

# **SKILL- UND GRADEMIX**

**Auf der Sonderklassestation im  
orthopädischen Spital Speising**

## **BACHELORARBEIT II**

**eingereicht an der  
IMC Fachhochschule Krens**



**Fachhochschul-Bachelorstudiengang  
*Advanced Nursing Practice***

von

**Sonja FINK**

Vertiefung: Pflegemanagement

**Betreuer: Mag. Stefan, Nöstlinger, BSc**

Eingereicht am: 13.01.2017

## **Eidesstattliche Erklärung**

***„Ich erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig verfasst, und in der Bearbeitung und Abfassung keine anderen als die angegebenen Quellen oder Hilfsmittel benutzt sowie wörtliche und sinngemäße Zitate als solche gekennzeichnet habe. Die vorliegende Bachelorarbeit wurde noch nicht anderweitig für Prüfungszwecke vorgelegt.“***

***Datum: 13.01.2017***

***[Sonja FINK]***

# Sperrvermerk / clause of confidentiality

Auf Wunsch der Firma/Institution / *upon request of:*

Orthopädisches Spital Speising

---

ist die vorliegende Bachelorarbeit für die angegebene Dauer von maximal 2 *Jahren* für die öffentliche Nutzung zu sperren /  
will the present master thesis be retained from public access for the period of max.2 years

Dauer der Sperre / *period:* 2 Jahre / 2 years

Veröffentlichung, Vervielfältigung und Einsichtnahme sind ohne ausdrückliche Genehmigung der o.a. Firma und des Verfassers/der Verfasserin bis zum genannten Datum nicht gestattet / *Unauthorized reading, publication and duplication will not be allowed without explicit consent given by the above-mentioned company and the author before:*

zu veröffentlichen am / *publication allowed:* 01.01.2019

Unterschrift / *Signature:* \_\_\_\_\_

Name/Funktion. *Name/position:* \_\_\_\_\_

*Firma /Firmenstempel/Company/Seal:*

☞☞ ☞☞ ☞☞ ☞☞

Verfasserin Bachelorarbeit / *Author bachelor thesis:* \_\_\_\_\_

Unterschrift / *Signature:* \_\_\_\_\_

☞☞ ☞☞ ☞☞ ☞☞

Studiengangsleiter / *Programme director:* \_\_\_\_\_

Unterschrift / *Signature:* \_\_\_\_\_

Stempel FH / *Seal:*

Bestätigt am: / *Notified as of:* \_\_\_\_\_

## Danksagung

Zu Beginn möchte die Autorin diesen Rahmen nutzen, um sich bei all jenen Personen zu bedanken, die beim Entstehen dieser Bachelorarbeit und nicht zuletzt zum Erfolg dessen beigetragen haben.

Ein aufrichtiges Dankeschön gilt meiner Familie, die mich stets in meinem Vorhaben, dieses Studium erfolgreich zu absolvieren, unterstützt hat. Vor allem im Prozess der Ausarbeitung der Bachelorarbeit erfuhr ich großen Halt durch aufbauende Worte ihrerseits.

Allgemeiner Dank gebührt meinem Arbeitgeber, insbesondere Pflegedirektorin des OSS Frau Klemensich Barbara, MBA, Frau Sluka Regina, Frau Mag. Zottl Julia, BA, MA sowie Wimmer Andreas, die mir durch ihren Input ermöglicht haben, meine Bachelorarbeit zu präzisieren.

Ein großes Dankeschön gilt meinen Freunden, die mir über zwei Jahre lang mit Geduld und Verständnis gegenübergetreten sind. Vor allem Herrn Bernhard Grojer möchte für seine herzliche Unterstützung danken; er begleitete mich während des Studiums durch sämtliche Höhen wie Tiefen und hatte jederzeit ein offenes Ohr für meine Anliegen.

Ein besonderer Dank gebührt meinem Betreuer Mag. Stefan Nöstlinger, BSc, der mir zu keinem Zeitpunkt mit Druck oder Unverständnis entgegentrat. Durch seine kritischen, produktiven Feedbacks konnte er mich beim Erstellen dieser Arbeit immer wieder aufs Neue anspornen. Dadurch war es mir möglich, über meine vermeintlichen Grenzen hinaus zu denken. Vielen Dank dafür.

Nicht zuletzt bedanke ich mich bei meinen Studienkolleginnen- und Kollegen Frau Melanie Breitner, Frau Sigrid Götzner, Herr Herbert Bogenreiter und Herr Oliver Kral. Sie haben maßgeblich mit wertvollen Ratschlägen, motivierendem Zuspruch und Humor einen unverzichtbaren Beitrag beim Erstellen dieser Arbeit und bei der Bewältigung des Studiums geleistet. Spezieller Dank gehört an dieser Stelle unserer Studiengangsleitung Frau Magistra Schönthaler Adelheid ausgesprochen – Mit unermüdlichen Einsatz hat sie uns durch 5 Semester begleitet.

## **Abstract Deutsch**

Aufgrund von politischen, technologischen, gesellschaftlichen wie normativen Veränderungen im Gesundheitswesen ergeben sich diesbezüglich zu bewältigende Herausforderungen das Management betreffend. Die vorhandenen Ressourcen müssen vollkommen ausgeschöpft werden, um dieser Problematik entgegenzuwirken. Aufgrund dieser vorangegangenen Überlegungen hat sich die Autorin das Ziel gesetzt, auf Basis einer Ist-Analyse zu identifizieren, wie sich der Skill- und Grademix im orthopädischen Spital Speising auf der Sonderklassestation D2 gestaltet. Im Rahmen dieses Prozesses wird das Handbuch der Schweizer Empfehlung zur Umsetzung von Projekten in der Pflege des Skill- und Grademix von OdA Gesundheit beider Basel als Grundlage verwendet. Anlehnend an die Gesundheits- und Krankenpflegegesetz Novelle 2016 wird die neue Berufsgruppe der Pflegefachassistenz, kurz PFA, in den Hauptfokus gesetzt. Dafür werden die fünf zu delegierenden Arbeitsaufgaben, die ausschließlich an die PFA und nicht an die Pflegeassistenz übertragen werden können, detailliert ausgearbeitet. Im nächsten Schritt werden diese mit den häufigsten verwendeten Pflegediagnosen auf der Station D2 abgeglichen, um den Bedarf derer aufzuzeigen. In der Soll-Analyse werden die gefilterten Arbeitsaufgaben zukünftigen Berufsprofilen zugeordnet. Die Auseinandersetzung mit diesem Thema ergab bei der Delta-Ist-Soll Analyse, dass die Delegation einen wesentlichen Bereich abdeckt, um einer möglichen Pflegequalitätsminderung durch Abgabe von Tätigkeiten an Assistenzberufe entgegenzuwirken. Die Autorin erarbeitet in Folge dessen eine Checkliste der Delegation betreffend.

## **Abstract English**

Due to political, technological, social as well as normative changes in the health care sector, the challenges to be addressed are management challenges. All the resources available must be fully utilized in order to counteract this problem.

Based on an actual analysis, the goal of this work is to identify how the skill- and grademix at the orthopedic hospital Speising at the ward D2 looks like, based on the nursing legislation 2016. Within the scope of the comprehensive actual analysis, the author used the handbook of the Swiss Recommendation on the implementation of skill- and grademix of OdA Gesundheit beider Basel. Based on the GuKG the new occupational group of nursing assistants will be put into the main focus. The five tasks which can only be delegated to the PFA and not to the care assistants, are elaborated here in detail. In the next step, these are matched with the most frequently used care diagnoses at the ward D2 in order to show the needs. In the target analysis, the filtered work tasks are assigned to future professional profiles. The discussion on this topic revealed that the delegation covers a main area in order to counteract a possible deterioration in the quality of care because of delegation to assistive professions. The author creates a checklist about the delegation in order to be able to transfer these work tasks in a professional manner and of course correctly.

# Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung.....	I
Sperrvermerk / clause of confidentiality .....	II
Danksagung.....	III
Abstract Deutsch.....	IV
Abstract English .....	V
Inhaltsverzeichnis.....	VI
Abbildungsverzeichnis und Tabellenverzeichnis .....	VIII
Abkürzungsverzeichnis .....	IX
1 Einleitung.....	1
1.1 Problemdarstellung.....	1
1.2 Zielsetzung und Forschungsfrage .....	3
1.3 Methodik.....	4
1.4 Gliederung der Arbeit .....	6
2 Begriffsdefinitionen .....	8
2.1 Kompetenz .....	8
2.2 Kompetenzbereiche laut GuKG 2016.....	8
2.3 Arbeitsaufgaben .....	9
2.4 Tätigkeitsbereich versus Kompetenzbereich .....	9
2.5 Grademix.....	10
2.6 Skillmix .....	10
2.6.1 Delegation .....	10
2.6.2 Diversifikation.....	11
3 Veränderungsprozess nach Lewin.....	12
3.1 Unfreezing – Auftauen.....	13
3.2 Moving – Verändern .....	13
3.3 Refreezing – Einfrieren.....	13
4 Ist-Analyse.....	14
4.1 Personalbestand .....	14
4.1.1 Netto-Personalressource.....	14
4.1.3 Bestimmung des Grades.....	18
4.2 Betreuungs- und Pflegebedarf.....	19
4.3 Arbeitsaufgaben .....	20

4.3.1	Fertigkeiten .....	21
4.3.2	Kenntnisse .....	21
4.3.3	Haltung.....	21
4.4	Arbeitsaufgaben Pflegefachassistenz.....	21
4.4.1	GuKG 2016 §83a Absatz (2), 1 .....	22
4.4.2	GuKG 2016 §83a Absatz (2), 2 .....	23
4.4.3	GuKG 2016 §83a Absatz (2), 3 .....	24
4.4.4	GuKG 2016 §83a Absatz (2), 4 .....	24
4.4.5	GuKG 2016 §83a Absatz (2), 5 .....	25
4.5	Arbeitsaufgaben und Zuteilung derer aktuell .....	26
4.6	Organisationsmodell im orthopädischen Spital Speising aktuell.....	26
5	Soll Analyse .....	28
5.1	Arbeitsaufgaben mit zukünftigen Berufsprofilen .....	28
5.2	Organisationsmodell zukünftig .....	30
5.3	Organisationsform .....	30
6	Delta-Ist-Soll Analyse .....	31
6.1	Kompetenzmodell in Gesundheitsberufen nach Grades .....	31
6.2	Zukünftige Skills und Grades auf der Station D2? .....	32
6.3	Delegation .....	34
6.3.1	Grundsätze Delegation.....	35
6.3.2	Delegationsprozess.....	36
6.4	Kennzahlen Delegation für das OSS .....	37
6.4.1	Richtige Aufgabe .....	37
6.4.2	Richtige Bedingungen .....	38
6.4.3	Richtige Person .....	38
6.4.4	Richtige Anleitung, richtige Kommunikation .....	39
6.4.5	Richtige Beaufsichtigung.....	39
7	Conclusio .....	41
	Literaturverzeichnis .....	43
	Anhang .....	48

## Abbildungsverzeichnis und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: gegenüberstehende Kräfte als Waage .....	12
Abbildung 2: Kompetenzmodell für Pflegeberufe, national.....	31
Abbildung 3: zukünftige Skills und Grades Station D2? .....	32
Abbildung 4: Delegationsprozess.....	36
Tabelle 1: Stellenprozentage auf D2 .....	15
Tabelle 2: Vollzeitäquivalente diplomiertes Personal .....	15
Tabelle 3: Vollzeitäquivalente Pflegehelferinnen.....	16
Tabelle 4: Verhältnis DGKP zu PH.....	16
Tabelle 5: Dienstformen auf der Station D2 .....	16
Tabelle 6: Pflegediagnosen nach Häufigkeit .....	19
Tabelle 7: zu pflegende Population .....	19
Tabelle 8: die 5 am häufigsten gestellten med. Diagnosen .....	20
Tabelle 9: Abgleich der Pflegediagnosen auf D2 mit den zu delegierenden Arbeitsaufgaben der PFA.....	29
Tabelle 10: zukünftiger, hypothetischer Grademix auf der Station D2 .....	34

## Abkürzungsverzeichnis

ANA	American Nurses Association
ANP	Advanced Nursing Practice
et al.	et alii (maskulinum)/et aliae (femininum) – Latein – und andere
DGKP	diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
GuK	Gesundheits- und Krankenpflege
NCSBN	National Council of State Boards of Nursing
OSS	Orthopädisches Spital Speising
PA	Pflegeassistenz
PD	Pflegediagnose
PDB	Pflegedatenbank
PFA	Pflegefachassistenz
PPR	Pflegepersonalregelung
PH	Pflegehelferin/Pflegehelfer

# 1 Einleitung

Diese Bachelorarbeit II ist aufbauend auf die Bachelorarbeit I derselben Autorin. Die vorliegende wissenschaftliche Abhandlung zeigt die Gestaltung des Skill- und Grademix auf der Sonderklassestation D2 im orthopädischen Spital Speising in Wien. Im Prozess der Themenkonkretisierung beziehungsweise -intensivierung nahm die Verfasserin die Ergebnisse der vorangegangenen schriftlichen Arbeit zum Anlass, um sich im Thema des Skill- und Grademix speziell auf der vorher genannten Station zu vertiefen. In der ersten Arbeit wurde die Relevanz des Pflegemanagements in Bezug auf den Skill- und Grademix ausgearbeitet. Das aufliegende schriftliche Konstrukt zeigt nun einen neuen möglichen, hypothetischen Qualifikationsmix auf der ausgewählten Akutstation im orthopädischen Spital Speising in Wien.

