



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Über den Kompetenzbereich
hinausgehende Tätigkeiten von
Pflegeassistent*innen und Pflegefachassistent*innen
im akutstationären Setting“

verfasst von / submitted by

Janine Stallecker, BSc

angestrebter akademischer Grad/ in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien, 2023 / Vienna, 2023

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 066 330

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Pflegewissenschaft

Betreut von / Supervisor:

Assoz. Prof. Mag. Mag. Dr. Elisabeth Reitinger,
Privatdoz.

Dankesworte

Mein erster Dank gilt meiner Betreuerin Frau Assoz. Prof. Mag. Mag. Dr. Elisabeth Reitinger, Privatdoz. welche mir beim Verfassen sowie bei der Korrektur eine sehr große Hilfe war. Vielen Dank für das Einbringen neuer Ideen und Impulse sowie der konstruktiven Kritik.

Ein Dankeschön gebührt meinem Freund, Stefan, welcher mir im gesamten Studium stets zur Seite stand, in arbeitsintensiven Zeiten Verständnis hatte und mich motivierte.

Ein weiterer großer Dank gilt meiner Studienkollegin und Freundin Yvonne, die mit mir bereits das Bachelorstudium absolvierte und wir uns gemeinsam für das Masterstudium entschieden. Neben den Lehrveranstaltungen begleitete sie mich bei der Masterarbeit, half mir mit unterschiedlichsten Impulsen und fand immer motivierende Worte für mich.

Ein weiterer Dank gilt der Mutter meines Freundes, Susanne, welche mir beim Korrekturlesen der Arbeit behilflich war.

Abkürzungsverzeichnis

DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson
EKG	Elektrokardiogramm
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
PA	Pflegeassistenz/Pflegeassistent*in
PFA	Pflegefachassistenz/Pflegefachassistent*in
PICC	Peripherally Inserted Centralvenous Catheter
usw	und so weiter
ZVK	zentraler Venenkatheter

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung.....	1
2 Hintergrund und Problemstellung	5
2.1 Pflegeberufe in Österreich laut GuKG-Novelle im Jahr 2016.....	5
2.2 Qualifikationsprofile der Pflegeassistenz und Pflegefachassistenz.....	6
2.3 Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes im Jahr 2022.....	13
2.4 Einsatz von Assistenzberufen im internationalen Diskurs.....	15
2.5 Begriffsdefinition „Kompetenz“ in der Literatur.....	18
2.6 Task shifting - Aufgabenverlagerung	21
2.7 Abgrenzung des Kompetenzbereiches	22
2.8 Herausforderungen in Österreich.....	25
3 Forschungsziel und Forschungsfrage	28
4 Methodik.....	29
4.1 Qualitative Forschung	29
4.2 Datenerhebung mittels Einzelinterviews	30
4.2.1 Vignetten	30
4.2.2 Feldzugang.....	32
4.2.3 Beschreibung von Stichprobe und Setting.....	33
4.3 Datenaufbereitung und Datenanalyse	34
4.3.1 Transkription.....	34
4.3.2 Qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz	35
4.4 Ethische Aspekte	37
4.5 Gütekriterien der qualitativen Forschung	39
4.6 Limitationen	40
5 Ergebnisse	41
5.1 Selbstwirksamkeit erleben	45

5.1.1 Einschätzen und Bewerten von Situationen.....	45
5.1.2 Abgrenzung ziehen.....	50
5.1.3 Aufwertung durch persönliche Entwicklung	54
5.1.4 Routine oder Ausnahme	58
5.1.5 Verantwortung tragen	60
5.2 Facetten der Teamarbeit erleben.....	63
5.2.1 Entlastung geben.....	63
5.2.2 Erwartung erfüllen.....	65
5.2.3 Vertrauen erfahren.....	67
5.2.4 Absicherung erhalten.....	69
5.2.5 Rollenklarheit und -abgrenzung im Team	72
5.3 Affektive Bedeutsamkeit.....	78
5.3.1 Unbehagen	78
5.3.2 Wut und Ärger.....	79
5.3.3 Frust	79
5.3.4 Freude	80
5.4 Aufrechterhaltung des Systems	82
5.4.1 Personal- und Zeitausgleich	82
5.4.2 Fehlen von Konsequenzen	85
6 Diskussion	87
7 Conclusio.....	94
8 Literaturverzeichnis	97
9 Anhang	107

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: 7 Phasen der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz.....	35
Abbildung 2: Haupt- und Subkategorien.....	43

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gegenüberstellung der Qualifikationsprofile von PA und PFA.....	7
Tabelle 2: Kompetenzen von PA und PFA der GuKG-Novelle 2016 (schwarz) und GuKG-Novelle 2022 (blau)	13

1 Einleitung

In Österreich wie auch in vielen anderen Ländern herrscht ein zunehmender Bedarf an Pflegepersonal sowie ein Mangel an Fachkräften und Expert*innen in den Pflegeberufen. Hinzu kommt die steigende Zahl an pflegebedürftigen Menschen in den nächsten Jahren. In Österreich arbeiten derzeit 127.000 Personen im akutstationären Setting oder im Bereich der Langzeitpflege. Berechnungen zufolge wird aufgrund von Pensionierungen sowie der demografischen Entwicklung der zukünftige Bedarf im Jahr 2030 bei rund 76.000 zusätzlichen Pflegefachkräften liegen (Rappold & Juraszovich, 2019).

Diese Problematik war mit ausschlaggebend für die Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG) 2016. Die Novelle sollte die Einsatzmöglichkeiten des Pflegepersonals und damit die Versorgungssituation im Sinne der Gesundheitsreform in den unterschiedlichen Settings verbessern. Zentrale Aspekte der Novelle waren die Überführung der Ausbildung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege in den tertiären Bereich, die Schaffung eines neuen Berufsbildes der Pflegeassistenz (PA) sowie die Einführung einer neuen Berufsgruppe, der Pflegefachassistenz (PFA) (Pleschberger & Holzweber, 2019). Die Pflegeassistenzberufe unterstützen den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege sowie Ärzt*innen bei der Betreuung pflegebedürftiger Menschen (Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2020).

Im Ausbildungsjahr 2016/17 starteten die ersten Jahrgänge der Pflegefachassistenz. Laut Statistik kommt es sogleich zu einem Rückgang der Ausbildungen im Bereich der PA und zu einer zunehmenden Steigerung der Ausbildungen der PFA (Statistik Austria, 2018). Im Jahr 2021 gab es bei der PFA-Ausbildung 2.000 Beginner*innen (Kozisnik, Pilwarsch, Harold, Pleschberger, & Holzweber, 2023). Der stetig wachsende Anteil des gehobenen Pflegedienstes im tertiären Ausbildungsbereich ist eindeutig ersichtlich. Statistiken zeigen jedoch, dass die Zahlen der Berufseinstieger*innen im Bereich im gesamten

Pflegeausbildungsbereich von 2013 bis 2017 insgesamt rückläufig sind (Statistik Austria, 2018).

Im Rahmen des Masterstudiums Pflegewissenschaft habe ich bereits zum Thema Kompetenzüberschreitungen bei PFA mit drei Kommilitoninnen in einer Lehrveranstaltung geforscht. Es sollte mittels Einzelinterviews und einer qualitativen Inhaltsanalyse herausgefunden werden, welche Rolle Kompetenzüberschreitungen im pflegerischen Alltag von PFA im klinischen Setting in Wien spielen. Dies brachte interessante Erkenntnisse hervor. Alle vier teilnehmenden PFA überschreiten mindestens bei einer Tätigkeit ihre Kompetenzen. Die Kompetenzüberschreitungen tragen bei den Teilnehmer*innen dazu bei, ihre Selbstverwirklichung zu fördern, indem sie Kompetenzen überschreiten, um mehr Selbstvertrauen zu gewinnen, ihren Selbstwert zu steigern und sich so weitere Fähigkeiten anzueignen. Die Aufrechterhaltung des Systems spielt eine bedeutende Rolle bei der Übernahme von kompetenzüberschreitenden Tätigkeiten. Hier ist der Ausgleich von Personal- und Zeitmangel ein zentraler Aspekt. Der Stellenwert im Team ist entscheidend, um Wertschätzung und Vertrauen zu fördern sowie den Erwartungen gerecht zu werden. Außerdem steigt das Vertrauen im Team. Ein vierter zentraler Punkt stellt die Sicherstellung vom Patient*innenwohl dar. Dies ist durch Hilfsbereitschaft und Aufopferung der Pflegepersonen geprägt (Engeser, Halbeisen, Knežević, & Stallecker, 2023).

