

Case Study zur Evaluation der GuKG–Novelle 2016 im akutstationären Setting

Ergebnisbericht

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Case Study zur Evaluation der GuKG–Novelle 2016 im akutstationären Setting

Ergebnisbericht

Autorinnen:

Sabine Pleschberger

Petra Kozisnik

Marion Bajer

Leonie Holzweber

Unter Mitarbeit von:

Doris Pfabigan

Anton Hlava

Fachliche Begleitung:

Kommission unter Vorsitz von DDr. Meinhild Hausreither, BMSGPK

Projektassistenz:

Petra Groß

Wien, im Juni 2021

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Zitiervorschlag: Pleschberger, Sabine; Kozisnik, Petra; Bajer, Marion; Holzweber, Leonie (2021):
Case Study zur Evaluation der GuKG–Novelle 2016 im akutstationären Setting. Ergebnisbericht.
Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P4/4/5075

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

Hintergrund

Entwicklungen im akutstationären Setting der letzten Jahre haben zu einem insgesamt höheren bzw. veränderten Bedarf an Pflege geführt, der mit höheren Anforderungen an Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe einhergeht. Die GuKG-Novelle 2016 hat diese Entwicklungen u. a. mit der Schaffung des neuen Berufsbilds der Pflegefachassistenz (PFA) aufgegriffen, einem zweijährig qualifizierten Assistenzberuf, der mittelfristig in diesem Setting als Alternative zum einjährigen Assistenzberuf, der Pflegeassistenz (PA), eingesetzt werden kann. Im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Evaluierung sollten u. a. die Erfahrungen mit dem Einsatz der neuen Berufsgruppe in der Praxis geprüft werden. Als besonders relevanter Aspekt wurde von der die Evaluierung begleitenden Kommission etwa die Praxis der Übertragung von Aufgaben und Tätigkeiten von Ärztinnen und Ärzten an die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sowie innerhalb der GuK-Berufe angesehen.

Methode

Aufgrund der relativ jungen Entwicklung und der o. g. Ausrichtung der Fragestellung wurde ein exploratives Case-Study-Design gewählt. Die Stichprobe umfasste Organisationseinheiten in sechs Krankenhäusern bzw. Kliniken österreichweit. Informationen über die jeweiligen Einrichtungen an die Evaluierungskommission oder andere, welche diese identifizierbar machten, wurden weder im Vorfeld noch bei der Durchführung weitergegeben, und so erfolgte auch die Ergebnisdarstellung anonymisiert.

Die Datengrundlage bilden qualitative Erhebungen aus 40 Interviews bzw. Fokusgruppen mit 73 Personen im Rahmen von sechs „Cases“. Diese umfassten jeweils Perspektiven von Führungskräften, DGKP, PFA sowie Ärztinnen und Ärzten. Die Identifikation von Gemeinsamkeiten, Unterschieden und Einflussfaktoren auf die Ausgestaltung der Implementierungsmodelle standen im Mittelpunkt der Analyse, die sowohl fallbezogen als auch fallübergreifend erfolgte.

Ergebnisse

Für die jeweilige Ausgestaltung der Praxis im neuen gesetzlichen Rahmen wurden Einflussfaktoren herausgearbeitet, die sowohl mit Rahmenbedingungen auf Organisationsebene zusammenhängen als auch kontextuelle Faktoren auf Ebene der Organisationseinheiten umfassen. Unterschiede zwischen den Projekten zur Erprobung eines neuen Personalmix lassen sich hinsichtlich dreier Faktoren erkennen: (1) Ausmaß/Dimension der Veränderung, (2) jeweils angestrebter Grade-Mix sowie (3) Stellenwert der PFA im Personalmix.

Zu jenen Kernelementen der Veränderungsprozesse im Rahmen der Umsetzung der GuKG–Novelle 2016, die, obzwar unterschiedlich in Ausmaß und Ausprägung, jedoch als Gemeinsamkeiten in allen untersuchten Cases herausgearbeitet wurden, gehören Delegation, neue Rollen und Funktionen in der Praxis, Arbeitsorganisation sowie die Auswirkungen auf die interprofessionelle Kooperation.

Die GuKG–Novelle 2016 brachte zwar mit der zweijährig qualifizierten PFA das Potenzial für Entlastung durch flexibleren Personaleinsatz, da mehr an Assistenzkräfte delegiert werden kann. Eine Verbesserung der Kontinuität in der Versorgung wurde hinsichtlich der Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten an Pflegeberufe beobachtet, wodurch Leistungen für Patientinnen und Patienten meist unmittelbarer erfolgen können. In der Regel gingen mit der Implementierung der PFA jedoch umfassende Änderungen in der Personalzusammensetzung mit einer Reduktion des Anteils von DGKP einher. Dies führte aufseiten beider Berufsgruppen zu Grenzerfahrungen in der Belastbarkeit. Der Fokus der Zusammensetzung von Teams lag in den Cases auf Grade–Mix, ein Fokus auf die Berücksichtigung von Skills bzw. Spielräume hierfür konnten in keinem der Cases beobachtet werden. Die Fallanalysen haben gezeigt, dass mit einer (zu) knappen Personalausstattung Tendenzen, die in neuen Arbeitsmodellen angelegt sind, wie etwa eine zunehmende Fragmentierung und Funktionsorientierung von Prozessen, ungünstig verstärkt werden. Dies konterkariert die hinsichtlich der Entwicklung einer professionellen Pflege wegweisenden Veränderungen, etwa die neuen Rollen für DGKP oder die Ausgestaltung der Rollen für PFA, und letztlich auch die Anliegen des Gesetzgebers in Bezug auf eine qualitätsvolle Versorgung, die an Patientenorientierung ausgerichtet ist.

Vor diesem Hintergrund bringt das Spannungsfeld von Tätigkeitsorientierung und Kompetenzorientierung, wie es der gesetzlichen Regelung (§14 GuKG im Vergleich zu § 15 GuKG) innewohnt, auch in der Praxis einige Herausforderungen mit sich. Sichtbar wurden diese im Umgang mit Delegationsmatrizen oder aber auch im Zusammenhang mit Kompetenzprofilen von PFA (Infusionsmanagement etc.).

Diskussion und Schlussfolgerung

Neben Empfehlungen hinsichtlich Veränderungen im Berufsgesetz gilt es in besonderer Weise der Frage nachzugehen, wie Entwicklungen entgegengewirkt werden kann, welche eine (De–)Professionalisierung der Pflege im Akutkrankenhaus dahingehend befördern, dass PFA zunehmend die Rolle der DGKP übernehmen. Hingegen sollte offensiv dahingehend gewirkt werden, dass anstelle von PA eben PFA als zentrale Assistenz für die Pflege etabliert wird, um die Bestimmungen der Novelle im Sinne des Gesetzgebers umsetzen zu können. Somit zeigen die Ergebnisse der Case Study auch die Grenzen eines Berufsgesetzes auf, das zur Sicherstellung einer qualitätsvollen Versorgung zwar einen wesentlichen Beitrag leistet und eine zentrale Grundlage schafft, aber von weiteren Maßnahmen zur Sicherung der Qualität flankiert werden muss.

Inhalt

Kurzfassung	III
Abbildungen.....	VII
Tabellen	VIII
Abkürzungen.....	IX
1 Einleitung	1
1.1 Rahmenbedingungen und Kontext der GuKG–Novelle 2016 im akutstationären Setting	2
1.1.1 Herausforderungen für die Pflege in der akutstationären Versorgung	2
1.1.2 Die Personalsituation in Akutkrankenhäusern	3
1.2 Die GuKG–Novelle 2016 im akutstationären Kontext.....	9
1.3 Ziele und Fragestellungen	10
1.4 Aufbau dieses Berichtes	10
2 Methodisches Vorgehen, Datenbasis	12
2.1 Case Study als Forschungsansatz und Design	12
2.2 Auswahlkriterien und –prozess	13
2.3 Feldzugang und Durchführung.....	14
2.3.1 Erhebungsinstrumente	14
2.3.2 Ethische Kriterien und Einverständnis	15
2.4 Analyse.....	15
2.4.1 Validierungsworkshop.....	16
2.5 Stichprobe zur Analyse	17
3 Ergebnisse der Case Study	19
3.1 Einflussfaktoren auf die Ausgestaltung der Umsetzung der GuKG–Novelle 2016.....	19
3.1.1 Rahmenbedingungen auf Organisationsebene	19
3.1.2 Kontextuelle Faktoren in Organisationseinheiten	23
3.2 Die Cases im Überblick	24
3.3 Ausgestaltung der Pilotprojekte – die Unterschiede	26
3.3.1 Ausmaß/Dimension der Veränderung	26
3.3.2 Grade–Mix	28
3.3.3 Stellenwert der PFA im Personalmix (–ausstattung)	30
3.4 Modellprojekt zur Umsetzung der GuKG–Novelle im Akutkrankenhaus aus Sicht einer Stationsleitung – ein fiktives Fallbeispiel	34
4 Weiterführende Analysen entlang relevanter Kategorien	43
4.1 Arbeitsorganisation.....	43
4.1.1 Bezugspflege im neuen Personalmix – Integrationsmodell	43
4.1.2 Gruppenpflege im neuen Skill–/Grade–Mix	45
4.1.3 Funktionsorientierte Organisation der Pflege	46
4.2 Erfahrungen mit Grade–Mix und Personalausstattung	47
4.2.1 Personelle Umstrukturierung im Zweier–Mix	48
4.2.2 Personelle Umstrukturierung im Dreier–Mix.....	49
4.2.3 Personalbemessung und –einsatz im Vergleich	50

4.3	Interprofessionelle Kooperation	54
4.3.1	Zusammenarbeit auf der Station.....	55
4.4	Delegationsvorgaben und -praxis	60
4.4.1	Delegation von Tätigkeiten der medizinischen Diagnostik und Therapie	60
4.4.2	Delegation von pflegerischen Aufgaben und Tätigkeiten.....	61
4.4.3	Delegationsmatrix als zentrales Instrument	62
4.4.4	Anwendung von Delegationsvorgaben im Integrationsmodell.....	63
4.5	Die Berufsbilder, Rollen und Funktionen.....	64
4.5.1	DGKP in neuen Rollen.....	64
4.5.2	Weitere Rollen der DGKP.....	69
4.5.3	PFA: Berufsbild und -rolle in der Praxis	73
4.5.4	Aspekt Berufserleben und -zufriedenheit bei PFA	77
4.6	Die Umsetzung der GuKG-Novelle 2016 im Kontext der COVID-19-Pandemie	80
5	Wahrnehmung der berufsrechtlichen Bestimmungen in der Praxis	84
5.1	Allgemeine Einschätzung zu den Kompetenzprofilen der Pflegeberufe.....	84
5.2	Herausforderungen im Kontext der Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie	86
5.3	Pflegerische Kernkompetenzen und „übertragene pflegerischer Maßnahmen“.....	89
5.4	Weiterbildungsverordnung für PFA	91
5.5	Zukunft von PA im akutstationären Sektor?.....	92
6	Diskussion.....	94
6.1	Flexibler Personaleinsatz durch Nutzung eines Skill-Grade-Mix?	94
6.1.1	Zwei oder drei Pflegeberufe im akutstationären Setting?	94
6.1.2	Nutzung der Möglichkeiten zum Skill-/Grade-Mix.....	96
6.2	Neue Rollen/Funktionen im Personalmix - DGKP und PFA.....	99
6.2.1	Rahmenbedingungen zur Entwicklung von Rollen- und Tätigkeitsprofilen.....	99
6.2.2	Fachliche Führung durch DGKP und Herausforderungen der Delegation	102
6.2.3	PFA als neue Berufsgruppe und ihr Kompetenzprofil.....	104
6.3	Aspekte der Versorgungsqualität	105
6.3.1	Spannungsfeld Versorgungskontinuität, Versorgungsbrüche und Patientensicherheit.....	105
6.3.2	Funktionelle Arbeitsorganisation	107
6.4	Limitationen	107
7	Ausblick	109
7.1	Schlussfolgerungen im Kontext des Berufsgesetzes.....	109
7.2	Weiterführender Ausblick	111
	Literatur	113

Abbildungen

Abbildung 1.1: Entwicklung Belagstage und Aufenthalte in österreichischen Fondskrankenanstalten 2010–2019	6
Abbildung 1.2: Entwicklung durchschnittliche Belagstage pro Aufenthalt/Jahr in österreichischen Fondskrankenanstalten 2010–2019.....	7
Abbildung 3.1: Die Cases im Vergleich – Ausmaß / Dimension der Veränderungen.....	28
Abbildung 3.2: Die Cases im Vergleich – gewählter Grade-Mix.....	30
Abbildung 3.3: Die Cases im Vergleich – Rolle von PFA in der Personalausstattung	32
Abbildung 4.1: Exemplarische Aussagen von PFA zur Thematik „Weiterqualifizierung“	80

Tabellen

Tabelle 1.1: Entwicklung VZÄ nach Berufsgruppen in österreichischen Fondskrankenanstalten 2010–2019	5
Tabelle 1.2: Entwicklung der Personalzahlen für den gehobenen GuK–Dienst nach Funktionsbereichen der Fondskrankenanstalten in VZÄ	5
Tabelle 1.3: Entwicklung der Relation von VZÄ nach Berufsgruppen zur Anzahl an Aufnahmen in österreichischen Fondskrankenanstalten 2010–2019	8
Tabelle 2.1: Datengrundlage und Erhebungen pro Case (Klinik/Krankenhaus).....	17
Tabelle 2.2: Stichprobe Erhebungen, verteilt nach „Perspektiven“ (Basis: 6 Cases)	18
Tabelle 4.1: Exemplarischer Personaleinsatz pro Tagdienst	52

Abkürzungen

ÄAO	Ärzteausbildungsordnung 2015
AL	Abteilungsleitung
ANP	Advanced Nursing Practice
bzw.	beziehungsweise
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege, Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson(en)
DSB	Diplom-Sozialbetreuer/-in
EKG	Elektrokardiogramm
etc.	et cetera
FH	Fachhochschule(n)
FH-GuK-AV	Fachhochschul-Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung
FSB	Fach-Sozialbetreuer/-in
ggf.	gegebenenfalls
GBR	Gesundheitsberuferegister
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GuK	Gesundheits- und Krankenpflege
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflege-Gesetz
GuKPS	Gesundheits- und Krankenpflegeschule
HNO	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
i. v.	intravenös
KH	Krankenhaus
KA-AZG	Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz
LGRK	Konferenz der Landesgesundheitsreferentinnen/-referenten
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LZP	Langzeitpflege
MAB-Gesetz	Medizinische Assistenzberufe-Gesetz
MKG	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
o. g.	oben genannte(n)
OP	Operations-Dienst/-Bereich/-Saal
PA	Pflegeassistenz, Pflegeassistentin(nen)/Pflegeassistent(en)
PDL	Pflegedienstleitung(en)
PFA	Pflegefachassistenz, Pflegefachassistentin(nen)/Pflegefachassistent(en)
REHA	Rehabilitation
s. c.	subkutan
SOB	Sozialbetreuungsberufe

1 Einleitung

Die Evaluierung der Novelle des GuKG 2016 folgt in ihrer Zielsetzung dem gesetzlichen Auftrag. Zur Konkretisierung wurden Fragestellungen erarbeitet, für die jeweils angemessene methodische Bausteine zur Erhebung identifiziert wurden (Pleschberger/Holzweber 2019).

Eine zentrale Herausforderung für die Evaluierung besteht darin, dass der Zeitraum seit Inkrafttreten der GuKG-Novelle 2016 relativ kurz ist und dass in manchen Bereichen die Umsetzung erst angelaufen ist.¹ Weiters liegen zu den meisten im Rahmen der Evaluierung interessierenden Aspekten keine Referenzdaten vor, über die die aktuelle Situation mit der Ausgangslage vor Inkrafttreten der GuKG-Novelle 2016 verglichen werden könnte. Nach Durchführung einer Sekundärdatenanalyse zur Berufsbildungslandschaft zur Beschreibung der Ausgangslage sollte ab dem Jahr 2020 mit qualitativen Case Studies untersucht werden, wie die Möglichkeiten, die sich aus der GuKG-Novelle 2016 ergeben, in der Praxis genutzt werden und welche Herausforderungen es dabei gibt. Der vorliegende Bericht enthält die Ergebnisse zu diesem Arbeitspaket, das mit geringfügigen Modifikationen zeitgerecht realisiert werden konnte.

Bei den Recherchen und explorativen Vorerhebungen zur Ermittlung einer geeigneten Stichprobe für die Durchführung von Cases Studies wurde deutlich, dass die Umsetzung der Novelle in einigen Settings noch nicht ausreichend vorangeschritten ist, um geeignete Beispiele der modellhaften Umsetzung zu identifizieren. Insbesondere hinsichtlich des Einsatzes der neuen Berufsgruppe PFA konnten nicht in allen relevanten Settings Modelle der Umsetzung gefunden werden. Es erschien daher nicht sinnvoll, wie ursprünglich geplant, mittels neun Fallanalysen österreichweit verschiedene Settings abzubilden.

Daraus ergab sich eine Modifikation und ein mehrstufiges Vorgehen für das Arbeitspaket „Case Study“, das folgende Teile umfasst: Als erster Schritt wurden explorative Interviews mit Führungskräften aus unterschiedlichen Settings zu ihren Erfahrungen mit der Implementierung von PFA geführt (n=49); diese Interviews fanden in der ersten Jahreshälfte 2020 statt und die Ergebnisse daraus sind im Bericht „Zwischenergebnisse Arbeitspaket 1: Explorative Case Study“ dokumentiert (Pleschberger/Holzweber 2020). Teil B umfasst eine Case Study zur Implementierung von PFA mit Fokus auf dem akutstationären Sektor (n=6 Cases). Der nun vorliegende Bericht enthält die Ergebnisse zum letztgenannten Teil. Die Case Study basiert auf den sechs vertiefenden Fallanalysen zu Erfahrungen mit der Umsetzung der GuKG-Novelle 2016 in Hinblick auf den Einsatz von PFA im akutstationären Sektor. Ergänzend zu diesem Bericht sollen die Ergebnisse im Rahmen einer Stakeholderkonferenz im Herbst 2021 präsentiert und mit Akteurinnen und Akteuren unterschiedlicher Ebenen und Organisationen in Hinblick auf die Gesetzesnovelle settingübergreifend diskutiert werden.

1

Beispielsweise zeigt der GBR-Bericht aus dem Jahr 2019, dass von 994 registrierten PFA insgesamt 435 Personen angaben, im akutstationären Sektor tätig zu sein. 232 PFA ordneten sich dem Bereich der stationären Langzeitpflege zu, und weniger als 50 PFA verteilten sich auf andere Settings (Rappold et al. 2020).

Bevor die Fragestellungen im Detail und die konkrete Vorgangsweise näher beschrieben werden, sei noch cursorisch auf Herausforderungen der akutstationären Versorgung eingegangen, die auch rahmengebend für die GuKG–Novelle 2016 waren. Sie prägen das Umfeld, in dem die Studie angesiedelt ist. Daher müssen diese auch bei der Einschätzung der Auswirkungen der gesetzlichen Änderungen in der Praxis berücksichtigt werden.

1.1 Rahmenbedingungen und Kontext der GuKG–Novelle 2016 im akutstationären Setting

Der akutstationäre Sektor ist seit vielen Jahren von Entwicklungen geprägt, die u. a. zu einer Novelle des GuKG geführt haben. Sie sind nicht nur auf Österreich beschränkt, sondern in vielen Ländern aktuell Thema pflege- und gesundheitswissenschaftlicher Auseinandersetzung (Bartholomeyczik/Holle 2016). In den folgenden Abschnitten soll zunächst auf wesentliche Aspekte kurz eingegangen werden, und hernach sollen Daten zur Entwicklung der Personalsituation in den vergangenen zwanzig Jahren zur Illustration dieser Entwicklungen herangezogen werden.

1.1.1 Herausforderungen für die Pflege in der akutstationären Versorgung

Der Kontext für die pflegerische Versorgung in Krankenhäusern und Kliniken wird von nutzer- und patientenseitigen Veränderungen geprägt, ebenso wie die Organisationen und Einrichtungen ihrerseits kontextuelle Einflussfaktoren prägen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der Umsetzung der Novelle des GuKG stehen.

- » Organisationsseitig/systemisch bedingte Entwicklungen:
 - » Hoher Innovationsgrad an diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen erfordert laufend Anpassungen.
 - » höhere Anzahl an Aufnahmen/Entlassungen, wachsender Anteil tagesklinischer Behandlungen sowie Reduktion der Verweildauern
 - » Bestrebungen zur Steigerung der Effizienz von Abläufen und Kostendämpfungsmaßnahmen im Gesundheitswesen betreffen auch diesen Sektor.
 - » Ansprüche auf Patientensicherheit und Qualitätssicherung wachsen stetig an
 - » Arbeitsbedingungen und Einflüsse auf Berufszufriedenheit vor dem Hintergrund des Personalmangels, v. a. in den Pflegeberufen (Rappold/Juraszovich 2019).

- » Nutzer-/patientenseitige Veränderungen:
 - » gesteigerter Bedarf an Pflegeleistungen durch die demografische Entwicklung und die Zunahme chronischer Krankheiten
 - » Patientinnen/Patienten, die stationär behandelt werden, weisen häufiger komplexe Problemlagen auf.

- » Der Anteil von Patientinnen und Patienten mit demenziellen Veränderungen ist relativ hoch, Konzepte zum Umgang damit sind noch nicht flächendeckend umgesetzt (Juraszovich/Rappold 2017).
 - » Diversität bei Patientinnen/Patienten (interkulturelle Pflege)
 - » Autonomie und Informationsbedürfnis der Patientinnen/Patienten steigt.
- » Aufgabenshift von der Medizin zur Pflege:
- » partielle Personalknappheit im ärztlichen Dienst, bedingt durch Rekrutierungsengpässe oder aber auch infolge der Umsetzung des Krankenanstalten–Arbeitszeitgesetzes (KA–AZG) 2015 im Zuge der Novelle des Ärztegesetzes 2015 sowie der Ärztinnen–/Ärzte–Ausbildungsordnung 2015 (siehe dazu Abschnitt 3.3.1)

1.1.2 Die Personalsituation in Akutkrankenhäusern

Um den o. g. Kontext insbesondere hinsichtlich der Personalausstattung in Fondskrankenanstalten noch besser zu illustrieren, werden nachfolgend Daten aus der Kostenstellenstatistik zur Beschreibung der Entwicklung im Zeitverlauf herangezogen. Ausgangspunkt sind Analysen aus dem Zeitraum 2001 bis 2010, wie sie für die Vorarbeiten zur Evaluierung der GuKG–Novelle erfolgten (Rottenhofer et al. 2012). Vorab sei hierbei auf die Problematik hingewiesen, dass aufgrund der Referenz zu den vorangegangenen Arbeiten nicht durchgängig die aktuellen Berufsbezeichnungen verwendet werden. Dies ist zudem dem Umstand geschuldet, dass insbesondere die Kostenstellenstatistik, zu der die Länder beitragen, trotz Vorliegens neuer gesetzlicher Bestimmungen noch alte Bezeichnungen enthalten hat (insbesondere MAB–Gesetz, GuKG–Novelle 2016).

Die Entwicklung 2010–2019

Wie in Tabelle 1.1 dargestellt, haben gemäß Kostenstellenstatistik die Vollzeitäquivalente aller beobachteten Berufsgruppen² in den Jahren 2010 bis 2019 um insgesamt 6,2 Prozent zugenommen (von 87.716 auf 93.139 Personen).³

2

Diese umfassen Ärztinnen/Ärzte, Apothekerinnen/Apotheker, Hebammen, DGKP, MTD, Pflegehelferinnen/Pflegehelfer einschließlich Sanitätshilfsdienste (PH), Verwaltungspersonal (VERW), Betriebspersonal (BetrP) sowie des sonstigen Personals (SonstP)

3

Zur Darstellung der beschriebenen Personalentwicklungen ist kritisch anzumerken, dass die Definitionen der Berufsgruppen „DGKP“ und „Pflegehilfe“ aus der Kostenstellenstatistik nicht ausschließlich DGKP und Pflegeassistentenberufe beinhalten, wie die Bezeichnungen vermuten lassen. So werden je nach Bundesland und Träger bzw. auch Einrichtungen die Berufsgruppen in Managementinformationssystemen den vorgegebenen Gruppen unterschiedlich zugeteilt. Dies bedeutet, dass sich in der Gruppe „DGKP und weitere Gesundheitsberufe“ unter anderem auch Ergotherapie, Logopädie etc. befinden können. Ab dem Jahr 2019 kann die Berufsgruppe der PFA auch unter die Gruppe DGKP subsumiert sein. Die Kategorie „Sanitäterinnen/Sanitäter, Pflegehilfe und MA“ umfasst das gesamte Sanitätshilfspersonal mit den Berufsgruppen der Gipsrinnen/Gipsler, Prosekturhilfen etc.

Noch im Zeitraum davor, von 2001 bis 2010, betrug die Steigerung insgesamt 10,8 Prozent. Die VZÄ aller Berufsgruppen stiegen von 79.194 auf 87.716 an (Rottenhofer et al. 2012). Dies entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Steigerung in der Periode 2010 bis 2019 von rund einem Prozent, was in etwa auch die durchschnittliche jährliche prozentuelle Steigerung des Beobachtungszeitraums 2001 bis 2010 war.

Die DGKP bildeten im Jahr 2019 die größte Berufsgruppe mit 43.080 VZÄ, gefolgt von Ärztinnen/Ärzten (20.431 VZÄ), Pflegehelferinnen/Pflegehelfern und Sanitätshilfsdiensten (9.430 VZÄ) sowie MTD (9.991 VZÄ) (siehe Tabelle 1.1).

Wie verteilen sich nun die Zuwächse zwischen den Berufsgruppen? Die größten Zuwächse an VZÄ im Beobachtungszeitraum zwischen 2010 und 2019 verzeichnen mit 33,5 Prozent die Berufsgruppe der Apothekerinnen und Apotheker⁴, gefolgt von sonstigem Personal mit 15,2 Prozent und Verwaltungs- und Kanzleipersonal mit 12,6 Prozent. In weiterer Folge verzeichnen die Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte mit 11,4 Prozent (+2.088 VZÄ) und die MTD-Berufe mit 9,6 Prozent (+875 VZÄ) deutlich höhere Zuwächse als die Pflege. Die VZÄ von DGKP stiegen um 4,7 Prozent (+1.938 VZÄ), jene der Pflegeassistentberufe (vormals PH) um 0,5 Prozent.

Unter Betrachtung der durchschnittlichen jährlichen prozentuellen Steigerung der Vollzeitäquivalente zwischen 2010 und 2019 betrug der Zuwachs pro Jahr für die Gruppe der DGKP und weitere Gesundheitsberufe 0,51 Prozent und für die Sanitätshilfsdienste und Pflegehilfe 0,06 Prozent.

Im Vergleichszeitraum abgenommen hat die Anzahl der Pflegehelferinnen/Pflegehelfer einschließlich der Sanitätshilfsdienste (-825 VZÄ, -8 %) sowie des Betriebspersonals (-973 VZÄ, -29 %).

Hinsichtlich der Verteilung des Personals, konkret von DGKP, auf die Funktionsbereiche im akutstationären Setting zeigte sich im Zeitraum von 2010 bis 2019 eine Zunahme von Vollzeitäquivalenten in den Bereichen Anästhesie, Psychiatrie und Kinder und Jugendliche sowie im palliativen Setting und im tagesklinischen Bereich (siehe Tabelle 1.2). Damit setzt sich ein Trend fort, der bereits in den zehn Jahren davor zu beobachten war (Rottenhofer et al. 2012). Gegenläufig zur Entwicklung von 2001 bis 2010 kam es jedoch in den vergangenen zehn Jahren in den Bereichen Dialyse (-8) zu einem geringen Rückgang der Vollzeitäquivalente bei DGKP, nachdem diese zuvor stetig angewachsen waren (2001: 683, 2010: 946) (ebd).

Die VZÄ sanken im Langzeitbereich (von 208 auf 90) und in der Rehabilitation (von 371 auf 41) bereits im Beobachtungszeitraum 2001 bis 2010 (Rottenhofer et al. 2012).

4

In diese Kategorie werden „Apothekerinnen/Apotheker, Chemikerinnen/Chemiker, Physikerinnen/Physiker und ähnliche“ zusammengefasst.

Tabelle 1.1:

Entwicklung VZÄ nach Berufsgruppen in österreichischen Fondskrankenanstalten 2010–2019

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Ärzte/Ärztinnen	18.343	18.557	18.681	18.760	19.078	19.409	19.656	19.956	20.186	20.431
Apothekerinnen/Apotheker	935	968	982	1.038	1.090	1.081	1.094	1.144	1.198	1.248
Hebammen	979	978	999	991	1.022	1.018	1.032	1.054	1.066	1.087
DGKP	41.142	41.460	41.702	42.015	42.220	42.247	42.419	42.565	42.850	43.080
MTD	9.116	9.263	9.336	9.414	9.434	9.485	9.580	9.665	9.823	9.991
PH	9.379	9.324	9.349	9.317	9.314	9.434	9.414	9.396	9.385	9.430
VERW	3.684	3.777	3.832	3.904	3.942	3.932	4.076	4.095	4.133	4.147
BetrP	2.333	2.392	2.376	2.297	2.186	2.143	2.176	2.230	2.255	2.195
SonstP	1.804	1.733	1.764	1.765	1.744	1.732	1.797	1.701	1.514	1.531
Summe	87.716	88.453	89.022	89.502	90.029	90.481	91.245	91.807	92.411	93.139

Quelle: Kostenstellenstatistiken der österreichischen Fondskrankenanstalten 2010–2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle 1.2:

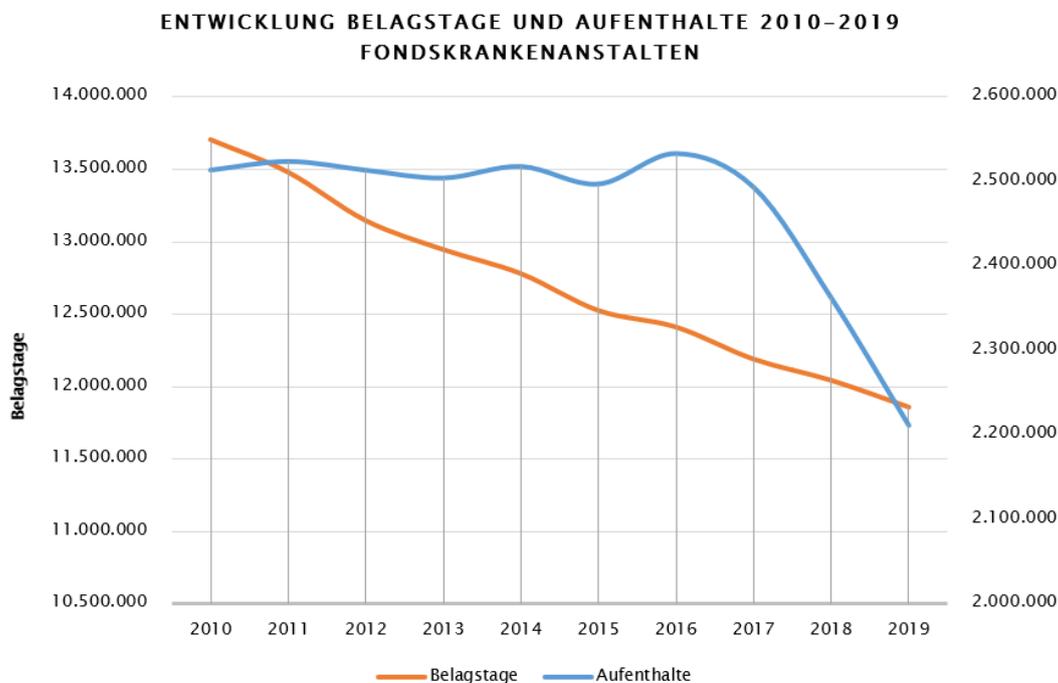
Entwicklung der Personalzahlen für den gehobenen GuK-Dienst nach Funktionsbereichen der Fondskrankenanstalten in VZÄ

DGKP										
Funktionscode Kategorie	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
REHA	41	41	42	40	38	39	42	43	50	53
LANGZEIT	90	89	77	17	18	15	15	15	14	14
TAGESKLINIK	274	280	319	355	383	409	438	429	467	456
PALLIATIV	292	312	332	379	389	402	439	445	471	473
DIALYSE	946	964	989	950	950	954	947	928	928	937
ANÄSTHESIE	1.491	1.539	1.566	1.608	1.641	1.665	1.721	1.742	1.780	1.866
PSYCHIATRIE	2.774	2.822	2.855	2.911	2.939	2.966	2.983	3.000	3.074	3.150
KINDER	2.272	2.296	2.332	2.382	2.390	2.397	2.424	2.447	2.498	2.548
OP	3.659	3.662	3.650	3.701	3.739	3.779	3.755	3.778	3.797	3.791
INTENSIV	6.188	6.245	6.285	6.254	6.337	6.337	6.360	6.345	6.394	6.447
SUMME	18.027	18.250	18.448	18.598	18.824	18.962	19.125	19.172	19.473	19.736

Quelle: Kostenstellenstatistiken der österreichischen Fondskrankenanstalten 2010–2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 1.1:

Entwicklung Belagstage und Aufenthalte in österreichischen Fondskrankenanstalten 2010–2019



Quelle: Kostenstellenstatistiken der österreichischen Fondskrankenanstalten 2010–2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Arbeitslast in Gesundheitsberufen

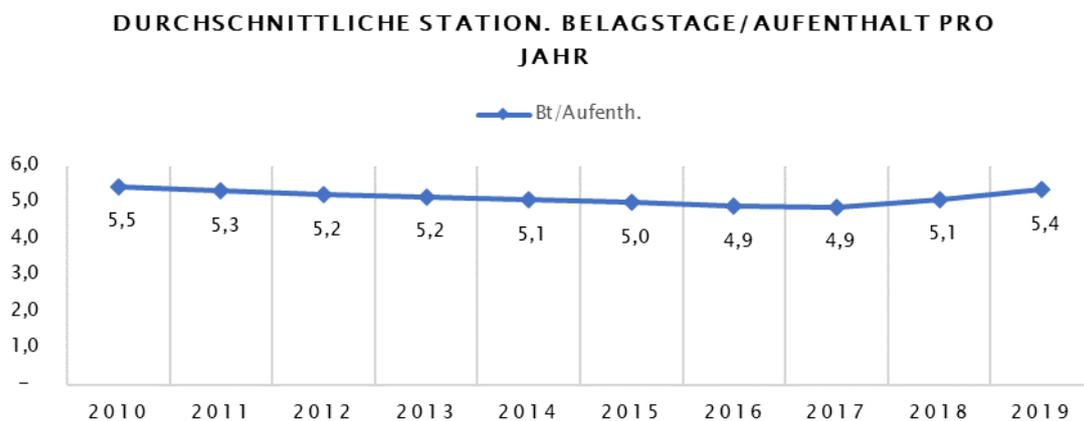
Zur besseren Einschätzung möglicher Wirkungen der Personalausstattung auf die Arbeitslast für die DGKP wurde, wie bereits im Referenzbericht von Rottenhofer et al. (2012), die Relation DGKP–VZÄ zur Anzahl an Aufnahmen („Aufenthalte“) betrachtet.

Die aktuellen Auswertungen der stationären Diagnosen- und Leistungsdokumentation zeigen in der Entwicklung insgesamt einen Rückgang von Aufnahmen und Belagstagen, ab dem Jahr 2018 besonders deutlich. Dieser Rückgang ist auf eine Änderung im LKF-Modell zurückzuführen. Seit dem Beschluss der Bundesgesundheitskommission vom 1. Juli 2016 für ein bundeseinheitliches Modell für den spitalsambulanten Bereich wurde von einigen Bundesländern bereits teilweise oder zur Gänze in den Jahren 2017 und 2018 die spitalsambulante Leistungserfassung eingeführt. Dieses Modell („LKF ambulant“) wurde ab 1. Jänner 2019 in allen Bundesländern verbindlich eingeführt, wodurch sich der Rückgang an stationären Aufenthalten in den Daten erklärt, der eher als eine Leistungsverchiebung anzusehen ist (LKF-Modell 2021 für den spitalsambulanten Bereich). Dieser Umstand ist in der Interpretation der Daten zur Arbeitslast zu berücksichtigen.

Die Anzahl der Krankenhausaufenthalte sank in absoluten Zahlen gemäß Diagnosen- und Leistungsdokumentation von 2.513.986 Aufenthalten im Jahr 2010 auf 2.211.387 Aufenthalte im Jahr 2019. Der Rückgang an Aufenthalten in Akutkrankenanstalten beträgt ca. zwölf Prozent – in absoluten Zahlen von rund 2,5 Mio. um ca. 300 000 auf 2,2 Mio. Im gleichen Zeitraum sank die Anzahl der Belagstage von 13,7 Mio. um 1,85 Mio. auf rund 11,9 Mio. Belagstage. Dies entspricht einer prozentuellen Reduktion gegenüber 2010 von 15,4 Prozent. Wie bereits oben angeführt, ist dies im Kontext des neuen Leistungs- und Dokumentationsystems für den spitalsambulanten Bereich zu sehen und somit auch in seiner Wirkung zu relativieren.

Die Tendenz zu häufigeren, aber kürzeren Aufenthalten aus dem Vergleichszeitraum 2001 bis 2010 – es wurde eine Abnahme der durchschnittlichen Belagstage von 6,5 im Jahr 2001 auf 5,4 im Jahr 2010 festgestellt (Rottenhofer et al. 2012, S. 99) – ist bis zum Jahr 2017 weiterzuverfolgen. Insbesondere ab dem Jahr 2017 kommt es zu einer deutlichen Abnahme der stationären Aufenthalte (siehe Abbildung 1.1). Die Belagstage sind in der Tendenz weiterhin leicht sinkend. Abbildung 1.2 zeigt jedoch, dass die durchschnittlichen Belagstage, bezogen auf den Aufenthalt pro Jahr, ab 2017 leicht ansteigen, wohl im Zusammenhang mit der Abnahme von Aufenthalten.

Abbildung 1.2:
Entwicklung durchschnittliche Belagstage pro Aufenthalt/Jahr in österreichischen
Fondskrankenanstalten 2010–2019



Quelle: Kostenstellenstatistiken der österreichischen Fondskrankenanstalten 2010–2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Im Beobachtungszeitraum stieg der Anteil der DGKP von 13,8 VZÄ pro 1.000 Aufnahmen im Jahr 2010 auf 16,2 im Jahr 2019, die Relation zwischen den Ärzte-VZÄ und der Anzahl Aufnahmen von 6,1 auf 7,7. Im Bereich der Pflegeassistenz (vormals Pflegehelferinnen/Pflegehelfer) stieg das Verhältnis im geringeren Ausmaß von 3,1 VZÄ pro 1.000 Aufnahmen im Jahr 2010 auf 3,6 im Jahr 2019 (siehe Tabelle 1.3).

Tabelle 1.3:

Entwicklung der Relation von VZÄ nach Berufsgruppen zur Anzahl an Aufnahmen in österreichischen Fondskrankenanstalten 2010–2019

Funktionscode Kategorie	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Ärztinnen/Ärzte	6,1	6,3	6,3	6,3	6,4	6,6	6,6	6,8	7,2	7,7
Apothekerin- nen/Apotheker	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5
Hebammen	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4
DGKP	13,8	14,0	14,1	14,2	14,2	14,3	14,2	14,5	15,2	16,2
MTD	3,0	3,1	3,2	3,2	3,2	3,2	3,2	3,3	3,5	3,8
PH	3,1	3,1	3,2	3,2	3,1	3,2	3,1	3,2	3,3	3,6
VERW	1,2	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4	1,5	1,6
BetrP	0,8	0,8	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8
SonstP	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5	0,6
SUMME	29,3	29,9	30,1	30,3	30,3	30,7	30,4	31,2	32,8	35,1

Quelle: Kostenstellenstatistiken der österreichischen Fondskrankenanstalten 2010–2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Somit wird deutlich, dass sich der Trend einer stetigen Abnahme der Relation in der jüngsten Vergangenheit nicht ungebrochen fortzusetzen scheint, angesichts des Ausmaßes und der geringen Zeitspanne können aber zum aktuellen Zeitpunkt keine Schlüsse gezogen werden.

Zwischenresümee

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich bei einem beobachteten Zuwachs an Personal der jahrelange Trend dahingehend fortgesetzt hat, dass der Anstieg in 10-Jahresschritten in Prozent bei DGKP im Verhältnis zu jenen der Ärztinnen und Ärzten deutlich geringer ausfällt. Weiterhin ansteigend stellen sich die Zahlen an Aufnahmen und Aufenthalten dar, wobei die Aufenthaltsdauer gemäß den Zielsetzungen im Gesundheitswesen weiterhin abnehmen. Daraus ergibt sich per se eine steigende Arbeitslast, da es sich bei Aufnahmen und Entlassungen für die Pflege um intensive Prozesse handelt. Auch wenn aufgrund von Unklarheiten in den jüngsten Datenmeldungen nicht zu voreilig Schlüsse gezogen werden sollen, unterstreichen diese Entwicklungen jedenfalls die wachsenden Anforderungen und eine zunehmende Arbeitsdichte beim Pflegepersonal im akutstationären Setting.

1.2 Die GuKG–Novelle 2016 im akutstationären Kontext

Die GuKG–Novelle 2016 reagierte auf Entwicklungen im Gesundheitswesen, die die Bedeutung von professioneller Pflege als Antwort auf höhere Anforderungen an diese im Reigen der anderen Berufe aufzeigten (Rottenhofer et al. 2012). Dies sowohl in quantitativer Hinsicht, im Sinne der Bereitstellung/Sicherstellung von ausreichend Personal, als auch qualitativ, in Hinblick auf besser qualifiziertes Personal, insbesondere durch folgende Schritte:

- » Überführung der Grundausbildung für den gehobenen Dienst in den tertiären Bereich mit einer Übergangsregelung bis 31. 12. 2023⁵
- » Einführung einer neuen Berufsgruppe, der zweijährig qualifizierten PFA
- » Auslaufen des Einsatzes der einjährig qualifizierten PA in Krankenanstalten mit Ende 2024 (vgl. § 117 Abs. 21 Z6 und § 117 Abs. 23 GuKG)⁶
- » Auslaufen der speziellen Grundausbildungen in der Kinderkrankenpflege und psychiatrischen Pflege

Eingebettet ist die Novelle in ein professionelles und modernes Berufsbild (Rappold 2016). Dieses spiegelt sich auch in Entwicklungen der Praxis wider: So lag und liegt eine der Kernstrategien im Umgang mit dem oben skizzierten höheren und veränderten Bedarf angesichts einer angespannten Personalsituation etwa in der Um- und Neuverteilung von Aufgaben. Dazu gehört zum einen die Entlastung der GuK–Pflegeberufe durch das „Auslagern“ von Aufgaben, die vormals von Angehörigen der GuK–Pflegeberufe übernommen wurden, die aber nicht genuin Teil des Berufsbildes sind, wie etwa hauswirtschaftliche Arbeiten oder auch umfassende administrative Tätigkeiten. Zum anderen zählt die Einführung eines neuen Assistenzberufes zur Entlastung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP) sowie für einen effizienteren Einsatz der Personalressourcen zur Kernstrategie im Umgang mit den o. g. Herausforderungen.

Wie sich diese Prozesse nun in der Praxis gestalten, welche Erfahrungen damit gemacht werden, das ist Gegenstand der Evaluierung. Gegenstand der vorliegenden qualitativen Studie sind daher Pilotprojekte in Krankenhäusern mit diesen Inhalten als Reaktion auf o. g. Zielsetzungen.

5

Ausbildungen in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege, die noch bis 31. 12. 2023 an GuK–Schulen begonnen werden, sind nach den bis zu diesem Zeitpunkt geltenden Bestimmungen fortzusetzen und abzuschließen.

6

Ab 1. Jänner 2025 ist die Berufsausübung der Pflegeassistenz in Krankenanstalten nur mehr für jene Angehörige der Pflegeassistenz möglich, die ihre Ausbildung bis 31. Dezember 2024 in Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege begonnen haben. Unter gewissen Voraussetzungen kann der Bundesminister für Gesundheit jedoch per Verordnung festlegen, dass die Berufsausübung der Pflegeassistenz in Krankenanstalten möglich ist.

1.3 Ziele und Fragestellungen

Ziel der Case Study war es, ausgehend von Pilotprojekten im akutstationären Setting zu untersuchen, wie die Möglichkeiten, die sich aus der GuKG–Novelle 2016 ergeben, in der Praxis genutzt werden. Hierbei sollte ein tieferes Verständnis auch für die Herausforderungen im Bereich Skill– und Grade–Mix und der Übertragung von Tätigkeiten in unterschiedlichen Settings erlangt werden. Orientiert an den gesetzlich definierten Interessen wurden gemeinsam mit der Evaluierungskommission folgende Themenfelder und Fragestellungen identifiziert, die schwerpunktmäßig im Zuge der Case Studies behandelt werden sollten:

Übertragung ärztlicher und pflegerischer Tätigkeiten

1. Welche neuen Entwicklungen lassen sich in Bezug auf die Übertragung von Tätigkeiten nach der GuKG–Novelle 2016 in Hinblick auf folgende Bereiche erkennen?
 - a) pflegerische Tätigkeiten an Pflegeassistenz (PA) / Pflegefachassistenz (PFA)
 - b) ärztliche Tätigkeiten an DGKP
 - c) ärztliche Tätigkeiten an PA/PFA
2. Welche Faktoren beeinflussen das Ausmaß und die Organisation/Abläufe ...
 - a) ... der Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten gemäß § 15 und § 15a GuKG bzw. gemäß § 83 Abs. 4 und § 83a Abs. 2 GuKG,
 - b) ... der Übertragung von pflegerischen Tätigkeiten von DGKP gemäß § 82 Abs. 2 GuKG auf PFA bzw. PA?
Welchen Stellenwert nimmt dabei die GuKG–Novelle 2016 ein?
3. Wie hilfreich ist die gesetzliche Ausgestaltung des GuKG in der Praxis aus Sicht der unterschiedlichen Akteure und Akteurinnen?

Skill– und Grade–Mix

4. Wie werden die Möglichkeiten zum (Skill– und) Grade–Mix in unterschiedlichen Settings genutzt (unter Berücksichtigung aller Berufe, z. B. Gesundheits– und Krankenpflegeberufe, Sozialbetreuungsberufe, Ärzte und Ärztinnen, Unterstützungskräfte)?
5. Welche Faktoren beeinflussen das Ausmaß und die Organisation/Abläufe in der Gestaltung des (Skill– und) Grade–Mix und in welchem Zusammenhang stehen diese mit der GuKG–Novelle 2016?

1.4 Aufbau dieses Berichtes

Dieser Bericht enthält eine Darstellung der Vorgangsweise bei der Durchführung der Erhebungen sowie weitere forschungsmethodisch relevante Informationen wie etwa zu Stichprobe oder Erhebungsinstrumenten (siehe Kapitel 2). Das dritte Kapitel umfasst die Ergebnisse der Fallanalysen einschließlich zentraler Einflussfaktoren auf die Ausgestaltung der Pilotprojekte. Ein fiktives Fallbeispiel beschreibt zusammenführend den Prozess eines Projektes zur Umsetzung eines neuen

Grade-Mix unter Berücksichtigung von PFA. Ergänzende fallübergreifende Analysen werden in Kapitel 4 dargestellt, es wird auf wichtige Kategorien eingegangen, wie etwa die Ausgestaltung von Rollen, Arbeitsorganisation einschließlich Delegationspraxis sowie den Einfluss von Personalausstattung auf beobachtete Phänomene und Entwicklungstendenzen. Ebenso werden dabei explizit Erfahrungen mit der interprofessionellen Kooperation ausgeführt. Ausführungen zur Durchführung von Pilotprojekten zur Umsetzung der GuKG-Novelle 2016 während der COVID-19-Pandemie runden das Kapitel ab. Im fünften Kapitel wird auf die Wahrnehmung der berufsrechtlichen Bestimmungen in der Praxis aus Sicht der Akteurinnen und Akteure eingegangen. Alle Ergebnisse sollen schließlich in einem gemeinsamen abschließenden Kapitel 6 diskutiert werden, ein Ausblick steht am Ende des Berichts.