## 1.1 Problemdarstellung

Im Rahmen der Bachelorarbeit I wurde unter anderem auf die möglichen Veränderungen im Gesundheitssystem hingewiesen. Rappold (2012, S.2-3) weist hier insbesondere auf steigende Anzahl der chronischen Erkrankungen hin. Diese bringen Einschränkungen die Gesundheit betreffend mit sich, die eine lebenslange Therapie erfordern. Hier setzen die Gesundheitsberufe an, um diese Patientengruppe bestmöglich versorgen zu können. Der Trend in den Akutspitälern in Österreich bezugnehmend auf die Verweildauer zeigt, dass die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den letzten drei Jahrzehnten deutlich gesunken ist. (StatistikAustria, 2015, S. 1) Die Krankenhausaufenthaltsdauer steigt allerdings wiederum je älter die Patientinnen und Patienten sind; je älter die zu Pflegenden, desto länger ist im Durchschnitt die Aufenthaltsdauer im Spital. Dieser Wandel deutet auf eine Herausforderung bezüglich der Personalzusammensetzung und deren Kompetenzen in Krankenanstalten hin. Das Wachstum der Bevölkerung und die immer steigende Lebenserwartung der Menschen bedeuten auch eine gesellschaftliche Veränderung. (Rappold, 2012, S. 3-4) Der Pflegebedarf wird laut Prognosen weiter steigen. Unterdessen nimmt allerdings der prozentuelle Anteil der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der GuK ab, daher ist das Finden von

qualifizierten Fachkräften eine herausfordernde Aufgabe für das Management. Die Gestaltung der Pflegeausbildung soll daher attraktiv sein um den immer komplexer werdenden Fällen den Behandlungs-, Betreuungs- oder den Beratungsbedarf betreffend, gerecht werden zu können. (Kratz & Weidner, 2012, S. 11-12)

Der prognostizierte Fachkräftemangel im Setting Pflege stellt eine offensichtliche Herausforderung dar. Diesem und die ungleiche Besetzung von Pflegepersonal entsprechend ihrer Kompetenzen gilt es entgegenzusteuern. Vor allem dem Pflegemanagement kommt hier diese Aufgabe zu. Ebenfalls sollen die Kosten im Gesundheitswesen reduziert werden. Allenfalls gilt es vom Standpunkt des Pflegemanagements aus die Versorgungsqualität der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten und in weiterer Folge zu steigern. (Bourgeault, Kuhlmann, Neiterman, & Wrede, 2008, S. 1-3)

All die genannten Punkte zeigen die Notwendigkeit auf, Personal gezielt und adäquat entsprechend ihrer Fähigkeiten und Fertigkeiten einzusetzen. Ziel ist es demnach, den optimalen Skill- und Grademix für eine Station zu kreieren, welcher das beauftragte und geforderte Leistungsspektrum qualitativ hochwertig erfüllen kann. Es bedarf allen voran einer genauen Beschreibung der Tätigkeitsfelder, um das Pflegepersonal entsprechend deren Kompetenzen einsetzen zu können. Abseits dessen darf die ökonomische Sicht dabei ebenso wenig außer Acht gelassen werden, wie die der Attraktivität des Arbeitsplatzes und der Arbeitsmarktbedingungen. (Zulehner, 2016, S. 35)

Die Gesundheits- und Krankenpflegegesetz-Novelle 2016 ist mit August 2016 in Österreich in Kraft getreten. Diese listet unter anderem genau diese oben erwähnten Tätigkeitsbereiche für folgende drei Berufsgruppen auf: Zu den Gesundheits- und Krankenpflegeberufen zählen der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, die Pflegefachassistenz, kurz PFA sowie die Pflegeassistenz, kurz PA. (Rechtsinformationssystem [RIS], 2016, #GuK Novelle)

Die Gesetzesänderung zeigt einen Wandel im Berufsbild und im Bereich der Kompetenzen in der Gesundheits- und Krankenpflege. Dieser Fakt, gesehen im Zusammenhang des Skill- und Grademix, geht einher mit daraus resultierenden Anpassungssituationen das Personal betreffend. (Bourgeault, Kuhlmann, Neiterman, &

Wrede, 2008, S. II) Rappold (2012, S. 5-6) beschreibt bei der sich verändernden Personalzusammensetzung vier Kernfragen. Welche Gruppe an Patientinnen und Patienten auf der Station zu versorgen sind, und welche Maßnahmen getroffen werden müssen, um diese Patientengruppe pflegen zu können. Des Weiteren soll abgeklärt sein, welche administrativen und Verwaltungstätigkeiten zu den ohnehin bestehenden hinzukommen werden. Als vierte Überlegung soll das Pflegemanagement die diversen Kompetenzen des eingesetzten Personals analysieren. (Rappold, 2012, S. 5-6) Diese vier Bereiche finden sich auch in folgender Beschreibung wieder: Um den Aufgaben und den Herausforderungen der Gesetzesänderungen im Gesundheitswesen gerecht zu werden, hat die OdA beider Basel, welche ein Branchenverband im Gesundheitswesen in der Schweiz darstellt, ein Handbuch für Projekte zu Skill- und Grademix im Bereich Pflege und Betreuung herausgegeben. Um das Konzept des Skill- und Grademix in einem ausgewählten Bereich durchführen zu können, werden acht Schritte abgearbeitet. Diese werden in dieser Arbeit anhand einer Akutstation detailliert betrachtet. (Abt, Theres; Eglin, Sabine; Geisser, Romy; Karrer, Hans-Peter, Ludwig, Iris; Mohler, Heinz; Schmidt, Andreas; Spirig, Hanna; Wyss, Ursula; Zeugin, Beatrice., 2007, S. 5)

### **1.2 Zielsetzung und Forschungsfrage**

Die Verfasserin der Bachelorarbeit II hat sich das Ziel gesetzt, den Skill- und Grademix einer ausgewählten Akutstation im orthopädischen Spital in Speising aufzuzeigen. Durch das genaue Abarbeiten der Gesundheits- und Krankenpflegegesetz-Novelle 2016 wird unter anderem der Grademix in den Hauptfokus gesetzt, da dieser durch diese rechtliche Grundlage, die sich nun verändert hat, vorgegeben ist.

Die Bachelorarbeit II soll folgende Forschungsfrage beantworten:

*Wie gestaltet sich der Skill- und Grademix im orthopädischen Spital Speising auf der Sonderklassestation D2 unter Berücksichtigung der Empfehlung zur Umsetzung von OdA Gesundheit beider Basel?*

### 1.3 Methodik

Die Methodik, welche in dieser Bachelorarbeit angewendet wird, ist aufgrund der zugrundeliegenden Forschungsfrage ausgewählt worden. Zur Beantwortung der angestrebten Fragestellung wurde eine intensive Literaturrecherche durchgeführt. Diese wurde sowohl computergestützt als auch per Handbuchsuche ausgeführt. Unter anderem werden Gesetzestexte, Publikationen der Parlamentsdirektion sowie des Rechtsinformationssystems aufgegriffen.

Die vorliegende Bachelorarbeit II beruht auf hermeneutischen Grundsätzen. Neu kreiertes Wissen wird bei dieser Herangehensweise mit bereits vorhandenem Wissen verknüpft. Die Hermeneutik betrachtet die detaillierte Auseinandersetzung mit verschiedensten Texten, bei denen es um das Verstehen des Inhaltes geht. Danach werden die Texte einer Interpretation der Autorin unterzogen, welche anschließend wiederum mit dem Vorwissen der Verfasserin verknüpft wird. (Bartholomeyczik, Linhart, Mayer, & Herbert, 2008, S. 42) Dieses Vorverständnis bietet somit die Grundlage der Hermeneutik. Daraus resultierend wird es mit dem davor zugesprochenen Sinn verknüpft. Letztlich erfolgt dann die Interpretation dessen, welche dann niedergeschrieben wird. (Gadamer, 2010, S. 273)

Die Vorkenntnisse bezugnehmend auf einen Text erleichtern im Allgemeinen die Interpretation dessen; gleichzeitig übt es jedoch Einfluss auf die Wahrnehmung aus. Laut Schrems (2008, S. 151 - 156) muss diese Wahrnehmung von der Person selbst zuvor reflektiert werden, bevor eine erneute Interpretation erfolgen kann. Erfolgt nun eine Interpretation einer gelesenen Literatur und wird dieser in dem Zuge ein Sinn zugesprochen, sei es durch eigene Erfahrung, durch die Kultur, oder durch Tradition beispielsweise, so wird vom hermeneutischem Zirkel gesprochen. In anderen Worten ausgedrückt heißt dies Folgendes: Das Vorwissen, das wir, jeder für sich, mitbringen, also mit dem wir ausgestattet sind, ist geprägt durch die eigenen Erfahrungen, die Art und Weise, in welcher Kultur wir leben und von der Tradition, in der wir leben und genau das prägt unser Vorverständnis. (Schrems, 2013, S. 53-54) Das Vorwissen wird in die Interpretation eingebracht, was die Wahrnehmung der Autorin beeinflussen kann. Diese kann wiederum die Vorwegnahmen der Autorin verändern. (Bartholomeyczik, Linhart, Mayer, & Herbert, 2008, S. 42)

Ziel dieser Arbeit ist es, die sogenannte hermeneutische Differenz zu verringern. Diese beschreibt die Distanz zwischen der verstehenden Person selbst, in diesem Fall der Autorin, und dem zu verstehenden Sachverhalt. (Schrems, 2013, S. 52) „In diesem Zwischen ist der wahre Ort der Hermeneutik.“ (Gadamer, 2010, S. 300)

Des Weiteren handelt es sich bei der Ausarbeitung der Forschungsfrage um jene Herangehensweise, welche eine strategische Planung zur Darstellung des Skill- und Grademix nach Novellierung des GuKG 2016 bedarf. Die Planung ist durch die Gesetzgebung normativ begründet und lehnt sich dabei an der Empfehlung des Schweizer Handbuchs für Projekte zu Skill- und Grademix im Bereich Pflege und Betreuung an.

Als strategische Planung wird grundsätzlich der umfassende Prozess eines Unternehmens bezeichnet, der durch die Zielformulierung vorgibt, in welche Richtung eine bestimmte Entwicklung gehen soll. (Gabler Wirtschaftslexikon, 2016, #strategische Planung) Hierfür wird eine Ist-Analyse durchgeführt, um unter anderem die zukünftigen Absichten und Ziele eines Unternehmens aufzuzeigen bzw. abzuleiten. Durch das Formulieren von Maßnahmen soll herausgefiltert werden, mit welchen Ressourcen ein Unternehmen das zuvor definierte Ziel bestmöglich erreichen kann. (Greiling & Muszynski, 2008, S. 33-34)

Die Verfasserin verwendete diverse Trunkierungen und Operatoren, um das Thema bestmöglich behandeln zu können. Diese wurden einzeln, aber auch in Kombination zueinander gesetzt. Die Schlüsselbegriffe, welche zu Recherche herangezogen wurden, lauten unter anderem wie folgt: Skill & Grade Mix, Qualifikationsmix, Grademix, Skillmix, Personal-Mix, GuKG, GuKG Novelle 2016, Pflegefachassistenz, nurse assistant.

Um das angeführte Thema bestmöglich ab- und auszuarbeiten wurde themenspezifische wissenschaftliche Literatur aus dem Internet herangezogen. Hierfür wurden Onlinesuchmaschinen wie PubMed und Google Scholar eingesetzt. Springer-Verlag, als auch Thieme ermöglichten der Autorin eine Datenbankrecherche. Via adäquater Handbuchsuche am Campus Krems an der Donau Universitätsbibliothek konnte die Recherche intensiviert werden. Des Weiteren wurde die Verfasserin in diversen

Zeitschriften fündig, um die Thematik literaturbasierend bestmöglich zu unterstützen.

Das Schneeballprinzip kam intensiv zu tragen, denn dadurch konnte die Autorin in bereits gesichteten Büchern und Artikeln auf sämtliche Primärquellen zugreifen. Auch elektronische Datenbanken, wie CINAHL und Cochrane wurden als Unterstützung herangezogen. Die Literatursuche bedient sich deutsch- sowie englischsprachiger Literatur. Die Autorin bediente sich neben im Volltext frei zugänglichen Quellen auch kostenpflichtiger. Bezugnehmend auf die Aktualität der Literatur wurde der Verfasserin vor allem bei der Grobrecherche schnell bewusst, dass es zum Thema Skill- und Grademix im deutschsprachigen Raum in Kombination zum Gesundheitswesen wenig aktuelle Publikationen gibt. Daher bezieht sich die Literatur auf einen Zeitraum von 15 Jahren.

### **1.4 Gliederung der Arbeit**

Zu Beginn werden sämtliche Begriffsdefinitionen geklärt, welche unabdingbar für das weitere Verständnis dieser Arbeit sind. Nach Klärung dieser geht die Autorin in die Themenbearbeitung über.

Da diese Bachelorarbeit einen Ist-Soll-Abgleich mit finaler Interpretation darstellt, greift die Autorin eingangs das Thema *Change-Management* auf und legt dieses auf das Gesundheitswesen um. Damit soll ein Überblick geschaffen werden, welche Prozesse ausgelöst werden, wenn in einem Unternehmen ein Wandel stattfinden soll. Danach folgt eine Ist-Analyse des Skill- und Grademix auf einer ausgewählten Akutstation im orthopädischen Spital Speising anlehnend an die Empfehlung *Handbuch zur Umsetzung des Skill-und Grademix von OdA Gesundheit beider Basel*. Bei der darauffolgenden Soll-Analyse wird seitens der Autorin auf die GuKG Novelle 2016 eingegangen. Diese bietet die Grundlage den Grademix betreffend - die neu etablierte Berufsgruppe der Pflegefachassistenz wird hier im Detail beschrieben und näher betrachtet. Im letzten Abschnitt findet, wie bereits erwähnt, ein Abgleich der erhobenen Daten statt, bei dem das Ergebnis einen Mix der Skills und Grades auf der Sonderklassestation D2 darstellt. Hier wird der Fokus auf die Delegation gesetzt

- um objektive, reliable und valide Daten zu erhalten zählt die Autorin literaturbasierte Fakten auf, welche bei der Delegation eingehalten werden müssen. Durch Aufzeigen dieser Punkte wird sichergestellt, dass die pflegerische Behandlungsqualität bei Abgabe von Tätigkeiten an Assistenzberufe zumindest gleichgehalten wird. In der finalen Schlussfolgerung findet eine Delta-Analyse mit einer Empfehlung seitens der Autorin bezüglich des Einsatzes der Berufsgruppe der Pflegefachassistenz statt.

## 2 Begriffsdefinitionen

Um ein besseres Verständnis den Inhalt der vorliegenden Arbeit betreffend zu erreichen, hält es die Autorin für notwendig, die in den folgenden Kapiteln verwendeten Begrifflichkeiten zu definieren.

### 2.1 Kompetenz

Das Wort Kompetenz hat seinen Wortursprung im Lateinischen. *Competencia* wird übersetzt mit *zu etwas geeignet, fähig oder befugt zu sein*. Als Synonym werden oft Wörter wie *Qualifikation, Fähigkeit* oder *Ressource* verwendet. Jedoch erst, wenn Wissen in Handlungen umgesetzt werden kann, wird von Kompetenz gesprochen. Diese Fähigkeit ist erlernbar. (North, Reinhardt, & Sieber-Suter, 2013, S. 43) Im Nachschlagewerk Pschyrembel Pflege wird der Kompetenzbegriff wie folgt beschrieben: „Wissen, Können, Fertigkeiten oder Zuständigkeiten eines Menschen in einem bestimmten Bereich.“ (Pschyrembel Pflege, 2007, S. 448)

Da sich diese Arbeit unter anderem mit den pflegerischen Kompetenzen beschäftigt, nimmt die Autorin jene Definition zur Hand, welche auf das Setting Pflege umgelegt werden kann: Kompetenz beschreibt die Fähigkeit zur Bewältigung komplexer Aufgaben. Es wird hierfür sowohl auf kognitive Fähigkeiten, Einstellungen und Verhaltensweisen zurückgegriffen. Der Begriff Kompetenz ist demnach mehr als nur das reine Wissen über einen Sachverhalt. Er stellt das situationsadäquate Handeln und damit die Bewältigung komplexer Anforderungen in den Hauptfokus. (OECD, 2005, S. 6)

### 2.2 Kompetenzbereiche laut GuKG 2016

Jenes Gebiet, das die zugeordneten Kompetenzen einer organisatorischen Einheit beschreibt, wird als Kompetenzbereich bezeichnet. (Gabler Wirtschaftslexikon, 2016, #Kompetenzbereich) Laut §13 GuKG 2016 umfassen die Kompetenzbereiche für die Berufsgruppe des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege folgende 6 Bereiche:

1. die pflegerischen Kernkompetenzen (§ 14), 2. Kompetenz bei Notfällen (§ 14a), 3. Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie (§ 15), 4. Weiterverordnung von Medizinprodukten (§ 15a), 5. Kompetenzen im multiprofessionellen Versorgungsteam (§ 16), 6. Spezialisierungen. (§ 17). (Rechtsinformationssystem [RIS], 2016, #GuKG § 13)

### 2.3 Arbeitsaufgaben

Im Handbuch für Projekte zu Skill- und Grademix im Bereich Pflege und Betreuung sollen die Arbeitsaufgaben in Kombinationen mit diversen Berufsniveaus aufgelistet werden. Um dies durchführen zu können, bedarf es einer gezielten Definition dieser. Unter dem Terminus *Arbeitsaufgabe* ist jene Tätigkeit gemeint, und werden jene Bündel an Tätigkeiten des Arbeitnehmers verstanden, welche ein beabsichtigtes Ergebnis zum Ziel haben. (ISO, 2016, #work task) Diese dürfen nur dann durch- bzw. ausgeführt werden, wenn das Tätigkeitsprofil des Arbeitnehmers, welches im Idealfall unter anderem in einer Stellenbeschreibung aufgelistet ist, im Sinne dessen Berufsbildes und der darin abgebildeten Kompetenzbereiche mit den Arbeitsaufgaben in Kongruenz stehen. Daraus ergeben sich für jeden Arbeitnehmer definierte Tätigkeits- wie Kompetenzbereiche. (Schmidt, 2016, S. 115-116) Im GuKG 2016 sind für den Bereich der Pflege Kompetenz- wie Tätigkeitsbereiche festgelegt. Diese werden nachstehend erläutert.

