		☐ delegierbar an:	☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	
	1.6. Pflegeziele festlegen	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	
	1.7. Planung der Pflegemaßnahmen	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	
	1.8. Durchführung der Pflegemaßnahmen	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	
	1.9. Pflegeevaluation	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	
2. Pflegevisite	2.1. Pflegevisite durchführen	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ Andere:.....	
3. Pflege-Dokumentation	3.1. Dokumentation der: pflegeprozessrelevanten Inhalte	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	
	3.2. Parameter Vitalparameter: (RR, P, Atmung, Temperatur) Schmerz, Ausscheidung	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	
4. Informationsgespräche	4.1. zur Krankheitsvorbeugung	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	
	4.2. zu gesundheitsfördernden Maßnahmen	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	
	4.3. zum Tagesablauf	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	
	4.4. zu bevorstehenden Untersuchungen	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	
	4.5. zu bevorstehenden Therapien	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	
	4.6. zu bevorstehenden Pflegemaßnahmen	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	
	4.7. Schmerzabbauende Gespräche	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	
	4.8. Angstabbauende Gespräche	☐ nicht delegierbar	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal)	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal)	

		☐ delegier- bar an:	☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	
5. Pflegerberatung	5.1. Pflegeberatung durchführen	☐ nicht delegierbar ☐ delegier- bar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	
	5.2. Einbeziehung von Angehörigen	☐ nicht delegierbar ☐ delegier- bar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	
6. Entlassung des Patienten	6.1. Entlassungsmanagement: Organisatorische Tätigkeiten anhand der Checkliste für Entlassungen	☐ nicht delegierbar ☐ delegier- bar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	
	6.2. Administrative Tätigkeiten ☐ Welche:.....	☐ nicht delegierbar ☐ delegier- bar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ SK (Stationspflege- sekretärin) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ SK (Stationspflege- sekretärin) ☐ Andere:.....	
	6.3. Reinigung veranlassen	☐ nicht delegierbar ☐ delegier- bar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ AH (AbteilungshelferIn) ☐ RP (Reinigungspersonal) ☐ HK (Hotelfachkraft) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ AH (AbteilungshelferIn) ☐ RP (Reinigungspersonal) ☐ HK (Hotelfachkraft) ☐ Andere:.....	
	6.4. Reinigung durchführen	☐ nicht delegierbar ☐ delegier- bar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ AH (AbteilungshelferIn) ☐ RP (Reinigungspersonal) ☐ HK (Hotelfachkraft) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ AH (AbteilungshelferIn) ☐ RP (Reinigungspersonal) ☐ HK (Hotelfachkraft) ☐ Andere:.....	
	6.5. Medikamente für zu Hause vorbereiten	☐ nicht delegierbar ☐ delegier- bar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	
	6.6. Angehörige verständigen, falls dies vom Patientengewünscht wird	☐ nicht delegierbar ☐ delegier- bar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	
	6.7. pflegerischen Entlassungsbefragung vorbereiten	☐ nicht delegierbar ☐ delegier- bar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	
	6.8. Pflegeberatung an die PatientIn und dessen Angehörigen gerichtet ☐ nein ☐ ja, zu welchen Themen:	☐ nicht delegierbar ☐ delegier- bar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	
Tätigkeiten direkt beim Patienten: 7.	7.1. Patientenbefragung bzgl. des gewünschte Speiseplans	☐ nicht delegierbar ☐ delegier- bar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ AH (AbteilungshelferIn) ☐ RP (Reinigungspersonal) ☐ HK (Hotelfachkraft) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ AH (AbteilungshelferIn) ☐ RP (Reinigungspersonal) ☐ HK (Hotelfachkraft) ☐ Andere:.....	

Essen	7.2. Essen- und Getränkebestellung	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ AH (AbteilungshelferIn) ☐ HK (Hotelfachkraft) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ AH (AbteilungshelferIn) ☐ HK (Hotelfachkraft) ☐ Andere:.....	
	7.3. Mahlzeiten und Getränke an Patienten verteilen	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ AH (AbteilungshelferIn) ☐ HK (Hotelfachkraft) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ AH (AbteilungshelferIn) ☐ HK (Hotelfachkraft) ☐ Andere:.....	
8. Ausscheidung	8.1. Harnflasche, Leibschüssel und Zimmertoilette den Patienten bereitstellen, entsorgen und reinigen	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ AH (AbteilungshelferIn) ☐ RP (Reinigungspersonal) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ AH (AbteilungshelferIn) ☐ RP (Reinigungspersonal) ☐ Andere:.....	
9. Wäsche	9.1. Bettwäsche wechseln: bei mobilen Patienten (leeres Bett)	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ AH (AbteilungshelferIn) ☐ RP (Reinigungspersonal) ☐ HK (Hotelfachkraft) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ AH (AbteilungshelferIn) ☐ RP (Reinigungspersonal) ☐ HK (Hotelfachkraft) ☐ Andere:.....	
	9.2. bei bettlägerigen Patienten (belegtes Bett)	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	
10. Lagerung	10.1. Lagerung des/der bettlägerigen Patienten/In	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	
11. Körperpflege	11.1. Körperpflege des/der bettlägerigen Patienten/In	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	
	11.2. An- und auskleiden des/der bettlägerigen Patienten/In	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	
12. Mobilisation	12.1. Mobilisation des/der Gehbeeinträchtigten Patienten/In (mittels Rollstuhl, Rollator, Gehbehelfen)	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ P (PhysiotherapeutInnen) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ P (PhysiotherapeutInnen) ☐ Andere:.....	
13. Exitus	13.1. Maßnahmen zur Exitusversorgung	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	
14. Mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich	14.1. Vorbereiten und Verabreichen von s. c. /i. m./i. v. Injektionen	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Ä (ÄrztInnen) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Ä (ÄrztInnen) ☐ Andere:.....	
	14.2. Vorbereitung der zu verabreichenden Medikamente	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Ä (ÄrztInnen) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Ä (ÄrztInnen) ☐ Andere:.....	

14.3. Vorbereitung und Anschluss von Infusionen	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Ä (ÄrztInnen) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Ä (ÄrztInnen) ☐ Andere:.....	
14.4. Setzen von transurethralen Blasenkathetern: a) bei Frauen b) bei Männern	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Ä (ÄrztInnen) ☐ Andere a) ☐ b).....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Ä (ÄrztInnen) ☐ Andere: a)..... ☐ b).....	
14.5. Blutentnahme aus der Kapillare	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Ä (ÄrztInnen) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Ä (ÄrztInnen) ☐ Andere:.....	
14.6. Blutentnahme aus der Vene	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ Ä (ÄrztInnen) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ Ä (ÄrztInnen) ☐ Andere:.....	
14.7. Durchführung von Darmeinläufen	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Ä (ÄrztInnen) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Ä (ÄrztInnen) ☐ Andere:.....	
14.8. Legen von Magensonden	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Ä (ÄrztInnen) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Ä (ÄrztInnen) ☐ Andere:.....	
14.9. Phasengerechte Wundversorgung durchführen	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Ä (ÄrztInnen) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Ä (ÄrztInnen) ☐ Andere:.....	
14.10. Schulung des/der PatientIn zur selbstständigen Durchführung der Wundversorgung zu Hause	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ Ä (ÄrztInnen) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ Ä (ÄrztInnen) ☐ Andere:.....	
14.11. Schulung des/der PatientIn zur selbstständigen Verabreichung subkutaner Medikamente zu Hause	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ Ä (ÄrztInnen) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ Ä (ÄrztInnen) ☐ Andere:.....	
14.12. Begleitung der ärztlichen Visite	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ SK (Stationspflege-sekretärin) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ SK (Stationspflege-sekretärin) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	
14.13. Ausarbeitung der ärztlichen Visite	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Ä (ÄrztInnen) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Ä (ÄrztInnen) ☐ Andere:.....	
14.14. Dokumentation der ärztlichen angeordneten und durchgeführten Maßnahmen/Therapien	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ SK (Stationspflege-sekretärin) ☐ PH (PflegehelferIn)	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ SK (Stationspflege-sekretärin) ☐ PH (PflegehelferIn)	

			☐ Andere:.....	☐ Andere:.....	
15. Patienten Transporte	15.1. Hol- und Bringdienst verständigen	☐ nicht delegierbar ☐ delegier- bar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Ä (ÄrztInnen) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Ä (ÄrztInnen) ☐ Andere:.....	
	15.2. Begleiten von Patienten zu Untersuchungen/Therapien	☐ nicht delegierbar ☐ delegier- bar an:	☐ HBD (Hol/Bringdienst) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Ä (ÄrztInnen) ☐ Andere:.....	☐ HBD (Hol/Bringdienst) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Ä (ÄrztInnen) ☐ Andere:.....	
	15.3. Patiententransport von prämedizierten Patienten in den OP	☐ nicht delegierbar ☐ delegier- bar an:	☐ HBD (Hol/Bringdienst) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Ä (ÄrztInnen) ☐ Andere:.....	☐ HBD (Hol/Bringdienst) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Ä (ÄrztInnen) ☐ Andere:.....	
	15.4. Patiententransport postoperativ in den AWR oder die Station	☐ nicht delegierbar ☐ delegier- bar an:	☐ HBD (Hol/Bringdienst) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Ä (ÄrztInnen) ☐ Andere:.....	☐ HBD (Hol/Bringdienst) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Ä (ÄrztInnen) ☐ Andere:.....	
	15.5. Organisation der Transporttermine	☐ nicht delegierbar ☐ delegier- bar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	
16. Botengänge	16.1. Materialtransporte (Labor, Befunde)	☐ nicht delegierbar ☐ delegier- bar an:	☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ AH (AbteilungshelferIn) ☐ HBD (Hol/Bringdienst) ☐ Andere:.....	☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ AH (AbteilungshelferIn) ☐ HBD (Hol/Bringdienst) ☐ Andere:.....	
	16.2. Materialbeschaffung aus anderen Abteilungen (Apotheke, OP etc.)	☐ nicht delegierbar ☐ delegier- bar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ AH (AbteilungshelferIn) ☐ HBD (Hol/Bringdienst) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ AH (AbteilungshelferIn) ☐ HBD (Hol/Bringdienst) ☐ Andere:.....	
17. Administrative Tätigkeiten	17.1. Informationen an andere Berufsgruppen weiterleiten	☐ nicht delegierbar ☐ delegier- bar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ SK (Stationspflege- sekretärin) ☐ AH (AbteilungshelferIn) ☐ RP (Reinigungspersonal) ☐ HK (Hotelfachkraft) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ SK (Stationspflege- sekretärin) ☐ AH (AbteilungshelferIn) ☐ RP (Reinigungspersonal) ☐ HK (Hotelfachkraft) ☐ Andere:.....	
	17.2. Telefonieren	☐ nicht delegierbar ☐ delegier- bar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ SK (Stationspflege- sekretärin) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ SK (Stationspflege- sekretärin) ☐ Andere:.....	
	17.3. E-Mails bearbeiten	☐ nicht delegierbar ☐ delegier- bar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	
	17.4. Laboruntersuchungen anmelden	☐ nicht delegierbar ☐ delegier- bar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ SK (Stationspflege- sekretärin) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ SK (Stationspflege- sekretärin) ☐ Andere:.....	

	17.5. sämtliche Formulare auf deren Bestand kontrollieren und nachfüllen	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ SK (Stationspflege-sekretärin) ☐ AH (AbteilungshelferIn) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ SK (Stationspflege-sekretärin) ☐ AH (AbteilungshelferIn) ☐ Andere:.....	
	17.6. Kopieraufträge ausführen	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ SK (Stationspflege-sekretärin) ☐ AH (AbteilungshelferIn) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ SK (Stationspflege-sekretärin) ☐ AH (AbteilungshelferIn) ☐ Andere:.....	
	17.7. Untersuchungen/Therapien anmelden und koordinieren	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ SK (Stationspflege-sekretärin) ☐ Ä (ÄrztInnen) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ SK (Stationspflege-sekretärin) ☐ Ä (ÄrztInnen) ☐ Andere:.....	
	17.8. Reparaturen anmelden	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ SK (Stationspflege-sekretärin) ☐ AH (AbteilungshelferIn) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ SK (Stationspflege-sekretärin) ☐ AH (AbteilungshelferIn) ☐ Andere:.....	
18. Material-Bewirtschaftung	18.1. Materialbestand kontrollieren und nachfüllen	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ AH (AbteilungshelferIn) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ AH (AbteilungshelferIn) ☐ Andere:.....	
	18.2. Material nachbestellen	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	
	18.3. Bestelltes Material fachgerecht lagern	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ AH (AbteilungshelferIn) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ AH (AbteilungshelferIn) ☐ Andere:.....	
	18.4. Material bzgl. des Ablaufdatums kontrollieren	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ AH (AbteilungshelferIn) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ AH (AbteilungshelferIn) ☐ Andere:.....	
	18.5. Temperaturkontrollen der Haushaltskühlschränke	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ AH (AbteilungshelferIn) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ AH (AbteilungshelferIn) ☐ Andere:.....	
	18.6. Temperaturkontrollen der Medikamentenkühlschränke	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ AH (AbteilungshelferIn) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ AH (AbteilungshelferIn) ☐ Andere:.....	
19. Reinigungs-Tätigkeiten	19.1. Reinigung der Patientenzimmer (Fußboden)	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ AH (AbteilungshelferIn)	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ AH (AbteilungshelferIn)	

		bar an:	☐ RP (Reinigungspersonal) ☐ HK (Hotelfachkraft) ☐ Andere:.....	☐ RP (Reinigungspersonal) ☐ HK (Hotelfachkraft) ☐ Andere:.....	
	19.2. Reinigung von Betten und Nachttischen	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ AH (AbteilungshelferIn) ☐ RP (Reinigungspersonal) ☐ HK (Hotelfachkraft) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ AH (AbteilungshelferIn) ☐ RP (Reinigungspersonal) ☐ HK (Hotelfachkraft) ☐ Andere:.....	
	19.3. Reinigung der Kühlschränke	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ AH (AbteilungshelferIn) ☐ RP (Reinigungspersonal) ☐ HK (Hotelfachkraft) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ AH (AbteilungshelferIn) ☐ RP (Reinigungspersonal) ☐ HK (Hotelfachkraft) ☐ Andere:.....	
20. Weitere Aufgaben	20.1. z.B. Mitwirkung an der Pflegeforschung	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	
	20.2. Mitwirken an Projekten der Pflege betreffend	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ Andere:.....	
	20.3. Kooperation mit anderen Berufsgruppen Welche Berufsgruppen? 1..... 2..... 3..... Welche Inhalte betreffend? 1..... 2..... 3.....	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ P (PhysiotherapeutInnen) ☐ Ä (ÄrztInnen) ☐ AH (AbteilungshelferIn) ☐ SK (Stationspflege-sekretärin) ☐ RP (Reinigungspersonal) ☐ HK (Hotelfachkraft) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ P (PhysiotherapeutInnen) ☐ Ä (ÄrztInnen) ☐ AH (AbteilungshelferIn) ☐ SK (Stationspflege-sekretärin) ☐ RP (Reinigungspersonal) ☐ HK (Hotelfachkraft) ☐ Andere:.....	
21. Beschreiben Sie weitere Tätigkeiten die Sie durchführen. Welche davon sind sog. <u>pflegefremde Tätigkeiten</u> , diese bitte <u>unterstreichen</u> .	21.1. Weitere Tätigkeiten, die Sie durchführen:	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ P (PhysiotherapeutInnen) ☐ Ä (ÄrztInnen) ☐ AH (AbteilungshelferIn) ☐ SK (Stationspflege-sekretärin) ☐ HBD (Hol/Bringdienst) ☐ RP (Reinigungspersonal) ☐ HK (Hotelfachkraft) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ P (PhysiotherapeutInnen) ☐ Ä (ÄrztInnen) ☐ AH (AbteilungshelferIn) ☐ SK (Stationspflege-sekretärin) ☐ HBD (Hol/Bringdienst) ☐ RP (Reinigungspersonal) ☐ HK (Hotelfachkraft) ☐ Andere:.....	
	21.2. Weitere Tätigkeiten, die Sie durchführen:	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ P (PhysiotherapeutInnen) ☐ Ä (ÄrztInnen) ☐ AH (AbteilungshelferIn) ☐ SK (Stationspflege-sekretärin) ☐ HBD (Hol/Bringdienst) ☐ RP (Reinigungspersonal) ☐ HK (Hotelfachkraft) ☐ Andere:.....	☐ SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ P (PhysiotherapeutInnen) ☐ Ä (ÄrztInnen) ☐ AH (AbteilungshelferIn) ☐ SK (Stationspflege-sekretärin) ☐ HBD (Hol/Bringdienst) ☐ RP (Reinigungspersonal) ☐ HK (Hotelfachkraft) ☐ Andere:.....	

	21.2. Weitere Tätigkeiten, die Sie durchführen:	☐ nicht delegierbar ☐ delegierbar an:	SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ P (PhysiotherapeutInnen) ☐ Ä (ÄrztInnen) ☐ AH (AbteilungshelferIn) ☐ SK (Stationspflege-sekretärin) ☐ HBD (Hol/Bringdienst) ☐ RP (Reinigungspersonal) ☐ HK (Hotelfachkraft) ☐ Andere:.....	SL (Stationsleitung) ☐ DGKS/P (Dipl. Personal) ☐ PH (PflegehelferIn) ☐ P (PhysiotherapeutInnen) ☐ Ä (ÄrztInnen) ☐ AH (AbteilungshelferIn) ☐ SK (Stationspflege-sekretärin) ☐ HBD (Hol/Bringdienst) ☐ RP (Reinigungspersonal) ☐ HK (Hotelfachkraft) ☐ Andere:.....	
--	---	--	---	---	--

Tab.8: Fragebogen, Teil 1

Im Anschluss, wurden die TeilnehmerInnen gebeten, folgende Fragen zu beantworten:

1) In welcher Funktion sind Sie derzeit angestellt?	☐ Stationsleitung ☐ Stellvertretende Stationsleitung ☐ DGKS/P ☐ PflegehelferIn
2) Kreuzen Sie bitte Ihre höchste abgeschlossene Schulbildung an.	☐ Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege ☐ Matura AHS, BHS ☐ Universität ☐ Hochschule, Fachhochschule ☐ andere:
2a) Falls Sie momentan eine zusätzliche Ausbildung absolvieren, führen Sie bitte an welche:	Welche:
3) Nennen Sie bitte alle <u>Fortbildungen</u> , die Sie laut § 63 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes, absolviert haben. Führen Sie bitte die an, an die Sie sich erinnern können.	Fortbildungen:
3a) Welche Fortbildungen davon waren innerbetrieblich?	☐ Keine ☐ Welche:
4) Welche <u>Weiterbildungen</u> haben Sie laut § 64 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes bis jetzt absolviert? Bitte tragen Sie das Jahr der Absolvierung ein.	☐ Keine ☐ Folgende: ☐ Jahr:
4a) Übernehmen Sie aufgrund der erworbenen Qualifikation durch die Weiterbildung, einen speziellen Tätigkeitsbereich auf Ihrer Abteilung?	☐ nein ☐ ja ☐ wenn ja, beschreiben Sie das Tätigkeitsfeld:
5) Welche <u>Sonderausbildungen</u> haben Sie laut § 65 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes absolviert? Bitte tragen Sie das Jahr der Absolvierung ein.	☐ Keine ☐ Folgende: ☐ Jahr:
5a) Übernehmen Sie aufgrund der erworbenen Qualifikation durch die Sonderausbildung einen speziellen	☐ nein ☐ ja ☐ wenn ja, beschreiben Sie das Tätigkeitsfeld

Tätigkeitsbereich auf Ihrer Abteilung?											
5) Möchten Sie sich in einem bestimmten Bereich spezialisieren?	☐ nein ☐ ja										
6a) Wenn ja, in welchem Bereich wollen Sie sich spezialisieren?	☐ Fortbildungen: ☐ Weiterbildungen: ☐ Sonderausbildungen:										
7) Ich bin in der Umsetzung der einzelnen Schritte des Pflegeprozesses:	☐ sehr sicher ☐ eher sicher ☐ eher nicht sicher ☐ unsicher										
8) Nennen Sie bitte die Schritte des Pflegeprozesses:	Schritte:										
9) Von wem erhalten Sie Unterstützung bei pflegerelevanten Problemen jeglicher Art, wenn Sie sie benötigen? Mehrfachnennungen sind möglich.	☐ Stationsleitung ☐ Pflegeexperte ☐ Kollegen/Pflegepersonen ☐ Andere Personen, welche:										
10) Wie zufrieden Sind Sie mit Ihrer eigenen pflegerischen Tätigkeit?	☐ +5 sehr zufrieden ☐ +4 ☐ +3 ☐ +2 ☐ +1 ☐ 0 ☐ -1 ☐ -2 ☐ -3 ☐ -4 ☐ -5 sehr unzufrieden										
11) Nennen Sie bitte die fünf häufigsten Pflegediagnosen, die Sie bei Ihren Patienten diagnostizieren. Reihen Sie die Pflegediagnosen nach Priorität, die häufigste zuerst nennen.	1. 2. 3. 4. 5.										
12) Nennen Sie bitte die zehn häufigsten auszuführenden Pflegemaßnahmen. Reihen Sie die Pflegemaßnahmen nach Priorität, die häufigste nennen Sie zuerst usw.	<table border="0"> <tr> <td>1.</td> <td>6.</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>7.</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>8.</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>9.</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>10.</td> </tr> </table>	1.	6.	2.	7.	3.	8.	4.	9.	5.	10.
1.	6.										
2.	7.										
3.	8.										
4.	9.										
5.	10.										
13) Wie viele SchülerInnen hatten Sie den letzten Monat zu betreuen?	_____ SchülerInnen										
13a) Leiten Sie SchülerInnen selbständig an?	☐ ja ☐ nein ☐ wenn nein, warum?:										
14) Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Arbeitsbedingungen?	☐ +5 sehr zufrieden ☐ +4 ☐ +3 ☐ +2 ☐ +1 ☐ 0 ☐ -1										

	☐ -2 ☐ -3 ☐ -4 ☐ -5 sehr unzufrieden
15) Wie viele Wochenstunden arbeiten Sie laut Ihrem Vertrag?	☐ _____ Stunden
16) Seit wie vielen Jahren sind Sie auf dieser Abteilung tätig?	☐ _____ Jahre
17) Seit wie vielen Jahren sind Sie im Rudolfinerhaus tätig?	☐ _____ Jahre
18) Vor wie vielen Jahren haben Sie Ihre Berufsausbildung abgeschlossen?	☐ Vor _____ Jahren
19) Geben Sie bitte Ihr Alter an.	☐ _____ Jahre alt
20) Gibt es noch Sonstiges oder Verbesserungsvorschläge, welche Sie uns mitteilen möchten?	