2 Methodisches Vorgehen, Datenbasis

Im Rahmen der vorliegenden Case-Study-Analysen wurde einleitend bereits auf das mehrstufige methodische Vorgehen hingewiesen, das dazu führte, dass weit mehr explorative Interviews als geplant settingübergreifend durchgeführt wurden und zusätzlich vertiefende Fallanalysen in sechs Kontexten akutstationärer Versorgung erfolgten. Bei der Stichprobenauswahl, der Entwicklung der Erhebungsinstrumente sowie in der Analyse konnte das über die Interviews generierte Wissen herangezogen werden.

2.1 Case Study als Forschungsansatz und Design

Case Studies sind ein guter Ansatz, um komplexe pflegerische Phänomene in ihrem Kontext zu untersuchen (Schrank/Mayer 2013). Ziel der vorliegenden Case Study war es, zu untersuchen, wie die Möglichkeiten, die sich aus der GuKG-Novelle 2016 ergeben, in der Praxis genutzt werden und welche Herausforderungen es dabei gibt. Dabei ging es nicht um ein quantitatives oder repräsentatives Erfassen, wie häufig etwa bestimmte Konstellationen vorzufinden sind. Vielmehr sollte exemplarisch ein tieferes Verständnis für die Herausforderungen entwickelt werden, die sich im Zusammenhang mit Überlegungen zu einem Skill- und Grade-Mix in unterschiedlichen Settings ergeben. Da es sich um erste Erfahrungen seit Inkrafttreten der Novelle handelt, ist der Charakter dieser Case Study in ihrem Anspruch daher „explorativ“, was die nähere Designgestaltung prägt.

Für diese Studie wurde ein „Multiple-Case-Design“ gewählt (Yin 2014). Dies bedeutet, dass unter denselben Fragestellungen und Annahmen die Umsetzung der Novelle im Rahmen mehrerer Fallanalysen in unterschiedlichen Organisationen untersucht werden sollte. Als „Case“ können somit grundsätzlich einzelne Einrichtungen bzw. Dienste oder deren Subeinheiten definiert werden. Die Auswahl der Settings unterliegt dabei vor allem theoretischen Überlegungen und ist weniger von Kriterien der Repräsentativität geleitet (de Bont et al. 2016; Yin 2014).

Da sich die Projekte innerhalb der Organisationen meist auf ausgewählte Stationen oder Einheiten bezogen, kann in diesem Fall auch von einer „embedded case study“ gesprochen werden (Yin 2014). Gemäß dem gewählten und mit der begleitenden Kommission abgestimmten Design sollte ein Case aus folgenden Erhebungsschritten bestehen, um die interessierenden Themen umfassend aus möglichst vielen Perspektiven zu erfassen:

- » Es waren *Interviews* mit folgenden Akteurinnen/Akteuren geplant: mit der jeweiligen Pflegedienstleitung oder einer Person mit äquivalenter Funktion im höheren Management, Vertreterinnen/Vertretern der Ärzteschaft (z. B. ärztliche Leitung und/oder Stationsärzte/Stationsärztinnen), Stationsleitungen von jeweils zwei Pilotstationen (z. B. Chirurgie: Unfall, Innere Medizin: Gerontologie) sowie Personen mit Stabsstellen, z. B. Qualitätsmanagement
- » Ebenfalls sollten DGKP und PFA einbezogen werden in Form einer *Fokusgruppe*, an der mehrere Angehörige der jeweiligen Berufsgruppe aus den Pilotstationen teilnehmen.

- » Schließlich sollten Dokumente wie hausinterne Standards, Verfahrensanweisungen und Unterlagen zu Fort- und Weiterbildungsangeboten analysiert werden. Eine Analyse von Patientendokumenten war nicht vorgesehen, hierfür wäre auch ein Ethikvotum erforderlich gewesen.

Bereits in der Phase der Konzeptionierung der Studie wurde geklärt, dass sämtlichen in die Erhebung einbezogenen Personen Vertraulichkeit und Anonymität zugesichert werden sollte. Dies erforderte auch Anonymität in Bezug auf die Organisation insgesamt. Gerade weil die Umsetzung der Novelle 2016 ein Prozess ist, der nicht als zeitlich begrenzt angesehen werden kann und daher auch nicht abgeschlossen ist, sind die jeweiligen hierfür entwickelten Pilotprojekte in ihrer Unterschiedlichkeit kaum isoliert zu betrachten.

2.2 Auswahlkriterien und –prozess

Für die Aussagekraft der Ergebnisse spielt die Fallauswahl eine wichtige Rolle (Yin 2014). Dabei sind das Forschungsinteresse und die damit verbundenen Fragestellungen zentral. Im Fall dieser Studie galt es, in einem ersten Schritt zu explorieren, wo bereits zu einem relativ frühen Zeitpunkt mit der Implementierung wesentlicher Aspekte der Gesetzesnovelle begonnen wurde. Im Zuge der Stichprobensammlung wurden die Mitglieder der Evaluierungskommission konsultiert sowie Fachtagungen oder auch Veranstaltungen im Rahmen der Evaluierung genutzt. So wurden beispielsweise auch bei der Stakeholderkonferenz im April 2019 Beispiele laufender modellhafter Implementierung erfragt und entsprechende Kontaktdaten aufgenommen (Pleschberger/Holzweber 2019).

Weitere Recherchen sowie die explorativen Interviews im Frühjahr 2020 hatten gezeigt, dass es zu diesem Zeitpunkt insbesondere hinsichtlich des Einsatzes der neuen Berufsgruppe PFA nur in akutstationären Settings hinreichend Modellvorhaben zur Umsetzung gibt. Mit dieser Einschränkung wurden in weiterer Folge Rahmenkriterien für die Auswahl definiert und abgestimmt:

- » Erprobung bzw. Umsetzung von Skill- und Grade-Mix auf Basis der Bestimmungen der GuKG-Novelle 2016 sollte fortgeschritten sein.
- » Einsatz neuer Berufsgruppe PFA als Teil der Erprobung (systematische Aufnahme von PFA, „Modellprojekt“)
- » Berücksichtigung von Normalpflege und Spezialbereichen (z. B. Kinder, Psychiatrie, Reha)
- » regionaler Aspekt des Krankenhauses bzw. der Klinik – möglichst viele Bundesländer, um die Entwicklung in Österreich möglichst gut erfassen zu können

Es war ein Anliegen, unterschiedliche Pilotprojekte zum Einsatz der PFA bzw. zum neuen Grade-Mix in den Daten abzubilden, da sich dies in den Zwischenergebnissen als mögliches relevantes Kriterium abgezeichnet hatte (Pleschberger/Holzweber 2020).

Schließlich sollte bei der Auswahl auch berücksichtigt werden, ob eine interne bzw. externe Evaluierung erfolgt war und ob deren Ergebnisse verfügbar wären. Es sollten keine Vorhaben „doppelt“ evaluiert werden, darauf verständigte sich die begleitende Kommission mit dem Forschungsteam.

Das Forschungsteam identifizierte auf dieser Basis einen Auswahlpool, der von der Kommission als ausgewogen erachtet wurde.⁷ Im letzten Schritt nahm das Forschungsteam die finale Auswahl der Kliniken bzw. Krankenhäuser aus dem Auswahlpool unter Ausschluss der Kommission vor, womit auch dieser gegenüber die Vertraulichkeit in Hinblick auf die mit der Erhebung verbundenen organisations- und personenbezogenen Informationen gewahrt wurde.

2.3 Feldzugang und Durchführung

Der Feldzugang wurde über eine schriftliche Anfrage bei der Pflegedienstleitung hergestellt, wobei eine Kurzinformation zur Studie sowie zu den geplanten Erhebungen beigefügt wurde. In den meisten Fällen war die PDL bereits im Frühjahr interviewt worden (explorative Interviews, siehe Zwischenbericht). Alle angefragten Kliniken/Krankenhäuser erklärten sich zur Teilnahme bereit, trotz der widrigen Umstände, welche die Corona-Pandemie für die Durchführung auf allen Seiten mit sich brachte. Je nach Zeitpunkt und Bundesland ergaben sich daraus unterschiedliche Dynamiken und Vorgangsweisen.

Nach Möglichkeit wurden die Interviews und Fokusgruppen zeitlich so organisiert, dass die Forschungsgruppe innerhalb von zwei Tagen die Erhebungen vor Ort durchführen konnte. Für die Interviews und Fokusgruppen wurden Räume reserviert, und die Forscherinnen/Forscher betraten die Einrichtungen nur mit FFP2-Masken und nach vorheriger Testung. In einem Fall wurden die Erhebungen zunächst aufgrund von Personalausfällen (Erkrankungen, Quarantäne etc.) verschoben und in der Folge konnten sie aufgrund von Reisebeschränkungen nicht mehr in geplanter Weise erfolgen. So wurden die Interviews telefonisch geführt und die Fokusgruppen in Form von Zoom-Konferenzen organisiert.

Es war vorgesehen, dass die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter in der Arbeitszeit an den Erhebungen teilnehmen konnten, die Zoom-Konferenzen fanden allerdings räumlich und zeitlich außerhalb der Arbeit statt. Es ist jedoch gelungen, dass die Zeit dafür als Arbeitszeit verbucht werden konnte; dies soll illustrieren, wie viel Flexibilität auf allen Seiten erforderlich war, um die Case Study durchzuführen. Umso beachtlicher ist es, dass es bis zum Jahresende 2020 gelungen ist, die Datenerhebung abzuschließen.

2.3.1 Erhebungsinstrumente

Für die Durchführung der qualitativen Interviews und Gruppendiskussionen (Fokusgruppen) wurden **Erhebungsinstrumente** (Leitfäden, ...) entwickelt, die sich je nach Erhebungsform und Perspektive unterschieden haben. Insgesamt waren das fünf verschiedene Instrumente, die im ersten Case „pilottiert“ und in der Folge geringfügig angepasst einheitlich verwendet wurden. Jenes für

7

Aufgrund der o. g. ethischen Anliegen unterlag bereits der Auswahlpool dem Kriterium der Vertraulichkeit.

die Gruppendiskussionen enthielt entsprechend den methodischen Anforderungen Fragen und Impulse, die eine Diskussion unter den Beteiligten stimulieren sollten (Loos/Schäffer 2001). Die Interviewleitfäden waren an den Anforderungen für Experteninterviews ausgerichtet und fokussierten auf Wissen über Organisationsabläufe sowie Erfahrungen mit den Veränderungen (Helffferich 2011).

2.3.2 Ethische Kriterien und Einverständnis

Allen interviewten Personen wurden gesondert Projektbeschreibungen und Einverständniserklärungen übermittelt. Letztere wurden vor Beginn der Interviews oder der Fokusgruppe unterzeichnet vom Forschungsteam eingeholt, im Fall der telefonischen Befragungen wurde um mündliche Zustimmung gebeten und die unterzeichneten Formulare wurden nachgereicht.

Die Durchführung der Fokusgruppen erfolgte durch je zwei Mitarbeiterinnen des GÖG-Forschungsteams, die Interviews wurden einzeln geführt.

Alle Interviews und Fokusgruppen wurden digital aufgezeichnet und vollständig oder selektiv wörtlich transkribiert.⁸ Dabei erfolgte auch eine Pseudonymisierung innerhalb der Daten pro Fall. Die so gewonnenen Protokolle bilden den Datenpool und wurden für die Analyse in MAXQDA importiert (s. u.).

2.4 Analyse

Neben dem Anliegen, die gewonnenen Daten pro Fall zu analysieren, sind im gewählten Multiple-Case-Design weitere Schritte erforderlich, um über die Cases hinweg zu Erkenntnissen hinsichtlich der relevanten Fragen zu gelangen (Yin 2014). Hierfür wurden einige der Daten zunächst offen kodiert und auf dieser Basis wurde ein Kodierbaum erstellt, der die Fragestellungen und relevanten Themen umfasst. Dabei wurde auch die weitere Vorgangsweise im Kodierverfahren mit dem Forschungsteam abgestimmt. In weiterer Folge wurden sämtliche Daten auf diese Weise kodiert und bedarfsweise auch induktiv weitere Codes ergänzt und abgestimmt. Dies erfolgte arbeitsteilig unter Berücksichtigung von „Datensets“ pro Case unter Nutzung der Software MAXQDA.

Nach dieser das Datenmaterial strukturierenden, inhaltlichen Analyse wurde der Blick auf ein vertieftes Fallverstehen gerichtet und als Zwischenschritt wurden für alle Cases Fallberichte verfasst. Sie bildeten die Grundlage für die weitere Analyse, darin wurden Gemeinsamkeiten und Unterschiede der einzelnen Modelle analysiert und vorherrschende Themen beleuchtet. Charakteristisch

8

Passagen, in denen inhaltliche Darstellungen im Vordergrund standen, die für den jeweiligen Fall bereits bekannt und mit den anderen Daten des Cases kongruent waren, wurden nicht vollständig wörtlich transkribiert.

für den gesamten Analyseprozess war das Hin- und Herpendeln zwischen den Daten in den einzelnen Cases sowie zwischen den Cases, und zur Sicherstellung einer hohen Qualität in der Analyse wurden die Ergebnisse stets von mindestens zwei Forscherinnen formuliert. Für das Verfassen des Berichts wurde schließlich von der Idee einzelner Fallberichte abgerückt, weil dies einerseits im Zusammenhang mit dem Schutz vor Erkennbarkeit der jeweiligen Einrichtungen problematisch gewesen wäre und andererseits unnötige Redundanzen in Bezug auf Themen, die eben übergreifend in fast allen Cases vorkommen, erzeugt hätte. So bildet die Darstellung der Ergebnisse letztlich die o. g. Schritte der Analyse ab und es wird versucht, die Stärke des methodischen Herangehens exemplarisch an einem fiktiven Fallbeispiel aufzuzeigen.

Die Sitzungen der begleitenden Kommission wurden zu zwei Zeitpunkten genutzt, um Ergebnisse zu präsentieren und vor dem Hintergrund des Evaluationsauftrags zu diskutieren.

2.4.1 Validierungsworkshop

Zur Validierung der übergreifenden Ergebnisse aus den Fallanalysen wurde mit rund zwanzig Vertreterinnen und Vertretern des höheren Managements in der Pflege Anfang März 2021 ein Workshop durchgeführt. Eingeladen waren ausschließlich Führungskräfte aus Akutkrankenhäusern in Österreich, in denen es bereits Erfahrungen mit der Implementierung von PFA gibt. Einschränkend wurde auch pro Klinik/Krankenhaus bzw. Träger nur eine Person zugelassen, um Diskussionen in Kleingruppen zu ermöglichen.

In einem 3,5-stündigen Online-Meeting wurden zentrale Ergebnisse zunächst präsentiert und im Anschluss daran in drei Kleingruppen entlang folgender Fragen diskutiert:

- » Allgemeiner Eindruck: Inwiefern stimmen die präsentierten Ergebnisse mit Ihren Erfahrungen im akutstationären Sektor überein?
- » Wurde bei der Analyse möglicherweise etwas übersehen, d. h., gibt es in Ihrem Haus andere bzw. davon stark abweichende Erfahrungen und wie könnten sich diese erklären lassen?
- » Schlussfolgerungen: Welche Konsequenzen haben diese Ergebnisse in Hinblick auf das Berufsgesetz bzw. welche Empfehlungen darüber hinaus ergeben sich zur Sicherstellung einer qualitätsvollen pflegerischen Versorgung in Ihrem Setting?

In den Kleingruppen wurde unter Moderation der GÖG rege diskutiert und die Beiträge der Teilnehmerinnen/Teilnehmer wurden auch entsprechend von einer weiteren GÖG-Mitarbeiterin dokumentiert. Am Ende der Veranstaltung wurde darum gebeten, ein Feedback zu hinterlassen bzw. wurde Raum für ggf. noch offene Anliegen gegeben.

Von 19 Teilnehmenden hatten 14 Personen im Chat eine schriftliche Rückmeldung hinterlassen. Neben Kommentaren zu einzelnen Inhalten bzw. Ergebnissen sowie konkreten Anliegen, was in der weiteren Evaluierung beachtet werden sollte, hatten 12 Teilnehmende ein positives Feedback zur Veranstaltung gegeben. Die Möglichkeit, in dieser Form zu Ergebnissen Stellung nehmen zu können, wurde hervorgehoben und ausnahmslos positiv kommentiert. Das Themenspektrum der noch zu berücksichtigenden Aspekte war breit und bildete individuelle Schwerpunktsetzungen von

Themen ab, die auch in den einzelnen Gruppen diskutiert wurden. Sie sind in der Darstellung der Ergebnisse sowie deren Einschätzung eingeflossen.

2.5 Stichprobe zur Analyse

Die Stichprobe umfasst sechs Fallstudien. Die relevanten Kriterien für die Auswahl (s. o.) konnten trotz der Fallzahl gut abgebildet werden. Hinsichtlich des regionalen Kontextes ist es gelungen, in fünf Bundesländern Erhebungen durchzuführen, davon befanden sich vier Kliniken im städtischen Raum und zwei in einer ländlichen Region. Es wurde ein Fokus auf bettenführende Stationen gelegt, die eine breite Vielfalt an klinischen Fächern abbilden:⁹

- » Chirurgische Stationen (Orthopädie, Unfallchirurgie, Plastische Chirurgie, MKG, Allgemeinchirurgie etc.)
- » Neurologie (Akutnachbehandlung, Rehabilitation B- und C-Phase)
- » Pädiatrie (Infektionsabteilung)
- » Innere Medizin (Pulmologie)
- » HNO

Hinsichtlich des Grade-Mix wurden in der Stichprobe sowohl Zweier- als auch Dreierkonstellationen berücksichtigt (DGKP und PFA vs. DGKP, PFA und PA). In allen Cases gab es projektförmige Prozesse zur Umsetzung der GuKG-Novelle, die zum Zeitpunkt der Erhebung bereits vor mindestens einem Jahr initiiert worden waren.

Die Datengrundlage pro Case ist in Tabelle 2.1 dargestellt.

Tabelle 2.1:
Datengrundlage und Erhebungen pro Case (Klinik/Krankenhaus)

Erhebungsmethode	Interview	Interview	Fokusgruppe	Fokusgruppe	Interview	Dokumentenanalyse
Funktion/Perspektive	PDL	Stations-/Abteilungsleitung	PFA	DGKP	ärztliche Perspektive	sofern relevante Unterlagen einsehbar, z. B. Delegationsmatrix, ...
Anzahl Personen Ø pro Case	1-2	2	3-4	4-6	1-2	

Quelle: GÖG

In fünf Cases wurden fünf Perspektiven eingeholt in je mehreren Erhebungsschritten, wie in Tabelle 2.1 dargestellt. Es waren pro Case zehn bis zwanzig Personen involviert (Ø 14 P.) und es

⁹

Die nachfolgende Darstellung soll einen Eindruck der Vielfalt geben, die sich in der Stichprobe wiederfindet; damit die jeweiligen Angaben nicht einzelnen Einrichtungen zugeordnet werden können, erfolgt die Auflistung unter Verwendung medizinischer Fachdisziplinen; dabei ist zu beachten, dass die Trennung „chirurgisch“ wenig eindeutig ist, da auch auf „konservativen Abteilungen“ mitunter chirurgische Verfahren zur Anwendung kommen und vice versa.

wurden fünf bis neun Interviews oder Fokusgruppen pro Case durchgeführt. Das ergibt im Durchschnitt sieben Erhebungsereignisse pro Fallstudie. Davon konnten, bedingt durch die Corona-Pandemie, fünfzig Prozent vor Ort durchgeführt werden, der Rest erfolgte telefonisch oder über Videokonferenz.

Abweichend davon bildete der sechste Case eine Variante insofern, als zu dem Modellprojekt ein Evaluierungsbericht vorlag, auf den zurückgegriffen werden konnte. Darauf basierend wurden lediglich sechs ergänzende Interviews durchgeführt, jedoch keine Fokusgruppen.

Die Datengrundlage umfasst vierzig einzelne Erhebungen, an denen insgesamt 73 Personen beteiligt waren. Die Stichprobe stellt sich hinsichtlich der eingeholten Perspektiven über alle Cases wie folgt dar (siehe Tabelle 2.2).

Tabelle 2.2:
Stichprobe Erhebungen, verteilt nach „Perspektiven“ (Basis: 6 Cases)

Perspektive	Summe
PDL	8
AL	13
DGKP	19
PFA	22
Medizin	9
Sonstige	2
Summe Personen	73
Anzahl Interviews bzw. Fokusgruppen	40

Quelle: GÖG

3 Ergebnisse der Case Study

In diesem Kapitel steht die Analyse der Fallstudien im Mittelpunkt, orientiert an den Besonderheiten jedes einzelnen Cases und den Ergebnissen eines systematischen Fallvergleichs. Zu berücksichtigen ist dabei, dass es sich bei den untersuchten „Fällen“ um je unterschiedliche Pilotprojekte handelt, die nach Inkrafttreten der Novelle aus verschiedenen Motiven mit verschiedenen Zielen initiiert wurden und in ihrer Dimension auch unterschiedlich sind. D. h., es gibt keine „gemeinsamen“ Ziele oder Kriterien, denen eine Evaluierung für die Einschätzung von „Erfolg“ oder Wirksamkeit folgen könnte. Es war auch nicht Auftrag, die einzelnen Projekte hinsichtlich der Erreichung ihrer jeweiligen Zielsetzung zu betrachten. Vielmehr liegt der Anspruch dieser vom Gesetzgeber beauftragten Evaluierung in der Exploration unterschiedlicher Umsetzungsmodelle und -erfahrungen zur Einschätzung des (berufs-)gesetzlichen Rahmens.

Zunächst werden Einflussfaktoren auf die Ausgestaltung der Pilotprojekte skizziert, ein Ergebnis aus dem übergreifenden Fallvergleich. Darauf basieren auch die als wesentliche Unterschiede herausgearbeiteten Kategorien, nach denen die Cases systematisiert werden können: a) Ausmaß/Dimension der Veränderung im Zuge der modellhaften Umsetzung der GuKG-Novelle 2016, b) Grade-Mix und c) Stellenwert der PFA im Zusammenhang mit Aspekten der Personalausstattung (siehe Abschnitt 3.3).

3.1 Einflussfaktoren auf die Ausgestaltung der Umsetzung der GuKG-Novelle 2016

In der Ausgestaltung der Pilotprojekte zur Umsetzung der GuKG-Novelle 2016 lassen sich Faktoren auf unterschiedlichen Ebenen herausarbeiten. Sie beeinflussten einerseits die Konzeption und Ausgestaltung der Pilotprojekte und andererseits bieten sie auch Erklärungsansätze für die beobachteten unterschiedlichen Erfahrungen mit der Implementierung.

Jenseits des gesetzlichen Rahmens, dessen Stellenwert für die praktische Umsetzung im Rahmen der Evaluierung ebenfalls vorrangig untersucht werden sollte, handelt es sich um ein Bündel von Faktoren, die Einfluss auf die Ausgestaltung nehmen. Dabei sind grundsätzlich jene, die als Rahmenbedingungen auf Ebene der Gesamtorganisation zu sehen sind, von jenen, die sich auf Ebene einzelner Organisationseinheiten verorten lassen wie Stationen und ihre Anforderungen, zu unterscheiden. Es liegt auf der Hand, dass diese nicht durchgängig trennscharf sind und miteinander zusammenhängen.

3.1.1 Rahmenbedingungen auf Organisationsebene

Auf Organisationsebene lassen sich Faktoren zusammenfassen, welche die Intentionen für die Pilotprojekte seitens der strategischen Führung der Kliniken bzw. Krankenhäuser beschreiben. Welche Ausgangslage prägte diese im Besonderen und welche Prioritäten wurden gesetzt?

Kompensation von aktuellen und zu erwartenden Personalengpässen

Bestehende oder mittelfristig erwartete Personalengpässe beeinflussten ganz wesentlich getroffene Strategien und Herangehensweisen zur Implementierung der PFA. Auch wenn die Thematik in allen Organisationen als „dringlich“ dargestellt wurde, ergaben sich Unterschiede etwa dahingehend, ob es seitens der Klinik / des Krankenhauses einen „direkten Zugang“ zu Absolventinnen und Absolventen von Ausbildungseinrichtungen gibt oder nicht. Die Kapazitäten, die im Ausbildungsbereich an FH zur Verfügung stehen, sind länderweise unterschiedlich, haben aber maßgeblich Anteil an dem Pool an Kräften, die per se verfügbar wären. Wie attraktiv die Organisation als Arbeitgeberin für die Absolventinnen/Absolventen ist, wird auch von verschiedenen Faktoren beeinflusst, z. B. von regionalen Gegebenheiten etc. Eine Abteilungsleiterin verwies auf diese Problematik und brachte sie in Verbindung mit der Ausbildungssituation:

„Also ich denke, zum einen wird es zu wenig Plätze geben auf der FH, oder es werden jetzt einfach weniger fertig. Also wir haben jetzt zum Beispiel keinen Frühjahrslehrgang gehabt, also es wird das nächste Jahr sicher schwierig, weil es ist der Markt an Diplomierten leer. Also es ist jetzt nicht das Problem der PFA, es ist jetzt das Problem der Diplomierten. Man hat so das Gefühl, der Markt ist leer.“ (C_AL)

In einer mitunter resignativen Haltung wurde hervorgehoben, dass zukünftig eben nicht mehr so viele DGKP zur Verfügung stünden, weshalb Modelle mit verstärktem Einsatz von PFA respektive PA erprobt werden müssten. Darin kam teilweise auch eine ambivalente Haltung zum Ausdruck, was die damit verbundene Qualität sowie die fachliche Entwicklung der Pflege angeht:

„Ich glaube, das kommt aus dem vorherrschenden Personalmangel. Wenn man ausschreibt, hat man vielleicht 6 Bewerber, und ich brauch aber 4, und tatsächlich bekomme ich nur einen dazu, im Haus zu arbeiten. Dann muss ich die irgendwie ersetzen.“ (B_AL)

Ärzteausbildung

In Folge der Novelle der Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 (ÄAO), die das Ziel einer qualitätsvolle(re)n Ausbildung zum Inhalt hat, wurden Vereinbarungen über Ausbildungsplätze zwischen einzelnen Kliniken und der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) getroffen. Diese beinhalteten u. a. eine Erklärung des Einrichtungsträgers, dass seitens der Pflege die Übernahme von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung (§ 15 Abs. 5 GuKG, § 49 Abs. 3 Ärztegesetz) gewährleistet ist. So sollten durch die Übernahme von Aufgaben aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie durch die Pflegeberufe Ärztinnen und Ärzte in ihrer praktischen Ausbildung von Tätigkeiten entlastet werden.

Zwar bot bereits das GuKG 1997 einen entsprechenden Rahmen für die Delegation an die Pflege. Mit Inkrafttreten der GuKG-Novelle 2016 wurde in den Kliniken und Krankenhäusern die Übertragung von Tätigkeiten systematischer umgesetzt. Das heißt etwa, dass Routinen, wonach bestimmte Tätigkeiten von Turnusärztinnen/-ärzten übernommen worden waren, in Frage gestellt und in Hinblick auf „maximale Übertragung an die Pflegekräfte“ verändert werden sollten.

Mit den Projekten sollte dieser Erwartung Rechnung getragen werden, und die Vorgaben wurden in Bezug auf Tätigkeitsprofile der Berufsgruppen in Vorgaben zur Delegation aufgenommen (siehe Abschnitt 4.4.1). Je nachdem, wie sich die Arbeitsteiligkeit zwischen Ärztinnen/Ärzten und Pflegekräften vorher gestaltet hatte – das war unterschiedlich zwischen den Organisationen und Stationen –, wirkte sich diese Änderung auch unterschiedlich stark aus.

Erwartungen an Kostendämpfung

Neben dem Mangel an Pflegepersonal wurden auch Argumente hinsichtlich des Erfordernisses, gestiegenem Bedarf möglichst kostensparend zu begegnen, in vielen Daten sichtbar. Seitens der Führungskräfte wurde in manchem Kontext durchaus eingeräumt, dass man im Zusammenhang mit der Implementierung von PFA Modelle zur Umgestaltung der Personalausstattung entwickelt hätte, in denen entweder Kosten frei würden, die für andere strategische Ziele eingesetzt werden sollten, oder aber insgesamt dem gestiegenen Bedarf möglichst kostenneutral zu begegnen.

In manchen Cases gab es klinikweit Vorgaben und Bestrebungen zur Kostendämpfung im Personalbereich, deren konkrete Ausgestaltung und Realisierung dem Management der Pflege überlassen war. Andernorts wiederum wurden explizit für ausgewählte Modellstationen Schlüssel vorgegeben, d. h. ein „zu erprobender Schlüssel“ ausgelobt.

„Es sind halt ein paar Stunden einfach nicht nachbesetzt worden von den DGKP. Also meine Vorgabe war, ich muss 70/30 erreichen. Wie ich das mache, war meine Sache.“ (F_AL)

„Bei uns sind vorher schon die diplomierten Stellen abgebaut worden. Also auf eine Diplomstelle haben wir jetzt Pflegefachassistenten bekommen. Es ist so bei uns.“ (E_DGKP)

Zentrales Charakteristikum ist der Anteil an DGKP, der in den meisten Modellen im Vergleich zu „vorher“ deutlich reduziert wurde. Dadurch können Ausgaben reduziert werden. Im Gegenzug wurden neben der Einführung von PFA auch Kosten verlagert, so wurden z. B. hauswirtschaftliche und teilweise auch administrative Tätigkeiten ausgelagert oder innerhalb der Einrichtung umverteilt. Auf Basis dieses Studiendesigns können solche Zusammenhänge nur ansatzweise aufgegriffen werden.

Es wurde aber in den Daten sichtbar, dass es für die Akteurinnen und Akteure einen Unterschied im Erleben macht, ob mit einem Modellprojekt die Zielsetzung einer Einsparung verbunden wird oder aber – zumindest ergänzend dazu – auch fachliche Entwicklungen oder anderweitige positive Veränderungen assoziiert werden können. Hinsichtlich der Attraktivität von Rollen und Berufsbild ist es ebenfalls entscheidend, ob der Eindruck verbleibt, es gäbe zu wenig Interesse an der jeweiligen Fachlichkeit im Verhältnis zu den damit verbundenen Kosten:

„TN 1: Es war ganz gut, dass als erstes eine PA gegangen ist und eine PFA gekommen ist. Dann war zuerst quasi eine Steigerung der Qualifikation. Wie es dann geheißen hat, eine PFA, anstatt einer Diplomstelle eine PFA, war dann schon ein Aufschrei, oder? Da waren schon viele, die ...

TN 2: ... Ja schon, aber dadurch, dass wir schon vorher eine PFA bekommen haben und die eigentlich

recht super war, war es dann nicht so schlimm. Also ich habe jetzt nicht mitbekommen, dass es viele Beschwerden gab.“ (E_DGKP)

„Es wurde diskutiert, dass irgendwann nur noch eine Diplomierte im Nachtdienst ist mit einer PFA. Das wäre schon ein Ersetzen. Ich finde nicht, dass es auf das Ersetzen hinauslaufen sollte. Wenn das wirklich so kommen sollte, dass, wird das bei uns auf der Station mit 20 akut kranken XX nicht funktionieren. Wenn es um Sparen geht, wäre das keine gute Idee.“ (A_DGKP)

Etablierung professioneller Pflegemodelle

Die Ausdifferenzierung der Pflegerollen wurde von manchen Führungskräften als wichtiger Schritt hin zu einer professionellen Pflege nach internationalem Vorbild gesehen. Dazu gehört ein abgestufter Qualifikationsmix, neben dem tertiär ausgebildeten gehobenen Dienst zum einen qualifizierte Assistenz, und auf der anderen Seite auch spezialisierte Kräfte, Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten. Neben jenen, die im GuKG geregelt sind, wurden in einzelnen Cases auch ANP angeführt, deren Realisierung als weiterer wichtiger Baustein im Sinne der Novelle gesehen wurde – auch wenn diese explizit auf ANP nicht Bezug nimmt.

Bemerkenswert ist, dass in vielen Krankenhäusern und Kliniken bereits DGKP mit einer Weiterbildung in ANP im Einsatz sind und deren Fachexpertise als sehr positiv eingeschätzt und erlebt wird.

Vor einem solchen Hintergrund wird der Schritt der Implementierung von PFA als einer von mehreren auf dem Weg zur professionellen Entwicklung der Pflege betrachtet. Mit dieser Motivation wurde fallweise auch eine als vorübergehend betrachtete Verschlechterung in Kauf genommen, die sich durch Umbau und Fluktuation ergeben hatte. In diesem Zusammenhang wurde allerdings auch darauf verwiesen, dass nach der Implementierung von PFA eben auch die weiteren Schritte folgen müssten, z. B. Einführung von ANP, um das „größere Ziel“ zu erreichen.

Organisationskultur

Schließlich stellt die Organisationskultur einen weiteren wichtigen Einflussfaktor dafür da, wie Projekte realisiert werden. Was zugunsten der Erreichung eines Projektziels „in Kauf genommen“ wird, das unterscheidet sich je nach Bedeutung des Zieles, es hat aber auch mit der Organisationskultur zu tun. Besonders deutlich wurde dies im Zusammenhang mit dem Umbau von Teams, etwa zur Realisierung eines Zweier-Personalmix. Wie „flexibel“ werden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter innerhalb einer Organisation eingesetzt? Wie häufig sind Wechsel zwischen Stationen, gibt es solche auch „unfreiwillig“ auf Initiative der Führung hin? Dies reicht bis zur Frage, ob PA überhaupt noch einen Platz im Akutkrankenhaus hätten.

Darüber hinaus wurde in einigen Kontexten auch darauf verwiesen, dass die Implementierung von PFA nur ein Projekt unter vielen wäre und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter es gewohnt seien, dass es laufend Veränderungen gebe.

3.1.2 Kontextuelle Faktoren in Organisationseinheiten

Durch die Auswahl für die Stichprobe ist es gelungen, Einblick in verschiedene Fachbereiche zu gewinnen, und es wurde deutlich, dass die jeweiligen **Anforderungen durch die medizinischen Fachrichtungen** bzw. durch das zu versorgende und behandelnde Klientel die Umsetzung des Personalmix im Alltag prägen.

- » Interessanterweise wurde in allen untersuchten Cases und Abteilungen das Klientel als komplex beschrieben, und dies stimmt mit den grundlegenden Entwicklungen überein, die in akutstationären Einrichtungen zu beobachten sind, wie etwa einer Zunahme geriatrischer Patientinnen und Patienten (siehe Abschnitt 1.1).
- » Es hat sich gezeigt, dass selbst zwischen operativen und konservativen Abteilungen kaum scharfe Trennlinien gezogen werden konnten. So wiesen auch chirurgische Stationen einen mehr oder weniger großen Anteil an konservativen Behandlungen auf und ebenso kommt es auf konservativen Abteilungen im Zuge von Behandlungsregimen zu operativen Maßnahmen. Unterschiede waren graduell sehr wohl in der Verweildauer erkennbar, was im Falle einiger chirurgischer Abteilungen mit einem höheren Aufkommen von Aufnahmen und Entlassungen einhergeht oder aber auch hinsichtlich der Anforderungen an interprofessionelle Zusammenarbeit (etwa mit therapeutischen Teams im Bereich der Rehabilitation).
- » Einen starken Einfluss auf die Ausgestaltung der Pilotprojekte auf Stationsebene hat das **Ausmaß an und Möglichkeiten zur Delegation von Tätigkeiten** aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie (siehe Abschnitt 4.4.1).

Entsprechend den o. g. fachlichen Anforderungen, die für jede Organisationseinheit unterschiedlich sind, gilt es aufseiten der Teams **ausreichend und geeignete Personalressourcen** zur Bewältigung vorzuhalten und diese zu organisieren.

- » Die jeweiligen Teams unterschieden sich dabei nicht nur hinsichtlich der vertretenen Berufsgruppen, sondern es wurde immer wieder auch auf den Aspekt „junger Teams“ im Vergleich zu Teams mit einem höheren Anteil erfahrener Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hingewiesen.
- » Für die Frage, ob eine Station als Modellstation für die Implementierung von PFA in Frage käme, spielte die Anzahl von PA auf einer Station eine wichtige Rolle, galt es doch in den meisten Projekten, einen Zweier-Mix zu etablieren.
- » Die Verfügbarkeit von ausreichend PFA für eine umfassende Veränderung in der Personalzusammensetzung galt es zu prüfen sowie die Möglichkeiten der Rekrutierung.

Die o. g. Faktoren lassen sich in den einzelnen Cases kaum klar voneinander isolieren und sie wurden auch nicht immer direkt benannt, was limitierend wohl auch darauf zurückzuführen ist,

dass Vertreterinnen/Vertreter des höheren Managements nicht in allen Cases zeitnah zu den Erhebungen mit den anderen Akteursgruppen befragt wurde.¹⁰

3.2 Die Cases im Überblick

Für ein besseres Verständnis des Kontexts werden der Darstellung im nächsten Abschnitt kurze Beschreibungen der Fallstudien unter Wahrung der Anonymität vorangestellt. Die jeweils unterschiedlichen und speziellen Rahmenbedingungen hatten Einfluss auf die Ausgestaltung der Pilotprojekte.

Bei **Case A** handelt es sich um ein Krankenhaus mit einem Spezialbereich, das im urbanen Raum angesiedelt ist. Die Modellstation umfasst zwanzig Betten mit einer relativ heterogenen Patientengruppe, die ein breites Krankheitsspektrum aufweist. Da es sich um einen Spezialbereich im akutstationären Setting handelt, gelten grundsätzlich die Empfehlungen des ÖSG, wonach auf solchen Stationen mindestens zu fünfzig Prozent DGKP mit mindestens zwei Jahren Berufserfahrung tätig sein sollen. Dieser Anspruch wird in der konkreten Personalplanung mit einem DGKP-Anteil von min. neunzig Prozent eingelöst. Die personelle Situation auf der Station war vor Einführung der PFA sehr angespannt. Es wurde ein Zweier-Mix erprobt, was sich aus dem Umstand ergab, dass eine PA, die bisher auf der Station arbeitete, in Pension ging und eine andere das zweite Ausbildungsjahr zur PFA absolvierte. Die Implementierung der PFA erfolgte in einer ersten Phase auf einer Modellstation, Pläne zur weiteren Ausrollung wurden bereits entwickelt. Neben der Implementierung von PFA war die Umsetzung der rechtlichen Rahmenbedingungen im Zusammenhang mit der GuKG-Novelle 2016 in der Gesamtorganisation von umfassenden Schulungsmaßnahmen für die DGKP geprägt. Damit sollte den Anforderungen bzgl. der Übertragung von medizinischen Tätigkeiten qualitativ Rechnung getragen werden.

Case B ist in einer Klinik für Neurologische Rehabilitation im ländlichen Raum angesiedelt. Die Gründe für die Entwicklung eines Modellprojekts zur Erprobung der neuen Berufsgruppe PFA liegen im möglichen Auslaufen von PA gemäß GuKG-Novelle 2016. Ebenso sollte damit auch erwarteten Personalengpässen im Bereich DGKP begegnet werden; in der Region gibt es keine FH, was die Rekrutierung von Absolventinnen und Absolventen erschwert. Die gewählte Modellstation für die Implementierung verfügt über dreißig Betten, sehr viele der Patientinnen und Patienten weisen einen hohen Pflegebedarf (auch akutneurologisch) auf. In der Regel beträgt die Verweildauer mindestens 28 Tage. Der Anteil an diagnostischen Maßnahmen (z. B. Blutabnahmen), die an Pflegepersonen delegiert werden könnten, ist verglichen mit anderen akutstationären Bereichen gering. Innerhalb von zwei Jahren wurden fünf PFA aufgenommen, u. a. auch als Ersatz für DGKP, die in Karenz gingen. Dieser Prozess gestaltete sich sukzessive, das Modellprojekt ist auf eine Station

10

Interviews mit Vertreterinnen/Vertretern des oberen Managements wurden im Rahmen der explorativen Interviews im Frühjahr 2020 geführt und sind in den Zwischenbericht eingeflossen (Pleschberger/Holzweber 2020).

beschränkt, darüber hinaus gibt es keine übergreifenden organisationsbezogenen Maßnahmen im Haus, wiewohl trägerseitig vergleichbare Projekte in anderen Krankenhäusern forciert werden.

Bei **Case C** handelt es sich um eine Klinik in einer Landeshauptstadt. Relativ früh nach Inkrafttreten der Novelle wurde mit der Entwicklung von Modellvorhaben zur Implementierung von PFA begonnen. Die Intention war das mittelfristige Ziel, PFA als zentralen Assistenzberuf in einem Zweier-Mix zu etablieren und im Zusammenspiel mit einer fortgeschrittenen Pflegepraxis den Anforderungen einer professionellen Pflege Rechnung zu tragen. Es wurden Abteilungen identifiziert, die aufgrund der personellen Situation sowie der Größe und einer „Innovationskultur“ gut geeignet erschienen; dazu gehörten sowohl fachchirurgische als auch internistisch ausgerichtete Bereiche. Es erfolgte ein umfassender Umbau von Teams zur Erreichung des gewünschten Personalmix, ebenfalls sollten die DGKP in ihrer neuen Rolle gestärkt werden und die PFA ihre gesetzlichen Kompetenz-Möglichkeiten gut ausschöpfen können. Eine Stabsstelle begleitete diesen Prozess und stand bei Fragen rund um Delegationsvorgaben und rechtliche Aspekte zur Seite. Ausgehend von ersten Modelleinrichtungen wurde in einer zweiten Phase auch auf andere Abteilungen erweitert.

Case D umfasst ein Modellprojekt in einer Schwerpunkt-Krankenanstalt im urbanen Raum. Im Kern geht es dabei um die Realisierung eines neuen Skill- und Grade-Mix unter Einsatz der neuen Berufsgruppe PFA auf mehreren Abteilungen der „Normalpflege“ im Verhältnis gehobener Dienst zu Assistenzberufen von 50:50. Die Umsetzung der Maßnahmen zur GuKG-Novelle 2016 auf den Modelleinheiten beinhaltete die umfassende Übernahme der Kompetenzen aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie, die Umsetzung von Delegationsrichtlinien, Schulungen zu Delegation und Kompetenzfeldern sowie den Umbau der Arbeitsorganisation auf den Stationen. Hierfür wurden umfassende Prozesse der Veränderung in der gesamten Organisation, einschließlich Abteilungsgrößen und Führungsaufgaben, in Gang gesetzt. Die Implementierung dieser Maßnahmen wurde in der gesamten Organisation von den Stationsleitungen sowie einer Stabsstelle begleitet. Begleitmaßnahmen waren umfassende Delegationsschulungen und Fortbildungen für Tätigkeiten aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie sowie eine spezielle Führungskräfte-schulung.

In einem Schwerpunktkrankenhaus gemäß ÖSG in einer Landeshauptstadt ist **Case E** angesiedelt. Die ausgewählten Modellstationen sind chirurgische Fachabteilungen. Kennzeichnend für die Stationen sind ein hohes Aufkommen an Infusionstherapie, insbesondere von Antibiotikatherapie und Schmerztherapie, sowie ein hoher Anteil an ungeplanten Aufnahmen. Die vermehrte Übernahme ärztlicher Tätigkeiten erfolgte bereits vor der GuKG-Novelle 2016. Im Zuge der Implementierung der neuen Berufsgruppe der PFA erfolgte eine Neuordnung in der Kompetenzverteilung. Organisationsveränderungen aufgrund der Implementierung der PFA und der Umsetzung von Maßnahmen zur GuKG-Novelle wurden nicht vorgenommen. Der personelle Umbau erfolgte durch gezielte Nachbesetzungen mit PFA im Zuge von Abgängen, wie z. B. Karenzen etc. Ein Dreier-Mix, d. h. ein Verbleib von PA, wurde ausdrücklich toleriert. Die Umsetzung erfolgte maßgeblich durch die Stationsleitungen, von denen Delegationsmatrizen sowie die Arbeitsorganisation den jeweiligen Bedürfnissen angepasst wurden. Bereits vor dem Modellprojekt gab es im Klinikum einen hohen Anteil an Pflegeassistenz und daher breite Erfahrung in der Zusammenarbeit von DGKP mit Assistenzberufen.

Bei **Case F** handelt es sich um zwei Kliniken/Krankenhäuser in einem Trägerverbund, die nicht im urbanen Raum angesiedelt sind. Die Abteilung für neurologische Akut-Nachbehandlung Stufe B/C wurde standortübergreifend miteinbezogen. Die ausgewählten Modellstationen sind eine allgemeine Chirurgie und eine Unfallchirurgie. Als dritte Modellstation im Case wurde eine neurorehabilitative Abteilung mit 65 Betten ausgewählt. In letzterer ist aufgrund der Mindestqualitätsvorgaben des österreichischen Rehabilitationsplans ein Personalschlüssel für die Pflege vorgegeben, der mit 0,7 Pflegepersonen pro Patientin/Patienten definiert ist. In den anderen Bereichen wurden von der Trägerorganisation Personalschlüssel zur Erprobung unter den rechtlichen Änderungen der GuKG-Novelle 2016 vorgegeben. Medizinische Tätigkeiten wurden umfassend im Rahmen der Delegation von den Pflegeberufen übernommen. Unterschiede zeigen sich zwischen den Abteilungen zudem hinsichtlich der Häufigkeit in der erforderlichen Durchführung und der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer. Die Erfahrungen mit den Pilotprojekten wurden bereits im Vorfeld der Case Study einer internen Evaluierung unterzogen, auf deren Erkenntnisse aufgebaut werden konnte.

3.3 Ausgestaltung der Pilotprojekte – die Unterschiede

In den bestehenden kontextuellen Bedingungen wurden durch die GuKG-Novelle 2016 vermehrte Möglichkeiten zur Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie geschaffen sowie mit der PFA ein neuer Assistenzberuf der Pflege. In den untersuchten Cases wurde die Umsetzung dieser gesetzlichen Bestimmungen auf „Modellstationen“ erprobt bzw. in Form von „Pilotprojekten“ für einen vorgesehenen Zeitraum gestaltet, umgesetzt sowie evaluiert. Zum Zeitpunkt der Erhebungen war nur in einem Fall eine interne Evaluierung abgeschlossen, in einem anderen Case wurde eine externe Evaluierung beauftragt. Dies hängt mit der relativ kurzen Zeit zwischen Inkrafttreten der Novelle und der Durchführung dieser Case Study zusammen. Nachfolgend werden diese Modelle entlang von wesentlichen Merkmalen als Ergebnis der vergleichenden Analyse skizziert.

3.3.1 Ausmaß/Dimension der Veränderung

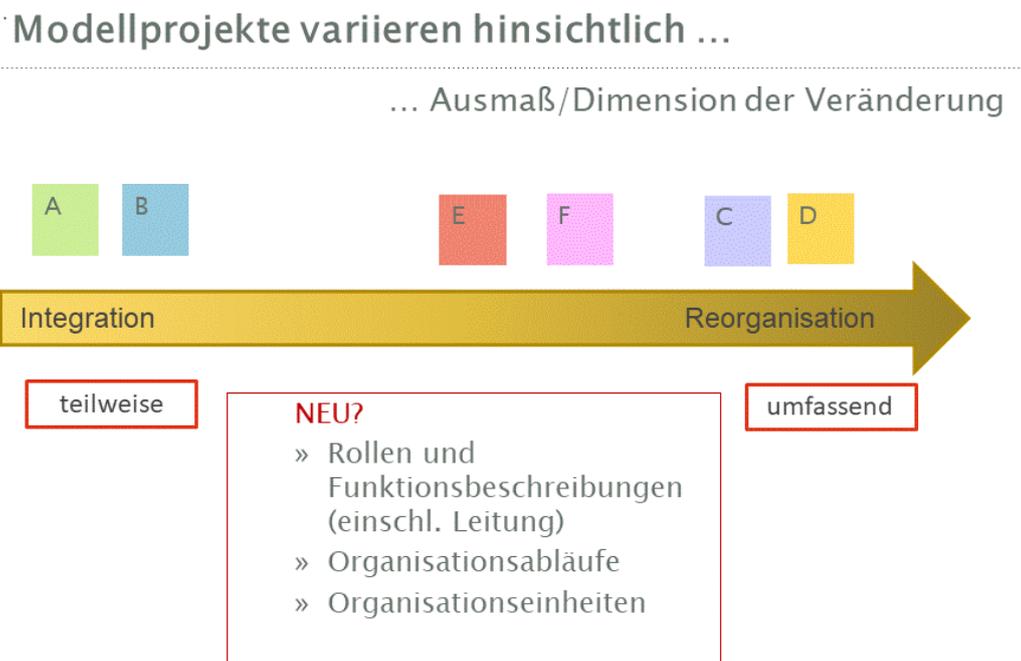
Die untersuchten Cases lassen sich hinsichtlich des jeweiligen Ausmaßes der Veränderungen, die im Zusammenhang mit der Umsetzung der Gesetzesnovelle initiiert wurden, auf einem Spektrum abbilden, dessen eine Seite als „Integration“ bezeichnet werden kann, am anderen Ende befindet sich das Modell „umfassende Reorganisation“. Die Einordnung der Fallbeispiele auf dieser Skala / in diesem Spektrum erfolgt nach dem Kriterium, ob Aspekte wie die folgenden gänzlich „neu“ (Reorganisation) gestaltet und entwickelt wurden oder eben nur „teilweise“ (Integration). Es ist zudem charakteristisch, dass die „Reorganisation“ an dem einen Ende des Spektrums einem Organisationsentwicklungsprozess gleichzusetzen ist, während Cases wie E und F zwar in mancher Hinsicht „gesteuert“ waren, es gab jedoch relativ betrachtet stärker die Anforderung des Ausprobierens und Gestaltens auf Stationsebene bzw. für die einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Dies zeigt sich auch in unterschiedlichen Entwicklungen zwischen Abteilungen einer Klinik. Abschnitt 3.1 soll veranschaulichen, dass es sich hier um graduelle Unterschiede handelt, weshalb die Cases darin auf einem Kontinuum positioniert wurden.