### 2.4 Tätigkeitsbereich versus Kompetenzbereich

In der vorliegenden Bachelorarbeit werden in der Ist- und Soll-Analyse die Tätigkeitsbereiche der Pflegefachassistenz beschrieben, um die Arbeitsaufgaben laut Handbuch abzubilden. Für die Berufsgruppen der Pflegeassistenz und der neuen Berufsgruppe der Pflegefachassistentinnen und -assistenten werden Tätigkeitsbereiche im GuKG 2016 im §83, wie §83a beschrieben. Hier wird nicht wie beim gehobenen Dienst für GuK von Kompetenzen gesprochen, sondern von Tätigkeitsbereichen. ([RIS], 2016, #GuKG)

Um die genannte Forschungsfrage beantworten zu können, wird sich die Autorin rein dem Paragraph 83a mit den taxativ aufgezählten Tätigkeitsfeldern beschäftigen, um einen Ist-Soll-Vergleich starten zu können. Hier setzt die Autorin den Hauptfokus, um in der späteren theoretischen Umsetzung des Skill- und Grademix auf die einzelnen taxativ aufgezählten Arbeitsaufgaben der Pflegefachassistenz dezidiert eingehen zu können. Somit wird vor allem auf den Grademix geachtet. Dieser Begriff wird nachstehend erläutert.

### **2.5 Grademix**

Unter dem Grademix werden all jene offiziellen Ausbildungen inklusive Zusatzausbildungen verstanden, welche eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter ins Unternehmen mitbringt. (Abt, et al., 2007, S. 5)

### **2.6 Skillmix**

Dem Begriff Skillmix kommt verschiedene Bedeutung und Verwendung zu. Einerseits wird damit der Mix von Fähigkeiten und Fertigkeiten innerhalb einer bestimmten Berufsgruppe beschrieben. Des Weiteren wird der Begriff Skillmix verwendet, um das Vorhandensein von Fähigkeiten, welche ein Individuum besitzt, darzustellen. Ebenso wird der Begriff, vor allem im englischsprachigen Raum, dann angewandt, wenn im interdisziplinären Team im Dienstleistungssektor das spezifische Können aufgezeigt werden soll. (Rose, Sergison, & Sibbald, 1997, S. 4) Zusammengefasst bedeutet dies Folgendes: Der Skillmix gibt die Berufserfahrung inklusive der diversen Fähigkeiten und somit das Können einer Mitarbeiterin oder eines Mitarbeiters preis. (Abt, et al., 2007, S. 5)

Es gibt zwei konzeptuelle Wege, in denen Veränderungen des Skillmix in der primären Gesundheitsversorgung wahrgenommen werden können:

#### **2.6.1 Delegation**

Bei der Delegation werden bestimmte Aufgaben, die zuvor von jemand anderem durchgeführt wurden, an jemand anderen weitergegeben; und damit delegiert.

Diese bestimmte Aufgabe wird daher einer anderen Person übertragen. Die Absicht dahinter aus wirtschaftlicher Sicht ist die Kostensenkung auf der einen Seite und die Service-Effizienz an Patienten zu verbessern auf der anderen Seite. Es geht beim Delegieren darum, Aufgaben zu übertragen; dies inkludiert auch die Verantwortung. (Rose, Sergison, & Sibbald, 1997, S. 4). Eine weitere Definition von Delegation ist folgende: „Delegation ist die Übertragung der Verantwortung für die Durchführung einer Tätigkeit von einer Person auf eine andere. Erstere bleibt dabei weiterhin für das Ergebnis rechenschaftspflichtig.“ (Kelly-Heidenthal & Marthaler, 2008, S. 28)

### **2.6.2 Diversifikation**

Diversifikation hat die Ausweitung des Leistungsspektrums zum Ziel. Durch neue Berufsgruppen und damit neuer Expertise, oder durch den Erwerb neuer Fähigkeiten durch bereits bestehendes Personal, wird in der Gesundheitsversorgung den unbefriedigten Gesundheitsbedürfnissen entgegengewirkt. (Rose, Sergison, & Sibbald, 1997, S. 4)

Veränderungsprozesse, wie im Skill- oder/und Grademix, stellen eine Herausforderung für jedes Unternehmen dar. Nachfolgend wird deshalb der Prozess des Change-Managements beschrieben, um die theoretische Herangehensweise aufzuzeigen.



### 3.1 Unfreezing – Auftauen

In der ersten Phase ist es wichtig, den Bedarf der Veränderung zu identifizieren. Die zuvor erwähnten retardierenden Kräfte gilt es zu minimieren, die akzelerierenden zu stärken. Das gegenwärtige Gleichgewicht muss aufgetaut werden. Es geht um das Herausfiltern der spezifischen Motivatoren und aller Kräfte, die Veränderungen fördern und stärken. Die auflehrenden Kräfte sind zu verringern. Es gilt die verfestigten Verhaltensmuster aufzuweichen und blockierend Gewohntes für den Veränderungsprozess auszuschalten. (Albrecht & Töper, 2006, S. 584-585)

### 3.2 Moving – Verändern

Die Moving- oder auch Veränderungs-Phase beschreibt einen Übergangsprozess und somit direkt die Veränderung, welche von statten gehen soll. Dies kann nur dann einen positiven Verlauf finden, wenn es Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gibt, welche aktiv und produktiv in diesem Prozess mitarbeiten. Es werden aus der neu erworbenen Information aus Phase 1 Strategien formuliert, mit denen in weiterer Folge gearbeitet wird. Entwicklung neuer Verhaltensmöglichkeiten werden daraus abgeleitet. (Kößmann & Schmidt, 2009, S. 12)

### 3.3 Refreezing – Einfrieren

In der Stabilisierungsphase geht es darum, das neu erlernte Verhalten zu stärken und die Änderung zu stabilisieren wie in die bestehenden Prozesse zu integrieren. (Ziegler, 2005, S. 209)

Um zu erkennen, ob eine Veränderung, wie sie soeben theoretisch abgehandelt wurde, tatsächlich umgesetzt werden kann, muss zu Beginn dieses Prozesses eine Analyse der Ist-Situation durchgeführt werden. (Abt, et al., 2007, S. 13) Diese wird im nachstehende Kapitel anhand einer ausgewählten Akutstation, der Sonderklassenstation D2, des orthopädischen Spitals Speising in Anlehnung an die Schweizer Empfehlung *Handbuch für Projekte zu Skill- und Grademix im Bereich Pflege und Betreuung* durchgeführt.

## 4 Ist-Analyse

Nach der Schweizer Empfehlung zur Implementierung eines neuen Skill und Grademix im Krankenhausbereich von OdA Gesundheit beider Basel ist der erste Schritt, um zu einem optimalen Skill- und Grademix zu gelangen, die Erhebung des Ist-Standes. Es erfolgt neben der Bestimmung des Personalbestandes in dem Zuge eine Bestandsaufnahme von jenen Tätigkeiten, welche vom Pflegedienst aktuell delegiert werden. Um zu diesem Ergebnis zu kommen, wird zuvor ein quantitatives Stationsprofil erstellt, bei denen Arbeitsaufgaben und Tätigkeitsbereiche definiert werden. Diese werden den auf der Station aktuell befindlichen Pflegepersonen zugeteilt. Zuletzt betrachtet die Autorin das aktuelle Organisationsmodell im orthopädischen Spital in Speising. (Abt, et al., 2007, S. 13)

Die Ist-Analyse setzt sich aus insgesamt 5 Schritten zusammen. Erst durch Bestimmung des tatsächlichen Personalbestandes inklusive dem Herausfiltern der verschiedenen Skills- und Grades der einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kann dieser Prozess begonnen und somit mit dem ersten Schritt der Analyse gestartet werden. (Abt, et al., 2007, S. 6-7)

### 4.1 Personalbestand

Um den Bedarf des Personals in einer Organisation nun bestimmen zu können, muss demnach eine Ist-Analyse dargestellt werden. Diese setzt sich laut Zulehner (2016, S. 33) aus vier Hauptkomponenten zusammen, die wie folgt erläutert werden.

#### 4.1.1 Netto-Personalressource

Wie bereits aus dem Wort der Netto-Personalressource herauszulesen ist, geht es hierbei um die tatsächlichen Arbeitsstunden, welche eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter einer Organisation oder einem Unternehmen zur Verfügung stellt. Es sind also genau jene zeitlichen Ressourcen auf Seiten der Arbeitnehmer, welche in der Arbeitsstelle tatsächlich eingebracht werden. (Zulehner, 2016, S. 33)

Die Einsatzplanung im orthopädischen Spital in Speising betrifft zum betrachteten Zeitpunkt (01.12.2016) insgesamt 14 Mitarbeiterinnen und 2 Mitarbeiter. Dies ergibt insgesamt 1375 Stellenprozente.

100%: 6 Mitarbeiterinnen und 2 Mitarbeiter stehen in einem Dienstverhältnis im Ausmaß von 40 Stunden pro Woche.

75%: 7 Mitarbeiterinnen sind mit 30 Stunden pro Woche angestellt

50%: 1 Mitarbeiterin steht im Dienstverhältnis mit 20 Stunden pro Woche.

In den nachstehenden Tabellen werden die oben genannten Daten in einer Tabelle zusammengefasst und übersichtlich dargestellt:

Tabelle 1: Stellenprozente auf D2

Beschäftigungsausmaß in Prozent	Anzahl der Mitarbeiterin- nen/Mitarbeiter	Prozente gesamt
100%	8	800%
75%	7	525%
50%	1	50%
<b>Summe der Stellenprozente gesamt</b>		<b>1375%</b>

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 2: Vollzeitäquivalente diplomiertes Personal

Beschäftigungsausmaß in Prozent	Anzahl der Mitarbeiterin- nen/Mitarbeiter	Prozente gesamt
100%	5	5,0 VZÄ
75%	6	4,5 VZÄ
50%	1	0,5 VZÄ
<b>Summe der Vollzeitäquivalente DGKP</b>		<b>10</b>

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 3: Vollzeitäquivalente Pflegehelferinnen

Beschäftigungsausmaß in Prozent	Anzahl der Mitarbeiterin- nen/Mitarbeiter	Vollzeitäquivalente gesamt
100%	3	3
75%	1	0,75
<b>Summe der Vollzeitäquivalente PH</b>		<b>3,75</b>

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 4: Verhältnis DGKP zu PH

DGKP	PH
10 VZÄ	3,75 VZÄ
73,3%	26,6%

Quelle: Eigene Darstellung

Die durchschnittliche Tagespräsenz inklusive der Stationsleitung setzt sich aus 5 diplomierten Pflegepersonen sowie 2 Pflegehelferinnen zusammen. Der Nachtdienst wird durch eine diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson (oder eine Absolventin der Tertiärstufe) abgedeckt.

Folgende Dienstformen werden auf der orthopädischen Station D2 in Speising eingesetzt:

Tabelle 5: Dienstformen auf der Station D2

Dienstzeit in Stunden	Anzahl: Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
12,00	3	3	3	3	3	3	3
7,50	1	1	1	1	1		
7,00	1	1	1	1	1	1	
6,00	1	1	1	1	1	1	1

#### Nachtdienst

Dienstzeit in Stunden	Anzahl: Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
12,5	1	1	1	1	1	1	1

Quelle: Eigene Darstellung

Die Pflege-Personal-Regelung, kurz PPR, zählt zur Personalbedarfsanalyse und soll die Leistungen der Pflege abbilden, den Pflegepersonal ermitteln, und dadurch das Ergebnis transparent darstellen. Diese leistungsorientierte Methode, welche in der allgemeinen Erwachsenenpflege zu trage kommt, wird im OSS angewendet. Es wurde dafür ein österreichischer Standard auf Grundlage der PPR für den stationären Bereich entwickelt; dieser lautet ONR-116150. (AustrianStandards, 2012, S. 1-3)

Um den Pflegepersonalbedarf zu ermitteln, werden drei Grundwerte herangezogen. Der *Pflegegrundwert* ist mit 30 Minuten beziffert. Er wird pro Patient bzw. pro Patientin berechnet. Darunter fallen folgende Leistungen: Welche, die im Bereich Pflege und behandlungsbezogenen Besprechungen fallen. Jene, die in Bezug mit Leitungsaufgaben stehen, und all die Leistungen, die in Zusammenhang mit der Ablauforganisation stehen. Zusammengefasst sind im Pflegegrundwert all jene Tätigkeiten enthalten, die nicht direkt zur Patientenbetreuung gehören. Des Weiteren zählt der *Fallwert* zu den Grundwerten - pro Fall, und somit pro Patientin bzw. pro Patient werden 70 Minuten geltend gemacht. Dazu zählen sämtliche Tätigkeiten, die infolge von Aufnahme, Verlegung, Entlassung oder Tod der Patienten anfallen. Der dritte wichtige Wert beinhaltet die *Pflegestufen und Patientengruppen*. Anhand der pflegerischen Leistungen wird eine Unterteilung in allgemeine und spezielle Pflege unternommen. Diese können wiederum unterteilt werden in Grundleistungen, erweiterte Leistungen und besondere Leistungen. Aufgrund dieser Einteilung der Patienten und der dahinterstehenden Minuten ergibt dies einen Minutenwert pro Aufenthalt pro Patientin bzw. Patient. Durch Addieren des Grundwertes, des Fallwertes und dieser Kategorisierung erhalte ich den Netto-Personal-Bedarf je Patient. (Zulehner, 2016, S. 91-95)

### **4.1.2 Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter**

Die Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wird im zweiten Schritt genannt. Diese bezieht sich wieder auf die IST-Situation. Die Anzahl in Bezug gesetzt zur zuvor beschriebenen Netto-Personalressource ergibt den Managementaufwand, der dadurch repräsentiert werden kann. (Zulehner, 2016, S. 33)

Im Fall der Station D2 sind es insgesamt 16 Mitarbeitende inklusive der Stationsleitung. Die Station D2 setzt sich aus 18 Einbettzimmer, wie einem Zweibettzimmer zusammen; somit betreut das Pflegepersonal 20 Patientinnen/Patienten in der Regel bei vollem Betrieb pro Tag. Der Managementaufwand, der dadurch errechnet werden kann, wird in dieser Bachelorarbeit nicht berücksichtigt, da dies nicht Teil des Handbuchs darstellt. Im weiteren Schritt werden die Ausbildungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dargelegt.