Tab.9: Fragebogen, Teil 2

4.2. Darstellung der statistischen Auswertung der Fragebogenerhebung

Die Auswertung des Fragebogens, mittels Chi- Quadrat Test, ergab 27 signifikante Ergebnisse bezüglich der Delegierbarkeit. 26 Tätigkeiten, sind demnach signifikant delegierbar und eine Tätigkeit ist signifikant nicht delegierbar. Tätigkeit 2.1. „Pflegevisite durchführen“, ist nicht an andere Berufsgruppen zu delegieren. Diese kann nur vom gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege ausgeführt werden. Für die Pflegevisite benötigen Pflegepersonen, pro Tag, dem Median zufolge, 17,50 Minuten.

Die anderen Tätigkeiten sind nach Meinung der Befragten durchaus auch von anderen Berufsgruppen zu erledigen.

Der Bonferroni adjusted p- value wurde ermittelt, da dieser Test eine Anpassung für multiple Tests vornimmt und für die Art der Fragebogengestaltung und der anschließenden Auswertung am besten geeignet ist. So ergeben sich folgende signifikante Ergebnisse, die nach Stärke des Zusammenhangs gereiht worden sind. Um den zeitlichen Aufwand der jeweiligen Tätigkeiten zu bestimmen, wurde der Median berechnet. Im Anschluss werden aber zur Vollständigkeit alle statistischen Kennzahlen der Minutenangaben, detailliert beschrieben.

Hoch signifikante Ergebnisse, bezüglich der Delegierbarkeit an andere Berufsgruppen, betreffen die Tätigkeiten, 1.1. „Administrierung des/der PatientIn (bzgl. Adresse, Geburtsdatum, etc.), Identifikationsband anlegen“, 18.4. „Material

bezüglich des Ablaufdatums kontrollieren“, 16.2. „Materialbeschaffung aus anderen Abteilungen (Apotheke, OP, etc.) und Tätigkeit“ 17.8. „Reparaturen anmelden“. In Summe beträgt der Zeitaufwand der Pflegepersonen, pro Tag für diese Tätigkeiten, 40 Minuten.

Eine mittlere Signifikanz der Ergebnisse lässt sich bei folgenden Tätigkeiten beobachten: 7.2. „Essen- und Getränkebestellung“, 7.3. „Mahlzeiten und Getränke an Patienten verteilen“ 15.2. „Begleiten von Patienten zu Untersuchungen/Therapien“, 17.4. „Laboruntersuchungen anmelden“, 6.2. „Administrative Tätigkeiten“, 15.1. „Hol- und Bringdienst verständigen“, 16.1. „Materialtransporte (Labor, Befunde)“, 17.6. „Kopieraufträge ausführen“, 18.3. „Bestelltes Material fachgerecht lagern“, 6.3. „Reinigung veranlassen“, 6.6. „Angehörige verständigen, falls dies vom Patienten gewünscht wird“, 9.1. „Bettwäsche wechseln: bei mobilen Patienten (leeres Bett)“ und Tätigkeit 8.1. „Harnflasche, Leibschüssel und Zimmertoilette den Patienten bereitstellen, entsorgen und reinigen“. Für diese pflegefremden Tätigkeiten, lässt sich ein Zeitaufwand von 133, 75 Minuten berechnen.

Die Tätigkeiten, 17.3. „E- Mails bearbeiten“, 18.6. „Temperaturkontrollen der Haushaltskühlschränke“, 19.2. „Reinigung von Betten und Nachttischen“, 7.1. „Patientenbefragung bzgl. des gewünschten Speiseplans“, 15.3. „Patiententransport von prämedizierten Patienten in den OP“, 17.5. „sämtliche Formulare auf deren Bestand kontrollieren und nachfüllen“, 18.1. „Materialbestand kontrollieren und nachfüllen“, 6.4. „Reinigung durchführen“ und die Tätigkeit 14.6. „Blutentnahme aus der Vene“ weisen ebenso signifikante Ergebnisse, bezüglich der Delegierbarkeit an andere Berufsgruppen, auf. Die zeitliche Arbeitsbelastung zur Ausübung dieser pflegefremden Tätigkeiten beträgt 99,5 Minuten.

Teilt man die Tätigkeiten den Aufgabenbereichen zu, lässt sich beobachten, dass pflegefremde Tätigkeiten, die delegierbar wären, sich vor allem im den Bereichen „Tätigkeiten direkt beim Patienten“ (Essen, Ausscheidung, Wäsche) (zeitlicher Aufwand: 56, 5 Minuten/Tag), „Patiententransporte“ (zeitlicher Aufwand: 22,75 Minuten/Tag), „Botengänge“ (zeitlicher Aufwand: 20 Minuten/Tag), „Administrative Tätigkeiten“ (zeitlicher Aufwand: 50 Minuten/Tag), „Materialbewirtschaftung“ (zeitlicher Aufwand: 42 Minuten/Tag) und „Reinigungstätigkeiten“ (zeitlicher Aufwand:

34,5 Minuten/Tag, inkludiert hierbei Tätigkeit 6.3. „Reinigung veranlassen“ und Tätigkeit 6.4. Reinigung durchführen) wieder finden. Diese Ergebnisse sprechen nicht für einen ressourcenoptimierten Einsatz von diplomierten Pflegepersonen.

Tätigkeit	Delegierbar	Nicht delegierbar	P-value (qui squared)	Bonferroni adjusted p-value	Signifikanz	Minuten Median
17.3.	28	9	1.79E-003	0.0482	*	10
18.6.	27	8	1.32E-003	0.0356	*	2
19.2.	28	9	1.79E-003	0.0482	*	17,50
2.1.	9	29	1.18E-003	0.0318	*	17,50
7.1.	28	8	8.58E-004	0.0232	*	10
15.3.	29	9	1.18E-003	0.0318	*	10
17.5.	28	8	8.58E-004	0.0232	*	15
18.1.	28	8	8.58E-004	0.0232	*	10
6.4.	29	8	5.56E-004	0.0150	*	15
14.6.	29	8	5.56E-004	0.0150	*	10
7.2.	30	8	3.59E-004	0.0097	**	6,50
7.3.	30	8	3.59E-004	0.0097	**	15
15.2.	30	8	3.59E-004	0.0097	**	10
17.4.	29	7	2.46E-004	0.0066	**	10
6.2.	26	3	1.95E-005	0.0005	**	17,50
15.1.	30	7	1.56E-004	0.0042	**	2,75
16.1.	30	7	1.56E-004	0.0042	**	10
17.6.	29	6	1.01E-004	0.0027	**	10
18.3.	29	6	1.01E-004	0.0027	**	20
6.3.	30	6	6.33E-005	0.0017	**	2
6.6.	30	6	6.33E-005	0.0017	**	5
9.1.	31	7	9.89E-005	0.0027	**	15
8.1.	32	7	6.25E-005	0.0017	**	10
18.4.	30	5	2.38E-005	0.0006	***	20
1.1.	31	5	1.47E-005	0.0004	***	5
16.2.	31	5	1.47E-005	0.0004	***	10
17.8.	34	2	9.64E-008	2.60E-006	***	5

Tab.10: Statistische Auswertung der signifikanten delegierbaren und nicht delegierbaren Tätigkeiten

4.2.1. Statistische Kennzahlen der höchst signifikant delegierbaren Tätigkeiten

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der signifikanten Tätigkeiten, die Pflegepersonen an eine andere Berufsgruppe delegieren würden oder auch an die eigene Berufsgruppe zuteilen würden, graphisch dargestellt. Weiters werden die statistischen Kennzahlen der jeweiligen Minutenangaben detailliert erläutert.

Zu beachten ist, dass Tätigkeiten prinzipiell nicht an SchülerInnen, ohne Anleitung einer diplomierten Pflegeperson, zu delegieren sind. Theoretisch betrachtet, gelten SchülerInnen nicht als vollständige Arbeitskräfte und werden im Stellenplan auch nicht als solche berücksichtigt. Sie wurden aber trotzdem im Fragebogen als mögliche „Berufsgruppe“ erwähnt, um ein realistisches Bild der alltäglichen Pflegepraxis zu reflektieren.

Tätigkeit 18.4. Material bezüglich des Ablaufdatums kontrollieren:

Bonferroni adjusted p-value = 0.0006

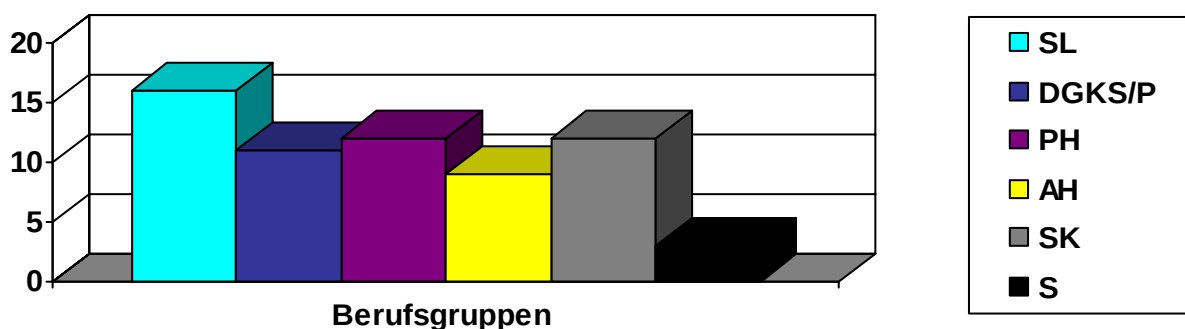


Abb.4: Tätigkeit 18.4. Material bezüglich des Ablaufdatums kontrollieren, Delegierbarkeit nach Berufsgruppen

Die befragten Pflegepersonen würden diese Aufgabe hauptsächlich an die Stationsleitung übergeben. 16 Personen (41,02%) sind dieser Meinung. 11 Personen (28,2%) finden diplomierte Pflegepersonen für die Kontrolle des Materials, bezüglich des Ablaufdatums, verantwortlich. 12 Personen (30,76%) würden diese Tätigkeit an PflegehelferInnen delegieren. 9 Personen (23,07%) an AbteilungshelferInnen und 12 Personen (30,76%) an die StationssekretärInnen. 3 Personen (7,69%) würden SchülerInnen mit dieser Aufgabe betrauen. 5 Personen (12,82%) finden, dies sei nicht an eine andere Berufsgruppe zu delegieren. 4 der Befragten (10,25%) haben diese Frage nicht ausgefüllt.

Minuten 18.4. Material bezüglich des Ablaufdatums kontrollieren		Minutenangaben
N	Gültig	21
	Fehlend	19
Mittelwert		27,857
Median		20,000
Modus		60,0
Spannweite		57,0
Minimum		3,0
Maximum		60,0

Tab.11 : Minuten 18.4. Material bezüglich des Ablaufdatums kontrollieren

Durchschnittlich werden 20 Minuten (Median) für diese Tätigkeit investiert. Die Range liegt allerdings bei 57 Minuten. Da das Material nicht täglich bezüglich des Ablaufdatums kontrolliert wird, können die Minutenangaben auch nicht in das tägliche zeitliche Arbeitspensum integriert werden, sondern eben nur für einen Tag, beispielsweise einmal im Monat.

Tätigkeit 1.1. Administrierung des/der PatientIn:

Bonferroni adjusted p-value =0.0004

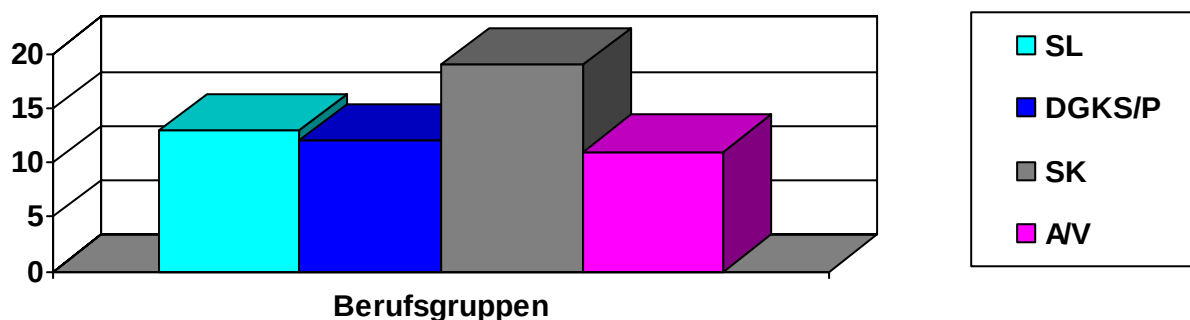


Abb.5: Tätigkeit 1.1. Administrierung des/der PatientIn, Delegierbarkeit nach Berufsgruppen

13 der befragten Personen (33,33%) würden diese Tätigkeit an die Stationsleitung übertragen, 12 Personen (30,76%) an diplomierte Pflegepersonen. Die höchste Anzahl an Nennungen, 19 Personen (48,71%), findet sich bei der Berufsgruppe der StationssekretärInnen. 10 Personen (25,64%) würden die Administrierung des/der PatientIn an die Aufnahme delegieren und 1 Person (2,56%) an die Verrechnung. 5 Personen (12,82%) meinen, diese Tätigkeit sei nicht an eine andere Berufsgruppe zu delegieren. 3 Personen (7,69%) haben diese Frage nicht beantwortet.

Minuten 1.1. Administrierung des/der PatientIn		Minutenangaben
N	Gültig	27
	Fehlend	13
Mittelwert		11,815
Median		5,000
Modus		5,0
Spannweite		119,5
Minimum		,5
Maximum		120,0

Tab.12 : Minuten 1.1. Administrierung des/der PatientIn

Für die Administrierung des/der PatientIn wird ein zeitliches Arbeitspensum, dem Median zufolge, von 5 Minuten genannt. Interessant ist, dass ein Maximum von 120 Minuten pro Arbeitstag ebenso genannt wurde. Grund dafür könnte sein, dass die Administrierung der PatientInnen nicht auf jeder Abteilung durch eine/n StationssekretärIn erfolgt und damit ein wesentlicher Zeitraub an pflegerisch relevanter Arbeitszeit stattfindet.

Tätigkeit 16.2. Materialbeschaffung aus anderen Abteilungen:

Bonferroni adjusted p-value = 0.0004

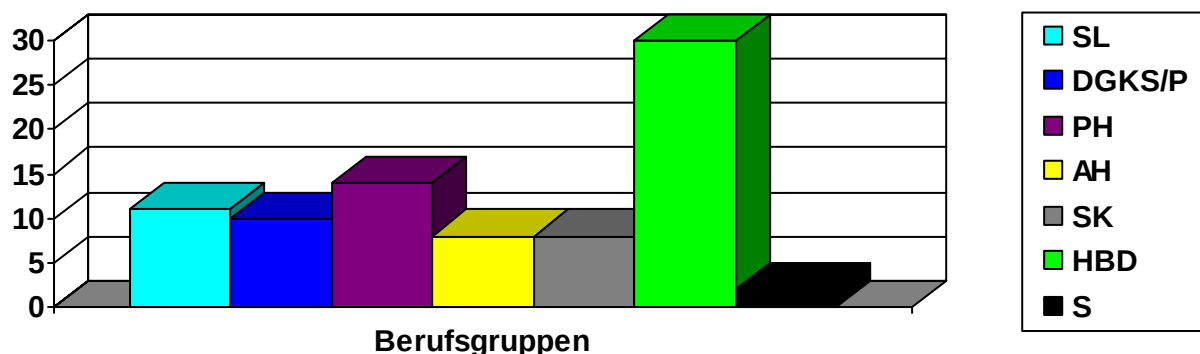


Abb.6: Tätigkeit 16.2. Materialbeschaffung aus anderen Abteilungen, Delegierbarkeit nach Berufsgruppen

Die Graphik zeigt, dass 5 Personen (12,82%) diese Tätigkeit nicht delegieren würden und 3 Personen (7,69%) haben die Frage nicht beantwortet. 11 Personen (28,20%) meinen, die Materialbeschaffung sollte die Berufsgruppe der Stationsleitungen übernehmen und 10 Personen (25,64%) würden diese Tätigkeit an diplomierte Pflegepersonen übertragen. 14 Personen (35,89%) finden PflegehelferInnen sollten die Tätigkeit der Materialbeschaffung ausführen und jeweils 8 Personen (20,51%) finden die Berufsgruppen AbteilungshelferInnen und StationssekretärInnen dafür zuständig. Mit Abstand die meisten Nennungen, 30 (76,92%) der 39 befragten

Personen, lassen sich bei der Berufsgruppe des Hol- und Bringdienstes (HBD) beobachten. 2 Personen (5,12%) würden diese Tätigkeit an SchülerInnen delegieren.

Minuten 16.2. Materialbeschaffung aus anderen Abteilungen		Minutenangaben
N	Gültig	20
	Fehlend	20
Mittelwert		18,950
Median		10,000
Modus		10,0
Spannweite		115,0
Minimum		5,0
Maximum		120,0

Tab.13 : Minuten 16.2. Materialbeschaffung aus anderen Abteilungen

Durchschnittlich werden 10 Minuten pro Arbeitstag für die Materialbeschaffung aus anderen Abteilungen aufgewendet. Ein Maximum von 120 Minuten wirkt eher unwahrscheinlich und ist mit Vorsicht zu interpretieren.

Tätigkeit 17.8. Reparaturen anmelden:

Bonferroni adjusted p-value = 2.60E-006

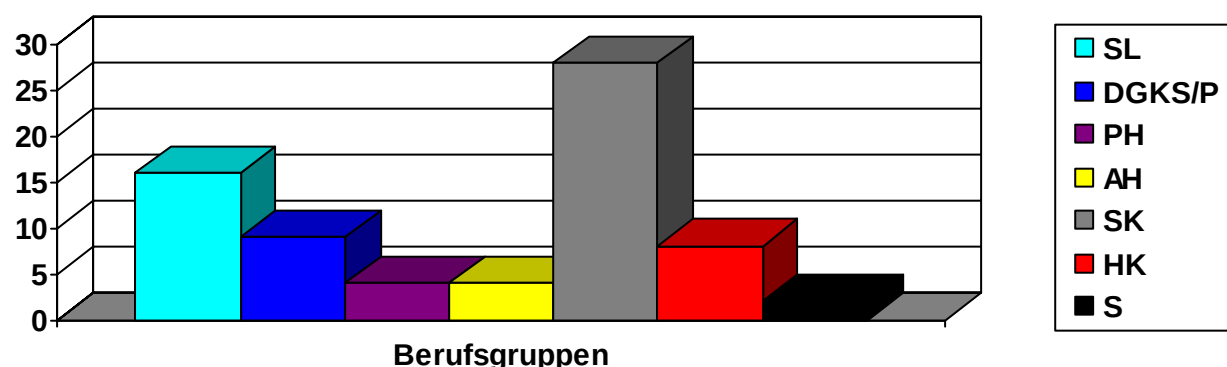


Abb.7: Tätigkeit 17.8. Reparaturen anmelden, Delegierbarkeit nach Berufsgruppen

28 Personen (71,79%) würden die Tätigkeit „Reparaturen anmelden“ an die Berufsgruppe der StationssekretärInnen (SK) delegieren. 16 der befragten Pflegepersonen (41,02%) finden die Stationsleitung (SL) sei dafür zuständig. 9 Personen (23,07%) nennen das diplomierte Pflegepersonal. 4 Personen (10,25%) würden die Tätigkeit an PflegehelferInnen delegieren. Dasselbe Ergebnis erzielen AbteilungshelferInnen (4 Personen haben diese Berufsgruppe genannt, 10,25%). 8 Personen (20,51%) würden die Hotelfachkräfte mit dieser Tätigkeit betrauen. 2 Personen (5,12%) nannten die SchülerInnen. 2 Personen (5,12%) meinen dies sei nicht zu delegieren und 3 Personen (7,69%) haben diese Frage nicht ausgefüllt.

Minuten 17.8. Reparaturen anmelden		Minutenangaben
N	Gültig	21
	Fehlend	19
Mittelwert		5,905
Median		5,000
Modus		5,0
Spannweite		14,0
Minimum		1,0
Maximum		15,0

Tab.14 : Minuten 17.8. Reparaturen anmelden

Die zeitliche Arbeitsbelastung bezüglich der Anmeldung von Reparaturen ist gering. Der Median beträgt nur 5 Minuten und ein Maximum von 15 Minuten wurde genannt.

4.2.2. Minutenangaben der signifikanten Ergebnisse

Größte Ausreißer nach oben lassen sich bei Tätigkeit 14.6 „Blutentnahme aus der Vene“ und bei der Tätigkeit 6.4. „Reinigung durchführen“ beobachten. Gefolgt von Tätigkeit 19.2. „Reinigung von Betten und Nachttischen“, Tätigkeit 16.1. „Materialbeschaffung aus anderen Abteilungen“, Tätigkeit 1.1. „Administrierung des/der Patientin“, Tätigkeit 6.2. „Administrative Tätigkeiten“ und Tätigkeit 2.1. „Pflegevisite“. Das kann daran liegen, dass der zeitliche Arbeitsaufwand und die Häufigkeit der auszuführenden Tätigkeiten, je nach Abteilung, stark variieren.