Rollen und Funktionsbeschreibungen – wie sehr wurden die Rollen der Pflegeberufe im Rahmen des Pilotprojekts verändert? Das Kriterium beinhaltet beispielsweise auch die Veränderung des Aufgabenbereiches der Stationsleitung. Am anderen Ende des Spektrums befinden sich Cases, in denen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des basalen und mittleren Managements ihre Funktionen nahezu unverändert ausfüllten. Besonders sichtbar wird dies etwa an der Frage, ob die Stationsleitung die Visite begleitet, wie dies in Case A und B der Fall ist, während dies in Case E und F stationsweise unterschiedlich gehandhabt wird und eine Veränderung nicht Teil des Pilotprojekts war (siehe Abschnitt 4.5).

Organisationsabläufe – wie sehr wurde die Arbeitsorganisation im Stationsalltag im Zusammenhang mit dem Modellprojekt verändert? Dies beinhaltet sowohl neue Dienstformen als auch die Aufteilung der Arbeit in Form von Gruppen oder Einheiten. Exemplarisch lässt sich dies an Prozessen wie etwa der Visite oder Aufnahmen und Entlassungen beschreiben.

Organisationseinheiten und Personalmix – das Ausmaß der Veränderung lässt sich schließlich auch an dem Merkmal erkennen, dass in einem Case Abteilungen vergrößert wurden. Dies erfolgte vor dem Hintergrund, dass größere Teams auch mehr Spielraum für einen ausdifferenzierten Grademix eröffnen. Dies gehört zu den umfassenden Veränderungen und ist somit auch ein Charakteristikum für Reorganisation. Beispielsweise wurde in einem Case nach diesem Modell angegeben, dass Stationsgrößen von ca. fünfzig Betten erforderlich wären, um ausreichend DGKP für eine stabile Dienstplangestaltung vorhalten zu können. Die Folgen sind insbesondere auch für die Stationsleitungen erheblich: Es ergeben sich dadurch größere „Führungsspannen“ für das basale Pflegemanagement, was auch wiederum Konsequenzen für die Funktionsbeschreibung derselben hat (siehe Abschnitt 4.5.2).

Abbildung 3.1:
Die Cases im Vergleich – Ausmaß / Dimension der Veränderungen



2

Quelle: GÖG

3.3.2 Grade-Mix

Die sechs Cases unterscheiden sich neben dem Grad der Veränderung im Rahmen der Pilotprojekte auch dahingehend, ob ein oder zwei Assistenzberufe (Dreier-Mix) eingesetzt wurden, also hinsichtlich der Ausgestaltung des Grade-Mix vor dem Hintergrund der GuKG-Novelle 2016 (siehe Abbildung 3.3). Nachfolgend wird der Fokus auf die jeweils getroffenen Entscheidungen und Schritte bei der Implementierung gelegt. Welche Erfahrungen damit in den einzelnen Cases gemacht wurden, darüber wird in Abschnitt 4.1 zur Arbeitsorganisation berichtet.

Zweier-Mix

Vor dem Hintergrund der in der Novelle neu geschaffenen PFA war es in den meisten Pilotprojekten das zentrale Anliegen, den neuen Grade-Mix bestehend aus (gemäß der Novelle zukünftig erwart-

bar nur mehr) zwei vorhandenen Berufsgruppen zu erproben. Die Herausforderungen, diesen Personalmix in bereits bestehenden Teams im Rahmen des Modellprojekts „herzustellen“, waren daher auch Thema in fast allen Fallanalysen. Hierfür wurden mehrere Wege beschritten:

- » Eine Strategie bestand darin, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Berufsgruppe der PA zur **Weiterqualifizierung** zu animieren; auf Länderebene und seitens der Träger wurden Förderungen angeboten, die einen einjährigen Verdienstentgang oder –einschränkungen überbrücken bzw. eine Vereinbarkeit von Familie und Weiterbildung ermöglichen (z. B. Teilzeitausbildungen) sollten.
- » Wenn die Weiterqualifizierung keine Option war (und auch hierfür waren die Gründe vielfältige), an dem Zweier–Mix jedoch festgehalten werden sollte, führte das meist dazu, dass den PA innerhalb der Klinik **alternative Einsatzbereiche** angeboten wurden. Diese haben das teilweise angenommen oder fallweise auch den Arbeitsplatz gewechselt. Der Verlust von meist erfahrenen Kräften wurde in den Interviews mit betreffenden Stationsleitungen beklagt, ebenso wie die sozialen Belastungen, die damit für alle einhergingen (siehe Abschnitt 3.4).
- » Bei der **Auswahl der Modellstationen** wurde u. a. auch berücksichtigt, Stationen mit einem aktuell eher geringeren Anteil an PA auszuwählen, bzw. wurde es für die Implementierung als günstig erachtet, wenn auf einer Station ohnehin „natürliche Fluktuationen“, etwa durch Pensionierung, bevorstanden.

Dreier–Mix

Mittelfristig oder langfristig – Cases im Dreier–Mix müssen entsprechend der o. g. Ausführungen eher als Folge der Entscheidung, einen Zweier–Mix nicht „künstlich“ hervorzurufen, betrachtet werden. D. h., in diese Kategorie fallen Cases, in denen zwar mittelfristig ein Zweier–Mix vorgesehen wäre, aber noch eine oder zwei PA auf der Station tätig sind und dort auch verbleiben können (B, F).

In einem Modell wurde hingegen explizit festgehalten, es sei angesichts der angespannten Personalsituation schlichtweg notwendig, dass es im Personalmodell auch zukünftig, d. h. langfristig, „Platz“ für die PA neben den PFA gibt (E). Sonst würde die Ausrollung in der gesamten Klinik rasch an Grenzen stoßen, es sei denn, die Weiterqualifizierungsmaßnahmen nähmen deutlich an Fahrt auf, was in diesem Case jedoch bis zum Zeitpunkt der Erhebung nicht der Fall war.¹¹

In Pilotprojekten, wo alle drei Berufsgruppen in einem Team vertreten waren, wurde die Umgangsweise damit auch davon bestimmt, ob auf Ebene der einzelnen Stationen die Diensterteilung so gestaltet wurde, dass es möglich ist, dass die PA gleichzeitig mit einer PFA im Dienst ist, oder aber

11

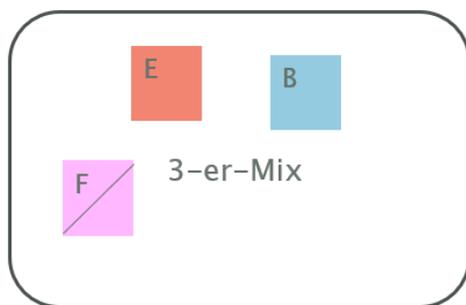
Im Rahmen der Evaluierung konnte nicht vertiefend und systematisch verglichen werden, es scheint jedoch, dass die angebotenen Rahmenbedingungen für die Weiterqualifizierung länder- und trägerseitig unterschiedlich sind und auch der individuelle Spielraum, den Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter für diese Entscheidungen haben, unterschiedlich ausgelegt wurde. Dies korrespondiert mit den getroffenen Unterscheidungen zwischen dem umfassenden Reorganisationsmodell und dessen Abstufungen (siehe Abschnitt 3.3.1).

ob diese Situation vermieden werden sollte, d. h., dass die DGKP im Dienst / in der Schicht abwechselnd mit einer PA oder einer PFA arbeiten. Die sich daraus ergebenden Erfahrungen und Herausforderungen werden detailliert in Abschnitt 4.3 beschrieben.

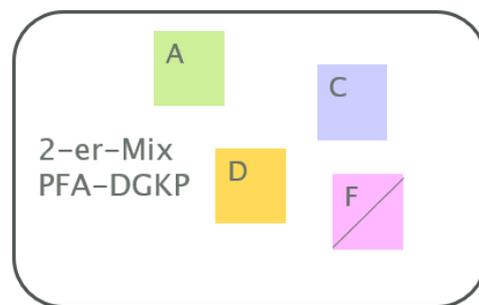
Abbildung 3.2:
Die Cases im Vergleich – gewählter Grade-Mix

Modellprojekte variieren hinsichtlich ...

... Grade-Mix (Berufsgruppen)



- » variabel pro Dienst/Schicht
- » mittelfristig–langfristig?



- 2-er Mix erreicht durch:
- » Weiterqualifizierung PA – Kontinuität im Team
 - » Fluktuation etc. natürlich ergeben
 - » „Umschichtung“ im Zusammenspiel mit anderen Abteilungen etc. hergestellt

Quelle: GÖG

3.3.3 Stellenwert der PFA im Personalmix (–ausstattung)

Die Modelle variieren schließlich auch hinsichtlich des Bedarfes, der sich aus den Anforderungen in den einzelnen Settings/Organisationseinheiten ergibt, sowie der Personalausstattung. Zentral ist als Kriterium für die Unterscheidung, ob die PFA als zusätzliche Ressource in einem Team eingeführt wird oder aber als Ersatz angesehen wird. In letzterem Fall ergibt sich die Frage, ob mit PFA die PA ersetzt werden soll – eine wichtige Intention des Gesetzgebers im Rahmen der Novelle – und/oder ob mit PFA auch Stellen für DGKP im Sinne eines neuen Personalmix substituiert werden.

Add-on

Es findet sich ein Beispiel in den untersuchten Cases, wo vakante Stellen eines Teams mit hundert Prozent DGKP mit PFA besetzt wurden. Dabei wurden im selben Schritt keine weiteren Stellen reduziert oder gestrichen. In diesem Zusammenhang wurde die PFA aus Sicht des Teams als „zusätzliche“ Ressource „eingeführt“ und die Änderungen in den Arbeitsprozessen gingen grundsätzlich frei von Verlustängsten aufseiten der DGKP vorstatten.¹²

„Ich war, bevor die PFA vor ca. 2 Jahren auf die Station gekommen sind, in der Situation, dass ich mir gedacht habe: ‚So arbeite ich nicht weiter, so kann ich nicht weitermachen.‘ Im Winter ist die Station voll mit 20 [...] und ich hätte gekündigt.“ (A_DGKP)

„Es ist schon ein Unterschied zu früher ohne PFA und jetzt. Früher waren wir unterbesetzt und immer nur zu dritt im Dienst. Wir hatten tagsüber sehr viele Aufnahmen, mit denen man im Tagdienst ausschließlich beschäftigt war. Man konnte sich mit den Patienten, die bereits da waren, kaum noch beschäftigen, sondern nur noch mit den Aufnahmen. Jetzt, durch die PFA, ist es auf jeden Fall ein kompletter Unterschied.“ (A_DGKP)

Das Modell sieht nun vor, dass täglich eine PFA „zusätzlich“ zu den DGKP im Dienst ist. Aus dieser Ausgangslage ergibt sich eine Zuordnung zum Integrationsmodell, da ja grundsätzlich die DGKP-Bereiche eher marginal verändert wurden.

12

In dem untersuchten Case waren bereits seit längerer Zeit DGKP-Stellen vakant, was dazu führte, dass Teams in den jeweiligen Schichten unterbesetzt waren. Der Schritt, PFA einzustellen, sollte dabei nicht die vakanten DGKP-Stellen „ersetzen“ – diese blieben weiterhin vakant, und das wurde auch so kommuniziert. Durch den zusätzlichen Einsatz von PFA konnte jedoch die angespannte Personalsituation entschärft werden, und die Arbeitsbedingungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verbesserten sich. Als Folge der veränderten Rahmenbedingungen konnten schließlich auch Interessentinnen und Interessenten für die DGKP-Stellen gefunden werden und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter äußerten hohe Zufriedenheit mit der veränderten Situation.

Abbildung 3.3:
Die Cases im Vergleich – Rolle von PFA in der Personalausstattung

Modellprojekte variieren hinsichtlich ...

... Bedarf und Personalausstattung – Stellenwert von PFA

PFA als zusätzliche Ressource oder als Ersatz?
Ersatz für PA und/oder DGKP?



DGKP-Stellen bleiben
unverändert



Ersatz in Form von:

- » Nachbesetzen von Stellen im Reißverschlussystem (PFA für PA-DGKP)
- » neues Team formieren mit substantiellem Anteil an PFA, z.B. 7 PFA und 7 DGKP

Quelle: GÖG

PFA als Ersatz

In allen anderen Fällen wurde PFA gewissermaßen als „Ersatz“ für andere Berufsgruppen implementiert, wobei in keinem Fall ausschließlich PA-Stellen durch PFA ersetzt werden sollten. Zunächst sollen zwei Ansätze differenziert werden, wie die Veränderung des Personalmix in den Projekten vorgesehen und durchgeführt wurde:

- a) ein sukzessives Nachbesetzen von Stellen, die frei wurden, etwa im „Reißverschlussystem“ – dies hat zur Folge, dass der Zeitraum der Veränderungen länger wird; gleichsam entsteht die Situation, dass zunächst relativ wenige PFA im Team sind, für die es mitunter schwierig sein kann, ihre Rolle zu finden und von anderen abzugrenzen; in Hinblick auf das Veränderungsmodell sind diese Cases auf dem Spektrum eher in der Mitte bis hin zum Integrationsmodell angesiedelt
- b) das Formieren eines neuen Teams mit einem substantiellen Anteil an PFA, wobei im selben Schritt die Anzahl der DGKP pro Team deutlich reduziert wurde, z. B. sieben PFA und sieben DGKP auf einer Station als Kernbestandteil des Modellprojekts ab einem definierten Zeitpunkt x; dieser Modus geht mit einer umfassenden Reorganisation einher.

Für jede der o. g. Vorgangsweisen ließen sich Vor- und Nachteile benennen. Die Erfahrungen, die damit gemacht wurden, waren besonders geprägt vom Aspekt möglicher Einsparungen, die im Zusammenhang mit der Umsetzung der GuKG-Novelle 2016 in den Interviews und Fokusgruppen von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern angesprochen und kontrovers diskutiert wurden (siehe Abschnitt 4.2.3).

3.4 Modellprojekt zur Umsetzung der GuKG–Novelle im Akutkrankenhaus aus Sicht einer Stationsleitung – ein fiktives Fallbeispiel

Die Ergebnisse zeigen eine Vielfalt in der Nutzung der „neuen“ Möglichkeiten, jedoch sind diese auch sehr eng mit den organisationsspezifischen Rahmenbedingungen, dem Bedarf der jeweiligen Organisationseinheit sowie den gesetzlichen Rahmenbedingungen verflochten. Exemplarisch soll im nächsten Abschnitt anhand einer fiktiven Fallgeschichte dargestellt werden, wie sich der Prozess der Umsetzung der Novelle in einem akutstationären Kontext unter der Vorgabe, eine Reorganisation zur Erreichung eines Zweier–Personalmix durchzuführen, gestalten kann. Hierfür wurden die Ergebnisse der Fallanalysen verdichtet, Aspekte aller Cases in einer Geschichte zusammengeführt und so verfremdet, dass darin nicht ein einzelner Case wiedererkennbar wird.

Wie für Fallstudien durchaus üblich, wird die Form einer narrativen Darstellung gewählt, um so Einblick zu geben in das Zusammenwirken verschiedener Faktoren und das (mutmaßliche) Erleben der beteiligten Akteurinnen und Akteure.

Ein Tag auf der Modellstation „Neuro 2“

Es ist 6.10 Uhr, Hannelore Berger betritt mit einem kräftigen „Guten Morgen!“ den Stützpunkt der Station Neuro 2, die sie seit mehr als zwanzig Jahren leitet, und schaut sich kurz um. Die DGKP und die PFA, die noch Nachtdienst haben, sind mit „Morgenarbeiten“ beschäftigt, von den anderen aus dem Team ist noch niemand da.

Eigentlich ist das frühe Erscheinen nicht mehr notwendig – seit der Umstellung ist sie als Stationsleitung in die Abläufe nicht mehr direkt eingebunden, d. h. ihr Dienst würde offiziell erst um 7.00 Uhr beginnen, da ist die Übergabe schon erfolgt. Aber das frühe Aufstehen ist sie nach so vielen Jahren gewöhnt und so passiert es immer wieder, dass sie ihrem Impuls nachgibt und, wie heute Morgen, einfach früher in die Klinik fährt. So kann sie z. B. ein wenig von der Stimmung einfangen, die sich die Nacht über breitgemacht hat. Das ist ihr als Stationschwester einfach wichtig, mitzubekommen, wie es ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern geht.

Heute wirkt es ruhig auf der Station, deshalb setzt sich Sr. Hanni, wie sie von allen genannt wird, ins Stützpunktzimmer und nimmt sich einen Kaffee. Von ihrem Platz aus kann sie den Ausdruck des Dienstplans an der Wand gut sehen und sie schaut sich an, wer denn heute alles kommen würde. An einem gewöhnlichen Wochentag wie heute müssten es vier „Zwölfstundendienste“ sein und ein kurzer Dienst für sechs bis acht Stunden. Unter den fünf Namen sind nur zwei Kolleginnen, die schon länger als drei Jahre auf der Station sind. Da wird ihr wieder bewusst, was sich in den vergangenen Monaten alles verändert hat, und in Gedanken lässt sie diese Zeit Revue passieren.

Das Modellprojekt und seine Anfänge – Vorgeschichte

Bevor überhaupt klar wurde, was wirklich kommen würde, wurde schon lange über die Novelle des GuKG 2016 geredet, mit dem ja alles zusammenhängt. Jedenfalls wurde vonseiten der Pflegedirektorin immer wieder in den Raum gestellt, dass die PA wohl auslaufen würden und Pflegende mit dem Bachelorabschluss und einer zweijährig ausgebildeten Assistenz dann andere Aufgaben, auch viel mehr von der Medizin, übernehmen könnten. Es wurde sogar schon darüber hinausgedacht und Modelle für Fachkarrieren für DGKP wurden entwickelt, zum Beispiel ANP. Hannelore Berger kann sich im Moment noch kein richtiges Bild davon machen, wie und in welchem Kontext eine ANP-Mitarbeiterin oder ein ANP-Mitarbeiter auf ihrer Station eingesetzt werden könnte. Dazu bräuchte sie auch mehr Informationen darüber, welche Kompetenzen diese/dieser mitbringen würde. Sie steht auch dieser Entwicklung offen gegenüber, da sie grundsätzlich der Überzeugung ist, dass höher qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein Gewinn für die Pflege sind.

Vorbereitend zu diesen Prozessen wurden schon vor einiger Zeit an der Klinik Schritte in Richtung einer neuen Zuordnung von Aufgaben, die nicht in den Tätigkeitsbereich der Pflegeberufe fallen, gesetzt: So werden hauswirtschaftliche Tätigkeiten vollständig von „Servicekräften“ übernommen. Für administrative Aufgaben kann in einigen Abteilungen wochentags auf ein Stationssekretariat zurückgegriffen werden. Das diensthabende Pflegepersonal braucht sich dort nicht mehr um das Eingeben der angeordneten Blutabnahmen in das EDV-System, das Führen des „Mitternachtsstandes“ oder ähnliche Aufgaben zu kümmern. Das hat eine große Entlastung gebracht, und es sind wirklich nur wenige Ausnahmefälle, in denen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflege Ausfälle kompensieren müssen.

Wer wird Modellstation?

Die Implementierung der PFA soll, ausgehend von zwei ausgewählten Modellstationen, schrittweise auf das gesamte Krankenhaus ausgerollt werden. Für die Bereiche der „Normalpflege“ wird ein Verhältnis von fünfzig Prozent gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege zu fünfzig Prozent Pflegeassistentenberufe angestrebt, idealerweise im Zweier-Mix. Damit ist klar, dass ein umfassender Veränderungsprozess in Gang gesetzt werden muss. Nach anfänglicher Ambivalenz hat sich Hannelore Berger schließlich überzeugen lassen, dass es gut wäre, von Anfang an mit dabei zu sein, wenn es mit der Umsetzung in der Klinik losginge.

Modellstation hat nur werden können, wer auch bereit war, einen solchen Veränderungsprozess mitzutragen und umzusetzen. Für Frau Berger war es trotz ihrer langjährigen Erfahrung ein Sprung ins kalte Wasser, da es auch darum ging, nicht nur selbst davon überzeugt zu sein, sondern auch das eigene Team für dieses Projekt zu gewinnen. Ein weiteres Kriterium, um Modellstation werden zu können, war, dass man innerhalb der Klinik ein spezielles Fachgebiet abdeckte. Ziel war es, unterschiedliche Fachbereiche einzubeziehen, um so vielfältige Erfahrungen zu sammeln.

Ausgewählt wurde eine chirurgische Station, die einen onkologischen Schwerpunkt hat, und die neurologische Station mit akut-neurorehabilitativem Schwerpunkt. Diese Station war insofern prädestiniert für eine Teilnahme, als es relativ wenige PA gegeben hatte und eine davon kurz vor der Pensionierung stand.

Charakteristika der Modellstation

Die Modellstation in der neurologischen Abteilung umfasst 28 Betten. Ihre fachliche Ausrichtung liegt auf der Tumorbehandlung sowie auf der Nachbehandlung und Rehabilitation von Akutereignissen, insbesondere des Schlaganfalls, wofür acht systemisierte C-Phase-Betten zur Verfügung stehen. Der geschätzte Anteil an Patientinnen und Patienten mit Schlaganfall liegt bei siebenzig Prozent. Neurologische Krankheiten verändern oftmals die Lebenssituation der Betroffenen abrupt. Von einem Tag auf den anderen sind die Betroffenen und ihre Angehörigen mit schweren körperlichen und neuropsychiatrischen Funktionsstörungen konfrontiert. Darin sieht Hannelore Berger die großen Herausforderungen für die Pflege auf dieser Station. Im Bereich der pflegerischen Aufgaben geht es um die Wiederherstellung der Funktionen und der Bewältigung des Alltags mit bestehenden Einschränkungen. Ebenso geht es um die Erhaltung bzw. Verbesserung von Lebensqualität durch die psychische Bewältigung dieser Einschränkungen und die Verhinderung von Komplikationen. Dabei spielt auch die interprofessionelle Zusammenarbeit mit Therapeutinnen und Therapeuten eine große Rolle im Stationsalltag.

Kennzeichnend für die neurologische Abteilung ist, dass relativ wenige Aufnahmen „von außen“ stattfinden, Übernahmen von der Stroke Unit oder von Intensivstationen stehen im Vordergrund. So verbleibt eine Patientin / ein Patient mit akut-neurorehabilitativem Bedarf mindestens vier Wochen in stationärer Behandlung. Dies führt zu einer geringeren Anzahl von Aufnahmen und Entlassungen auf dieser Abteilung. Zudem fallen vergleichsweise wenige Tätigkeiten aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie an. Wie es der Stationsarzt kürzlich so treffend formuliert hat, steht auf seiner Station „die Erarbeitung von Lebenszielen im Vordergrund, wo andere Gesetze gelten als in der sogenannten schnellen Medizin“. Frau Berger kann nur zustimmen und hat ein wenig bedauert, dass sie selbst das nicht so auf den Punkt bringen konnte in der letzten Besprechung mit der Pflegedienstleiterin, als es wieder einmal um Stellen und Ressourcen ging.

Wenn Hannelore Berger ihre Kollegin auf der chirurgischen Modellstation besucht, dann wird ihr das immer besonders deutlich vor Augen geführt, dass allein das Tempo auf dieser Station ein völlig anderes ist, was unter anderem mit den standardisierten Abläufen im Zusammenhang mit den prä- und postoperativen Aufgaben zusammenhängt. Auch stehen die diagnostischen und therapeutischen Interventionen im Vordergrund, was zur Folge hat, dass die Kernkompetenzen der Pflege gemäß § 14 GuKG noch weniger im Fokus der Versorgung von Patientinnen und Patienten stehen.

Das Projekt geht los – Teamumbau

Als die Entscheidung gefallen war, hat für Hannelore Berger eine sehr herausfordernde Zeit begonnen. Es galt, den vorgegebenen Personalmix in die Tat umzusetzen, womit bei einem Anteil von achtzig Prozent DGKP klar war, dass Platz gemacht werden müsse für die PFA. Zum Teil konnte das Problem durch „natürliche Abgänge“ gelöst werden. Zwei Mitarbeiterinnen hatten sich gleich nach der ersten Information im Team-Jour-fixe gegen das Projekt ausgesprochen und es gab auch welche, die schon länger einen Wechsel in Betracht gezogen hatten. Mit zwei weiteren, beides langjährige Mitarbeiterinnen auf der Station, hatte Frau Berger mehrere Gespräche geführt, denn ihr war klar, es würde ihnen sehr schwerfallen, sich auf eine Neuausrichtung ihrer Arbeitsweise

einzulassen. Dennoch sollte auch auf Wunsch des Managements für jede Mitarbeiterin und jeden Mitarbeiter eine „gute Lösung“ gefunden werden.

Hannelore Berger musste praktisch ganz von vorn anfangen und ein neues Team formieren. Sie weiß genau, dass nicht alle ganz freiwillig gewechselt haben, und auch sie spürte sowohl den menschlichen als auch den fachlichen Verlust. So war die erste Zeit von Spannungen zwischen den Pflegeberufsgruppen überschattet. Es standen Mutmaßungen im Raum, dass die Gruppe der PFA schuld daran sei, dass manche Angehörige des gehobenen Dienstes die Station verließen / verlassen mussten. Auch wurden Einsparungspläne auf Kosten des Personals vermutet und immer wieder kritisiert. Das Management war sehr bemüht und stellte Supervision sowie Coaching zur Verfügung. Das Angebot nahm Frau Berger mehrmals in Anspruch, um die entstandene Unruhe im Team und die Sorgen und Ängste abfangen zu können.

Im Zuge dieser Supervisionen wurde erkannt, dass die Situation für die Einzelne / den Einzelnen nicht beeinflussbar war und dass die neuen jungen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch neuen Schwung mitbrachten. Eine neue Arbeitsorganisation musste geschaffen werden, was bedeutete, dass Berufsrollen, Funktionsbezeichnungen und Personalausstattung angepasst werden mussten. Das schweißte schließlich alle zusammen.

Herausforderungen bei der Personalrekrutierung

Im Zuge des Teamumbaus sollte nach Möglichkeit die PA der Stationen zur PFA weiterqualifiziert werden. Schon ein Jahr vor Beginn des Pilotprojektes wurde im Haus dazu aufgerufen, die Nachfrage war eher schwach, waren doch noch so viele Fragen offen. Zudem schienen trotz der Förderungen, die den einjährigen Verdienstentgang überbrücken sollten, die Anforderungen und Hürden für manche zu hoch. Hannelore Berger kann das gut nachvollziehen und gab damals auch zu bedenken, dass Mitarbeiterinnen, die sich für eine Aufschulung von der PA zur PFA entscheiden, auch ein Jahr lang nicht als Arbeitskraft zur Verfügung stehen, was angesichts der angespannten Personalsituation im Haus auch ein Problem darstellt.

So wurde der Großteil der PFA über die zweijährige Erstausbildung an den GuK-Schulen gewonnen, indem diese gezielt angeworben wurden. Die Stationsleiterin der Neuro 2 organisierte Schnuppertage und setzte sich dafür ein, dass interessierte Praktikantinnen und Praktikanten das letzte Berufspraktikum auf einer der beiden Modellstationen absolvieren konnten.

Heute ist sie stolz darauf, dass es ihr auf diesem Wege gelungen ist, besonders engagierte Personen zu finden. „Ihre PFA“ arbeiten sehr selbstständig und sehen die pflegerischen Tätigkeiten als ihre Aufgabe an, für die sie auch eigenverantwortlich die Durchführung übernehmen. Im Austausch mit ihrer Kollegin auf der chirurgischen Modellstation hat sie insgesamt den Eindruck gewonnen, dass die PFA fachlich wirklich gut ausgebildete Pflegekräfte sind. Man muss sich auch vor Augen führen, was PFA alles in nur zwei Jahren zu erlernen haben. Da wurde an den Gesundheits- und Krankenpflegesschulen, die sich ja auch umstellen mussten, gute Arbeit geleistet!

Weitaus schwieriger gestaltet sich die Situation, wenn diplomiertes Pflegepersonal gebraucht wird. Seit Beginn des Pilotprojektes ist Frau Berger mit einer relativ hohen Fluktuation unter den Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege konfrontiert. Ihrer Kollegin auf der chirurgischen Modellstation ergeht es diesbezüglich etwas besser, aber vermutlich sind die Erwartungen dort auch andere? Hannelore Berger ist sich zwar sicher, dass ihr diplomiertes Personal der hohen Verantwortung, die es zu tragen hat, fachlich gewachsen ist. Sie beobachtet aber gleichzeitig, dass Mitarbeiterinnen häufig über ihre Belastbarkeitsgrenzen gehen müssen. So wurde in der letzten Supervision deutlich, dass doch einige nach dem Dienst nicht zur Ruhe kommen, weil sie noch nachdenken, ob sie nicht doch etwas Wichtiges vergessen haben. Ob das durchgehalten ist – über viele Jahre bis zum Ruhestand?

Hannelore Berger hatte gehofft, die angespannte Personalsituation beim gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege würde sich mit der Novelle verbessern. Aber die Tertiarisierung der Ausbildung hat zunächst das Bild fast verkehrt: Aufgrund der Matura als Zugangsvoraussetzung ist die Nachfrage nach Ausbildungsplätzen zu gering. Außerdem würden von Fachhochschulen nur einmal jährlich Absolventinnen und Absolventen auf den Markt kommen. Gesundheits- und Krankenpflegesschulen pflegten in der Regel halbjährlich Jahrgänge zu starten, was zur Folge hatte, dass auch zweimal im Jahr neue Absolventinnen und Absolventen dem Stellenmarkt zur Verfügung standen.

Die Arbeit neu aufteilen und organisieren

Die Umsetzung des Modellprojektes war von einem im Vorfeld von der Führungsebene des Krankenhauses bereits vorbereiteten Schulungsprogramm begleitet. Das Verständnis für Delegation musste intensiv entwickelt werden, jedenfalls bei den älteren DGKP. In diesem Zuge wurden Möglichkeiten der Delegation gemeinsam erarbeitet, verschriftlicht und den Erfordernissen der jeweiligen Station angepasst. Auch Hannelore Berger nahm an einem Führungskräfte Trainingsprogramm teil, in dem Delegationsmodelle auf Basis der berufsgesetzlichen Grundlagen erarbeitet wurden. So war sie zumindest theoretisch schon einmal recht gut auf das Bevorstehende vorbereitet. Natürlich stellen sich Prozesse dann in der Praxis wieder ganz anders dar, und bis heute müssen Abläufe neu überdacht und auch geändert werden.

Mit Unterstützung einer vom Pflegemanagement nominierten Projektverantwortlichen (Stabsstelle Organisationsentwicklung) wurde deshalb eine Delegationsmatrix als Rahmen erstellt. Es galt zu prüfen, welche Pflegeberufsgruppe gesetzlich legitimiert ist, die jeweils täglich anfallenden Tätigkeiten im Tagesablauf sowie im Nachtdienst durchzuführen.

Bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ist insbesondere wichtig gewesen, darauf zu achten, dass sie die Kompetenzfelder der Pflegeberufsgruppen kennen und so weit verinnerlichen, dass in der Praxis möglichst selten diesbezügliche Unsicherheiten auftreten. Der Schwerpunkt lag hier bei den Tätigkeiten im Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie, um hier rechtlich möglichst „sauber“ zu arbeiten. Daher wird die angepasste Delegationsmatrix auf der Neuro 2 gewissermaßen als „Delegationsrichtlinie“ verstanden und gelebt. Alle im Team haben eine achtstündige Schulung zur Delegation selbst und zu den gesetzlichen Grundlagen erhalten.

Veränderungen im Berufsprofil durch neue Kompetenzaufteilung

Entsprechend der Formulierung der §§ 15, 83 und 83a im GuKG wurden die Kompetenzen im Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie entlang der gesetzlich angeführten Tätigkeiten aufgelistet und zugeordnet. Für die Entscheidung, welche Tätigkeiten aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie nicht übernommen wurden, gilt die folgende Prämisse: Wenn Tätigkeiten im Stationsalltag zu wenig oft durchgeführt werden können, um eine Routine zu entwickeln, werden diese nicht von der Pflege übernommen. Ebenso wird auf einen flüssigen Arbeitsprozess Rücksicht genommen. So wurde entschieden, dass auf der neurologischen Abteilung das EKG nur bei der Aufnahme von der Pflege durchgeführt wird, während des Aufenthaltes übernehmen das die Ärztinnen und Ärzte. Hannelore Berger ist der Ansicht, dass die Aufgabenverteilung zwischen DGKP und PFA in den Modellstationen das auf den Punkt bringt, was durch die Umsetzung der Novelle 2016 zu erwarten war, nämlich dass die Diplomierten eher medizinisch-therapeutisch tätig sind und die PFA „eben in der Pflege.“

Frau Berger sieht diesen Veränderungen sehr gelassen entgegen. Einerseits haben bereits die vollzogenen Änderungen, beispielsweise die routinemäßige Übernahme der Blutabnahme durch die Pflege, durchaus Vorteile in Bezug auf die Versorgungskontinuität der Patientinnen und Patienten gehabt, andererseits weiß sie auch, dass diagnostische und therapeutische Tätigkeiten durchaus gern von den Pflegenden übernommen werden. Sie nimmt wahr, dass das die Attraktivität des Berufes hebt und viele Pflegende dadurch an Motivation gewinnen.

Es war ihr klar, dass die Übernahme von Tätigkeiten aus dem § 15 GuKG zwangsläufig auf Kosten jener Maßnahmen geht, die Pflegende im Rahmen des § 14 GuKG zu erfüllen hätten. Gehofft hatte sie schon ein wenig, dass es mit dem neuen Personalmix vielleicht gelingen könnte, dass der gehobene Dienst beispielsweise für die Beratungsaufgaben mehr Zeit gewinnen könnte. Auf der neurologischen Abteilung werden edukative Maßnahmen zu Schluckstörungen oder zu den Krankheitsbildern selbst als wichtige Aufgaben erachtet. Informationsgespräche zur Anlage von PEG-Sonden mit Angehörigen und Betroffenen sind häufige Interventionen auf der neurologischen Abteilung, und dafür hat sie in den vergangenen Jahren auch einige Mitarbeiterinnen speziell fortbilden lassen.

Leider lassen sich diese Tätigkeiten nur schwer in die funktionale Arbeitsroutine einbauen und so stellen sie eine Art „Sahnehäubchen“ dar, für das der im aktuellen Mix erprobte Anteil an DGKP nicht ausreichend ist. So ist es gut, dass Hannelore Berger letztlich immer Realistin geblieben ist. Das Berufsbild der Pflege muss wieder für mehr Menschen attraktiv werden, es gab auch früher schon Veränderungen. Da gilt es, fortschrittlich zu denken. Und wenn man diese Schwerpunktsetzung bei den pflegerischen Aufgaben nicht mit dem eigenen Berufsethos in Einklang bringen möchte, dann stehen einem ja wirklich viele andere Aufgabenfelder offen. Das ist das Gute an diesem Beruf – dass man in so vielen anderen Bereichen arbeiten kann. Ein Akutkrankenhaus ist eben kein Pflegeheim. Bei den kurzen Verweildauern steht eben Behandlungseffizienz ganz oben auf der Prioritätenliste.

Wie gestaltet sich nun der Tagesablauf?

Die neue Arbeitsorganisation ist auf der Neuro 2 davon geprägt, dass zwei Diplomierte als Teamverantwortliche über den gesamten Zwölfstundendienst für die Patientinnen und Patienten hauptverantwortlich zuständig sind. Auf der Station gibt es 28 Betten. Für sie beginnt der Tagdienst mit der Übergabe des Nachtdiensts. Die beiden DGKP teilen sich die Patientinnen und Patienten in zwei Gruppen auf.

Die PFA kommen erst nach der Übergabe auf die Station. Das hat sich so ergeben, als es Diskussionen über die Zeit für das Umkleiden gab. Die PFA wollten diese Zeit auch ersetzt bekommen, aber dann wäre es sich mit der Dauer der Schichten nicht ausgegangen. So wurde eben beschlossen, die Übergabezeit quasi als Umkleidezeit für die PFA zu verwenden, und diese kommen nun entsprechend später auf die Station. Es hat dann gut gepasst, weil dadurch auch von Beginn an klar war, dass es die DGKP ist, die alle Informationen hat und deshalb auch die Aufteilung machen kann.

Die PFA erfahren also von den beiden Teamverantwortlichen, wem sie zugeteilt sind, und besprechen mit diesen die Aufgaben für den Tag, die sie übernehmen sollen: Zu einem typischen Dienst gehören für die PFA auf dieser Station die Vitalzeichen-Kontrolle, das Austeilen von Medikamenten in allen Zimmern und, wo erforderlich, die Blutzuckermessung sowie die Verabreichung von Medikamenten über die PEG-Sonde. Die Körperpflege macht den Hauptanteil aus, vor allem in der Früh und am Vormittag, denn bevor die Therapien anfangen, sollen die Patientinnen und Patienten gewaschen sein, und das Frühstück sollte auch fertig sein.

Bei manchen Patientinnen und Patienten gehen sie aber gemeinsam mit einer DGKP ins Zimmer, oder die DGKP sagt gleich, dass sie bestimmte Tätigkeiten lieber selbst durchführen möchte, weil es eben „spezielle Sachen“ gibt. Oder es sind Diplomierte mit Fortbildungen in Bobath, Kinästhetik und so, wo es klar ist, dass eine PFA gleich nach der Ausbildung das gar nicht können kann. Hannelore Berger hat den Eindruck, dass es die PFA immer ein wenig kränkt, weil sie den Eindruck haben, ihnen würden dann nur die „Putzarbeiten“ bleiben. Die DGKP wiederum finden es nicht in Ordnung, dass sie sich rechtfertigen müssen, wenn sie ihre Kernkompetenz wahrnehmen wollen. Solche Diskussionen gab es am Anfang viele, mittlerweile hat es sich ein wenig eingespielt, aber eine klare Trennlinie kann nicht gezogen werden und eine gute Zusammenarbeit hängt dann letztlich immer auch von den einzelnen Personen ab.

Von der Stationsleitung der Chirurgie weiß Hannelore Berger, dass die PFA noch ganz andere Aufgaben haben. Dort sind sie in die OP-Vorbereitungen gleich in der Früh eingebunden, dies umfasst die medikamentöse Anästhesievorbereitung sowie Information der Patientinnen und Patienten über das folgende Prozedere. Im Bereich der postoperativen Versorgung sind die PFA für die Beobachtung der Vitalparameter und Rückmeldung an die DGKP zuständig. Infusionen abhängen und durchspülen, Venflons entfernen und Verbandwechsel sind dort ebenfalls fester Bestandteil eines Dienstes für die PFA. Aber das Aufkommen diagnostischer und operativer Maßnahmen ist dort um ein Vielfaches höher.

Auf der Neuro 2 übernehmen die Teamverantwortlichen in weiterer Folge des Tagdienstes das Anhängen der Infusionen und sie gehen gemeinsam mit den Ärztinnen und Ärzten auf Visite. Die Durchführung der medizinischen Anordnungen wird organisiert, indem sie an die Pflegeassistentinnen/Pflegeassistenten weiter delegieren oder Maßnahmen selbst durchführen. Ist die Dynamik des Stationsgeschehen stark von Zeitdruck bestimmt, kann es schon sein, dass die Arbeit ein bisschen wie am Fließband läuft. Wenn weniger los ist, kann die PFA auch bei der Visite mitgehen. Das hat den Vorteil, dass sie gleich einige Anordnungen mithören und diese unmittelbarer umgesetzt werden können. Früher ging nur sie selbst als Stationsschwester auf Visite, doch mittlerweile nur in Ausnahmefällen, etwa wenn die Personalsituation so angespannt ist, dass sie ausnahmsweise auch im Stationsbetrieb mithilft.

Das Büro der Stationsleitung ist am Ende des Ganges außerhalb der eigentlichen Station angesiedelt, und seit der Umstrukturierung ist sie ausschließlich mit Management- und Führungsaufgaben betraut. Darunter fallen das Führen von Mitarbeitergesprächen sowie die Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf den Abteilungen und eben das zeitaufwendige Projektmanagement.

Grundsätzlich besteht der Anspruch, im Tagesablauf zwischendurch immer wieder Besprechungen zwischen den Pflegeberufsgruppen vorzusehen, das erste Mal spätestens zu Mittag und dann am späten Nachmittag. Die DGKP verschafft sich dabei einen Überblick über den aktuellen Status der durchgeführten Maßnahmen sowie das Befinden bzw. die Reaktionen der Patientinnen und Patienten auf die gesetzten Interventionen.

Wenn der kurze Dienst endet, er wird meist mit einer PFA besetzt, die bei aufwendigen Körperpflegen mithelfen kann, übergibt die PFA relevante Informationen aus der pflegerischen Versorgung an die DGKP. Noch offene Tätigkeiten werden an die andere(n) PFA übergeben, die jenen Teil der Station für den Rest des Tages mitübernimmt/mitübernehmen. Die DGKP versucht, am späten Nachmittag jedenfalls noch einmal in alle Zimmer zu kommen, zumindest in jene, wo sich die Situation als „nicht ganz stabil“ darstellt. Es kann schon passieren, dass die Patientinnen und Patienten mit einem „relativ guten“ Zustand, das heißt im Fall dieser Station eben „stabil“, die DGKP am Nachmittag nicht mehr sehen. Wenn es Infusionen zum Anhängen gibt, natürlich schon, sonst erledigen die PFA die noch anfallenden Arbeiten in den Zimmern und die Unterstützung beim Abendessen. Die DGKP muss in der Zeit im Stützpunkt schauen, dass die gesamte Dokumentation soweit fertig ist, dass der Nachtdienst gut anschließen kann.

Der Nachtdienst beginnt um 19.00 Uhr. Zumeist ist eine DGKP mit einer PFA eingeteilt. Die DGKP übernimmt die Verantwortung für alle Patientinnen/Patienten auf der Station. Von ärztlicher Seite sind eine Fachärztin / ein Facharzt und eine Turnusärztin / ein Turnusarzt im Nachtdienst und können hinzugezogen werden. Anders als früher – als zwei DGKP im Nachtdienst anwesend waren – ist die DGKP jetzt für alle 28 Patientinnen und Patienten verantwortlich. Trotzdem hat das Modellprojekt diesbezüglich eine Verbesserung gebracht, dann früher konnte es auch vorkommen, dass eine DGKP mit einer PA den Nachtdienst zu absolvieren hatte. Klagen gab es dennoch von den DGKP, aber vor allem deshalb, weil Nachtdienste natürlich auch Zulagen bringen und eine zusätzliche Flexibilität, wie insgesamt mehr DGKP im Team eben mehr Möglichkeiten bedeuten, Dienste zu tauschen und die Arbeit mit den sonstigen wichtigen Dingen im Leben zu vereinbaren.

Resümee

Wie die Pflegedirektorin bilanziert auch Hannelore Berger das ganze Projekt positiv. Mittlerweile haben sich ihre Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter schon recht gut eingearbeitet und sie kann die jeweiligen Stärken im Team nutzen. Die PFA sind eine richtige Bereicherung, wie es mit den PA in der Klinik weitergehen wird, darüber denkt sie schon häufig nach. Viele von ihnen sind gute Arbeitskräfte, die ebenso dringend gebraucht werden. Eine Reorganisation der personellen Strukturen, wie sie auf ihrer Station stattgefunden hat, wäre wohl sowieso irgendwann unvermeidbar geworden. Aber jetzt – so ist sie überzeugt – hat sie die größten Hürden überwunden und sie hat das Gefühl, sich aufgrund der frühzeitigen Beteiligung an dem Modellprojekt einen gewissen Vorsprung erarbeitet zu haben. Auch ihre Kollegin, die die zweite Modellstation leitet, erlebt das so.

Als Hannelore Berger darüber nachdenkt, ist sie aber schon längst zuhause auf ihrem geliebten Balkon. Dass sie gerade an die Station denken musste, war einem Bericht in den Nachrichten geschuldet, in dem anlässlich der Corona-Pandemie wieder einmal der Personalmangel in der Pflege beklagt wurde.

4 Weiterführende Analysen entlang relevanter Kategorien

Gemäß der vorrangig explorativen Ausrichtung dieser Studie sollten ergänzend zu den an der Fallsystematik orientierten Analysen die mit der Implementierung der neuen Berufsgruppe PFA im Zusammenhang stehenden Herausforderungen und Prozesse aufgezeigt werden. Wo Phänomene und Entwicklungstendenzen in den Ergebnissen sichtbar wurden, erfolgte eine Einschätzung hinsichtlich der übergreifenden Anliegen einer qualitätsvollen Versorgung, wie etwa Patientensicherheit, Patientenorientierung, und einer gelingenden interprofessionellen Kooperation. Das folgende Kapitel umfasst die Darstellung relevanter Kategorien unter Rückgriff auf exemplarische Zitate aus den Interviews und Fokusgruppen.

4.1 Arbeitsorganisation

Veränderungen im Skill- und Grade-Mix und in der Personalverteilung beeinflussen die Art und Weise, wie Pflege organisiert wird und ihre Leistungen an der Patientin / an dem Patienten erbringt. Die Umstrukturierungen von Pflegepersonal führten in allen Cases zu veränderten Personalsamensetzungen in den Teams und Schichten. Damit einher gingen Rollenveränderungen (siehe Abschnitt 4.5), diese sind durch folgende Aspekte bedingt:

- » veränderte Qualifikationsniveaus
- » vermehrte Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten
- » vermehrte Übernahme von Koordinations- und Führungsaufgaben im stationären Tagesablauf
- » Auslagerung von hauswirtschaftlichen und administrativen Aufgaben

In allen Cases war der Anteil an DGKP im Personalmix vor den Pilotprojekten höher, in den meisten sogar wesentlich (siehe Abschnitt 4.2). Während zuvor die sogenannte Gruppenpflege dominierte – und in zwei Cases kann auch von Primary Nursing (Bezugspflege) ausgegangen werden –, gab es Veränderungen in stärker funktionsorientierte Ausrichtungen bzw. erlebten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einen starken Druck nach Arbeitsteiligkeit im Sinne von Effizienz (siehe Abschnitt 4.1.3).

4.1.1 Bezugspflege im neuen Personalmix – Integrationsmodell

In einem Case war die Pflege im **Primary-Nursing**-Modell organisiert. Damit verbindet sich der Anspruch, dass eine DGKP die Verantwortung für eine umfassende, individualisierte und kontinuierliche Pflegeversorgung für eine gewisse Anzahl von Patientinnen und Patienten über 24 Stunden und sieben Tage die Woche hinweg übernimmt. Umfasst ist davon die Koordination und das Pfl-

geassessment mit der anschließenden Priorisierung der Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten. Eine besondere Bedeutung kommt in dem gegenständlichen Case der Festlegung von Zielen gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten zu. Dementsprechend wird im Anschluss die Pflege anhand der gesetzten Prioritäten mit den Interventionen geplant. Andere Pflegepersonen und Pflegeassistentenberufe werden dabei je nach Patientin/Patient involviert.