Diese Auseinandersetzung und Erkenntnisse bilden die Grundlage für vorliegende Masterthesis. Aufgrund des Redebedarfs der Teilnehmer*innen sowie der spannenden Thematik entschied ich, mich in meiner Masterarbeit mit diesem Thema intensiver zu beschäftigen. Damit ist verknüpft, dass bei dieser Thematik nur sehr wenig Literatur gefunden werden kann. Es gibt wenige Studien zu Untersuchungen der Rollen der Assistenzberufe sowie zu Tätigkeiten außerhalb des Kompetenzbereichs.

In einem Integrative Review von Kusi-Appiah, Dahlke und Stahlke (2018) mit 14 inkludierten Studien stellte sich heraus, dass der gehobene Pflegedienst und die Pflegeassistentzberufe nur ein geringes Verständnis für die Rollen der anderen Mitglieder des Pflegeteams haben und Schwierigkeiten haben, die eigene Rolle zu beschreiben. Die Literatur stellt die Rollen der Mitglieder des Pflegeteams als ein komplexes Thema dar, das auf begrenzter Forschung zu deren Wahrnehmungen ihrer eigenen Rollen und den Inkonsistenzen zwischen institutionalisierten Stellenbeschreibungen und tatsächlichem Aufgabenumfang beruht. Ein klareres Verständnis der Rollen der Pflegeberufe würde die effektive Nutzung der Pflegearbeitskraft fördern und die Erfahrungen der Patient*innen verbessern (Kusi-Appiah, Dahlke, & Stahlke, 2018). Die gesetzlichen Formulierungen führen in der Praxis in Österreich zu Verständnis- und Umsetzungsproblemen. Die Pflegemaßnahmen sind aufgrund der kompetenzorientierten Formulierungen im Gesetz in einer nicht so klar abgrenzten Form ersichtlich beziehungsweise schwerer fassbar. PFA erleben Schwierigkeiten aufgrund von Grenzen in ihren gesetzlich definierten Kompetenzen und erläutern die Versuchung, Aufgaben außerhalb ihres festgelegten Kompetenzbereiches zu übernehmen, um die Arbeitslast zu minimieren (Pleschberger et al., 2021). Neben der Untersuchung des tatsächlichen Aufgabenbereiches der Pflegeassistentzberufe stellt die subjektive Bedeutung dieser Herausforderungen eine pflegewissenschaftliche Relevanz dieser Forschungsarbeit dar. Die Erforschung von Kompetenzüberschreitungen kann dazu beitragen, potenzielle Risiken für die Patient*innensicherheit zu identifizieren und in Bezug auf das subjektive Erleben der Pflegepersonen können in Hinblick der Arbeitszufriedenheit mögliche Aussagen getroffen werden (Engeser, Halbeisen, Knežević, & Stallecker, 2023).

In dieser Forschungsarbeit soll erforscht werden, wie PA und PFA jene pflegerischen Tätigkeiten erleben und wahrnehmen, die sie nicht in der Ausbildung erlernten und zumindest einmal in der Vergangenheit durchführten oder dies regelmäßig tun. Der Fokus liegt in der subjektiven Bedeutung für die Pflegepersonen. Dies wird im akutstationären Setting untersucht.

Nachfolgend wird der Hintergrund und die Problemstellung des Themas erläutert. Zum einen werden die Pflegeberufe in Österreich und die Novellen des GuKG vorgestellt. Zum anderen werden die Qualifikationsprofile der PA und PFA ausführlich beschrieben, um einen genauen Einblick zu bekommen, welche Tätigkeiten diese beiden Berufsgruppen laut GuKG ausführen dürfen. Anschließend wird der Einsatz von Assistenzberufen im internationalen Diskurs dargelegt, der Begriff „Kompetenz“ definiert sowie Task shifting/Aufgabenverlagerung und die Abgrenzung des Kompetenzbereiches erläutert. Im dritten Kapitel wird das Forschungsziel und die Forschungsfrage erklärt. In der Methodik wird das konkrete Vorgehen ausgeführt. Es werden die qualitative Forschung und die Datenerhebung mittels Einzelinterviews beleuchtet. Bei den Interviews wurden Vignetten verwendet, um den Teilnehmer*innen zwei konkrete Fallbeispiele zu geben, auf die sie reagieren können. Diese Vignetten und der Feldzugang werden dargestellt sowie die Stichprobe und das Setting beschrieben. Anschließend wird die Datenaufbereitung und Datenanalyse erklärt, einschließlich Transkription und der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz. Des Weiteren werden ethische Aspekte, die Gütekriterien der qualitativen Forschung sowie die Limitationen erläutert. Das Kapitel Ergebnisse enthält vier Hauptkategorien mit jeweils mehreren Unterkategorien. Abschließend werden Diskussion und Conclusio erläutert.

2 Hintergrund und Problemstellung

Das folgende Kapitel geht auf die Pflegeberufe in Österreich ein. Der Fokus liegt auf der Erläuterung der Qualifikationsprofile der beiden Pflegeassistentenberufe sowie der Veränderungen durch die GuKG-Novelle 2022. Darüber hinaus wird der Einsatz von Assistentenberufen im internationalen Diskurs erklärt. Des Weiteren wird der Begriff „Kompetenz“ beschrieben und Task-shifting sowie die Abgrenzung des Tätigkeitsbereiches erläutert.

2.1 Pflegeberufe in Österreich laut GuKG-Novelle im Jahr 2016

Im Jahr 2016 trat die Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes in Kraft, welche darauf abzielt, die Einsatzmöglichkeiten des Pflegepersonals zu verbessern und damit die Versorgungssituation im Rahmen der Gesundheitsreform zu optimieren (Pleschberger & Holzweber, 2019). In Österreich gibt es seit 2016 laut dem GuKG § 1 drei Gesundheits- und Krankenpflegeberufe: den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, die Pflegeassistenz und die Pflegefachassistenz (Rechtsinformationssystem des Bundes, 2023b). Die neu benannte Pflegeassistenz wurde vormals als Pflegehelfer bezeichnet. Die Pflegefachassistenz wurde als neue Berufsgruppe implementiert. Pflegeassistentenberufe führen Aufgaben und Tätigkeiten aus, die von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege im Rahmen des Pflegeprozesses beurteilt und übertragen werden. Diese Tätigkeiten werden in verschiedenen Pflege- und Behandlungssituationen bei Menschen aller Altersstufen in mobilen, ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungsformen sowie auf allen Versorgungsstufen durchgeführt. Darüber hinaus führen Pflegeassistentenberufe im Rahmen der medizinischen Diagnostik und Therapie Maßnahmen durch, die von Ärzt*innen oder von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege übertragen werden (Rechtsinformationssystem des Bundes, 2023b).

Das jährliche Bedarfsniveau an zusätzlichem Personal für Pflegekräfte liegt zwischen 3.900 und 6.700 Personen, je nachdem wie sich die demografische Entwicklung gestaltet. Dies beinhaltet DGKP, PA und PFA. Dem stehen

Absolvent*innen von etwa 4.800 Absolvent*innen von Fachhochschulen, Gesundheits- und Krankenpflegeschulen sowie PA-Lehrgängen im Jahr 2016 gegenüber (Rappold & Juraszovich, 2019).

Die Ausbildung zur Pflegeassistentin dauert bei Vollzeitausbildung ein Jahr und umfasst insgesamt 1 600 Stunden. Es ist mindestens die Hälfte der Ausbildungszeit für die theoretische Ausbildung und mindestens ein Drittel für die praktische Ausbildung vorgesehen (Rechtsinformationssystem des Bundes, 2023b). Die Ausbildung zur Pflegefachassistentin erfolgt an einer Einrichtungsstätte für Gesundheits- und Krankenpflege und dauert bei Vollzeitausbildung zwei Jahre. Die Ausbildung umfasst insgesamt 3200 Stunden. Bei der Ausbildung sollte mindestens die Hälfte der Zeit für die theoretische Ausbildung und mindestens ein Drittel der Zeit für die praktische Ausbildung vorgesehen werden (Rechtsinformationssystem des Bundes, 2023b). Anschließend werden die Qualifikationsprofile erläutert.