Die Erwähnung der jeweiligen Minutenangaben und deren statistische Kennzahlen (Mittelwert, Median, Modus, Minimum, Maximum und Spannweite) haben große Bedeutung bei der Interpretation der Daten, weil es beträchtliche Unterschiede zwischen den einzelnen Kennzahlen gibt. Der Median alleine würde nicht reichen, um das Arbeitsausmaß der einzelnen Tätigkeiten zu messen. Da die Häufigkeit der Ausführung von einzelnen Tätigkeiten je nach Abteilung unterschiedlich ist, ergeben sich auch Unterschiede in den Zeitangaben, die es zu berücksichtigen gilt.

Teilt man die Minutenangaben den jeweiligen Aufgabenbereichen zu, ergeben sich folgende Aussagen:

Pflegevisite:

Minuten 2.1. Pflegevisite		Minutenangaben
N	Gültig	25
	Fehlend	15
Mittelwert		31,040
Median		17,500
Modus		15,0
Spannweite		80,0
Minimum		10,0
Maximum		90,0

Tab.15 : Minuten 2.1.. Pflegevisite

Zur Durchführung der Pflegevisite der einzigen signifikant nicht delegierbaren Tätigkeit, werden laut Median, 17,50 Minuten pro Tag benötigt. Die Range beträgt 80 Minuten und ist ein durchaus realistisches Ergebnis, mit einem Minimum von 10 Minuten und einem Maximum von 90 Minuten. Diese Zeit wird in Summe auch benötigt um eine qualitative Pflegevisite durchzuführen.

Entlassung des Patienten:

Minuten 6.6. Angehörige verständigen, ...		Minutenangaben
N	Gültig	22
	Fehlend	18
Mittelwert		5,136
Median		5,000
Modus		5,0
Spannweite		14,0
Minimum		1,0
Maximum		15,0

Tab.16: Minuten 6.6. Angehörige verständigen, falls dies vom Patienten gewünscht wird

Diese Tätigkeit nimmt nicht sehr viel Zeit in Anspruch und liefert mit einem Median von 5 Minuten ein entsprechendes Ergebnis. Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege ist dafür zuständig, Angehörigen, falls dies vom Patienten selbst gewünscht wird, Informationen bezüglich der Entlassung und weiterer pflegerelevanter Themen zu erteilen. Im Idealfall geschieht dies durch eine/n EntlassungsmanagerIn.

Reinigungstätigkeiten:

Minuten		Minuten 6.3.	Minuten 6.4.	Minuten 19.2.
Tätigkeiten		Reinigung veranlassen	Reinigung durchführen	Reinigung von Betten/Nachttischen
N	Gültig	20	19	16
	Fehlend	20	21	24
Mittelwert		5,450	28,605	29,219
Median		2,000	15,000	17,500
Modus		2,0	10,0	5,0 ^a
Spannweite		49,5	148,0	115,0
Minimum		,5	2,0	5,0
Maximum		50,0	150,0	120,0

Tab.17: Minuten 6.3. Reinigung veranlassen, 6.4. Reinigung durchführen, 19.2. Reinigung von Betten und Nachttischen (a= mehrere Modi vorhanden, der kleinste Wert wird angezeigt)

Reinigungstätigkeiten, für die diplomierte Pflegepersonen nicht zuständig sind, nehmen nach wie vor ein immenses zeitliches Arbeitspensum in Anspruch. In Summe (Median) werden täglich 34, 5 Minuten dafür unnötig beansprucht. Betrachtet man die statistische Kennzahl „Range“, ist das Ergebnis noch bedenklicher. So werden alleine für die Tätigkeit „Reinigung durchführen“ und „Reinigung von Betten und Nachttischen“ dem Maximum zufolge 270 Minuten investiert. Auf einer Station ist das Reinigungspersonal von 6 Uhr 30 bis 17 Uhr verfügbar. Danach ist eine Person des Reinigungspersonals für das gesamte Krankenhaus zuständig. Es ist anzunehmen, dass das diplomierte Pflegepersonal deswegen, vorwiegend im Nachtdienst, viel Zeit in Reinigungstätigkeiten investiert.

Tätigkeiten direkt beim Patienten, Essen:

Minuten		Minuten 7.1.	Minuten 7.2.	Minuten 7.3.
Tätigkeiten		Patientenbefragung/S peiseplan	Essen- und Getränkebestellung	Mahlzeiten/Getränke verteilen
N	Gültig	17	18	19
	Fehlend	23	22	21
Mittelwert		9,706	7,278	17,632
Median		10,000	6,500	15,000
Modus		10,0	5,0 ^a	5,0
Spannweite		10,0	14,0	58,0
Minimum		5,0	1,0	2,0
Maximum		15,0	15,0	60,0

Tab.18: Minuten 7.1. Patientenbefragung bzgl. des gewünschten Speiseplans, 7.2. Essen- und Getränkebestellung, 7.3. Mahlzeiten und Getränke an Patienten verteilen (a= mehrere Modi vorhanden, der kleinste Wert wird angezeigt)

Diese pflegefremden Tätigkeiten nehmen -interpretiert wird der Median- 31,5 Minuten der täglichen Arbeitszeit, des diplomierten Pflegepersonals, in Anspruch, wobei ein genanntes Maximum von 60 Minuten, betreffend die Mahlzeiten- und Getränkeverteilung an Patienten, durchaus glaubwürdig ist, sofern diese Tätigkeit anstelle von AbteilungshelferInnen oder Hotelfachkräften, von diplomierten Pflegepersonen ausgeführt wird.

Tätigkeiten direkt beim Patienten, Ausscheidung:

Minuten 8.1. Harnflasche, Leibschüssel, Zimmertoilette den Patienten bereitstellen, entsorgen und reinigen		Minutenangaben
N	Gültig	24
	Fehlend	16
Mittelwert		16,167
Median		10,000
Modus		5,0 ^a
Spannweite		58,0
Minimum		2,0
Maximum		60,0

Tab.19: Minuten 8.1. Harnflasche, Leibschüssel und Zimmertoilette den Patienten bereitstellen, entsorgen und reinigen (a= mehrere Modi vorhanden, der kleinste Wert wird angezeigt)

Tätigkeiten die Ausscheidung betreffend, benötigen 10 Minuten pro Arbeitstag. Die Range beträgt allerdings 58 Minuten, mit einem Minimum von zwei Minuten und einem Maximum von 60 Minuten. Diese Angaben variieren wahrscheinlich je nach Abteilung und Schweregrad der Immobilität der jeweiligen PatientInnen.

Tätigkeiten direkt beim Patienten, Wäsche:

Minuten 9.1. Bettwäschewechsel bei mobilen Patienten		Minutenangaben
N	Gültig	27
	Fehlend	13
Mittelwert		17,741
Median		15,000
Modus		30,0
Spannweite		57,0
Minimum		3,0
Maximum		60,0

Tab.20: Minuten 9.1. Bettwäsche wechseln bei mobilen Patienten (leeres Bett)

Der Wäschewechsel bei mobilen Patienten betrifft an und für sich nicht den Tätigkeitsbereich von diplomierten Pflegepersonen. Eine zeitliche Arbeitsbelastung diplomierter Pflegepersonen von 15 Minuten wird genannt (Median). Ein Maximumwert von 60 Minuten ist realistisch, sofern diese Tätigkeit nicht von

Hotelfachkräften übernommen wird und diplomiertes Pflegepersonal seine Arbeitszeit dafür aufwenden muss.

Mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich, Blutentnahme aus der Vene:

Minuten 14.6. Blutentnahme aus der Vene		Minutenangaben
N	Gültig	18
	Fehlend	22
Mittelwert		21,333
Median		10,000
Modus		5,0 ^a
Spannweite		146,0
Minimum		4,0
Maximum		150,0

Tab.21: Minuten 14.6. Blutentnahme aus der Vene (a= mehrere Modi vorhanden, der kleinste Wert wird angezeigt)

Die Tätigkeit „Blutentnahme aus der Vene“ wurde auch als signifikant delegierbar genannt. Auch hier variieren die Minutenangaben. Wird der Median interpretiert, lässt sich ein geringer Arbeitsaufwand von 10 Minuten beobachten. Die Range beträgt, im Gegensatz dazu, 146 Minuten, mit einem Minimum von vier Minuten und einem Maximum von 150 Minuten. Da diese Tätigkeit in den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich fällt, liegt die Durchführung nach wie vor bei diplomierten Pflegepersonen und kann, wenn überhaupt nur an ÄrztInnen übergeben werden.

Patiententransporte:

Minuten		Minuten 15.1.	Minuten 15.2.	Minuten 15.3.
Tätigkeiten		Hol- und Bringdienst verständigen	Begleiten von Patienten zu Untersuchungen/Therapien	Patiententransport postoperativ
N	Gültig	24	17	18
	Fehlend	16	23	22
Mittelwert		8,188	14,824	11,861
Median		2,750	10,000	10,000
Modus		2,0	10,0	10,0
Spannweite		59,0	57,0	27,0
Minimum		1,0	3,0	3,0
Maximum		60,0	60,0	30,0

Tab.22: Minuten 15.1 Hol- und Bringdienst verständigen., 15.2. Begleiten von Patienten zu Untersuchungen/Therapien, 15.3. Patiententransport postoperativ in den Aufwachraum oder die Station

Patiententransporte machen, nach Angabe der befragten Pflegepersonen, einen geringen Anteil an zeitlichem Arbeitsaufwand aus. In Summe wären es 22,75

Minuten (Median). Der angegebene Maximumwert von 60 (Hol- und Bringdienst verständigen) wirkt unrealistisch, wenn man davon ausgeht, dass ein Telefonat um den Hol- und Bringdienst zu verständigen höchstens eine Minute dauert. Man müsste am Tag 60 Telefonate führen, um solch einen Wert zu erreichen.

Botengänge, Materialtransporte:

Minuten 16.1. Materialtransporte (Labor, Befunde)		Minutenangaben
N	Gültig	19
	Fehlend	21
Mittelwert		14,079
Median		10,000
Modus		10,0
Spannweite		35,0
Minimum		5,0
Maximum		40,0

Tab.23: Minuten 16.1. Materialtransporte (Labor, Befunde)

Laut Angaben der Befragten, werden täglich 10 Minuten (Median) der Arbeitszeit für Materialtransporte investiert.

Administrative Tätigkeiten:

Minuten		Minuten 17.3.	Minuten 17.4.	Minuten 17.5.	Minuten 17.6.
Tätigkeiten		E-Mails bearbeiten	Laboruntersuchungen anmelden	Formulare/ Bestand kontrollieren, nachfüllen	Kopieraufträge
N	Gültig	21	24	17	18
	Fehlend	19	16	23	22
Mittelwert		14,167	17,729	16,471	12,194
Median		10,000	10,000	15,000	10,000
Modus		10,0	5,0	5,0 ^a	10,0
Spannweite		58,0	79,0	25,0	25,0
Minimum		2,0	1,0	5,0	5,0
Maximum		60,0	80,0	30,0	30,0

Tab.24: Minuten 17.3. E-Mails bearbeiten, 17.4. Laboruntersuchungen anmelden, 17.5. sämtliche Formulare auf deren Bestand kontrollieren und nachfüllen, 17.6. Kopieraufträge ausführen

Administrative Tätigkeiten, die vorwiegend von der Berufsgruppe der StationssekretärInnen durchgeführt werden sollten, beanspruchen dem Median zufolge 45 Minuten der täglichen Arbeitszeit einer diplomierten Pflegeperson. Bezeichnend für eine hohe zeitliche Arbeitsbelastung ist auch ein Maximumwert von

80 Minuten, betreffend die Anmeldung von Laboruntersuchungen, durchgeführt von diplomierten Pflegepersonen.

Materialbewirtschaftung:

Minuten		Minuten 18.1.	Minuten 18.3.	Minuten 18.6.
Tätigkeiten		Materialbestand kontrollieren/ nachfüllen	Bestelltes Material fachgerecht lagern	Temperaturkontrolle Haushalts- kühlschränke
N	Gültig	22	21	20
	Fehlend	18	19	20
Mittelwert		14,932	18,429	3,550
Median		10,000	20,000	2,000
Modus		10,0	20,0	2,0 ^a
Spannweite		27,0	45,0	14,0
Minimum		3,0	5,0	1,0
Maximum		30,0	50,0	15,0

Tab.25: Minuten 18.1. Materialbestand kontrollieren und nachfüllen, 18.3. bestelltes Material fachgerecht lagern, 18.6. Temperaturkontrolle der Haushaltskühlschränke

In Summe werden 32 Minuten (Median) für die Materialbewirtschaftung aufgewendet. Auch diese Tätigkeiten könnten zukünftig von einer anderen Berufsgruppe (z.B. AbteilungshelferInnen) durchgeführt werden, um Pflegepersonen einen zeitlichen Gewinn zu verschaffen. Diese Zeit kann in pflegerelevante Tätigkeiten investiert werden.

4.2.3. Zeitlicher Arbeitsaufwand der signifikanten Tätigkeiten

Das Kreisdiagramm stellt die signifikanten pflegefremden Tätigkeiten und deren zeitlichen Arbeitsaufwand in Prozent dar. Die Tätigkeiten „Blutentnahme aus der Vene“ und „Pflegevisite“ wurden nicht berücksichtigt, da es sich um pflegeimmanente Tätigkeiten handelt. Ziel der graphischen Darstellung ist es, den zeitlichen Arbeitsaufwand von pflegefremden Tätigkeiten näher zu betrachten.

Berechnet wurden die Prozentangaben aufgrund der angegebenen Minuten (Median) der befragten Pflegepersonen. Die Prozentangaben beziehen sich auf einen acht-Stunden- Dienst.

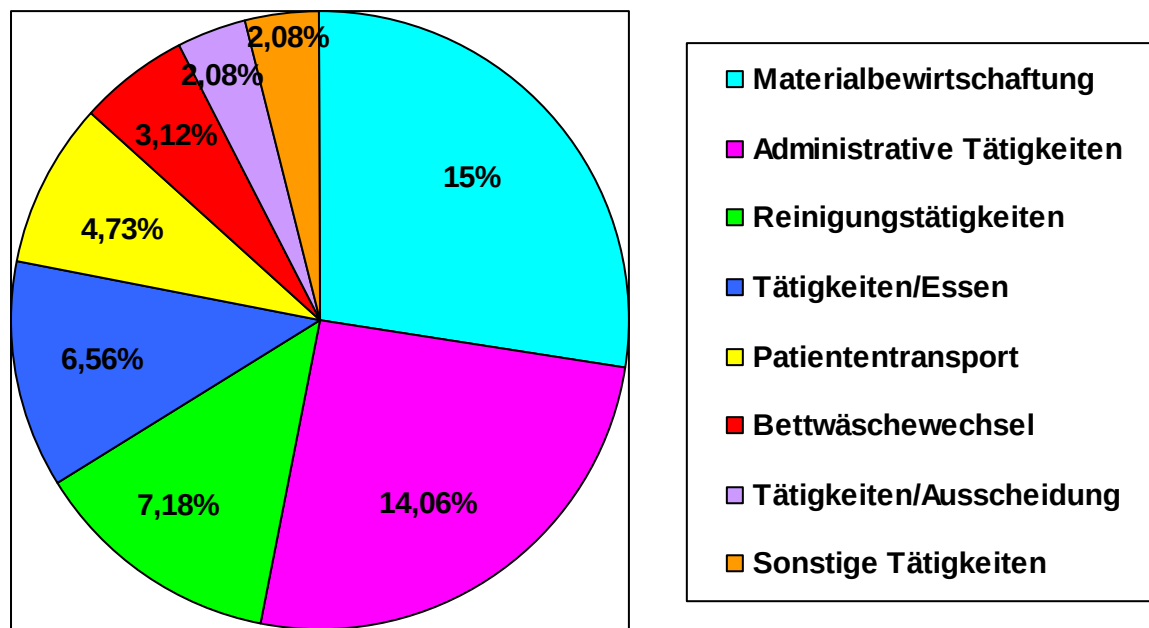


Abb.8: Kreisdiagramm, Minutenprozentangaben

Der größte zeitliche Arbeitsaufwand lässt sich, mit 15% (72 Minuten), im Aufgabengebiet Materialbewirtschaftung beobachten. Das Aufgabengebiet umfasst, Materialbestand kontrollieren und nachfüllen, bestelltes Material fachgerecht lagern, Temperaturkontrolle der Haushaltskühlschränke, Materialtransporte, Materialbeschaffung aus anderen Abteilungen und Material bezüglich des Ablaufdatums kontrollieren.

Mit 14,6% (67,5 Minuten) zählen administrative Tätigkeiten zu der zweitgrößten zeitlichen Arbeitsbelastung. Dazu zählen: E-Mails bearbeiten, Laboruntersuchungen anmelden, Formulare auf deren Bestand kontrollieren und nachfüllen, Kopieraufträge, Administrierung des/der PatientIn und administrative Tätigkeiten (deskriptive Auswertung).

Reinigungstätigkeiten erfordern 7,18% (34,5 Minuten) der täglichen Arbeitszeit. Gemeint sind damit folgende Aufgaben: sämtliche Reinigungstätigkeiten veranlassen und durchführen, sowie die Reinigung von Betten und Nachttischen.

Die Tätigkeiten, Patientenbefragung bezüglich des gewünschten Speiseplans, Essen und Getränke an PatientInnen verteilen und Essen-/ Getränkebestellung beanspruchen 6,56% (31,5 Minuten) der täglichen Arbeitszeit.

Das Aufgabengebiet „Patiententransporte“ (Verständigen von Hol- und Bringdiensten, Begleiten der PatientInnen zu Untersuchungen und Therapien, postoperative Transporte der PatientInnen in den Aufwachraum oder die Station)

erfordern mit 4,73% (22,75 Minuten) den fünfgrößten zeitlichen Arbeitsaufwand. 3,12% (15 Minuten) der täglichen Arbeitszeit werden für Bettwäschewechsel, bei mobilen PatientInnen, aufgewendet. Tätigkeiten die Ausscheidung betreffend (Harnflasche, Leibschüssel und Zimmertoilette den PatientInnen bereitstellen, entsorgen und reinigen) fordern 2,08% (10 Minuten) des zeitlichen Arbeitsaufwandes pro Tag.

Zu sonstigen Tätigkeiten zählen „Reparaturen anmelden“ und „Angehörige verständigen, falls dies vom Patienten gewünscht wird“. Mit 2,08% (10 Minuten) führen diese Tätigkeiten zu einer geringen zeitlichen Arbeitsbelastung von diplomierten Pflegepersonen.

Durch eine ressourcenorientierte Aufgabenzuteilung an entsprechende Berufsgruppen, könnten diplomierte Pflegepersonen eine zeitliche Arbeitsentlastung erfahren. So sind beispielsweise Tätigkeiten, die Materialbewirtschaftung betreffend, im Idealfall von AbteilungshelferInnen zu erledigen. Administrative Tätigkeiten entsprechen dem Aufgabengebiet von StationssekretärInnen.

Reinigungstätigkeiten sind unbedingt von Personen des Reinigungspersonals auszuführen.

Natürlich ist zu berücksichtigen, dass gewisse pflegefremde Tätigkeiten von diplomierten Pflegepersonen durchgeführt werden, um den Arbeitsablauf nicht zu unterbrechen oder zu behindern. Dies sollte aber die Ausnahme sein und nicht die Regel.

Aus eigenen praktischen Erfahrungen der Autorin geht hervor, dass sich diplomierte Pflegepersonen für nicht ihrer Profession entsprechenden Tätigkeiten verantwortlich fühlen. Dieses Verhalten hat zur Folge, dass ressourcenorientiertes Arbeiten verhindert wird. Es gibt ohnehin ein vielfältiges und verantwortungsvolles Spektrum an berufsimmanenten Tätigkeiten, denen vollste Aufmerksamkeit geschenkt werden kann und muss.

4.2.4. Korrelation der Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen und der Zufriedenheit mit der eigenen pflegerischen Tätigkeit

Der zweite Teil des Fragebogens beinhaltet die Frage 10 „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer eigenen pflegerischen Tätigkeit?“ und die Frage 14 „Wie zufrieden sind Sie mit ihren Arbeitsbedingungen?“. Die Korrelation, der rangskalierten Fragen, wurde mittels Kendall's Rank Correlation tau berechnet. $z = 1,9972$, $p = 0.04581$. Der Zusammenhang, zwischen der Zufriedenheit der eigenen pflegerischen Tätigkeit und der Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen, ist knapp signifikant.

Die Interpretation des Ergebnisses hat mit Vorsicht zu erfolgen, da sich bei der Zufriedenheit mit der eigenen pflegerischen Tätigkeit und der Arbeitsbedingungen eine rechtsschiefe Verteilung beobachten lässt.