Die DGKP erlebten in diesem Fall das an Primary Nursing orientierte Arbeiten mit PFA als zusätzlicher Berufsgruppe als schwierig. Die Erwartungshaltung der PFA, auf der Station alle Tätigkeiten durchzuführen, für die sie gesetzlich legitimiert ist, führte dazu, dass die DGKP sich gedrängt fühlten, Aufgaben abzugeben. Es entstand für DGKP ein Spannungsfeld zwischen „abgeben müssen“, um für die PFA Platz zu machen, einerseits und den Ansprüchen an eine Bezugspflege andererseits. Die Zusammenarbeit zwischen den Pflegeberufsgruppen war stark von den einzelnen DGKP abhängig und davon, wie sie die Pflegesituation einschätzten bzw. wie deren grundlegende Delegationsbereitschaft war. Delegation von der DGKP an die PFA und PA erfolgte tendenziell im Einzelfall. Es wurde in diesen Cases **keine Delegationsmatrix** entwickelt, sondern es fanden lediglich Qualifizierungsmaßnahmen zur Vermittlung der gesetzlichen Möglichkeiten zur Delegation statt:

„Aber das ist genau das Gefühl, wo du sagst: ‚Und das schaue ich mir jetzt allein an.‘, warum auch immer! Aber ich glaube, wir haben so eine Intuition, wo ich sage: ‚Das mache ich jetzt selber.‘ Also ich habe das.“ (B_DGKP)

Die PFA erleben in diesen Cases die **Delegation im Einzelfall** als schwierig. Sie würden gern selbstständiger arbeiten und routinemäßig Aufgaben übernehmen, die Abhängigkeit ihrer Aufgaben von der im Dienst zugeordneten DGKP wurde kritisiert. Für die PA und PFA erscheint es nicht befriedigend, nicht alles durchführen zu dürfen, was sie gelernt haben und gern tun würden.

„Man geht oft nach Hause und ist eigentlich nicht so zufrieden, weil man hat noch keine Struktur drinnen. Man macht irgendwie alles und auch nichts. [...] Bei uns ist da mehr Unsicherheit und [es] kommt darauf an, wer im Dienst ist und wer was delegiert. Wer hat heute Dienst und was mache ich heute?“ (B_PFA)

Die Zusammenarbeit zwischen DGKP und PFA birgt im Integrationsmodell wie oben dargestellt somit durchaus **Konfliktpotenzial**, wie im folgenden Zitat deutlich wird:

„Gerade, dass ich mich nicht rechtfertigen muss: Ja, warum übergibst du denn nicht an mich?‘ Weil sie [PFA] ja wissen, was sie dürfen. Also diese Erwartungshaltung ist wohl auch da. Verstehe ich wohl auch, die bekommen vermittelt in der Schule: ‚Ihr dürft das und das machen‘, und dann heißt es aber: ‚Nein, das mache ich selber.‘ Dass die sich dann fragen: ‚Warum?‘ Andererseits: Warum soll ich mich jetzt als Diplomierte rechtfertigen, wenn ich auch nur meine Aufgaben mache? Das ist für mich auch wieder so ein Konfliktpotenzial.“ (B_DGKP)

Es fällt in dem Zitat auch auf, dass es für DGKP nicht einfach zu sein scheint, fachliche Argumente für bzw. gegen Delegation vorzubringen, sondern dass dies als „Rechtfertigung“ erlebt und zurückgewiesen wird.

4.1.2 Gruppenpflege im neuen Skill-/Grade-Mix

Das Modell der Gruppen- oder Bereichspflege war vor der Veränderung des Skill- und Grade-Mix und den veränderten Rollen das überwiegend anzutreffende Modell in den untersuchten Cases. Die DGKP übernahm in dieser Arbeitsorganisation die Verantwortung für die Versorgung einer Gruppe von Patientinnen und Patienten pro Schicht. Dabei wurde oftmals eine Unterscheidung der Dienstformen in **Haupt- und Beidienst** getroffen. Mit einem hohen Anteil an DGKP wurden die Rollen „Haupt- und Beidienst“ mit DGKP besetzt. Der Hauptdienst in diesem Modell war zusätzlich verantwortlich für Tätigkeiten aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie und für die Begleitung und/oder Ausarbeitung der Visite mit der Vorbereitung und Veranlassung von dort getroffenen ärztlichen Anordnungen. Der Beidienst übernahm somit ebenfalls die Versorgung und Betreuung von zugeordneten Patientinnen und Patienten. So reduzierte sich das Ausmaß der „erlebten Verantwortlichkeit“ und ein guter Bezug zu den Patientinnen und Patienten war für die DGKP gegeben. Des Weiteren konnte in der Zuordnung von DGKP in Gruppen darauf geachtet werden, dass die diensthabenden DGKP ihren Skills und dem jeweiligen Bedarf entsprechend bei Patientinnen und Patienten eingesetzt werden konnten (z. B. Kinästhetik etc.).

„Man hat mehr Bezugspflege gehabt früher. Bei zwei Diplomierten konnte man sagen: ‚Du kennst den Patienten besser, du kannst alles machen bei ihm.‘ Und dann hat der das übernommen, weil auch die entsprechenden Kompetenzen dafür da waren. Jetzt geht das nicht mehr.“ (D_DGKP)

Im Zuge der Pilotprojekte zur Implementierung von PFA erfolgte eine **Anpassung der Arbeitsorganisation** in Richtung der „Organisation von Pflege im Team“. Die diensthabenden Pflegepersonen versorgten eine relativ große Gruppe von Patientinnen und Patienten pro Schicht gemeinsam. So stellt sich die Veränderung in einem untersuchten Case folgendermaßen dar: Aus einer Station mit einer Einteilung von 24 Patientinnen und Patienten in zwei Gruppen wurde eine Gruppe, für die eine DGKP die fachliche Führung im Team mit Kolleginnen und Kollegen der Pflegefachassistenz übernimmt.

„Der Teamleader teilt ein, wer für was zuständig ist und wer [Patienten] wann gemacht wird.“ (D_AL)

Mit dieser Organisation der Pflege im Team unter dem Einsatz von verschiedenen Qualifikationsgraden unter der fachlichen Führung einer DGKP sollte die Intention eines **effizienteren Personalmix** erzielt werden. Das Modell ermöglicht eine standardisierte Übernahme von Aufgaben und Tätigkeiten nach den Berufsgruppen. Im Gegensatz zur Gruppenpflege werden einzelne Aufgaben und Tätigkeiten den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern „zugeteilt“ anstatt für Patientinnen und Patienten Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter als zuständige Ansprechpersonen zu benennen. Dieser Gewinn an Effizienz geht auf Kosten einer patientenorientierten Pflege.

4.1.3 Funktionsorientierte Organisation der Pflege

Die teamorientierte Organisation von Pflege führte in dem vorgefundenen Personalmix der Teams zu einer **funktionsorientierten Durchführung von Pflege**. Wie der nachfolgende Auszug aus einem Fokusgruppeninterview verdeutlicht, beschrieben DGKP die Veränderungen von der Gruppen- oder Bereichspflege hin zur Pflegeorganisation im Team als Fragmentierung und für die Patientinnen und Patienten und sie selbst als schwierig.

„Früher war eine Schwester für einen Patienten zuständig. Ich habe dem die Infusionen angehängt als auch die Sondennahrung. Jetzt wird das immer geteilt. Der eine macht das und der andere das. Ich war Ansprechpartner für den Patienten den ganzen Tag. Gewisse Sachen machen jetzt andere Berufsgruppen. Es muss jetzt geteilt werden, weil es anders gar nicht funktioniert. Wenn ich jetzt alles beim Patienten mache, von der Körperpflege bis zur Infusion, dann haben die gar nichts zu tun. Also ich muss etwas delegieren, das ist einfach so.“ (D_DGKP)

In diesem Zitat werden die beiden Aspekte gut deutlich: Zum einen muss Arbeit abgegeben werden, damit die neue Berufsgruppe PFA auch ihrem Anforderungsprofil entsprechend eingesetzt werden kann. Zum anderen wäre die Arbeit ohne umfassende, „maximale“ Delegation gar nicht zu schaffen. Dass sich diese Form der Delegation auf die Qualität der Versorgung auswirkt, dazu gab es in den Daten durchaus Hinweise, wie im folgenden Fall am Beispiel von Menschen mit demenziellen Veränderungen:

„Für den Patienten ist das auch schwierig. Wenn ein Patient jetzt verwirrt oder dement ist und dann kommt der und macht das ... aber es geht nicht anders. Das ist für den Patienten auch nicht angenehm, der muss sich dauernd auf ein neues Gesicht einstellen. Das ist Arbeit wie am Fließband, aber es geht nicht anders.“ (D_DGKP)

Die **Gesamtverantwortung** und Koordination der Versorgung von Patientinnen und Patienten pro Schicht obliegt der DGKP, die als „Fachführung“, „Fallführung“ oder „Teamleader“ bezeichnet wird. Ihre Aufgaben beschreibt eine Abteilungsleitung folgendermaßen:

„Der Teamleader, also, dass sie ihre Gruppe und Patienten führen. Das sie gewährleisten, dass der Patient optimal versorgt ist, und dabei an ihre Assistenzberufe delegieren und quasi dann sich die Rückmeldung holen. Dass sie die Gruppe leitet und die Versorgung des Patienten gewährleistet.“ (C_AL)

Damit der **Informationsfluss** um und über die Patientinnen und Patienten über die Berufsgruppen hinweg aufrechterhalten wird, ist eine vermehrte Kommunikation erforderlich. Von der PFA wird erwartet, dass sie Beobachtungen und Informationen aus der direkten Pflegehandlung an die DGKP berichtet. Von der DGKP wird erwartet, dass sie alle Informationen zusammenführt und an jene Berufsgruppen weiterleitet, für die sie wichtig sein könnten. In den einzelnen Cases wurden demnach neue Kommunikationsstrukturen wie zusätzliche Übergaben oder sogenannte Meeting Points eingeführt.

„Beim Meeting Point ist es immer so, das ist die Fachführung mit PFA und Auszubildenden, alle, die in dieser Fachführung arbeiten, besprechen sich da. Da gibt es gezielte Fragen, also die Fragen sind: ‚Wo

stehen wir? Was ist noch offen? Wer kann wem helfen?' Besonderheiten und auch Pflegeplanung: Was muss man ...? Ja, Infos." (C_AL)

Aus Sicht des basalen und mittleren Pflegemanagements stellten die Entwicklungen in der Pflegeorganisation erforderliche Veränderungen dar, um einen effizienten Personalmix zu ermöglichen. Auch wurde die von den DGKP und PFA in den Diskussionen beschriebene funktionsorientierte Pflege innerhalb der eingeführten Teamstruktur von der Leitungsebene in den Interviews kaum so dargestellt. Die Bezugspflege wurde vielmehr der PFA zugeschrieben, da sie durch den hohen Anteil an Aufgaben in der direkten Pflege oftmals die Ansprechpersonen für die Patientinnen und Patienten wären.

„Dann ist es sozusagen ja eher so, dass auf der PFA-Ebene dieser Bezug, das Bezugspflegesystem, etabliert ist, und die Diplomierte mit dem Innendienst, das ist ja schon eher eine traditionelle Funktionspflegerolle.“ (E_PDL)

Funktionsorientierte Dienste und Rollen wurden in den Cases mit einer Entwicklung hin zur Teampflege überwiegend für DGKP etabliert, aber auch vereinzelt für PFA. Diese reichen von Rollenzuschreibungen wie „Aufnahmeschwester“ oder „Zyto-Nurse“ bis hin zu Dienstformen für Innendienst oder zur ärztlichen Assistenz im Verbandszimmer. In den Daten war dazu auch ein gewisses Ringen erkennbar, da der Anspruch eben an eine Abkehr von Funktionspflege bestünde. Grenzen hierfür wurden jedoch in erster Linie in den Rahmenbedingungen für Pflege im akutstationären Sektor gesehen und weniger mit dem neuen Personalmix in Verbindung gebracht:

„Also früher hat es ja einmal die Funktionspflege gegeben, von der sind wir natürlich schon weit weg gewesen, abgegangen. Wir sind auch hoch bemüht, dass wir da nicht wieder zurückkommen, sondern dass der Patient sehr wohl Ansprechpartner und verantwortliche Pflegepersonen kennenlernt. Es ist halt schwierig, dass man sagt, die Pflege hat Schicht- und Wechseldienst, die Pflege hat, wir haben Teilzeitmitarbeiter, wir haben Mitarbeiter mit relativ geringen Beschäftigungsausmaßen, weil sie in Elternteilzeit sind. Sozusagen, wir versuchen natürlich schon, dass wir einen, für jeden Patienten eine Bezugsperson in der Pflege haben können. Das ist aber speziell bei sehr kurz liegenden Patienten nicht einfach, und die Verweildauer nimmt ja immer ab, sodass ich sage: ‚Also das ist wirklich eine Herausforderung.‘ Aber die Funktionspflege haben wir nicht, also da haben wir schon sehr darauf geachtet, dass es dazu nicht kommt.“ (E_PDL)

4.2 Erfahrungen mit Grade-Mix und Personalausstattung

Bei der Implementierung der PFA wurden unterschiedliche Wege beschritten, die mit je eigenen Herausforderungen verbunden waren. Einflussfaktoren für die dabei getroffenen Entscheidungen wurden bereits in Kapitel 3.3 dargestellt. Im folgenden Abschnitt wird näher auf die Erfahrungen eingegangen.

4.2.1 Personelle Umstrukturierung im Zweier-Mix

In den Cases mit einer umfassenden Reorganisation [C, D] kam es zu einem Ersatz von PA und DGKP durch die PFA und einer überwiegenden Umsetzung eines Zweier-Mix an DGKP und PFA. Hierbei wurden seitens der Klinikleitungen, Trägerorganisationen oder der Landespolitik unterschiedliche prozentuelle Schlüssel für die Umsetzung eines spezifischen Qualifikationsmix vorgegeben.

Maßnahmen zur Umsetzung umfassten die Versetzung von Personal sowohl der Berufsgruppe der DGKP als auch der PA und die Förderung der Weiterqualifizierung von PA zu PFA. Wo es möglich war, wurden „natürliche Abgänge“ oder Wechsel genutzt. Versetzungen trafen vor allem DGKP, die sich mit dem zukünftigen Rollenprofil nicht identifizieren konnten. Die Implementierung der PFA erfolgte terminisiert, was bedeutete, dass Abgänge von Personal und Arbeitsbeginn für mehrere PFA zeitnahe erfolgten. Eine langjährige Mitarbeiterin beschrieb die Herausforderungen im Zusammenhang mit dem Personalwechsel wie folgt:

„Natürlich ist es für uns alle herausfordernd. Vor allem die Hälfte des Teams wurde auf einmal ersetzt. Früher hat man gehabt, dass Stellen nachbesetzt wurden, wenn jemand ein Kind bekommt oder in Pension geht. Da sind immer Einzelpersonen gekommen. Jetzt sind von einem auf den anderen Tag fast fünfzig Prozent der Mitarbeiter neu gekommen.“ (D_DGKP)

Durch die Abgänge von erfahrenem Personal kam es vorübergehend zu einem Verlust von fachlichen Expertisen und Erfahrungswissen. Die Teams setzten sich infolge der Umstrukturierung vorrangig aus Pflegepersonen zusammen, die direkt von der Ausbildung kamen und nur wenig Berufserfahrung mitbrachten, was die Einschulungsphase erschwerte.

„Ich habe jahrelang ein sehr konstantes Team gehabt, also ganz wenig Fluktuation, und jetzt habe ich die Hälfte ausgetauscht, also bis ich dieses Wissen wiederhabe, dauert es einfach.“ (C_AL)

Die Umbauprozesse wurden im Reorganisationsmodell auch stationsübergreifend begleitet. Ansprechpartnerinnen/Ansprechpartner oder sogenannte Change Agents begleiteten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter intensiv und standen als zentrale Ansprechpersonen bei Fragestellungen zur Verfügung.

„[...] Wir haben da eine ziemlich ausgereifte Fortbildungsstrategie gehabt mit – ich glaube, es sind vier bis fünf Fortbildungen gewesen, die Leitungen extra zusätzlich noch einmal Teamdynamik-Fortbildung, und so sind wir eigentlich sehr gut vorbereitet in das Ganze hineingegangen.“ (C_AL)

Unruhe und Ängsten in den Teams wurde mit Mitarbeitergesprächen begegnet, mit Fortschritt der Pilotprojekte hätte sich das zunehmend gelegt und die positiven Erfahrungen hätten dominiert, so der Tenor in den Daten. Die mit der Umstrukturierung verbundenen Verluste auf menschlicher Ebene wurden in den Erhebungen zu den Case Studies insbesondere vom ärztlichen Personal thematisiert, wie im folgenden Zitat:

„Weil, wenn plötzlich drei oder vier, oder keine Ahnung wie viele Mitarbeiter, mit denen man vorher gut zusammengearbeitet hat, wo man auch deren Kompetenzen schon gut einschätzen hat können und man menschlich einen guten Zugang gehabt hat, plötzlich weg sind und eigentlich ein doch relevanter Teil des Teams ausgetauscht wird, dann ist das schon, bringt das schon bisschen das Konzept irgendwie ins Straucheln.“ (C_Medizin)

In Bezug auf die Zusammenarbeit im Alltag wurde das Arbeiten im Zweier-Mix durchaus positiv erlebt. Es entstanden pro Schicht relativ konstante Teamformationen und die Aufteilung auf zwei Pflegeberufe trug zur Klarheit der Rollen und Aufgaben bei.

4.2.2 Personelle Umstrukturierung im Dreier-Mix

In den Cases, in denen kein vollständiger Ersatz von PA stattfand und somit ein Dreier-Mix an Pflegeberufen bevorzugt wurde, wurden ebenfalls Schlüssel zum Qualifikationsmix vorgegeben [B, E, F].

Die Weiterqualifizierung von PA zu PFA zum gleichen Zeitpunkt ist organisatorisch aufwendig und erfordert umfassende Reorganisationsprozesse, die nicht alle Kliniken durchführen wollten. Angebote zur Weiterqualifizierung wurden mitunter von weniger PA in Anspruch genommen als erwartet, was wiederum Herausforderungen für die Umsetzung darstellte. In einem Fall führte es dazu, sich anstatt des avisierten Zweier-Mix doch auf einen Dreier-Mix einzulassen. Wenn jedoch die Weiterqualifizierung gewählt wurde, dann standen diese Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter ihren Stationen zunächst über ein Jahr auch nicht mehr als Arbeitskraft zur Verfügung. Je nach Modell wurden somit vereinzelt auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der PA auf den Stationen eingesetzt [E, F] oder eben mittelfristig diese Variante auch mit mehr als einzelnen PA umgesetzt.

In einem Case erfolgte die Aufnahme von PFA in den Personalmix aufgrund der Rekrutierungsschwierigkeiten von DGKP [B]. Die PFA bot durch die erweiterten Kompetenzen gegenüber der PA neue Optionen für den Personaleinsatz, was genutzt werden sollte. Das Pilotvorhaben stand in keinem direkten Zusammenhang mit Erwartungen hinsichtlich eines veränderten Personalschlüssels. Entsprechend wird bei der Aufnahme neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch angepasst an die Verfügbarkeit am Arbeitsmarkt vorgegangen.

Damit ging ein langsamerer Prozess der Umstellung einher, was zu variierenden Besetzungen in puncto Qualifikationsniveaus in den einzelnen Schichten führt. Im Dreier-Mix kommt es dadurch zu Diensten mit unterschiedlichem Qualifikationsmix und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen je nach Dienstzusammensetzung unterschiedliche Aufgaben übernehmen.

„Man geht oft nach Hause und ist eigentlich nicht so zufrieden, weil man hat noch keine Struktur drinnen. Man macht irgendwie alles und auch nichts. Einen Tag machst du das und den anderen Tag das.“ (E_PFA)

„[...] Da bist oft als Diplomierte allein ab 16.00 Uhr oder oft auch ab 13.00 Uhr, und das ist schon ein Unterschied, ob du mit einer PFA oder PA im Dienst bist.“ (E_PFA)

Die Analysen der Cases zeigen, dass es einfacher ist, die Aufgaben- und Kompetenzbereiche zu klären, wenn dabei nur zwei Berufsgruppen zu berücksichtigen sind. Es kann aber auch sein, dass ein Dreier-Mix im Team so umgesetzt wird, dass die PA gleichzeitig mit einer PFA im Dienst ist, was von der DGKP als schwierig erlebt wird. Oder aber die PFA wird an einem Tag wie eine PA eingesetzt und am anderen Tag wird ein „neuer Grade-Mix“ gelebt (variabel pro Dienst/Schicht). Die Herausforderung, dass sich pro Dienst/Schicht unterschiedliche Konstellationen ergeben, ist im folgenden Zitat eindrücklich beschrieben:

„Und das ist ja auch nicht fein für den. An einem Tag ist er quasi der Pflegeassistent und am nächsten Tag soll er wieder die Pflegeanamnese mit dem ganzen Drumherum machen, die ganzen Erhebungen. Das ist ja für den ja auch unbefriedigend. Auch von der Wertschätzung her. Am einen Tag werde ich hinaufgehoben [...] Am nächsten Tag: ‚Da, du musst heute aber schauen, dass es draußen läuft. Drinnen sind wir.‘“ (B_DGKP)

Vor diesem Hintergrund erklärte eine Stationsleitung, dass sie besonders darauf achte, dass immer nur zwei Berufsgruppen pro Dienst eingeteilt seien.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass beide Modelle Vor- und Nachteile haben und dass vor allem die Gestaltung des Übergangs eines Teams mit PA hin zu einem Team mit PFA anstelle von PA einige Herausforderungen in sich birgt.

4.2.3 Personalbemessung und -einsatz im Vergleich

Wie gestalten sich nun die Rahmenbedingungen für die Pilotprojekte hinsichtlich der jeweiligen Personalausstattung? Zwar wurde diese als wesentlicher Einflussfaktor identifiziert (siehe Abschnitt 3.1), es entpuppte sich jedoch als schwierig, im Sinne einer Vergleichbarkeit über die Cases hinweg konkrete Indikatoren o. Ä. heranzuziehen. Die international etablierte Kennzahl der Nurse-to-Patient-Ratio (Zahlenverhältnis Pflegefachperson zu Patientinnen/Patienten) fand in keinem der untersuchten Cases Einsatz (DBfK 2016).

Im folgenden Abschnitt werden Hinweise in den Daten zu dieser Thematik herangezogen und es erfolgt eine Annäherung über beispielhafte „Besetzungen“ von Diensten im Vergleich zwischen chirurgischen und neurologischen Abteilungen.

Vorgangsweisen in der Gestaltung des Personalmix

Die kommunizierten Schlüssel zum Qualifikationsmix über alle untersuchten Cases hinweg variierten von siebenzig Prozent DGKP zu dreißig Prozent Pflegeassistentenberufe bis hin zu vierzig Prozent DGKP zu sechzig Prozent Pflegeassistentenberufe. Dabei wurde nicht immer zwischen PFA und PA unterschieden. Eine Berücksichtigung des Skill-Mix ist ebenfalls in den kommunizierten Personalschlüsseln nicht gegeben. In der Definition erweisen sich die Schlüssel zum Qualifikationsmix als divergent. So sind in einigen Vorgaben spezialisierte Abteilungen inkludiert, für die jedoch als

Mindestvorgabe ein höherer Anteil an DGKP zur Qualitätssicherung durch den ÖSG festgeschrieben ist. Die Umsetzung vorgegebener Schlüssel wurde an die Abteilungs- und Stationsleitungen delegiert, wie nachfolgend illustriert:

„Es ist mir vorgegeben worden, wie viele Stunden an Diplomierten ich habe, wie viele PFA-Stunden und PA-Stunden. Das ist fix so.“ (D_AL)

Spezifische Messinstrumente zur Einschätzung des Personaleinsatzes kamen in den untersuchten Cases nicht zur Anwendung. Eine Abteilungsleitung führte die Pflegepersonalprognoseberechnung (PPR) als Instrument an, welche jedoch den Pflegebedarf für den neurologischen Kontext nicht gut abbildete:

„Die ist total schlecht, die PPR. Die ist total veraltet und bildet sich total schlecht ab. [...] Ich glaube auch, dass die PPR neu gemacht werden muss bzw. angepasst werden muss, denn die neurologischen Themen spiegeln sich nicht darin.“ (D_AL)

Aus den personellen Umstrukturierungen ergaben sich unter den Vorgaben zum Qualifikationsmix unterschiedliche Teamzusammensetzungen für Tag- und Nachtdienste. Entsprechend der veränderten Arbeitsorganisation war für die DGKP je nach Einrichtung und Abteilung ein unterschiedlicher „Caseload“ (Anzahl an Patientinnen/Patienten, für die die DGKP verantwortlich ist) pro Dienst vorgesehen. Die Stationsleitung und ggf. auch deren Stellvertretung – diese Rollen variierten zwischen den Cases – waren meist bis zum Nachmittag im Dienst, aber überwiegend nicht in den Stationsablauf bzw. in die direkte Pflege integriert.

Die Besetzung von Diensten auf Stationen im Vergleich

In Tabelle 4.1 wird exemplarisch die Zusammensetzung des Pflegepersonals für einen Tagdienst auf unterschiedlichen chirurgischen und neurologischen Abteilungen aus verschiedenen Cases dargestellt.

Die Abteilungsgrößen der chirurgischen Abteilungen variieren von 24 bis 36 Betten. Das Klientel wird auf allen Abteilungen auf einem Spektrum von „einfach“ bis „komplex“ beschrieben, wobei eine Zunahme der Komplexität von allen Abteilungen beschrieben wurde. Auf den chirurgischen Abteilungen kommt es täglich zu vielen Aufnahmen und Entlassungen, der Anteil an Aufgaben aus dem Bereich der medizinischen und diagnostischen Therapie ist hoch. Die Aufenthaltsdauer wird als eher kurz beschrieben bzw. als vorab nicht einschätzbar. Im Vergleich zu den chirurgischen Abteilungen erscheint der Personaleinsatz in den neurologischen Abteilungen homogener. Jedoch beschrieben die interviewten Personen dort deutliche Unterschiede bezüglich des Klientels. Auf einer Abteilung fand sich ein rehabilitativer Schwerpunkt und auf der anderen Abteilung wurden überwiegend akut kranke Patientinnen und Patienten versorgt. Die Pilotstationen umfassten ca. dreißig Betten.

Der Caseload für die sog. Fachführung in den untersuchten chirurgischen Abteilungen im Tagdienst (12 Std.) unterscheidet sich stark zwischen den Stationen bzw. Abteilungen und kann zwölf

bis 25 Patientinnen/Patienten umfassen. Auf den neurologischen Abteilungen übernimmt eine DGKP für 15 Patientinnen/Patienten die Verantwortung.

Unter Betrachtung des Grade-Mix im Personaleinsatz pro Tagdienst lässt sich bei den exemplarisch angeführten Abteilungen ein Verhältnis von ca. fünfzig Prozent DGKP und fünfzig Prozent Pflegeassistentenberufen oder je nach Dienstzusammensetzung im Dreier-Mix auch weniger festmachen. Im Zweier-Mix der Berufsgruppen kam es zu konstanten Besetzungen der Dienste hinsichtlich der Qualifikation. Im Dreier-Mix hingegen variierten die Qualifikationsstufen im Dienst je nach Verfügbarkeit. Als Mindestvorgabe galt das Vorhandensein einer DGKP im Zwölfstunden-Tagdienst.

Tabelle 4.1:
Exemplarischer Personaleinsatz pro Tagdienst

Klinisches Fachgebiet	Abteilungsgröße	Pflegepersonaleinsatz/Schicht		Funktionsform	Anmerkungen
		GuK-Beruf	Stunden		
Chirurgische Abteilung	24 Betten	1 DGKP	12	Fachführung	
		1 DGKP	8	Aufnahmen	
		2 PFA	12		
		1 PFA	7	Verbandszimmer	
Chirurgische Abteilung	36 Betten	1 DGKP	12	Fachführung	
		1 DGKP	10	Fachführung	
		2 PFA	12		
Chirurgische Abteilung	25 Betten	1-2 DGKP	12	Fachführung	gesamt 3 Dienste mit 12 Stunden und ein kurzer Dienst mit 6-8 Stunden
		1-2 PFA	12		
		1 od. 0 PA	12		
		variabel	6		
Neurolog. Abteilung	28 Betten	2 DGKP	12	Fachführung	
		2 PFA	12		
		1 PFA	6-8		
Neurolog. Abteilung	30 Betten	2 DGKP	12	Fachführung	Besetzung durch DGKP u. PFA möglich Besetzung variiert zwischen PFA und PA, je nach Dienstplangestaltung
		variabel	8-10	Beidienst	
		1-2 PFA	12		
		1 PA	12		

Quelle: GÖG

Ausprobieren, was geht – bis an die Grenzen

Die in Tabelle 4.1 dargestellten Modelle zum Personaleinsatz zeigen für DGKP allesamt eine relativ hohe Anzahl von Patientinnen/Patienten, für die sie verantwortlich sind. Für die DGKP hat sich durch die Übernahme der Tätigkeiten aus dem Bereich der medizinischen und diagnostischen

Therapie und die erhöhten Anforderungen insbesondere auf chirurgischen Abteilungen, v. a. im Zusammenhang von verkürzten Aufenthaltsdauern und beschleunigten medizinischen Prozessen sowie multimorbiden Patientinnen und Patienten, eine erhöhte Arbeitslast ergeben. Dabei kam es zu einer gleichzeitigen Reduktion an DGKP und zur Übernahme einer großen Anzahl von Patientinnen und Patienten. Eine Abteilungsleitung berichtet davon, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der DGKP an ihren persönlichen Grenzen arbeiten, und auch im folgenden Zitat aus einer Fokusgruppe wird die Problematik angesprochen:

„Ich glaube, wenn man den Personalschlüssel nicht erhöht, macht es nicht viel Unterschied, ob ich mit einer PA oder PFA in einem Team bin. Wenn man mir gleichzeitig mehr ärztliche Tätigkeiten aufhast, ich aber gleichzeitig auch noch mithelfen muss bei anderen Tätigkeiten, wird sich nicht viel ändern, wenn nicht mehr Hände ins Spiel kommen.“ (D_DGKP)

Im Zuge der Pilotprojekte wurde hinsichtlich des Pflegepersonaleinsatzes auch von einem Ausprobieren dessen, was möglich ist, berichtet, wie von der Abteilungsleitung im folgenden Zitat:

„Man hat so ein bisschen die Richtschnur bekommen, und da hat man sich versucht anzunähern, und so haben wir das dann einfach getestet, damit wir auch, das war mir sehr wichtig, damit man auch die Mitarbeiter ins Boot holen kann, und das dann auch sieht, als Leitung: Was schaffen die Mitarbeiter und was schafft man einfach nicht? Was kann dann nicht mehr abgegeben werden? Oder wo ist einfach wirklich die gehobene Dienstpräsenz notwendig? Und so hat man das gut herausfiltern können.“ (C_AL)

Die Ergebnisse markieren in nahezu allen Cases, dass „mehr“ nicht geht, und es eigentlich bereits zu viel war. Dies wird individuell unterschiedlich stark vonseiten der Abteilungsleitungen, DGKP und Ärztinnen und Ärzte vorgebracht:

„Es war ja schon vorher alles sehr viel durch die vielen Akutgeschichten, und die Patienten müssen noch schneller entlassen werden als früher, und da muss man denken, man muss in sehr kurzer Zeit sehr viel unterbringen und das macht halt viel Stress. Und es gibt halt schon eine gewisse Fluktuation, weil die MA sagen: ‚Ich halte das nicht aus‘, und dann wollen sie wo anders hin, weil sie sagen: ‚Ich halte das nicht aus.‘“ (F_AL)

In den Cases zeigen sich Tendenzen, dass hohe Motivation bestand, „es zu schaffen“, insbesondere bei den jüngeren Bachelorabsolventinnen/Bachelorabsolventen.

Flexibilität in der Dienstplangestaltung

Seitens der Abteilungsleitungen wurde durchwegs erwähnt, dass sich die Dienstplangestaltung durch den Einsatz mehrerer Berufsgruppen erschwert hat, insbesondere hinsichtlich des Fehlzeiten-Ersatzes kam es zu einer deutlichen Reduktion von Möglichkeiten durch den geringeren Anteil von DGKP im Team. Eine Abteilungsleitung drückte dies folgendermaßen aus:

„Die DGKP kann alle ersetzen, die PFA kann nur die PFA ersetzen. Und es gibt die Arbeitsaufteilung. Mehr Flexibilität habe ich mir auch nicht erwartet, denn ich wüsste auch nicht, wie.“ (F_AL)

Die DGKP beklagten, dass sie durch die Reduktion des Anteils an DGKP im Team vermehrt „einspringen“ müssten, d. h. Dienste bei Krankheitsfällen etc. übernehmen müssten. Die Möglichkeiten der Urlaubsplanung haben sich durch die Absprachen, die unter den DGKP getroffen werden müssen, sehr eingeschränkt und es bleibe wenig Flexibilität. Auch die Vereinbarkeit von Beruf und Familie werde im neuen System aufgrund der fehlenden Flexibilität als erschwert erlebt.

„Es ist wirklich schwierig, auch die Lage der Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger zu kompensieren. Seien es die Krankenstände, egal, welche Stundenanzahl sie haben, wo es echt schwer ist, das zu kompensieren. In weiterer Folge auch bei der Urlaubsplanung. Wenn jetzt vier Diplomierte da sind, ist es schwer, die Urlaubsplanung flexibel zu gestalten mit einem größeren Gesundheits- und Krankenpflegesystem.“ (D_DGKP)

Der Verlust an Flexibilität in der Gestaltung der Arbeitszeiten wurde von den interviewten Teilnehmerinnen und Teilnehmern als Attraktivitätsverlust bewertet.

4.3 Interprofessionelle Kooperation

Über Änderungen in der Arbeitsorganisation beziehungsweise durch die Einführung einer neuen Berufsgruppe im Rahmen der Pilotprojekte ergeben sich auch Auswirkungen auf die Zusammenarbeit von DGKP, PFA und PA mit anderen Gesundheitsberufen in der täglichen Praxis. Zwar konnten diese nicht umfassend in die Case Studies einbezogen werden, exemplarisch wurde jedoch zumindest die Perspektive von Ärztinnen und Ärzten von Modellstationen aufgenommen. Diese fließen in das nachfolgende Kapitel ebenso ein wie Ergebnisse zu diesem thematischen Aspekt aus den Analysen der Gesamtdaten.

Vorab sei festgehalten, dass es seitens der Ärztinnen und Ärzte kaum eine spezifische Auseinandersetzung mit den Projekten zur Implementierung eines neuen Personalmix gab, auch waren die Unterschiede zwischen PFA und PA beispielsweise nicht durchgängig bekannt. Dennoch waren die Interviews mit den Ärztinnen und Ärzten von einem Grundtenor geprägt, der eine hohe Wertschätzung gegenüber den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Pflege ausdrückte. Prozesse der Professionalisierung in der Pflege wurden von den interviewten Ärztinnen und Ärzten auch positiv konnotiert, wie beispielsweise im folgenden Zitat, das aus dem neurorehabilitativen Setting stammt:

„Die Pflege hat sich im Lauf der Jahre enorm professionalisiert und enorm weiterentwickelt. [...] Mit dem Pflegeprozess und der Pflegediagnostik nach NANDA können Ziele innerhalb von sieben bis zehn Tagen sehr gut abgebildet werden, und sind der interprofessionellen Zusammenarbeit sehr zugutegekommen.“ (B_Medizin)

Bei der Durchführung der Pilotprojekte wurde hinsichtlich der Einbeziehung von Ärztinnen und Ärzten sehr unterschiedlich vorgegangen. Teilweise wurde das Vorgehen auf der kollegialen Führungsebene beschlossen und es erfolgte eine Information an die stationsführenden Ärztinnen und Ärzte [A, C, D]. In einem Case wurde die Abgrenzung der Aufgabenbereiche zwischen den Profes-

sionen diskutiert und konsensual erarbeitet [B]. In zwei Fällen erfolgte die Information an die Stationsärztin / den Stationsarzt durch die Stationsleitung und in weiterer Folge bestanden im täglichen Arbeiten viele Unsicherheiten über die Zuständigkeiten und die Kompetenzgrenzen seitens der Ärztin / des Arztes [E, F].

4.3.1 Zusammenarbeit auf der Station

Inwiefern beeinflussten die Pilotprojekte die interprofessionelle Zusammenarbeit auf den Stationen der untersuchten Cases bzw. welche unterschiedlichen Ausgangslagen gilt es dabei zu berücksichtigen? Neben Aspekten der Delegation, die auch in Abschnitt 4.4 angeführt sind, widmet sich das folgende Kapitel der Visite als Kernprozess sowie der Dokumentation vor dem Hintergrund der interprofessionellen Zusammenarbeit. Zunächst sei noch auf Folgen, welche die Personalausstattung in den Pflegeberufen sowie in der Medizin für die tägliche Praxis hat, eingegangen.

Reduzierte Verfügbarkeit von Ärztinnen/Ärzten und DGKP

Die Reduktion des Anteils an gehobenem Dienst ist ein zentrales Charakteristikum bei der Gestaltung des neuen Personalmix. Aufseiten der Medizin kam es aus anderen Gründen zu einer rückläufigen Entwicklung im Anteil von Ärztinnen/Ärzten in Ausbildung sowie tw. auch der Präsenz von Fachärztinnen/Fachärzten auf den Stationen (siehe Abschnitt 1.1). Dieser Umstand erschwert die Kommunikation, da die Verfügbarkeit von Fachkräften auf beiden Seiten im Fall von Delegation, Rückfragen etc. nicht mehr im selben Ausmaß gegeben ist.

An einem Beispiel wird auf die Zusammenhänge rund um Änderungen der Ärzteausbildung insbesondere für die chirurgische Fachdisziplin hingewiesen, in der Tätigkeiten und erforderliche Kompetenzen, welche überwiegend auf der Station vorkommen, nicht hinreichend priorisiert wurden:

„Es gibt KPJ-Studenten, die dürfen nicht alles machen, und es gibt schon vereinzelt Ärzte, die die Ausbildung zum Allgemeinmediziner machen, aber zurzeit nur einen Arzt. Aber es ist ein Unterschied, ob acht Turnusärzte im Radl mitlaufen oder ob nur einer da ist. Und die Assistenzärzte, die natürlich aufgestockt worden sind, die freigewordenen Stellen von den Turnusärzten sind durch Assistenzärzte aufgestockt worden, der ihr Hauptinteresse auf der Unfallabteilung besteht im Operierenlernen. Sie bekommen so ein Blatt mit, wo sie nachweisen müssen, wie viel sie operiert haben, darum jagen sie auch den OPs nach, damit sie ihr Curriculum voll bekommen. Da steht nicht drinnen, wie viele Blutkonserven haben sie angehängt und wie viel Status haben sie erhoben oder wie oft haben sie ein postoperatives perforiertes Abdomen gesehen, was alles auch passiert. Es ist ihr Curriculum halt ein bisschen anders gewichtet.“
(F_Medizin)

Im selben Case wurde auch von Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege berichtet, weil eine Abteilung keine zugeordnete Stationsärztin / keinen zugeordneten Stationsarzt zur Verfügung hatte. Die so nicht hinreichend gegebene Möglichkeit zur Rücksprache bei Anordnungen erschwerte die Arbeit aufseiten der Pflege:

„Wir sind eine Chirurgie. Wir sind sehr davon abhängig, dass der Chirurg das dann später unterschreibt, was er haben will, wenn er jetzt nicht da ist. Und er ist dann sehr oft nicht da. Es ist oft sehr schwierig, die Zusammenarbeit, weil sie sind sehr stressgeplagt, weil sie in verschiedene Bereiche eingeteilt sind. Die Ärzte verlassen sich halt sehr auf uns, auch wenn jemand etwas vergessen hat, dass wir dann schauen.“ (F_AL)

Bemerkenswert ist an dem Zitat auch, dass die Verantwortung für das Einholen und den Eintrag von Anordnungen aufseiten der DGKP gesehen wird.

Die Verfügbarkeit von DGKP hat sich aus Sicht der Medizin im Zusammenhang mit den Pilotprojekten erschwert, was auf Abläufe verzögernd wirkt. Meist gibt es auf den Stationen eine bis zwei DGKP, die den Ärztinnen und Ärzten in der täglichen Routine als Ansprechperson zur Verfügung stehen. Diese jedoch beobachten, dass die Anzahl von Patientinnen und Patienten, für die diese DGKP „gesamtverantwortlich“ sind, mitunter „zu hoch“ wären und stellen dies in den Interviews teilweise kritisch in Frage:

„Genau, also ich habe eine Fachführung für 19 Patienten als Ansprechpartner. Und es ist aus meiner Sicht nicht möglich, dass man für 19 Patienten zuständig sein kann. Der Schlüssel ist für mich einfach nicht verständlich, also ich finde, dass, von der Arbeit her ist es nicht fein, zu arbeiten, wenn man de facto nur einen Ansprechpartner hat für 19 Patienten.“ (C_Medizin)

Im Vergleich zur Situation vor der Umstellung im Personalmix wurde die Zusammenarbeit von den Ärztinnen und Ärzten als einfacher beschrieben, da sie bei der Delegation das Qualifikationsniveau nicht berücksichtigen mussten, es waren ja stets „ausreichend“ DGKP im Dienst.

In den Cases war die Praxis diesbezüglich sehr unterschiedlich geregelt. Während in manchen Cases die Kommunikation ausschließlich über die DGKP laufen sollte und die Ärztinnen und Ärzte nach entsprechender Information auch bemüht waren, dies zu berücksichtigen, erfolgte in anderen Cases häufiger eine direkte Delegation an die PFA. Dabei schien das Aufzeigen der Kompetenzgrenzen als Aufgabe der PFA wahrgenommen zu werden, auch eine Weiterleitung an die DGKP, falls die Anordnung nicht im Kompetenzrahmen der PFA lag, erfolgte nun durch die PFA. Seitens der Pflege gab es das Bemühen, keine zu großen Reibungsverluste in der Kommunikation mit den Ärztinnen und Ärzten zu erzeugen, diese wiederum bemühten sich durchaus um Einhaltung der gewünschten Prozesse, was gerade über die Ausnahmen sichtbar wurde, wie im folgenden Beispiel:

„Mittlerweile weiß ich natürlich, wer was kann, wer was darf und wer was auch tun möchte, weil ich kann natürlich jeder PFA die Kompetenz geben, die ich für die PFA für richtig erachte. Wenn ich jetzt zur PFA sag: ‚Gib dem jetzt bitte Novalgin-Tropfen, ich ordne sie dir an, ich zeichne sie dir ab und ich richte sie dir auch her und du gibst es dem Patienten‘, dann muss ich der PFA wohl vertrauen können, dass sie das zum richtigen Patienten bringt. Und ja, also ich muss ein gutes Gefühl dazu haben, dass ich die Fachführung quasi umgehe.“ (C_Medizin)

Visite und Bedeutung der pflegerischen Expertise

Die Visite stellt einen zentralen Prozess im stationären Alltag für den interprofessionellen Austausch zwischen Medizin und Pflege dar. In den Pilotprojekten galt es daher konkret zu entscheiden, wie diese im neuen Personalmix seitens der Pflege organisiert und gestaltet werden könnte. In den Cases traten dabei zudem deutliche Unterschiede zutage, die sich aus der jeweiligen fachlichen Ausrichtung ergeben.

In chirurgischen Abteilungen stellt die morgendliche Visite mit dem Bericht der Pflege zum aktuellen Gesundheitsstatus der Patientinnen und Patienten und der letzten aktuellen Befunde die Grundlage für die Entscheidungsfindung zur Durchführung der geplanten Operationen dar. Damit das Operationsprogramm pünktlich starten kann, wird die Visite der Patientinnen und Patienten auf den Stationen davor angesetzt. Die Umstellung der Arbeitsorganisation in der Pflege führte etwa in einem Case dazu, dass die Gesamtverantwortung einer DGKP auch das Visitieren aller Patientinnen und Patienten nacheinander erforderlich machte, während zuvor die Gruppen geteilt wurden:

„In der kurzen Zeit, in der halben Stunde 25 Patienten zu visitieren, da geht ja nicht. Ich meine, das ist dann ein Patient die Minute. Das kann keine Qualität sein.“ (C_Medizin)

Hier wurde in Absprache zwischen Stationsleitung und ärztlicher Leitung nach einer besseren Lösung gesucht, die schließlich gefunden wurde, ohne dass das Modell der Pflege in Frage gestellt wurde. Vonseiten der Medizin wurde das als Zeichen gewertet, dass man einander auf Augenhöhe begegne.

Dass die Pflege eine wichtige Rolle in der Visite einnimmt, wurde ebenfalls in den Cases mehrfach betont. Zum einen, weil hier pflegerische Expertise in die klinische Entscheidungsfindung von Ärztinnen und Ärzten einfließt. Betont wurde auch die zentrale Rolle der Expertise in der professionellen Einschätzung und Beobachtung von Patientenzuständen und deren Entwicklungen für einen Behandlungserfolg.

„Aus ärztlicher Sicht ist es wichtig, zu gewährleisten, dass die Rolle der DGKP nicht ausschließlich in der Delegation bzw. in der Weiterdelegation liegt, denn die pflegerische Expertise in der Beobachtung der Patientinnen und Patienten ist für den Behandlungserfolg von hoher Bedeutung.“ (D_Medizin)

Auf anderen Abteilungen war der Arbeitsablauf auf der Station ebenfalls an der Visite orientiert, welche überwiegend am frühen Vormittag stattfand. Hauptsächlich erfolgte die Begleitung der Visite seitens der Pflege durch die zuständige DGKP (Fachführung). Bei Zeitmangel, welcher überwiegend durch Aufnahmen, Verlegungen, OP-Vorbereitungen oder die Durchführung von kurzfristig angeordneten Untersuchungen entstand, übernahm in einigen Cases die Abteilungsleitung die Begleitung der Visite [D, E, F]. Diese war in den Cases jedoch grundsätzlich nicht mehr umfassend in den stationären Ablauf eingebunden.

Im Zusammenhang mit einer hohen Anzahl an verantwortlich zu betreuenden Patientinnen und Patienten (Caseload), dem verringerten direkten Kontakt und der tätigkeitsorientierten Durchführung von Maßnahmen wurde von Ärztinnen/Ärzten die Gefahr eines Qualitätsverlusts gesehen. Dieser würde beispielsweise durch mangelnden Informationsaustausch entstehen:

„Nicht, dass da zwanzig Personen an einem Patienten sind und jeder macht nur einen Prozentsatz, also der Patient nur mehr als Nummer durchrennt, und der ist nur mehr der Unterschenkelbruch, weil das ist nicht die Pflege, die ich mir vorstelle, das erwartet sich auch der Patient, er erwartet sich eine personalisierte Therapie.“ (F_Medizin)

Im Case F, aus dem das o. g. Zitat stammt, begleiteten aus Gründen der Effizienz und des raschen, unmittelbaren Abarbeitens von Aufträgen des ärztlichen Personals an die Pflege sowohl die DGKP als auch die Stationsleitung die Visite. Dabei wurden der Wechsel von Verbänden, die Entfernung von Drainagen, Nähten etc. von der DGKP durchgeführt, während die Visite zur nächsten Patientin / zum nächsten Patienten weiterging.

Auf den nicht-chirurgisch ausgerichteten Abteilungen wurden die Visiten in „Befund- oder Sitzvisite“ und „Durchgehvisite“ geteilt. Durch diese Gestaltung wurde zuerst Raum geschaffen für fachliche Diskussionen und Besprechung der Befunde und Beobachtungen und im Anschluss erfolgte im Austausch mit den Patientinnen und Patienten bei der sogenannten Durchgehvisite eine klinische Entscheidungsfindung zum weiteren Vorgehen. Dieses Vorgehen wurde von beiden Berufsgruppen als fachlich wichtig und wertvoll beschrieben, jedoch bindet es viele zeitliche und vor allem personelle Ressourcen. Ein wichtiger Aspekt in diesem Zusammenhang ist auch die Problematik, dass bei einer umfassenden Bindung der DGKP durch die Visite diese während der pflegeintensiven Zeiten am Vormittag nicht zur Verfügung stehen. Somit übernahmen auf vielen Modellstationen die PFA und PA in dieser Zeit den sogenannten Routinebetrieb, mit einer sehr eingeschränkten Möglichkeit zur Rücksprache mit den DGKP.