### 4.1.3 Bestimmung des Grades

Beim Terminus *Grade* handelt es sich um, übersetzt aus dem Englischen stammend, den *Rang* oder *Dienstgrad*. Es sind damit Berufsbezeichnungen gemeint, welche durch Nachweise und Zeugnisse rechtliche Gültigkeit erlangen. Der Grade kann auch eine Berufsgruppenzugehörigkeit abbilden. (Zulehner, 2016, S. 34)

Von den genannten 16 Pflegepersonen haben auf der Sonderklassestation D2 im orthopädischen Spital in Speising insgesamt 10 die Gesundheits- und Krankenpflegeschule besucht und dadurch das Diplom zur Gesundheits- und Krankenpflege erworben. Lediglich ein Teammitglied ist eine Absolventin des Bachelorstudienganges der Gesundheits- und Krankenpflege. 4 Pflegepersonen sind als Pflegehelferinnen eingestellt.

### 4.1.4 Bestimmung des Skills

Skills beschreiben das evidenzbasierte Wissen, wie die Geschicklichkeit und Fertigkeit, welche eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter aufzeigt. Auch die Erfahrung, sofern diese regelmäßiger Evaluierung ausgesetzt ist, ist ein Indikator, der hier dazugezählt wird. Zulehner (2016, S.35) beschreibt hier ebenfalls Heuristiken, die eine Entscheidungsfindung beschreiben, welche auf Schlussfolgerungen zurückgreift, die rein durch ein Gefühl zu beschreiben und somit etwas Subjektives darstellen. (Zulehner, 2016, S. 35) Unter dem Skillmix wird demnach die Berufserfahrung sowie das Können der einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verstanden. (Abt, et al., 2007, S. 5)

## 4.2 Betreuungs- und Pflegebedarf

Um den Pflege- und Betreuungsbedarf auf der orthopädischen Station D2 zu bestimmen, werden die häufigsten Pflegediagnosen auf der Station D2 nach Priorität aufgelistet. Nach der Empfehlung von OdA Gesundheit beider Basel wird ein quantitatives Stationsprofil erstellt. Es werden nun die Pflegediagnosen inklusive Risiko-diagnosen nach Häufigkeit der Verwendung aufgelistet. Die Daten hierfür stammen aus einer Auswertung der elektronischen Pflegedatenbank aus einem Zeitraum der letzten drei Monate (= Empfehlung des Handbuchs). Des Weiteren wird die zu pflegende Population inklusive deren Primärdiagnosen dargestellt.

Tabelle 6: Pflegediagnosen nach Häufigkeit

<b>Pflegediagnose</b>	<b>Anzahl der Verwendung</b>
Schmerzen	285
Infektion, Risiko	282
Körperliche Mobilisation beeinträchtigt	229
Selbstpflege Waschen/Sauberhalten beeinträchtigt	229
Periphere neurovaskuläre Störung, Risiko	214
Selbstpflege Ausscheiden beeinträchtigt	209

Quelle: Daten wurden aus der PDB erhoben; Zeitraum: 01.09.2016 - 30.11.2016

Tabelle 7: zu pflegende Population

<b>Alter</b>	<b>Patientenanzahl</b>	<b>Prozent</b>
0 - 6 Jahre	0	0,00%
7 - 16 Jahre	1	0,25%
17 - 30 Jahre	20	5,09%
31 - 65 Jahre	182	46,31%
66 - 80 Jahre	158	40,20%
81 - 100+ Jahre	32	8,14%

Quelle: Daten wurden aus dem Bereich Controlling erhoben; Zeitraum: 01.09.2016 - 30.11.2016

Tabelle 8: die 5 am häufigsten gestellten med. Diagnosen

<b>Medizinische Diagnose</b>	<b>Anzahl der Pat. mit dieser Primärdiagnose</b>
Gonarthrose	310
Koxarthrose	216
Spinal(kanal)Stenose	95
Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden	95
Meniskusschädigung	76

Quelle: Daten wurden aus dem Bereich Controlling erhoben; Zeitraum: 01.09.2016 - 30.11.2016

### 4.3 Arbeitsaufgaben

Wie bereits in Kapitel 2.2 definiert, beschreiben berufsorientierte Arbeitsaufgaben die berufsspezifischen Aufgaben und Anforderungen eines Berufes inklusive der Verantwortlichkeiten. Sie dienen im Setting Pflege als Grundlage, den Pflege- und Betreuungsbedarf in einem Unternehmen repräsentativ darstellen zu können. (Schmidt, 2016, S. 115) Laut Abt, et al. (2007, S. 23-25) werden jeder Arbeitsaufgabe Anforderungen einzeln zugeteilt. Die Autorin führt hierfür keine Interviews, wie im Handbuch empfohlen, sondern bedient sich aktueller Literatur, um dies bearbeiten zu können. Die nachfolgende Ausarbeitung des Schritt 3 der Ist-Analyse hat das Ziel, die Anforderungen der einzelnen Arbeitsaufgaben zu beschreiben. Der Handlungsanlass wird hierfür dargestellt, ebenso das methodische Vorgehen. Die Anforderungen das Pflegepersonal betreffend wird unterteilt in Fertigkeiten, Kenntnisse und Haltung. Nachstehend deren Definitionen in Bezug auf den Skill - und Grademix in der Pflege. Da Letztgenanntes eine Befragung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bedarf, dies jedoch den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde, lässt die Autorin den Punkt der *Haltung* in der Ausarbeitung weg und konzentriert sich so auf die Fertigkeiten und Kenntnisse.

### **4.3.1 Fertigkeiten**

Fertigkeiten beziehen sich auf Handlungen, welche eine definierte Leistung voraussetzen. Fertigkeiten werden erworben, oder angelernt; entweder durch gezieltes Üben oder durch Erfahrung. Es wird zwischen kognitiven und praktischen Fertigkeiten unterschieden. Beim Zweiten wird das Wort Geschicklichkeit im sprachlichen Gebrauch als synonym verwendet. (Bundesministerium für Bildung und Forschung, [BMBF], 2016, #Fertigkeiten)

### **4.3.2 Kenntnisse**

Die Kenntnis über eine Sache beschreibt das konkrete Wissen. In Bezug auf das Schweizer Handbuch geht es um das Wissen, welches benötigt wird, um eine Arbeitsaufgabe ausführen zu können. (Abt, et al., 2007, S. 24)

### **4.3.3 Haltung**

Die Haltung beim Erfüllen diverser Arbeitsaufgaben soll laut dem Schweizer Handbuch reflektiert werden. Es wird dabei auf die Einstellung den Patienten gegenüber geachtet und in diesem Zuge erfragt, welche fördernd oder hemmend in Bezug auf die zu erfüllende Arbeitsaufgabe ist. (Abt, et al., 2007, S. 24)

## **4.4 Arbeitsaufgaben Pflegefachassistenz**

Anhand der GuKG Novelle 2016 werden die Arbeitsaufgaben der Pflegefachassistenz aufgelistet. In dieser Aufzählung werden dann all jene Tätigkeiten herausgefiltert, welche taxativ angeführt sind und nicht an die Pflegeassistenz delegiert werden können.

Dieser Tätigkeitsbereich umfasst laut §83a Absatz (1) 1, die eigenverantwortliche Durchführung der ihnen von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege oder Ärzten übertragenen Aufgaben der Pflegeassistenz gemäß §83 Abs.2 und 4., laut §83a (1) 2 das Handeln in Notfällen gemäß §83 Abs.3, laut §83a (1) 3 die eigenverantwortliche Durchführung der ihnen von Ärzten über-

tragenen weiteren Tätigkeiten im Rahmen der Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie gemäß Abs.2 und laut §83a (1) 4 die Anleitung und Unterweisung von Auszubildenden der Pflegeassistentenberufe.

Diese neu kreierte Berufsgruppe übernimmt laut GuKG 2016 §83a Absatz (2) taxativ aufgezählte Tätigkeiten, die vom diplomierten Personal, wie von Ärzten delegiert werden können. Diese 5 werden nachfolgend im Einzelnen betrachtet werden.

### **4.4.1 GuKG 2016 §83a Absatz (2), 1**

*Handlungsanlass:* Durchführung standardisierter diagnostischer Programme, wie EKG, EEG, BIA, Lungenfunktionstest

*Methodisches Vorgehen im OSS:* Ein Elektrokardiogramm erhält jede Patientin und jeder Patient bei der Aufnahme auf der Sonderklassestation D2. Den operativen Patienten, welche eine Endoprothese erhalten, wird postoperativ ebenfalls ein EKG geschrieben. Derzeit führt dies für das gesamte Haus eine bestimmte Pflegeperson durch. Diese kommt mit dem mobilen EKG Gerät direkt zur Patientin bzw. zum Patienten (nach Anordnung des Arztes). Die Elektroenzephalografie und die Bio-Impedanz-Analyse werden in der Regel im OSS nicht durchgeführt und somit in der Analyse nicht ausgearbeitet. Die Durchführung einer Spirometrie, eines Lungenfunktionstestes, wird standardmäßig dann angefordert, wenn Patientinnen oder Patienten eine Wirbelsäulen OP erhalten – und zur Einschätzung des präoperativen pulmonalen Risikos nach Arztanordnung.

*Fertigkeiten EKG:* Fachgerechte Platzierung der Ableitungen (Brandt & Menche, 2013, S. 83)

*Kenntnisse EKG:* Wissen über Anatomie und Physiologie des Herzens (Funktionsweise und Lage), über das Herzkreislaufsystem und über Herzkreislauferkrankungen. (Brandt & Menche, 2013, S. 82-84)

*Fertigkeiten Spirometrie:* Bei der Durchführung der Lungenfunktion ist es abseits der fachgerechten Verwendung der Gerätschaften (inklusive Kalibrierung des Sensors) essentiell, die Patientin oder den Patienten präzise in seiner Durchführung

anzuleiten. Die Patienten folgen den genauen Anweisungen die Atemtechnik betreffend, welche durch die Pflegeperson vorgegeben werden. (Criée, 2015, S. 202-204)

*Kenntnisse Lungenfunktionstest:* Die Spirometrie ist eine Messung der Lungenfunktion, um die Reservekapazität der Lunge aufzeigen zu können und beurteilt die Atemmechanik. In Bezug auf das OSS ist der Lungenfunktionstest dahingehend von Bedeutung, da dadurch das Risiko von möglichen auftretenden perioperativen Komplikationen abgeschätzt werden kann. Das Ergebnis der präoperativen Spirometrie muss in Zusammenhang mit dem Eingriff der geplanten Operation (Dauer, Komplexität des Eingriffs) gesehen werden. Ebenfalls hat das Ergebnis der Spirometrie Einfluss auf das anästhesiologische Vorhaben und im weiteren Verlauf auf die postoperative Versorgung. Eventuell ist durch dieses Ergebnis eine postoperative Übernahme auf die Intensivstation indiziert. Die Spirometrie ist unter anderem ein Instrument zur Risikoeinschätzung bei Patientinnen und Patienten, die vor einer geplanten Operation stehen. (Oczenski, 2012, S. 151-154)

#### **4.4.2 GuKG 2016 §83a Absatz (2), 2**

*Handlungsanlass:* Legen und Entfernen von transnasalen und transoralen Magensonden

*Methodisches Vorgehen im OSS:* Im OSS werden Magensonden vorwiegend auf der Intensivstation gelegt. Dieses Leistungsspektrum ist allerdings im OSS ein seltenes.

*Fertigkeiten:* Die Sonde aus Kunststoff wird über die Nase oder die Mundhöhle in den Magen eingeführt. (Brandt & Menche, 2013, S. 250)

*Kenntnisse:* Wissen über die Indikationen einer transnasalen wie transoralen Magensonde: Das Setzen der Sonde zur Ernährungstherapie, zu diagnostischen Zwecken oder zur Ableitung und Dekompression. Kenntnis über fachgerechtes Legen der Sonde inklusive der Nachsorge. Das Erkennen möglicher Komplikationen zählt ebenso zu den Kenntnissen, die hier zu beachten sind. (Grund, Ingenpaß, & Zipfel, 2012, S. 40-44)

#### **4.4.3 GuKG 2016 §83a Absatz (2), 3**

*Handlungsanlass:* Setzen und Entfernen von transurethralen Kathetern bei der Frau, ausgenommen bei Kindern.

*Methodisches Vorgehen im OSS:* Bei operativen Patientinnen, sei es an der Wirbelsäule, bei Knie sowie Hüft Totalendoprothesen wird im OSS intraoperativ in der Regel ein Dauerkatheter gelegt; auf der Station oder bereits im Aufwachraum wird dieser, wenn keine Indikation mehr gegeben ist, entfernt.

*Fertigkeiten:* Das Setzen eines transurethralen Katheters verlangt aseptisches Arbeiten. Es ist sicherzustellen, dass die durchführende Pflegefachassistentin oder der Pflegefachassistent mit der Technik sowie den Erfordernissen der Asepsis und Antisepsis und der Hygiene vertraut ist. (Arbeitskreis „Krankenhaus- & Praxishygiene der AWMF, 2015, S. 1-8)

*Kenntnisse:* Wissen über das konkrete Vorgehen bei der Durchführung sowie beim Entfernen der Katheterisierung ist erforderlich. Die Anatomie, wie Physiologie diesbezüglich muss bekannt sein. Des Weiteren muss die Kenntnis über das Erkennen von Harnröhrenverletzung und Risiko des Harnwegsinfektes bekannt sein. Komplikationen müssen sofort erkannt werden. Wissen darüber ist essentiell, dass die Liegedauer auf das medizinisch erforderliche Minimum gesetzt ist. (Arbeitskreis "Krankenhaus-& Praxishygiene" der AWMF, 2015, S. 1-8)

#### **4.4.4 GuKG 2016 §83a Absatz (2), 4**

*Handlungsanlass:* Ab- und Anschluss laufender Infusionen, ausgenommen Zytostatika und Transfusionen mit Vollblut und/oder Blutbestandteilen, bei liegendem peripher venösen Gefäßzugang, die Aufrechterhaltung dessen Durchgängigkeit sowie gegebenenfalls die Entfernung derselben.