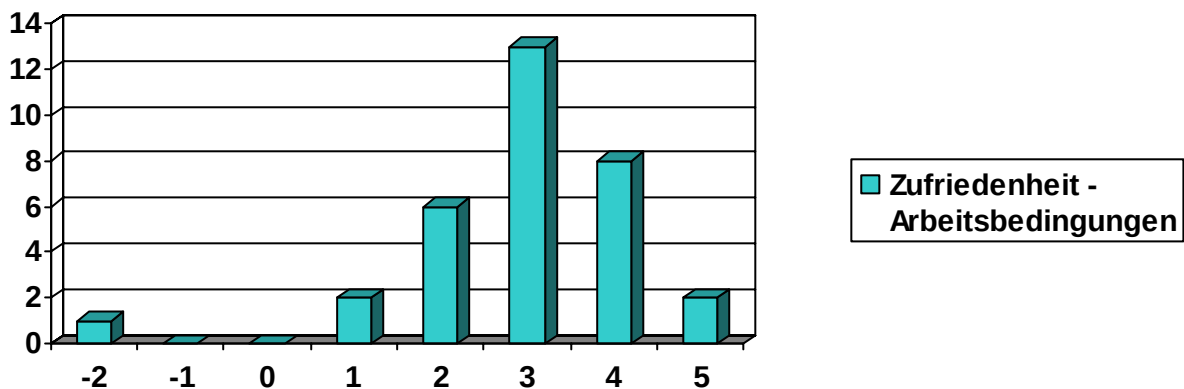


Abb.9: Kendall's Rank Correlation tau, Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen

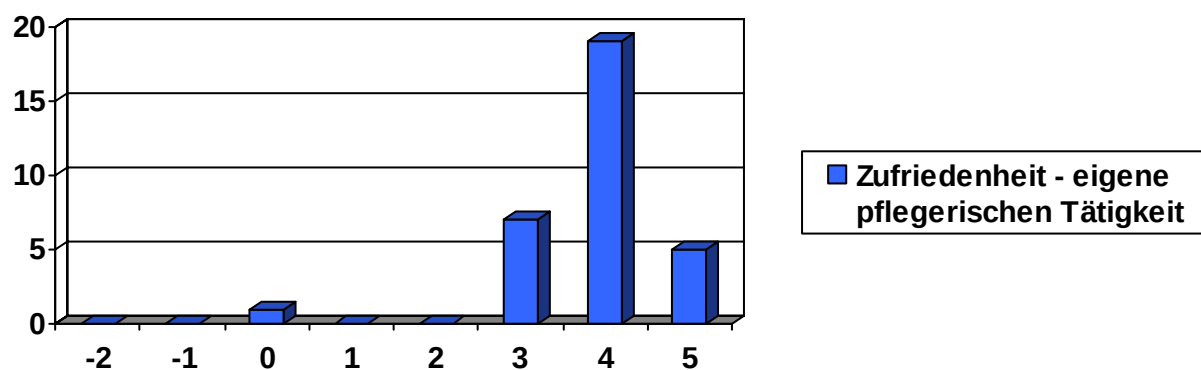


Abb.10: Kendall's Rank Correlation tau, Zufriedenheit mit der eigenen pflegerischen Tätigkeit

4.2.5. Pflegeprozess und Berufserfahrung

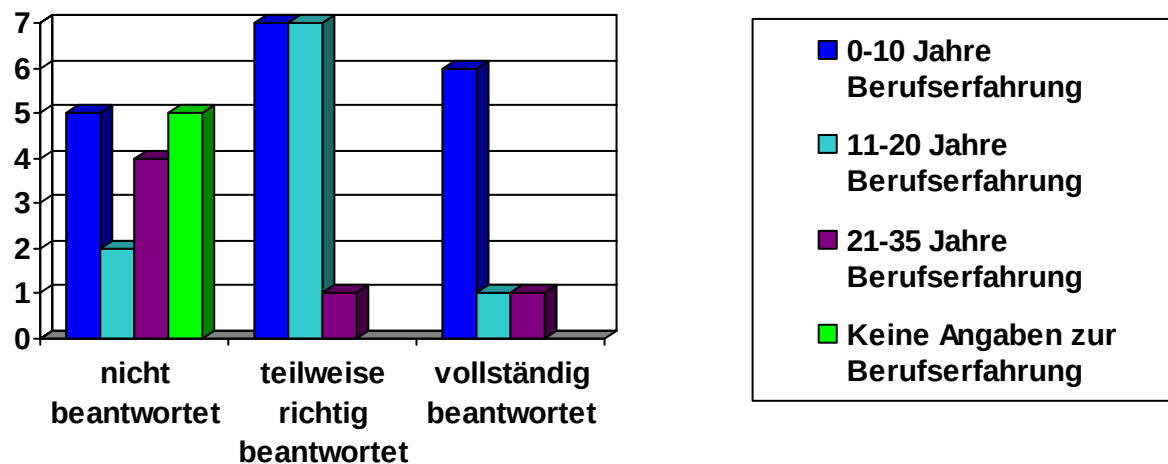


Abb.11: Häufigkeitsbalkendiagramm, Pflegeprozess- Berufserfahrung

Das Balkendiagramm zeigt, dass die Befragten, die über eine 0 bis zwanzigjährige Berufserfahrung verfügen, die Frage 8 „Nennen Sie bitte die Schritte des Pflegeprozesses“ teilweise richtig beantworten konnten.

Vollständige Antworten gaben hauptsächlich Personen, die seit 0 bis zehn Jahren im Berufsleben stehen. Das kann daran liegen, dass diese Personen, im Zuge ihrer Ausbildung, mit dem Pflegeprozess im Unterricht theoretisch vertraut gemacht werden und diesen dann bewusst in ihrem pflegerischen Alltag umsetzen. Hingegen lässt sich nur eine geringe Anzahl an „richtig- Antworten“, bei den Personen beobachten, die entweder elf bis zwanzig Jahre oder einundzwanzig bis fünfunddreißig Jahre im Berufsleben stehen.

Das Balkendiagramm zeigt, dass die Befragten, die über die meiste Berufserfahrung verfügen, und deren Ausbildung länger zurück liegt, die Frage falsch beziehungsweise nicht beantwortet haben. Die Vermutung liegt nahe, dass die Implementierung des Pflegeprozesses intuitiv vollzogen wird, ohne die einzelnen Schritte nennen zu können. Interessant ist, dass Personen, die die Frage nicht beziehungsweise falsch beantwortet haben, keine Angaben zu der Dauer ihrer Berufserfahrung gemacht haben.

4.3. Deskriptive Auswertung des Fragebogens

In diesem Kapitel werden die, für die Autorin, relevanten Antworten der offenen Fragen, deskriptiv zusammengefasst und anschließend interpretiert. Statistisch relevante Kennzahlen der Minutenangaben, werden auch in diesem Kapitel in einzelnen Fällen erwähnt.

4.3.1. Schritte des Pflegeprozesses

Frage 8) Nennen Sie bitte die Schritte des Pflegeprozesses.

n= 39, nicht ausgefüllt: 16, ausgefüllt: 23

Die Antworten wurden mit folgenden Kategorien codiert: 0= vollständige Antwort, 1= teilweise richtig beantwortet, 2= falsch beantwortet

8 Personen haben die Frage richtig beantwortet, 15 Personen haben die Frage teilweise richtig beantwortet, 0 Personen haben die Frage falsch beantwortet und 16 Personen haben die Frage nicht beantwortet.

Folgende Schritte wurden genannt (Die Bewertungen werden in Klammer angeführt):

- Aufnahme- Anamnese- Pflegeplanung- Durchführung (1)
- Anamnese- Diagnose- Planung- Durchführung- Evaluation (0)
- Informationssammlung- Planung- Durchführung- Evaluation (1)
- Pflegeanamnese/ Infos sammeln- Pflegediagnose/Pflegeplanung- Pflegemaßnahmen/Pflegedurchführung- Pflegeevaluation (0)
- Pflegediagnosen erstellen- Ziele festlegen- Maßnahmen festlegen- durchführen- Evaluation (1)
- Anamnese (Erstgespräch)- Erstellen von Diagnosen (Einschätzung- Planung)- Evaluation- Entlassung (1)
- Pflegediagnosen erstellen- Pflegeziele festlegen- Planung der Pflegemaßnahmen- Durchführung der Pflegemaßnahmen- Evaluation (1)
- Informationen sammeln- Ressourcen erkennen- Probleme festlegen- Maßnahmen definieren- Ziele festlegen- Maßnahmen durchführen- evaluieren (0)
- Anamnese- Diagnose- Evaluierung (1)
- Pflegeplanung- Information- Ausführung- Evaluation (1)

- Anamnese- Pflegediagnosen erstellen- Ziele festlegen- Maßnahmen festlegen- Maßnahmen durchführen- Evaluation (0)
- Anamnese- Planung- Durchführung- Dokumentation- Evaluation (1)
- Anamnese- Pflegediagnosen- Durchführung der Pflege- Dokumentation- PV? (1)
- Patientenbefragung- Pflegediagnosen (1)
- Informationen sammeln- Probleme mit Ressourcen beschreiben- Ziele bestimmen- Maßnahmen- Durchführung und Evaluation (0)
- Anamnese- Planung- Ziele- Maßnahmen- Durchführung- Evaluation (1)
- Anamnese- Planung- Maßnahmen- Durchführung- Evaluierung (1)
- Anamnese- Diagnosen- Planung- Durchführung- Evaluation (0)
- Anamnese- Pflegediagnosen aufstellen- Pflegeziele aufstellen- Pflegemaßnahmen setzen- Evaluation (0)
- Diagnose- Ziel- Maßnahmen- Evaluation (1)
- Anamnese- Planung- Durchführung- Evaluation (1)
- Informationen sammeln- Pflegediagnosen- Pflegeziele- Pflegemaßnahmen- Pflegeberichte- Evaluation (0)
- Pflegeanamnese- Beobachtung- Planung- Durchführung- Evaluation (1)

4.3.2. Deskriptive Auswertung der administrativen Tätigkeiten

Tätigkeit 6.2. Administrative Tätigkeiten:

Auffällig bei der Auswertung dieses Items ist, dass die Pflegepersonen der Meinung sind administrative Tätigkeiten könnten von StationssekretärInnen durchgeführt werden. Dies wäre auch, im Zuge eines ressourcenoptimierenden Skill- und Grademix, sinnvoll. Nach Angaben der Pflegepersonen werden derzeit 21 von 26 genannten administrativen Tätigkeiten von StationssekretärInnen durchgeführt. Die restlichen Tätigkeiten betreffen hauptsächlich administrative Entlassungsarbeiten, die im Zuge des Pflegeprozesses nur von diplomierten Pflegepersonen durchgeführt werden können, im Idealfall von einer/m EntlassungsmanagerIn.

Der Auswertung der Minutenangaben (dargestellt wird diese durch den Median, dieser berechnet einen exakteren Wert als der Durchschnitt (Mittelwert liegt bei 24,1 Minuten), hierbei schwanken die Minutenangaben zu sehr) ergab, dass Pflegepersonen für administrative Tätigkeiten pro Tag 17,50 Minuten investieren. Der

kleinste Modus beträgt 10 Minuten (in der Auswertung wurden mehrere Modi angegeben). Diese Ergebnisse stehen in keiner Relation zu dem Ergebnis (88,2 Minuten/pro Tag für Administration) der Studie von Blum (vgl. Blum, 2003, 478-482). Das könnte vor allem daran liegen, dass im Rudolfinerhaus Wien ohnehin StationssekretärInnen für administrative Zwecke eingesetzt werden, und die administrative Arbeitsbelastung für Pflegepersonen nicht sehr hoch ist. Die Range beträgt allerdings 97 Minuten, bei einem Minimum von 3 Minuten und einem Maximum von 100 Minuten. Das heißt, dass der zeitliche Arbeitsaufwand wahrscheinlich, je nach Abteilung, doch stark variiert.

Minuten 6.2. Administrative Tätigkeiten		Minutenangaben
N	Gültig	20
	Fehlend	20
Mittelwert		24,150
Median		17,500
Modus		10,0 ^a
Spannweite		97,0
Minimum		3,0
Maximum		100,0

Tab.26: Minuten 6.2. Administrative Tätigkeiten (a= mehrere Modi wurden berechnet, der kleinste Wert wird angezeigt)

Folgende 26 unterschiedliche Tätigkeiten wurden genannt (Übersteigt die Anzahl der Nennungen die Fallzahl 1, so wird die Häufigkeit der genannten Fälle in Klammer angegeben):

Tätigkeiten	Delegierbarkeit	Wird derzeit von wem durchgeführt?
Check-Liste	Keine Angabe	SL, DGKS/P, SK
Kordex- Abschluss	Keine Angabe	SL, DGKS/P, SK
Rezepte faxen (4)	SK	SK (2), DGKS/P
Krankengeschichte anlegen (3)	SK , EM (2), SL, DGKS/P	SK (3)
Krankengeschichte ausräumen (3)	SK (3)	SK, DGKS/P (2)
Kurven schreiben (2)	SK (2), DGKS/P	SK, DGKS/P
Befundmappe richten (2)	SK (2)	SK (2), SL (2), DGKS/P (2)
Befunde (3)	SK (3), Ä	SK (3), DGKS/P (2)
Befunde	Nicht delegierbar	SL, DGKS/P
Kopie von Befunden	SK, SL, DGKS/P, S	SK, SL, DGKS/P, S
PC- Arbeiten	SK, SL, DGKS/P, S	SK, SL, DGKS/P, S
Aufenthaltsbestätigung (4)	SK (4), EM	SK (2), SL (3), DGKS/P (2), EM, S
Kontrolltermine	SK, Ä	SK, DGKS/P
Sanitäter bestellen	Keine Angabe	SK, SL, DGKS/P, S
Kurven abschreiben	Keine Angabe	SK, SL, DGKS/P, S

Dokumente kopieren	Keine Angabe	SK, SL, DGKS/P, S
Medikamente bestellen	Keine Angabe	SK, SL, DGKS/P, S
Entlassungspapiere	SK, SL	SK, DGKS/P
Zustand des Patienten vor Entlassung	SL, DGKS/P	SL, DGKS/P
Begleitung	SL, DGKS/P	SL, DGKS/P
Krankentransport (2)	SK (2), SL	SK (2), DGKS/P (2)
Apotheke (Medikamente für zu Hause bestellen)	SK, SL	SK, SL
Sozialarbeiterin bestellen	SK, SL	SK, SL
Röntgenbilder richten	SK	SK
Besorgungen für Entlassungen	SL, DGKS/P, EM	SL, DGKS/P, EM
Entlassungen im PC	Nicht delegierbar	DGKS/P

Tab.27: Deskriptive Auswertung der administrativen Tätigkeiten

Tätigkeit 6.2. Administrative Tätigkeiten:

Bonferroni adjusted p-value = 0.0005

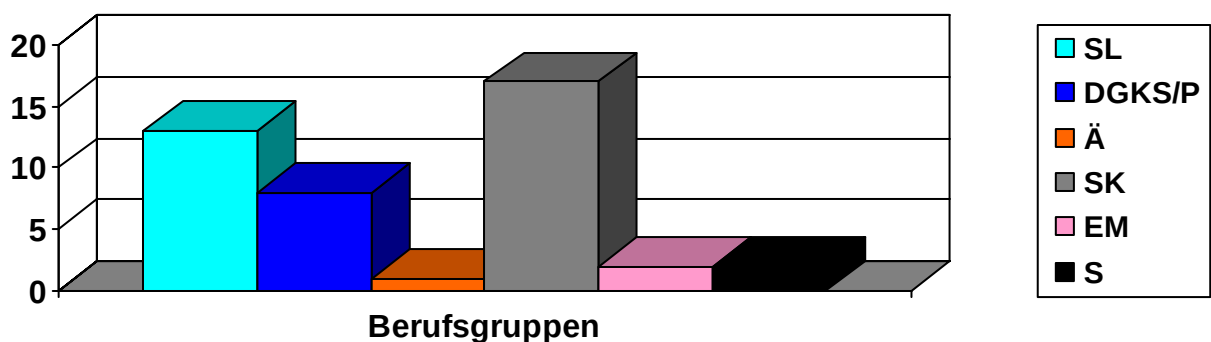


Abb.12: Administrative Tätigkeiten 6.2., Delegierbarkeit nach Berufsgruppen

Betrachtet man die administrativen Tätigkeiten bezüglich der Delegierbarkeit, zeigt sich, dass 3 (7,69%) der 39 befragten Personen meinen, diese Tätigkeit sei nicht delegierbar. 13 Personen (33,33%) würden die Tätigkeit an die Stationsleitung delegieren, 8 Personen (20,51%) an DGKS/P, 1 Personen (2,56%) an die ÄrztInnen, 17 Personen (43,58%) an StationssekretärInnen, 2 Personen (5,12%) an SchülerInnen und 2 Personen (5,12%) an das Entlassungsmanagement.

10 Personen (25,64%) haben diese Frage nicht beantwortet.

Diese Angaben würden auch dem Sinne eines ressourcenorientierten Skill- und Grademix entsprechen, da administrative Tätigkeiten, wie z.B. Dokumente kopieren, eher der Berufsgruppe „StationssekretärIn“ zuzuordnen sind. Hingegen sind administrative Tätigkeiten, wie z.B. pflegerische Entlassungsbriefe nur von einer diplomierten Pflegeperson durchzuführen.

4.3.3. Deskriptive Auswertung der Pflegeberatung

Aufgabe 6.8. Pflegeberatung an die PatientIn und die Angehörigen gerichtet:

Einige der genannten Tätigkeiten erfordern Weiterbildungen in den jeweiligen Fachgebieten. Dazu zählen, unter anderem, das Entlassungsmanagement, Wundmanagement, Stomapflege, Kinästhetik, Ernährungsberatung. Diese Tätigkeiten können nur von hoch qualifizierten Pflegepersonen ausgeführt werden und sind nicht an Pflegehilfswesen zu delegieren. Die Angaben der Pflegepersonen zu den jeweiligen Themen bestätigen diese Aussage. Wenn, können diese Tätigkeiten, an die eigene Berufsgruppe übergeben werden, die über eine entsprechende Zusatzqualifikation verfügt.

Folgende 18 unterschiedliche Themen wurden genannt (Übersteigt die Anzahl der Nennungen die Fallzahl 1, so wird die Häufigkeit der genannten Fälle in Klammer angegeben):

Themen	Delegierbarkeit	Wird derzeit von wem durchgeführt?
Entlassung	Nicht delegierbar	DGKS/P
Wundversorgung (2)	Nicht delegierbar (2)	SL, DGKS/P (2), WM
Dauerkatheterpflege (2)	Nicht delegierbar (2)	SL, DGKS/P (2), S
Stomapflege	Nicht delegierbar	DGKS/P
Pflege nach Chemo	Nicht delegierbar	DGKS/P
Lagerung	Nicht delegierbar	DGKS/P
Verband	Nicht delegierbar	DGKS/P
Mobilisation (3)	Nicht delegierbar (3)	SL (2), DGKS/P (3), S
Mobilisation kinästhetisch	Nicht delegierbar	DGKS/P
Prophylaxen	Nicht delegierbar	DGKS/P
Insulin spritzen	Nicht delegierbar	SL, DGKS/P
Lovenox spritzen (2)	Nicht delegierbar (2)	SL , DGKS/P (2)
Harnkatheterventil	Nicht delegierbar	SL, DGKS/P
Pflege zu Hause	EM, PB	EM, DGKS/P
Ernährung	SL, DGKS/P	SL, DGKS/P
Fahrttauglichkeit	SL, DGKS/P	SL, DGKS/P
Inkontinenzversorgung	EM	EM, DGKS/P
VAC- Versorgung	EM	EM, DGKS/P

Tab.28: Deskriptive Auswertung der Tätigkeit 6.8., Pflegeberatung an die PatientIn und dessen Angehörigen gerichtet

4.3.4. Kooperation mit anderen Berufsgruppen

Aufgabe 20.3. Kooperation mit anderen Berufsgruppen:

n= 39, Nicht ausgefüllt: 15, Nicht leserlich: 1

Die Tabelle zeigt den Umfang hinsichtlich der interdisziplinären Zusammenarbeit der einzelnen Berufsgruppen.