Interprofessionelle Dokumentation und Entscheidungsfindung

Die verstärkte kooperative Zusammenarbeit, wie auch im Rahmen der multiprofessionellen Kompetenzen von DGKP in § 16 GuKG festgehalten, kann eine effektive patientenorientierte Versorgung aus Sicht der interviewten Personen gewährleisten. Hinsichtlich der Dokumentation konnte jedoch ein Trend zur Trennung der Professionen beobachtet werden. Grundsätzlich erfolgte die Dokumentation überwiegend elektronisch, aber getrennt nach Profession. Dies wurde als problematisch angemerkt, da dies als Widerspruch zu einer gemeinsamen Orientierung an den Patientinnen und Patienten erlebt wurde.

„Wir müssen wirklich daran arbeiten, dass wir verstehen, dass wir nur im Team gut sind. Wenn Ärzte und Pflege nicht zusammenarbeiten, weil die Pflege macht ihre Dokumentation nur mehr mit Zahlen, das versteht ja kein Arzt: ‚Ist herausmobilisiert, ist 3B.‘ Ich kenne mich ja auch nicht aus damit. Wenn wir nicht verstehen, dass wir nur im Team gut sind, und auch die Dokumentation auseinanderdividieren, dann glaube ich nicht, dass wir auf dem richtigen Weg sind.“ (F_Medizin)

Die DGKP erlebten sich in der interprofessionellen Zusammenarbeit als jene Gruppe, die Informationen zum Befinden der Patientinnen und Patienten einbringt, sowohl die Reaktion auf gesetzte Maßnahmen und Therapien als auch das Kranksein selbst betreffend.

„Aber trotzdem sprechen wir uns zusammen ab. Wir beobachten die Patienten und reden mit ihnen. Natürlich entscheidet der Arzt, aber wir besprechen es mit ihnen.“ (D_DGKP)

In allen untersuchten Cases waren DGKP die zentralen Ansprechpartnerinnen und –partner, wenn es um interprofessionelle Zusammenarbeit ging, die PFA oder PA waren hier deutlich „außen vor“, wie das folgende Zitat aus einer Fokusgruppe unterstreicht:

„Es ist aber eher auch so, dass die Ärzte eher mit den Diplomierten von der Seite reden. Pflegeassistenten und Ärzte reden eigentlich nicht miteinander. Da ist keine interdisziplinäre Zusammenarbeit.“ (E_DGKP)

In Bezug auf die interprofessionelle Zusammenarbeit wurde davon berichtet, dass es zwar immer wieder Diskussionen rund um Themen mit Überschneidungen zwischen Medizin und Pflege gebe. Diese würden aber im Diskurs geklärt werden, wie das nachfolgende Zitat zur Wundversorgung exemplarisch ausdrückt:

„Wundversorgung, ist es immer so bissel strittig, nicht, weil die Pflege das nicht machen möchte oder solche Dinge, sondern weil wir es halt auch gerne sehen wollen, also das ist, aber da haben wir jetzt keinen Disput oder irgend so etwas, sondern es ist halt einfach der gerade jetzt primäre Wundversorgung macht sowieso meistens der Arzt in der Notaufnahme, aber die postoperative Wundkontrolle geht gemeinsam bei der Visite, die Pflegekräfte, wir sagen denen an in der Nachmittags–Kurvenvisite, welche wir gerne morgen sehen wollen würden, und die bereiten das schon vor, und wir schauen dann die Wunden an. Und Drainagezug oder so wird zum Teil durch die Pflege durchgeführt oder dann eben durch die Mediziner, aber das ist eigentlich im gegenseitigen Austausch, je nachdem, wie auch Ressourcen da sind. Ich meine, wenn die Pflege knapp ist, dann macht es halt der Arzt oder umgekehrt, also die verstehen sich da gut.“ (C_Medizin)

Insgesamt entstand in der Analyse der Daten jedoch der Eindruck, dass Pflege und Medizin auch im neuen Personalmix auf den Stationen gut zusammenarbeiten, d. h., dass die „Umstellungen“ im Bereich der Pflege auf die interprofessionelle Zusammenarbeit relativ geringe Auswirkungen hatte.

Zusammenarbeit mit medizinisch–therapeutischen Berufen

Die Zusammenarbeit mit **medizinisch–therapeutischen Berufen** wurde auf den neurologischen Abteilungen als zentral beschrieben und im Kontext der eher chirurgisch ausgerichteten Abteilungen nur am Rande erwähnt. Die Novelle des GuKG hatte in den untersuchten Cases keine erkennbare Auswirkung auf die Zusammenarbeit mit den medizinisch–therapeutischen Berufen, sie wurde, wenn überhaupt erwähnt, als positiv beschrieben. Für PFA wurde es als Ausdruck von Wertschätzung erlebt, wenn es, wie im folgenden Beispiel einer neurologischen Abteilung, zur gemeinsamen Arbeit etwa mit der Physiotherapie an den Patientinnen und Patienten kam:

„Schon einen hohen Stellenwert, weil wir auch sehr viel interdisziplinär mit Therapeuten zusammenarbeiten. Die Therapeuten geben der Pflege Rückmeldung und wir ihnen. Wir arbeiten alle zusammen, da gibt es keinen Unterschied zwischen Diplomierten und PFA. Sie fragen mich genauso wie die DGKP. Therapeuten gehen zu der Pflegeperson, die die Pflege übernommen hat. Genauso fragen die Diplomierten uns nach Rückmeldung, z. B. zum Schmerz etc. Im Team ist eine gute Kommunikation, egal, ob das jetzt mit PA oder PFA ist.“ (D_PFA)

4.4 Delegationsvorgaben und –praxis

Mit der Novelle des GuKG 2016 wurden die Möglichkeiten zur Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch die GuK-Berufe aktualisiert. Im Bereich der Delegation pflegerischer Kernkompetenzen von DGKP wurde mit der Pflegefachassistenz eine Berufsgruppe geschaffen, die gegenüber der bis dahin etablierten Pflegeassistenz gesetzlich legitimiert die Durchführung von delegierten Aufgaben (eigenverantwortlich) ohne Aufsicht übernehmen kann.

Die **effiziente Koordination** zwischen den verschiedenen GuK- und anderen Gesundheitsberufen im Skill-/Grade-Mix war in den Pilotprojekten von besonderer Relevanz. Unter „Effizienz“ wird hierbei verstanden, dass nach Möglichkeit die Berufsgruppe mit dem geringsten Qualifikationslevel die gesetzlich festgelegten Tätigkeiten und Aufgaben übernimmt. Dies betrifft sowohl die Übernahme von Tätigkeiten im Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie durch die DGKP, PFA und/oder PA als auch die Übernahme von pflegerischen Aufgaben durch PFA und PA.

4.4.1 Delegation von Tätigkeiten der medizinischen Diagnostik und Therapie

Im Bereich der Kompetenzen in der medizinischen Diagnostik und Therapie wurden die Tätigkeiten aus den §§ 15, 83 und 83a GuKG in die Vorgaben zur Delegation übernommen. Die Vorgaben zur Delegation umfassen die Nennung der Tätigkeiten und deren Zuordnung der Zuständigkeiten für die Durchführung.

Zwischen den einzelnen Cases und Abteilungen zeigen sich deutliche Unterschiede im Muster der Übertragung in Abhängigkeit von der Häufigkeit, mit der „Tätigkeiten aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie“ während eines Tag- oder Nachtdienstes anfallen. Tätigkeiten, die im stationären Routinebetrieb selten auftraten, wurden von der jeweiligen ärztlichen Leitung tendenziell nicht zur Delegation an die Pflegeberufe „freigegeben“. Aufgaben mit hoher Arbeitsdichte im stationären Routinebetrieb, wie Blutabnahmen, Infusionsmanagement und insbesondere Antibiosen, diverse Spülungen etc., wurden standardmäßig an die GuK-Berufe delegiert bzw. von den Pflegeberufen zur Durchführung übernommen.

Durch die **Berücksichtigung von Häufigkeiten** im Auftreten verschiedener Tätigkeiten aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie ergaben sich Unterschiede auf Ebene der Stati-

onen, die in den Vorgaben zur Delegation Berücksichtigung erfuhren. Das Setzen einer nasogastralen Sonde wird z. B. auf der chirurgischen Abteilung nicht von den DGKP oder PFA übernommen. Auf der neurologischen Abteilung hingegen wird das Legen von nasogastralen Sonden von PFA durchgeführt. Grundsätzlich herrscht in den Cases C, D, E und F die Prämisse vor, dass die Pflegeberufe von den ärztlichen Tätigkeiten all jene übernehmen, die gemäß GuKG delegiert werden können, unter Berücksichtigung stationsspezifischer Anforderungen.

„Wir übernehmen sehr viel von den Ärzten. Bei uns auf der Station geben sie eigentlich alles ab, was sie können. Es macht zwar ein Arzt, wenn wir es nicht geschafft haben, oder aus anderen Gründen. Es gehört alles uns, Blutabnahme, Katheter setzen und Magensonden legen, zu hundert Prozent. Wir haben sehr, sehr viel bekommen.“ (D_DGKP)

In der täglichen Zusammenarbeit wurden routinemäßig in allen Cases Blutabnahmen und Infusionstherapie von der Pflege übernommen. Damit zeigten sich sowohl Ärztinnen und Ärzte als auch die Pflegepersonen zufrieden. Insbesondere Prozesse rund um die medizinische Behandlung erfuhren durch die Übernahme der Durchführung von standardisierten Tests und Monitoring durch die Pflege eine Optimierung. Befunde liegen dadurch den Ärztinnen und Ärzten bei der klinischen Entscheidungsfindung bereits vor.

Stationsspezifische Anforderungen stellten unter anderem die hohe Komplexität und Gefahrenneigung eines bestimmten Klientels dar, wie z. B. das Setzen von nasogastralen Sonden bei onkologischen Prozessen im Hals-, Nasen- und Ohrenbereich auf einer Hals-, Nasen- und Ohrenabteilung. Die Delegationen von Ärztinnen und Ärzten an DGKP erfolgten überwiegend schriftlich und im Einzelfall über die Fieberkurve und/oder direkt mündlich bei der Visite. Standard Operating Procedures (SOPs), wie insbesondere im GuKG gemäß § 15 Abs.4 Z 20 zur Anpassung von Schmerztherapie, Antikoagulationstherapie oder Insulintherapie angeführt, wurden ebenfalls über die Fieberkurve geregelt. Von weiteren SOPs wurde in keinem Case berichtet. Hinsichtlich der Aufnahme wurde jeweils auf Abteilungsebene geklärt, welche Berufsgruppe welche Routineaufgaben übernimmt.

4.4.2 Delegation von pflegerischen Aufgaben und Tätigkeiten

Im Bereich der pflegerischen Kernkompetenzen kommt es nicht wie bei den Kompetenzen im Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie zu einer tätigkeitsorientierten Delegation, sondern diese folgte eher allgemein den Schritten des Pflegeprozesses. Die pflegerischen Kernkompetenzen der DGKP im Bereich § 14 GuKG traten in den Delegationsvorgaben durch die Fokussierung von Tätigkeiten eher in den Hintergrund und die Auslegung der gesetzlichen Grundlagen zum § 14 GuKG erfolgte in den Cases unterschiedlich.

Die „**Mitwirkung**“ an der **Pflegeanamnese** wird in der Praxis, so die Ergebnisse der Analysen, sehr unterschiedlich interpretiert. Der Bogen, innerhalb dessen PFA miteinbezogen und in den Delegationsvorgaben berücksichtigt wurden, erstreckte sich von einer Mitwirkung bei laufenden Erhebungen bei bereits etabliertem Pflegeprozess bis zu einer kompletten Übernahme von Erstgesprächen im Rahmen einer Aufnahme. In den meisten Fällen wurde in den Delegationsvorgaben der

untersuchten Cases zwischen Erstanamnese, der Beobachtung im Verlauf und dem Re-Assessment im Rahmen des Pflegeprozesses nicht unterschieden.

Die **Durchführung der geplanten Pflegemaßnahmen** sowie die Evaluation auf Basis der Daten aus der laufenden Beobachtung wurden standardmäßig von der Delegation an die PFA umfasst, wie nachfolgend dargestellt:

„Der ganze 14er-Paragraph, also die ganze Versorgung in den ATLS [...] und da haben wir eigentlich das ganze Spektrum den Pflegefachassistentinnen abgegeben.“ (C_DGKP)

Einschränkungen werden bei instabilen Situationen getroffen. Einzelne Abteilungen haben Definitionen vorgenommen, wann es sich um eine instabile oder komplexe Situation handelt, und diese in den Delegationsvorgaben berücksichtigt.

4.4.3 Delegationsmatrix als zentrales Instrument

In den Cases, die mit einer Reorganisation und einer Umstellung in der Arbeitsorganisation einhergingen (C, D, E und F), wurden Delegationsmatrizen entwickelt, welche die Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege und auch zwischen den verschiedenen Pflegeberufen regeln. Darin wurden zu delegierende Tätigkeiten aus dem stationären Routinebetrieb erfasst, angeführt und die Zuständigkeit für deren Durchführung einer Berufsgruppe zugeordnet. Mitunter wird in der Matrix auch zwischen Rollen differenziert, etwa zwischen Durchführungsverantwortung und Anordnungsverantwortung unterschieden, manche Matrizen sind hier einfacher gestaltet. In anderen werden auch Auszubildende angeführt, differenziert nach Berufsgruppe und Ausbildungsjahr. Entsprechend handelt es sich bei diesen Instrumenten um mehr oder weniger komplexe Listen, die häufig auch Teil des EDV-gesteuerten Dokumentationssystems sind.

Zur Entwicklung und Erstellung sowie „Pilotierung“ der Delegationsmatrizen erprobten DGKP im Tag- und Nachtdienst die (möglichen) Rollen von zukünftigen PFA unter Berücksichtigung der gesetzlichen Bestimmungen. Die Delegationsmatrizen regeln einerseits die Zusammenarbeit auf den Stationen und andererseits wurde an ihnen der Grade-Mix zwischen den Pflegeberufen festgemacht. Eine DGKP drückt die Erfahrung mit der Delegationsmatrix wie folgt aus:

„Jetzt ist wirklich klar, wer was bei uns was macht. Wir haben das auch schriftlich vor Ort und wir können immer nachlesen, wenn etwas nicht klar ist, oder nachfragen. Eigentlich ist klar, wer kann was, und wir sind eigentlich sicher.“ (D_DGKP)

Ziel der Delegationsmatrizen war es, Klarheit über Zuständigkeiten im stationären Betrieb zu schaffen und die Aufgabenfelder zwischen den Pflegeberufen klar abzugrenzen.

Prinzip der maximalen Delegation

Bei der Entwicklung von Delegationsmatrizen wurde in den beobachteten Cases die Prämisse verfolgt, was rechtlich möglich ist, soll auch delegiert werden. Somit wurde in der übergreifenden Analyse der Cases das „Prinzip der maximalen Delegation“ als Maxime für den gewählten Qualifikationsmix an Pflegeassistentenberufen und DGKP identifiziert. Seitens der Führungsebene war es die Vorgabe, dass Aufgaben von der DGKP zur PFA maximal übertragen werden sollen, und sämtliche Arbeitsprozesse wurden daraufhin beleuchtet.

„Also ich muss sagen, mit der Delegationsmatrix hat man schon auch sehr klar gesehen, wieviel Prozent der Tätigkeiten kann man sozusagen einem PFA zuordnen und wieviel Prozent der Tätigkeiten bleiben tatsächlich bei den Diplomierten.“ (C_PDL)

In manchen Cases wurden die Delegationsmatrizen als „Delegationsvorgaben“ oder „Delegationsrichtlinien“ behandelt, in anderen Cases war die Handhabung auf den ersten Blick freier, es ergab sich jedoch im Zusammenhang mit den knappen Ressourcen ein Delegationsdruck für DGKP. Damit von der DGKP jene Aufgaben bewältigt werden können, die gesetzlich nur sie durchführen darf, ist es erforderlich, „alles andere“ zu delegieren.

Vor diesem Hintergrund konnte in den Cases C, D, E und F eine umfangreiche Delegation im Bereich der pflegerischen Kernkompetenzen beobachtet werden. Die DGKP hatte hier, den gesetzlichen Festlegungen aus § 14 GuKG folgend, die Pflegediagnostik und die anschließende Planung der Pflegeziele und Maßnahmen inne. Die Mitwirkung der PFA am Pflegeprozess und am Assessment wurde „maximal ausgereizt“, so die Diktion. Das fortlaufende Assessment erfolgte gänzlich durch die PFA. Mitunter wurden gewisse Kernprozesse definiert, die ausschließlich von einer DGKP übernommen werden sollen, wie z. B. Aufnahmen oder Übernahmen von der Intensivstation etc.

4.4.4 Anwendung von Delegationsvorgaben im Integrationsmodell

In den Cases A und B wurden die gesetzlich festgelegten Kompetenzen für die unterschiedlichen Berufsgruppen in der Pflege eher als Möglichkeiten zur Delegation ausgelegt, bei denen die anordnende Berufsgruppe nach Einschätzung der individuellen Situation die Delegationsentscheidung trifft. Im Vordergrund stehen bei den Delegationsentscheidungen die Einschätzung der Situation und des Gesundheitsstatus der zu behandelnden Person. Zentrale Prozesse auf den Abteilungen, wie z. B. die Aufnahme, wurden geregelt und Zuständigkeiten je nach Berufsqualifikation festgelegt.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegeberufe wurden hinsichtlich der gesetzlichen Möglichkeiten geschult. Aufgrund der speziellen Ansprüche und Vulnerabilität der Patientinnen- und Patientengruppe in den Cases A und B wurden die gesetzlich festgelegten Möglichkeiten zur Delegation von Tätigkeiten aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie nicht voll ausgeschöpft. Der ärztlichen Leitung in Case B erschien es z. B. wichtig, dass Ärztinnen und Ärzte

eine gewisse Routine in der Durchführung von Tätigkeiten, wie des Legens von transurethralen Kathetern bei Männern, gewinnen. Da diese Tätigkeiten im stationären Routinebetrieb nicht sehr oft vorkommen, könnte die Fertigkeit nicht dementsprechend erlernt werden. Blutabnahmen und Infusionsmanagement wurden standardmäßig von den jeweiligen Pflegeberufen übernommen, werden aber auch in Absprache vom ärztlichen Personal übernommen, wenn es sich während einer Handlung als sinnvoll herausstellt. Die Delegation erfolgte in den Cases A und B eher in Form von mündlichen Absprachen während der Zusammenarbeit.

„Es gibt keine standardisierte Delegationskette. Es gibt in der Praxis sehr engagierte Pflegepersonen, die gerne stechen würden, und dann sagt man: ‚Na sicher, mach das.‘ Meistens ist hierzu die Delegation ein mündliches Absprechen.“ (A_Medizin)

Im Bereich der pflegerischen Kernkompetenzen delegierten DGKP überwiegend nach Einschätzung der Patientinnen und Patienten und nach Beurteilung der Pflegesituation an PFA und PA. Dementsprechend kam es eher zu einer fallbezogenen Delegation und die Pflegeassistentenberufe arbeiteten eher assistierend. Entscheidungen über die Delegation variierten einerseits aufgrund der Situation, aber auch zwischen den einzelnen DGKP und ihrer Beurteilung der Situation oder aber ihrem jeweiligen Berufsverständnis.

4.5 Die Berufsbilder, Rollen und Funktionen

Die bereits skizzierten Entwicklungen gehen auch mit einer Neudefinition der Rollen in der pflegerischen Versorgung einher. Die Neudefinition der Rollen orientierte sich überwiegend an den Tätigkeiten, welche die jeweilige Pflegeberufsgruppe in der stationären Versorgung im Zuge der neu geschaffenen Arbeitsorganisation übernahm. Die Rollen waren an unterschiedliche Erwartungen gebunden, welche je nach Funktion das praktische Tun beeinflussten. Dabei nahmen die Angehörigen der GuK-Berufe in ihrer Praxis unterschiedliche Rollen ein und wechselten zwischen diesen je nach Situation und Anforderung. Die nachfolgenden Ergebnisse stellen eine Exploration bestimmender Daten aus den Cases zur Rollenentwicklungen dar.

4.5.1 DGKP in neuen Rollen

Charakteristisch war für alle Pilotprojekte, dass für die DGKP eine „neue Funktion“ definiert wurde, nämlich jene, „Gesamtverantwortung zu haben“. Daran waren unterschiedliche Rollen(erwartungen) geknüpft. Die Übernahme von Verantwortung gab es freilich bereits vor Umsetzung der Bestimmungen der GuKG-Novelle 2016, die Betonung liegt daher auf dem Aspekt der „Gesamtverantwortung“. Im folgenden Kapitel wird daher der Fokus darauf gelegt, welche Erwartungen daran geknüpft wurden und wie sich die Ausübung der Rolle in den Pilotprojekten in der Praxis dargestellt hat. Ergänzende Rollen, die von DGKP wahrgenommen wurden, sind im zweiten Abschnitt deskriptiv angeführt, da sich diese oft nicht trennscharf voneinander unterschieden haben.

Erwartungen an die Rollen der DGKP

Seitens der Pflegedienstleitungen und **Abteilungsleitungen** wurde mit der Gesamtverantwortung die Koordination und Steuerung der stationären Abläufe verbunden. Die DGKP soll in dieser Funktion die Leistungen der stationären Versorgung koordinieren. Dies umfasste das Delegieren von Aufgaben und die Durchführung jener Aufgaben, die nicht delegierbar sind.

Die **PFA** äußerten durchwegs Erwartungen in die Richtung, dass DGKP so delegieren, dass PFA ihren Kompetenzbereich vielfältig und umfassend ausschöpfen können (siehe Abschnitt 4.2).

Aus Sicht des **ärztlichen Personals** hat die DGKP die Letztverantwortung für die ordnungsgemäße Durchführung ärztlicher Anordnungen und den funktionierenden, reibungslosen Ablauf stationärer Prozesse. Dies umfasst ebenfalls die Delegation an die jeweiligen Berufsgruppen unter Beachtung auf die gesetzlichen Anforderungen.

Trägerin/Träger der Gesamtverantwortung

Für die neue Rolle wurden in den Cases unterschiedliche Bezeichnungen verwendet, z. B. Teamleaderin/Teamleader, Fachführung, Fallführung u. a.

Bei Übernahme der Verantwortung für eine große Anzahl an Patientinnen und Patienten¹³ wird eine Schwerpunktsetzung auf wenige instabile und komplexe Patientinnen und Patienten erforderlich. Die Versorgung stabiler und oft als „leichter“ bezeichnete Patientinnen und Patienten wird delegiert. Der nachfolgende Dialog zwischen DGKP zeigt auf, was es für diese bedeutet, die Verantwortung unter den o. g. Umständen zu übernehmen:

„TN 1: Das ist ein Name auf dem Zettel. Man hat ihn vielleicht gar nicht gesehen oder länger mit ihm gesprochen. Bei der Dienstübergabe übergibt man Sachen, die man vom Beidienst, also von den Hilfen, bekommt. Die man dann selber gar nicht mehr hundertprozentig ...

TN 2: ... Also stabile oder mobile Patienten gehen total unter. Die sehe ich im Schnitt vielleicht einmal kurz zum „Hallo“ Sagen.

TN 3: ...oder wenn sie vorbeigehen.

TN 2: ... oder wenn sie vorbeigehen und etwas brauchen oder kurz etwas fragen. Du hast von den 25 Patienten eher den Fokus auf die instabileren Patienten. Die gehören dir als Diplomiertem. Du hast deinen Arbeitsbereich sehr eng gehalten auf ein paar Patienten, bei denen du mehr bist. Bei dem Rest musst du dich auf die Assistenten verlassen.“ (D_DGKP)

¹³

Wie in Kap. 4.2.3 dargestellt, konnte dies bis zu 28 Patientinnen und Patienten umfassen.

Es gilt durchaus zu unterscheiden, wie viele und welche Spielräume für eine DGKP bestehen, solche (Delegations-)Entscheidungen zu treffen. In Kapitel 3 konnten hier durchaus Unterschiede zwischen den Cases in Abhängigkeit von den Zielen und Intentionen der Projekte, und allen voran den verfügbaren Ressourcen, beobachtet werden.

Erfahrung und Umgang mit Belastung

Im Falle zu knapper Personalausstattung bzw. zu hoher Fallzahlen pro DGKP bzw. in einem Regime „maximaler Delegationsvorgabe“ besteht die Gefahr, dass die fachliche Einschätzung in den Hintergrund gerät. Wo maximale Delegation „zur Norm“ wird, können Überlastungserscheinungen leicht als individualisiertes Problem betrachtet werden:

„Nein, die, die nicht abgeben wollen, machen sich eh selber das Arbeiten schwer. Das betrifft uns dann eigentlich nicht.“ (E_DGKP)

In der o. g. Logik wären DGKP eben selbst „schuld“, wenn bzw. weil sie nicht alle Möglichkeiten zur Delegation entsprechend der Vorgaben ausschöpfen.

In den Fokusgruppen oder Interviews wurde erwähnt, dass überwiegend **ältere oder erfahrene DGKP Schwierigkeiten mit dieser Arbeitsweise** hätten. Aber auch DGKP kurz nach Abschluss der Ausbildung beschrieben, dass die Übernahme von Verantwortung für eine große Anzahl von Patientinnen und Patienten schwierig wäre. Einige DGKP berichteten in den Fokusgruppen wiederum, dass sie bereits in der Bachelorausbildung auf die neue Rolle vorbereitet worden waren, die mit der Übernahme der Verantwortung bei gleichzeitig verringerter direkter Durchführung von Pflege einhergehe:

„Bei mir war das schon so, in der Ausbildung wurden wir schon auf die neue Berufsgruppe vorbereitet. Als Junger wurde ich ja schon in diese Richtung hin gedrillt. Ich frage mich aber schon: ‚Warum gehe ich jetzt eigentlich weiter weg vom Bett?‘ Das ist meine persönliche Meinung dazu. Mir fehlt schon ein wenig, dass ich einen Teil der Pflege verloren habe. Natürlich andere Bereiche bekomme und mich jetzt auf andere mehr verlassen muss. Oft kann es ja sein, dass ich den Patienten nicht mal gesehen habe.“ (D_DGKP)

Durchaus könnten sich in den Daten auch unterschiedliche Schwerpunkte in Curricula der Ausbildungen an FH abbilden, abgesehen von individuellen Faktoren der jeweiligen Personen.

Eine DGKP beschrieb, durch die neue Arbeitsweise nun nach dem Dienst zu Hause von den Überlegungen begleitet zu werden, „was man alles vergessen hat.“ Eine ältere und sehr erfahrene DGKP drückte die Veränderung durch die Übernahme von Verantwortung für eine große Gruppe an Patientinnen und Patienten so aus, dass Flexibilität und Priorisierung einfach erforderlich wären, um die Anforderungen zu schaffen.

„Du musst sehr flexibel sein und immer Priorität setzen und irgendwann wird die Arbeit fertig. Es ist so vorgegeben. Sicher ist es leichter, wenn wir die Verantwortung teilen können und wir beide Diplomiertere

sind. Jetzt ist das nicht der Fall. Im Nachtdienst, wenn die Station voll ist, habe ich für 28 die Verantwortung.“ (D_DGKP)

In den untersuchten Cases zeigten die DGKP große Ambitionen, die Erwartungen an die Gesamtverantwortung für viele Patientinnen und Patienten unter der vorgegebenen Personalausstattung zu meistern und dafür auch an die Grenzen der Belastbarkeit zu gehen. Dazu gibt es unter den Führungskräften sehr unterschiedliche Einschätzungen, kritische Stimmen waren durchaus auch zu finden, wie die folgende:

„Es ist schwierig, sage ich mal, wir sind eine Akutstation, wo man sehr viele akutchirurgische Patienten hat, auch unsere Intensivstation hat nur begrenzt Betten, das bedeutet, es kommen viele Patienten direkt nach dem OP zu uns, die früher nicht so gekommen wären, also wir sind wirklich an der Decke, an unseren Grenzen. Das ist immer wieder Thema bei uns, weil das die Pflegepersonen immer wieder dasselbe äußern bei uns, dass es zur Überforderung kommt bei uns.“ (F_AL)

Auch von ärztlicher Seite wurde in manchen Cases problematisiert, dass die **Grenzen der Belastbarkeit** von DGKP in den Pilotprojekten ausgelotet würden:

„[...] und ich weiß jetzt nicht, ob das eine gute Idee ist, die Pflegepersonen an die Grenzen gehen zu lassen. Und ich habe das Gefühl, ohne dass ich mich jetzt klammer oder so, ich von außen hab das Gefühl, sie gehen massiv an die Grenzen. Man muss sich das vorstellen, es sind 19 schwer kranke Patienten und eine Diplom-Pflegeperson.“ (C_MED)

Planen und Steuern

Um die Rollenerwartungen zu erfüllen, mussten DGKP Arbeiten abgeben, die vor allem Aufgaben aus dem Bereich der pflegerischen Kernkompetenzen lt. § 14 GuKG betrafen. Das Steuern von Prozessen wird als Kernaufgabe der DGKP gesehen. Die Informationen, die sie für die Planung und Evaluierung der Pflege benötigt, bekommt sie von den PFA.

„Sie [DGKP] bekommt die Information eigentlich nur von mir [PFA]. Sie muss sich auf mich verlassen, weil sie hat nicht die Zeit, dass sie die Patienten wirklich betreut. Weil für 25 Patienten an einem Tag zu betreuen, das ist unmöglich.“ (D_PFA)

Planung und Durchführung von Pflege wurden voneinander getrennt und die DGKP nahm im neuen Rollenverständnis die Verantwortung für die Planung von Pflege ein. Die Durchführung der Pflege wird zum größten Teil an die Pflegeassistentenberufe delegiert. In den untersuchten Cases übernahmen die DGKP überwiegend Erst- und/oder Aufnahme-Assessments, aber nicht das fortlaufende Assessment, wodurch die Evaluation auf Basis der Daten der PFA durchgeführt wurde und die fortlaufende Dokumentation im Bericht vorrangig durch die PFA erfolgte. Alle Aufgaben, die im GuKG § 14 nicht mit der Planung und Diagnostik bzw. der Steuerung des Pflegeprozesses zu tun hatten, wurden überwiegend an die Pflegeassistentenberufe delegiert, um Spielraum im Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie zu gewinnen. Die umfassende Delegation im Bereich des § 14 GuKG ging mit einem geringeren direkten und vor allem kontinuierlichen Kontakt zu Patientinnen und Patienten einher.

„Also ich mache den Pflegeprozess und die Planung, also ich mache quasi die Anordnungen, und die Durchführung ist dann quasi zu neunzig Prozent bei PFA und PA.“ (E_DGKP)

Durch die Trennung von Planung und Durchführung können Pflegemaßnahmen nicht so einfach individuell an die Erfordernisse der Patientinnen und Patienten angepasst werden, ebenso stellen sich für das Einbeziehen von Patientinnen/Patienten in den Prozess neue Hürden.

Sicherstellung des reibungslosen Ablaufs im stationären Betrieb

Eines der Ziele, an die die Erwartungen an die DGKP geknüpft wurden, war die Sicherstellung eines reibungslosen Ablaufs im stationären Betrieb. Dies wurde unter anderem von der pflegerischen Leitungsebene kommuniziert, aber insbesondere von ärztlicher Seite. Darunter wurde der störungsfreie Ablauf von medizinischen Prozessen und Behandlungsregimen verstanden, die in einer akutstationären Versorgung auftreten.

„Es gibt einen Letztverantwortlichen, und das ist ein DGKP, und der geht auch bei der Visite mit, und der ist meine Ansprechperson.“ (C_Medizin)

Übernahme von Routineaufgaben aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie

Des Weiteren übernahmen DGKP große Anteile von Routinetätigkeiten aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie. Dabei werden von den DGKP vorrangig jene Aufgaben übernommen, für die ausschließlich sie per Gesetz legitimiert sind. Die Weiterdelegation von Tätigkeiten, die gemäß §§ 83 und 83a GuKG von Pflegeassistentenberufen durchgeführt werden dürfen, erfolgt durch die DGKP. Die Übernahme der stationären Routinetätigkeiten aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie beansprucht die größten Zeitressourcen im Dienst einer DGKP und prägt den Tagesablauf.

„Wir sind auch eine akute Versorgungsabteilung. Man muss die Patienten mit Infusionen versorgen wie am Fließband. Ich muss die Runde von Zimmer 1 bis 8 schnell, schnell erledigen, man muss das in einem gewissen Zeitraum erledigt haben, denn dann kommt schon die Visite, dann kommen die Aufnahmen und die Patienten aus dem OP zurück.“ (D_DGKP)

Die DGKP übernahmen die Aufgaben aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie gern und merkten auch an, dass sie diese als ihren Kompetenzbereich ansehen. Der Aufgabenbereich wird von den Pflegeberufen als Aufwertung wahrgenommen. Insbesondere bei Tätigkeiten in Zusammenhang mit der Pflegediagnostik wurden diese als Maßnahmen der „speziellen Pflege“ angesehen. Als „störend“ wurde bezeichnet, dass diese Tätigkeiten in der Mitwirkung und nicht im eigenen Kompetenzbereich erfolgen, wie im folgenden Zitat:

„Ich finde schon, dass viele Tätigkeiten, die wir machen und übernehmen, von ärztlicher Seite sind. Ich sage so, prinzipiell habe ich kein Problem damit. Womit ich ein Problem habe, ist, wenn etwas von Arzt auf Pflege geht, dass es immer nur delegierte Tätigkeiten sind, und die Kompetenzen wollen sie sich selber behalten.“ (E_DGKP)

Eine Folge ist, dass DGKP überwiegend damit beschäftigt sind, sämtliche Tätigkeiten, die im Rahmen der ärztlichen Delegation gemäß GuKG § 15 anfielen und nicht von der PFA gemäß § 83a GuKG übernommen werden konnten, wie z. B. das Anhängen von Infusionen oder das Anstechen von zentralen Zugängen (Port a cath), „abzuarbeiten“. Durch die Durchführung von funktionellen Aufgaben aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie kam es eher zu einem punktuellen Kontakt zu den Patientinnen und Patienten, und der gesamte Arbeitsprozess wurde von den DGKP als funktioneller beschrieben, was zum Teil als Widerspruch zur Übernahme der Gesamtverantwortung gesehen wurde (siehe auch Ausführungen zur Arbeitsorganisation in Abschnitt 4.1).

4.5.2 Weitere Rollen der DGKP

Zur Erfüllung der Aufgaben nimmt die DGKP die Funktion als „Dreh- und Angelpunkt“ für die Kommunikation auf der Station ein und sie fungiert als **Ansprechperson** für Ärztinnen und Ärzte sowie für andere Gesundheitsberufe.

In der täglichen Praxis hatte dies zur Folge, dass Delegation von ärztlichen Tätigkeiten ausschließlich über die DGKP erfolgte, welche in Folge über deren Weiterdelegation entschieden oder die übertragenen Tätigkeiten selbst durchführten. Sie holten Informationen von den Pflegeassistenzberufen aus der direkten Durchführung von Pflegemaßnahmen ein und besprachen diese im Anlassfall mit den Ärztinnen und Ärzten. Der Informationsfluss rund um die Patientinnen und Patienten konnte durch diese Kommunikationswege aufrechterhalten bzw. gesteuert werden. Dabei war die DGKP in den überwiegenden Fällen nicht direkte Ansprechperson für die Patientinnen und Patienten. Dies hat – wie die Daten deutlich zeigen – die PFA übernommen:

„Der gehobene Dienst ist sicher weniger beim Patienten, mehr in der Planung natürlich, in der Dokumentation, und, ja, man hat einfach die Gesamtverantwortung für 24 Patienten. [...] Und, ja, die Rolle vom gehobenen Dienst, es wird sehr, sehr viel kommuniziert, sie holt sich sehr viel Feedback von den Pflegefachassistenten. Delegation ist eine ganz eine große Rolle, auch ein ganz ein großes Thema, ja, auch bisschen der Kontrolleur, kann man jetzt nicht sagen, je nach Vertrauensbasis natürlich zu den Pflegefachassistenten, aber es werden natürlich Stichproben gemacht oder noch einmal zum Patienten dann reingegangen, kurz gefragt, wie es geht, aber es ist einfach zeitlich dann beschränkt, also man tut dann die Prioritäten setzen und ist halt eher außerhalb vom Patientenzimmer.“ (C_AL)

Die DGKP koordinierte gemeinsam mit den therapeutischen Gesundheitsberufen die Termine für Therapien sowie die Einbettung in den stationären Ablauf.

„Prinzipiell ist es so, dass sich der Teamleader mit seinem Team, also je nachdem, mit seinen ein bis zwei Leuten zusammensetzt und bespricht, wer [Patient] früher fertig sein soll, weil Untersuchungen oder die Entlassung anstehen. Da wird eingeteilt, wer wen pflegt. Das ist einmal die Grunddelegation. Grundsätzlich ist die Hauptdelegation in der Früh nach der Dienstübergabe, wo der Teamleader einteilt, wer was macht.“ (D_AL)

Die Koordination umfasste auch die **Verteilung** und **Delegation der Aufgaben**, die in einer Schicht entsprechend der Delegationsvorgaben anfielen. Dies erforderte von den DGKP viele Überlegungen im Hintergrund, wie in den Daten zum Ausdruck kam. Die Weiterdelegation und Delegation von Aufgaben bedarf der Berücksichtigung der Situation der Patientinnen bzw. Patienten, zu der sich die DGKP ein Bild einholen musste, was jedoch aufgrund der Priorität und des reduzierten bzw. punktuellen Patientenkontaktes oft nur schwer möglich war.

„Wenn ich eine OP übernehme und schaue mir den Patienten an und sage: ‚Bitte die Leitungen einwickeln‘, schaue kurz auf den Verband und mache mir ein Bild, und den ganzen Rest, wie Vitalzeichen und den Patienten richten, machen dann die anderen und ich gehe raus. Ich sage an, was ich gerne hätte und mache mir einen Eindruck vom Patienten, und wenn ich den als stabil empfinde, übergebe ich das weiter. Ich gehe dann zum Computer und plane das ein und kann mich darauf verlassen, dass das dann erledigt ist. Es gibt auch Zimmer, in denen ich nicht einmal drinnen war am Nachmittag.“ (E_DGKP)

„Früher durfte jeder alles machen und jeder hatte die gleiche Verantwortung gehabt. Jetzt ist das nicht mehr der Fall. Man muss im Hintergrund immer diese Kernkompetenz und die Mitverantwortung im ärztlichen Bereich mitdenken. Gleichzeitig müssen wir das in unserem Kopf ganz schnell umstellen. Letztendlich liegt die Verantwortung als Teamleader bei der diplomierten Person.“ (D_DGKP)

Die Koordination der Aufgaben ging für die DGKP auch mit der Fragestellung einher, was sie selbst mit den vorhandenen Zeitressourcen durchführen kann und welche Aufgaben sie abgeben muss. Dabei berichteten DGKP, dass es zu Situationen kam, in denen sie aus fachlicher Sicht nicht delegieren würden, dies aber aus zeitlichen Gründen erforderlich ist.

„PFA gehen durch, es geht sich meistens aus am Nachmittag, dass ein bisschen Zeit ist, fragen, wie es ihnen geht, dann können sie Fragen stellen, geht sich nicht immer aus.“ (C_DGKP)

Die interviewten DGKP beschrieben es als herausfordernd, allein die Verantwortung zu tragen und sich nicht mit anderen DGKP austauschen zu können. Bei fachlichen Fragen im Pflorgeteam ist die DGKP die **intraprofessionelle Ansprechperson** und steht bei aktuellen Fragen in der Versorgung zur Verfügung.

Die DGKP ist im stationären Alltag auch **Ansprechperson für Angehörige** und informiert diese über den aktuellen Gesundheitszustand, insbesondere in Zeiten der Covid-19-Pandemie. Dies umfasste während der Pandemie die Abstimmung und Koordination von Besuchen bzw. Ermöglichung von Kontakten zur Familie bzw. zu Angehörigen.

In der **Reflexion der Rolle als Koordinatorin/Koordinator** beschrieben die DGKP, dass sie viel mehr Arbeit am Computer verrichten und organisieren würden als früher. Diese Entwicklung wurde auch von den Ärztinnen und Ärzten mit Besorgnis wahrgenommen, denn die eigentliche Fachkompetenz liege in der Pflege und nicht in der Organisation. Auch DGKP hinterfragten diese Entwicklung kritisch, die eigentliche Kernkompetenz nicht ausleben zu können. Berufsanfängerinnen/Berufsanfänger zeigten sich fallweise besorgt, ob Expertisen überhaupt entwickelt werden könnten, da sich aufgrund der reduzierten Kontakte zu Patientinnen und Patienten auch weniger Bildungs- und Lernpotenziale ergäben.

„Die Kernkompetenz sehe ich darin, dass die Schwestern [DGKP] täglich Kontakt mit den Patienten haben, die oft viel länger und besser sehen als wir Ärzte bei der Visite und ihnen dadurch Veränderungen im Allgemeinzustand und bei lokalen Befunden oft stärker auffallen, und das ist auch so gedacht, denn sie sind näher dran am Patienten als wir. Ich verlasse mich da schon sehr auf eine Schwester, die sagt: ‚Du, schau dir den mal an, der gefällt mir nicht!‘ oder: ‚Schau dir das mal an, das hat sich verändert von gestern auf heute, ist das mehr geschwollen?‘“ (D_Medizin)

„Nichts ersetzt das eigene Handanlegen. Man kann sich selbst ins Out stellen, irgendwann wird das auf-fliegen, dass man selbst gar keine Erfahrung mehr hat. Dann hat, irgendwann hat die PFA mehr Erfahrung, Veränderungen zu erkennen, ja, und mehr Bildungspotenzial, weil sie einfach am Patienten arbeiten, und da muss man schon vorsichtig sein.“ (F_Medizin)

Andererseits empfanden einzelne DGKP es mitunter auch als Erleichterung, die Koordination durchführen zu können und nicht direkt mit den Patientinnen und Patienten arbeiten zu müssen. Einigkeit herrschte fallübergreifend unter den DGKP, dass bei instabilen oder komplexen Situationen jedenfalls von einer möglichen Delegation abgerückt wird.

Fragen zu den weiteren **pflegerischen Kernkompetenzen nach § 14 GuKG** und den möglichen Handlungsfeldern auf den Abteilungen ergaben, dass im stationären Kontext diese Aspekte noch kaum reflektiert werden. Eine Ausnahme stellten lediglich **Beratung und Schulung zu speziellen Pflege-themen** dar. Hierfür sahen sich die DGKP aufgrund ihrer Expertise verantwortlich. Die konkrete Umsetzung wurde aber stark von den jeweils freien Zeitressourcen abhängig gemacht:

„Wenn ich nur eine Aufnahme habe, dann hab ich genug Zeit, sonst weniger.“ (C_DGKP)

Beratung, Schulung und Gespräche werden jedoch weggelassen, wenn die zeitlichen Ressourcen nicht ausreichen.

„Man würde sich manchmal gerne zum Patienten setzen und ihm Sachen erklären. Aber wenn man weiß, im Hinterkopf habe ich noch das und das, dann sagt man oft: ‚Jetzt habe ich keine Zeit für ein Gespräch‘, und unterbricht den Patienten oft sogar und sagt: ‚Ich muss jetzt weiter.‘ Eigentlich weiß man aber, ich sollte mich jetzt hinsetzen und dem Patienten das erklären und ein Gespräch führen, wie es eben zu unseren Aufgaben gehört. Das sind Sachen, die zu kurz kommen.“ (D_DGKP)

Zudem hätte sich auch das Potenzial an Kolleginnen und Kollegen, die beraten können, durch den verringerten Anteil an DGKP im Team reduziert.

Der Einsatz von weiterqualifizierten DGKP im Sinne einer **Advanced Nursing Practice (ANP)** wurde in einem Case als wichtiger Schritt in der Entwicklung von Expertinnen und Experten im Praxisfeld gesehen und somit auch als Baustein in der Implementierung der GuKG-Novelle 2016. In anderen Cases gab es konkrete Pläne zur Implementierung von ANP mit dem Ziel, dass diese Rolle die Lücken im Bereich der spezifischen Pflege von besonderen Gruppen schließen sollte. Für DGKP würde das eine attraktive Karriereperspektive darstellen, so berichtete eine Teilnehmerin einer Fokusgruppe aus eigener Erfahrung.

Resümierend lässt sich sagen, dass hinsichtlich der Zuständigkeit für instabile und komplexe Situationen aufgrund der vorhandenen Expertisen der DGKP breiter Konsens bestand. Es stellte sich jedoch als herausfordernd dar, für die „interessanten“ Fälle, wie es eine DGKP ausdrückte, verantwortlich zu sein. Deutliche Divergenzen zeigten sich hinsichtlich der Definition von instabilen und komplexen Situationen. Auf Grundlage der Interviewdaten scheint sich die Einschätzung von „stabil“ und „instabil“ oder „komplex“ auf einer individuellen, von der DGKP in den jeweiligen Situationen getroffenen fachlichen Urteilsbildung zu begründen, die viel Expertise und Erfahrung erfordert. Die Expertise in den pflegerischen Kernkompetenzen selbst, wie z. B. zum Realitätsorientierungstraining, nimmt den Schilderungen der DGKP zufolge jedoch eher eine untergeordnete Rolle ein und kam in den Erhebungen nur dann zum Ausdruck, wenn gezielt danach gefragt wurde. Vielmehr lag ein starker Fokus der Expertise von DGKP im Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie, wodurch sie sich wohl auch von den Assistenzberufen abgrenzten, da hier auch einige Vorbehaltstätigkeiten für DGKP enthalten sind.

Entwicklung der Führungsrollen

Eine Konsequenz aus der Entwicklung der Rolle der DGKP im Sinne einer/eines „Hauptverantwortlichen“ ist auch ein anderes Anforderungsprofil für die Stationsleitungen. Hier unterschieden sich die Modelle dahingehend, ob dies im Rahmen der Modellvorhaben auch aktiv gestaltet wurde oder nicht. Im Reorganisationsmodell, wo z. B. auch Einheiten zusammengelegt wurden, ergab sich durch größere Führungsspannen auch ein höherer Aufwand für Personalmanagement [C] oder es wurden z. B. abteilungsübergreifende Stabsstellen geschaffen oder Aufgaben, wie z. B. Praxisanleitung, oder ergänzende Einheiten den Führungskräften des basalen und mittleren Managements zugeordnet [D].

Am Beispiel der Visite lassen sich Erfahrungen rund um diese Veränderungen gut beschreiben. So deuteten DGKP in einem Case an, dass die Stationsleitung in der traditionellen Rolle verblieben war und selbstverständlich die Visite übernimmt, was ihnen erschwerte, von den Ärztinnen und Ärzten in ihrer neuen Rolle als Hauptverantwortliche wahrgenommen zu werden.

Kontrastierend dazu lässt sich ein Beispiel aus einem Case anführen, wo die Rolle der Stationsleitung explizit abseits des Versorgungsgeschehens konzipiert worden ist, diese jedoch „aushilft“, wenn die verantwortliche DGKP aufgrund von Personalengpässen entlastet werden muss.

„Meine Rolle, ich bin sehr stark in der Beobachtung, nach wie vor, wie wir das Projekt gestartet haben eigentlich schon sehr in der Beobachtung gewesen und jetzt noch immer. Wenn es Defizite noch gibt bei den Mitarbeitern, versuchen wir, dass wir die herausfiltern und auch mitnehmen. Bin nach wie vor immer wieder, wenn es brenzlich werden würde, in der Pflege mit inbegriffen, also mein Büro ist gleich, grenzt an die Station, und ich bin dann wirklich da, wenn die Fachführung sagt: ‚Heute ist so viel los, heute ist es zu viel‘, dann gebe ich natürlich Unterstützung.“ (C_AL)

Das Zitat veranschaulicht zudem, dass die Stationsleitungen als „Change Agents“ eine zentrale und maßgebliche Rolle bei der Durchführung der Pilotprojekte innehatten, insbesondere in jenen Cases, wo eine umfassende Reorganisation erfolgte.