*Methodisches Vorgehen im OSS:* Jene Patientinnen und Patienten, welche zur konservativen Therapie zur Aufnahme kommen, erhalten eine intravenöse Schmerztherapie. Hierfür wird vom diplomierten Pflegepersonal ein intravenöser Zugang gelegt. Alle operativen Patientinnen und Patienten erhalten prä- oder intraoperativ ebenfalls einen peripheren Venenkatheter. Die letztgenannte Patientengruppe erhält in der

Regel ausschließlich am OP Tag die Analgesie über die Vene - der peripher venöse Zugang wird entfernt, sofern keine Indikation mehr gegeben ist.

*Fertigkeiten:* Aseptisches Arbeiten beim Ab- und Anschließen laufender Infusionen und zur Aufrechterhaltung der Durchgängigkeit des peripheren venösen Gefäßzuges sowie beim Entfernen dieses. (Arbeitskreis "Krankenhaus- & Praxishygiene" der AWMF, 2016, S. 1-2)

*Kenntnisse:* Diese Arbeitsaufgabe verlangt die Fähigkeit der Beurteilung eines komplikationslosen wie komplikationsbehafteten peripheren venösen Gefäßzuges, sowie dessen Einstichstelle. Die Indikation ist täglich neu zu überprüfen. Somit ist das Wissen über Infektionsanzeichen sowie über das Aufrechterhalten der Durchgängigkeit unabdingbar. (Arbeitskreis "Krankenhaus- & Praxishygiene" der AWMF, 2016, S. 1-2) Wissen über die Dauer der Verabreichung muss ebenso gegeben sein wie die Tropfgeschwindigkeit der wiederanzuschließenden laufenden Infusion und dessen Regulierungsmaßnahmen. Sämtliche möglich auftretenden Komplikationen bei Infusionen sowie bei Entfernung des peripher venösen Zuganges müssen bekannt sein. (Köther, 2011, S. 767-769)

#### **4.4.5 GuKG 2016 §83a Absatz (2), 5**

*Handlungsanlass:* Anlegen von Miedern, Orthesen und elektrisch betriebenen Bewegungsschienen nach vorgegebener Einstellung.

*Methodisches Vorgehen im OSS:* Orthesen bilden einen Teilbereich der technisch-orthopädischen Versorgung in der rehabilitativen Phase. Darunter fallen Bandagen, Schienen, Mieder und Korsette. Beeinträchtigungen bei diversen Aktivitäten sollen dadurch minimiert werden. (Greitemann, 2015, S. 117-118) Im OSS werden alle 3 physikalischen Hilfsmittel angewendet.

Elektrisch betriebene Bewegungsschienen werden verwendet, um zu verhindern, dass eine Gelenksteifigkeit einsetzt. In der postoperativen Phase einer Knieendoprothese werden diese eingesetzt, um die passive Bewegung zu fördern. Die Geschwindigkeit und das Bewegungsausmaß werden vorab von ärztlicher Seite festgelegt. (Vischer, 2013, S. 45)

*Fertigkeiten:* Fachlich korrektes Anlegen von Miedern, Orthesen und elektrisch betriebenen Bewegungsschienen.

*Kenntnisse:* Wissen über Anatomie und Kinematik der Extremitäten. Pathologische Bewegungen, wie Achsenfehlstellungen müssen erkannt werden. (List, 2013, S. 268-269)

Da nun die Auflistung aller zu delegierenden Arbeitsaufgaben an die PFA erfolgte, wird die Autorin anschließend kurz beschreiben, wie die Aufgabenverteilung derzeit diesbezüglich im OSS erfolgt.

### **4.5 Arbeitsaufgaben und Zuteilung derer aktuell**

Im Handbuch der Schweizer werden im dritten Schritt die Arbeitsaufgaben aufgelistet und danach mit dem aktuellen Personalbestand und den aktuellen Berufsniveaus abgeglichen. (Abt, et al., 2007, S. 23-26)

Die fünf im GuKG 2016 §83a Absatz (2) taxativ aufgezählten Tätigkeiten, welche vom diplomierten Pflegepersonal (oder von der Ärzteschaft) bei Einstellung der neuen Berufsgruppe delegiert werden können, werden aktuell ausschließlich von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege im OSS durchgeführt. Diese können laut GuKG 2016 der Pflegefachassistenz übertragen werden.

Bevor nun die Soll-Analyse gestartet wird, wird nach Empfehlung des Schweizer Handbuchs das aktuelle Organisationsmodell im Krankenhaus Speising beschrieben, um auch dieses in Folge bewerten zu können.

### **4.6 Organisationsmodell im orthopädischen Spital Speising aktuell**

Im orthopädischen Spital Speising findet sich die Pflegelehre von Jean Watson wieder. Die Grundsätze des Krankenhauses der Arbeitnehmerin, und damit der Vinzenz Gruppe lauten wie folgt: „Pflege mit Qualität und Seele“ – dies bedeutet:

Christliche Werte und erlebnisorientierte Pflege sowie pflegerische Kompetenz, ganzheitlicher Blick auf den Menschen, Wertschätzung, Respekt, Nächstenliebe, menschliche Zuwendung, Kontinuität, Beziehung, Förderung bzw. rasche Wiedererlangung der Gesundheit und Eigenständigkeit sowie Patientenedukation bilden die Kernbereiche bezugnehmend auf die Gesundheits- und Krankenpflege in diesem Krankenhaus. (OSS, 2016, #Gesundheits-und Krankenpflege)

In der Theorie nach Jean Watson gekoppelt mit der realistischen Pflegesituation vor Ort finden sich die oben genannten Grundsätze weitestgehend wieder. 2014 wurde dies für das Krankenhaus im Zuge der Homepageerneuerung festgelegt: Das pflegerische Handeln orientiert sich nach *der Theory of human Caring* nach Jean Watson.

Jean Watsons Theorie setzt sich zum Ziel, Menschen im Prozess des Bestrebens nach Harmonie zu begleiten. Im Hauptfokus steht hierbei eine pflegerische Beziehung. Die amerikanische Pflegewissenschaftlerin geht davon aus, Pflegekräfte, welche Gefühle nach einer Interaktion mit anderen Menschen widerspiegeln, unterstützen die Patientinnen bzw. den Patienten damit im Prozess der Selbsterkenntnis. Körper, Geist und Seele gelangen durch diesen Akt in Einklang und tragen somit zur Genesung bei. Dies versteht Jean Watson unter dem Begriff Gesundheit. Körper, Geist und Seele bilden eine Einheit. Es geht bei der sogenannten transpersonalen Zuwendung wie Jean Watson es benennt um einen Gefühlsausdruck eines Menschen, der wahrgenommen und nachempfunden wird. Durch diverse äußere Anzeichen vermitteln die Pflegenden den Patienten echtes Interesse; dies wiederum hilft diesen sich ihren Gefühlen zu stellen und Wohlbefinden zu erfahren. Die menschliche Zuwendung steht hier im Mittelpunkt und bildet den Kern der Pflege. (Lauber, 2012, S. 117-119)

## 5 Soll Analyse

Im Schritt der Soll-Analyse werden nun Arbeitsaufgaben zu den zukünftigen Berufsprofilen zugeteilt. Danach wird das Organisationsmodell in der Institution beschrieben, welches in der Zukunft vermeintlich zu verwenden ist. (Abt, et al., 2007, S. 16)

### 5.1 Arbeitsaufgaben mit zukünftigen Berufsprofilen

Die Autorin wird die im Gesundheits- und Krankenpflegesetz taxativ aufgelisteten Tätigkeitsbereiche der neuen Berufsgruppe der Pflegefachassistenz von Kapitel 4.3 analysieren. Dies bildet die Basis dessen, welche Tätigkeiten vom diplomierten Personal an die Berufsgruppe der Pflegefachassistenz delegiert werden kann, sofern diese im OSS Einsatz findet. Da in diese Richtung vom Management noch keine Entscheidung diesbezüglich kommuniziert wurde, somit nicht klar ist, ob Pflegefachassistenten eingestellt werden sollen, wird die folgende Bearbeitung im Konjunktiv verfasst werden. Dafür ist es notwendig, in der Delta-Ist-Soll Analyse in Kapitel 6 eine Hypothese aufzustellen. Das anschließende Ergebnis präsentiert somit eine subjektive Möglichkeit, die Station D2 zu besetzen, ohne Pflegequalitätsminderung, sondern einer Steigerung bzw. Erhaltung dieser. Die Autorin beschreibt also, welcher Skill- und Grademix im orthopädischen Spital Speising im Sinne der Pflegeergebnisqualität angedacht werden könnte.

Um die relevanten Arbeitsaufgaben der PFA für das OSS und speziell für die Sonderklassestation D2 zu definieren, wählt die Autorin folgende Darstellungs- und Herangehensweise:

Es werden die häufigsten Pflegediagnosen, welche auf der ausgewählten Akutstation adaptiert auf die Patientengruppe verwendet werden aus Kapitel 4.2 herangezogen, und mit den taxativ aufgelisteten Arbeitsaufgaben der PFA abgeglichen. In der nachstehenden Abbildung wird dieser Abgleich der Pflegediagnosen, welche in den letzten drei Monaten am häufigsten auf der Station D2 verwendet wurden, (Daten bezogen aus der elektronischen Pflegedatenbank), mit den Arbeitsaufgaben der Pflegefachassistenz gezeigt.

Tabelle 9: Abgleich der Pflegediagnosen auf D2 mit den zu delegierenden Arbeitsaufgaben der PFA

Arbeitsaufgaben PFA laut GuKG §83a, Absatz (2) 1-5	PD angewandt auf der Station D2
Durchführung standardisierter diagnostischer Programme, wie EKG, EEG, BIA, Lungenfunktionstest	Tätigkeiten im Rahmen der Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie
Legen und Entfernen von transnasalen und transoralen Magensonden	Keine relevante PD diesbezüglich im OSS angewendet
Setzen und Entfernen von transurethralen Kathetern bei Frauen	Risikodiagnose: Infektion PD: Selbstpflege Ausscheiden beeinträchtigt
Ab- und Anschluss laufender Infusionen, bei liegendem peripher venösen Gefäßzugang, die Aufrechterhaltung dessen Durchgängigkeit sowie gegebenenfalls die Entfernung derselben	Risikodiagnose: Infektion PD: Schmerzen
Anlegen von Miedern, Orthesen und elektrisch betriebenen Bewegungsschienen nach vorgegebener Einstellung	PD: körperliche Mobilität beeinträchtigt

Quelle: Eigene Darstellung

Aus dieser Tabelle kann herausgelesen werden, dass sich eine einzige zu delegierende Maßnahme an die PFA nicht in den Pflegediagnosen auf der Station D2 widerspiegelt, und zwar das *Legen und Entfernen von transnasalen und transoralen Magensonden*. Alle weiteren Arbeitsaufgaben sind somit für die ausgewählte Station relevant.

## 5.2 Organisationsmodell zukünftig

2014 wurden im Zuge der Homepage-Erneuerung intern Überlegungen angestellt, welche Pflege Theorie im OSS angewandt werden soll. In den Mittelpunkt soll die Betreuungskontinuität sowie das Vertrauen zur Patientengruppe bei kurzer Verweildauer rücken. Daraus resultierend wurde auf die Berufsgruppe der Abteilungshilfe verzichtet, um gewisse Kontinuität durch ausschließlich zwei Berufsgruppen (Pflegehelferinnen und Pflegehelfer sowie diplomiertes Personal) zu gewährleisten. Die humanistische Theorie nach Jean Watson stellt nun den holistischen Ansatz bei der Pflege und Betreuung von Menschen in den Vordergrund. Die Wahrnehmung des Menschen in seiner Ganzheit ist vorrangig. (Lauber, 2012, S. 117-119) Die Grundsätze des OSS bzw. der Vinzenz Gruppe, welche in Kapitel 4.6 angeführt sind, spiegeln sich in der Pflege Theorie nach Jean Watson wider, weshalb die Autorin diese auch in Zukunft weiterempfehlen würde. Aufgrund der Tatsache, dass diese Theorie eine hohe Vertrauenskomponente impliziert, ist die hohe arbeitsteilige Organisation (möglicherweise durch 3 Berufsgruppen) bei kurzer Verweildauer allerdings im Widerspruch dazu.

## 5.3 Organisationsform

Im gesamten OSS und somit auch auf der Station D2 wird die Bereichspflege durchgeführt. Dabei übernimmt ein definiertes Team von Pflegepersonen die Verantwortung für die Pflege und Betreuung für eine bestimmte Anzahl von Personen. (Menker, 2013, S. 40) Dies ergibt auf der Sonderklassestation je 10 Patientinnen und Patienten für die eine diplomierte Pflegeperson die Letztverantwortung übernimmt. Aus Managementsicht gibt es Überlegungen dahingehend, die unterschiedlichen Qualifikationsstufen nach komplexen und stabilen Pflegesituationen zuzuteilen. Daraus ergibt sich die Auseinandersetzung, ob die Bereichspflege zukünftig weiterhin die geeignete Organisationsform ist, oder ob einer Adaptierung angedacht werden muss.

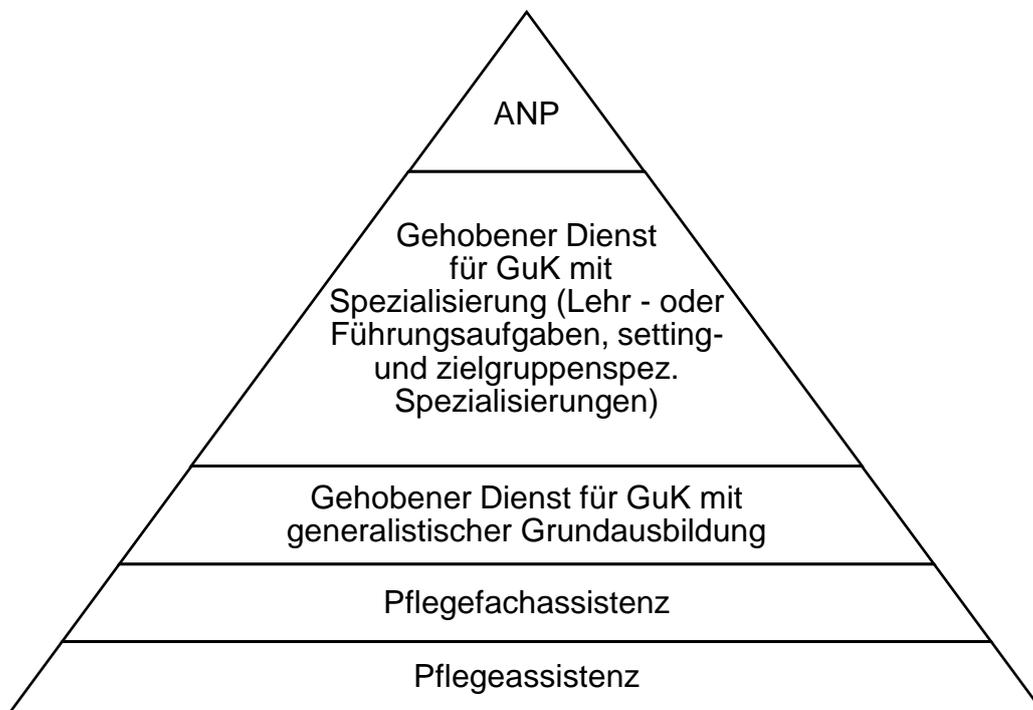
## 6 Delta-Ist-Soll Analyse

In der letzten Phase erfolgt ein Abgleich der Ist- mit der Soll Analyse. Hier findet demnach die Einschätzung des neuen Skill- und Grademix auf der Sonderklassestation D2 im orthopädischen Spital in Speising statt.