Folgende Berufsgruppen und zugehörige Inhalte wurden genannt:

Berufsgruppen	Inhalte	Delegierbarkeit	Wird derzeit von wem durchgeführt?
Psychologen	Keine Angaben	SL, DGKS/P, PH, P, Ä, AH, SK, RP, HK	SL, DGKS/P, PH, P, Ä, AH, SK, RP, HK
Psychologen	Keine Angabe	Nicht delegierbar (2)	SL (2), DGKS/P (2), PH, S
LogopädIn	Nach Insult Sprache bessern	Nicht delegierbar	SL, DGKS/P
EM	Keine Angaben	SL, DGKS/P, PH, P, Ä, AH, SK, RP, HK	SL, DGKS/P, PH, P, Ä, AH, SK, RP, HK
Ä	Keine Angaben	SL, DGKS/P, PH, P, Ä, AH, SK, RP, HK	SL, DGKS/P, PH, P, Ä, AH, SK, RP, HK
Therapie	Terminvereinbarung, welche Therapie	Nicht delegierbar	SL, DGKS/P
Küche	Nahrungsaufbau	Nicht delegierbar	SL, DGKS/P
DiätologIn	Ernährungsberatung	Nicht delegierbar (2)	SL, DGKS/P (2), Ä (2), HK (2)
DiätologIn	Keine Angaben	SL, DGKS/P, PH, P, Ä	SL, DGKS/P, PH, Ä, AH, SK
OP	Vorbereitung für akute Operationen	Nicht delegierbar	SL, DGKS/P
OP- Gehilfen	Bedienung Geräte	SL, DGKS/P, SK	SL, DGKS/P
P	Keine Angaben	SL (2), DGKS/P (2), PH, P (2), Ä, SK, RP, HK	SL (2), DGKS/P (2), PH, AH, P (2), SK (2), RP, HK, S
P	Keine Angaben	Nicht delegierbar (3)	SL (2), DGKS/P (3), PH, S
P	Mobilisation (4)	Nicht delegierbar (4)	SL (2), DGKS/P (4), P, Ä (2),
P	Mobilisation	Keine Angaben	SL, DGKS/P (2), P, Ä
P	Mobilisation	P, Ä	SL, DGKS/P
P	Patienten, Therapien	SL, SK	SL, DGKS/P, SK
P	Therapien, Termine einhalten	Nicht delegierbar	SL, DGKS/P, P, Ä, HK
Ä	Keine Angaben	SL, DGKS/P, P,	SL, DGKS/P, P, SK, RP, HK, S

		SK, RP, HK	
Ä	Keine Angaben	Nicht delegierbar (2)	SL (2), DGKS/P (2), PH, S
Ä	Nicht lesbar	P, Ä	SL, DGKS/P
Ä	Therapien	Nicht delegierbar (2)	SL, , DGKS/P (2), P, Ä (1), HK
Ä	Medikamente	Nicht delegierbar	SL, DGKS/P
Ä	Therapien, Medikamente, Patienten	SL, SK	SL, DGKS/P, SK
Ä	Reanimationskurs	Keine Angaben	Keine Angaben
Ä	Pflegeplanung	Nicht delegierbar	SL, DGKS/P, P, Ä
Ä	Interdisziplinär	Nicht delegierbar	SL
Ä	Entlassungsmanagement	Keine Angaben	SL, DGKS/P, P, Ä, HK
DGKS/P	Mobilisation/Entlassungsmanagement	Keine Angaben	SL, DGKS/P, P, Ä, HK
Verwaltung, Zivildienster	Keine Angaben	Nicht delegierbar	SL, DGKS/P
Rezeption	Termin koordinieren	SL, DGKS/P, SK	SL, DGKS/P
SozialarbeiterInnen	Entlassung	Nicht delegierbar	SL, DGKS/P, P, Ä
HBD	Keine Angaben	SL, DGKS/P, PH, P, Ä	SL, DGKS/P, PH, Ä, AH, SK
Diagnostik	Termine einhalten	Nicht delegierbar	SL, DGKS/P, P, Ä, HK
MTF, MTA	Termin koordinieren	SL, DGKS/P, SK	SL, DGKS/P
LaborassistentInnen, RöntgenassistentInnen	Untersuchungen	SL, DGKS/P, PH, P, Ä, AH, SK, RP, LaborassistentInnen, RöntgenassistentInnen	SL, DGKS/P, PH, Ä, SK, RP, HK, LaborassistentInnen, RöntgenassistentInnen
IntensivpflegerInnen	Anästhesienachbesprechung	SL, DGKS/P, PH, P, Ä, AH, SK, RP, IntensivpflegerInnen	SL, DGKS/P, PH, Ä, SK, RP, HK, IntensivpflegerInnen
Keine Angaben	Organisation	Nicht delegierbar	SL
Keine Angaben	Keine Angaben	Nicht delegierbar (3)	SL (2), DGKS/P (3), PH, P, Ä, AH, SK, RP, HK

Tab.29: Deskriptive Auswertung der Tätigkeit 20.3., Kooperation mit anderen Berufsgruppen

4.3.5. Deskriptive Auswertung weiterer Tätigkeiten

Aufgabe 21.1., 21.2. und 21.3. Weitere Tätigkeiten, die Sie durchführen:

Folgende 53 Tätigkeiten wurden genannt. 18 Pflegefremde Tätigkeiten, die die Befragten als solche genannt haben, sind kursiv gekennzeichnet:

Tätigkeiten	Delegierbarkeit	Wird derzeit von wem durchgeführt?
<i>Administrative Tätigkeiten, telefonieren am Vormittag</i>	SK	<i>Keine Nennung</i>
<i>Organisatorische Telefonate</i>	SK	SL
Telefonate führen	SK, SL	DGKS/P
<i>Aufnahme, Administration ambulanter/tagesklinischer Patienten</i>	SK	SK, SL, DGKS/P
<i>Terminverschiebung koordinieren</i>	Ä, V, A	SL, DGKS/P
Planung von Durchuntersuchungen	SK	SK, SL, DGKS/P
<i>Zahlungsmodalitäten</i>	V, A	V, A
<i>Überbezahlung ausgleichen</i>	V, A	V, A
Beschwerdemanagement	Nicht delegierbar	SL
Administrative Tätigkeiten	SK	SL
Für Ärzte alte Befunde und Krankenschichten suchen, ausdrucken	Ä, SK	DGKS/P
Befunde nach path. Sortieren, dann Arzt informieren	Ä	Ä, SL, DGKS/P
Aufklärungsblätter für OP und Narkose	Ä, SK	DGKS/P
Konsiliarzettel vervollständigen (Arzt in Blockbuchstaben schreiben)	Ä, SK	SK, DGKS/P
<i>Arzt für Narkose organisieren</i>	Ä	SL, DGKS/P
<i>OP Termin ausmachen</i>	Ä, V, A	SL, DGKS/P
<i>Blumen in Vasen geben</i>	AH	DGKS/P, AH
<i>Koffer auspacken und in Kasten geben</i>	AH	DGKS/P, AH
<i>Technik in Zimmer reparieren</i>	AH, HK	DGKS/P, HK
<i>Glockensystem/TV erklären</i>	AH, HK	DGKS/P, HK
<i>Telefon erklären, bzw. Nummer wählen</i>	AH, HK	DGKS/P, HK
Patient begleiten	PH, AH	PH, AH
Betten machen	SL, DGKS/P, PH, AH	SL, DGKS/P, PH, AH
Betten machen	Keine Angabe	DGKS/P, PH
Kontrollieren, nachfüllen	DGKS/P, PH, AH	DGKS/P, PH, AH
Patient pflegen, lagern, mobilisieren	Keine Angabe	DGKS/P, PH
Körperpflege von nicht bettlägerigen Patienten	DGKS/P, PH	DGKS/P
Beim Essen helfen	Keine Angabe	DGKS/P, PH

Blutabnahme Kapillare	Nicht delegierbar	DGKS/P
Stillhilfe	SL	DGKS/P
Versorgung Neugeborener	Nicht delegierbar	DGKS/P
OP- Tätigkeiten	DGKS/P, PH, AH, HBD, RP	DGKS/P
Kontrolle ob Patient zwei mal ähnliches Medikament nimmt	Ä	Ä, SL, DGKS/P
Untersuchungen begleiten	Keine Angabe	DGKS/P, PH
HBD (Feiertags und Sonntags)	Keine Angabe	DGKS/P
Therapie Übernahme, HBD am Wochenende	P, HBD	DGKS/P
Essen servieren, bei Pausen von HK	AH, RP, HK	SL, DGKS/P
Boden und WC wischen, wenn kein RP auf Station	Keine Angabe	DGKS/P
Betten reinigen	DGKS/P, RP	DGKS/P, PH, HBD, RP
Geschirrspüler ein- und ausräumen	DGKS/P, SK, RP	DGKS/P, PH, SK, HBD, RP
Reinigung, Ordnung in Zimmern vor allem im Nachtdienst	AH, RP, HK	SL, DGKS/P
Putzen von Spritzen-Verbandwägen und Oberflächen, Stationszimmern und Auffüllen	PH, AH	DGKS/P
Spülen in Ordnung halten/auffüllen	RP	DGKS/P
Kooperation und Koordination von Schnittstellen, wie Technik, Hauswirtschaft, Aufnahme	Nicht delegierbar	SL
OP-Koordination, Personalaustausch, Personaleinsatz	SL	SL, DGKS/P
Kontrolle von Dokumentationen	DGKS/P	DGKS/P
Erarbeitung von Arbeitsanweisungen und Standards	DGKS/P	DGKS/P
Diverse Optimierungsprozesse	DGKS/P	DGKS/P
DP schreiben, abrechnen	Nicht delegierbar	SL
Patienteneinteilung	DGKS/P	SL
Mitarbeitergespräche, Unterstützung und Kontrolle	Nicht delegierbar	SL
Chemos richten	Apotheker	DGKS/P
Chemotherapie, Zytostatika herrichten	PharmakologIn	DGKS/P

Tab.30: Deskriptive Auswertung der Tätigkeiten 21.1., 21.2.und 21.3., Weitere Tätigkeiten

Die eben genannten, vor allem pflegefremden Tätigkeiten, werden hauptsächlich von diplomierten Pflegepersonen ausgeführt. Fast die Hälfte der Tätigkeiten wurde als

pflegefremd definiert. Einige Tätigkeiten, wie z.B. Boden und WC wischen, wenn kein RP auf Station, Geschirrspüler ein- und ausräumen, Betten reinigen, wurden nicht als pflegefremd definiert. Das könnte daran liegen, dass die Befragten vergessen haben, diese als solche zu kennzeichnen. Zählt man diese noch hinzu, ergibt sich eine Anzahl von 35 pflegefremden Tätigkeiten. Diese Tätigkeiten könnten an andere Berufsgruppen delegiert werden, um Pflegepersonen zeitlich zu entlasten und ihrer Profession entsprechend einzusetzen. So ist es z.B. nicht Aufgabe einer diplomierten Pflegeperson, Spritzen- Verbandwägen und Oberflächen zu putzen oder Essen an Patienten zu verteilen.

Um den zeitlichen Aufwand für diese angegebenen Tätigkeiten zu definieren (nicht alle sind pflegefremden Tätigkeiten zuzuordnen, z.B. OP-Koordination, Personalaustausch, Personaleinsatz, Erarbeitung von Arbeitsanweisungen und Standards, Kontrolle von Dokumentationen) wurden die Minutenangaben berechnet. Die Ergebnisse sind, bezüglich der unnötigen Arbeitsbelastung des diplomierten Pflegepersonals, mit Vorbehalt zu beurteilen, da sich die Zeitangaben auch auf Tätigkeiten beziehen, die durchaus nur von diplomierten Pflegepersonen durchgeführt werden können.

Minuten		Minuten 21.1.	Minuten 21.2.	Minuten 21.3.
Tätigkeiten		Weiter Tätigkeiten		
N	Gültig	8	4	1
	Fehlend	32	36	39
Mittelwert		40,938	15,000	60,000
Median		30,000	15,000	60,000
Modus		30,0	10,0 ^a	60,0
Spannweite		115,0	10,0	,0
Minimum		5,0	10,0	60,0
Maximum		120,0	20,0	60,0

Tab.31: Minuten 21.1., 21.2.und 21.3., Weitere Tätigkeiten (a= mehrere Modi wurden berechnet, der kleinste Wert ist hier angegeben)

Dem Median zufolge, investieren die Befragten, zwischen 30 und 60 Minuten pro Arbeitstag, in die genannten Tätigkeiten. Das Maximum, an zeitlichem Aufwand, beträgt 120 Minuten.

4.3.6. Fortbildungen

Frage 3) Nennen Sie bitte alle Fortbildungen, die Sie laut § 63 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes, absolviert haben. Führen Sie bitte die an, an die Sie sich erinnern können. / Frage 3a) Welche Fortbildungen davon waren innerbetrieblich?

Folgende Fortbildungen wurden genannt/ Anzahl der innerbetrieblichen Fortbildungen:

Palliative Care, Bachblüte, Kinästhetik (11)/ (10), Therapeutic Touch, Psychosomatik, Aromapflege, Reanimation (7)/ (7), Notfallsübung, Chemo- Fortbildung (3)/ (2), Zytostatika/(1), Cranio- sacrale Impulsregulation, TCM- Ernährungsberatungsdiplom, Schmerztherapie, Pharmakologische Fortbildung/(1), Radioonkologischer Kongress Salzburg, EKG- Fortbildung (6)/ (5), EEG- Schulung/(1), Sterbebegleitung (3)/ (1), Begleitung Sterbender und Schwerstkranker, Der verwirrte Patient/(1), Demenz Fortbildung/(1), Durchgangssyndrom (2), Schülerbegleitung, Arbeitskreis: Praxisbegleitung, PraxisanleiterIn (3), Kommunikationsseminar (3), EBN (2)/ (2), Pflegesymposium RH (2)/(2), OPED Pflegesymposium, Pflegefachtagung „Wie wird Wissen zum Können?“, Pflegeprozess, QM- Fortbildung/(1), Hygiene/(1), Basale Stimulation (5)/ (2), Validierende Pflege, Wundmanagement Basis, Wundversorgung (2)/(2), Dekubitusversorgung, Decu- Prophylaxe/(1), Colostomaversorgung/(1), Thrombose/(1), Creutzfeldt Jakob/(1), Burn- out Prophylaxe, Mentoren, Teams führen, Störungen ansprechen, Schwierige Gesprächsführung (2), Kundenorientierung, Kommunikation und Kundenservice, Kommunikationsseminar/(1), Rhetorik für Führungskräfte, Inkontinenz, Atmung, Pflegearbeitskreis/(1), Eden - Alternative, Medikamenten Verabreichung /(1), Rechtsfragen/(1), Pflegekongress (Geschichte der Pflege) , Postgraduiertenkurs ENDO (2), ERCP- Kurs (2), ERCP- Workshop/(1), Gastro Highlights 2007/2006, ERBE/(1), Endoskopie Surgery, Englisch/(1), VAC, FUJINON, Defi- Fortbildung, OP- Pflegefortbildung, Brandschutzübung (3)/(2) , Brandschutzseminar, Arbeitnehmerschutzgesetz/(1), Stillseminar, Nestle Fortbildung, Mentorenausbildung, Leitender Kurs, View- Point Einschulung, Einführung in Haus (Datenschutz, Hygiene, Notfall, Brandschutz), Validationslehrgang (1Jahr), Palliativlehrgang (1Jahr), Praktikum auf Urologie, Sanitäter, Diverse Onkologische Kongresse.

4.3.7. Weiterbildungen

Frage 4) Welche Weiterbildungen haben Sie laut §64 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes bis jetzt absolviert?

Frage 4a) Übernehmen Sie aufgrund der erworbenen Qualifikationen durch die Weiterbildung, einen speziellen Tätigkeitsbereich auf Ihrer Abteilung?

Weiterbildung	Spezieller Tätigkeitsbereich
Onkologische Pflege	Nein
Basales Management	Nein
Basales und mittleres Management	Ja, Stationsleitung
Endoskopie	Nein
Basis- Seminar für Basale Stimulation	Nein
Grundkurs und Aufbaukurs für Kinästhetik	Nein
Leitender Kurs	Nein
Basales und mittleres Management	Ja, Stationsleitung
Ernährungsberatung	Ja, individuelle Ernährungsberatung
Basales und mittleres Management	Ja, Stationsleitungsververtretung

Tab 32: Weiterbildungen und Angaben zu speziellen Tätigkeitsbereichen

Aufgrund der geringen Anzahl an Antworten lässt sich keine repräsentative Aussage machen, bezüglich der Frage, ob das gesamte Pflegepersonal der Privatklinik Rudolfinerhaus Wien, seiner Qualifikation gemäß zielorientiert eingesetzt wird. Anzunehmen ist, dass Pflegepersonen, durch den Erwerb von Kompetenzen, das gewonnene Wissen auch in ihren Arbeitsalltag integrieren. Die Personen, die eine Weiterbildung des basalen oder mittleren Managements abgeschlossen haben, übernehmen aufgrund dessen überwiegend einen speziellen Tätigkeitsbereich.

4.3.8. Sonderausbildungen

Frage 5) Welche Sonderausbildungen haben Sie laut §65 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes absolviert?

Frage 5a) Übernehmen Sie aufgrund der erworbenen Qualifikationen durch die Sonderausbildung, einen speziellen Tätigkeitsbereich auf Ihrer Abteilung?

Zwei Personen haben diese Frage beantwortet. Eine Pflegeperson absolvierte die Sonderausbildung für Kinder- und Jugendheilkunde und versorgt derzeit Neugeborene.

Die zweite Pflegeperson absolvierte die OP- Sonderausbildung und ist nach ihren Angaben in der Ambulanz beschäftigt, um ihre Qualifikation bei kleineren chirurgischen Eingriffen einzusetzen.

4.3.9. Spezialisierung

Frage 6) Möchten Sie sich in einem bestimmten Bereich spezialisieren?

Frage 6a) Wenn ja, in welchem Bereich wollen Sie sich spezialisieren?

Diese Fragen wurden von insgesamt neun Pflegepersonen beantwortet. Die Bereiche: Wundmanagement, Wundversorgung, Management, Endoskopie, Babymassage, Laktationsberatung, Wunddokumentation, Mentor, Lehraufgaben, Therapeutic Touch, Pflegemanagement, Intensiv- Sonderausbildung, Schmerzmanagement, Organisation und Palliativpflege wurden genannt.

4.3.10. Prioritäten der Pflegediagnosen

Frage 11) Nennen Sie bitte die fünf häufigsten Pflegediagnosen, die sie bei Ihren Patienten diagnostizieren? Reihen Sie die Pflegediagnosen nach Priorität, die häufigste nennen Sie zuerst usw.

Die tabellarische Darstellung zeigt die Häufigkeit der genannten Pflegediagnosen, gereiht nach Priorität. Die Bezeichnungen der befragten Pflegepersonen wurden beibehalten.

Priorität 1	n	Priorität 2	n
Gefahr von Infektion und Komplikation	13	Gefahr von Thrombose	9
Eingeschränkte Mobilität	7	Defizit Körperpflege	6
Sturz	5	Hautdefekt	3
Hautdefekt	1	Eingeschränkte Mobilität	3
Möglichkeit zum erfolgreichen Stillen	1	Gefahr von Infektion und Komplikation	3
Angst	1	Sturz	3
Schmerz	1	Flüssigkeitsdefizit	1
Flüssigkeitsdefizit	1	Angst	1
<i>Unbeantwortet</i>	9	Möglichkeit zum sicheren Stillen	1
		<i>Unbeantwortet</i>	9

Priorität 3	n	Priorität 4	n
Sturz	5	Sturz	5
Eingeschränkte Mobilität	4	Hautdefekt	3
Gefahr von Infektion und Komplikation	4	Defizit Ernährung	3
Hautdefekt	4	Defizit Ausscheidung	3
Thrombose	4	Erschwerte Kommunikation	2
Defizit Ernährung/Trinken	2	Infektion	2
Eingeschränkte Ausscheidung	2	Thrombose	2
Lagerung	2	Hautdesinfektion/vorbereitung	2
Mangelernährung	1	Flüssigkeitsdefizit	1
Sauerstoffgabe	1	Eingeschränkte Mobilität	1
Möglichkeit zum sicheren Stillen	1	Sicherheit	1
<i>Unbeantwortet</i>	10	Info Defizit	1
		<i>Unbeantwortet</i>	13
Priorität 5	n		
Hautdefekt	9		
Defizit Körperpflege	4		
MSH	2		
Sturz	2		
Infektion	2		
Mangelernährung	1		
Flüssigkeitsdefizit	1		
Lagerung	1		
Eingeschränkte Kommunikation	1		
<i>Unbeantwortet</i>	16		

Tab.33: Häufigkeit der genannten Pflegediagnosen nach Priorität

Durchschnittliche Priorität der Pflegediagnosen:

Die durchschnittliche Priorität wurde berechnet. Die genannten Pflegediagnosen der Priorität 1 wurden mit jeweils fünf Punkten kodiert. Priorität 2 mit vier Punkten usw. Aus der Sicht der befragten Pflegepersonen ergibt sich folgende Prioritätenreihung.

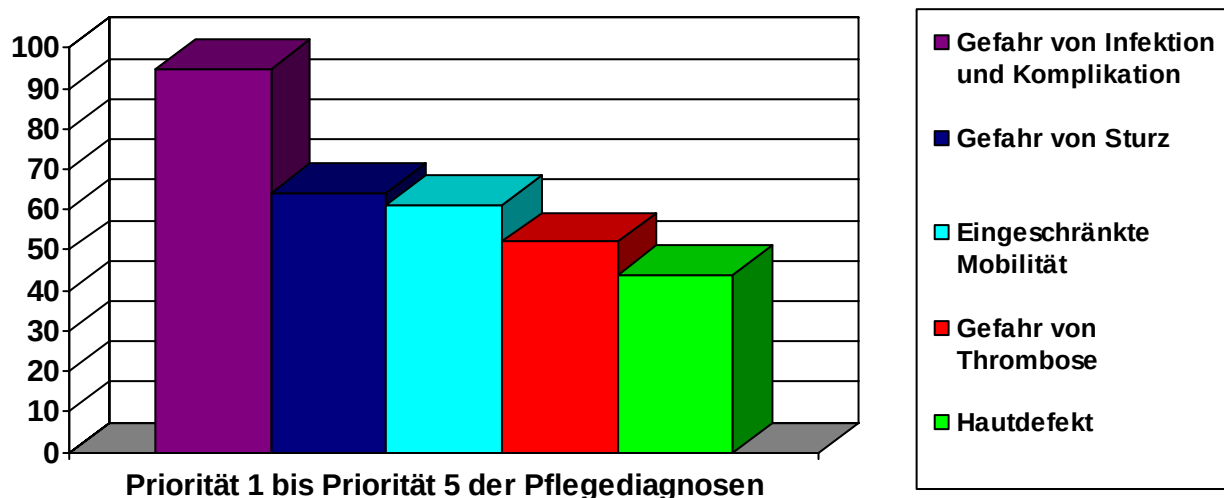


Abb.13: Durchschnittliche Priorität der Pflegediagnosen, Häufigkeitsbalkendiagramm

Gefolgt werden die eben dargestellten Pflegediagnosen, gereiht nach durchschnittlicher Priorität, von Körperpflegedefizit (28), Flüssigkeitsdefizit (18), Möglichkeit zum sicheren Stillen (12), Defizit Ausscheidung (12), Gefahr von Mangelernährung und Defizit Ernährung (10), Angst (9), Lagerung des/der PatientIn (7), Schmerz (5), Eingeschränkte Kommunikation (5), Hautdesinfektion des Operationsgebietes (4), Sauerstoffgabe (4), Gefahr von Infektion der Mundschleimhaut (2), Sicherheit und Informationsdefizit (2). In Klammer wurden die berechneten Punkte der Prioritätenangaben hinzugefügt.

4.3.11. Prioritäten der Pflegemaßnahmen

Frage 12) Nennen Sie bitte die zehn häufigsten auszuführenden Pflegemaßnahmen.