4.5.3 PFA: Berufsbild und –rolle in der Praxis

Aus den gewonnenen Daten im Rahmen der Case Studies lässt sich der Schluss ziehen, dass PFA im akutstationären Setting eine typische Assistenzrolle einnehmen. Sie unterstützen in erster Linie Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege in der akutstationären Versorgung von Patientinnen und Patienten. Im Unterschied zu PA erscheinen sie prädestiniert dafür, in Abstimmung mit den DGKP eigenverantwortlich Pflegeleistungen zu erbringen.

Die Rollenentwicklung der PFA war einerseits an die **Erwartungen** geknüpft, die an sie gestellt wurden, und andererseits beeinflusst von dem Grade-Mix, in dem sie eingesetzt wurden. In den vorliegenden Daten konnten unterschiedliche Erwartungshaltungen an die Berufsgruppe der PFA seitens der Führungsebene festgemacht werden. Diese erstreckten sich vom maximalen Einsatz vorhandener Kompetenzen über die qualifizierte Assistenz, die „Grundpflege“ und Patientenbeobachtung in hoher Eigenverantwortung durchführt, bis hin zur Übernahme einzelner Funktionsdienste aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie, wie z. B. Assistenz im Verbandszimmer.

Je nach Grade-Mix wurde von der PFA seitens der Führungskraft mehr oder weniger Flexibilität in der Übernahme von Aufgaben aus dem Bereich der PA und DGKP erwartet. Als Teil des Pflgeteams übernahm die PFA in den untersuchten Cases **Aufgaben von den PA**, wie z. B. die Aufbereitung von Medizinprodukten und Heilbehelfen ebenso wie die Vor- und Nachbereitung von Materialien zur Durchführung von Untersuchungen und Therapien, die nicht von der Pflegeassistenz an das Patientenservice übertragen werden konnten.

Zusätzlich übernahm die PFA jene Aufgaben, die aus den pflegerischen Kernkompetenzen der DGKP gemäß § 14 GuKG gemäß § 83 Abs. 2 und § 83a Abs. 1 Z1 GuKG an sie übertragen werden, und wirkte bei **Assessments** mit. Das Ausmaß variierte zwischen den Cases, den Abteilungen und war fallweise auch von der delegierenden DGKP abhängig. So kam es z. B. in einem Case zur Übernahme von Erstassessments durch die PFA bei sogenannten Routineaufnahmen, in einem weiteren Case war dies nach Einzelfalldelegation der DGKP möglich, während in zwei anderen Cases das Erstassessment grundsätzlich nur von DGKP durchgeführt wurde. Die anschließende Pflegediagnostik und Planung wurden von der DGKP übernommen und die Aufgabe der PFA war es, hierzu Informationen und Daten aus der direkten Versorgung der Patientinnen/Patienten beizusteuern. Die Adaptierung der Planung bzw. die Evaluation übernahm im Anschluss die DGKP in Rücksprache mit der PFA. Der Durchführungsnachweis in der **Dokumentation** sowie das Schreiben des Pflegeberichts zur fortlaufenden Beobachtung erfolgte durch die PFA selbst.

Die PFA übernahm im stationären Alltag die gesetzlich festgelegten Tätigkeiten zur Unterstützung bei der medizinischen Diagnostik und Therapie gemäß §§ 83 und 83a GuKG. Dabei erfolgte die **Unterstützung** von **Ärztinnen/Ärzten** vor allem **indirekt**. Die Delegation von diagnostischen und therapeutischen Tätigkeiten an die PFA erfolgte überwiegend über die DGKP. Die Einbindung in die Kernprozesse auf der Station fand ebenfalls über die DGKP statt. Im Delegationsprozess der untersuchten Cases wurde deutlich, dass sich PFA in ihrer Rolle aktiv abgrenzen müssen. Gegenüber anderen Gesundheitsberufen oblag es ihnen, sich als PFA zu erkennen zu geben und ggf.

Tätigkeiten, die an sie delegiert werden, aber ihren Kompetenzbereich überschreiten, an den gehobenen Dienst weiterzuleiten. Auch seitens der DGKP wurde durchgängig angemerkt, dass die PFA „weiß, was sie darf und nicht darf“.

Die PFA erlebten sich selbst als **wichtige Teammitglieder**, die vor allem die DGKP bei der Bewältigung der Aufgaben für die stationäre Versorgung unterstützten. Nach der Besprechung zu Dienstbeginn übernahmen die PFA viele Routineaufgaben im Stationsalltag und arbeiteten dabei sehr selbstständig, wie im folgenden Zitat sichtbar wird:

„Wir beginnen in der Früh mit der Vitalzeichen-Kontrolle, Blutzuckermessung, OP-Vorbereitung. Sprich, wenn der Patient zur OP abgeholt wird, müssen wir ihn vorbereiten. Dann wird uns vom Teamleader die OP-Vorbereitung delegiert, auch medikamentöse Anästhesievorbereitung durchzuführen und den Patienten auch über das folgende Prozedere aufklären. Postoperative Versorgung bleibt uns die Beobachtung der Vitalparameter, das bleibt uns, inkl. Rückmeldung. Infusionen abhängen und durchspülen ist auch unsere Aufgabe. Venflon entfernen und Verbandwechseln machen wir eigentlich auch. Medikamente in der Früh austeilen und verabreichen sie auch über die PEG-Sonde. In der Früh wird alles abgesprochen mit unserem Teamleader und wir den Tagesablauf wissen, was wir zu tun haben.“ (D_PFA)

„Teilweise sehen wir uns dann am Nachmittag wieder und fragen uns dann gegenseitig, was passiert ist. Sie übergeben dann an uns weiter, was bei der Visite besprochen wurde. Ja, es ist aber auch tagesabhängig. Meistens ist es so, dass wir pflegerisch sind und die Diplomierten medizinisch.“ (D_PFA)

Die PFA erlebten die **Ausschöpfung der Kompetenzen** als Aufwertung und Wertschätzung ihrer Person. Das „Helfen-Können“ wurde mit der Entlastung der DGKP assoziiert und auch damit, dass sie sich selbst als wirksam erlebten und dass durch sie die stationäre Versorgung der Patientinnen und Patienten aufrechterhalten werden konnte.

„Ich sehe es für die Zukunft, dass die PFA die rechte Hand der Diplomierten wird und sie in den Tätigkeiten viel unterstützen wird. Bis jetzt haben wir es so, dass tagsüber zwei DGKP Minimum im Dienst sind. Also jeder Diplomierte hat einen Bereich. Das wird aber sicher in Zukunft nicht so bleiben. Wenn eine DGKP für die ganze Station zuständig ist, kann ich viel unterstützen. Mit den speziellen Maßnahmen und Tätigkeiten, die wir als PFA im Haus machen dürfen und die PA eben nicht. Wir hatten schon mal so einen Dienst, wo nur ein Diplomierter aufgrund von Krankenständen auf der Station war und zwei PFA. Der Diplomierte war nur noch drinnen und wir haben draußen alles managen müssen. Da haben wir schon gut helfen können.“ (B_PFA)

Das **Erleben von Grenzen** in den Kompetenzen durch die Gesetzgebung wurde von den PFA in den untersuchten Cases als herausfordernd beschrieben. In den Diensten waren sie mit einer hohen Arbeitslast konfrontiert. Die PFA diskutierten in den Fokusgruppen über die Versuchung, Tätigkeiten zur Bewältigung der Arbeitslast durchzuführen, für die man gesetzlich nicht legitimiert ist. Ein Zusammenhang zwischen dem Drang, „dann doch hinzugreifen“, und der Verfügbarkeit von DGKP und deren Stressniveau konnte beobachtet werden. Diese Diskussionen traten in den Cases mit Add-on-Einsatz der PFA oder im Fall mit ausschließlich Einzelfalldelegationen durch die DGKP nicht auf.

Eine „**Übernahme**“ einer definierten Patientengruppe durch PFA gab es in zwei Cases, wobei darauf geachtet wurde, dass die DGKP der anderen Gruppe als Ansprechperson verfügbar war. Die PFA erlebten das als Wertschätzung und arbeiteten eigenständig. DGKP und Abteilungsleitungen merken an, dass nur durch diese eigenständige Arbeitsweise der PFA die Routineversorgung der Patientinnen/Patienten gewährleistet sei.

„Bei uns ist der Unterschied, dass wir den eigenständigen Bereich haben, eine OP-Übernahme, also da vertrauen sie uns, und auch die ganze Seite, die wir am Nachmittag übernehmen, das ist schon der große Unterschied, dass wir die Eigenständigkeit haben.“ (E_PFA)

Das Kompetenzprofil der PFA stellte sehr hohe Anforderungen an die Berufsgruppe in Bezug auf die Umsetzung von diagnostischen und therapeutischen Kenntnissen und Fähigkeiten sowie in Bezug auf jene Kompetenzen, die für eine pflegerische Versorgung notwendig sind. Gleichzeitig sahen sich PFA damit konfrontiert, sich insbesondere vom Kompetenzbereich/Tätigkeitsfeld der PA abzugrenzen, was immer dann nicht gelang/gelingen konnte, wenn PA und PFA im Laufe eines Arbeitstages – abgesehen von wenigen Tätigkeiten aus dem diagnostischen und therapeutischen Bereich – „eigentlich“ gleich eingesetzt wurden. Dies trat vor allem im Bereich der Unterstützung und Förderung der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) auf, diese wurden gänzlich von den PFA übernommen und im Dreier-Mix auch von PA. Hinsichtlich der Übernahme der sogenannten Grundpflege wird seitens der Abteilungsleitungen in Cases mit einem Dreier-Mix [B, E, F] kein Unterschied zwischen PA und PFA gemacht.

„Die Assistenzberufe sind einfach in der Grundpflege, in der pflegerischen Tätigkeit einfach die Spezialisten, muss ich sagen, und das diplomierte Personal ist dann eher das, was mit der Visite mitarbeitet, eben was die ganzen Verbände dann auch organisiert und macht. Wie gesagt, das funktioniert eigentlich ganz gut, es weiß eigentlich jeder ganz gut, wo er umgeht, was er tun darf, und wie gesagt, da mach ich keine Unterschiede, ob PFA oder PA. Es funktioniert auch mit beiden sehr gut.“ (E_AL)

Im Zweier-Mix liegt die Übernahme der Aufgaben rund um die Unterstützung und Förderung der ATL überwiegend bei den PFA und nicht bei der DGKP. Es schien jedoch keine Abgrenzungsproblematik zur PA zu bestehen:

„Natürlich, das Beobachten – wir sind ja am Patienten –, das ist eine der wichtigsten Sachen, das ist ja unsere Aufgabe! Sie [die Diplomierten] sind ja fast nie mehr am Bett – also kaum mehr.“ (C_PFA)

„Ja, bei uns eigentlich war es so, dass wir eigentlich den 14er-Paragrafen, also die ganze Versorgung in den ATL, das ganze Spektrum den Pflegefachassistenten übergeben haben.“ (C_AL)

Die Übernahme der „Grundpflege“ wurde von den interviewten PFA einerseits durch die Nähe zu den Patientinnen und Patienten als attraktiv erlebt, aber auch als Aufgabe mit geringerer Wertschätzung. Dennoch wurde das Arbeiten mit und an den Patientinnen und Patienten als positives Element erlebt, weil es Sicherheit in den Handlungen und Raum für gezielte Beobachtung förderte. Die PFA schöpften die Wertschätzung aus dieser Aufgabe unter anderem aus der Exklusivität der Informationen über die Patientinnen und Patienten, somit konnte zum Behandlungserfolg beigetragen werden.

Die Datenlage bildet hierzu jedoch eine Heterogenität in den Sichtweisen der Pflegepersonen, sowohl der Berufsgruppe der DGKP als auch der PFA, ab. Wie PFA mit den Belastungen durch die Übernahme und die damit einhergehende hohe Interaktionsdichte mit Patientinnen und Patienten umgehen, konnte in den gegenständlichen Cases nicht zum Ausdruck gebracht werden. Auch eine Abteilungsleitung äußerte sich hierzu nur spekulativ:

„Ich meine, sie sind auch jung und motiviert, und ich glaube, da fällt es schon auch leichter, wenn man frisch von der Schule kommt. Der Spaß spielt, glaube ich, auch eine große Rolle und sie sind untereinander gut verbunden. Sie treffen sich auch in der Freizeit. Ich glaube, dass das dann auch im Sozialraum, der Frust, falls einer wäre, auch rausgelassen wird. Ich glaube, sie können das gut kompensieren im kollegialen Team. Sie helfen sich gegenseitig.“ (D_AL)

Aus der Perspektive der oben zitierten Abteilungsleitung wurden das junge Alter der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Berufsgruppe PFA und das Team als Ressource in der Bewältigung von Belastungen gesehen. Strategien zur Bewältigung werden demnach eher auf individueller Ebene verortet.

Durch die Durchführung von Pflegeinterventionen und der geplanten Pflegemaßnahmen an sich kommt es zu einer hohen Interaktionsdichte zwischen PFA und Patientinnen und Patienten. Daraus ergeben sich viele Beobachtungen, Informationen zur Umsetzung der Interventionen oder aus Gesprächen mit Patientinnen/Patienten, die von PFA „erhoben“ werden. Ihre Aufgabe war es, die **Informationen und Daten an die DGKP weiterzuleiten**. Die zentrale Bedeutung von „Melden“ und „Informieren“ zur Gewährleistung des Informationsflusses wurde in der Einschulung in den Erhebungen untermauert.

„Was uns auch wichtig ist und [wir] den Mitarbeitern auch wirklich oft gesagt haben, ist die Wichtigkeit der Rückmeldung. Das heißt, dass sich die diplomierte Kollegin und die PFA auch wirklich eng austauschen. Besonders, wenn die PFA beim Patienten ist pflegen.“ (D_AL)

Die PFA über alle Cases hinweg äußerten die Bedeutung der Weiterleitung der Informationen an die DGKP, damit diese weitere Planungen vornehmen oder ggf. mit den Ärztinnen und Ärzten als auch mit den therapeutischen Gesundheitsberufen Rücksprache halten könne. Auch nach Einschätzungen der DGKP stellt die Informationsweiterleitung von der PFA eine zentrale Aufgabe dar, die durchgängig als gut funktionierend beschrieben wurde.

„Und die Weiterleitung von der PFA an uns Diplomierte funktioniert bei uns wirklich gut. Da kommt die PFA danach und sagt dir, wo der Patient das Problem hat, und du weißt dann auch alles drüber.“ (E_DGKP)

Andererseits beschrieben die PFA auch, von Informationen abgeschnitten zu sein, die eher medizinische Belange betrafen, da sie nicht routinemäßig an der Visite teilnehmen konnten. Aus zeitlichen Gründen war eine Begleitung der Visite in den untersuchten Cases nur in Ausnahmefällen möglich. Die Kommunikation mit dem ärztlichen Personal erfolgte demnach eher selten. Die DGKP stellte das „Sprachrohr“ hin zur Medizin dar. Eine Ärztin äußerte auf die Frage, ob sie direkt mit den PFA kommunizieren würden, die Schwierigkeiten der Greifbarkeit der Berufsgruppe für eine

Zusammenarbeit durch den überwiegenden Aufenthalt in den Patientenzimmern. Das nachfolgende Zitat illustriert dies.

„Jain, also es ist, offiziell nein, aber natürlich redet man auch mit dem PFA, aber nicht sehr häufig, weil man sieht sie, also in einer normalen Routine vormittags sieht man sie kaum, weil da sind sie die ganze Zeit am Bett, und die Diplomierten sind halt dann sozusagen das Sprachrohr.“ (D_Medizin)

Seitens des medizinischen Personals wurden die geäußerten Schwierigkeiten einerseits auf fehlende Informationen und andererseits auf den Wissens- und Kompetenzbereich des entsprechenden Ausbildungsniveaus zurückgeführt.

„Aber die PFA, man kann nicht sagen, dass es mit einer zweijährigen Ausbildung getan ist. Die brauchen schon noch viel Anleitung, damit sie wissen, warum was zu tun ist.“ (F_Medizin)

Die PFA waren sich der damit einhergehenden Verantwortung bewusst und hatten zum Teil Schwierigkeiten mit dieser Rolle beschrieben. Auf Grundlage ihrer Beobachtungen aus der Versorgung der Patientinnen und Patienten beurteilten sie mit ihrer Expertise, wann ein Zustand abweichend oder dysfunktional ist. Dabei räumten sie aber auch ein, nicht alle Zusammenhänge kennen zu können, und markierten damit auch das Überschreiten von Kompetenzen:

„Gewisse Sachen passen einfach nicht zusammen. Da sind wir in ein Schema hineingerutscht, dass wir viel Sachen machen, wo es nicht klar war, und jetzt ist es halt schwer, da wieder herauszukommen und zu sagen: ‚Nein, jetzt wo wir es können, machen wir es nicht mehr.‘“ (E_PFA)

In den untersuchten Cases konnte Folgendes beobachtet werden: Je mehr die PFA in der Rolle der Assistenz durch ein Add-on-Modell oder ein Integrationsmodell bleibt, desto weniger wird die Gratwanderung zur Überforderung beschrieben.

4.5.4 Aspekt Berufserleben und –zufriedenheit bei PFA

Ein schwieriger Start für Pionierinnen und Pioniere

In den Cases mit einer umfassenden Reorganisation kam es auf den Modellstationen zu Umschichtungen von erfahrenem Personal sowohl der Berufsgruppe der DGKP als auch der PA. Dies erzeugte in den Teams **Ängste** und **Sorgen**, wie die Abteilungsleitungen aller Cases berichteten, jedoch verstärkt in den Cases mit umfassender personeller Umstrukturierung. Diese Prozesse im Vorfeld hatten Einfluss auf die Erwartungen an die PFA:

„Also es waren Ängste auch klar, muss man sagen, also es waren Ängste von den Pflegeassistenten, sozusagen: ‚Die nehmen uns die Arbeit weg.‘ Und was, ja, oder wir sind, sagen wir so: ‚Wir sind minderwertiger jetzt als wie die anderen‘, also die haben sich dann irgendwie ein bisschen gekränkt gefühlt. Und von den Diplomierten, muss ich sagen, ist es auch der Wink gekommen am Anfang: ‚Ja, ja, die werden uns irgendwann einmal die ganzen Diplomierten wegnehmen und dann sind nur noch Pflegefachassis-“

tenten da.' Das waren die Anfangsgedanken. Dadurch, dass wir wirklich bei den zwei Pflegefachassistentinnen zwei wirklich supergute junge Mädels bekommen haben, hat sich das innerhalb von einem Monat, war das eigentlich gleich einmal vergessen. Und die sind jetzt sehr gut im Team integriert, aber das waren wirklich die Anfangsgedanken beiderseits, dass sie irgendetwas wegnehmen.“ (E_AL)

Die PFA wurden mit den **Spannungen** und **Konflikten** konfrontiert und berichteten in den Fokusgruppen von ihren Erfahrungen. Dabei zeigten sie auch Verständnis für die Kolleginnen und Kollegen und versuchten, sich besonders zu beweisen. Die Situation wurde als äußerst schwierig beschrieben:

„Die PA mussten bei uns die Station verlassen und sie waren schon ein bisschen gereizt, dass wir jetzt da waren.“ (C_PFA)

In dem Case, wo es zu keinem Ersatz kam, zeigten sich die Sorgen und Ängste gemindert, jedoch auch vorhanden, insbesondere in der Befürchtung, es könnte in weiterer Folge zu einem Ersatz kommen. Diese Befürchtungen, Hierarchien und Spannungen wurden von Ärztinnen und Ärzten innerhalb der Pflegeberufsgruppe wahrgenommen, sie werden jedoch nicht offen angesprochen.

„Also ich würde jetzt nicht sagen, dass jetzt prinzipiell die Zusammenarbeit mit mir oder mit der Medizin jetzt so verändert ist, aber ich glaube sehr wohl, dass es Spannungen gibt innerhalb der, also in der Hierarchie der Pflege.“ (D_Medizin)

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Berufsgruppe der PFA berichteten davon, wie schwierig diese Situation für sie war, wo sie doch die Versetzung oder den Weggang als Person nicht verantworteten und doch damit in Verbindung gebracht wurden. Manche Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppe PFA erlebten Ablehnung bereits in der Ausbildung während der Praktika.

„Dort war es sehr ablehnend: ‚Wir brauchen euch nicht. Was macht ihr da? Ihr nehmt uns unsere Jobs weg, und dann werden die Diplomierten alle gekündigt und ihr übernehmt das Land sozusagen‘, also es war sehr extrem im Praktikum.“ (D_PFA)

Andererseits berichteten einige PFA aus unterschiedlichen Cases, dass ihnen in der Ausbildung und während der Praktika vermittelt wurde, dass sie die neue DGKP wären. Dies wurde einerseits darauf zurückgeführt, dass keine Nachbesetzungen der Dienstposten von DGKP vorgenommen werden würden und DGKP im stationären Alltag eher Organisations- und Führungsaufgaben übernehmen und demnach für die direkte Pflege an den Patientinnen und Patienten nicht mehr in dem Ausmaß gebraucht würden.

„Ich kann nur vom Praktikum sprechen, also die PFA haben das Gleiche gemacht wie die Diplomierten. Diplomierten haben die PFA selbstständig gemacht, da war man gleichgestellt, und da ist halt auch vermittelt worden, dass ihnen echt geholfen wäre und sie uns gerne hätten, weil wir halt auch billiger wären als Diplomierten.“ (E_PFA)

Gleichzeitig wurden unter anderem ökonomische Beweggründe für die Entwicklungen angeführt, denen man ausgeliefert sei und die jederzeit auch sie selbst treffen könnten:

„Wir haben auch ein wenig Angst. Weil das hat bis jetzt mit den PA geklappt, jahrelang. Jetzt sind wir da und haben sogar die Diplomierten weggedrängt. Vielleicht kommt eine andere Gruppe und drängt uns dann mal weg. Deshalb will man sich absichern und den Bachelor machen. Ich habe auch Diplomierte erlebt, die gesagt haben, ich möchte jetzt den Bachelor nachmachen, weil das ist die Zukunft.“ (D_PFA)

Weiterqualifizierung und Perspektiven

Aus den erhobenen Daten geht hervor, dass sowohl PA als auch PFA prinzipiell an einer Höherqualifizierung und Weiterbildung interessiert sind. Allerdings bestand in allen Fokusgruppen Unklarheit darüber, ob und in welcher Form bzw. unter welchen Umständen das aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen möglich ist. In erster Linie betrifft das die Frage nach der Möglichkeit der Weiterqualifizierung der PA zur PFA und der PFA zur DGKP. Die Rahmenbedingungen der Weiterqualifizierung von PA zu PFA passen für die einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit ihrer privaten Situation bzw. Berufsbiografie nicht immer zusammen. Des Weiteren machen sich viele Sorgen darüber, wie sie nach Auslaufen der Grundausbildung für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege an GuK-Schulen die Hochschulreife erlangen könnten. Auch wurde der Wunsch geäußert, die Höherqualifizierung zur DGKP im Rahmen eines Teilzeitstudiums absolvieren zu können. Aus diesen offenen Fragen resultiert eine gewisse Unzufriedenheit, weil Karriereperspektiven (scheinbar) fehlen. Die in Abbildung 4.1 angeführten Zitate geben beispielhaft jenen grundsätzlichen Tenor wieder, der dann zur Sprache kommt, wenn es um Weiterbildungen bzw. Höherqualifizierung geht.

Abbildung 4.1:

Exemplarische Aussagen von PFA zur Thematik „Weiterqualifizierung“

„Das finde ich sehr schade, dass bei der PFA eigentlich Endstation ist. Wir haben eigentlich keine Möglichkeiten. Wir haben eigentlich auch keine Möglichkeit für Aufschulungen oder Fort- und Weiterbildungen zu machen. Wir haben eigentlich auch keine Möglichkeit, zum Diplomdienst zu gelangen, außer wir fangen wieder bei null an und machen Matura und gehen nachher an die FH.“ (B_PFA)

„Wir würden uns eine Möglichkeit zur Weiterbildung wünschen. Ich würde mir mit 50 Jahren vielleicht wünschen, auf einer Intensivstation zu arbeiten, aber für uns ist es aus. Es ist ein wunderschöner Beruf und wir sehen viel, aber umso mehr ich sehe, desto mehr will ich auch machen. In jeder Branche hat man die Möglichkeit, sich weiterzubilden, und wir haben sie nicht. Ich möchte auch in Zukunft die Chance haben, mich weiterzubilden und ich möchte weiter.“ (D_PFA)

„Ich habe mich hier beworben und ich habe die Matura. Bei dem Bewerbungsgespräch für die Ausbildung haben sie mich gefragt, warum ich nicht den Bachelor mache. Weil die PFA ist kürzer und wird gefördert. Wenn man im Leben steht, muss man auch von irgendetwas leben. Das war beim Bachelor eben nicht so. Wir würden gerne zur DGKP weitermachen.“ (D_PFA)

„Ich habe zum Beispiel auch erlebt, dass eine DGKP einer anderen DGKP mit Kind empfohlen hat, nicht die PFA zu machen, weil da kommt man nicht weiter. Also PFA und Ende.“ (D_PFA)

„Es kommt auch darauf an, auf welcher Station man ist. Ich habe eine Schulkollegin, die sehr schlecht über die PFA spricht, obwohl sie selbst eine ist. Ich finde jetzt nicht, dass wir hier schlecht behandelt werden oder sonstiges. Ich würde auch das Diplom machen, weil es für uns keine Aufschulungen gibt. Wenn dann die ganzen Schulen schließen und ich habe keine Matura, ist für mich das Thema erledigt.“ (A_PFA)

Quelle: GÖG

4.6 Die Umsetzung der GuKG–Novelle 2016 im Kontext der COVID–19–Pandemie

Die Implementierung der PFA in Form von Pilotprojekten war, als die COVID–19–Pandemie einsetzte, in den meisten Krankenhäusern bzw. Kliniken, die in die Case Study einbezogen waren, unterschiedlich vorangeschritten. Die Erhebung der Daten fiel mit Herbst 2020 in jene dynamische Zeit, in der infolge der rasch ansteigenden Infektionszahlen die Belastung des akutstationären Sektors enorm hoch war, und so finden sich in den Interviews und Fokusgruppen auch Bezüge zu diesem Thema. Im nachfolgenden Abschnitt werden jene Aspekte, die in einem Zusammenhang mit den Pilotprojekten und den dargestellten Ergebnissen stehen, herausgearbeitet.

Wesentliche Änderungen für Pflegepersonen in Akutkrankenhäusern bestanden neben den Herausforderungen rund um die Versorgung von an COVID–19 erkrankten Menschen und den damit verbundenen Schutzmaßnahmen darin, dass zur Schaffung von speziellen Einheiten mitunter Teams neu gebildet wurden oder aber auch Organisationseinheiten verändert wurden. Ein flexibler Personaleinsatz war erforderlich und Pflegepersonen wurden auf unterschiedliche Abteilungen versetzt bzw. dort eingesetzt, wo sie gebraucht wurden. Zentrales Motiv in den Daten war das

Thema „Unsicherheit“, die im Erhebungszeitraum und noch mehr in den Monaten davor geherrscht hatte.

Grundsätzlich muss unterschieden werden, ob mit der Umstellung auf einen Personalmix bereits im Jahr 2018 begonnen wurde oder ob diese Phase direkt in die Zeit der Pandemie fiel. In letzterem Fall wurde deutlich, dass die Teambildung dadurch (noch) schwieriger war

„Der Großteil der PFA hat begonnen, als wir am Anfang des Jahres zur COVID-Station wurden. Das heißt, es war eine wirklich große Herausforderung von der Situation her. Wir sind mittlerweile mit der dritten Station zusammengelegt. Von der Mischung der Patienten, wenn man das so sagen kann, war es nicht der richtige Zeitpunkt für einen neuen Anfang. Also unser Team, wie gesagt, ich bin jetzt seit 30 Jahren da und habe viele neue Mitarbeiter und Kollegen eingeschult und Schüler begleitet und vieles gesehen, und für einen neuen Anfang war das nicht gut. Unser Team war von einem Tag auf den anderen aufgeteilt, aber das musste so sein.“ (D_DGKP)

Hingegen betonten jene Interviewpartnerinnen und Interviewpartner, in deren Einrichtungen schon früher mit der Implementierung von PFA begonnen worden war, dass dieser Vorsprung für die Bewältigung der Herausforderungen im akutstationären Setting hinsichtlich der Corona-Pandemie wichtig war.

„Ja, und ich bin fremdbestimmt und getrieben von den COVID-Zahlen, die gerade sich entwickeln, also ich habe den COVID-Bereich über und ich denke mir wirklich ganz häufig: ‚Wie gut, dass wir mit dem Pflegefachassistentenprojekt so früh dran sind‘, ... also das muss ich wirklich sagen, in der Zeit bin ich froh, dass wir mit den Umsetzungen so früh dran waren, so mutig waren und manchmal natürlich auch wahrscheinlich kritisiert worden sind dafür, aber in COVID macht sich das absolut bezahlt.“ (C_PDL)

Klar war für alle, dass die Arbeit in Pilotprojekten in einer Zeit der Pandemie einfach an Grenzen stößt, wie in folgendem Fall:

„Wir sind ja die Pilotstation mit den PFA. Wir haben auch so eine Arbeitsgruppe, die das jetzt alles erarbeitet, aber aktuell ist es aber auch durch COVID schwierig geworden.“ (B_PFA)

Erfahrungen von PFA und DGKP

In den Fokusgruppen mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (DGKP und PFA) wurde die COVID-19-Pandemie wenig erwähnt und in keinem Fall in Form von Klagen, Beschwerden oder in einem direkten Zusammenhang mit einer belastenden Arbeitssituation etwa durch das Tragen von Schutzkleidung o. Ä. Bezüge wurden vielmehr dahingehend hergestellt, dass Teilnehmerinnen und Teilnehmer darauf verwiesen, dass man bedingt durch Zusammenlegungen von Stationen, Umschichtungen von Personal eben gar nicht die Rahmenbedingungen vorgefunden hatte, unter denen der neue Skill-Grade-Mix etc. hätten erprobt werden können.

„Bei uns ist es derzeit so, dass wir mit dem Neuro-Team auf der COVID-Station sind. Sprich wir befinden uns unter ganz anderen Umständen. Unser Team ist jetzt auf zwei Stationen aufgeteilt und somit ist es wieder eine ganz andere Sache.“ (D_PFA)

Gleichzeitig sahen PFA diese Ausnahmesituation indirekt auch als eine Gelegenheit und nutzten sie, sich zu bewähren. Sie nahmen diese Herausforderungen also positiv an und bewerteten sie entsprechend für sich, wie aus folgendem Zitat hervorgeht:

„Also ich habe am x.3. zu arbeiten begonnen und zwei Tage davor wurde die COVID-Station geöffnet. Für mich war es ein Vorteil, dadurch, dass alle Mitarbeiter nicht vertraut waren mit COVID und dem An- und Ausziehen und alles. So war ich nicht die einzige Unerfahrene mit vielen Fragen. Wenn das keiner schon fünf Jahre lang gemacht hat, fand ich das eigentlich als Vorteil für mich. Irgendwann ist man eben mit reingekommen.“ (D_PFA)

Neben den einzelnen individuellen PFA habe sich aber auch das Berufsbild / die neue Berufsgruppe im Personalmix eines Akutkrankenhauses besonders bewährt. Der Unterschied von PFA zur PA wurde in einem Case explizit angesprochen und wie folgt von einer PDL positiv hervorgehoben:

„... Weil wir haben ganz einen hohen Anteil von Pflegefachassistenten im COVID-Bereich drinnen, die wirklich kompetent und mit Freude ihr Aufgabenprofil ausüben. Und ich wüsste nicht, wie wir das bewältigen könnten, wenn wir jetzt Pflegeassistenten in dem Ausmaß drinnen hätten.“ (C_PDL)

Durchaus spannend ist auch die Beobachtung, dass durch die Mitarbeit von PFA in anderen Kontexten als der Pilotstation auch Erfahrungen seitens der DGKP außerhalb der Pilotstationen mit diesen neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gesammelt werden konnten:

„Genau, und das ist natürlich, also, dass ich sage, wir haben im COVID-Bereich Mitarbeiter des gesamten Hauses, wir haben Mitarbeiter drinnen, die in dem Projekt bestens begleitet worden sind, die in den Piloten drinnen waren, die sozusagen mit den Projekten groß geworden sind. Und wir haben Mitarbeiter drinnen, die so ferne sind von diesen Projekten. Und die Not macht einfach, die Not macht, dass alle, dass wirklich jeder das zulässt, was dort eigentlich, glaube ich, jeder froh ist über jede Kompetenz, die das Gegenüber hat.“ (C_PDL)

Im Sinne des Obengenannten hat die Krise Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter abteilungs- und berufsgruppenübergreifend „zusammengeschweißt“, was in Hinblick auf PFA als neue Berufsgruppe als ein Beitrag zum Abbau von Vorbehalten angesehen werden kann.

Erfahrungen auf organisatorischer Ebene

Eine hohe Bereitschaft zur Flexibilität war in den Daten erkennbar, die Führungskräfte standen jedoch vor großen Herausforderungen. Sie bestanden u. a. darin, eine eigene spezielle Versorgungseinheit für die neue Zielgruppe aufzubauen, bestehende Routinen „umzubauen“ sowie das Personal zu schulen oder aber Personal für die COVID-19-Versorgung an andere (neue) Einheiten „abgeben“ zu müssen:

„Die XX Abteilung war früher ebenfalls, nehme ich einmal an, mit 40 Vollzeitäquivalenten, aktuell sind sie ein wenig reduziert, weil wir ja für COVID sehr viel Personal zur Verfügung gestellt haben.“ (C_PDL)

Aufgrund von „reduzierten“ Teams wurden auch Änderungen in der Arbeitsorganisation vorgenommen, wie etwa am Beispiel der Visitenbegleitung in einem Case sichtbar wird, wo die Stationsleitung diese Rolle nun wieder allein erfüllte:

„Ich, aber das können wir jetzt nicht genau so sagen, weil normalerweise bin immer ich mitgegangen und eine Bereichsschwester, und seit COVID ist das natürlich alles anders. Da geh jetzt nur noch ich mit, dann der stationsführende Oberarzt, der Assistent und die Stationsärztin.“ (E_AL)

Es ist unklar, ob es gelungen ist, nach Wiederherstellen des Personalstandes auch Änderungen in den Routinen, wie sie im Zuge der Pilotprojekte angedacht waren, wiederherzustellen, oder ob doch auch traditionelle Rollen wieder gefestigt wurden. In manchen Fällen ging die „Flexibilisierung“ von Teams und Rollen aber auch nachhaltig mit Verlusten einher, wie eine Abteilungsleiterin am Beispiel von Praxisanleiterinnen/Praxisanleitern schilderte:

„Eine Diplomierte und einen Praxisanleiter PFA wird geplant sein bei uns, dass wir in die Ausbildung schicken. Ich habe beide Praxisanleiter verloren. Beide sind im COVID-Haus geblieben, das war, am Anfang wollten sie meine Praxisanleiter haben im COVID-Haus, damit sie das Personal dort schulen, und jetzt steh ich ohne da, das war jetzt nicht so fein, aber gut.“ (C_AL)

Somit brachte die Zeit der Pandemie für manche Teams auch nachhaltige personelle Veränderungen mit sich.

In gewisser Weise stellte das Arbeiten in dieser Zeit auch die Arbeitsorganisation, wie sie im Zuge der Pilotprojekte entwickelt wurde, auf eine Bewährungsprobe: So ging die Versorgung von Patientinnen und Patienten, die an COVID-19 erkrankt waren, mit bisher nicht üblichen Interventionen einher. Diese mussten erst in die Arbeitsroutinen (wer macht was?) integriert werden, und das ging über die einzelne Abteilung hinaus, wie eine Abteilungsleiterin schilderte, die sich an die Stabsstelle gewandt hatte:

„Es gibt immer wieder, ... im Zuge der Arbeit fallen halt Tätigkeiten auf, die vielleicht nicht so ganz in die Delegationsmatrix passen, also da nicht drin sind, zum Beispiel war das jetzt COVID-Abstrich, Nasenabstrich, und da muss man dann halt, das kommt halt immer wieder. Es gibt dann immer so Tätigkeiten, die dann nicht so ganz klar dastehen. Wo man nicht weiß: Darf ich das jetzt oder kann man das dem PFA delegieren? Und da muss man halt nachfragen [...]“ (C_AL)

5 Wahrnehmung der berufsrechtlichen Bestimmungen in der Praxis

Vor dem Hintergrund der Fragestellungen für die Evaluierung (siehe Abschnitt 1.3) galt es, in der Analyse der Daten auch nach Indikatoren und Hinweisen dafür zu suchen, wie zielgerichtet die gesetzliche Ausgestaltung des GuKG in der Praxis ist. Dies wird im vorliegenden Kapitel auf Basis der Ergebnisse der Case Studies aus Sicht der unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure im akutstationären Setting beleuchtet.

Wie bereits ausgeführt, wurden im Zuge der Implementierung von PFA in den meisten Einrichtungen Delegationsmatrizen entwickelt, um die Aufgabenbereiche der neuen Berufsgruppe möglichst klar zu umreißen und den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern in der Praxis eine Orientierung zu geben. In diesem Zusammenhang wurde in der Analyse deutlich, dass der gesetzliche Rahmen in Bezug auf manche Aspekte von den Cases unterschiedlich ausgelegt wurde. Schließlich gibt es auch Aspekte, wo in der Analyse der Cases deutlich wurde, dass die gesetzlichen Grundlagen in ihrer Ausrichtung Entwicklungen beeinflusst haben, die nicht intendiert waren. Auch darauf hinzuweisen, ist Aufgabe der Evaluierung.

5.1 Allgemeine Einschätzung zu den Kompetenzprofilen der Pflegeberufe

Die größte Aufmerksamkeit war im Rahmen der Erhebungen auf die Frage gerichtet, was genau die neue Berufsgruppe PFA darf und wo die Abgrenzungen zur PA verlaufen.

Das wesentliche Merkmal im Kompetenzprofil der PFA liegt darin, dass diese Berufsgruppe zwar pflegerisch-medizinische Aufgaben ausschließlich auf Anordnung von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege oder Ärztinnen/Ärzten übernimmt, aber in der Durchführung eigenverantwortlich, d. h. ohne Aufsicht, handelt. PA hingegen arbeiten ebenfalls auf Anordnung und ausschließlich unter Aufsicht bzw. unter bestimmten Voraussetzungen unter begleitender Kontrolle. Darüber hinaus umfasst der Tätigkeitsbereich der PFA im Vergleich zur PA erweiterte Aufgaben im Rahmen der Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie.

Aus den Erhebungen im Rahmen der Case Studies wurde deutlich, dass sich die Tatsache, dass PA an sie übertragene Tätigkeiten nur unter Aufsicht übernehmen dürfen, in der Praxis des akutstationären Settings nicht so deutlich niederschlägt als dies etwa in Interviews mit Vertreterinnen/Vertretern anderer Settings sichtbar wurde (Pleschberger/Holzweber 2020). Im Akutkrankenhaus müssen Handlungsabläufe von PFA im Unterschied zu PA nicht grundlegend anders geplant werden. Das ist darauf zurückzuführen, dass hier praktisch kontinuierlich eine aufsichtsführende DGKP bzw. eine Ärztin oder ein Arzt zur Verfügung stehen und regelmäßige begleitende Kontrollen gemäß § 83 Abs. 5 GuKG routinemäßig erfolgen können.

In den Fallstudien wurde berichtet, dass sich der Einsatzbereich der PA von jenem der PFA mitunter wenig unterscheidet, insbesondere dann, wenn in der Abteilung erfahrene PA tätig sind. So berichten beispielsweise eine Abteilungsleitung bzw. eine PFA:

„Die Blutabnahme, ja, also wir machen beide, also die Diplomierten und die Pflegefachassistenten und eigentlich auch die Pflegeassistenten machen die Blutabnahme. Bei den schwierigeren machen es sicher nur die Diplomierten, weil die anderen da nicht so die Erfahrung haben, aber da machen alle drei Berufsgruppen die Blutabnahme.“ (E_AL)

„Am Nachmittag übernehmen wir dann die Tätigkeit der PFA selbstständig; sonst sind wir gleichgestellt, wie die PA auf der Station.“ (E_PFA)

Im Zuge der Datenanalyse wurde deutlich, dass das Kompetenzprofil der PFA aus Sicht der Akteurinnen und Akteure in der Praxis zum Teil als zu wenig different gegenüber jenem der PA angesehen wird, was einerseits einer Unsicherheit in Bezug auf die Interpretation der berufsrechtlichen Kompetenzen geschuldet sein könnte, andererseits spielen auch die oben genannten Gründe in Bezug auf Ablauf und Organisation des Arbeitsalltags im akutstationären Setting eine Rolle.

Gemäß GuKG hat im Rahmen der Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie die Durchführung der Tätigkeiten sowohl von PA als auch von PFA im Einzelfall nach schriftlicher ärztlicher Anordnung von Ärztinnen/Ärzten oder Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zu erfolgen. Im Rahmen der Erhebungen im akutstationären Setting wurde deutlich, dass dem Aspekt der Einzelfallanordnung sowohl gegenüber PA als auch gegenüber PFA wenig praktische Bedeutung zukommt. Die Übertragung von Tätigkeiten im Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie auf PA und PFA erfolgt häufig auf Basis der Delegationsmatrizen, wodurch eine Abwägung und Einschätzung der Anordnung in jedem einzelnen Übertragungsfall durch ärztliches Personal als auch diplomiertes Personal häufig in den Hintergrund rückt. Eine zentrale Kompetenz der PFA ist die der Beobachtung und Weiterleitung von relevanten Informationen an DGKP. Das setzt ein gutes Vertrauensverhältnis und eine funktionierende Kommunikation voraus. Aufgrund der großen Verantwortung, die der PFA dabei zukommt, erleben PFA eine gewisse Widersprüchlichkeit, wenn es darum geht, im Zuge eines Handlungsablaufes für ganz bestimmte Tätigkeiten (z. B. das Anhängen von bereits im Patientenzimmer befindlichen Infusionen) eine DGKP hinzuziehen zu müssen.

Von „Widersprüchlichkeit“ wird deshalb gesprochen, weil PFA die Beurteilung von Gesundheitszuständen und Abweichungen von der Norm als anspruchsvoller einschätzen als die aus der Sicht mancher PFA rein technisch ablaufende Tätigkeit des Anhängens von Infusionen u. ä.:

„Natürlich, das Beobachten – wir sind ja am Patienten –, das ist eine der wichtigsten Sachen, das ist ja unsere Aufgabe! Sie [die Diplomierten] sind ja fast nie mehr am Bett – also kaum mehr.“ (C_PFA)

„Neu rausgekommen ist, wir dürfen dem Arzt beim Venflon-Stechen nicht allein assistieren, ohne eine Diplomierte. Ich denke mir da, im schlimmsten Fall ist es der Venflon, der wieder rauskommt. Mehr kann da nicht passieren. Ein Pflaster geben können wir auch, denke ich mal. Oder z. B. bei der Infusion, Spülungen anhängen, wieso nicht? Wir dürfen auch Blut abnehmen, das ist jetzt auch keine Hexerei, also ich würde es gerne können.“ (A_PFA)

Dieses Thema ist auch vor dem Hintergrund der Versorgungsbrüche relevant (s. u.).

5.2 Herausforderungen im Kontext der Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie

Im Spannungsfeld von Tätigkeitsorientierung und Kompetenzorientierung werden in der Praxis Schwierigkeiten sichtbar, die sich in der Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen ergeben; sie werden nachfolgend an den Beispielen „Medikamente verabreichen“ und „Infusionsmanagement“ veranschaulicht¹⁴.

Medikamente dispensieren und verabreichen

Es wurden Unklarheiten deutlich bei der Frage, ob PFA zusätzlich zur zulässigen Verabreichung von Medikamenten diese auch dispensieren dürfen oder nicht. In den untersuchten Einheiten gab es hier unterschiedliche Interpretationen der berufsrechtlichen Kompetenzen. Während auf einer Abteilung im Nachtdienst das Einschachteln üblich war, konnte es dort, wo PFA im Nachtdienst eingeteilt war, nicht mehr erfolgen.

„Ich habe aber, nicht, dass wir uns falsch verstehen, bei den Medikamenten habe ich nur das Herrichten damit gemeint, das Medikamente-Einschachteln. Wenn jetzt die Frau Doktor zu meiner Pflegefachassistentin sagt, die soll die eine Tablette dem Patienten geben, dann macht das schon die Pflegefachassistentin.“ (E_AL)

„Und trotzdem haben die PFA so eine Erwartungshaltung: Wird quasi eh klar sein, dass ich die austeile. Habe ich oftmals den Eindruck. Dass ich oft einmal ein schlechtes Gewissen habe, wenn ich sage: ‚Nein, die Medikamente teile ich heute selber aus.‘ Gerade dass ich mich nicht rechtfertigen muss: ‚Ja, warum übergibst du denn nicht an mich?‘ Weil sie ja wissen, was sie dürfen. Also diese Erwartungshaltung ist wohl auch da. Verstehe ich wohl auch, die bekommen vermittelt in der Schule: ‚Ihr dürft das und das machen‘, und dann heißt es aber: ‚Nein, das mache ich selber.‘ Dass die sich dann fragen: ‚Warum?‘ Andererseits: Warum soll ich mich jetzt als Diplomierte rechtfertigen, wenn ich auch nur meine Aufgaben mache? Das ist für mich auch wieder so ein Konfliktpotenzial.“ (B_DGKP)

In diesem Zusammenhang führt der Terminus „verabreichen“ immer wieder zu Diskussionen. Trotz der Klarstellung in den Erläuterungen zu § 83 GuKG, wonach der Begriff „verabreichen“ auch das „Herrichten“ (Dispensieren) von Medikamenten umfasst, bestehen Unsicherheiten, die zu unter-

14

Im Rahmen der Case Studies, die ausschließlich im akutstationären Setting stattfanden, wurden weitere Fragestellungen, die vor allem in anderen Settings relevant sind (z. B. Anhängen von Flüssigkeiten s. c. oder Verabreichen von medikamentösen Zusätzen im Rahmen der Schmerztherapie s. c.), in diesem Zusammenhang nicht thematisiert und finden deshalb in diesem Ergebnisbericht keinen Niederschlag.

schiedlichen Handhabungen führen, die u. a. folgender Überlegung geschuldet sind: Das Vorbereiten von Medikamenten setzt besondere Kenntnisse und Fertigkeiten einerseits in Bezug auf das pharmakologische Fachwissen und andererseits in Bezug auf die Umsetzung von angewandten Hygienerichtlinien voraus. Insofern ist die Kompetenzanforderung an Pflegende in Bezug auf die Vorbereitung nicht mit der Kompetenzanforderung in Bezug auf die Verabreichung, bei der in erster Linie eine angemessene Kommunikation und Empathie gefragt sind, gleichzusetzen.

Infusionsmanagement

Im Kontext des Infusionsmanagements wurde im Rahmen der Erhebungen auch die Frage thematisiert, ob die gesetzlichen Vorgaben in Bezug auf das Ab- und Anhängen von laufenden Infusionen durch PFA für die Praxis in unterschiedlicher Hinsicht organisatorisch sinnvoll und fachlich vertretbar wären.

Die Forderung nach einer diesbezüglichen Erweiterung des Kompetenzbereichs für PFA im Rahmen einer gesetzlichen Änderung wurde von vielen gestellt, relativ deutlich von Leitungspersonen; indirekt findet sie sich auch in den Fokusgruppen mit PFA und DGKP. Die damit verbundenen inhaltlichen Argumente und Themen werden nachfolgend dargestellt. Sie umfassen entsprechend auch „Gegenmeinungen“. Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse entlang von drei thematischen Kategorien dargestellt, die jeweils unterschiedliche Blickwinkel auf dieses Thema sind: a) Patientensicherheit, b) (Pflege-)Qualität und Arbeitsorganisation in der Pflege und c) Versorgungskontinuität und Effizienz.

a) Patientensicherheit

Im Rahmen der Kompetenzen bei Diagnostik und Therapie sind Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege berechtigt, nach Maßgabe der ärztlichen Anordnung einzelne ärztliche Tätigkeiten an Angehörige eines Pflegeassistentenberufs, der Desinfektionsassistenten, der Ordinationsassistenten und der Operationsassistenten sowie an in Ausbildung zu einem Gesundheitsberuf stehende Personen weiter zu übertragen, sofern diese vom Tätigkeitsbereich des entsprechenden Gesundheitsberufs umfasst sind.