### 6.1 Kompetenzmodell in Gesundheitsberufen nach Grades

Aufgrund der Gesetzesänderung in der Gesundheits- und Krankenpflege 2016 hat sich die Aufteilung der Pflegekompetenzen nach Ausbildung wie folgt verändert:

Abbildung 2: Kompetenzmodell für Pflegeberufe, national



Eigene Darstellung in Anlehnung an (Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband [ÖGKV], 2011, S. 15-16)

Wird dieses Modell nun umgelegt auf das orthopädische Spital in Speising, so könnte in Zukunft, sofern alle dargestellten Berufsgruppen Anstellung im OSS finden, sich so gestalten, wie im nachstehenden Kapitel abgebildet.

## 6.2 Zukünftige Skills und Grades auf der Station D2?

In der nachstehenden Abbildung sind die Niveaustufen der Skills und Grades abgebildet, welche auf der Sonderklassestation hypothetisch zum Einsatz kommen könnten. An der X-Achse befinden sich die Grades aufgelistet, auf der Y-Achse werden in Kurzform die dazugehörigen Skills beschrieben.

Abbildung 3: zukünftige Skills und Grades Station D2?

	Etagen-service	Pflegeas-sistenz	Pflege-fachas-sistenz	DGKP Generalist	DGKP mit Spezialisie-rung	ANP
Service-leistungen	X					
Einfache Tä-tigkeiten be-ständigen Si-tuationen (Delegation mit Aufsicht)	X					
Tätigkeiten bei Standard-situationen (Delegation ohne Auf-sicht)	X					
Leitung kom-plexer, vor-hersehbarer Aufgaben	X					
Kompetenz-vertiefung	X					
Kompe-tenzerweite-rung	X					

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an (ÖGKV, 2011, 14-16)

Die Grafik zeigt, auf welcher Ausbildungsebene bestimmte definierte Bereiche in der Gesundheits- und Krankenpflege abgedeckt werden (hier muss das Etagenservice exkludiert werden, da diese nicht dem Gesundheitswesen zugeordnet wird). Abgeglichen mit dem 5-stufigen Kompetenzmodell nach Benner (2000), dem Dryfus-Modell, ist die Berufsgruppe der Pflegeassistenz demnach der

Neuling bzw. der Novize, der sein Handeln durch Regeln und Normen leitet. Eine Stufe darüber nennt sie den fortgeschrittenen Anfänger, der Standardsituationen bewältigt, und diese vor allem wiedererkennt. Hier findet sich die Berufsgruppe der Pflegefachassistenz wieder. Tätigkeiten können an diese delegiert werden, wobei hier keine Aufsicht notwendig ist. In Stufe drei beschreibt Benner die kompetent Pflegenden. Arbeiten werden effizient nach Plan ausgeführt, wie es bei den Angehörigen des diplomierten Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege der Fall ist. Auf der vorletzten Stufe werden die erfahrenen Pflegepersonen genannt, die eine Kompetenzvertiefung mit sich bringen. Das Pflegeproblem wird hier im Kern wahrgenommen und die Situation als Ganzes erfasst. Die Pflegeexperten, welche aus Sicht der Autorin hier die zukünftigen ANP-Studentinnen und Studenten sind, stehen auf Stufe 5 und erfassen komplexe Situationen teilweise bereits intuitiv. Benner spricht vom Durchlaufen der Kompetenzstufen, beginnend bei der Novizin bzw. beim Novizen durch praktisches Wissen und die Fähigkeit situativ zu handeln. (Benner, 2000, S. 41-50) Hier sind demnach die Skills im Vordergrund; beim Kompetenzmodell in Gesundheitsberufen stehen die Grades im Hauptfokus. Dies darf hier bei diesem Abgleich nicht ungeachtet bleiben.

Derzeit ist das Verhältnis von Pflegeassistentinnen zu diplomiertem Personal auf der Sonderklassestation D2 gerundet 1:3. Die Relation des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zur Pflegeassistenz beträgt daher wie in Kapitel 4.1.1 genau 73,3% zu 26,6%.

Aus Managementsicht müssen Überlegungen bezugnehmend auf die Neuaufteilung der Berufsgruppenszusammensetzung gemacht und kommuniziert werden. Da dies noch nicht passiert ist, wird die Autorin von einer reinen Hypothese ausgehen. Angenommen, das diplomierte Pflegepersonal soll nun reduziert werden, sodass die Assistenzberufe die Hälfte aller tätigen Berufsgruppen abbilden (PA und PFA), so wäre die Aufteilung bei Einstellung von Pflegefachassistentinnen und -assistenten hypothetisch theoretisch wie folgt in Tabelle 10 abgebildet:

Tabelle 10: zukünftiger, hypothetischer Grademix auf der Station D2

Pflegeassistenz	25%
Pflegefachassistenz	25%
Diplomiertes Personal	50%

Quelle: Eigene Darstellung

Die sich daraus ergebenden Herausforderungen des dreiteiligen Qualifikationsmix in der Einsatzplanung der Organisationseinheit werden hier von der Autorin nicht näher erläutert, da dies den Rahmen der Arbeit sprengen würde.

### 6.3 Delegation

Um den neuen Skill- und Grademix abschätzen zu können, müssen im Sinne des Qualitätsmanagements Kennzahlen entwickelt bzw. ausgewertet werden. Die Autorin wird sich hierfür mit jeder der zu delegierenden Bereiche an die Pflegefachassistenz beschäftigen. Die Pflegequalität darf unter der Delegation nicht leiden; daraus ergibt sich folgende Hypothese:

*Durch die Delegation von 4 Tätigkeitsbereichen an die Berufsgruppe der Pflegefachassistenz bleibt die Patientenzufriedenheit im OSS gleich wie zwei Jahre zuvor.*

Jedes zweite Jahr findet die Befragung der stationären Patientinnen und Patienten zur Zufriedenheit (unter anderem) zur pflegerischen Versorgung im OSS statt. Anhand von Fragebögen kann die Patientenzufriedenheit abgelesen und danach auch mit vorhergegangenen Befragungen verglichen werden.

Die gewonnenen Daten über die Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten sind letzten Endes subjektiv. Dieses Verfahren der Befragung dient zur Messung der Ergebnisqualität. Diese stellt die Ergebnisse der erbrachten Leistung der Pflege dar. Hier sind jedoch BIAS zu finden, welche bei der Auswertung bzw. bei der Interpretation nicht ungeachtet werden sollten. Aufgrund einer möglicherweise entstehenden Abhängigkeit zwischen dem Pflegenden und dem zu Pflegenden kann es zu Hemmungen beziehungsweise zu äußernder Kritik kommen. Dies würde das Er-

gebnis falsch-positiv verfälschen. Des Weiteren können sich teilweise nicht alle Patienten artikulieren oder mitteilen, sei es aufgrund vom vorherrschenden Krankheitsbild, oder der fehlenden Einschätzungsfähigkeit. (Schmidt, 2010, S. 15)

Aufgrund der subjektiven Einschätzung der Patientenzufriedenheit und den genannten möglichen Verfälschungen und Verzerrungen der Ergebnisse durch diese Art der Befragung wird die Autorin Ergebnisse aufzeigen, welche alle 3 Gütekriterien erfüllen. Die Vorgabe der Objektivität, Reliabilität und Validität werden eingehalten, damit es zu einem vertrauenswürdigen Ergebnis kommen kann, wie bei den Ergebnissen der LPZ. Die Validität zeigt, in welchem Ausmaß ein Messinstrument auch genau das misst, was es messen soll. Die Reliabilität wird mit der Zuverlässigkeit eines Messinstruments übersetzt und zusammen mit der Objektivität werden alle 3 Gütekriterien als Aspekte für repräsentative Aussagen von Kennzahlen genannt. (Mayer, 2011, S. 227-231)

Um im Sinne der pflegerischen Behandlungsqualität agieren zu können, wird die Autorin Kennzahlen wählen, die eine binäre Verteilung zur Auswertung haben. Wie in den vorigen Kapiteln ausgearbeitet, sind 4 zu delegierenden Tätigkeiten an die Pflegefachassistenz, der insgesamt 5 taxativ im GuKG 2016 aufgezählten, für die Station D2 im Sinne der Tätigkeiten-Übernahme relevant. Die Delegation rückt dadurch in den Mittelpunkt. Grundsätze der Delegation, welche vom diplomierten Pflegepersonal geachtet werden müssen, werden nachfolgend aufgelistet und in Bezug auf die Berufsgruppe der PFA gesetzt.

### **6.3.1 Grundsätze Delegation**

Die Angehörigen des gehobenen Dienstes für GuK übernehmen bei der Delegation weiterhin die Verantwortung der übertragenen Pflegemaßnahme. Der Pflegeprozess an sich kann jedoch nicht delegiert werden – dies ist im Gesetz festgelegt. Die Bereiche der Beurteilung und Bewertung eines pflegerischen Zustands, die daraus resultierende Planung und Evaluierung bleiben somit im Kompetenzbereich des gehobenen Dienstes. Die Entscheidung, ob gewisse Tätigkeiten delegiert werden können, obliegt der Einschätzung der DGKP. Ebenfalls muss sie sich den Kompetenzen der jeweiligen Teammitglieder bewusst sein. Die DGKP delegiert ausschließlich all

jene Tätigkeiten, welche im Berufsbild der PFA enthalten sind. Des Weiteren muss sie sicherstellen, dass der PFA, welcher eine Tätigkeit delegiert wird, die Kenntnisse zur Durchführung jener Aufgabe und auch die Fertigkeit dazu besitzen muss (siehe Kapitel 4.4).

Die Kommunikation ist ein wichtiger Bestandteil bei der Delegation von Aufgaben und soll nach dem sogenannten *two-way-process* ablaufen. Auf Seiten der PFA muss es erlaubt sein, Fragen zu stellen, auf Seiten der DGKP sollen die Erwartungen dieser zuvor in einem Dialog geklärt werden. Zu all den genannten Punkten kommt die Aufgabe der Stationsleitung hinzu, diesen Prozess der Delegation zu planen, etablieren, zu bewerten, überwachen und zu prüfen. (ANA & NCSBN, 2005, S. 2) Daraus wird der sogenannte Delegationsprozess, der im nächsten Kapitel dargestellt wird, definiert.

### 6.3.2 Delegationsprozess

Abbildung 4: Delegationsprozess



Quelle: Eigene Darstellung

Der Delegationsprozess besteht demnach aus vier essentiellen Bereichen: Dem Assessment und der Pflegeplanung durchgeführt durch die DGKP im ersten und effektiver Kommunikation dessen, was delegiert werden soll, im zweiten Schritt.

Ein wesentlicher Bestandteil dieses Prozesses ist die Überwachung und Aufsicht über die delegierte Intervention sowie derer, die dies durchführen. Abgeleitet davon muss eine Evaluierung dessen mit anschließendem Feedback und Maßnahmenplanung die Folge sein. (ANA & NCSBN, 2005, S. 7-9)

Durch diesen Theorieinput leitet die Autorin in Anlehnung an ANA & NCSBN (2005) diverse Fragen für die Delegation ab, welche im nächsten Unterkapitel bearbeitet werden.

### **6.4 Kennzahlen Delegation für das OSS**

Aus einer Studie im Bereich Pflege, in ausgewählten europäischen Ländern durchgeführt, geht bezugnehmend auf den Skill-Mix hervor, dass bei der Umsetzung von Maßnahmen durch ein niedrigeres Berufsniveau, die pflegerische Versorgungsqualität minimal aber doch sinkt. (Aiken, et al., 2016) Um dieser Problematik entgegenzuwirken, muss im Bereich der Delegation von Aufgaben angesetzt werden. Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen müssen effektiv mit den Pflegeassistentenberufen arbeiten. Die Fähigkeit zu delegieren und übertragene Maßnahmen zu überwachen sind kritische Kompetenzen für diese. (ANA & NCSBN, 2005, S. 1)

Die Autorin hat hierfür Fragen entwickelt; anlehnend an den National Council of State Boards of Nursing, NCSBN, und der American Nurses Association, ANA, beschreiben diese 5 ausschlaggebende Kriterien, welche bei der Delegation unabdingbar sind. (ANA & NCSBN, 2005, S. 5) Alle nachstehend aufgelisteten Fragen bezugnehmend auf die Delegation können binär beantwortet werden. Die Autorin legt diese 5 Punkte auf die Gegebenheiten im OSS um und beschreibt folgende Kennzahlen, anlehnend an die „Five Rights Of Delegation“ (ANA & NCSBN, 2005, S. 5)

#### **6.4.1 Richtige Aufgabe**

*Darf die DGKP die zu delegierende Aufgabe laut GuKG 2016 an die PFA abgeben?*  
Dieser Punkt muss in der Checkliste ein *Ja* als Ergebnis haben, andernfalls darf die Arbeitsaufgabe nicht übertragen werden. Ist gesetzlich nicht vorgesehen, dass die

PFA diese eine bestimmte Aufgabe durchführt, so muss von einer Delegation abgesehen werden.

*Werden aktuelle Richtlinien eingehalten?* Die im OSS definierten und zu befolgenden Richtlinien sind in ihrer aktuellen Form im Intranet abrufbar. Ist die Kenntnis über die aktuell gültigen Richtlinien vorhanden und werden diese entsprechend angewandt, muss auch hier bei der Checkliste ein *Ja* resultieren.

*Wurden zuvor Informationen zu den Bedürfnissen der Patienten eingeholt?* Hier geht es um das Assessment sowie um die Informationssammlung der Patientinnen und Patienten, die im Rahmen des Pflegeprozesses vom diplomierten Personal eingeholt werden. Dies ist der erste Schritt im Pflegeprozess und ist daher unabdingbar, bevor eine Delegation erfolgt.

Zusammengefasst muss in den Bereich, bei dem es um die zu delegierende Aufgabe geht, jeder Punkt an der Checkliste mit *Ja* angekreuzt sein.

### **6.4.2 Richtige Bedingungen**

*Verfügt die PFA über die Durchführungskompetenz der delegierten Intervention?*

*Verfügt die PFA über die Kenntnisse, um die delegierte Aufgabe fachgerecht durchführen zu können?*

*Verfügt die PFA über die Fertigkeiten, die delegierte Aufgabe durchzuführen?*

Wie bereits in Kapitel 4.4 beschrieben, muss abseits der Fertigkeiten, um eine Aufgabe fachgerecht durchzuführen, sowohl das Wissen darüber und die Durchführungskompetenz gegeben sein. Auch hier gilt daher: alle drei hier angeführten Fragen müssen mit einem *Ja* beantwortet werden, ehe eine Delegation erfolgt.