Reihen Sie die Pflegemaßnahmen nach Priorität, die häufigste nennen Sie zuerst

Priorität 1	n	Priorität 2	n
Mobilisation	9	Körperpflege	9
Körperpflege	5	Zugänge versorgen	2
Venflonpflege	4	Mobilisation	2
Läuten	1	Patientengespräche	2
Info weitergeben	1	Nebenwirkungen der Medikamente berücksichtigen	2
Dekubitusprophylaxe	1	Inkontinenzversorgung	1
Schmerzmanagement	1	Alle Hindernisse aus dem Zimmer räumen	1
Erstgespräch	1	Infusionen herrichten	1
Untersuchung anmelden	1	Lagerung	1
Baby waschen	1	Evaluation	1
<i>Unbeantwortet</i>	14	Blutabnahme	1
Priorität 3	n	Thromboseprophylaxe	1
Mobilisation	6	ATS anziehen	1
Inkontinenzhose	3	<i>Unbeantwortet</i>	14
WC begleiten	2	Priorität 4	n
Flüssigkeitskontrolle/Trinken auffordern	2	Stillhilfe	1
Sicherheitsmaßnahmen am Op Tisch	2	Inkontinenzversorgung	1
An- und Auskleiden	1	ATS abmessen	1
Hautversorgung	1	Harnflasche Nachts bereitstellen	1
Dokumentation PV	1	Ärztliche Visite	1
Venflonpflege	1	Aufklärung OP	1
Info sammeln	1	Hautveränderung	1
Infusionen herrichten	1	Betten machen	1
Lagerung	1	Dekubitusversorgung	1
Ärzte assistieren	1	Caviloncreme schmieren	1
Körperpflege	1	Dokumentation	1
<i>Unbeantwortet</i>	15	Laut sprechen	1
Priorität 5	n	Körperpflege	1
Thromboseprophylaxe	3	Mobilisation	1

Lagerung	3	Infusion/Venflon	1
Hautpflege	2	WC begleiten	1
Vetrenkel	1	Lagerung	1
Caviloncreme	1	Einmalhandschuhe tragen	1
Mobilisation	1	Händedesinfektion	1
Aufklärung Untersuchungen	1	Wundversorgung	1
Diverse Prophylaxen	1	Trinken auffordern	1
Infektionsprophylaxe	1	Thromboseprophylaxe	1
Sturzprophylaxe	1	Unterstützung beim Essen	1
Dekubitusprophylaxe	1	Unbeantwortet	16
Flüssigkeitszufuhr erinnern	1	Priorität 6	n
ATS anziehen	1	Dekubitusversorgung	2
Hautdesinfektion	1	Ausscheidung	2
Hygienerichtlinien bei den Geräten	1	Trinken bereitstellen	1
An- und Auskleiden	1	Essen eingeben	1
Beratungsgespräche	1	Trinken und Essen reichen	1
Unbeantwortet	17	Pflegeanleiten	1
Priorität 7	n	Körperpflege	1
Ausscheidung	3	Hautpflege	1
Inkontinenzhose	1	Vetrenkel	1
VZ/BZ Kontrolle	2	Medikamente verabreichen	1
Voltarenge	1	Venflon versorgen	1
PAC	1	Lagerung	1
Körperpflege	1	Mobilisation	1
Lagerung	1	Laut sprechen	1
OP Vorbereitung	1	Gerätekunde	1
Wundversorgung	1	Sauerstoffgabe	1
Infektionskontrolle	1	Unbeantwortet	21
Sauerstoffgabe	1	Priorität 8	n
Topfenumschläge	1	Lagerung	3
Pneumonieprophylaxe	1	Kontrolle MSH	2
Administration	1	Medikamente verabreichen	2
Unbeantwortet	22	Hautzustand Kontrolle	2
Priorität 9	n	Gespräche führen	2
Ausscheidung	2	Dekubitusprophylaxe	1
Inkontinenzhose	1	Post- OP Betreuung	1
Sturzprophylaxe	2	VZ Kontrolle	1
Wundversorgung	2	PAC spülen	1
Hautzustand	1	Apotheke bestellen	1
Eincremen	1	Unbeantwortet	23
Waschen	1	Priorität 10	n
Infusionen herrichten	1	Essen eingeben	3
Inhalieren	1	Mangelernährung	1
VW Venflon	1	Wundversorgung	1
Motivation	1	VW Drain	1
Unbeantwortet	25	VZ Kontrolle	1
		Pflegediagnosen	1
		Medikamente verabreichen	1
		Intertrigoversorgung	1
		Mobilisation	1
		Pflegeberichte schreiben	1
		Unbeantwortet	27

Tab.34: Häufigkeit der genannten Pflegemaßnahmen nach Priorität

Durchschnittliche Priorität der Pflegemaßnahmen:

Die Berechnung der durchschnittlichen Priorität der Pflegemaßnahmen erfolgte nach demselben Prinzip, wie die Berechnung der durchschnittlichen Priorität der Pflegediagnosen. Die Pflegediagnosen der Priorität 1 wurden kodiert mit dem Wert „zehn“, Priorität 2 mit dem Wert „neun“ usw. Daraus resultiert folgendes Ergebnis:

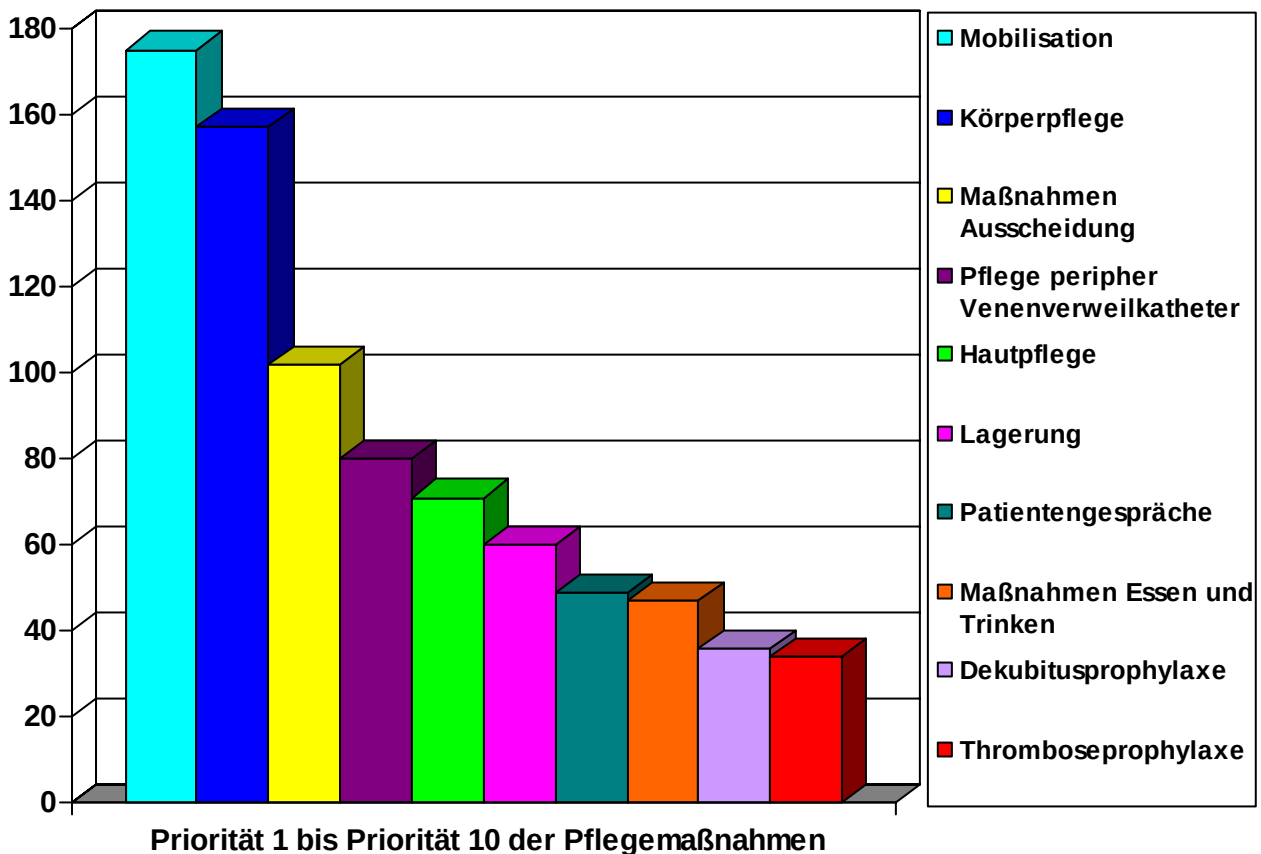


Abb.14: Durchschnittliche Priorität der Pflegemaßnahmen, Häufigkeitsbalkendiagramm

Um auch hier dem Anspruch der Detailliertheit gerecht zu werden, folgen die weiteren genannten Pflegemaßnahmen in prioritätenbezogener Reihung:

Maßnahmen der Medikamentenverabreichung betreffend (30), Antithrombosestrümpfe an- und ausziehen (22), Dokumentation Pflegeprozess und Administration (21), Infusionen herrichten (19), Informationen sammeln und weitergeben (18), Vetrengel/Voltarengel (15), Unterstützung beim An- und Auskleiden (14), Vitalzeichen- und Blutzuckerkontrolle (12), Laut sprechen (12), Hygienerichtlinien beachten (11), Sturzprophylaxe (10), Schmerzmanagement (10), Erstgespräch (10), Läuten (10), Untersuchungen anmelden (10), Baby waschen (10), Sauerstoffgabe (9), Hindernisse aus dem Zimmer räumen (9), Blutabnahmen (9),

Dokumentation PV (8), Sicherheitsmaßnahmen am Operationstisch (8), Ärzte assistieren (8), Porth-a-Cath (7), Stillhilfe (7), Ärztliche Visite (7), Betten machen (7), Einmalhandschuhe tragen (7), Händedesinfektion (6), Kontrolle der Mundschleimhaut (6), Infektionsprophylaxe (6), Diverse Prophylaxen (6), Hautdesinfektion (6), Pflege anleiten (5), OP- Vorbereitung (4), Infektionskontrolle (4), Topfenumschläge (4), Pneumonieprophylaxe (4), Apotheke bestellen (3), postoperative Betreuung (3), Inhalieren (2), Motivation (2), Verbandwechsel Drain (1).

Maßnahmen der Hautpflege und der Dekubitusprophylaxe wurden bewusst nicht abstrahiert. So können beispielsweise, Maßnahmen zur Hautpflege, wie „Eincremen“, nach der Körperpflege von PflegehelferInnen durchgeführt werden. Im Gegensatz dazu ist, beispielsweise, die Anwendung der „Norton- Skala“, zur Bestimmung des Dekubitusrisikos, dem gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege vorbehalten.

Die graphische Darstellung der durchschnittlichen Priorität der Pflegemaßnahmen, verglichen mit der Graphik der durchschnittlichen Priorität der Pflegediagnosen, lässt einen Zusammenhang erkennen. Die häufigsten genannten Pflegediagnosen (Gefahr von Infektion und Komplikation, Gefahr von Sturz, Eingeschränkte Mobilität, Gefahr von Thrombose und Hautdefekt) erfordern auch die eben dargestellten Pflegemaßnahmen, die annähernd dieselbe Priorität aufweisen. Erforderlich zur Ausführung der Pflegemaßnahmen, ist ein hoch qualifiziertes Pflegepersonal, welches entsprechende Kompetenzen mitbringt und den Anforderungen komplexer pflegerelevanter Themen gewachsen ist. Die Arbeitsbedingungen müssen so gestaltet werden, dass diplomierte Pflegepersonen Zeit haben, Pflegephänomenen und deren resultierenden Aufgaben und Maßnahmen gerecht werden zu können.

Maßnahmen, die „Essen und Trinken“ bei Patienten, die keine Schwierigkeiten haben, Nahrung und Flüssigkeit aufzunehmen, betreffen, sind nicht Teil des Tätigkeitsbereiches des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege. Das Servieren von Speisen und Getränken ist von der dafür ausgebildeten Berufsgruppe (beispielsweise: Hotelfachkräfte, AbteilungshelferInnen) zu erledigen.

4.3.12. Verbesserungsvorschläge

Frage 20) Gibt es noch Sonstiges oder Verbesserungsvorschläge, welche Sie uns mitteilen möchten?

Folgende Anmerkungen wurden notiert:

- Zeitangaben für mich nicht schätzbar!
- Kürzerer Fragebogen! Sehr mühsam!
- FB sehr aufwendig und anspruchsvoll/lang. Mehrere Fragen in einem, zum Teil. Thema jedoch sehr interessant.
- Mehr Motivation (für das Personal), Vertrauen und Belohnung.
- Kommunikation mit MA`s bei Veränderungsmaßnahmen. Wertschätzung sollte „groß geschrieben werden“ > dies könnte die Motivation steigern!
- Mehr Personal, mindestens eine Teilzeit PH/Station.

4.4. Interviews

Im Zuge der Fragebogenausstellung wurden mit den Stationsleitungen aller Abteilungen der Privatklinik Rudolfinerhaus Wien Interviews, bezüglich des Personalstandes, geführt. Die Angaben beziehen sich auf die Aussagen der Stationsleitungen. Erfragt wurden die derzeitige Anzahl aller tätigen Berufsgruppen und deren Wochenstundenausmaß. Des Weiteren wurden Fragen bezüglich der derzeitigen Urlaube und Krankenstände, sowie der Anzahl der belegten Betten und der gesamten Bettenanzahl, gestellt.

Festgestellt wurde, dass es in der Privatklinik Rudolfinerhaus Wien, zwei PflegehelferInnen gibt. Auf fast jeder Abteilung ist die Berufsgruppe der StationssekretärInnen und der Hotelfachkräfte vertreten. Das Reinigungspersonal ist von 6 Uhr 30 bis 17 Uhr auf jeder Station vertreten. Nach 17 Uhr ist eine Person des Reinigungspersonals für das gesamte Spital zuständig. Die Ambulanz bildet die Ausnahme. Eine Person des Reinigungspersonals ist während des Ambulanzbetriebes ständig anwesend.

Die Abkürzung „H“ steht für Hebamme, OP-GH bedeutet Operationsgehilfe und die Abkürzung „Steri“ steht für das Personal welches für die Sterilgutaufbereitung verantwortlich ist.

Abteilung	Ambulanz	Wil. P	Wil. 1	Wil. 2	Billroth	Fell. 1	Fell. 2	Rudolf	ICU	OP	Geburtshilfe
Datum der Erhebung:	13.01. 2011	13.12. 2010	13.12. 2010	13.12. 2010	13.12. 2010	14.12. 2010	14.12. 2010	9.12. 2010	10.03. 2011	14.12. 2010	9. 12. 2010
Anzahl DGKS/P	10 + 1 DGKS Karenz	21	18	20	19	18	16	8	12	13 +1 DGKS Karenz	6 DGKS+ 9 H inkl. SL=H
Anzahl PH	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Krankenstand	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2	2 H
DGKS/P (n/Std.)		30							30	42/40	
PH (n/Std.)											
Anzahl Urlaub	2	1	2	2	0	2	0	0	0	2	0
DGKS/P (n/Std.)	39	24	44/ 24	20/ 39		32/ 20				45	
PH (n/Std.)	24										
Wochenstd. insgesamt	298	624	600	628	663	543	520	184	418	541	238
DGKS/P	10	21	18	20	19	18	16	8	12	13	6
unter 20 Std., (n/Std.)	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	
20-30 Std. (n/Std.)	4	12	6	8	3	7	5	1	6	1	
30-40 Std. (n/Std.)	6	1	10+ 2x44 Std.	12	16	10	10	7	6	12	5+ 1x43 Std.
PH	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Unter 20 Std.											
20-30 Std. (n/Std.)	1/30										
30-40 Std. (n/Std.)			1/39								
Anzahl anderes Personal	4	3	3	3	3	3	3	3	0	11 + 5	1
Welches	OP-GH V,RP	HK, AH, RP	SK, RP,H K	SK, RP, HK	SK, RP, HK	SK, RP, HK	SK, RP, HK	SK, HK, RP		OP GH+ Steri	RP
Stunden	OP-GH 30		SK 24	SK 25	SK 39	SK 23	SK 20	SK 15		8x 45 Std., 3x 40 Std.+ 3x 45 Std., 2x 42 Std.	

Personal heute im Dienst <u>Tag</u>											
DGKS/P	5	5	3	4	3	5	4	4	3	4	1
PH	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anderes	1 OP-GH		2 S 1 SK	0	0					4 OP-GH 2 Steri	1 H
Personal heute im Dienst <u>Nacht</u>											
DGKS/P	0	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1
PH	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anderes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 OP-GH	1 H
Notizen		Inkl. Spring er DGKS/ P		Außer Samstag und Sonntag 1 DGKS/P					Außer Sonn- tag 1 DGK S/P		
Betten gesamt	8	24	25	25	25	20	18	9	6	3 OP-Tische	9
Betten derzeit belegt	1	18	17	19	25	12	16	12	2	3	10
Notizen	RP für die gesamte Zeit des Ambulanz- betriebs vertreten	RP (tägl. 6:30- 17:00Uhr AH (tägl. 6:30- 15:00 Uhr)				Station wird über- morgen gesperrt		6 Tage Station			

Tab.35: Personalstand Rudolfinerhaus Wien, 2010

5. Diskussion und Schlussfolgerung

5.1. Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Fragebogenerhebung zeigen einerseits den Aufwand diplomierter Pflegepersonen für pflegefremde Tätigkeiten und andererseits manifestiert sich anhand der genannten Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen die Notwendigkeit von hoch qualifiziertem Pflegepersonal, welches über Kompetenzen verfügt, die zur Erhaltung der Pflegequalität beitragen.

Die erwähnten Pflegemaßnahmen: Mobilisation, Versorgung peripherer Venenverweilkatheter (und auch andere venöse Zugänge), Hautpflege, Lagerung, Patientengespräche, Dekubitusprophylaxe, Thromboseprophylaxe, erfordern zum größten Teil professionelles Wissen und eine professionelle Beobachtungsgabe, welche in der jeweiligen individuellen Patientensituation zum Tragen kommen. So spielen beispielsweise Kompetenzen, die erforderlich sind, um eine adäquate Wundversorgung zu gewährleisten, eine maßgebliche Rolle bei einer qualitativen patientenorientierten Pflege. Diese Tätigkeiten können nur von Pflegepersonen ausgeführt werden, die eine entsprechende medizinisch und pflegerisch orientierte Ausbildung abgeschlossen haben und im Idealfall über eine Weiterbildung (z.B. Wundmanagement) verfügen.

Pflegemaßnahmen die Körperpflege (welcher die Priorität 2, laut Fragebogenerhebung, zugewiesen wurde), die Ausscheidung (Priorität 3) und des Essen und Trinken (Priorität 8) betreffend, erfordern viel Zeit diplomierter Pflegepersonen. Für diese Tätigkeiten sind vor allem nach heutigem Ausbildungsstand, sind diplomierte Pflegepersonen überqualifiziert.

Die häufigsten genannten Pflegediagnosen (Gefahr von Infektion und Komplikation, Gefahr von Sturz, eingeschränkte Mobilität, Gefahr von Thrombose und Hautdefekt), erfordern ebenso die Professionalität diplomierter Pflegepersonen, die zunächst in der Lage sind, Risiken zu erkennen und daraus präventive und therapeutische pflegerische Maßnahmen abzuleiten und sie im Zuge des Pflegeprozesses qualitativ umzusetzen. Einerseits spielen Ausbildungsinhalte, welche Kompetenzen bezüglich der Prozessverantwortung der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege vermitteln, sowie anatomisches und physiologisches Wissen, eine maßgebliche

Rolle. Andererseits tragen die Berufserfahrung und die Bereitschaft, neues Wissen in die Pflegepraxis zu integrieren, dazu bei, eine qualitativ hochwertige pflegerische Betreuung zu gewährleisten.

Fachkompetenz, die durch die Ausbildung, die Berufserfahrung und die damit verbundenen Fort-, Weiter- und Sonderausbildungen erlangt wird, ist Voraussetzung, um den gegenwärtigen und zukünftigen Herausforderungen im Gesundheitssystem zu begegnen. Die Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflege sind dazu aufgefordert, ihr Verständnis von professioneller Pflege zu formulieren und dadurch an Umgestaltungen im Berufsfeld der Pflege mitzuwirken.

Um die Forschungsfrage zu beantworten, ob Pflegepersonen in der Privatklinik Rudolfinerhaus Wien, ihren Qualifikationen gemäß zielgerecht eingesetzt werden, hat sich durch die Datenerhebung eine definitive Antwort ergeben. Gemäß den genannten Fortbildungen, Weiterbildungen und Sonderausbildungen, dem Interesse sich in bestimmten Bereichen zu spezialisieren, den genannten pflegeimmanenten Tätigkeiten und den häufigsten durchzuführenden Pflegemaßnahmen hat sich gezeigt, dass diplomierte Pflegepersonen durchaus ihre Kompetenzen und Qualifikationen in der pflegerischen Praxis integrieren und diese auch erforderlich sind um den beruflichen Ansprüchen gerecht zu werden. Diesen Anforderungen werden, gemäß den Ergebnissen der Untersuchung, Pflegepersonen in der Privatklinik Rudolfinerhaus Wien, gerecht.

Weiters wurde gezeigt, dass das Tätigkeitsfeld der Pflege ein umfassendes ist, welches Kompetenzen, unter anderem, bezüglich Beratungsgesprächen mit den Patienten und Angehörigen, der Wundversorgung, therapeutisch pflegerischen Maßnahmen und der Umsetzung des Pflegeprozesses erfordern. Den Pflegepersonen werden soziale Kompetenzen bei der Betreuung von PatientInnen sowie Teamfähigkeit abverlangt, die eine funktionierende, interdisziplinäre Zusammenarbeit ermöglicht. Ebenso entsprechen die vorhandene Beobachtungsgabe, Fachkompetenz, das Erkennen von medizinischen und pflegerischen Zusammenhängen, planvolles und zielorientiertes Handeln den Kernkompetenzen von diplomierten Pflegepersonen.