2.2 Qualifikationsprofile der Pflegeassistentin und Pflegefachassistentin

Der größte Unterschied der beiden Berufsgruppen ist, dass die PA nach Anordnung und unter Aufsicht gewisse Tätigkeiten durchführen darf, während die PFA nach Anordnung, aber ohne Aufsicht die übertragenen Tätigkeiten durchführt. Im GuKG § 83 steht für die PA eine Mitwirkung an und Durchführung der übertragenen Pflegemaßnahmen, während im § 83a bei der PFA die eigenverantwortliche Durchführung der übertragenen Pflegemaßnahmen beschrieben ist (Rechtsinformationssystem des Bundes, 2023b).

Die Regierung erstellte 2016 ein Qualifikationsprofil für die PA und PFA. Dies umfasst I. Grundsätze der professionellen Pflege, II. Pflegeprozess, III. Beziehungsgestaltung und Kommunikation, IV. Pflegeinterventionen, V. Mitwirkung bei medizinisch-diagnostischen und -therapeutischen Aufgaben (einschließlich Notfall), VI. Kooperation, Koordination und Organisation und VII. Entwicklung und Sicherung von Qualität. Es erfolgt eine Darstellung der Qualifikationsprofile der Pflegeassistentin und der Pflegefachassistentin aus dem

Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich (2016b). Unterschiede der beiden Berufsgruppen sind in blau markiert.

Tabelle 1: Gegenüberstellung der Qualifikationsprofile von PA und PFA

Qualifikationsprofil der Pflegeassistent	Qualifikationsprofil der Pflegefachassistent
I. Grundsätze der professionellen Pflege	
1. handelt in allen Kompetenzbereichen gemäß pflegerischer und/oder ärztlicher Anordnung sowie unter Aufsicht und ist sich der Einlassungs- und Übernahmsverantwortung bewusst	1. handelt in allen Kompetenzbereichen gemäß pflegerischer und/oder ärztlicher Anordnung und ist sich der Einlassungs- und Übernahmsverantwortung bewusst
2. übernimmt Verantwortung für die eigenen Handlungen, die von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege oder vom Arzt/ von der Ärztin übertragen worden sind;	2. übernimmt Verantwortung für die Durchführung, Beurteilung und Schlussfolgerung bei allen von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege oder vom Arzt/ von der Ärztin übertragenen Maßnahmen;
3. erkennt die Grenzen der eigenen Handlungsfähigkeit und ist bereit, diese zu reflektieren und die betreffende fachkompetente Person beizuziehen;	
4. kennt die rechtlichen Rahmenbedingungen, insbesondere die berufsrechtlichen und organisatorischen Vorgaben, agiert entsprechend und ist sich der Konsequenzen bei Verstößen bewusst	
5. kennt den ICN-Ethikkodex für Pflegende, respektiert grundlegende ethische Prinzipien/Grundsätze und integriert diese in die tägliche Arbeit;	6. reflektiert die eigenen Werte und Normen vor dem Hintergrund des ICN-Ethikkodex für Pflegende;
6. PA; 7. PFA anerkennt, unterstützt und fördert das Recht auf Selbstbestimmung von pflegebedürftigen Menschen, deren Angehörigen und sonstigen nahestehenden Personen;	
7. erkennt ethische Dilemmata und Konfliktsituationen, spricht diese gegenüber Vorgesetzten an;	8. erkennt ethische Dilemmata und Konfliktsituationen, spricht diese gegenüber Vorgesetzten an und bringt sich in ethische Beratungsprozesse ein;
	9. betrachtet die Themen Gesundheit und Krankheit systemisch und erkennt gesundheitsfördernde und/oder -hemmende Faktoren;
8. anerkennt grundlegende Prinzipien der Gesundheitsförderung und Prävention als handlungsleitend;	10. integriert grundlegende Prinzipien der Gesundheitsförderung und Prävention in die tägliche Arbeit (z. B. Empowerment, Salutogenese, Lebensweltorientierung, verhaltens-, verhältnisbezogene Maßnahmen, Partizipation);
9. PA; 11. PFA ist sich der Bedeutung der eigenen bio-psycho-sozialen Gesundheit im Hinblick auf diesbezügliche Belastungen und Ressourcen bewusst und agiert entsprechend;	
10. PA; 12. PFA anerkennt die Notwendigkeit von team- und berufsgruppenübergreifender Zusammenarbeit und handelt entsprechend;	
11. PA; 13. PFA begegnet Menschen unvoreingenommen, empathisch und wertschätzend und respektiert deren Grundrechte;	
	14. setzt sich mit der eigenen Kultur, den eigenen Werten und Vorurteilen kritisch auseinander und respektiert andere Haltungen;
	15. anerkennt die Bedeutung von spirituellen, emotionalen, religiösen, sozialen und kulturellen Bedürfnissen, geht entsprechend darauf ein und informiert bei Bedarf pflegebedürftige Personen, deren Angehörige und sonstige nahestehende Personen über unmittelbar mit der professionellen

	Tätigkeit zusammenhängende Rechte und Pflichten
	16. zeigt Sensibilität für Mitglieder Im inter-/multiprofessionellen Team insbesondere bei Lebenskrisen/-brüchen oder existentiellen Erfahrungen;
	17. nimmt die Familie als zentrales Bezugssystem von Patienten/-innen, Klienten/-innen, Bewohner/-innen wahr;
II. Pflegeprozess	
1. wirkt bei der Erhebung definierter pflegerelevanter Daten (z. B. Dekubitus, Sturz, Schmerz, Ernährung) im Rahmen des Einsatzes von standardisierten Pflege-Assessmentinstrumenten und/oder Risikoskalen mit;	1. wirkt bei der Anwendung von für den Fachbereich standardisierten Assessments sowie Risikoskalen zu bestimmten Indikatoren (z. B. Dekubitus, Sturz, Schmerz, Ernährung, Mobilität) mit und bringt sich in die Planung ein;
2. leitet (pflege)relevante Informationen hinsichtlich Lebensaktivitäten, Gewohnheiten, Sineswahrnehmungen, Teilhabe, Familiensituation, Biographie und Arzneimittelreaktion an die jeweils Verantwortlichen weiter;	2. sammelt kontinuierlich Informationen zum Allgemein- und Gesundheitszustand sowie zur familiären Situation und Lebenssituation, interpretiert diese in Hinblick auf den unmittelbaren Handlungsbedarf und bringt sich in die Planung ein;
3. unterstützt Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege bei der Pflegeplanung durch Bereitstellung von Informationen und Einschätzungen über die zu pflegende Person und ihr soziales Umfeld;	4. führt ausgewählte und standardisierte interdisziplinäre Erhebungen durch und stellt den Informationsfluss im Pflegeprozess sicher (soziales Umfeld, Wohnen, Arbeit, Freizeit, gegebenenfalls auch körperliche Aspekte sowie Lebensassessment im Behindertebereich/ICF, geriatrisches Assessment, Biographie);
	5. differenziert zwischen zu planenden Pflegeinterventionen und Hotel- bzw. Basisleistungen einer Einrichtung bzw. im Fachbereich;
	6. führt angeordnete Pflegeinterventionen durch und erkennt Adoptionsbedarf;
4. PA; 7. PFA wirkt bei der kontinuierlichen Beobachtung und Überwachung mit;	
5. PA; 8. PFA erkennt Veränderungen im Pflegeverlauf;	
	9. stellt den Status des im Pflegeprozess definierten Pflegeergebnisses fest, identifiziert bei Abweichungen mögliche Ursachen und schlägt gegebenenfalls Anpassungen der Pflegeplanung vor;
III. Beziehungsgestaltung und Kommunikation	
1. reagiert auf Menschen insbesondere entsprechend deren Alter, Entwicklung, sozialem und kulturellem Hintergrund mit Empathie, Wertschätzung und Kongruenz und geht auf sie zu;	
2. wendet allgemeine Grundprinzipien der Kommunikation reflektiert an;	2. wendet allgemeine Grundprinzipien bzw. Basisfertigkeiten der Kommunikation reflektiert an;
3. initiiert und beendet Beziehungen und Kommunikationsregeln;	Kommunikation durch Anwendung allgemeiner
4. kennt theorie- und konzeptgeleitete Kommunikationsformen;	4. setzt theorie- und konzeptgeleitete Kommunikationsmethoden (z. B. Validation, unterstützte und gestützte Kommunikation, basale Kommunikation) zielgruppenadäquat ein (z. B. Kinder, schwer kranke und sterbende Menschen sowie deren