### **6.4.3 Richtige Person**

*Delegiert genau jene DGKP, die verantwortlich ist für den oder die Betroffene, die durchzuführende Maßnahme?* Im Sinne der Bereichspflege soll hier lediglich jene DKGP delegieren, welche die Verantwortung über dem Patienten oder der Patientin

trägt. Wichtig in diesem Zusammenhang ist die Tatsache, dass dieser die Weiterdelegierung obliegt, ebenso wie die Auswahl der oder des Ausführenden. (BMG, 2015, S. 6-9)

*Darf die Berufsgruppe der PFA die ihm delegierte Aufgabe laut GuKG 2016 durchführen?* Ganz klar gibt hierbei das Gesetz vor, welche Aufgabe übertragen werden kann; wenn diese nicht im GuKG aufgelistet ist, so wird rechtswidrig gehandelt – daraus resultiert ein unabdingbares *Ja* bei der Checkliste.

### **6.4.4 Richtige Anleitung, richtige Kommunikation**

*Ist die Anleitung der DGKP an die PFA für diese verständlich ausgedrückt?* Die DGKP muss sich rückversichern, ob das zu Delegierende unmissverständlich kommuniziert wurde, um in weiterer Folge Fehler zu vermeiden.

*Weiß die PFA, wann sie welche Informationen an die DGKP weitergeben muss?* Vor der Delegation muss seitens der DGKP klar definiert werden, welche essentiellen Informationen bei der Übergabe nicht fehlen dürfen.

*Findet die Kommunikation zwischen DGKP und PFA im two-way-process statt?* Um Missverständnissen in der mündlichen Übergabe der Arbeitsaufgabe entgegenzuwirken, wird in der Literatur der two-way-process empfohlen. (NCSBN; National Council of State Boards of Nursing , 2016, S. 6-8) Auch dieser Prozess ist hier ein Muss-Kriterium. Im Sinne der Risikominimierung muss auch in diesem Bereich jede Frage der Checkliste mit *Ja* beantwortet werden, ehe eine Delegation erfolgt.

### **6.4.5 Richtige Beaufsichtigung**

*Sind Evaluationen zur fachgerechten Durchführung der delegierten Interventionen seitens der DGKP definiert?*

*Sind Evaluationen zur zeitgerechten Umsetzung der Anordnung seitens der DGKP definiert?*

Aus Sicht der Autorin kann bei den zwei zuvor genannten Fragen ebenfalls kein *Nein* auf der Checkliste akzeptiert werden. Es ist im Delegationsprozess definiert, dass im letzten Schritt eine Evaluierung stattfinden muss. Daher ist dies vorab von

der DGKP zu definieren, um klar darzulegen, worauf der Fokus bei der auszuführenden Aufgabe gesetzt ist.

Aus all diesen Fragen kann nun eine Checkliste kreiert werden, die darstellen soll, ob gewisse Tätigkeiten tatsächlich delegiert werden können oder eben nicht. Wird ein einziges *Nein* angekreuzt, so wird damit aufgezeigt, in welchem Bereich noch Handlungsbedarf besteht und wo vorerst von einer Delegation abgesehen werden muss (siehe Anhang 1). Im Sinne einer Do-and-Confirm Checkliste wird abgefragt, ob alles, was für den nächsten Handlungsschritt benötigt oder durchgeführt werden sollte, auch tatsächlich durchgeführt wurde. Aufgrund dessen geht die Autorin hierbei von einem 100 prozentig positivem Ausfüllungsgrad aus, bevor eine Arbeitsaufgabe übertragen wird.

## 7 Conclusio

Der Skill- und Grademix ist in der Fachliteratur bezugnehmend auf die Pflege im nationalen, wie internationalem Raum teilweise schwer vergleichbar dargestellt und noch wenig beforscht. Aus einer aktuellen internationalen Studie geht hervor, dass durch Einsatz von Assistenzberufen in der Pflege die Versorgungsqualität sinkt. Des Weiteren ergab die länderübergreifende Studie, dass der Einsatz der sogenannten *professional nurses* mit einer niedrigeren Mortalitätsrate im Vergleich zu einem weniger gut ausgebildetem Personal korreliert. (Aiken, et al., 2016, S. 1-8) Hierbei ist allerdings seitens der Autorin anzumerken, dass Ländervergleiche vorgenommen wurden, welche differente Ausbildungen und dadurch auch verschiedene Kompetenzen aufweisen. Auch die Gesetzgebung ist in vielen Ländern unterschiedlich.

Um nun einen optimalen Skill- und Grademix für eine bestimmte Station anstreben zu können, ist es bei dieser Form der normativen strategischen Planung, wie es in dieser Bachelorarbeit aufgezeigt wird, wichtig, sich an den Kompetenzen zu orientieren. Sich rein an den Tätigkeiten festzuhalten, ohne diese näher zu beleuchten, ergibt kein aussagekräftiges, sondern ein verzerrtes Ergebnis. Jede Tätigkeit muss einzeln analysiert und aufgeschlüsselt werden, um zu sehen, welche Fertigkeiten, Wissenskenntnisse und Fähigkeiten auch tatsächlich dafür benötigt werden. Es muss klar bei jeder Arbeitsaufgabe definiert werden, welche Fähigkeiten und Fertigkeiten notwendig sind, und worauf bei der Nutzung von Hilfsmitteln geachtet werden muss. Bezugnehmend auf die Kenntnisse muss geklärt werden, welches Wissen zur korrekten Umsetzung einer Tätigkeit vorhanden sein muss (auch aktuelle Standards und Richtlinien müssen herangezogen werden) und wie dies evaluiert werden kann. Dies obliegt dem gehobenen Dienst der GuK. (Abt, et al., 2007, S. 23-24)

Die begleitende Evaluierung im Dienstleistungssektor, in diesem Fall in Bezug auf die Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit, ist bei einer Umstrukturierung ebenso unumgänglich wie die Evaluierung der Qualitätssicherung. Für die Beurteilung der Ergebnisqualität ist die Evaluation ein durchzuführendes Muss. (Schmidt, 2016, S. 260)

Der Abgleich der taxativ aufgezählten Tätigkeiten der PFA mit den nach Priorität gereihten Pflegediagnosen zeigt, dass vier der fünf Tätigkeitsbereiche im orthopädischen Spital Speising vom diplomierten Pflegepersonal an die Pflegefachassistenten delegiert werden können. Hierfür gibt es genau definierte Kriterien, welche bei der Delegation beachtet werden müssen: Bei der Delegation übernimmt die Pflegeperson, welche eine Aufgabe an jemand anderen überträgt, weiterhin die Letztverantwortung über die Erbringung der Pflegeintervention inklusive korrekter Dokumentation. Die Durchführungsverantwortung bleibt jedoch bei der PFA. Es muss klargestellt werden, dass diese bestimmte zu delegierende Aufgabe den berufsgesetzlichen Regelungen des Assistenzberufes entsprechen. Die Verantwortung zur Sicherstellung, ob das Pflegeassistentenpersonal die delegierte Aufgabe fachgerecht, korrekt und am richtigen Patienten durchführen kann, liegt jedoch ebenfalls beim diplomierten Pflegepersonal. Eine offene Kommunikation beider Berufsgruppen ist hier anzustreben; eine two-way-Kommunikation ist zu empfehlen. Die Anweisungen des diplomierten Pflegepersonals sollen deutlich, genau und vollständig sein. Des Weiteren müssen sie sicherstellen, dass das Delegierte bei der anderen Berufsgruppe unmissverständlich angekommen ist. (NCSBN; National Council of State Boards of Nursing , 2016, S. 6-8) Diese aufgezählten Punkte fasst die Autorin in einer Checkliste zusammen. Diese dient dem gehobenen Dienst für GuK zur Überprüfung, ob bestimmte Arbeitsaufgaben auch tatsächlich delegiert werden können, mit dem vorrangigen Ziel der Qualitätssicherung. Für die Sonderklassestation D2 würde dies in der Praxis bedeuten, falls sich das höhere Management für die Berufsgruppe der PFA im OSS entscheidet, die Checkliste mit jeder Pflegefachassistentin, oder jedem Pflegefachassistenten durchzugehen, um den gesamten Durchlauf des Delegationsprozesses gewährleisten zu können.

Zum Themenbereich Skill- und Grademix gibt es in der Literatur bis dato noch wenig aussagekräftige Literatur, um handfeste Aussagen zur Versorgungsqualität in Bezug auf die Ausbildung tätigen zu können. Wenn die ersten Absolventinnen und Absolventen der PFA im Gesundheitswesen tätig sind, müssen aus Sicht der Autorin vom Management im Sinne eines PDCA Zyklus Evaluierungen durchgeführt werden, um die Pflegequalität zu sichern. Nur durch kontinuierliche Kontrolle kann dies gewährleistet werden.

## Literaturverzeichnis

Abt, T., Eglin, S., Geisser, R., Karrer, H.-P. L., Mohler, H., Schmidt, A., Spirig, H.; Wyss, U., Zeuglin, B. (2007). Der richtige Mix bringt's. (O. G. Basel, Hrsg.) Basel: o.A.

Aiken, L., Ausserhofer, D., Ball, J., Bruyneel, L., Sloane, D., Griffiths, P., . . . Sermeus, W. (8. Oktober 2016). Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient rating, and quality of care. Philadelphia. doi:10.1136/bmjqs-2016-005567

Albrecht, M., & Töper, A. (2006). erfolgreiches Changemanagement im Krankenhaus. Dresden: Springer Verlag.

ANA, & NCSBN. (2005). ncsbn. Abgerufen am 26. November 2016 von [https://www.ncsbn.org/Delegation\\_joint\\_statement\\_NCSBN-ANA.pdf](https://www.ncsbn.org/Delegation_joint_statement_NCSBN-ANA.pdf)

Arbeitskreis"Krankenhaus- & Praxishygiene"der AWMF. (Jänner 2015). Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Abgerufen am 7. November 2016 von [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/029-007I\\_S1\\_Harndrainage\\_2015-02\\_01.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/029-007I_S1_Harndrainage_2015-02_01.pdf)

Arbeitskreis"Krankenhaus-& Praxishygiene" der AWMF. (29. August 2016). AWMF. Abgerufen am 20. November 2016 von [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/029-015I\\_S1\\_Hygiene\\_Punktion\\_Medikamentenapplikation\\_intravasal\\_2016-01.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/029-015I_S1_Hygiene_Punktion_Medikamentenapplikation_intravasal_2016-01.pdf)

AustrianStandards. (01. Juni 2012). Qualitätsmanagement in der Pflege - Strukturstandard-Personalmanagement in der allg. Erwachsenenpflege(PPR-Ö). Von <https://shop.austrianstandards.at/Preview.action;jsessionId=EBBE7E43DBEBAE33F289FB06E78EC75E?preview=&dokkey=215658&selectedLocale=de> abgerufen

Bartholomeyczik, S., Linhart, M., Mayer, H., & Herbert, M. (2008). Lexikon der Pflegeforschung - Begriffe aus der Forschung und Theorie. Wien: Facultas Verlag.

- Benner, P. (2000). Stufen zur Pflegekompetenz. Bern: Hans Huber Verlag.
- BMG. (03. September 2015). Parlamentsdirektion. Abgerufen am 28. November 2016 von [https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/SNME/SNME\\_04661/imfname\\_463421.pdf](https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/SNME/SNME_04661/imfname_463421.pdf)
- Bourgeault, I. L., Kuhlmann, E., Neiterman, E., & Wrede, S. (2008). How can optimal skill mix be effectively implemented and why. Estland.
- Brandt, I., & Menche, N. (Hrsg.). (2013). Pflege konkret - Innere Medizin. Esslingen.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung. (2016). Deutscher Qualifikationsrahmen. Berlin, Deutschland. Abgerufen am 31. Oktober 2016 von <http://www.dqr.de/content/2325.php>
- Criée, C.-P. (März 2015). ASU Zeitschrift für medizinische Prävention. Leitlinie zur Spirometrie(50), S. 200-215.
- Echterhoff, G., Hussy, W., & Schreier, M. (2010). Forschungsmethoden in der psychologie und Sozialwissenschaften. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Flick, U. (2002). Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Gabler Wirtschaftslexikon. (2016). Abgerufen am Oktober. 31 2016 von <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/kompetenzbereich.html>
- Gadamer, H.-G. (2010). Wahrheit und Methode - Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik. Tübingen: Mohr-Siebeck.
- Greiling, M., & Muszynski, T. (2008). strategisches Management im Krankenhaus. Stuttgart: Kohlhammer-Verlag.
- Greitemann, B. (2015). Rehabilitation in der Orthopädie und Unfallchirurgie. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Grund, K.-E., Ingenpaß, R., & Zipfel, A. (Februar 2012). Sonden Legen. Lege Artis, S. 40-44.

- ISO. (Oktober 2016). Abgerufen am 31. Oktober 2016 von ISO 6385:2016(en): <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:6385:ed-3:v1:en>
- Kelly, P. (2010). Essentials of Nursing Leadership & Management. Delmar: o.A.
- Kelly-Heidenthal, P., & Marthaler, M.-T. (2008). Pflege delegieren. (T. Moser, Hrsg.) o.A.: Hans-Huber-Verlag.
- Koßmann, J.-H., & Schmidt, T. (2009). Standardisierung im Kontext Change Management. Norderstedt: GRIN Verlag.
- Köther, I. (2011). Altenpflege. Stuttgart: Thieme-Verlag.
- Kratz, T., & Weidner, F. (Juni 2012). Qualifizierung in Gesundheits- und Pflegeberufen. (F. Hubert-Esser, Hrsg.) BWP - Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis.
- Lauber, A. (2012). Grundlagen beruflicher Pflege. Stuttgart: Thieme-Verlag.
- Lewin, K.: Feldtheorie in der Sozialwissenschaft. Bern, Stuttgart, 1963, zit. nach: Lauer, T. Change Management - Grundlagen und Erfolgsfaktoren. Aschaffenburg: Springer Verlag, 2010.
- List, M. (2013). Physiotherapeutische Maßnahmen in der Traumatologie. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Mayer, H. (2011). Pflegeforschung anwenden. Wien: Facultas-Verlag.
- Menker, K. (2013). Pflegelehre und -praxis. (C. Waterboer, Hrsg.) Mannheim: Urban&Fischer-Verlag.
- Müller-Stewens, G. (2016). gabler wirtschaftslexikon. (S. G. Verlag, Hrsg.) Wiesbaden, Deutschland. Abgerufen am 4. November 2016 von <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/7949/strategische-planung-v8.html>
- NCSBN; National Council of State Boards of Nursing . (1. April 2016). National Guidelines for Nursing Delegation. Journal Of Nursing Regulation(Volume 7/Issue).
- North, K., Reinhardt, K., & Sieber-Suter, B. (2013). Kompetenzmanagement in der Praxis. Wiesbaden: Springer Gabler Verlag.