Tatsache ist, dies belegen Untersuchungen, welche in der Diplomarbeit vorgestellt wurden, und die quantitative Fragebogenerhebung an der Privatklinik Rudolfinerhaus Wien, dass Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, nach wie vor Zeit in pflegefremde Tätigkeiten, vor allem im administrativen Bereich, Reinigungstätigkeiten, Servieren von Speisen und Getränken, Patientenbefragung bezüglich des gewünschten Speiseplans, Bettwäschewechsel bei mobilen Patienten und der Materialbewirtschaftung, investieren. Die Minutenangaben der befragten Pflegepersonen weisen allerdings große Unterschiede auf und lassen deswegen keine induktive Schlussfolgerung zu. Festgestellt wird lediglich, dass es Bereiche gibt, in denen die zeitliche Arbeitsbelastung unverhältnismäßig und unnötig groß ist.

Diese Ergebnisse sprechen nicht dafür, dass ein ressourcenoptimierter Einsatz von diplomierten Pflegepersonen erfolgt.

Würden pflegefremde Tätigkeiten (wie im vorigen Absatz genannt) und berufsimmanente Tätigkeiten, wie z.B. Essen eingeben oder Inkontinenzversorgung von Pflegehilfswesen ausgeführt werden, ergäbe sich eine Arbeitsentlastung des diplomierten Pflegepersonals, welches die gewonnene Zeit in pflegerisch notwendige Maßnahmen, ihrem Ausbildungsstand entsprechend, investieren kann. Dies wäre notwendig um die Qualität der pflegerischen Leistung zu sichern und somit zu einem positiven Patienten- und Personaloutcome beizutragen.

An der Privatklinik Rudolfinerhaus Wien, wird ein sinngemäßer Skill- und Grademix umgesetzt. Fast jede Abteilung verfügt über eine/n StationssekretärIn, welche/r diplomierte Pflegepersonen im administrativen Bereich entlastet. Ebenso sind die Berufsgruppe der Hotelfachkräfte und der AbteilungshelferInnen vertreten. Die Berufsgruppe des Reinigungspersonals ist von 6 Uhr 30 bis um 17 Uhr auf den Stationen anwesend. Danach ist eine Person des Reinigungspersonals für das gesamte Spital verfügbar. Das kann der Grund sein, warum diplomierte Pflegepersonen trotzdem viel Zeit in Reinigungstätigkeiten investieren.

Da es in der Privatklinik Rudolfinerhaus Wien, nur zwei PflegehelferInnen gibt, werden Tätigkeiten, die dem Pflegehilfswesen zugeschrieben werden, vorwiegend von diplomierten Pflegepersonen ausgeführt.

5.2. Empfehlungen für die Pflegepraxis

Ziel eines optimalen Skill- und Grademix soll nicht ein Stellenabbau von diplomierten Pflegepersonen, und die Ersetzung der fehlenden Stellen durch weniger qualifiziertes Personal sein. Viel mehr Bedeutung hat die ressourcenorientierte Aufgabenverteilung.

Voraussetzung dafür ist es, überhaupt festzustellen, welche Aufgaben derzeit von dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege erfüllt werden, und die Leistungen und Kompetenzen von diplomierten Pflegepersonen darzustellen und auch im interdisziplinären Bereich zu diskutieren.

Die Berufsgruppe der Pflege soll sich der Existenz des eigen- und mit verantwortlichen sowie des interdisziplinären Tätigkeitsbereiches bewusst sein, und der daraus resultierenden Möglichkeiten, an der Gestaltung der Arbeitsumgebung mitzuwirken. Somit ist der gehobene Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege weder als Hilfsdienst von ÄrztInnen noch als Hilfsdienst für Reinigungspersonal, Servierpersonal oder Personal, welches administrative Aufgaben erfüllt, zu sehen. Die Autorin nimmt jedoch Abstand von der Ansicht, dass das Berufsbild der Pflege als komplett eigenständig zu sehen ist. Im Sinne eines Skill- und Grademix, steht die Deklaration und Abgrenzung von berufsimmanenten und berufsfremden Tätigkeiten im Vordergrund. Dies ist aber nur in Kooperation und Austausch mit allen vertretenen Berufsgruppen im Gesundheitssystem zu verwirklichen.

Im Zuge der Erhebung, wurden von den tätigen Pflegepersonen Bedenken geäußert, dass zukünftig Stellen abgebaut werden und man der eigenen Berufsgruppe schadet, sollten Tätigkeiten an weniger qualifiziertes Personal delegiert werden.

Diesen Äußerungen kann die Autorin kein Verständnis entgegenbringen. Der Beruf der Pflege sollte sich nicht dadurch definieren, Reinigungstätigkeiten und Hilfsdienste durchzuführen. Wäre die Berufsgruppe der Pflege sich ihrer Verantwortung und vor allem ihrer eigentlichen Tätigkeitsbereiche bewusst, würden solche Ängste nicht entstehen. Denn dann wäre klar, dass für qualitative Betreuung eines/r PatientIn fachliche Kompetenz (in medizinischer wie pflegerischer Hinsicht) erforderlich ist. Daraus ist ersichtlich, dass auch zukünftig auf Personal, welches auf hohem Niveau ausgebildet wird, nicht verzichtet werden kann.

Um diese Aussage zu untermauern, wird auf die rechtliche Grundlage des interdisziplinären Tätigkeitsbereiches verwiesen, demzufolge Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege das Vorschlags- und Mitentscheidungsrecht haben und sie für die Durchführung, aller von ihnen in diesen Bereichen gesetzten pflegerischen Maßnahmen die Verantwortung tragen (vgl. Gesundheits- und Krankenpflegegesetz §16, <http://www.ris.bka.gv.at>, 23.4.2011).

Das heißt unter anderem, hat eine Pflegeperson Bedenken gegenüber einer ärztlichen Anordnung, dass der/die PatientIn zu Schaden kommt, dann hat sie die Verpflichtung die Anordnung zu hinterfragen. Die Kompetenz und das Wissen, welche von Nöten sind, um solch eine Verantwortung zu tragen, sind ausschließlich durch den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege gegeben.

Unterschiedliche AutorInnen beschreiben in Internationalen Studien, dass die Pflegeintensität und Pflegekomplexität stationärer Patienten gestiegen ist und gleichzeitig im stationären Bereich Stellen von diplomierten Pflegepersonen abgebaut wurden. Durch diese Kosteneinsparungsmaßnahme entsteht ein Ungleichgewicht zwischen dem Angebot und dem Bedarf an Pflege, welches negative Folgen in unterschiedlichen Bereichen mit sich bringt. Die Forschungsergebnisse der internationalen Studien haben gezeigt, dass es einen signifikanten Zusammenhang zwischen knappen Stellenbesetzungen und Fachkompetenz in Pflegeteams, einer schlechten Arbeitsumgebungsqualität, höheren Komplikations-, und Mortalitätsraten bei Patienten, einer geringeren Arbeitszufriedenheit und höheren Fluktuations-, Burnout- und arbeitsbedingten Verletzungsraten beim Pflegepersonal gibt. Alle diese Faktoren, sowie höhere Komplikationsraten bei PatientInnen und der daraus resultierenden verlängerten Spitalsaufenthaltsdauer, haben wiederum einen massiven Kostenanstieg zu Folge (vgl. De Geest, Schaffert Witvliet, Schubert, 2005, 320-325).

IHOS (International Hospital Outcome Study) stellte fest, dass durch den Mangel an diplomierten Pflegepersonen und der daraus resultierenden Zeitknappheit, notwendige pflegerische Tätigkeiten, wie Gespräche und Zuwendung, Hautpflege, Mundpflege, Schulung von Patienten und Angehörigen, Austrittsplanung und die Erstellung oder Anpassung von Pflegeplänen in der letzten Arbeitsschicht nicht durchgeführt werden. Die Pflegepersonen investieren diese Zeit in pflegefremde Leistungen, wie Essen austeilen, hauswirtschaftliche Tätigkeiten, Transporte und

Koordination und Ausführung von Hilfsdiensten. Dies wiederum hat Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit, Burnout und Fluktuationsraten des Pflegepersonals (vgl. Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, Busse, Giovannetti, Hunt, Rafferty, Shamian, 2001, zit. nach: De Geest et al., 2005, 323- 324).

Ebenso konnte nachgewiesen werden, dass die Ausbildung der Pflegepersonen einen entscheidenden Beitrag zu positiven Behandlungsergebnissen bei Patienten leistet. Ein 10%iger Anstieg des Anteils an Pflegefachpersonen mit einem Bachelor oder einem höherem akademischen Grad ging mit einer 5%igen Abnahme des Risikos für Patienten innerhalb von 30 Tagen nach Spitalseintritt infolge von Komplikationen zu sterben, einher (vgl. Aiken, Clarke, Cheung, Sloane, Silber, 2003, zit. nach: De Geest et al., 2005, 324).

Um langfristigen negativen ökonomischen sowie negativen Folgen des Pflegepersonalsoutcome und Patientenoutcome, entgegenzusteuern, sollten internationale Studien und deren Ergebnisse berücksichtigt werden. Um sich einem Ideal anzunähern, wäre es sinnvoll, vergleichbare Studien in österreichischen Gesundheitseinrichtungen durchzuführen. Dies betrifft den extramuralen und den intramuralen Bereich der Pflege.

Interessant ist ebenso die Erkenntnis, dass ein höherer Ausbildungsstand von Pflegepersonen zu positiven Behandlungsergebnissen der PatientInnen führt. Dies bekräftigt die Wichtigkeit und Notwendigkeit, diplomierte Pflegepersonen auf hohem Niveau auszubilden und durch Fort- Weiter- und Sonderausbildungen zu fördern.

Um auch einen anderen Aspekt einfließen zu lassen, wird das Prinzip so genannter „Magnetspitäler“ (entstanden in den früheren 1980er Jahren/USA) erklärt, die sich dadurch auszeichnen, Pflegepersonal zu rekrutieren und auch zu behalten um den eben genannten nachteiligen Kostenfaktoren entgegenzuwirken. Ebenso sind sie dadurch gekennzeichnet, dass die erhöhte Arbeitszufriedenheit sich positiv auf Behandlungsergebnisse der PatientInnen auswirkt sowie eine signifikant niedrigere Burnout-, Fluktuationsrate und niedrigere Anzahl an Nadelstichverletzungen beim Pflegepersonal aufweist. (vgl. Aiken, 2002, Kramer, Schmalenberg, 2002, zit. nach: De Geest et al., 2005, 323).

Magnetspitäler weisen acht organisatorische Merkmale auf (Zusammenarbeit mit klinisch kompetenten Pflegepersonen, gute Beziehung zwischen Pflegepersonen und ÄrztInnen, Autonomie und Verantwortlichkeit des Pflegepersonals, unterstützendes Pflegemanagement, Kontrolle der Pflege über die eigene Pflegepraxis und Praxisumgebung, Unterstützung von Ausbildung, adäquate Stellenbesetzung und die Belange der Patienten haben höchste Priorität), die es durch die gute Arbeitsumgebungsqualität den Pflegepersonen ermöglichen, professionelle Entscheidungen zu treffen und so zu pflegen, wie es dem professionellen und dem eigenen Berufsverständnis von qualitativer Pflege entspricht. Das Wissen und die Fachkompetenz werden so besser genutzt und tragen dazu bei, im Sinne des Patienten zu handeln. (vgl. Aiken, 2002, Kramer, Schmalenberg, 2002, zit. nach: De Geest et al., 2005, 323).

Das Prinzip der Magnetspitäler und deren positive Auswirkungen auf die PatientInnen und das Pflegepersonal zeigen, unter anderem, dass ein idealer Skill- und Grademix unter Berücksichtigung dieser Faktoren umzusetzen ist und internationale Vergleiche und Erkenntnisse, bei der Planung und Umsetzung neuer Konzepte und Stellenbesetzungen helfen können. Dazu ist es notwendig, Daten bezüglich der getätigten Aufgaben zu erfassen und zu dokumentieren. Dies kann durch beobachtende Studien, geführt durch wissenschaftlich ausgebildetes Pflegepersonal, erfolgen.

5.3. Empfehlungen für weitere Forschungsarbeit

Die Basiserhebung an der Privatklinik Rudolfinerhaus Wien diene einerseits dazu, aus der Sicht der Pflegepersonen, Tätigkeiten, die sie ausführen, zu identifizieren und zu beantworten, ob diese Tätigkeiten delegierbar sind. Andererseits wurden deren Ausbildungsstand und Berufserfahrung erhoben.

Für zukünftige Forschungsarbeiten gilt es zu ermitteln, welche berufsimmanenten und berufsfremden Tätigkeiten noch durch den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege ausgeführt werden. Und welche Tätigkeitsschnittstellen innerhalb der unterschiedlichen Berufsgruppen im Gesundheitswesen auftreten. Dadurch könnten Maßnahmen abgeleitet werden die den Organisationsablauf optimieren und

so zu positiven Ergebnissen, betreffend der Patientenbetreuung und der Personalzufriedenheit, führen.

Das erstellte Erhebungsinstrument wurde von den TeilnehmerInnen der Untersuchung als zu lang und umfangreich befunden. Der zeitliche Aufwand zur Ausfüllung des Fragebogens war erheblich. Aus diesem Grund erscheint es sinnvoll, für zukünftige Forschungsarbeiten, strukturierte Beobachtungen und eine gleichzeitige Erhebung des aktuellen Pflegebedarfs der Patienten durch PflegeforscherInnen und PflegeexpertInnen durchzuführen. Im Anschluss daran können die unterschiedlichen Arbeitsaufgaben, in Hinblick auf die Integrierung des neuen Berufsbildes der Pflege, zugeteilt werden. Die Stellenprofile sollten den neuen Entwicklungen im Berufsfeld der Pflege angepasst und überarbeitet werden.

Ebenso ist eine Erfassung der Tätigkeitsschnittstellen der einzelnen Berufsgruppen im Gesundheitssystem zu untersuchen, um den Prozessablauf zu optimieren.

In weiterer Folge können unterschiedliche Instrumente entwickelt werden, die im extramuralen oder intramuralen Bereich ihre Anwendung finden.

Unterschiedliche Instrumente sind erforderlich, da der Betreuungsbedarf der PatientInnen und die Tätigkeitsfelder von Pflegepersonen variieren. Es ergeben sich differenzierte Pflegeschwerpunkte und damit verbundene Tätigkeitsfelder von Pflegepersonen und anderen Berufsgruppen, in der Hauskrankenpflege, verglichen zu den Pflegeschwerpunkten und Tätigkeitsfeldern der unterschiedlichen Berufsgruppen in Krankenhäusern. Dies gilt es zu berücksichtigen.

Wie im vorigen Kapitel erwähnt, könnten zukünftig Korrelationsstudien bezüglich des Skill- und Grademix von Pflegepersonen und eines positiven Patientenoutcome durchgeführt werden.

6. Anhang

6.1. Abkürzungsverzeichnis

AH	AbteilungshelferIn
A	Aufnahme
Ä	ÄrztInnen
AWR	Aufwachraum
DGKS/P	Dipl. Gesundheits- und Krankenschwester/pfleger
EEG	Elektroencephalogram
ECTS	European Credit Transfer and Accumulation System
EKG	Elektrokardiogramm
EM	EntlassungsmanagerIn
ENDO	Endoskopie
ERBE	Firmenbezeichnung
ERCP	Endoskopisch retrograde Cholangiopankreatikographie
FaGe	Fachangestellte Gesundheit
FUJINON	Firmenbezeichnung
HBD	Hol- und Bringdienst
HK	Hotelfachkraft
HöFa	Höhere Fachausbildung in Gesundheits- und Krankenpflege
MA	MitarbeiterInnen
MTA	Medizinisch-Technische Assistenz
MTF	Medizinisch- Technischer Fachdienst
OPED	Firmenbezeichnung
P	PhysiotherapeutIn
PB	PflegeberaterIn
PH	PflegehelferIn
PE	Pflegeexpertin
RP	Reinigungspersonal
SL	Stationsleitung (sowie stellvertretende Stationsleitung)
SK	StationspflegesekräfteIn
TCM	Traditionell Chinesische Medizin
V	Verrechnung
VAC	Vacuum Assisted Closure
WM	WundmanagerIn

6.2. Tabellenverzeichnis

Tab.1: Umweltfaktoren mit Einfluss auf Initiativen für einen optimalen Qualifikationsmix, Makroebene	34
Tab.2: Umweltfaktoren mit Einfluss auf Initiativen für einen optimalen Qualifikationsmix, Mesoebene	35
Tab.3: Umweltfaktoren mit Einfluss auf Initiativen für einen optimalen Qualifikationsmix, Mikroebene	35
Tab.4: Personalstand in den Krankenanstalten Österreichs seit 1980	40
Tab.5: Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Fachhochschule Gesundheits- und Krankenpflege am Rudolfinerhaus Wien und der Fachhochschule Gesundheits- und Krankenpflege am Campus Wien....	43
Tab.6: Studienplan der Gesundheits- und Krankenpflegeschule am Rudolfinerhaus Wien	45
Tab.7: Studienplan der Fachhochschule Gesundheits- und Krankenpflegeschule am FH- Campus Wien.....	47
Tab.8: Fragebogen, Teil 1	62
Tab.9: Fragebogen, Teil 2	64
Tab.10: Statistische Auswertung der signifikanten delegierbaren und nicht delegierbaren Tätigkeiten.....	66
Tab.11 : Minuten 18.4. Material bezüglich des Ablaufdatums kontrollieren	68
Tab.12 : Minuten 1.1. Administrierung des/der PatientIn	69
Tab.13 : Minuten 16.2. Materialbeschaffung aus anderen Abteilungen.....	70
Tab.14 : Minuten 17.8. Reparaturen anmelden	71
Tab.15 : Minuten 2.1.. Pflegevisite	72
Tab.16: Minuten 6.6. Angehörige verständigen, falls dies vom Patienten gewünscht wird	72
Tab.17: Minuten 6.3. Reinigung veranlassen, 6.4. Reinigung durchführen, 19.2. Reinigung von Betten und Nachttischen	73
Tab.18: Minuten 7.1. Patientenbefragung bzgl. des gewünschten Speiseplans, 7.2. Essen- und Getränkebestellung, 7.3. Mahlzeiten und Getränke an Patienten verteilen	73
Tab.19: Minuten 8.1. Harnflasche, Leibschüssel und Zimmertoilette den Patienten bereitstellen, entsorgen und reinigen.....	74

Tab.20: Minuten 9.1. Bettwäsche wechseln bei mobilen Patienten (leeres Bett).....	74
Tab.21: Minuten 14.6. Blutentnahme aus der Vene	75
Tab.22: Minuten 15.1 Hol- und Bringdienst verständigen., 15.2. Begleiten von Patienten zu Untersuchungen/Therapien,15.3. Patiententransport postoperativ in den Aufwachraum oder die Station	75
Tab.23: Minuten 16.1. Materialtransporte (Labor, Befunde)	76
Tab.24: Minuten 17.3. E-Mails bearbeiten, 17.4. Laboruntersuchungen anmelden, 17.5. sämtliche Formulare auf deren Bestand kontrollieren und nachfüllen,17.6. Kopieraufträge ausführen	76
Tab.25: Minuten 18.1. Materialbestand kontrollieren und nachfüllen, 18.3. bestelltes Material fachgerecht lagern, 18.6. Temperaturkontrolle der Haushaltskühlschränke	77
Tab.26: Minuten 6.2. Administrative Tätigkeiten.....	84
Tab.27: Deskriptive Auswertung der administrativen Tätigkeiten	85
Tab.28: Deskriptive Auswertung der Tätigkeit 6.8., Pflegeberatung an die PatientIn und dessen Angehörigen gerichtet	86
Tab.29: Deskriptive Auswertung der Tätigkeit 20.3., Kooperation mit anderen Berufsgruppen	88
Tab.30: Deskriptive Auswertung der Tätigkeiten 21.1., 21.2.und 21.3., Weitere Tätigkeiten.....	90
Tab.31: Minuten 21.1., 21.2.und 21.3., Weitere Tätigkeiten	91
Tab.32: Weiterbildungen und Angaben zu speziellen Tätigkeitsbereichen.....	93
Tab.33: Häufigkeit der genannten Pflegediagnosen nach Priorität.....	95
Tab.34: Häufigkeit der genannten Pflegemaßnahmen nach Priorität	97
Tab.35: Personalstand Rudolfinerhaus Wien	102

6.3. Abbildungsverzeichnis

Abb.1: Skill- und Grademix im disziplinären und interdisziplinären Bereich	21
Abb.2: Bildungspyramide der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe in Österreich	40
Abb.4: Tätigkeit 18.4. Material bezüglich des Ablaufdatums kontrollieren, Delegierbarkeit nach Berufsgruppen	67
Abb.5: Tätigkeit 1.1. Administrierung des/der PatientIn, Delegierbarkeit nach Berufsgruppen	68
Abb.6: Tätigkeit 16.2. Materialbeschaffung aus anderen Abteilungen, Delegierbarkeit nach Berufsgruppen	69
Abb.7: Tätigkeit 17.8. Reparaturen anmelden, Delegierbarkeit nach Berufsgruppen	70
Abb.8: Kreisdiagramm, Minutenprozentangaben.....	78
Abb.9: Kendall's Rank Correlation tau, Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen.....	80
Abb.10: Kendall's Rank Correlation tau, Zufriedenheit mit der eigenen pflegerischen Tätigkeit.....	80
Abb.11: Häufigkeitsbalkendiagramm, Pflegeprozess- Berufserfahrung.....	81
Abb.12: Administrative Tätigkeiten 6.2., Delegierbarkeit nach Berufsgruppen	85
Abb.13: Durchschnittliche Priorität der Pflegediagnosen, Häufigkeitsbalkendiagramm	95
Abb.14: Durchschnittliche Priorität der Pflegemaßnahmen, Häufigkeitsbalkendiagramm	98

6.4. Genehmigung für die Datenerhebung

**Genehmigung für die quantitative Datenerhebung im Privatspital
Rudolfinerhaus Wien, für die Erlangung des Akademischen Titels
(Mag. der Pflegewissenschaften)**

Ich, Ruth Deutsch-Hohberg, bin einverstanden, dass die quantitative Datenerhebung zum Thema „Skill-und Grademix, eine Herausforderung für die österreichische Pflegelandschaft“, von Katharina Gitschthaler, erfolgt.