	Angehörige und sonstige nahestehende Personen, Menschen mit dementieller und/oder psychiatrischer Erkrankung);
5. informiert zielgruppenspezifisch und überprüft den Informationsgehalt beim/bei der Empfänger/in;	5. informiert zielgruppenspezifisch strukturiert sowie angemessen und überprüft den Informationsgehalt beim/bei der Empfänger/in;
6. gestaltet das Nähe-/Distanzverhältnis berufsadäquat	
7. erkennt als Krise empfundene Veränderungen in der Betreuungssituation;	7. schätzt Krisensituationen ein, begleitet die Person in ihrer Krise und/oder leitet entsprechende Maßnahmen ein (z. B. Vorgesetzte informieren) und/oder sucht Unterstützung bei fachkompetenten Personen;
8. erkennt die Notwendigkeit von Entlastungs-, Deeskalations-, Konflikt- und Beschwerdegesprächen, setzt Erstmaßnahmen, informiert Vorgesetzte und sucht Unterstützung bei fachkompetenten Personen;	
IV. Pflegeinterventionen	
1. beobachtet den Gesundheitszustand gemäß Handlungsanweisung;	
	2. unterstützt und fördert die körperlichen, geistigen, psychischen und sozialen Ressourcen der unterschiedlichen Zielgruppen unter Einbeziehung ihres sozialen Umfelds und erkennt Veränderungen;
2. erkennt umfeldbedingte Gefährdungen des Gesundheitszustandes, (z. B. Gewalt in der Familie/gegenüber Frauen und Kindern, gefährliche Umgebung);	3. erkennt potentielle Gefährdungen des Gesundheitszustandes und handelt zielgruppenspezifisch situationsadäquat (z. B. Gewalt in der Familie, gegenüber Frauen und Kindern, gefährliche Umgebung);
3. PA; 4. PFA führt übertragene Pflegemaßnahmen im Bereich der Lebensaktivitäten sowie der psychosozialen Alltagsbegleitung und Milieugestaltung durch, kann Bedarfslagen (beeinflussende Faktoren, situative Befindlichkeit) erkennen;	
4. unterstützt und fördert die körperlichen, geistigen, psychischen und sozialen Ressourcen der unterschiedlichen Zielgruppen und erkennt Veränderungen;	4. führt übertragene Pflegemaßnahmen im Bereich der Lebensaktivitäten sowie der psychosozialen Alltagsbegleitung und Milieugestaltung durch, kann Bedarfslagen (beeinflussende Faktoren, situative Befindlichkeit) erkennen;
5. wendet im Rahmen der Mobilisation definierte Prinzipien, Techniken und Konzepte (z. B. Kinästhetik, basale Stimulation) sowie Mobilisationshilfen an;	5. wendet im Rahmen der Mobilisation unterschiedlicher Zielgruppen definierte Prinzipien, Techniken, Konzepte (z. B. Kinästhetik, basale Stimulation) und Mobilisationshilfen an;
6. führt präventive Positionierungen (Lagerungen) unter Anwendung von für den Fachbereich standardisierten Techniken, Konzepten und Hilfsmitteln durch, beobachtet die Wirkung ;	6. führt präventive Positionierungen (Lagerungen) unter Anwendung von für den Fachbereich standardisierten Techniken, Konzepten und Hilfsmitteln durch, erkennt und beurteilt die Wirkung und passt die Positionierung/Lagerung den situativen Erfordernissen im gegebenen Handlungsspielraum an ;
7. führt übertragene komplementäre Pflegemaßnahmen durch;	7. führt übertragene komplementäre Pflegemaßnahmen durch und beobachtet die Wirkung ;
8. führt standardisierte Pflegemaßnahmen im Rahmen der präoperativen Vorbereitung durch;	
9. führt standardisierte Pflegemaßnahmen einschließlich Nasenpflege bei liegenden nasalen Magensonden und Sauerstoffbrillen gemäß Handlungsanweisung durch und erkennt Veränderungen;	
10. führt standardisierte präventive Maßnahmen durch und erkennt Anpassungsbedarf ;	10. führt standardisierte präventive Maßnahmen durch, erkennt und beurteilt die Wirkung und leitet nach Rücksprache Modifikationen in stabilen Pflegesituationen ein ;
11. wirkt bei der Stärkung der Gesundheitskompetenz der unterschiedlichen Zielgruppen durch adäquate	

Informationsarbeit mit;	
12. instruiert Pflegeempfänger/innen sowie pflegende Angehörige und sonstige nahestehende Personen in der selbstständigen Durchführung von Pflegemaßnahmen im Bereich der Lebensaktivitäten (Grundtechniken);	12. instruiert Pflegeempfänger/innen sowie pflegende Angehörige und sonstige nahestehende Personen alters- und entwicklungsgerecht gemäß ihrem individuellen Bedarf in der selbstständigen Durchführung von Pflegemaßnahmen im Bereich der Lebensaktivitäten;
13. integriert pflegende Angehörige und sonstige nahestehende Personen situativ in die übertragenen Pflegemaßnahmen und erkennt Unterstützungs- bzw. Entlastungsbedarf sowie Veränderungen;	13. schätzt die Pflegeressource von Angehörigen und sonstigen nahestehenden Personen ein und bindet sie entsprechend in die Pflege ein;
	14. erkennt Unterstützungs- bzw. Entlastungsbedarf sowie Veränderungen in der Pflegeressource von Angehörigen und sonstigen nahestehenden Personen und schlägt Unterstützungs- bzw. Entlastungsangebote vor;
14. setzt Prinzipien vorgegebener , sich auf Selbstpflegeerfordernisse/Alltagskompetenzen im Bereich der Lebensaktivitäten beziehende Konzepte um (z. B. wahrnehmungs- und körperbezogene Konzepte, verhaltensorientierte Konzepte, Konzepte zur Erhöhung der Selbstkompetenz) und beobachtet beeinflussende Faktoren und Reaktionen;	15. setzt standardisierte , sich auf Selbstpflegeerfordernisse/Alltagskompetenzen im Bereich der Lebensaktivitäten beziehende Konzepte um (z.B. wahrnehmungs- und körperbezogene Konzepte, verhaltensorientierte Konzepte, Konzepte zur Erhöhung der Selbstkompetenz), beobachtet beeinflussende Faktoren und Reaktionen und leitet diesbezügliche Informationen weiter ;
V. Mitwirkung bei medizinisch-diagnostischen und -therapeutischen Aufgaben (einschließlich Notfall)	
1. erkennt Notfälle und lebensbedrohliche Zustände und setzt entsprechende Sofortmaßnahmen;	
2. führt standardisierte Blut-, Harn- und Stuhluntersuchungen sowie Blutentnahmen aus der Kapillare im Rahmen der patientennahen Labordiagnostik von Schnelltestverfahren (Point-of-Care-Tests) durch;	2. führt standardisierte Blut-, Harn- und Stuhluntersuchungen sowie Blutentnahmen aus der Kapillare im Rahmen der patientennahen Labordiagnostik und Durchführung von Schnelltestverfahren (Point-of-Care-Tests) durch;
3. bereitet lokal, transdermal sowie über den Gastrointestinal- und/oder Respirationstrakt zu verabreichende Arzneimittel vor, dispensiert und verabreicht diese in stabilen Pflegesituationen, erkennt und meldet beobachtbare Wirkungen bzw. Reaktionen;	
4. bereitet subkutane Injektionen von Insulin und blutgerinnungshemmenden Arzneimitteln vor und verabreicht diese gemäß Handlungsanweisung;	
5. bereitet die Blutentnahme aus der peripheren Vene vor und führt diese, ausgenommen bei Kindern, durch;	5. bereitet die Blutentnahme aus der Vene vor und führt diese, ausgenommen bei Kindern, durch;
6. erhebt und überwacht medizinische Basisdaten, insbesondere Puls, Blutdruck, Atmung, Temperatur, Bewusstseinslage, Gewicht, Größe und Ausscheidungen, erkennt Abweichungen von der Norm und agiert adäquat	7. hängt laufende Infusionen bei liegendem, periphervenösem Gefäßzugang ab bzw. wieder an (ausgenommen Zytostatika und Transfusion von Vollblut und/oder Blutbestandteilen), hält die Durchgängigkeit Dasselben aufrecht und entfernt gegebenenfalls den periphervenösen Gefäßzugang;
	8. erkennt Regelwidrigkeiten bei der Verabreichung von (pumpengesteuerten) Parenteralen Arzneimitteln bzw. Flüssigkeiten, setzt patientenseitig und/oder geräteseitig unmittelbar erforderliche Maßnahmen;
	9. beobachtet den Gesundheitszustand selektiv im