- Oczenski, W. (2012). Atmen - Atemhilfen. Stuttgart: Thieme Verlag.
- OECD. (20. Juli 2005). Definition und Auswahl von Schlüsselkompetenzen. Abgerufen am 26. Oktober 2016 von <https://www.oecd.org/pisa/35693281.pdf>
- OSS. (2016). Orthopädisches Spital Wien Speising. Abgerufen am 30. Oktober 2016 von <http://www.oss.at/teams-kontakt/gesundheits-und-krankenpflege/zuwendung-im-vordergrund/>
- Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband [ÖGKV]. (2011). Kompetenzmodell für Pflegeberufe in Österreich. Wien: Gesundheits- und Krankenpflegeverband, Landesverband Steiermark.
- Parlamentsdirektion. (2016). parlament.gv.at. Abgerufen am 26. Juni 2016 von [https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/II/I\\_01194/fname\\_538956.pdf](https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/II/I_01194/fname_538956.pdf)
- Rappold, E. (März 2012). Qualifikationsmix/Personalzusammensetzung im Pflegebereich. NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft - Laut gedacht, S. 1-10.
- Rechtsinformationssystem. (20. Oktober 2016). ris.bka.gv.at. Von Bundeskanzleramt:<https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NOR40185022&ResultFunctionToken=a74ef1fa-ce2b-4125-b3cc-2d6916d7cb17&Position=1&Kundmachungsorgan=&Index=&Titel=&Gesetzesnummer=&VonArtikel=&BisArtikel=&VonParagraf=13&BisParagraf=> abgerufen
- Rose, S., Sergison, M., & Sibbald, B. (1997). Skill mix in Primary Care - a bibliography. Manchester: o.A.
- Schmidt, S. (2010). Das QM-Handbuch - Qualitätsmanagement für die ambulante Pflege. Heidelberg: Springer Verlag.
- Schmidt, S. (2016). Das QM-Handbuch - Qualitätsmanagement für die ambulante Pflege. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Schrems, B. (2008). Verstehende Pflegediagnostik. Wien: Facultas-Verlag.
- Schrems, B. (2013). Fallarbeit in der Pflege. Wien: Facultas-Verlag.

StatistikAustria. (17. Oktober 2015). Statistik Austria - die Informationsmanager. Abgerufen am 31. Oktober 2016 von [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/gesundheit/stationaere\\_aufenthalte/spitalsentlassungen\\_gesamt/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/stationaere_aufenthalte/spitalsentlassungen_gesamt/index.html)

Vischer, T. (2013). Grundriss der Physikalischen Therapie und der Rehabilitation des Bewegungsapparates. Springer Basel AG - Verlag.

Wied, S., & Warmbrunn, A. (Hrsg.). (2007). Pschyrembel Pflege. Berlin: de Gruyer Verlag.

Ziegler, S. M. (2005). Theory-Directed Nursing Practice. New York City: Springer Verlag.

Zulehner, C. (2016). Personalbedarf und Personaleinsatz in Gesundheits- und Pflegeunternehmen: Maßstäbe für die Praxis. Wien: Austrian Standards plus Publishing.

## **Anhang**

Anhang 1	Checkliste.....	49
Anhang 2	Handbuch für Projekte zu Skill- und Grademix im Bereich Pflege und Betreuung .....	50
Anhang 3	Suchprotokoll .....	60

## Anhang 1 Checkliste

<b>Checkliste Delegation</b>	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
Darf die DGKP die zu delegierende Aufgabe laut GuKG 2016 an die PFA abgeben?		
Werden aktuelle Richtlinien eingehalten?		
Wurden zuvor Informationen zu den Bedürfnissen der Patienten durch die DGKP eingeholt?		
Verfügt die PFA über die Durchführungskompetenz der delegierten Intervention?		
Verfügt die PFA über die Kenntnisse, um die delegierte Aufgabe fachgerecht durchführen zu können?		
Verfügt die PFA über die Fertigkeiten, die delegierte Aufgabe durchzuführen?		
Delegiert genau jene DGKP, die verantwortlich ist für den oder die Betroffene, die durchzuführende Maßnahme?		
Darf die Berufsgruppe der PFA die ihm delegierte Aufgabe laut GuKG 2016 durchführen?		
Ist die Anleitung der DGKP an die PFA für diese verständlich ausgedrückt?		
Weiß die PFA, wann sie welche Informationen an die DGKP weitergeben muss?		
Findet die Kommunikation zwischen DGKP und PFA im two-way-process statt?		
Sind Evaluationen zur fachgerechten Durchführung der delegierten Interventionen seitens der DGKP definiert?		
Sind Evaluationen zur zeitgerechten Umsetzung der Anordnung seitens der DGKP definiert?		

## Anhang 2 Handbuch für Projekte zu Skill- und Grademix im Bereich Pflege und Betreuung

Handbuch für Projekte zu Skill- und Grademix im Bereich Pflege und Betreuung



### Instrument zu Schritt 1 — Qualitativer und quantitativer Personalbestand<sup>1</sup>

Arbeitsort:		
		Bemerkungen
1. Ihre Einsatzplanung betrifft wie viele Mitarbeiter/innen (MA)?		
2. Es handelt sich dabei um wie viele Stellenprozente?		
3. Wie viele MA davon sind diplomierte Pflegefachpersonen Tertiärstufe HF/FH oder andere Diplome?		
4. Wie viele MA davon sind Sekundarstufe II (DNI, FAGE, FASRK, Pflegeassistent/innen oder andere)?	%	
5. Wie viele Personen ohne Ausbildung oder Angelernte (z.B. Pflegehelferin SRK) beschäftigen Sie?		
6. Wie sieht eine durchschnittliche Tagesverteilung aus? a) Anzahl Tertiärstufe b) Anzahl Sekundarstufe II c) c) Anzahl ohne Ausbildung oder Angelernte	a) b) c)	
7. Wie viele Lernende und Studierende haben Sie durchschnittlich einzuplanen?	Lernende Studierende	
8. Wie viele Patientinnen / Klientinnen / Bewohnerinnen sind durchschnittlich zu betreuen?		
9. Mit welchem Planungsinstrument arbeiten Sie?		
10. Welchen Verantwortungs- und Arbeitsbereich hat eine MA aus der Tertiärstufe bei Ihnen? (Stichwörter)		
11. Welchen Verantwortungs- und Arbeitsbereich hat eine MA aus der Sekundarstufe II mit Fähigkeitsausweis bei Ihnen? (Stichwörter)		

<sup>1</sup> Instrument entwickelt im Rahmen des Projektes „Kompetenzprofile BS/BL“, Iris Ludwig/Monika Schäfer, WE'G

**Instrument für Schritt 2 — Quantitatives Stationsprofil**

Arbeitsort:							
1. Die 5 häufigsten Pflegediagnosen und ggf. Haushaltsdiagnosen* (für Spitex).  Die Diagnosen sind nach Priorität aufzulisten.	1.						
	2.						
	3.						
	4.						
	5.						
Bemerkungen							
2. Die 5 häufigst auszuführenden Pflegemassnahmen und ggf. Hauswirtschaftsmassnahmen** (für Spitex)  a) <b>Priorisieren</b> und die Häufigkeit in % angeben (Gesamtzahl ergibt am Schluss 100 %).  b) Pro aufgelistete Massnahme <b>Häufigkeit von A/B/C/D</b> in % angeben (Gesamtzahl ergibt am Schluss 100 %).	<b>Pflegemassnahmen ggf. Hauswirtschaftsmassnahmen</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>Total</b>	Handlungstypen professioneller Pflege***  A) beurteilen/überwachen...  B) anleiten/beraten...  C) unterstützen/begleiten ...  D) durchführen/übernehmen...
	1.	%	%	%	%	0 %	
	2.	%	%	%	%	0 %	
	3.	%	%	%	%	0 %	
	4.	%	%	%	%	0 %	
	5.	%	%	%	%	0 %	
Bemerkungen							

\* in der eigenen Sprache zu formulieren oder mit Hilfe von offiziellen Kategorien aus: Doenges, M./ Moorhouse, M.) Pflegediagnosen und Massnahmen Verlag Hans Huber ab. ed.199.

\*\* Hilfsmittel: LEP-/ PRN- RAI- ,PRN- , Plaisir- BESA- Ressource, ATL- bezogene Daten Stationsstatistiken, Patientendokumentationen etc.

\*\*\* in Anlehnung an Nursing-Data

Instrument für Schritt 2 , Fortsetzung — Quantitatives Stationsprofil<sup>1</sup>

1. Zu pflegende Population in %.	1) 0–6-jährig	%		4) 31–65-jährig	%	<i>Bemerkungen</i>
	2) 7–16-jährig	%		5) 66–80-jährig	%	
	3) 17–30-jährig	%		6) 81–100-jährig+	%	
2. Aufenthaltsdauer/Pflege-Betreuungsdauer der Patient/innen, Klientinnen/ Klienten und Bewohner/innen in %.	1) 1 Std.–1 Tag	%		4) 4 Wochen –3 Monate	%	<i>Bemerkungen</i>
	2) 2–7 Tage	%		5) 4 Monate–½ Jahr	%	
	3) 8 Tage–3 Wochen	%		6) 7 Monate–x Jahre	%	
3. Die 5 häufigst gestellten medizinischen Diagnosen.	1.					
	2.					
	3.					
	4.					
	5.					
	Bemerkungen					

<sup>1</sup> Instrument erarbeitet im Rahmen des Projektes Kompetenzprofile BS/BL, Iris Ludwig/Monika Schäfer, WE'G.

**Instrument für Schritt 3 — Arbeitsaufgaben**

<b>Arbeitsort:</b>	
<b>Titel:</b>	
Handlungsanlass:	
Methodisches Vorgehen:	
<b>Anforderungen, welche die Arbeitsaufgabe an die ausführende Berufsperson stellt (siehe Leitfaden Interview)</b>	
a) Fertigkeiten:	
b) Kenntnisse:	
c) Haltung:	



**Instrument für Schritt 5 — Einschätzung heutiges pflegerisches Organisationsmodell**

Beschreibung des pflegerischen Organisationsmodells							
Zuordnung							
Klientenzentriertes Pflegesystem						Funktionelles Pflegesystem	
Bereichspflege	Zimmerpflege	Gruppenpflege	Primary Nursing	Einzelpflege	Mischformen	Funktionspflege	Grund- und Behandlungspflege
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Instrument für Schritt 7 — Zukünftiges pflegerisches Organisationsmodell

Beschreibung jetziges pflegerisches Organisationsmodell	Vorteile	Nachteile
Bewertung		
Beschreibung zukünftiges pflegerisches Organisationsmodell	Vorteile	Nachteile
Bewertung		

### Anleitung für Schritt 8 — Einschätzung des neuen Skill- und Grademix

Fragestellung	Bilanz aus Resultate der IST-Analyse	Einschätzung aus Soll-Analyse	Delta
1. Welche Auswirkung hat der Betreuungs- und Pflegebedarf auf den Skill- und Grademix?	<b>Nehmen Sie als Basis den Schritt 2 und machen Aussagen zu:</b>	<b>Was verändert sich? Fazit?</b>	<b>Was heisst dies? Fazit?</b>
	Häufigste Pflegediagnose?	Häufigste Pflegediagnose?	
	Häufigste auszuführende Pflege- und Hauswirtschaftsmassnahme?	Häufigste auszuführende Pflege- und Hauswirtschaftsmassnahme?	
	Mehrheitlich zu pflegende Population?	Mehrheitlich zu pflegende Population?	
	Mehrheitliche Aufenthaltsdauer?	Mehrheitliche Aufenthaltsdauer?	
	Häufigste medizinische Diagnose?	Häufigste medizinische Diagnose?	Quantitative Aussage Grademix
2. Welche Auswirkung haben die Arbeitsaufgaben auf den Skill- und Grademix?	<b>Nehmen Sie als Basis den Schritt 3 + 4 + Schritt 6</b>	<b>Was verändert sich? Fazit?</b>	<b>Was heisst dies? Fazit?</b>
	Nehmen Sie die Auflistung der Arbeitsaufgaben. Machen Sie eine Aussage, wem diese Arbeitsaufgaben heute zugeordnet sind.	Bestimmen Sie, in welcher Arbeitsaufgabe erscheinen die häufigsten Pflege- und Hauswirtschaftsmassnahmen. (Basis Schritt 2)	
		Wie verteilen sich diese Arbeitsaufgaben mengenmässig? Machen Sie eine Priorisierung.	
		Ordnen Sie wieder zu: Welche Berufsgruppe führt diese häufigen/weniger häufigen Arbeitsaufgaben aus?	
	Als Fazit: Was heisst dies, wie viel Mitarbeitende brauche ich von welcher Bildungsstufe?	Quantitative Aussage Grademix	

### Anleitung für Schritt 8, Fortsetzung — Einschätzung des neuen Skill- und Grademix

Fragestellung	Bilanz aus Resultate der IST-Analyse	Einschätzung aus Soll-Analyse	Delta
3. Welche Auswirkung hat das pflegerische Organisationsmodell auf den Skill- und Grademix?	<b>Nehmen Sie als Basis Schritt 5 und 6</b> Nehmen Sie die Auflistung Schritt 5 und machen Sie eine Aussage zum heutigen pflegerischen Organisationsmodell.	<b>Was verändert sich? Fazit?</b> Nehmen Sie die Auflistung Schritt 6 und machen Sie eine Aussage zum zukünftigen pflegerischen Organisationsmodell.	<b>Was heisst dies? Fazit?</b> Erfordert das zukünftige pflegerische Organisationsmodell eine andere Mischung vom Grademix unabhängig von den Arbeitsaufgaben?  Welche Auswirkung hat diese Entscheidung? Verändert sich damit die Einschätzung zum Delta von Punkt 2.?
4. Zukünftiger Skill- und Grademix?	<b>Einschätzung, Bezifferung in Zahlen (Grademix)</b> Beziffern Sie in Zahlen die Veränderung des Verhältnisses - diplomierte Pflegefachpersonen / FAGE und/oder andere Berufsausbildungen mit EFZ/ Hilfspersonal - im Vergleich zur heutigen Situation.		

## Anhang 3 Suchprotokoll

<b>Suchprotokoll</b>				
<b>WO</b> Datenbank etc.	<b>WIE</b> (z.B. Suchbegriffe, Schlagwort, Stichwort, Bool'sche Operatoren, Trunkierung etc.)	<b>Summe d. Treffer</b>	<b>Relevante Treffer</b> (lt. Ein- und Ausschlusskriterien)	<b>Sonstiges</b>
Google scholar	Skill AND grademix	706		
	Skill AND grademix AND pflege	142		
	Qualifikationsmix AND pflegemanagement	29	2	Als pdf Datei frei zugänglich
	Qualifikationsmix AND Pflege	97		
	Qualifikationsmix AND Pflege seit 2012	40		
	Qualifikationsmix AND Pflege AND ANP	2	1	Als pdf Datei frei zugänglich
	skill OR grademix AND pflege	17 700		
	skill OR grademix AND pflegemanagement	321		
	skill OR grademix AND pflegemanagement seit 2015	26	2	Als pdf Datei frei zugänglich
pubmed	Grademix	2	2	

	Skillmix AND nursing	503		
	Skillmix AND nursing 5 years' publication date	176		
	skill mix OR grade mix AND nursing	30	2	Full free text
cochrane	Skillmix	0		
	Grademix	0		
	Skill and grade	6	1	
tripdatabase	Skillmix	6	1	Als pdf Datei frei zugänglich