Die Zielgruppe umfasst alle tätigen Pflegepersonen im Rudolfinerhaus Wien.

Die erhobenen Daten dienen als Grundlage der oben genannten wissenschaftlichen Diplomarbeit und werden unter Einhaltung der Anonymität der einzelnen Pflegepersonen, bearbeitet.

Hiermit erteile ich die Genehmigung zur Durchführung der quantitativen Datenerhebung von Katharina Gitschthaler.



Ruth Deutsch-Hohberg, MAS



Katharina Gitschthaler, DGKS

Wien, September 2010

7. Literaturverzeichnis

Abt T., Egelin S., Geisser R., Karrer-Hans P. (2007): Der richtige Mix brings. Handbuch für Projekte zu Skill- und Grademix im Bereich Pflege und Betreuung. OdA Gesundheit, Basel.

Adams A., Bond S. (2003): Staffing in acute hospitals wards: part 1. The relationship between number of nurses and ward organizational environment. Journal of Nursing Management, 11, 287-292.

Aiken L., Buchan J. (2008): Solving nursing shortages: a common priority. Journal of clinical Nursing, 17, 24, 3262-3268.

Allen S. (1995): Mix and Match. Nursing Times, 91, 12, 56-57.

Anell A., Baeza C., Creese A., Musgrove P., Preker A., Prentice T. (2000): Health Systems: Improving Performance. The World Health Report. <http://who.int/whr/2000/en> (15.5.2010).

Ayre T.C., Gerdtz M.F., Nelson S., Parker J. (2007): Nursing skill mix and outcomes: a Singapore perspective. International Nursing Review, 54, 56-62.

Ball J., Buchan J., O'May F. (2001): If changing skill mix is the answer, what is the question? Journal of Health Services Research & Policy, 6, 4, 233-238.

Barrett D., Buckner M., Eaton L., Fraser D., Hart P., Hooks D., Sharrer R. (2008): Effectiveness of a Computer-Based Educational Program on Nurses' Knowledge, Attitude and skill Level Related to Evidence-Based Practice. Worldviews on Evidence- Based Nursing, 5, 2, 75-84.

Beck M., Geschwindner H. (2008): Die Integration der neuen Berufsgruppe Fachangestellte Gesundheit in der Schweizer Langzeitpflege. Pflegewissenschaft, 10, 10, 539-549.

Benner P. (1994): Stufen zur Pflegekompetenz= From novice to expert. Verlag Hans Huber, Bern.

Blegen A., Vaughn T., Vojir C. (2008): Nurse Staffing Levels: Impact of Organizational Characteristics and Registered Nurse Supply. www.hret.org, 154-173, (9.5.2010).

Bloom S., Orme M., Watkins P. (2001): Skill mix in clinical care. Clinical Medicine 1, 4, 259-260.

Blum K. (2003): Pflegefremde und patientenfremde Tätigkeiten im Pflegedienst. Repräsentativerhebung des deutschen Krankeninstituts. Die Schwester- Der Pfleger, 42, 6, 478-682.

Blum K., Offermanns M., Perner P. (2008): Neuordnung pflegerischer und ärztlicher Aufgaben gehört zusammen. Die Schwester- Der Pfleger, 47, 12, 1140-1145.

Bourgeault L., Kuhlmann E., Neiterman E., Wrede S. (2008): Wie kann ein optimaler Qualifikationsmix effektiv verwirklicht werden- und warum? Bericht der europäischen Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme. <http://euro.who.int> (15.5.2010).

Brönnimann S., Vangelooven C. (2009): Funktionendiagramm Fachangestellte/r Gesundheit: Pflegeabteilung RSE. <http://www.rs-e.ch> (20.8.2010).

Brönnimann S., Vangelooven, C. (2008): Skill- und Grade-Mix: Diplompflege muss umdenken. Schauplatz Spitex, 3, 1-4.

Brönnimann S., Vangelooven, C. (2008): Welche Berufs- und Kompetenzprofile braucht die Pflegepraxis? Clincum, 4, 86-89

Brönnimann S., Vangelooven, C. (2008): Skill- und Grademix als praxisnaher Change- Management Prozess in der Pflegeorganisation. SBK- Kongress, <http://www.rs-e.ch> (20.8.2010)

Brunner Künzler C. (2004): Die Lehrperson in der Lehrform Skilltraining. PR-InterNet, 6, 6, 347-350.

Buch E., McGillis Hall L. (2009): Skill Mix Decision Making for Nursing. International Centre for Human Resources in Nursing. <http://www.ichrn.com> (12.1.2011).

Buchan J., Calmann L. (2004): Skill- Mix and Policy Change in the Health Workforce: Nurses in Advanced Roles. OECD Health Working Papers. <http://www.oecd.org> (6.4.2010).

Buchan J., Dal Poz M. (2002): Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence. Bulletin of the World Health Organization, 80, 7, 575-580.

Buchholz B. (2003): Steuerung eines gemischt qualifizierten Pflorgeteams. Pflege Aktuell, 57, 10, 519-521.

Butler M., Collins R., Halligan P., O'Mathùna D.P., Schultz TJ., Sheridan A., Vilis E. (2009). Hospital nurse staffing models and patient and staff-related outcomes. Protocol. <http://www.thecochranellibrary.com> (6.4.2010) 1-8.

Carlisle C., Davis C., Luker K. A., Stilwell J., Wilson R. (1999): Skills competency in nurse education: nurse managers perceptions of diploma level preparation. Journal of Advanced Nursing, 29, 5, 1256-1264.

Carney O., Lugton J., McIntosh J., Moriarty D. (2000): Evolutionary change in the use of skills within the district nursing team: a study in two Health Board areas in Scotland. Journal of Advanced Nursing, 32, 4, 783-790.

Catling-Paul C., Duffield C., O'Brien-Pallas L., Roche M. (2009): The Implications of Staff "Churn" for Nurse Managers, Staff, And Patients. Nursing Economics, 27, 2, 103-110.

Cheen H., Lee T., Lien G., Yeh M. (2005): The skill mix practice model for nursing: measuring outcome. *Journal of Advanced Nursing*, 51, 4, 406-413.

Clayworth S. (1997): The Integration of Unlicensed Assistive Personnel Using an „Expanding Our Skills” Workshop. *Journal of Nursing Staff Development*, 13, 5, 243-247.

Connell N., Humphris D., Lees A., Meyer E. (2007): Opportunities and barriers to successful learning transfer: impact of critical care skills training. *Journal of Advanced Nursing*, 60, 3, 308-316.

Correa- West S., Durward A., Ferguson L., Murdoch I. A., Tibby S.M. (2004): Adverse events in a paediatric intensive care unit: relationship to workload, skill mix and staff supervision. *Intensive Care Medicine*, 30, 1160-1166.

Crossan F., Ferguson D. (2005): Exploring nursing skill mix: a review. *Journal of Nursing Management*, 13, 356-362.

Currie V., Harvey G., Keeney S., McKenna H., West E. (2005): Relationship between quality of care, staffing levels, skillmix and nurse autonomy: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 51, 1, 73-82.

Curtis L., Netten A. (2007): The costs of training a Nurse Practitioner in primary care: the Importance of allowing for the cost of education and training when making decisions about changing the professional-mix. *Journal of Nursing Management*, 15, 449-457.

Czuber-Dochan W.J., Waterman C.G., Waterman H.A. (2006): Atrophy and anarchy: third national survey of nursing skill-mix and advanced nursing practice in ophthalmology. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1480-1488.

Dal Poz M.R., Gupta N. (2009): Assessment of human resources for health using cross-national comparison of facility surveys in six countries. *Human Resources for Health*, 7, 22, 1-9.

Davison P., Pearson P. (1994): Sensitivity and care: vital tools for skill-mix review. *Nursing Times*, 26, 43, 38-39.

De Geest S., Schaffert Witvliet B., Schubert M. (2005): Auswirkungen von Kosteneinsparungsstrategien und Stellenbesetzung auf die Ergebnisse von Patienten und Pflegefachpersonen. *Pflege*, 18, 320-328.

Dennis S., Hasan I., May J., Perkins D., Sibbald B., Zwar N. (2009): What evidence is there to support skill mix changes between GPs, pharmacists and practice nurses in the care of elderly people living in the community? *Australia and New Zealand Health Policy*, 6, 23, 1-7.

Diya L., Lesaffre E., Sermeus W., Van de Heede K., Vleugels A. (2008): Benchmarking nurse staffing levels: the development of a nationwide feedback tool. *Journal of Advanced Nursing*, 63, 6, 607-618.

Donoghue J., Mitten-Lewis S., Walker K. (2007): Measuring the impact of a team model of nursing practice using work sampling. *Australien Health Review*, 31, 1, 98-107.

Drosdowski G. (Hrsg.) (1996): Die deutsche Rechtschreibung, 21. Auflage, Dudenverlag, Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich.

Dubois C.A., Singh D. (2009): From staff-mix to skill-mix and beyond: toward a systematic approach to health workforce management. *Human Resources for Health*, 7, 87, 1-19.

Duval S., Kane R.L., Mueller C., Shamliyan T., Wilt T.J. (2009): Nurse Staffing and Quality of Patient Care. Agency for Health and Human Services. <http://www.ahrq.gov> (6.4.2010).

Erpenbeck J., Lutz von Rosenstiel (Hrsg.) (2007): Handbuch Kompetenzmessung. Erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis, 2. Auflage, Verlag Schäffer- Poeschl, Stuttgart.

Ertl H. (Hrsg.) (2005): Kompetenzerwerb und Kompetenzbegriff in der Berufsbildung in internationaler Perspektive, Band 30, Eusl- Verlagsgesellschaft, Paderborn.

Evans D.J.R., Watt D.J. (2005): Provision of Anatomical Teaching in a New British Medical School: Getting the Right Mix. *The Anatomical Record*, 284B, 22-27.

FH-Campus Wien (Hrsg.)(2011): Studium Gesundheits- und Krankenpflege. http://www.fh-campuswien.ac.at/studium/gesundheit/bachelor/gesundheits__und_krankenpflege/ueberblick (23.3.2011).

Flüs I., Holoch E., Knigge-Demal B., Laube A.(2009): Kompetenzniveaus in der Pflegeausbildung, Grundlagenarbeit für ein differenziertes Stufenmodell-Teil 3, Padua, 4, 2, 46-50.

Flynn M., Mckeown M. (2009): Nursing staffing levels revisited: a consideration of key issues in nurse staffing levels and skill mix research. *Journal of Nursing Management*, 17, 759-766.

Francis B., Humphreys J., (1999): Enrolled nurses and the professionalisation of nursing: a comparison of nurse education and skill-mix in Australia and the UK. *International Journal of Nursing Studies*, 36, 127-135.

Furlan P. (2009): Neue Wege in der Pflege. *Österreichische Pflegezeitschrift* 62, 2, 18-20.

Geschwindner H. (2009): Das ABC- Pflegeorganisationsmodell der Pflegezentren der Stadt Zürich. <http://www.weg-edu.ch>

Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, BGB1. (1997): <http://www.ris.bka.gv.at>, (24.10.2010)

Gibbs I., Griffiths M., McCaughan D. (1991): Skill mix in nursing: a selective review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 242-249.

Gogl A. (2003): Der Wert und die Macht der Pflege. *Krankenpflege*, 96, 20-22.

Goldsworthy S., Nelson S., O'Brien-Pallas L., Rose L. (2008): Critical care nursing education and practice in Canada and Australia: A comparative review. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 1103-1109.

Halloran E.J., Unruh L., Welton J.M. (2006): Nurse Staffing, Nursing Intensity, Staff Mix, and Direct Nursing Care Costs Across Massachusetts Hospitals. *The Journal of Nursing Administrations*, 36, 9, 416-425.

Hasson F., McKenna H. (2002): A study of skill mix issues in midwifery: a multimethod approach. *Journal of Advanced Nursing*, 37, 1, 52-61.

Holoch E., Knigge- Demal B., Lauber A. (2009): Kompetenzniveaus in der Pflegeausbildung. Grundlagenarbeit für ein differenziertes Stufenmodell Teil 3, *Padua*, 2, 46-50.

Höwler E. (2007): Interaktive Kompetenzen für personenzentrierte Pflege entwickeln. *Pflegezeitschrift*, 60, 9, 513-515.

Huston C.J. (2001): Contemporary Staffing Mix Changes: The Impact on postoperative Pain Management. *Pain Management Nursing*, 2, 2, 65-72.

Hynes C., Thomas M. (2009): The times they are a changin, *Journal of Nursing Management*, 17, 523-531.

Institut für Pflegewissenschaft Wien (Hrsg.)(2011): Forschungsschwerpunkte. <http://pfliegewissenschaft.univie.ac.at/institut/forschungsschwerpunkte> (20.3.2011).

Johnston L., Nelson L., Presneill J.J., Rose L. (2008): Workforce profile, organisation structure and role responsibility for ventilation and weaning practices in Australia and New Zealand intensive care units. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 1035-1043.

Kemetmüller E. (Hrsg.)(2005): Zukunftsperspektiven für die Ausbildung in der gehobenen Gesundheits- und Krankenpflege. *Facultas Universitätsverlag*, Wien.

Kernick D., Scott A. (2002): Economic approaches to doctor/nurse skill mix: problems, pitfalls, and partial solutions. *British Journal of General Practice*, 52, 42-46.

Kozon V., Fortner N. (Hrsg.)(1999): Bildung und Professionalisierung in der Pflege. *ÖGVP Verlag*, Wien.

Kozon V., Fortner N. (Hrsg.)(2000): Gegenwart und Perspektiven der Pflege. *ÖGVP Verlag*, Wien.

Kozon V., Mayer H., Seidl E. (Hrsg.)(2000): Pflegewissenschaft – Aufbruch in Österreich. *Facultas*, Wien.

Kühne-Ponesch S. (2004): Modelle und Theorien in der Pflege. 1. Auflage, Verlag Facultas, Wien.

Kunzmann C. (2005): Konzeption von Skills- Management- Instrumenten für die Bildungsbedarfsplanung in der Pflege am Städtischen Klinikum Karlsruhe. <http://www.christine-kunzmann.de> (11.8.2010).

Kürzl E. (2009): Delegation pflegerischer Tätigkeiten. Österreichische Pflegezeitschrift, 62, 4, 8-14.

Lauber A. (2002): Fertigkeiten- Training- Aufgabe der schulischen Pflegeausbildung? Steigerung der beruflichen Handlungskompetenz durch Einüben pflegerischer Fertigkeiten nach dem „Skills-Lab“- Modell. Die Schwester - Der Pfleger, 41, 282-287.

Lenehan C., Rashid A., Watts A., (1996): Skill-mix in primary care: sharing clinical workload and understanding professional roles. British Journal of General Practice, 639-640.

LoBiondo-Wood G., Haber J. (Hrsg.)(2005): Pflegeforschung – Methoden, Bewertung, Anwendung. Urban & Fischer, München-Jena.

Lord J. (2003): Future of primary healthcare education: current problems and problems and potential solutions. Postgraduate Medical Journal, 79. <http://pmj.bmj.com/content/79/936/553.full.html> (12.4.2010).

Masnick K., McDonnal G. (2010): A Model linking clinical workforce skill mix planning to health and health care dynamics. Human Resources for Health, 8, 11, <http://www.human-resources-health.com/content/8/1/11> (9.5.2010).

Mayer H. (2002): Einführung in die Pflegeforschung. 1. Auflage, Verlag Facultas, Wien.

McGillis Hall L. (2003): Nursing staff mix models and outcomes. Journal of Advanced Nursing, 44, 2, 217-226.

Meyer J., Spilsbury K. (2001): Defining the nursing contribution to patient outcome: lessons from a review of the literature examining nursing outcomes, skill mix and changing roles. Journal of Clinical Nursing, 10, 3-14.

Melberg S.E. (1997): Effects of Changing Skill Mix. Nursing Management, 28, 11, 47-48.

Melynk B. (2008): Evidence to Support the Use of Patient Simulation to Enhance Clinical Practice Skills and Competency in Health Care Professionals and Students. Worldview on Evidence- Based Nursing 5, 2, 75-84.

Middleton R. (2006): Suturing as an advanced skill for Registered Nurses in the emergency department. Australian Journal of Rural Health, 14, 258-262.

Mischo-Kelling M. (2007): Verändert sich die pflegerische Verantwortung im Bezugspflegesystem? Vortrag Sanitätsbetrieb Südtirol, Gesundheitsbezirk Bozen in Zürich.

Müller von der Grün C.P. (2011): Aus Vor- Sicht: Die Pflege steigt auf. Die Gesundheitswirtschaft, 5, 1, 14-16.

Nelson L., Rose L. (2006): Issues in weaning from mechanical ventilation: literature review. Journal of Advanced Nursing, 54, 1, 73-85.

Newbald D. (2007): The production economics of nursing: A discussion paper, International Journal of Nursing Studies, 45, 120-128.

Niederberger-Burgherr J. (2002): Skill mix und Grade mix heute und in Zukunft. Pflege, 15, 161-162.

Notter J. (1993): Skill mix is not grade mix. British Journal of Nursing, 2, 7, 351.

Pöhler- Haäsermann S. (2009): Skill- und Grademix: Ein Thema in der onkologischen Pflegepraxis? Onkologiepflege, 1, 26-27.

Popp J., Prüfner F., Reintjes R., Stappenbeck J., Weber P. (2006): Der Einfluss des Fachkräfteanteils auf die Dekubitusinzidenz in Pflegeheimen. Pflege, 19, 5, 303-307.

Rassin M., Silner D. (2007): Trends in nursing staff allocation: the nurse-to patient ratio and skill mix issues in Israel. <http://www.icn.ch> (9.5.2010).

Richardson G. (1999): Identifying, evaluating and implementing cost-effective skill-mix. Journal of Nursing Management, 7, 265-270.

Rieder E. (2009): Welchen Beruf üben sie aus? Onkologiepflege, 1, 22-24.

Riess G., Rottenhofer I., Winkler P. (Hrsg.)(2007): Österreichischer Pflegebericht., Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/Oesterreichischer_Pflegebericht_2007.pdf (2.2.2011).

Rischbieth A. (2006): Matching nurse skill with patient acuity in the intensive care units: a risk management mandate. Journal of Nursing Management, 14, 397-404.

Robinson S. (2009): Calculating skill mix: implications for patient outcomes and costs. Nursing Management, 16, 8, 22-23.

Rudolfinerhaus Wien (Hrsg.)(2011): Pflegebildung
<http://www.rudolfinerhaus.at/de/pflegebildung.html> (23.3.2011).

Sexl M. (2001): Pflege zwischen Kunst und Wissenschaft- Berufserfahrung und Probleme ihrer sprachlichen Formulierung in der Pflege. Pflege, 14, 2, 85-91.

Schroeder G. (2008): Fast wie echt, Skilltraining mit Simulationspatienten. Padua, 3, 2, 31-34.

Statistik Austria (Hrsg.)(2009): Personalstand
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/index.html (3.3.2010).

Stemmer R. (2007): Arbeitsteilung im Krankenhaus- Wer macht was? Die Schwester- Der Pfleger, 46, 162-164.

Sturgeon D. (2008): Advanced nursing practice and Newton`s three laws of motion. British Journal of Nursing, 17, 11, 706-710.

Warr J. (2002): Experiences and perceptions of newly prepared Health Care Assistants (Level 3 NVQ). Nurse Education Today, 22, 241-250.

Waterman H., Waterman C. (1999): Trends in ophthalmology services, nursing skill-mix and education: 2nd national survey. Journal of Advanced Nursing, 30, 4, 942-949.

Williams B.O. (1998): Team Work and Skill mix. Do they improve care for older Patients? Int. J. Language & Communication Disorders, 33, 634-638.

8. Curriculum Vitae



Persönliche Daten

Name: Katharina Gitschthaler
Geburtsdatum und Geburtsort: 29.10.1981, Wien
Staatsbürgerschaft: Österreich
E-Mail: kgitschthaler@hotmail.com

Schulbildung

1987-1992 Vor- und Volksschule Köhlergasse, 1180 Wien
1992-2000 AHS, wirtschaftskundlicher Zweig
Auf der Schmelz, 1150 Wien
Unterstufe: Integrationsklasse
Juni 2000 Matura

Ausbildung

2000-2001 Soziologiestudium
2001-2004 Schule für Gesundheits- und Krankenpflege am
Wilhelminenspital, 1160 Wien
2006 Studium der Pflegewissenschaften an der
Universität Wien

Aktuelle berufliche Tätigkeit

September 2009 DGKS, Ambulanz, Rudolfinerhaus Wien

Bisherige berufliche Tätigkeiten

September 2005- August 2009 DGKS, Unfallschockraum AKH Wien

Kinderbetreuung, Ö1 Radiokulturhaus, Heimatwerbung. At, die Theater Konzerthaus,
Künstlerhaus, Klangbogen

Ferialpraxis

Konsumentenschutzverband

Sprachen

Englisch, Italienisch, Spanisch

Karenz

September 2007- August 2009