Vonseiten der PFA, aber auch der DGKP wird argumentiert, dass es sich beim Anhängen von Infusionen in erster Linie um eine technisch-instrumentelle Tätigkeit handelt, die auch von PFA erlernt und ausgeführt werden kann. Auch wird immer wieder betont, dass die Aufgabe der Überwachung von patientenbezogenen Daten und Zuständen vor allem von PFA übernommen wird. Insofern würden Symptome der Unverträglichkeit u. ä. (allergische Reaktionen, Infusionsflüssigkeit läuft neben der Vene ins Gewebe usw.) wahrscheinlich zuerst der PFA auffallen.

Andererseits ist zu berücksichtigen, dass die Durchführung von Pflegemaßnahmen nur nach Anordnung von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege erfolgen darf und der DGKP in jedem Fall die Gesamtverantwortung für den Pflegeprozess zukommt.

Im Kontext von i. v.-Therapien sei betont, dass es hier mitunter besonders schnell zu gefährlichen Situationen kommen kann. Gemäß § 83a Abs. 2 GuKG dürfen PFA das Ab- und Anschließen von laufenden Infusionen durchführen. Ausgenommen sind Zytostatika und Transfusionen mit Vollblut und/oder Blutbestandteilen. In diesem Zusammenhang wurde im Rahmen der Case-Study-Erhebungen beispielsweise auf Ebene der Abteilungsleitungen der Vorschlag gemacht, in Hinblick auf eine Kompetenzerweiterung für i. v.-Therapien für PFA eine Differenzierung unter Berücksichtigung des Wirkstoffes vorzunehmen. Jedenfalls wird das Anhängen von Infusionen ohne medikamentöse Zusätze durch PFA auch im Sinne einer Erstgabe besonders im chirurgischen Setting von den befragten Akteurinnen und Akteuren für sinnvoll erachtet und als unbedenklich im Sinne der Patientensicherheit eingeschätzt. Jedoch existieren auch Gegenmeinungen.

„Also wir haben das einfach stationsintern geregelt, was sie anhängen dürfen und was nicht. Also Antibiotika oder so etwas dürfen sie nicht anhängen, aber wenn man jetzt zum Beispiel einen Heparinperfusor hat, was bei uns jede Aorta, jeder gefäßchirurgische Patient hat, dann dürfen sie das natürlich anhängen, wenn sie es abhängen und der Patient geht auf die Toilette oder so.“ (E_AL)

„Also ich sage einmal so: Das erste Verabreichen, das sollte bei den DGKP bleiben, aber wenn der Patient schon einmal das Antibiotikum verabreicht bekommen hat, dass das dann auch der PFA in der Morgenrunde im Vier-Augen-Prinzip, da wäre ich offen dafür.“ (F_AL)

„Für mich ist das ganz einfach: Für mich kann die PFA nicht mehr machen, sonst haben wir eine billige DGKP mit weniger Ausbildung. Ich würde das niemals befürworten, wenn man ihnen noch mehr Kompetenz mit weniger Ausbildung gibt, das sind dann billige DGKP mit weniger Ausbildung, das finde ich nicht in Ordnung.“ (F_AL)

b) (Pflege-)Qualität und Arbeitsorganisation in der Pflege

Eine weitere Perspektive auf dieses Thema ist jene der Pflegequalität. Die Interaktion mit den Patientinnen und Patienten wird als Wesen der Pflege angesehen und trägt zu einer qualitätsvollen Pflege bei. Auch erwarten sich Patientinnen und Patienten, mit jener Pflegeperson in Kontakt zu kommen, die letztendlich die notwendigen Entscheidungen trifft. Aus der Perspektive der Patientenrechte sind Patientinnen und Patienten in diese Entscheidungen auch einzubinden. Sollte diese Einbindung allerdings nur über Dritte (PFA) erfolgen, besteht die Gefahr, dass sowohl Kommunikationsfehler als auch Defizite in Bezug auf die Beziehungsarbeit entstehen. Von diesem Standpunkt aus stellt die Tätigkeit der Verabreichung von Infusionstherapien für DGKP eine Gelegenheit dar, mit dem Patienten / der Patienten in Kontakt zu kommen. Das wurde im Zuge der Erhebungen besonders im Kontext jener Settings betont, in denen die DGKP aus Gründen der Pflegeorganisation nur noch selten direkten Patientenkontakt hat.

„Früher zwei Pflegegruppen, eine DGKP verantwortlich pro Gruppe; nun aber eine DGKP für 24 Personen, das ist das Doppelte! Da hab ich halt schon für mich Orientierung gesucht, d. h. Aufgaben muss man sich ganz anders einteilen, sie sind für Pflegeplanung zuständig, das ist sehr viel Arbeit.“ (C_DGKP)

c) Versorgungskontinuität und Effizienz

Lenkt man den Blick prioritär auf die Versorgungskontinuität, dann ergeben sich doch einige Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der bestehenden gesetzlichen Regelung. So wurde in den Fallbeispielen die Praxis beschrieben, dass bei der Blutabnahme eine Einwegkanüle (Butterfly) verwendet wird, an die im selben Handlungsablauf eine Infusion angehängt werden könnte. Sollte die Blutabnahme von einer PFA durchgeführt werden, müsste, um dem Gesetz Rechnung zu tragen, diese Kanüle entfernt werden und die Patientin / der Patient erneut gestochen werden. In solchen Fällen liegt wohl eindeutig ein Versorgungsbruch vor, der zulasten der Patientin / des Patienten geht.

Vor diesem Hintergrund wurde in erster Linie vonseiten der Abteilungsleitungen mit Blick auf Vermeidung von Versorgungsbrüchen und Erleichterungen für das diplomierte Personal angeregt, diese Frage des Infusionsmanagements im Zusammenhang mit Handlungsabläufen bzw. Behandlungspfaden zu regeln:

„Also das mit der – wie Sie gerade so angesprochen haben –, mit der i. v.–Therapie, das ist gewiss einer der größten Punkte, jetzt gerade bei uns im operativen Bereich, ich sag, die Blutabnahmen, das Ganze ist eh schon überall involviert und bei den Assistenten, die haben ja auch die ganzen Aufschulungen gemacht in der Hinsicht. Natürlich wäre es gerade für mich auch leichter [...].“ (E_AL)

Betont wurde im Rahmen der Fokusgruppen PFA auch, dass unnötige Wege vermieden werden könnten, wäre es der PFA erlaubt, bereits im Zimmer befindliche Infusionen anzuhängen, sobald die Patientin / der Patient bereit dafür ist.

„Das [die Schmerzinfusion] hängt dann schon meistens im Zimmer, am Bett, dann sieht man das, weil die „Dipls“ sind ja meistens nicht im Zimmer, dann geht man hin [zur Diplomierten im Stationsstützpunkt] – das sind so Gänge, das ist unnötig, teilweise.“ Oder: „Blutabnehmen dürfen wir – was ist mit Venflon? Da sind wir ja schon in der Vene! Sind halt alles so Punkte, das muss man sich halt überlegen.“ (C_PFA)

5.3 Pflegerische Kernkompetenzen und „übertragene pflegerischer Maßnahmen“

Die Ausgestaltung der diesbezüglichen gesetzlichen Grundlagen verursacht in der Praxis Verständnis- und Umsetzungsprobleme.

Im Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie erfolgt die Beschreibung orientiert an einzelnen Tätigkeiten, während die Pflegemaßnahmen bzw. Maßnahmen im Bereich der pflegerischen Kernkompetenzen dem Charakter einer Kompetenz-/Prozessorientierung in der Darstellung folgen.

Wie im vorangegangenen Kapitel ausgeführt, begünstigte dies im Zusammenhang mit der Erarbeitung einer Delegationsmatrix eine unterschiedliche Gewichtung.

Insbesondere für alle Tätigkeiten im Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie konnten klare Zuordnungen entlang der Tätigkeiten erstellt werden. Die Pflegemaßnahmen bzw. Maßnahmen im Bereich der pflegerischen Kernkompetenzen waren hingegen aufgrund der kompetenzorientierten Formulierungen im Gesetz schwerer fassbar bzw. nicht in einer so klar abgegrenzten Form in eine Matrix aufzunehmen. Dadurch besteht für die Aufgabenfelder, die in den Bereich der Kernkompetenzen der DGKP fallen, die Gefahr, in den Hintergrund gedrängt zu werden.

„Das klingt sehr schön, das sind alles schöne Formulierungen. Aber was machen wir da jetzt wirklich? Ich will da jetzt nichts Falsches sagen, aber solche Sachen, das sind alles so allgemeine Formulierungen, die auch im Aufgabenbereich der PFA zum Teil drinnen stehen. Wissen S`, das sind für mich oft so a bissel schwammige Formulierungen. Ich meine, das ist doch klar, dass ich den gesundheitlich berate und dass ich empathisch bin und dass ich Unterstützung und Förderung der Aktivitäten des täglichen Lebens, ich meine, das brauche ich für mich nicht extra nochmal aufschreiben. Das muss der PA tun, der PFA tun und auch der Diplomierte, also das sind für mich [...], mir fehlt da einfach etwas Griffiges, was Konkretes.“ (B_DGKP)

Aspekt Beratung

Gemäß § 83 Abs. 2 GuKG sind Pflegeassistentenberufe im Bereich der Information, Kommunikation und Begleitung tätig. Der Terminus „Beratung“ wird in diesem Kontext nicht angeführt. Insbesondere vonseiten der DGKP wird Beratung als eine Tätigkeit angesehen, die dem gehobenen Dienst obliegt. In den Cases finden sich Hinweise, dass Beratung im Rahmen des Entlassungsmanagements von PFA durchgeführt wird. Ebenfalls werden PFA im Rahmen der familienorientierten Pflege tätig. Es kann auch gesagt werden, dass die Begriffe „Beratung“, „Instruktion“ und „Information“ in der Praxis offenbar synonym gebraucht werden. Eine klare Abgrenzung in Bereich dieser Tätigkeiten ist nicht offensichtlich. Wohl aber wurde deutlich, wie eng das Erfüllen dieser Kompetenzbereiche mit den Zeitressourcen zusammenhängt, da sie sichtlich von den DGKP im Verhältnis zu den anderen Aufgaben in der Priorität nachgereicht werden.

„Beratung? Wenn ich nur eine Aufnahme habe, dann hab ich genug Zeit, sonst weniger. Das Potenzial an Kolleginnen, die beraten können, hat sich verringert.“ (C_DGKP)

„Die Familiensituation ist wichtig, da auch von der PFA immer wieder Entlastungsmaßnahmen vorgenommen werden.“ (A_DGKP)

Aspekt Pflegeanamnese

Sowohl bei der Erhebung der „Pflegeanamnese“ als auch bei der Mitwirkung bei bzw. (Mit-)Verantwortung für den Pflegeprozess finden sich sehr unterschiedliche Umgangsformen. Mitunter wird auch nicht unterschieden zwischen Erstanamnese und Beobachtung im Verlauf oder Re-Assessment im Rahmen des Pflegeprozesses. Eine homogene Auslegung des Begriffs „Mitwirkung“ am Pflegeassessment gemäß § 83 Abs. 2 GuKG ist auf den Modellstationen nicht erfolgt, wie die folgenden Aussagen nahelegen.

„Assessment dürfen sie die Folgeinschätzung, also das EPA10, die Ersterhebung bleibt bei der Diplomierten.“ (C_AL)

„Pflegeassessment nur in definierten Fällen, wie Tagesklinik, erlaubt für PFA, sonst DGKP – Mitwirken dürfen sie, aber die Entscheidung für die Pflegediagnosen und daraus folgenden Maßnahmen muss die Diplomierte machen; Pflegeplanung und Evaluierung macht nur die Diplomierte, Pflegebericht alle, Durchführungsnachweis auch, Risikoskalen und standardisierte Assessments auch alle – Entlassung macht wieder die DGKP.“ (E_PDL)

„Also, wenn ich das jetzt richtig herausgehört habe, dass die Mitwirkung beim Assessment oder überhaupt die Durchführung des Pflegeassessments, die Blutabnahme, das sind zwei Tätigkeiten, die ganz eindeutig an die Pflegefachassistenz gewandert sind.“ (E_AL)

„[...] wo es, wie Sie vorher auch gesagt haben, um Beratungsgespräche und Gesundheitsförderung geht, das ist sehr wichtig, das ist alles bei uns im Haus inkludiert und da wäre es schon sehr wichtig, dass die PFA alles das macht, was den Pflegeprozess betrifft, und nicht immer eine DGKP zum Abzeichnen braucht. Also dass sie auch Ziele setzen kann, das wäre schon sehr wichtig, dass sich da was ändert.“ (F_AL)

5.4 Weiterbildungsverordnung für PFA

Das Thema der Weiterbildungsverordnung für PA/PFA wurde insbesondere aufgrund der einschlägigen Beschlüsse der Konferenz der Landesgesundheitsreferentinnen/–referenten ergänzend in die Evaluierung aufgenommen.

Im Zuge der Case–Study–Erhebungen wurden konkrete Ziele in Bezug auf zielgruppen– oder settingspezifische Weiterbildungen von PFA nur vereinzelt genannt (z. B. der Wunsch nach einer Weiterbildung im Kontext von an Demenz erkrankten Menschen). Leitende Pflegepersonen aus dem basalen Management orientieren sich offensichtlich thematisch an der GuK–WV.

„Zwischen den Assistenzberufen sehe ich keinen Unterschied, Kinästhetik, die gesamte komplementäre Pflege, Aromatherapie, Palliativpflege, da müssen beide gleich geschaltet sein, da sollte man nicht trennen, oder aber auch Delir, das wäre wichtig, eben, wie gesagt, sie sind eben die, die die ersten sind, die beim Patienten sind.“ (E_AL)

„Weiterbildungen werden uns in Bezug auf Wundmanagement, Begleitung von an Demenz erkrankten Menschen und Sturzprävention vorgeschlagen.“ (C_PFA)

Vonseiten der PFA wird auch der Wunsch geäußert, in spezialisierten Bereichen der Pflege eingesetzt zu werden bzw. da, wo das bereits der Fall ist, ihr gesamtes Tätigkeitsspektrum auch ausschöpfen zu können. Durchaus wird hier von der betroffenen Berufsgruppe der Vergleich zu den in § 17 GuKG geregelten Spezialisierungen für DGKP gezogen und mit dem Anliegen verknüpft, auch für die PFA fachspezifische Karriereperspektiven zu schaffen.

„Also, dass man auf Intensiv arbeiten kann oder Kinder, also dass es da Spezialisierungen auf ein Gebiet gibt, das wäre volle cool, damit man mehrere Perspektiven hat, verschiedene Bereiche sieht.“ (E_PFA)

„Für die Diplomierten gibt es die Regelung, dass sie, innerhalb von fünf Jahren müssen sie eine Aufschu- lung für das Kinderdiplom machen. Ich finde diese Spezialisierung sollte es für uns auch geben. Es muss ja kein ganzes Jahr sein, vielleicht nur ein halbes Jahr oder fünf Monate sollte es auch für die PFA geben, oder es könnte ja auch Aufschulungen in Richtung Stillberatung auch geben. Wir können ja auch beraten und es gibt ja auch in unserem Kompetenzbereich einiges, wie z. B. eine Stillberatung. So etwas könnte es auch für die PFA geben. Es ist schon klar, dass wir nicht so viel dürfen wie die Diplomierten, aber wenigstens einen Teil, dass wir uns selbstständiger spezialisieren können. Dass wir nicht so das Männ- chen für alles sind, welches man hinstellen kann, und es macht eben das, was es darf.“ (A_PFA)

5.5 Zukunft von PA im akutstationären Sektor?

Gemäß § 117 Abs. 23 GuKG ist ab 1. Jänner 2025 die Berufsausübung der Pflegeassistenz in Kran- kenanstalten nur mehr für jene Angehörige der Pflegeassistenz möglich, die ihre Ausbildung bis 31. Dezember 2024 erfolgreich abgeschlossen haben. Diese Regelung sieht allerdings unter be- stimmten festgelegten Voraussetzungen vor, dass durch Verordnung der Bundesministerin / des Bundesministers für Gesundheit der Einsatz von PA in Krankenanstalten auch nach diesem Zeit- punkt möglich ist. Da eine der Voraussetzungen für eine derartige Verordnung der Nachweis wäre, dass auch über den 1. Jänner 2025 hinaus ein diesbezüglicher Bedarf besteht, ist eine Prüfung des Bedarfs von PA in Krankenanstalten somit Teil des Evaluierungsauftrags.

In den Fallstudien wurde einerseits deutlich, dass der Plan des Gesetzgebers aufgenommen wurde und die Pilotprojekte in diesem Sinne gestaltet wurden, d. h. ein Zweier-Mix mit DGKP und PFA erprobt werden sollte.

Andererseits wurde auch deutlich, dass eben nicht alle PA die Weiterqualifizierung zur/zum PFA absolvieren wollten. In vielen Fällen handelte es sich um sehr erfahrene Mitarbeiterinnen/Mitar- beiter, die man ebenfalls weiter beschäftigen wollte. Jedenfalls wurde dies vor dem Hintergrund des Personalmangels eingebracht. In anderen Cases wurde dennoch ein Teamumbau vollzogen, was fallweise eine Versetzung der betroffenen PA in andere Bereiche zur Folge hatte. Damit geht auch der Station wichtiges Know-how verloren. Auch aus teamdynamischen Gründen kann das problematisch sein.

„Pflegeassistenten, die sehr wertvolle Mitarbeiter waren, die ich auch sehr geschätzt habe und für die es schon, also das war natürlich schwierig für die anderen, einfach von der Teamdynamik. Also man hat, sie haben das wohl verstanden, diese Mitarbeiter, aber es ist mir schwergefallen, vom Menschlichen einfach. Das waren Mitarbeiter, die ihre Arbeit sehr gut gemacht haben und um die es mir heute immer noch leid ist, aber die einfach zu alt waren, die halt schon gesagt haben, dass passt jetzt nicht mehr in ihren Lebensplan, dass sie die PFA-Aufschulung machen. Zuerst sind die alle zum Assessment gekommen und wer wollte, hat ja das Assessment machen können, und wenn er beim Assessment durchgekommen ist, hätte er die PFA-Aufschulung machen können. Meine Mitarbeiter waren aber Mitarbeiter, die durchwegs über fünfzig waren und gesagt haben, das machen sie jetzt einfach nicht mehr. Denn sie müssen nur

noch vier, fünf Jahre arbeiten, oder es hat in die Lebensplanung nicht gepasst. Und diese Mitarbeiter wurden halt dann sukzessive versetzt. Man muss sagen, sie haben sich das aussuchen können, wo sie hin wollten, und heute bin ich zufrieden, weil sie alle einen sehr guten Platz gefunden haben im Haus. Also ich finde schon, dass man mit ihnen gut umgegangen ist, aber für mich war es natürlich schwierig, es war ein Verlust.“ (C_AL)

Es kann aber auch sein, dass die Station – zumindest vorübergehend bzw. mittelfristig – drei Pflegeberufe im Personalmix beibehält mit den damit verbundenen Herausforderungen in der Abgrenzung von Rollen und Aufgaben (siehe Abschnitt 4.2).

Von den unterschiedlichen Perspektiven auf die Berufsgruppe der PA abgesehen, wird das „Auslaufen von PA in Krankenanstalten“ von den meisten Pflegepersonen als eine Tatsache wahrgenommen und eine mögliche Verlängerung der Anstellungsmöglichkeit nicht wahrgenommen. Lediglich die Angehörigen des höheren Pflegemanagements ließen erkennen, dass sie sich dessen bewusst seien, dass diese Frage noch nicht entschieden ist.

Zudem gilt die Einschränkung bezüglich der Berufsausübung in Krankenanstalten gemäß § 117 Abs. 23 GuKG nur für PA-Neuabsolventinnen/PA-Neuabsolventen und nicht für bereits ausgebildete PA. Aufgrund der berufsrechtlichen Vorgaben dürfen PA grundsätzlich ihren Beruf in Krankenanstalten ausüben, sofern sie ihre Ausbildung bis 31. Dezember 2024 abgeschlossen haben.

6 Diskussion

Mit der Case Study sollten Erfahrungen mit der Umsetzung der GuKG–Novelle 2016 im akutstationären Sektor insbesondere mit dem Einsatz der neuen Berufsgruppe PFA sowie der Übertragung ärztlicher und pflegerischer Tätigkeiten wissenschaftlich untersucht werden. Aufbauend auf den Ergebnissen der explorativen Interviews (Pleschberger/Holzweber 2020) erfolgte eine informierte Fallauswahl (s. u.). Die Stichprobe, in der sechs Kliniken oder Krankenhäuser („Cases“) eingeschlossen wurden, bildet ein breites Spektrum an klinischen Settings, regionalen Zugehörigkeiten sowie Anliegen und Intentionen von Projekten zur Umsetzung der GuKG–Novelle 2016 ab.

6.1 Flexibler Personaleinsatz durch Nutzung eines Skill–Grade–Mix?

Mit der Schaffung der neuen Berufsgruppe PFA im Rahmen der GuKG–Novelle 2016 sollte u. a. auch ein flexibler Personaleinsatz ermöglicht und gefördert werden. Dadurch soll den Anforderungen des Gesundheitswesens und des Pflegebereichs zielgerichteter und bedarfsgerechter Rechnung getragen werden (Gasser/Hausreither 2017). Im Kontext der Case Study war es daher von Interesse, ob und inwiefern das gelungen ist. Im Rahmen der Analyse wurden wesentliche Einflussfaktoren auf die Ausgestaltung des Personaleinsatzes herausgearbeitet (s. Abschnitt 3.1). Sie machen deutlich, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen nur zum Teil, als ein Aspekt unter anderen die Ausgestaltung der konkreten Praxismodelle bestimmten.

Auf Ebene der einzelnen Einrichtungen wurde deutlich, dass die zweijährig qualifizierte PFA ein hohes Potenzial zur Entspannung der Personalsituation birgt, etwa dadurch, dass sich die Delegationsmöglichkeiten vermehrt haben: Der zentrale Unterschied zur PA besteht in der gesetzlich eingeräumten Kompetenz von PFA zur „eigenverantwortlichen Durchführung“ der ihnen übertragenen pflegerischen oder ärztlichen Aufgaben ohne Aufsicht (vgl. Weiss/Lust 2017, § 83a Anm. 2). Im folgenden Abschnitt sollen ausgewählte Aspekte rund um Fragen des flexiblen Personaleinsatzes sowie Erfahrungen zur konkreten Ausgestaltung des Personalmix diskutiert werden.

6.1.1 Zwei oder drei Pflegeberufe im akutstationären Setting?

Die Tatsache, dass seit Inkrafttreten der GuKG–Novelle 2016 drei Pflegeberufe zur Verfügung stehen, erhöht nicht nur die Flexibilität, sondern auch die Komplexität. In den Case Studies wurde deutlich, dass sich alle Einrichtungen grundsätzlich zur Frage verhalten müssen, ob mittelfristig Modelle für einen Personalmix mit zwei und/oder drei Pflegeberufen entwickelt und realisiert werden sollen. Folgende Aspekte spielten dabei eine Rolle:

Es hat sich gezeigt, dass mehr als zwei Gesundheits- und Krankenpflegeberufe in einer Organisationseinheit insbesondere für PFA eine **Abgrenzung zum Kompetenzbereich der PA** erschweren; hier wurde die gesetzliche Regelung häufig kritisiert und auch die Praxis zeigte, dass zwischen PFA und PA im stationären Alltag kaum Unterschiede zu erkennen sind. Die PA auf den Stationen waren zumeist sehr erfahren, wodurch kaum ein Unterschied in der eigenverantwortlichen Durchführung von Tätigkeiten aus den §§ 83 und 83a GuKG zwischen PA und PFA gemacht wurde. In den Modelleinheiten, in denen gezielt ohne PA gearbeitet wurde, stellte sich diese Thematik naturgemäß nicht. Dort gelang es auch rascher, ein Verständnis vom Kompetenzprofil der PFA zu gewinnen, und die PFA konnten sich im Team leichter etablieren als in der permanenten Abgrenzung zur PA.

Je mehr DGKP in einem Team sind, desto höher ist die Flexibilität in Einsatz und Dienstplangestaltung. Vor dem Hintergrund, dass die meisten Projekte zur Implementierung von PFA mit einer Reduktion des Anteils von DGKP in den Teams einhergingen, wurde diesbezüglich Flexibilität eingebüßt. Dies hatte auch negative Konsequenzen für die Attraktivität, da eine individuelle Anpassung des Dienstplans durch „Tausch“ erschwert wurde (s. auch Abschnitt 4.2.3). Doch auch für PFA war dieses Thema relevant, denn erst ein substanzieller Anteil an PFA in einem Team ermöglicht einen Tausch unter „gleich qualifizierten“ Kolleginnen und Kollegen. Für die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben – insbesondere auch im Zusammenhang mit Sorgeaufgaben (z. B. Urlaub in den Schulferien etc.) – und damit auch für die Attraktivität der Arbeit und die Zufriedenheit mit einem Beruf ist ein bestimmtes Maß an Flexibilität wichtig (Rupp 2018).

Zum Stellenwert von PA im akutstationären Sektor

Aufgrund des besonderen Interesses an der Implementierung von PFA in akutstationären Einrichtungen und der damit verbundenen Betrachtung von Pilotprojekten hierzu lassen sich über den Stellenwert von PA in Krankenhäusern mit Blick auf die Zukunft aus dem Baustein „Case Studies“ nur sehr indirekt Aussagen treffen. Bei der Entwicklung von Projekten zur Implementierung von PFA war es meist ein explizites Anliegen, den Personalmix „ohne PA“ zu gestalten, konform mit den Anliegen der Gesetzesnovelle, denn gemäß § 117 Abs. 23 GuKG ist vorgesehen, dass ab 1. Jänner 2025 die Berufsausübung der Pflegeassistenz in Krankenanstalten nur mehr für jene Angehörige der Pflegeassistenz möglich ist, die ihre Ausbildung bis 31. Dezember 2024 erfolgreich abgeschlossen haben.

Wie dringend die PFA mit ihrer höheren Qualifikation im akutstationären Setting gebraucht würde, betonten die Akteurinnen und Akteure auf allen Ebenen. Untermauert wird diese Erfahrung ohnedies durch die Ergebnisse der Evaluierung der Ausbildungsbereiche in der Gesundheits- und Krankenpflege, welche bereits vor der Novelle durchgeführt wurde (Rottenhofer et al. 2012). Etwas verzerrt wird das Bild dadurch, dass die PFA in den meisten Abteilungen weit in das bisherige Aufgabengebiet von DGKP hinein entwickelt bzw. positioniert wurde.

Als besonderes Potenzial wurden aus o. g. Gründen PA mit einer Weiterqualifizierung als PFA wahrgenommen. Allerdings wurde die Möglichkeit der Weiterqualifizierung von PA zu PFA in wesentlich geringerem Ausmaß in Anspruch genommen, als von den Führungskräften gedacht.¹⁵ Daraus ergibt sich die Frage, wie die PA, die ihre Ausbildung bis 31. Dezember 2024 abgeschlossen haben, zukünftig am besten in den Krankenhäusern und Kliniken eingesetzt werden können, wenn auf den Stationen nicht in Form eines Dreier-Mix gearbeitet werden soll. Dieser Frage nachzugehen und die Rolle der PA entsprechend auszugestalten, erscheint auch im Sinne der Wertschätzung gegenüber den Angehörigen dieser Berufsgruppe wichtig. Auch wenn sich ein höher qualifizierter Pflegeassistentenberuf im Krankenhaus zu bewähren scheint, sollte angesichts des bestehenden Personalmangels einer bewährten Berufsgruppe ein Stellenwert eingeräumt werden. Zudem seien gerade PA häufig sehr erfahrene und versierte Kräfte auf den Stationen, deren Weggang als großer Verlust erlebt wird, sowohl fachlich als auch in sozialer Hinsicht. Mitunter entstand der Eindruck, dass die berufsrechtlichen Vorgaben so interpretiert werden, dass PA das Setting Krankenhaus verlassen müssten, was ja nicht der Fall ist (s.o.). Wie oben erwähnt, dürfen PA grundsätzlich ihren Beruf in Krankenanstalten ausüben, sofern sie ihre Ausbildung bis 31. Dezember 2024 abgeschlossen haben.

Vor dem Hintergrund der Sicherstellung der gesamten pflegerischen Versorgung ist die Frage des weiteren Einsatzes von PA in Krankenanstalten aus mehreren Blickwinkeln zu betrachten, denn der Personalbedarf ist auch außerhalb des akutstationären Settings enorm hoch (Rappold/Juraszovich 2019). Insbesondere im Bereich der (teil-)stationären Langzeitpflege und -betreuung sehen Planungen und Szenarien für die Zukunft eine Verschiebung des Grade-Mix hin zu einer Erhöhung des Anteils an Pflegeassistentenberufen vor (Rappold/Juraszovich 2019).

6.1.2 Nutzung der Möglichkeiten zum Skill-/Grade-Mix

Im einem Grundsatzpapier der WHO zur Frage nach dem optimalen Qualifikationsmix in der Pflege wird festgehalten, dass es zentral dafür sei, Herausforderungen wie „*Personalmangel und ungleicher Personalverteilung, steigenden Kosten der Gesundheitsversorgung und dem Ruf nach höherer Kostenwirksamkeit, Qualitätssteigerung einschließlich der beruflichen Weiterentwicklung der Profession und dem Wunsch nach einem besseren Arbeitsleben*“ zu begegnen (Bourgeault et al. 2008). Die Ergebnisse aus den Pilotprojekten werfen Fragen danach auf, ob und wie die fachlichen Ansprüche eines Skill- und Grade-Mix vor dem Hintergrund des Anliegens der Gesetzesnovelle tatsächlich in der Praxis genutzt und umgesetzt wurden.

Mehrdimensionales Handeln in der Pflege im Widerspruch zur routinemäßigen Delegationspraxis

Die spezifische Pflegepersonalzusammensetzung auf den untersuchten Abteilungen mit einer umfassenden Reorganisation erfolgte gemäß den anfallenden Tätigkeiten im Stationsalltag und der

15

Die Gründe dafür wurden in Abschnitt 4.4.4 ausgeführt.

Zuordnung des Qualifikationsniveaus, welches gesetzlich „mindestens“ erforderlich war. So wurde z. B. die körperliche Mobilisation von Patientinnen und Patienten unter den Aufgaben gemäß § 14 GuKG grundsätzlich an PFA delegiert. Solche Tätigkeiten wurden tendenziell als isolierte Handlungen betrachtet und ihre Mehrdimensionalität ausgeblendet, womit auch das „pflegetherapeutische Potenzial“ weitgehend unerkannt blieb (Leoni–Scheiber/Müller–Staub 2018). Gerade in der vermeintlich einfachen Tätigkeit „Mobilisation“ kommt eine Fülle an fachlichen Kompetenzen zum Tragen, wenn sie denn entsprechend umfassend genutzt wird: klinische Entscheidungsfindung, Erkennen von Zusammenhängen zwischen Wohlergehen der Patientin / des Patienten und den zugrunde liegenden Krankheitsbildern, Pflegediagnosen und das Anpassen der Handlungen auf den Anspruch einer situativen, individuellen Pflege. Aus fachlicher Sicht bleibt Pflege damit jedoch deutlich unter ihrem Wirkungspotenzial.

Ob und bei wem in welcher Situation Maßnahmen an PFA delegiert werden können und sollen, wäre vor dem Hintergrund der Bestimmungen der GuKG–Novelle 2016 weiterhin von der DGKP zu entscheiden, die diese im Zusammenhang mit o. g. Potenzialen zu prüfen hätte. Das steht im Widerspruch zu den Befunden einer routinemäßigen Delegation auf Basis von Matrizen in den Pilotprojekten und es braucht darüber hinaus entsprechende personelle Ressourcen bzw. Spielräume.

Stellenwert des Erfahrungswissens in der Pflege

An der konkreten Vorgangsweise in einigen Cases zur Ermittlung der Möglichkeiten für einen neuen Personalmix, konkret zur Beantwortung der Frage, wie viel DGKP „mindestens“ erforderlich wären, wird die immanente Grundproblematik gut sichtbar: Die Aufteilung von Aufgaben bzw. die Entwicklung neuer Abläufe innerhalb des neuen Grade–Mix erfolgte in den Cases pragmatisch so, dass DGKP die Rolle von PFA einnahmen. Das heißt, im Sinne eines „so tun, als ob“ sollten sie in der anderen Berufsrolle arbeiten mit dem Ziel, ggf. auch Risiken für gesetzliche Kompetenzüberschreitungen zu erkennen. Diese spielerische und pragmatische Herangehensweise blieb dennoch stark dem Prinzip „maximale Delegation“ von DGKP an PFA verhaftet. Übersehen wurde dabei allerdings, dass von der jeweiligen Wahrnehmung und Beobachtung in der Interaktion mit Patientinnen und Patienten gar nicht abstrahiert werden kann. Das heißt, eine DGKP kann im Rollenspiel gar nicht erkennen, was ein(e) PFA beobachtet, wahrnimmt, und welche Zusammenhänge er bzw. sie herstellen kann oder welche Schlüsse daraus gezogen werden.

Dem Erfahrungswissen, welches für die Pflege insbesondere für ein situationsbezogenes Handeln wichtig ist, wurde somit in den Projekten zur Umsetzung der Novelle auf der Mikroebene zu wenig Bedeutung beigemessen (Benner et al. 2009). Eine rigide, standardisierte und von der Einzelfallbeurteilung abgehende Delegationspraxis beinhaltet die Gefahr negativer Auswirkungen auf die Pflege- und Versorgungsqualität aufgrund von fehlenden bzw. nicht rechtzeitig gemachten Beobachtungen bzw. falschen Einschätzungen von Situationen. Zudem besteht das Risiko einer Überforderung von PFA.

Grade-Mix ohne Berücksichtigung von Skills

Die untersuchten Pilotprojekte hatten gemeinsam, einen neuen Skill-Grade-Mix in der akutstationären Versorgung zu erproben. In der Praxis scheint dieser Begriff für die Zusammensetzung von Teams in der Pflege mittlerweile fest etabliert zu sein, in allen Cases fand er breite Verwendung. In den meisten Fällen ging es dabei jedoch in einem verkürzten Sinn in erster Linie um die „Grade“, nämlich die jeweilige formale Qualifikation bzw. den beruflichen Abschluss (z. B. PA, PFA, DGKP). Mit dem Begriff „Skill“ ist hingegen zudem auch eine Differenzierung nach Fähigkeiten, Fertigkeiten und Erfahrungen einer Person verbunden (Neumann-Ponesch/Leoni-Scheiber 2020). Demgemäß weisen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein- und derselben Berufsgruppe unterschiedliche Kompetenzprofile auf, die sich aus individuellen Fort- und Weiterbildungen sowie aus der Berufs- und Lebenserfahrung ergeben. Diese Tatsache spiegelte sich jedoch in den Überlegungen zur Ausgestaltung von Teams auf Stationsebene in den Reorganisationsmodellen der untersuchten Cases nicht wider.

Die Personalausstattung in den Projekten war weitgehend an einem vorgegebenen Grade-Mix orientiert, der vor dem Hintergrund der jeweiligen stationsspezifischen Anforderungen allenfalls geringfügige Unterschiede aufwies. Die Gesamtheit an Qualifikationen in einem Team, gemessen an Grades, stellte sich jedoch anders dar, wenn Skills und Erfahrung entsprechend mitberücksichtigt würden (Cunningham et al. 2019). Dieser Aspekt wurde in den Cases zwar erwähnt, z. B. wenn es um den Verlust erfahrener Kräfte im Zusammenhang mit dem Teamumbau (Zweier-Mix) ging, erschien jedoch keinen Einfluss auf die grundsätzliche Personalausstattung zu haben (siehe Abschnitt 4.2). Allenfalls wurden solche Aspekte intuitiv ohne diesbezügliche formale Vorgaben im Rahmen der Dienstplangestaltung berücksichtigt, wenn etwa unerfahrene Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter mit erfahrenen eingeteilt wurden, doch hierfür waren die Spielräume, bedingt durch erforderliche Qualifikationen (im Sinne von Grades), ohnehin relativ gering.¹⁶ Somit kann in der Ausgestaltung des Personalmix auf den untersuchten Abteilungen aktuell nicht von einem „Skill-Grade-Mix“ gesprochen werden.

Um vom Grade-Mix auch hin zu einem Skill-Mix zu kommen, bzw. um die erforderlichen Personalressourcen zu erfassen, wäre es wichtig, dass Teams auch auf Stationsebene differenziert betrachtet werden. Instrumente wie das Evidence-based Safe Nurse Staffing Toolkit der Canadian Nurses Association (Association 2015) oder der „Nursing Workforce Standard“ des Royal College of Nursing (RCN) bieten Anregung dafür, wie dies erfolgen kann. Sie ermöglichen etwa über Fragenmodule zu einer Einschätzung über die jeweils passende Personalzusammensetzung zu kommen, und dabei Qualität und Sicherheit gewährleisten zu können. Das kanadische Tool ist online verfügbar, und ist ebenso wie jenes des RCN evidenzbasiert. Ein vergleichbar niederschwelliges Unterstützungsinstrument für Österreich zu entwickeln könnte ein sinnvoller Schritt für die Realisierung eines Skill und Grade Mix sein.

16

Hier sei daran erinnert, dass es mit dem neuen Personalmix als schwieriger empfunden wurde, einen Dienstplan zu erstellen, weil der geringe Anteil von DGKP im Team wenig Flexibilität ermögliche (s. Abschnitt 4.2.3).

6.2 Neue Rollen/Funktionen im Personalmix – DGKP und PFA

Die o. g. Entwicklungen rund um einen neuen „abgestuften“ Personalmix haben auch Änderungen im Rollenverständnis der beteiligten Berufsgruppen, allen voran der DGKP zur Folge. Es galt, die Rolle der neuen Berufsgruppe PFA im Zuge der Pilotprojekte für das akutstationäre Setting zu entwickeln. Wie dies erfolgte, welche Einflussfaktoren sich erkennen lassen und welche Auswirkungen dies auf Aspekte wie Attraktivität, Berufsverständnis und Pflegequalität im Sinne einer patientenorientierten Versorgung hat, soll im folgenden Abschnitt diskutiert werden. Allerdings lassen sich diese Aspekte mitunter nicht trennscharf voneinander abgrenzen, weshalb hier auch auf Abschnitt 6.3 verwiesen werden soll, in dem die Auseinandersetzung mit diesen Fragestellungen vor demselben Hintergrund, jedoch weniger von den jeweiligen Rollen und Funktionen ausgehend erfolgt.

6.2.1 Rahmenbedingungen zur Entwicklung von Rollen- und Tätigkeitsprofilen

Kritik wurde an den o. g. Änderungen im Rollen- und Tätigkeitsprofil von DGKP lediglich im Zusammenhang damit geäußert, dass dieses „Mehr an Aufgaben“ nicht mit mehr personellen Ressourcen einherging. Die Analyse der Personalentwicklung in Fondskrankenanstalten im Zeitverlauf brachte deutlich zum Ausdruck, dass die gestiegenen Herausforderungen der Versorgung von Patientinnen und Patienten in diesem Setting für die GuK-Berufe nicht im selben Ausmaß mit Zuwächsen im Personal einhergingen als etwa für Ärztinnen und Ärzte (s. Abschnitt 1.1.2). Studien zur Arbeitslast in Österreich im internationalen Vergleich liegen für den Krankenhaussektor nicht vor, allerdings weisen settingspezifische Vergleiche mit anderen Ländern in die Richtung, dass hierzulande die Arbeitslast für Pflegekräfte deutlich über dem Durchschnitt liegt (OECD 2020).

So wird deutlich, dass unter einer Sollvorgabe zur Delegation und einem relativ geringen Anteil von DGKP pro Schicht, unter anderem durch den Ersatz von DGKP durch PFA, bei gleichzeitiger Übernahme einer Vielzahl an Tätigkeiten aus dem Kompetenzbereich der medizinischen Diagnostik und Therapie der DGKP (zu) wenig Spielräume für eine fachliche Entscheidungsfindung und deren Umsetzung bleiben. Die Ergebnisse der Case Study legen einen solchen Schluss nahe und dies wurde auch von Führungskräften, die am Validierungsworkshop teilnahmen, bestätigt.

Wohl auch vor diesem Hintergrund wurde das Rollenverständnis auf die „Übernahme von Verantwortung“ bei „maximaler Delegation“ sehr eng interpretiert. Die Häufigkeit sowie die Dauer der Interaktion von DGKP mit Patientinnen und Patienten stellte sich als stark reduziert dar, und sie ergibt sich inhaltlich vorrangig aus den gesetzlich den DGKP vorbehaltenen Tätigkeiten und Aufgaben. Um Orientierung zu geben, wurden Delegationsmatrizen erarbeitet, die jedoch vor dem o. g. Hintergrund so ausgerichtet waren, dass das Delegationsverständnis bei den DGKP weniger an fachlichen Aspekten ausgerichtet war als vielmehr an „Sollvorgaben“ gemäß der Delegationsmatrix im Sinne einer routinemäßigen Delegation. Der Intention des Gesetzgebers wird damit jedoch ebenso wenig Rechnung getragen wie den fachlichen Ansprüchen einer professionellen und patientenorientierten Pflege.

Beeinflusst und befördert wird diese Dynamik von a) (zu) knapp bemessenen Ressourcen, aus denen sich eine hohe Fallzahl ergibt, für die DGKP jeweils in einer Schicht „verantwortlich“ sind, sowie b) von einem historisch begründeten Verständnis in der Pflege, wonach zwischen Grund- und Behandlungspflege unterschieden wird und c) einer gewissen Entsprechung der o. g. Logik in der unterschiedlichen Darstellung der Kompetenzen im Berufsgesetz (§ 14 versus § 15 GuKG).

a) Knapp bemessene Ressourcen

Es wurde bereits auf die Veränderung der Rolle von DGKP als Trägerinnen/Träger von Verantwortung für die Erbringung sämtlicher pflegerischer Leistungen sowie der übertragenen Tätigkeiten im Rahmen der medizinischen Diagnostik und Therapie eingegangen. Bemerkenswert ist, dass in vielen Cases davon berichtet wurde, dass dies für manche DGKP „zu viel Verantwortung“ wäre und diese entweder die Rolle von PFA übernehmen würden oder die Station verlassen hätten. Angesichts der teilweise hohen Anzahl an Patientinnen und Patienten, für die die DGKP die Verantwortung übernehmen, welche vom Pflegemanagement auch als „Führungsspannen“ bezeichnet wurden, stellt sich allerdings die Frage, ob das Problem von „zu viel Verantwortung“ für DGKP nicht eher in einem Problem von Verantwortung „für zu viele“ begründet liegt?

Die konstante Beobachtung, Überwachung und Einschätzung des Pflegebedarfes und das Erkennen von Risiken und sich anbahnenden Komplikationen erfordern professionelles Wissen und die Fähigkeit, Zusammenhänge zu erkennen, sowie entsprechende zeitliche Ressourcen und eine überschaubare Anzahl an Patientinnen und Patienten (Aiken et al. 2014). Befunde aus der internationalen Literatur zeigen einen Zusammenhang zwischen der Gesamtzahl an Pflegestunden, die eine DGKP in direkter Verantwortlichkeit für die Akutpflege einer Patientin / eines Patienten pro Tag aufwendet, und der Aufenthaltsdauer (Frith et al. 2010; Kane et al. 2007) sowie vermeidbaren Wiederaufnahmen (Bobay et al. 2011).

Vor diesem Hintergrund ist die Frage zentral, wie der jeweilige Caseload (Anzahl Patientinnen/Patienten pro DGKP) gut analysiert und reflektiert sowie ggf. angepasst werden kann. Empfehlungen oder gar vorgegebene „Schlüssel“ erscheinen zur Beantwortung dieser Frage wenig hilfreich, weil der jeweilige Bedarf abhängig vom klinischen Kontext und den jeweiligen Patientinnen und Patienten ist. Auch in den Case Studies blieb die Frage, für wie viele Patientinnen und Patienten eine DGKP die zentrale Funktion als „fachliche Führung“ übernehmen „kann“, unbeantwortet.

Die dahinter liegende Frage weist aber auf eine ethische Dimension hin, möglicherweise auf einen Wertekonflikt, der den o. g. Fragen innewohnt. So müssen Interessen und Ansprüche an eine qualitätsvolle patientenorientierte Pflege und Versorgung mit (ver)knapp(t)en Ressourcen in einem ökonomisierten und an Effizienz orientierten Gesundheitssystem in Einklang gebracht werden (Manzeschke 2010). Durch die einerseits bestehenden ökonomischen Mehrforderungen und andererseits durch die gesellschaftlichen sowie berufsideologischen moralischen Mehrforderungen, wie Beziehungsarbeit und Interaktion, entstehen für Pflegepersonen über ein effizientes Abarbeiten von Aufgaben hinausgehende Konfliktsituationen. Aus ethischen Gesichtspunkten wird eine Auseinandersetzung im Sinne einer produktiven und nachhaltigen Balance zwischen Effizienz und Belastbarkeit auf Ebene der Individuen, der Organisationen und des gesamten Systems gefordert (Manzeschke 2010).

An dieser Stelle sei lediglich darauf hingewiesen, dass eine systematische Auseinandersetzung mit diesem Thema in Österreich noch ausständig ist. Die Grundlagen hierfür und die vorgefundenen Zählweisen oder Darstellungsformen von Personalausstattung variieren stark und die Datengrundlage erschwert einen Vergleich. So hat sich etwa eine Nurse-to-Patient Ratio, wie international anzutreffen, in Österreich als Kennzahl nicht durchgesetzt (DBfK 2016; Sermeus et al. 2011). Aus pflegewissenschaftlicher ebenso wie aus –politischer Perspektive bedarf es jedoch klarer Indikatoren, die Vergleiche ermöglichen und auf einer „Faktenbasis“ einen diesbezüglichen Diskurs befördern (Rappold 2021; Staflinger 2019).

b) Grund- und Behandlungspflege –eine folgenschwere Differenzierung

Die Begriffe „Grundpflege“ und „Behandlungspflege“ gehen auf Eichhorn (1975) zurück, der Pflegeleistungen für die Krankenhausbetriebslehre in Grund- und Behandlungspflege einteilte. Damit wurde eine Reduktion und Unterscheidung pflegerischer Tätigkeitsbereiche in den deutschsprachigen Diskurs eingeführt, der sich hartnäckig hält, obwohl längst Konsens darüber besteht, dass diese Differenzierung aus einer pflegefachlichen Perspektive viel zu kurz greift und hochproblematisch ist (Schwarzmann 1999). Der „Grundpflege“ wird zugeschrieben, dass diese schneller erlernbar sei und dementsprechend ein geringeres Qualifikationsniveau erfordere. „Behandlungspflege“ umfasst jenen Teil der Pflege, der eher technischer Natur ist und nahe am medizinischen Fachgebiet liegt, was mit einer höheren Anforderung an das Qualifikationsniveau verbunden wurde (Eichhorn 1975)¹⁷. Dieser Kategorisierung lagen vorrangig betriebswirtschaftliche Überlegungen zugrunde. Konkret sollte darüber die Frage, wie viel Personal auf welchem Qualifikationsniveau für die Erbringung von Leistungen erforderlich ist, beantwortet werden (Schwarzmann 1999). In der Praxis zeigt sich jedoch, dass systembedingt eine Priorisierung zugunsten der Behandlungspflege vorherrscht, d. h. bei personeller Unterbesetzung würden Pflegekräfte den Zeitaufwand in der sogenannten Grundpflege reduzieren (Schwarzmann 1999).