	Hinblick auf mögliche therapieinduzierte Nebenwirkungen und Komplikationen, erkennt diese und handelt gemäß Handlungsanweisung;
7. PA; 10. PFA führt einfache Wundversorgungen durch, legt Stützverbände/-strümpfe, Wickel sowie Bandagen an und erkennt Veränderungen, die eine Rücksprache erforderlich machen;	
	11. legt (und entfernt) transnasale und transorale Magensonden und führt die Nachversorgung gemäß Handlungsanweisung durch;
	12. kontrolliert die korrekte Sondenlage und verabreicht Sondennahrung bei liegender Magensonde;
	13. setzt (und entfernt) transurethrale Katheter bei der Frau (ausgenommen bei Kindern); führt die Katheterpflege durch und erkennt mögliche Komplikationen
8. PA; 14. PFA verabreicht Mikro- und Einmalklistiere und gewährleistet die Erfolgskontrolle;	
9. kontrolliert die korrekte Sondenlage und verabreicht Sondennahrung bei liegender Magensonde;	
10. PA; 15. PFA saugt Sekret aus den oberen Atemwegen sowie dem Tracheostoma in stabilen Pflegesituationen ab, setzt gegebenenfalls erforderliche Sofortmaßnahmen;	
11. PA; 16. PFA nimmt einfache Wärme-, Kälte- und Lichtanwendungen (z. B. Wickel, Auflagen, Licht, Cool-Pack) vor und beobachtet deren Wirksamkeit;	
	17. legt angepasste Mieder sowie Orthesen, Bewegungsschienen mit und ohne elektrischem Antrieb und vorgegebenen Einstellungen an und stellt geräteseitige Funktionsabweichungen und patientenseitige Veränderungen fest;
12. instruiert Pflegeempfänger/innen sowie pflegende Angehörige und sonstige nahestehende Personen in der Handhabung von ausgewählten Medizinprodukten, die einfach zu handhaben sind;	18. instruiert Pflegeempfänger/innen sowie pflegende Angehörige und sonstige nahestehende Personen alters- und entwicklungsgerecht gemäß ihrem individuellen Bedarf in der Handhabung von ausgewählten Medizinprodukten;
13. PA; 19. PFA führt therapeutische Positionierungen (Lagerungen) durch und beobachtet deren Wirkung;	
VI. Kooperation, Koordination und Organisation	
1. akzeptiert die Anordnung für übertragene medizinische und pflegerische Maßnahmen und lehnt jene ab, welche den eigenen Ausbildungsstand und die eigene Kompetenz überschreiten;	
2. übernimmt die Durchführungsverantwortung, korrespondierend mit Einlassungs- und Übernahmsverantwortung;	
3. gibt entsprechende Rückmeldungen zu übernommenen und durchgeführten Maßnahmen;	
4. engagiert sich im inter-/multiprofessionellen Team gemäß Berufsbild und Rollendefinition sowie unter Berücksichtigung formeller und informeller Normen;	
5. richtet die berufliche Rollenwahrnehmung und -übernahme auf die Aufgabe und Zielsetzung der Organisation aus;	
6. wirkt am Schnitt-/Nahtstellenmanagement im definierten Ausmaß mit;	6. ist sich der verbindenden Elemente (fachliche, organisatorische, kommunikative) an Schnittstellen bewusst, wirkt am Schnitt- bzw. Nahtstellenmanagement im definierten Ausmaß mit und unterstützt die Umsetzung von Strategien und Konzepten zur Kooperation und zum Fallmanagement;
7. bringt das erworbene klinische Praxiswissen in den interprofessionellen Diskurs ein;	
8. interagiert in Kenntnis unterschiedlicher Kompetenzbereiche verschiedener Gesundheits- und Sozial(betreuungs)berufe;	8. interagiert in Kenntnis unterschiedlicher Kompetenzbereiche verschiedener Gesundheits- und Sozial(betreuungs)berufe sowie deren Aufgaben,

	Rollen und Kompetenzen im Rahmen der Ablauforganisation der jeweiligen Einrichtung;
	9. kommuniziert im inter- bzw. multiprofessionellen Diskurs effektiv, teilt die Standpunkte und Sichtweisen der Pflegeempfänger/innen mit und trägt zur Entscheidungsfindung bei;
9. PA; 10. PFA spricht offenkundige Probleme/Konflikte/Verbesserungspotentiale in der interprofessionellen Zusammenarbeit an;	
10. PA; 11. PFA erkennt und minimiert Gefahrenpotentiale im unmittelbaren Arbeitsumfeld und wendet Maßnahmen zum Selbst- und Fremdschutz an;	
11. PA; 12. PFA ist sich insbesondere der gesundheitlichen Folgen bei Nichteinhaltung rechtlicher und organisatorischer Vorgaben (Medizinproduktegesetz, Brandschutz, Strahlenschutz usw.) bewusst;	
12. PA; 13. PFA minimiert physische, psychische und soziale Belastungen durch Anwendung von Grundprinzipien entsprechender Konzepte (z. B. Kinästhetik, Validation, Stressbewältigung) und Strategien;	
13. PA; 14. PFA integriert Hygienemaßnahmen in Kenntnis ihrer Bedeutung und Konsequenz settingspezifisch in das tägliche Handeln;	
14. PA; 15. PFA ist mit Routinen und Standards im Umgang mit physischen und psychischen Übergriffen bzw. Gewalt vertraut, setzt situationsspezifisch die adäquaten Maßnahmen und informiert die vorgesetzte Stelle;	
15. PA; 16. PFA wirkt bei der Organisation von benötigten medizinischen und pflegerischen Verbrauchsmaterialien sowie Arzneimitteln mit;	
VII. Entwicklung und Sicherung von Qualität	
1. besitzt kritisches Reflexionsvermögen und wirft Fragen auf;	
	2. erkennt neue/veränderte Anforderungen in der eigenen Arbeitsumgebung und schlägt entsprechende Anpassungen vor;
2. arbeitet gemäß Handlungsanweisung und ist sich der Bedeutung der Mitwirkung im Rahmen von Qualitäts- und Risikomanagement bewusst;	3. arbeitet reflektiert gemäß Handlungsanweisungen; 4. ist sich der Bedeutung der Mitwirkung im Rahmen von Qualitäts- und Risikomanagement bewusst und nimmt die Aufgaben im Rahmen des Qualitäts- und Risikomanagementsystems wahr ;
3. PA; 5. PFA ist sich der Wirkung des beruflichen Handelns auf das unmittelbare Umfeld bewusst und richtet dieses entsprechend aus;	
4. PA; 6. PFA ist sich der gesellschaftlichen Bedeutung von Pflege bewusst und engagiert sich im Rahmen des Möglichen für berufsrelevante Fragestellungen;	
5. PA; 7. PFA übernimmt Verantwortung für die eigene berufliche und persönliche Weiterentwicklung durch Fort- und Weiterbildung zur Verbesserung der Qualität der Pflege.	
	8. erkennt die Notwendigkeit der Nutzung von Forschungsergebnissen;
	9. erkennt die Umsetzung des Pflegeprozesses sowie von Qualitätsstandards als Teil evidenzbasierten Handelns;
	10. erkennt, dass Forschungsergebnisse zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität beitragen und wirkt an Praxisentwicklungsprojekten und Forschungsprojekten mit.

Note. eigene Darstellung, 2023. Quelle: (Bundesgesetzblatt der Republik Österreich, 2016b).