Diese Entwicklung konnte auch in den untersuchten Cases in Bezug auf die Ausübung der pflegerischen Kernkompetenzen (§ 14 GuKG) im Gegensatz zur Durchführung übertragener Aufgaben im Rahmen der medizinischen Diagnostik und Therapie (§ 15 GuKG) beobachtet werden. Angesichts der reduzierten Ressourcen an DGKP in Pilotprojekten konzentrierten sich diese auf jene Tätigkeiten, die gemäß den gesetzlichen Vorgaben eben nur sie durchführen dürften (z. B. das Anlegen/Wechseln von Wundverbänden und/oder die Organisation und Koordination von Untersuchungen), während Gespräche zur Aufklärung und Beratung von Patientinnen und Patienten reduziert wurden oder auch routinemäßige Besuche in den Patientenzimmern („Durchgehen am Abend“) wegfielen. Nicht nur gehen damit Situationen verloren, in denen auch präventiv gewirkt

17

In den Daten der Case Study wurde die Behandlungspflege auch als „spezielle Pflege“ bezeichnet; dies drückt aus, dass diese Differenzierung in den Köpfen der Berufsangehörigen nach wie vor verankert ist.

werden könnte, generell zeugt diese Priorisierung von einer eher schwach ausgeprägten Identifikation mit den Inhalten der pflegerischen Kernkompetenzen und damit erforderlichen Qualifikationen.¹⁸

(c) Die Darstellung von Kompetenzen im Berufsgesetz

In Hinblick auf die Unterteilung der Kompetenzen von DGKP gemäß §§ 14 bis 16 GuKG sind durchaus Parallelen zu der im vorigen Abschnitt dargestellten Unterscheidung und Hierarchisierung von Grund- und Behandlungspflege (spezieller Pflege) erkennbar. Beispielsweise folgt die Darstellung in § 14 GuKG einer Prozessorientierung, in der jedoch der Schritt „Planung“ – er obliegt der DGKP – von jenem der „Durchführung von Maßnahmen“ – die eigenverantwortlich durch PFA und unter Aufsicht durch PA erfolgen kann differenziert zugeordnet wird. Erforderliche Kompetenzen, die der Mehrdimensionalität von Pflegesituationen und ihrer Komplexität gerecht werden, treten dadurch in den Hintergrund und die pflegerische Kernkompetenz ,insbesondere die Durchführung von Pflegeinterventionen, wird als basaler, an Assistenzberufe delegierbarer Bereich wahrgenommen (Schwarzmann 1999). Die an Tätigkeiten orientierte Aufzählung im Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie in den §§ 15, 83 und 83a GuKG hat diese Differenzierung von Pflege möglicherweise zudem begünstigt, und einer Abwendung von einer Kompetenzorientierung in der Aufgabenverteilung zwischen den Pflegeberufen nicht entgegengewirkt.

Dies ist insofern paradox, als mit der Novelle des GuKG 2016 das Anliegen einer kompetenzorientierten Pflege befördert werden sollte, und die Ausgestaltung des § 14 GuKG bringt dies auch überzeugend zum Ausdruck (Rappold 2016). Dass die DGKP in den vorliegenden Case Studies – darauf angesprochen – nur wenig konkrete Praxis dazu anführen konnten, ist aus professioneller Sicht problematisch, es spiegelt möglicherweise aber auch die beschränkten Möglichkeiten für die Ausübung dieser Kompetenzen im akutstationären Sektor wider, was im Kontext der o. g. angespannten Personalressourcen zusätzlich verstärkt wird (s. dazu Abschnitt 4.5.1).

6.2.2 Fachliche Führung durch DGKP und Herausforderungen der Delegation

Da im Kontext eines Personalmix unterschiedlich qualifiziertes Personal an der Pflege beteiligt ist, wird das Thema der „fachlichen Führung“ auf einer Station wichtiger (Ludwig/Schäfer 2011). Die Etablierung dieser Funktion war daher ein fester Baustein in den Pilotprojekten, besetzt wurde sie mit einer bis zwei DGKP pro Schicht in Abhängigkeit von der Größe der Einheiten.

Auch wenn bereits vor Inkrafttreten der GuKG–Novelle 2016 die Delegation ein fester Bestandteil im Berufsprofil des gehobenen GuK–Dienstes war, stand eine Neuausrichtung des beruflichen

18

Zu den Risiken hinsichtlich der Qualität der Pflege sei auf Abschnitt 6.3 verwiesen.

Handelns von DGKP, in der die Delegation von Aufgaben in den Mittelpunkt gerückt wurde, im Zentrum der Pilotprojekte zur Implementierung von PFA. Mit hohem Engagement wurden Schulungen und Qualifizierungsmaßnahmen durchgeführt, um einen Wandel im beruflichen Selbstverständnis bei DGKP zu erwirken. Auch abseits der Case Study liegen Berichte zu solchen Aktivitäten aus österreichischen Krankenhäusern und Kliniken vor (vgl. z. B. Breiteneder–Aigner 2020). Dies war in eine Arbeitsorganisation eingebettet, in der der fachlichen Führung die Rolle der Koordination von Versorgung sowie der „Steuerung“ des Pflegeprozesses zugewiesen wird. Die Assistenzberufe führen in diesen Modellen die pflegerischen Interventionen an den Patientinnen und Patienten durch und erfüllen die Aufgaben im Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie im Ausmaß ihrer gesetzlichen Berechtigung.

Attraktivität und Professionalität im Rollenverständnis von DGKP

Wie attraktiv ist eine solche Rolle der „fachlichen Führung“ für DGKP? Die Ergebnisse liefern hierzu ein widersprüchliches Bild, und dies liegt wohl auch darin begründet, dass DGKP einen sehr unterschiedlichen Erfahrungs- und Erwartungshorizont aufweisen, der neben den tatsächlichen Arbeitsbedingungen einen wichtigen Einfluss darauf nimmt, wie attraktiv eine berufliche Rolle erlebt wird (Liu et al. 2016).

Grundsätzlich ist mit der Funktion der fachlichen Führung auch ein höheres Maß an Autonomie verbunden. Autonomie in der Pflegepraxis steht in Zusammenhang damit, welche Handlungsräume bzw. Freiheiten Pflegepersonen in ihrer Berufspraxis haben, um Entscheidungen zu treffen, und hat wesentlichen Einfluss auf die Arbeits- und Berufszufriedenheit (Kohlen 2019; Leichsenring et al. 2015; Weidner 2020). Durch die Hinzunahme von Aufgaben aus dem Kompetenzbereich der medizinischen Diagnostik und Therapie erweitert sich das Spektrum an Handlungsmöglichkeiten sowie der Gestaltung einer patientenorientierten (Bezugs-)Pflege – zumindest theoretisch. Die Ergebnisse haben eindrücklich gezeigt, dass eine umfassende Übernahme von Tätigkeiten aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie stattfindet und dass dies von DGKP als Aufwertung ihrer Arbeit erlebt wird. Diese Position ist allerdings widersprüchlich: Während für manche DGKP die Körperpflege als „wenig reizvolle“ Tätigkeit eingestuft wird, zumindest als sehr anstrengend und belastend im Vergleich zur Durchführung von Tätigkeiten im Rahmen der medizinischen Diagnostik und Therapie, stellt sie für andere das Wesen von Pflege dar, in deren Rahmen eine Fülle an gesundheitsförderlichen, präventiven, rehabilitativen Wirkungen erzielt werden kann. Hier muss wohl auch von unterschiedlichen Ansprüchen und Erwartungen an die berufliche Praxis unter DGKP ausgegangen werden (Uzarewicz/Moers 2012).

Die Übernahme der Gesamtverantwortung für den Pflegeprozess unter einer tendenziell funktionalen Arbeitsorganisation führte insbesondere bei erfahrenen DGKP zu Bedenken (s. Abschnitt 4.1.3). Hierbei nimmt die vorhandene Personalausstattung wiederum eine rahmengebende Rolle ein, da unter einem Personalmix mit geringem DGKP-Anteil die Übernahme der gesamten Versorgung von Patientinnen und Patienten bzw. die Durchführung von Pflegemaßnahmen (welche rechtlich auch delegiert werden könnten) aus zeitlichen Ressourcen gar nicht möglich ist. DGKP mit vergleichsweise geringer Berufserfahrung äußerten diesbezüglich weniger Bedenken, wenngleich der Wunsch nach Arbeit mit Menschen auch für jüngere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mitunter größer gewesen war, als er sich in der Praxis realisieren ließ.

6.2.3 PFA als neue Berufsgruppe und ihr Kompetenzprofil

Die Ergebnisse legen nahe, dass die PFA im akutstationären Kontext eine wichtige Ressource darstellt und in den untersuchten Modellen auch umfassend und vielfältig eingesetzt wird. Allenfalls in Integrationsmodellen, wo PFA ähnlich wie PA eingesetzt wurden, wurde von den Berufsangehörigen Enttäuschung ausgedrückt aufgrund nicht erfüllter Erwartungen hinsichtlich der umfassenden Ausübung von erlernten Tätigkeiten.

Grundsätzlich wurden PFA als gut ausgebildet erlebt, speziell in der standardisierten Beobachtung von Patientinnen und Patienten. Das **Qualifikationsprofil der PFA** erscheint für einen Assistenzberuf als passend. Diskussionen bezüglich Kompetenzerweiterungen gab es hinsichtlich einzelner Tätigkeiten, wie z. B. des Anhängens von Infusionen. Kritisch ist in Zusammenhang mit den geäußerten Forderungen die Kompetenzerweiterung in Form isolierter Tätigkeiten zu betrachten. So wurde in Kapitel 5.2. deutlich, dass diese Fragen neben dem Aspekt der Versorgungskontinuität und Effizienz auch aus dem Gesichtspunkt der (Pfleger-)Qualität und Arbeitsorganisation sowie der Patientensicherheit betrachtet werden müssen (s. u.). Insbesondere sei hier auf das Erkennen von Zusammenhängen zwischen Krankheitsbildern, Behandlungsregimen und getätigten Beobachtungen oder Äußerungen der Patientinnen und Patienten hingewiesen. Wie kompetent können PFA angesichts ihres Qualifikations- und Erfahrungshintergrundes im Zusammenhang mit der Durchführung einer bestimmten Tätigkeit informieren und beraten? Können sie den Ansprüchen gerecht werden, die Patientinnen und Patienten im Sinne einer informierten Zustimmung haben? Es ist bemerkenswert, dass sich in der Case Study vor allem Ärztinnen und Ärzte kritisch äußerten dahingehend, dass gerade o. g. Aspekte den Unterschied zwischen Assistenz und gehobenem Dienst markieren würden.

Die PFA müssen schließlich immer noch als **Pionierinnen und Pioniere** in der Praxis der akutstationären Versorgung in Österreich betrachtet werden. Während der Ausbildung war man ihnen häufig skeptisch begegnet, meist wurde ihnen auferlegt, ihr „Kompetenzprofil“ zu kennen und offensiv zu vertreten. In einigen Cases gab es intensive Bemühungen, diese Auszubildenden zu unterstützen und ihnen auf sogenannten Modellstationen auch ein gutes Praxisfeld zu bieten. PFA ihrerseits präsentierten sich als hoch engagiert und wurden von den DGKP auch so wahrgenommen. Ob sich diese Phänomene fortschreiben lassen, wenn ein gewisser Pioniergeist vererbt ist, bleibt offen.

Das Berufsprofil der PFA wird aufgrund der großen Nähe zu den Patientinnen und Patienten als attraktiv beschrieben. Die erlebte **Zufriedenheit und Attraktivität** stand für PFA eng in Verbindung mit der erlebten Akzeptanz sowie der erlebten Autonomie sowohl in der Ausbildung als auch in der beruflichen Praxis in den Abteilungen. Sichtbar waren aber auch Situationen von moralischem Stress und Überforderung (s. Abschnitt 4.5.3). Jene PFA, die noch am Anfang ihrer Berufslaufbahn standen, waren in hohem Maße an **Möglichkeiten der Weiterqualifizierung** interessiert, besonders das Erlangen des Diploms schien für diese Gruppe erstrebenswert. Die vorherrschende Unsicherheit ob der Möglichkeiten dazu wurde stark kritisiert, dies würde die Attraktivität des neuen Berufs, der doch besonders für junge Menschen interessant sein sollte, stark konterkarieren.

6.3 Aspekte der Versorgungsqualität

Es wurde mehrfach auf die hohen Anforderungen einer qualitativ hochwertigen akutstationären Versorgung hingewiesen. Ihnen sollte im Rahmen der Novelle mit der Tertiärisierung der Pflegeausbildung begegnet werden (s. Abschnitt 4.2.3). Zukünftig sollten hochschulisch ausgebildete DGKP in allen Cases die Steuerung und die Koordination der Betreuung von Patientinnen und Patienten übernehmen. Ihnen wurde mit der PFA eine besser qualifizierte Assistenz an die Seite gestellt. Die Zusammenarbeit sollte von den jeweiligen Einrichtungen in Form eines Skill-Grade-Mix im Sinne eines ökonomisch sinnvollen Ressourceneinsatzes („flexibler Personaleinsatz“) neu organisiert werden. Wie dies nun hinsichtlich der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung in den Pilotprojekten gelungen ist, soll im Folgenden diskutiert werden.

6.3.1 Spannungsfeld Versorgungskontinuität, Versorgungsbrüche und Patientensicherheit

Eine wichtige Säule für eine patientenorientierte professionelle Pflege bildet die Kontinuität in der Versorgung. Es ist daher von Interesse, inwiefern die gesetzlichen Änderungen und ihre Umsetzung in der Praxis Veränderungen hinsichtlich dieses Kriteriums bewirkt haben. Die Ergebnisse der Studie weisen Entwicklungen in beide Richtungen auf, und nur teilweise sind diese auch vom gesetzlichen Rahmen beeinflusst.

Durch die verstärkte Übernahme von Tätigkeiten aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie durch Angehörige der GuK-Berufe auf Anordnung von Ärztinnen und Ärzten (§§ 15 und 15a GuKG bzw. § 83 Abs. 4 und § 83a Abs. 2 GuKG) kam es zu einer **Optimierung von Prozessen** für die Patientinnen und Patienten. Pflegepersonen können Arbeitsprozesse, die vorher an der Schnittstelle zwischen Medizin und Pflege lagen, zeitnah einleiten und durchführen. Auf die positive Haltung von DGKP dazu wurde bereits hingewiesen, in den Daten der Case Study gibt es zudem Hinweise darauf, dass dies von Patientinnen und Patienten als positiv erlebt wird. Auch die Aussagen von Ärztinnen und Ärzten legen eine Verbesserung nahe, etwa durch die Beschleunigung von Prozessen und Sicherung von Kontinuität durch die Übernahme von Tätigkeiten. Auch dem Auftreten von Pflegephänomenen kann durch die Übernahme von Tätigkeiten, die dem Kompetenzbereich der Medizin zugeordnet werden, effizienter begegnet werden. Beispielhaft kann hierfür die Durchführung eines Bladderscans von einer DGKP direkt nach Blasenentleerung angeführt werden. Sie begünstigt die unmittelbare Einleitung von Pflegemaßnahmen je nach Befund. In diesem Sinne haben gesetzlicher Rahmen und dessen praktische Umsetzung in den Pilotprojekten wohl zu einer optimierten Versorgung – auch im Sinne der Kontinuität – beigetragen.

Wurden einerseits Versorgungsprozesse wie oben beschrieben optimiert, kommt es an einer anderen Stelle zu **Versorgungsbrüchen**, nämlich dort, wo die Grenze zwischen DGKP und PFA bzw. den Pflegeassistentenberufen gezogen wurde. Dies ist etwa in Zusammenhang mit dem Infusionsmanagement der Fall (s. o.). Sie entstehen dadurch, dass die PFA laufende Infusionen zwar abhängen darf, aber nicht anhängen. Dies würde im stationären Arbeitsablauf zu Unterbrechungen von Prozessen führen. Die Argumentation für eine Kompetenzerweiterung der PFA zur Übernahme des

Anhängens von Infusionen basiert auf der Prozessoptimierung für Patientinnen und Patienten (Reduktion von Wartezeit und Kontinuität). Bereits im Österreichischen Pflegebericht 2007 wurde auf den Einfluss der Ablauforganisation auf Kompetenzüberschreitungen in der Pflegeassistenz (damalige Pflegehilfe) hingewiesen (Riess et al. 2007). DGKP und PFA schätzen die Gefahreneignisgefahr beim Anhängen von Infusionen durch die PFA nicht höher ein als jene bei bereits bestehenden Kompetenzen der PFA aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie gemäß § 83a GuKG. Im Rahmen des Validierungsworkshops wurden hierzu dennoch unterschiedliche Auffassungen sichtbar und es wurde eine Diskussion unter dem Aspekt der Mehrdimensionalität von Pflegehandlungen und -situationen geführt.¹⁹

Einen weiteren Aspekt im Zusammenhang mit Versorgungsbrüchen stellt der geringe Anteil an DGKP in der direkten pflegerischen Versorgung dar, der jedoch auf der Arbeitsorganisation beruht, die eine „Tandempflege“ bei einzelnen Patientinnen und Patienten kaum zulässt. Das Argument des Versorgungsbruches wird im Akutkrankenhaus damit begründet, dass die DGKP in die „direkte Pflege“ kaum eingebunden sind und quasi „nur für die Infusion“ hinzugeholt werden müssen. Hinsichtlich der Kontinuität der Versorgung verdeutlichen die Ergebnisse (s. Abschnitt 4.5.1), dass sich die Anzahl an Personen, die Handlungen an Patientinnen und Patienten verrichten, deutlich erhöht hat. Dies ist wohl eine Folge eines ausdifferenzierten Personaleinsatzes. Der Anspruch auf „Bezugspflege“ gewinnt vor diesem Hintergrund aber eine neue Bedeutung.

Eine Unterscheidung der Berufsgruppen sei für die Patientinnen und Patienten nach Aussage der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oftmals nicht möglich. Fragen der farblichen Kennzeichnung von Dienstkleidung wurden mitunter heftig diskutiert, insbesondere DGKP erlebten es als Abwertung, wenn ihre Qualifikation nicht auf den ersten Blick sichtbar wurde und die Ähnlichkeit mit PFA zu hoch war. Dies wurde von Ärztinnen und Ärzten ebenfalls kommentiert. Die Patientinnen und Patienten wurden in dieser Hinsicht als äußerst geduldig erlebt, jedoch wird insbesondere für Menschen mit demenziellen Veränderungen ein Wechsel an Betreuungspersonen und die fehlende Kontinuität als problematisch eingeschätzt und daher auch vor dem Anspruch auf Qualität kritisch hinterfragt.

Die Betrachtung von Versorgungsbrüchen, wie insbesondere am Infusionsmanagement dargestellt, führt zu einer Auseinandersetzung mit Themen wie Effizienz und Ökonomie einerseits, aber auch mit Aspekten der Sicherheit und Kontinuität andererseits, beispielsweise anhand der Fragestellung, wie die Sicherheit und Qualität für Patientinnen und Patienten erhöht und dennoch Kontinuität in der Versorgung geschaffen werden kann.

19

siehe dazu die Ausführungen zum pflegetherapeutischen Potenzial am Beispiel der Intervention „Mobilisation“ (s. Abschnitt 6.1.2)

6.3.2 Funktionelle Arbeitsorganisation

Der neue Personalmix wurde dahingehend genutzt, die Arbeitsorganisation hinsichtlich der Effizienz von Abläufen zu optimieren, um eine reibungslose medizinische Versorgung sicherzustellen. Aspekte der Patientenorientierung traten dadurch in den Hintergrund. Im Fokus von effizienten Abläufen zeigte sich im Stationsalltag eine Orientierung an medizinischen Behandlungsprozessen, denen auch die Arbeitsorganisation in der Pflege folgte. So bestimmen die festgelegten Zeiten für Infusionstherapien, Visite, Untersuchungen und Operationen und diagnostische Maßnahmen, Aufnahmen und Entlassungen den Tagesablauf der Pflegepersonen und auch der Patientinnen und Patienten. Die Aufgabenverteilung erfolgt entlang von durchzuführenden Tätigkeiten und unter Priorisierung der medizinischen Behandlungsprozesse. Dies war auch häufig ausgehend von der als „Sollvorgabe“ gelebten Delegationsmatrix der Fall. Eine Zuteilung von Patientinnen und Patienten zu einer Pflegeperson im Sinne einer gesamthaften Ansprechperson zumindest für den Tag („Bezugspflege“) stellte nicht die Regel der Arbeitsorganisation dar. Eine funktionale Durchführung von Tätigkeiten steht jedoch im Widerspruch zu einem ganzheitlichen Pflegeverständnis, wie aus den Ergebnissen in Abschnitt 4.1.3 hervorgeht. Pflegepersonen – insbesondere DGKP in Reorganisationsmodellen – erlebten die Durchführung von Pflege als funktionaler und mitunter als Abarbeiten von einzelnen Aufgaben im Gegensatz zu früher.

Die Änderung in der Arbeitsorganisation im neuen Personalmix wurde auch sprachlich sichtbar, etwa in der Unterscheidung zwischen „drinnen“ und „draußen“, die in allen Cases zum Ausdruck kam. Dies muss auch als Chiffre für die beschriebene funktionale Aufteilung verstanden werden, die indirekt auch eine Hierarchisierung zum Ausdruck bringt. Nicht zuletzt kann das „Drinnen“ auch mit einer relativ geschützten Atmosphäre in Verbindung gebracht werden. Der zentrale Ort des Wirkens für DGKP ist „drinnen“ – im Stützpunkt und somit abseits von den Patientinnen und Patienten. Schließlich ist die DGKP mit sämtlichen organisatorischen, koordinierenden und „steuernden“ Aufgaben betraut. Punktuell ergeben sich Patientenkontakte, und die Begleitung der Visite – eine Aufgabe, die von der Stationsleitung auf die „fachlichen Führungen“ überging – führt die DGKP ebenfalls regelmäßig nach „draußen“. Diese Beobachtungen zeigen das hohe Risiko, dass der Fokus in den Pilotprojekten dazu führt, dass Beziehungsarbeit als wesentliches Element der professionellen Pflege für DGKP in diesen Modellen verloren geht. Damit würden Verluste im Erleben der eigenen Wirksamkeit einhergehen, ebenso wie Wissensverluste im mono- und interprofessionellen Team durch das Fehlen einer umfassenden Einschätzung und Beurteilung von komplexen Pflegesituationen (Schrems 2021). Diese Entwicklungen hätten wiederum auch Einfluss auf die Attraktivität des Berufsbildes (s. Abschnitt 4.4.1).

6.4 Limitationen

Grundsätzlich hat sich der methodische Ansatz, über qualitative Case Studies einen vertiefenden und umfassenden Einblick in die praktische Ausgestaltung der Umsetzung der Gesetzesnovelle zu gewinnen, bewährt. Dennoch gilt es, abschließend auch ein paar Grenzen bzw. Limitationen in der Methodik zu reflektieren und zu benennen.

Mit den Fokusgruppen konnten pro Case die Perspektiven von ein paar Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Berufsgruppen PFA und DGKP erfasst werden. Diese wurden von Führungskräften vorgeschlagen, womit das Risiko eines **Selektionsbias** gegeben ist. Mitunter entstand auch der Eindruck, dass das jeweilige Pilotprojekt als Erfolg wahrgenommen und auch entsprechend dargestellt werden sollte. Die Sichtweise jener, die sich im Vorfeld gegen einen Verbleib auf Modellstationen entschieden hatten, oder aber auch kritische Stimmen konnten im Rahmen des Designs vielleicht nicht ausreichend erfasst werden. Diese wären zur Beantwortung der Forschungsfragen mit Sicherheit ebenfalls erkenntnisreich gewesen. Im Gesamtblick auf die Daten konnten dennoch vielschichtige Einschätzungen und auch kritische Reflexionen auf die Erfahrungen gesammelt und somit das Risiko für eine Verzerrung minimiert werden. Einen wesentlichen Beitrag hierfür leisteten das multiperspektivische Vorgehen in den Erhebungsmethoden sowie die Zusicherung von Anonymität und ihre Wahrung für das Vertrauensverhältnis.

Die **Perspektive von Patientinnen und Patienten** konnte in der Case Study nur sehr indirekt erfasst werden. Angesichts der Tatsache, dass die Versorgungsqualität ein wichtiger Maßstab in der Beurteilung von Care-Delivery-Modellen²⁰ ist, muss dies als Limitation angesehen werden. Bereits bei der Entwicklung des Forschungsdesigns wurde von der Erfassung der Patientenperspektive aus mehreren Gründen Abstand genommen – darunter fallen das Erfordernis eines Ethikvotums und die damit verbundenen Prozesse (zeitliche Ressourcen) sowie das Fehlen konkreter Indikatoren, deren Einschätzung aus Patientensicht auch kausal mit den Pilotprojekten in Zusammenhang gebracht werden könnte. Schließlich wäre eine solche Vorgangsweise in Zeiten der COVID-19-Pandemie ohnehin obsolet gewesen, da Erhebungen „vor Ort“ stark eingeschränkt wurden. Nichtsdestotrotz handelt es sich um eine wichtige Perspektive, die systematisch aufzunehmen jedenfalls zukünftigen Forschungsarbeiten vorbehalten bleibt.

Die Erhebungen erfolgten in der Zeit der **COVID-19-Pandemie** im Herbst 2020. Obwohl der Fokus auf den Pilotprojekten der Häuser lag, wurde dennoch deutlich, dass deren Durchführung ebenfalls von der Pandemie beeinflusst war. Die Konzeption der einzelnen Pilotprojekte war unterschiedlich und auch zeitlich gestalteten sie sich nicht gleich, damit waren sie von der Pandemie in unterschiedlichen Stadien betroffen. Mit einem fiktiven Fallbeispiel in diesem Bericht wurde versucht, entsprechende „Einflüsse“ sichtbar zu machen, wenngleich diese weder systematisch erfasst oder erfragt wurden noch Gegenstand der vorliegenden Studie waren (siehe Abschnitt 3.4).

20

Care-Delivery-Modelle stellen Modelle der Pflegeorganisation dar, wie z. B. die Bezugs-, Gruppen- und/oder Funktionspflege. Diese stehen in starkem Zusammenhang damit, wie Patientinnen und Patienten die Qualität der Behandlung und Pflege erleben (Havaei, MacPhee und Dahinten 2019).

7 Ausblick

In den Pilotprojekten zur Implementierung eines neuen Personalmix in akutstationären Settings wurden innovative Schritte zur Lösung der dort gestiegenen Anforderungen erprobt; das konnte in den Case Studies herausgearbeitet werden. Deutlich wurde aber auch, dass diese in einen Gesamtkontext eingebettet waren und sind, in dem für die wachsenden Herausforderungen nicht hinreichend Ressourcen zur Verfügung stehen; für die Pilotprojekte ergaben sich daraus wohl zu wenige Spielräume, um die neu geschaffenen Organisationsstrukturen, Funktionen und Rollen im Sinne einer Sicherstellung bzw. Verbesserung der patientenorientierten ganzheitlichen Versorgung aus pflegfachlicher Sicht nutzbar zu machen. Viele der Pilotprojekte sind noch nicht abgeschlossen, die Erfahrungen sind (noch) keinesfalls systematisch analysiert und verwertet. So ist zu hoffen, dass die o. g. Risiken auf Träger- bzw. Einrichtungsebene erkannt und aufgegriffen werden. Die Zielsetzung, für die Zukunft attraktive (Pflege-)Berufsbilder zu schaffen respektive zu erhalten, damit der Personalknappheit entgegenzuwirken und eine gute Versorgung sicherzustellen, darf nicht aus den Augen verloren werden. Welche Schlüsse sich aus diesen Befunden ziehen lassen, soll im Folgenden betrachtet werden.

7.1 Schlussfolgerungen im Kontext des Berufsgesetzes

Aus den Befunden der Case Studies sollen nicht singular Schlussfolgerungen zur Bewertung des gesetzlichen Rahmens bzw. sich ggf. daraus ergebender Erfordernisse einer Novelle gezogen werden. Die Evaluierung sieht hierfür die Zusammenschau der Ergebnisse mehrerer Bausteine vor (Pleschberger/Holzweber 2019). An dieser Stelle sollen daher lediglich Aspekte, die in den Case Studies besonders sichtbar wurden, zusammenfassend angeführt werden:

- » Hinsichtlich des Kompetenzprofils von PFA wurden in der settingübergreifenden Exploration zu den Case Studies im Frühjahr 2020 zahlreiche Aspekte aufgeworfen und diskutiert (Pleschberger/Holzweber 2020). Im akutstationären Setting stand vor allem die Frage, ob das Infusionsmanagement in den Tätigkeitsbereich der PFA aufgenommen werden soll oder nicht, im Vordergrund. Ein konsensueller Befund dazu lässt sich nicht feststellen, denn die charakteristischen Anforderungen je nach Setting und Zielgruppe prägten die Daten. Zwar wurde deutlich, dass eine Kompetenzerweiterung von PFA besonders in chirurgischen Settings die Arbeitsabläufe vereinfachen würde. Auf damit verbundene Gefahren insbesondere der Verstärkung einer Fehlentwicklung wurde ebenso hingewiesen. Falls für PFA in solchen u. ä. Settings entsprechende gesetzliche Vorgaben geschaffen werden sollten, bedarf es jedenfalls einer zusätzlichen Qualifizierung von PFA (etwa im Rahmen einer Weiterbildung).
- » Die Pflegeassistentenberufe wirken lt. gesetzlicher Vorgabe an der Umsetzung des Pflegeprozesses mit, während die DGKP hierfür Gesamtverantwortung haben. So ist für die PA die Durchführung von Pflegemaßnahmen nach Anordnung und unter Aufsicht von Angehörigen des gehobenen Dienstes für GuK vorgesehen, ebenso die Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie. Letztere kann zusätzlich auch direkt von Ärztinnen bzw. Ärzten an PA übertragen werden. Für die PFA ist hingegen die eigenverantwortliche Durchführung von übertragenen Aufgaben und Tätigkeiten ohne Aufsicht festgehalten. Die Ergebnisse haben gezeigt, dass in

Hinblick auf die übertragenen Tätigkeiten die Differenzierung zwischen PA und PFA in der Praxis nicht immer trennscharf ausfällt, und auch dort, wo nur DGKP und PFA in Teams arbeiten, unterschiedliche Auslegungen des Begriffs „Mitwirkung“ zu finden sind. Das Spektrum der Übertragung von Tätigkeiten an PFA reicht von einer kompletten Übernahme von Erstgesprächen im Rahmen einer Aufnahme bis hin zur Durchführung einzelner standardisierter Assessments zur laufenden Beobachtung im Rahmen eines bereits initiierten Pflegeprozesses. Ähnlich wurde auch die Dokumentation sehr unterschiedlich umgesetzt. Aus pflegfachlicher Sicht sollte das Erstassessment bzw. die Pflegeanamnese in jedem Fall in den Händen der DGKP liegen, um in der Folge entsprechend auch Delegationen vornehmen zu können. Um dies sicherzustellen, könnten ggf. die Rollen bereits im Gesetz deutlicher differenziert werden, zumal der Begriff „Mitwirkung“ relativ wenig handlungsleitende Vorgabe bietet.

- » Vor dem Hintergrund der Anforderungen einer zunehmend ausdifferenzierten und komplexen Versorgung im akutstationären Setting wurde die Notwendigkeit, neben PFA und DGKP im neuen Personalmix auch höher qualifizierte bzw. spezialisierte DGKP vorzusehen, mehrfach vorgebracht. Seit vielen Jahren gibt es auch in Österreich Bemühungen, Advanced Nursing Practice (ANP) zu implementieren. Einzelinitiativen, die v. a. im Bereich der akutstationären Versorgung in mehreren Bundesländern gesetzt wurden, zeigen den Bedarf nach einer fachlichen Kompetenzentwicklung des gehobenen GuK-Dienstes für die Beurteilung von Gesundheitszuständen, im kritischen und analytischen Denken, in der klinischen Entscheidungsfindung sowie für die Koordination der Versorgung bei komplexen Situationen (Neumann-Ponesch/Leoni-Scheiber 2020). In Verbindung mit der gesetzlichen Neuregelung der Spezialisierungen für DGKP könnten durch eine sichtbare Verankerung von ANP wichtige Perspektiven für Fachkarrieren geschaffen werden.
- » Sowohl für PA als auch für PFA können ebenso Unklarheiten über Bedingungen für eine Höherqualifizierung konstatiert werden. Die Diskussion wäre dringend zu führen, wie eine gute Anschlussfähigkeit von PFA in den Ausbildungsweg für DGKP geschaffen werden kann.
- » GuK-Weiterbildungsverordnung: Weiterbildungsmöglichkeiten für die PFA sollten sich eher an jenen für den gehobenen Dienst orientieren und von einer taxativen Aufzählung Abstand genommen werden. So könnten etwa für PFA setting- bzw. zielgruppenspezifische kompetenzvertiefende Weiterbildungen entwickelt werden, wie z. B. für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpflege. Seitens der PFA bestand dahingehend Interessen geäußert. Solche Angebote würden PFA Fachkarrieren ermöglichen – abseits von der Option der Höherqualifizierung zur DGKP – und in der Praxis einen gelebten Skill- und Grade Mix befördern.
- » Sollten es zu einer Kompetenzerweiterung für PFA kommen, z. B. im Bereich Infusionsmanagement, wäre zu klären, wie von bereits qualifizierten PFA dafür erforderliche Kompetenzen erlangt werden können. Ebenso müssten entsprechende Inhalte in die Berufsausbildung aufgenommen werden.

7.2 Weiterführender Ausblick

Zusammenfassend bilden die Ergebnisse aus den Case Studies einen berufsgruppenspezifisch sehr unterschiedlichen Kenntnisstand über das Berufsgesetz ab. Während PFA gemäß ihrer pionierhaften Rolle und der diesbezüglich forcierten Bemühungen im Zuge ihrer Ausbildung sehr gut über ihre Kompetenzen informiert waren, schienen sich DGKP nur zögerlich damit auseinanderzusetzen.²¹ Führungskräfte des mittleren und höheren Managements hatten sich intensiv mit dem Berufsgesetz auseinandergesetzt, dies war auch Teil der begleitenden Prozesse zu den Pilotprojekten. Positiv wurden auch Informationen durch den Berufsverband erwähnt. Dennoch traten nach Inkrafttreten der Novelle viele Fragen auf, welche die Diskussionen in Fach- und Berufsverbänden prägten. Der Fokus lag dabei vor allem auf Fragen des „Dürfens“ im Zusammenhang mit Delegation. Eine offensive Kommunikations- und Informationspolitik könnte dazu beitragen, dass die Berufsgruppe auf allen Ebenen mehr Sicherheit im Handeln entwickeln kann sowie auch das Potenzial für die Ausgestaltung einer innovativen professionellen Praxis, das der GuKG-Novelle 2016 innewohnt, besser zu erkennen vermag. Begleitende Maßnahmen zur Unterstützung der Bekanntmachung und Implementierung der Bestimmungen der GuKG-Novelle 2016 müssten neben den Kompetenzbereichen insbesondere auch die Weiterbildungsmöglichkeiten und Karriereperspektiven beinhalten.

Der Abschnitt zur COVID-19-Pandemie hat gezeigt, dass von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine hohe Einsatzbereitschaft und Flexibilität verlangt und auch erbracht wurde – gemäß einer Haltung, wonach es in Ausnahmezeiten eben wichtig sei, anzupacken und zusammenzuarbeiten (siehe Abschnitt 4.6). Insbesondere die PFA konnten sich gut bewähren. Auch wenn sich in den Daten keine konkreten Anhaltspunkte erkennen ließen, sei dahingestellt, inwiefern es gerade in solchen Zeiten gelingen kann, dass Kompetenzen auch nicht überschritten werden. Unter Berücksichtigung der grundsätzlich hohen Bereitschaft von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, an und über Grenzen zu gehen, liegt hier mit Sicherheit ein gewisses Risiko verborgen. Darauf sei deshalb explizit hingewiesen, weil es erfahrungsgemäß auch besonders schwierig ist, solche Kompetenzüberschreitungen, die in einer Ausnahmezeit erfolgten, im „Routinebetrieb“ wieder zu unterbinden. Hier sind u. a. die Führungskräfte gefordert und es bedarf einer intensiven Auseinandersetzung aus pflegfachlicher und pflegewissenschaftlicher Sicht mit der Frage, wie das Zueinander der Pflegeberufe im gesetzlichen Rahmen bestmöglich erfolgen kann und soll.

Ein besonderes Augenmerk muss dabei schließlich auf Kostendämpfungseffekte, die von dem neuen Personalmix erwartet wurden, gelegt werden. Die Fallanalysen haben gezeigt, dass mit einer (zu) knappen Personalausstattung Tendenzen, die in neuen Arbeitsmodellen angelegt sind, ungünstig verstärkt werden. Dies konterkariert die hinsichtlich der Entwicklung einer professionellen Pflege wegweisenden Veränderungen, wie sie in den Reorganisationsmodellen erprobt wurden, etwa die neuen Rollen für DGKP oder die Ausgestaltung der Rollen für PFA, und letztlich auch die

21

Wie im vorigen Abschnitt ausgeführt, waren hingegen die Kenntnisse zu Themen der Fort- und Weiterbildung sowie der zukünftigen Entwicklung und Verankerung von PA im Krankenhaus bei den PFA eher gering ausgeprägt.

Anliegen des Gesetzgebers hinsichtlich einer qualitätsvollen Versorgung, die an Patientenorientierung ausgerichtet ist.

Neben Empfehlungen hinsichtlich Veränderungen im Berufsgesetz gilt es in besonderer Weise der Frage nachzugehen, wie Entwicklungen entgegengewirkt werden kann, welche eine (De-)Professionalisierung der Pflege im Akutkrankenhaus dahingehend befördern, dass PFA zunehmend die Rolle der DGKP übernehmen. Hingegen sollte offensiv dahingehend gewirkt werden, dass anstelle von PA eben PFA als zentrale Assistenz für die Pflege etabliert wird, um die Bestimmungen der Novelle im Sinne des Gesetzgebers umsetzen zu können.

Die Studie hat schließlich auch deutlich zum Ausdruck gebracht, was Ludwig und Schäfer bereits vor zehn Jahren aus der Perspektive der Schweiz attestiert hatten, nämlich, dass ein Skill- und Grade-Mix sowie die Frage der Personalausstattung zu den bedeutendsten Themen des Pflegemanagements in den kommenden Jahren gehören werden (Ludwig/Schäfer 2011, S. 39). Mit der Schaffung der zweijährig qualifizierten PFA im Rahmen der GuKG-Novelle 2016 und deren Umsetzung werden in österreichischen Krankenhäusern und Kliniken aktuell neue Antworten auf diese Fragen gesucht. Zum aktuellen Zeitpunkt kann lediglich eine Einschätzung über mögliche Entwicklungen getroffen werden, zumal die Pilotprojekte in vielen Einrichtungen noch jung bzw. nicht abgeschlossen sind. Dennoch stellt die vom Gesetzgeber beauftragte Evaluierung zu diesem Zeitpunkt eine Chance dar, Entwicklungen frühzeitig zu erfassen und mögliche Fallstricke in Hinblick auf die übergreifenden Zielsetzungen zu erkennen. Im Sinne der Sicherstellung einer qualitätsvollen pflegerischen Versorgung gilt es vor diesem Hintergrund, über ökonomische Gesichtspunkte hinaus die Suche nach dem geeigneten Personalmix, orientiert am Versorgungsbedarf der Patientinnen und Patienten sowie an den vorhandenen fachlichen Erfahrungen und pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen, fortzusetzen.

Literatur

- Aiken, Linda H.; Sloane, Douglas; Bruyneel, Luk; Van den Heede, Koen; Griffiths, Peter; Busse, Reinhard; Diomidous, Marianna; Kinnunen, Juha; Kozka, Maria; Lesaffre, Emmanuel; McHugh, Matthew; Moreno-Casbas, Maria; Rafferty, Anne Marie; Schwendimann, Rene; Scott, Anne; Tishelman, Carol; van Achterberg, Theo; Sermeus, Walter (2014): Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. In: *The Lancet* 383/9931:1824–1830
- Association, Canadian Nurses (2015): Evidence-based safe nurse staffing toolkit 20.04. Hg. v. Association, Canadian Nurses. Canadian Nurses Association, Ottawa
- Bartholomeyczik, Sabine; Holle, Bernhard (2016): Pflegerische Versorgung. In: *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Hg. v. Hurrelmann, Klaus; Razum, Oliver. Aufl. 6. Auflage. Beltz Juventa, Weinheim und Basel. S. 931–S. 960
- Benner, Patricia; Tanner, Christine; Chesla, Catherine (2009): *Expertise in Nursing Practice. Caring, Clinical Judgment, and Ethics*. Springer Publishing Company, New York
- Bobay, Kathleen; Yakusheva, Olga; Weiss, Marianne (2011): Outcomes and Cost Analysis of the Impact of Unit-Level Nurse Staffing On Post-Discharge Utilization. In: *Nursing economics* 29/:69–78
- Bourgeault, Ivy, Lynn; Kuhlmann, Ellen; Neiterman, Elena; Wrede, Sirpa (2008): Wie kann ein optimaler Qualifikationsmix effektiv verwirklicht werden – und warum? Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme: Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand. (Tallin, Estland, 25.–27. Juni 2008). WHO, Kopenhagen
- Breiteneder-Aigner, Helene (2020): To be or not to be. Über den Einsatz von PflegefachassistentInnen (PFA) im St. Anna Kinderspital – ein Pilotprojekt. In: *Österreichische Pflegezeitschrift* 4/:10–12
- Cunningham, Jennifer; O'Toole, Thomas; White, Mark; Wells, John S. G. (2019): Conceptualizing skill mix in nursing and health care: An analysis. In: *Journal of Nursing Management* 27/2:256–263
- DBfK (2016): Zahlenverhältnis Pflegefachperson zu Patienten. Nurse-to-Patient Ratios (NtPR). Faktenblatt. Berlin
- de Bont, Antoinette; van Exel, Job; Coretti, Silvia; Ökem, Zeynep Güldem; Janssen, Maarten; Hope, Kristin Lofthus; Ludwicki, Tomasz; Zander, Britta; Zvonickova, Marie; Bond, Christine; Wallenburg, Iris (2016): Reconfiguring health workforce: a case-based comparative study explaining the increasingly diverse professional roles in Europe. In: *BMC health services research* 2016/16:637
- Eichhorn, Siegfried (1975): *Krankenhausbetriebslehre*. Kohlhammer-Verlag, Stuttgart

- Frith, Karen H.; Anderson, E. Faye; Caspers, Barbara; Tseng, Fan; Sanford, Kathleen; Hoyt, Nancy G.; Moore, Kim (2010): Effects of Nurse Staffing on Hospital-Acquired Conditions and Length of Stay in Community Hospitals. In: *Quality Management in Healthcare* 19/2:147–155
- Gasser, Ludmilla; Hausreither, Meinhild (2017): *Ausbildung in den Pflegeassistentenberufen*. Verlag Österreich, Wien
- Helfferrich, Cornelia (2011): *Qualität qualitativer Daten. Manual zur Durchführung qualitativer Einzelinterviews*. VS-Verlag, Wiesbaden
- Juraszovich, Brigitte; Rappold, Elisabeth (2017): *Demenzkompetenz im Spital. Eine Orientierungshilfe*. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Kane, Robert L.; Shamliyan, Tatyana; Mueller, Christine; Duval, Sue; Wilt, T. J. (2007): Nurse staffing and quality of patient care. In: *Evidence report/technology assessment* 151:1–115
- Kohlen, Helen (2019): Ethische Fragen der Pflegepraxis im Krankenhaus und Möglichkeiten der Thematisierung: Internationale Erfahrungen aus drei Dekaden. In: *Ethik in der Medizin* 31/4:325–343
- Leichsenring, Kai; Schulmann, Katharine; Gasior, Katrin; Fuchs, Michael (2015): *Gute Pflege aus Sicht der Beschäftigten. Bedingungen, Ziele und Perspektiven der Qualitätsverbesserung in der Langzeitpflege*. Im Auftrag der Arbeiterkammer Wien. Arbeiterkammer Wien, Wien
- Leoni-Scheiber, Claudia; Müller-Staub, Maria (2018): "Nurse-to-patient ratio" und Skill- und Grade-Mix: Folgen des Pflegefachperson/Patienten-Verhältnisses und der Personalzusammensetzung. In: *Pflegerecht* 4/:234–242
- Liu, Y.; Aunguroch, Y.; Yunibhand, J. (2016): Job satisfaction in nursing: a concept analysis study. In: *International nursing review* 63/1:84–91
- Loos, Peter; Schäffer, Burkhard (2001): *Das Gruppendiskussionsverfahren: theoretische Grundlagen und empirische Anwendung*. Budrich-Verlag, Opladen, Berlin & Toronto
- Ludwig, I.; Schäfer, M. (2011): Die Differenzierung beruflicher Funktionen in der Pflege als Herausforderung und Chance. In: *Pflegewissenschaft in der Praxis Eine kritische Reflexion*. Hg. v. Käppeli, Silvia Hogrefe-Verlag, BernS. 24–41
- Manzeschke, Arne (2010): Das ökonomisch dominierte Spiel – Diakonie zwischen Glaubwürdigkeit und Wirtschaftlichkeit. In: *Hospizkompetenz und Palliative Care im Alter Eine Einführung*. Hg. v. Heller, Andreas; Kittelberger, Frank. Lambertus-Verlag, FreiburgS. 293–306
- Neumann-Ponesch, Silvia; Leoni-Scheiber, Claudia (2020): *Advanced Nursing Practice verstehen – anwenden – umsetzen*. Facultas, Wien
- OECD (2020): *Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly*. OECD Publishing, Paris

- Pleschberger, Sabine; Holzweber, Leonie (2019): Evaluierung der GuKG–Novelle 2016. Fortschrittsbericht. Hg. v. Gesundheit Österreich, GmbH, Wien
- Pleschberger, Sabine; Holzweber, Leonie (2020): Evaluierung der GuKG–Novelle 2016. Zwischenergebnisse Arbeitspaket 1: Explorative Case Study. Hg. v. GÖG. Wien. Unveröffentlicht
- Rappold, Elisabeth (2016): Das bringt die GuKG–Novelle. In: ProCare 21 /6:6–8
- Rappold, Elisabeth (2021): Pflege 2020. In: Pflege im Fokus. Hg. v. Sailer, Gerda. Springer, Berlin, 175–180
- Rappold, Elisabeth; Juraszovich, Brigitte (2019): Pflegepersonal–Bedarfsprognose für Österreich. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien
- Rappold, Elisabeth; Juraszovich, Brigitte; Zach, Monika; Gruböck, Anna; Wallner, Alexander (2020): Jahresbericht Gesundheitsberuferegister 2019. Gesundheit Österreich, Wien
- Riess, Gabriele; Rottenhofer, Ingrid; Winkler, Petra (2007): Österreichischer Pflegebericht 2007. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien
- Rottenhofer, Ingrid; Rappold, Elisabeth; Schrems, Berta; Hlava, Anton; Link, Thomas (2012): Gesundheits– und Krankenpflege. Evaluierung der Ausbildungsbereiche. Kontext– und Bedarfsanalyse. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Bd. I von II. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien
- Rupp, Bernhard (2018): Überlegungen zur Steigerung der Attraktivität der Pflege. In: Pflegenetz 2018/5:32–33
- Schrank, Sabine; Mayer, Hanna (2013): Das qualitative Case Study Design. In: ProCare – Pflegewissenschaft 2013/4:20–24
- Schrems, Berta (2021): Der Prozess des Diagnostizierens in der Pflege. Facultas, Wien
- Schwarzmann, Beate (1999): Basic and technical nursing – Two terms with far-reaching consequences for professional nursing. In: Pflege 12/2:118–124
- Sermeus, Walter; Aiken, Linda H.; Van den Heede, Koen; Rafferty, Anne Marie; Griffiths, Peter; Moreno–Casbas, Maria. Teresa; Busse, Reinhard; Lindqvist, Rikard; Scott, Anne P.; Bruyneel, Luk; Brzostek, Tomasz; Kinnunen, Juha; Schubert, Maria; Schoonhoven, Lisette; Zikos, Dimitrios (2011): Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. In: BMC Nurs 10/:6
- Staflinger, Heidemarie (2019): Personalbedarf und –einsatz in den öö. Krankenhäusern: Grundlagen – Herausforderungen – Entwicklungsbedarf. Forschungsbericht. AK OÖ, Linz
- Uzarewicz, Charlotte; Moers, Martin (2012): Leibphänomenologie für Pflegewissenschaft – eine Annäherung. In: Pflege & Gesellschaft 17/2:101–176

Weidner, Frank (2020): Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege. Mabuse-Verlag, Frankfurt

Yin, Robert K. (2014): Case Study Research Design and Methods. 5. Aufl., SAGE, Thousand Oaks