Nachfolgend wird die GuKG-Novelle von 2022 beschrieben. Anschließend werden die Veränderungen durch die Novelle übersichtlich in tabellarischer Darstellung dargestellt.

2.3 Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes im Jahr 2022

Im Mai 2022 verabschiedete die Regierung in Österreich eine weitere Pflegereform. Die Regierung präsentierte erweiterte Kompetenzen für die PA sowie für die PFA (Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2022). In der Novelle des GuKG von 2022 definierte die Regierung für die PA folgende Tätigkeit neu: (4) 2a. Ab- und Anschließen laufender Infusionen ausgenommen Zytostatika und Transfusionen mit Vollblut und/oder Blutbestandteilen, bei liegendem peripheren Gefäßzugang, die Aufrechterhaltung dessen Durchgängigkeit sowie gegebenenfalls die Entfernung desselben (Rechtsinformationssystem des Bundes, 2023b). Der Tätigkeitsbereich der PFA wurde um folgende Tätigkeiten erweitert: (2) 4. Legen, Wechsel und Entfernung von subkutanen und peripheren Verweilkanülen, 4a. Verabreichung von subkutanen Injektionen und subkutanen Infusionen (Rechtsinformationssystem des Bundes, 2023b). Nachfolgend sind die Qualifikationsprofile der PA und der PFA dargestellt. Die Ausgangslage ist die GuKG-Novelle von 2016. Veränderungen der Kompetenzen durch die GuKG-Novelle von 2022 sind in Blau markiert.

Tabelle 2: Kompetenzen von PA und PFA der GuKG-Novelle 2016 (schwarz) und **GuKG-Novelle 2022 (blau)**

Verabreichung von Arzneimittel	PA	PFA	DGKP
Verabreichung von Arzneimitteln lokal, transdermal, gastrointestinal oder über Respirationstrakt (inkl. Dispensierung)	✓	✓	✓
Verabreichung von subkutanen Injektionen – Insulin & blutgerinnungshemmenden Arzneimitteln	✓	✓	✓
Durchführung von Mikro- und Einmalklistieren	✓	✓	✓
Ab- und Anschluss laufender Infusionen bei liegendem peripheren Gefäßzugang	✓	✓	✓
Verabreichung von subkutanen Injektionen und subkutanen Infusionen (keine Einschränkung auf bestimmte Medikamente)		✓	✓
Verabreichung von Vollblut und/oder Blutbestandteilen sowie Ab- und Anschluss laufender Infusionen			✓
Vorbereitung und Verabreichung von zB. subkutan, intravenös, intraarteriell, intrathekal oder über Plexuskatheter zu applizierende Infusionen (zB sc NaCl-Infusionen)			✓
Durchführung von Darmenläufen und -spülungen			✓
Verabreichung Zytostatika und Kontrastmitteln sowie Ab- und Anschluss laufender Infusionen			✓
Vorbereitung und Verabreichung zB. von subkutanen, intramuskulären und intravenösen Injektionen			✓

Andere therapeutische Maßnahmen	PA	PFA	DGKP
Einfache Wärme-, Kälte- und Lichtanwendung	✓	✓	✓
Durchführung einfacher Wundversorgung, einschließlich Anlegen von Verbänden, Wickeln und Bandagen	✓	✓	✓
Absaugen oberer Atemwege sowie Tracheostoma in stabilen Pflegesituationen	✓	✓	✓
Anlegen von Mieder, Orthesen und elektrisch betriebenen Bewegungsschienen bei vorgegebener Einstellung des Bewegungsausmaßes		✓	✓
Absaugen aus den oberen Atemwegen sowie dem Tracheostoma in allen Pflegesituationen			✓
Vorbereitung, Assistenz und Nachsorge bei endoskopischen Eingriffen			✓
Durchführung medizinisch-therapeutischer Interventionen (z.B. Anpassung von Insulin-, Schmerz- und Antikoagulantientherapie), insbesondere nach Standard Operating Procedures (SOP)			✓
Assistenztätigkeiten bei der chirurgischen Wundversorgung			✓
Entfernen von Drainagen, Nähten und Wundverschlussklammern sowie Anlegen und Wechsel von Verbänden und Bandagen			✓
Zu- und ableitende Systeme	PA	PFA	DGKP
Durchführung von Sondenernährung bei liegenden Magensonden	✓	✓	✓
Aufrechterhaltung der Durchgängigkeit und Entfernung des peripheren Venösen Zugangs	✓	✓	✓
Legen und Entfernen von transnasalen & transoralen Magensonden		✓	✓
Setzen und Entfernen von transurethralen Kathetern bei Frauen, außer bei Kindern		✓	✓
Legen, Wechsel und Entfernen von peripheren Venösen und subkutanen Verweilkanülen		✓	✓
Bedienung von zu- und ableitenden Systemen, wie Perfusoren, Infusomaten, PCA (Schmerzpumpen), PDA (Periduralanästhesie) oder Drainagen			✓
Setzen von transurethralen Kathetern zur Harnableitung, Instillation und Spülung bei beiden Geschlechtern sowie Restharnbestimmung			✓
Restharnbestimmung mittels Einmalkatheter			✓
Messung der Restharmenge mittels nichtinvasiver sonographischer Methoden einschließlich der Entscheidung zur und Durchführung der Einmalkatheterisierung			✓
Wechsel von suprapubischen Kathetern			✓
Wechsel von perkutanen gastralen Austauschsystemen (z.B. Gastro Tube-Systeme, Button-Austauschsysteme)			✓
Wechsel der Dialyselösung im Rahmen der Peritonealdialyse			✓
Mitarbeit in der medizinischen Diagnostik	PA	PFA	DGKP
Erhebung und Überwachung medizinischer Basisdaten (Puls, RR, Atmung, Temperatur, Bewusstseinslage, Gewicht, Größe, Ausscheidungen)	✓	✓	✓
Durchführen standardisierter Blut-, Harn- und Stuhluntersuchungen	✓	✓	✓
Blutentnahme aus der Kapillare im Rahmen der patientennahen Labordiagnostik und Durchführung von Schnelltestverfahren (Point-of-Care-Tests), wie zB Blutgasanalysen oder Blutgerinnungswerte	✓	✓	✓
Blutentnahme aus der Vene ausgenommen bei Kindern bei Erwachsenen	✓	✓	✓
Durchführen standardisierter diagnostischer Programme (z.B. EKG, EEG, BIA)		✓	✓
Durchführung patientennaher Blutgruppenüberprüfung mittels Bedside-Test			✓
Blutentnahme aus der Vene auch bei Kindern			✓
Punktion und Blutentnahme aus den Kapillaren, dem peripheren Venösen Gefäßsystem, der Arterie Radialis, und der Arterie Dorsalis Pedis			✓
Blutentnahme aus dem zentralvenösen Gefäßsystem bei liegendem Gefäßzugang			✓

Geräteunterstützte Überwachung	PA	PFA	DGKP
Durchführung des Monitorings mit medizin-technischen Überwachungsgeräten einschließlich Bedienung derselben			✓
Schulung und Unterweisung	PA	PFA	DGKP
Anleitung und Unterweisung von Patienten sowie Personen, denen gemäß § 50a oder § 50b ÄrzteG 1998 einzelne ärztliche Tätigkeiten übertragen wurden, nach Maßgabe der ärztlichen Anordnung			✓

Note. eigene Darstellung, 2023 in Anlehnung an Arbeiterkammer, 2017 und [2022](#)

2.4 Einsatz von Assistenzberufen im internationalen Diskurs

Es herrscht ein immer größer werdender Pflegepersonalmangel in vielen Ländern. Aufgrund der steigenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen kommt es zu einem zunehmenden Mangel an „registered nurses“ (Duffield, Twigg, Roche, Williams & Wise, 2019). „Registered“ oder „Licensed Nurse“ sind Angehörige der Gesundheitsberufe, die selbstreguliert tätig sind und sowohl eigenständig als auch im Team arbeiten (International Council of Nurses, 2008). „Registered Nurses“ haben eine dreijährigen Bachelorabschluss und sind äquivalent zu Pflegepersonen des gehobenen Gesundheits- und Krankenpflegedienstes in Österreich (Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband, 2011). Der anhaltende Mangel an „registered nurses“, die hohe Patient*innenzahl, die Kostendämpfung und der wachsende Aufgabenbereich im Gebiet der Advanced Practice Rollen führen dazu, dass weltweit immer mehr Pflege(fach)assistent*innen eingestellt werden, im internationalen Diskurs unter anderem als „nursing assistants“ bezeichnet (Duffield et al., 2014; Kessler, Heron, & Dopson, 2012; Duffield et al., 2019). Weitere internationale Bezeichnungen für Pflegeassistentzberufe sind „enrolled, registered oder licensed practical nurse“. Diese Pflegeberufe haben eine umfassende, national standardisierte Ausbildung von mindestens zwei Jahren durchlaufen (Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband, 2011). Pflegeassistentzberufe spielen eine wichtige Rolle bei der Unterstützung im Pflegealltag, können aber nicht als Ersatz für Diplomiertes Pflegepersonal fungieren (Griffiths et al., 2019). Bei der Erhebung des Personalbedarfs sollten die Dienstplaneinsätze der „registered nurses“ und der „nursing assistants“ nicht als gleichwertig betrachtet werden. Es sind zukünftige Strategien zur Verbesserung des Angebots an Pflegepersonen erforderlich. Es ist unwahrscheinlich, dass die negativen Folgen des Mangels an

„registered nurses“ durch eine Erhöhung der Zahl der „nursing assistants“ in der Belegschaft behoben werden können (Griffiths et al., 2019). Der Grund für den Einsatz von Pflegeassistentzberufe, sei es zusätzlich zu oder als Ersatz für gehobenes Personal des Pflegedienstes ist die Deckung und Aufrechterhaltung der steigenden Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen zu geringeren Kosten oder die Entlastung der Pflegepersonen (Kroezen, Schäfer, Sermeus, Hansen, & Batenburg, 2018). Campbell, Layne, & Scott (2021) untersuchen unterschiedliche Verhaltensweisen von DGKP sowie Pflegeassistentzberufen und stellen den Einfluss auf die Patient*innenversorgung dar. Ergebnisse zeigen, dass es Teams gibt, bei denen die Integrierung der Assistentzberufe gut funktioniert und sich als positiv darstellt. Hierbei wird erwähnt, dass für eine effektive Zusammenarbeit der beiden Berufsgruppen eine Begegnung auf Augenhöhe als Voraussetzung angesehen wird. Diese Zusammenarbeit hätte auch positive Auswirkungen auf das Patient*innenoutcome (Campbell, Layne, & Scott, 2021). Entsprechend der geringeren Ausbildung und der niedrigeren Bezahlung übernehmen Assistent*innen Routineaufgaben, die keine klinischen Entscheidungen erfordern (Wakefield et al., 2009). Es gibt jedoch keine klare Abgrenzung zwischen Routineaufgaben, die für Assistent*innen geeignet sind, und den fortgeschrittenen technischen und entscheidungsrelevanten Aufgaben, die dem gehobenen Dienst vorbehalten bleiben sollten. Die Verringerung der „registered nurses“ und der Ersatz deren durch „nursing assistants“ wird oft mit einem Effekt auf die Patient*innensicherheit in Frage gestellt (Duffield et al., 2019). In Australien ist trotz der damit verbundenen Risiken bei der Patient*innenversorgung nicht direkt geregelt, welcher Pflegeberuf welche pflegerischen Aufgaben übernehmen darf, mit Ausnahme derjenigen, die mit der Verabreichung von Medikamenten zusammenhängen (Duffield et al., 2014).

Da immer mehr grundlegende Pflegetätigkeiten von Assistentzberufen durchgeführt werden, ist es entscheidend, dass Angehörige des gehobenen Gesundheits- und Krankenpflegedienstes vollständig verstehen, welche Rollen und Verantwortlichkeiten die Assistentzberufe haben, wenn sie Tätigkeiten delegieren. Dies umfasst das Bewusstsein für die Rolle der PA und PFA sowie der

Tätigkeiten, die sie delegieren können. Außerdem sollten die DGKP wissen, in welchem Ausmaß sie Überwachung und Unterstützung bereitstellen müssen. Die DGKP sollten sicherstellen, dass die PA oder die PFA die erforderlichen Fähigkeiten und Kenntnisse für die delegierte Pflege haben und dass die Pflege angemessen erbracht wird. Eine klare Kommunikation zwischen der DGKP und der PA sowie PFA ist unerlässlich, um eine sichere Bereitstellung der grundlegenden Pflege zu gewährleisten. Es ist wichtig, dass die Pflegepersonen für die Delegationen der aktuellen Bestimmungen geschult werden (Crevacore, Jacob, Coventry, & Duffield, 2023). Duffield et al. (2019) dagegen hinterfragen, ob es wirksam ist, die DGKP durch den Delegationsprozess für die Arbeit der Assistenzberufe verantwortlich zu machen, wenn so viele Aufgaben von PA und PFA ohne aktive Aufgabendelegation stattfinden. Darüber hinaus sind die aktuellen Richtlinien für DGKP zur idealen Delegationspraxis so aufwändig, dass der erforderliche Kommunikations- und Überwachungsaufwand ihre Arbeitsbelastung erhöhen kann, insbesondere wenn das Wissen und die Fähigkeiten der einzelnen Assistent*innen stark variieren. Die Rollenklarheit für die PA und PFA kann nicht allein durch Bereitstellung einer Liste erlaubter (oder verbotener) Aufgaben erreicht werden. Stattdessen muss klar sein, wie die Patient*innenversorgung und andere Aufgaben zwischen den Berufsgruppen aufgeteilt sind. Ebenso ist eine größere Transparenz bei der Überwachung der Arbeit von Assistenzberufen erforderlich, insbesondere in Abwesenheit einer aktiven Aufgabendelegation durch eine DGKP (Duffield et al., 2019). Das Fehlen von Rollenklarheit und die Variabilität in den Kenntnissen und Fähigkeiten von PA und PFA beeinträchtigten auch die Fähigkeit der DGKP, die richtige Anleitung und Aufsicht zu bieten. Zukünftige Forschung sollte auch die Ansichten von PA und PFA einschließen (Duffield et al., 2019). Die institutionellen Rollenbeschreibungen unterscheiden sich von ihrem tatsächlichen Aufgabenbereich. Der Integrative Review bestätigt die begrenzte Literatur zu diesem Thema. Um die bestehende Lücke in der Literatur zu schließen, empfehlen die Autor*innen weitere Forschung zur Rollenwahrnehmungen der Pflegepersonen. Insbesondere Studien, welche die tatsächliche Arbeit jeder Berufsrolle untersucht und darlegt, damit Rollendefinitionen die Realität widerspiegeln und nicht Ideale über den beruflichen

Status und die Praxis (Kusi-Appiah, Dahlke, & Stahlke, 2018). Dies kann in Verbindung mit der Abgrenzung des Kompetenzbereiches gesehen werden. Nachfolgend wird der Einsatz von Pflegeassistentenberufen in Österreich geschildert.

In Österreich gibt es seit 2016 neben den bestehenden Berufsgruppen der DGKP und der PA die neue Berufsgruppe der PFA. Eine Untersuchung zur Evaluierung der Novelle des GuKG mittels Fallstudien zeigt, dass die PFA im akutstationären Setting in Österreich typischerweise eine Assistenzrolle einnehmen. Ihre Hauptaufgabe besteht darin, das Pflegepersonal des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege bei der akutstationären Betreuung von Patient*innen zu unterstützen. Im Vergleich zur PA scheinen die PFA besonders dafür geeignet zu sein, eigenverantwortlich in Zusammenarbeit mit den DGKP Pflegeleistungen zu erbringen (Pleschberger et al., 2021). In den Fallstudien übernehmen die PFA eigenständig zahlreiche Routineaufgaben im Stationsalltag. Dabei empfinden sie die Ausschöpfung ihrer Kompetenzen als eine Aufwertung und Anerkennung ihrer Person. Die Fähigkeit zu helfen wird mit der Entlastung der DGKP in Verbindung gebracht. Zudem erleben sie sich selbst als wirksam, da sie maßgeblich zur Aufrechterhaltung der stationären Versorgung der Patient*innen beitragen. Durch die Implementierung der PFA werden diese im Team mit Spannungen und Konflikten konfrontiert, manche erleben hierbei Ablehnung durch das Team (Pleschberger et al., 2021). Diese Aspekte sowie die Bedeutung der Durchführung von Tätigkeiten, die nicht in der Ausbildung erlernt wurden, sollen im Rahmen dieser Forschungsarbeit aufgezeigt werden.

2.5 Begriffsdefinition „Kompetenz“ in der Literatur

„Kompetenz“ hat laut dem Duden (2023) seinen Ursprung im lateinischen „competentia“ – „Zusammentreffen“. Dies bedeutet Fähigkeiten, Sachverstand, Befähigung, Zuständigkeit, Fertigkeit, Begabung, Qualifikation und Können. Kompetenz ist die Fähigkeit, Kenntnisse und Fertigkeiten in Lern- und Arbeitssituationen für die berufliche sowie persönliche Bildung zu nutzen. Hierbei stehen die Kenntnisse als Verarbeitung von Informationen in Form von Theorie-

und Faktenwissen zur Verfügung und die Fertigkeit beschreibt die Fähigkeit, diese Kenntnisse anzuwenden (Europäischer Qualifikationsrahmen, 2008). Kompetenz wird als eine Kombination von Wissen, Fähigkeiten und Einstellungen definiert (Fleury & Fleury, 2001 zitiert in Aued et al., 2016, S. 131). Tardif (2006) definiert Kompetenz als ein komplexes Handlungswissen, das auf der Mobilisierung und Kombination von Wissen, Fähigkeiten, Einstellungen und externen Ressourcen beruht, die in einer bestimmten Gruppe von Situationen richtig angewendet werden (zitiert in Aued et al., 2016, S. 131). Die Kompetenz wird nicht nur durch die in der Person enthaltenen Ressourcen gebildet, sondern auch durch externe Ressourcen wie Informationen, Ausrüstung und Beziehungsnetzwerke (Le Boterf, 2003 zitiert in Aued et al., 2016, S. 131). Kompetenzen sind keine konkret greifbaren Objekte, sondern vielmehr gedankliche Konstrukte, die dazu dienen, die Welt zu ordnen und zu verstehen (Brater, 2016). Kompetenzen sind „*Dispositionen, die im Verlauf von Bildungs- und Erziehungsprozessen erworben (erlernt) werden und die Bewältigung von unterschiedlichen Aufgaben bzw. Lebenssituationen ermöglichen. Sie umfassen Wissen und kognitive Fähigkeiten, Komponenten der Selbstregulation und sozial-kommunikative Fähigkeiten wie auch motivationale Orientierungen. Pädagogisches Ziel der Vermittlung von Kompetenzen ist die Befähigung zu selbstständigem und selbstverantwortlichem Handeln und damit zur Mündigkeit*“ (Klieme & Hartig 2007, S. 21 zitiert in Brater, 2016, S. 198). Der Kompetenzbegriff umfasst mehr als nur Fertigkeiten und Fähigkeiten zum Handeln. Es bezieht stets Motivation, Bereitschaften und Werte mit ein, die auf Selbstverfügung, persönliche Entscheidung und Selbstregulation verweisen. Wissen ist zwar ein Bestandteil der Kompetenz, steht jedoch nie allein. Alleiniges Wissen macht eine Person noch nicht handlungsfähig, auch wenn es ohne Wissen schwer ist, bedeutende Handlungen zu vollbringen. Kompetenz steht für die ganzheitliche Bündelung, Verknüpfung und das kooperative Zusammenspiel der bereits vorhandenen Ressourcen einer Person. Kompetenz als subjektives Vermögen ist auf die Bewältigung von Problemen und die Lösung von Aufgaben ausgerichtet. Kompetenzen haben einen praktischen Nutzen, da sie dazu dienen, Herausforderungen zu bewältigen, Selbstentwicklung zu ermöglichen und konkretes Handeln in bestimmten Kontexten zu erleichtern

(Brater, 2016). Wenn die Kompetenz mit der Ausbildung und beruflichen Erfahrungen eines Individuums zusammenhängt, wird sie als verantwortungsbewusstes, von anderen anerkanntes Handlungswissen definiert, das die Fähigkeit umfasst, Wissen, Ressourcen und Fähigkeiten in einem bestimmten Kontext zu mobilisieren, zu integrieren und zu übertragen (Le Boterf, 1999 zitiert in Aued et al., 2016, S. 131). Pflegeprozesse sind im Kern offen und situativ bedingt. Obwohl allgemeine Ziele wie Fördern des Wohlbefindens, der Sicherheit sowie Steigerung der Lebensqualität der Patient*innen existieren, müssen diese von den handelnden Pflegepersonen in der jeweiligen Situation individuell interpretiert und angepasst werden. Eine kompetente Pflege bedeutet, in unterschiedlichen Situationen auf das fachliche Wissen und Können zurückzugreifen und die eigenen Stärken und Fähigkeiten flexibel zu kombinieren, um den Anforderungen der Situation gerecht zu werden. Das Fachwissen und -können dient dabei als Rahmen, um konkrete Handlungssituationen selbstorganisiert und souverän zu gestalten, was ein zentrales Merkmal von Kompetenz ist (Brater/Maurus 1996, 1999 zitiert in Brater, 2016, S. 206). Kompetenzen werden größtenteils in informellen Lernprozessen erworben (Faure et al, 1972). Neue Kompetenzen werden erworben, indem man sich in Handlungssituationen befindet, in denen sie erforderlich sind, obwohl man sie noch nicht besitzt. Dieses Phänomen kann als "pädagogisches Paradox" bezeichnet werden. Es bedeutet, dass Kompetenzen nur durch eigenes Handeln entwickelt werden können, insbesondere in Situationen, in denen sie noch nicht vollständig ausgebildet sind, aber bereits (dringend) benötigt werden. Neues Wissen und neue Fähigkeiten entstehen, wenn der Lernende erkennt, dass das Vorhandene nicht ausreicht und/oder das Neue ihn interessiert (Brater, 2016).

Die einzelnen Mitglieder eines Pflegeteams führen im Rahmen ihrer Rolle berufliche Tätigkeiten aus, für die sie im der Ausbildung Qualifikationen und Fähigkeiten erworben haben (interne Qualitäten einer Person - "interne Kompetenz") und die gemäß den Bestimmungen einschlägiger Gesetze und der Definition eines Arbeitgebers zertifiziert werden (Kompetenz – "externe Kompetenz") (Hroník, 2006; Kubeš, Spillerová, & Kurnický, 2004; Sbírka zákonu

Ceské republiky, 2004; Sbírka zákonu Ceské republiky, 2011 zitiert in Mikšová, Šamajb, Machálková, & Ivanová, 2014 S. e2). Kompetenzen, die einem*r Arbeitnehmer*in "extern" vermittelt werden, sind vorgegebene Tätigkeiten eines bestimmten Arbeitsplatzes, die mit der Verantwortung verbunden sind, sie in einer standardisierten Weise auszuführen. Jede Einrichtung des Gesundheitswesens ist verpflichtet, für jede*n Mitarbeiter*in eine Stellenbeschreibung zu erstellen, d. h. die Kompetenzen für bestimmte Tätigkeiten zu definieren, zu aktualisieren und zu überwachen (Spojená akreditační komise, 2013 zitiert in Mikšová et al., 2014, S. e2). Die Definition von Kompetenzen für relevante medizinische Berufe und deren Umsetzung ist eine Voraussetzung für eine sichere und qualitativ hochwertige Praxis (Mládková & Jedinák, 2009; Mason-Whitehead, 2008 zitiert in Mikšová et al., 2014, e2). Kompetenzmanagement basiert auf den Kompetenzen der einzelnen Mitglieder eines Pflegeteams, wobei die Tätigkeiten jedes Teammitglieds auf der Grundlage seiner "internen Kompetenzen" (Kenntnisse, Fertigkeiten, Fähigkeiten, Einstellungen usw.) definiert werden. Wenn jedes Teammitglied seine Tätigkeit im Rahmen seiner Kompetenzen ausübt und sich nicht an Tätigkeiten beteiligt, zu denen es nicht berechtigt ist, arbeitet das Team effizienter und erfüllt zugewiesene Ziele (Mason-Whitehead, 2008 zitiert in Mikšová et al., 2014, e2-3).

2.6 Task shifting - Aufgabenverlagerung

In der Literatur wird das Wort „Task shifting“ in diesem Zusammenhang beschrieben. „Task shifting“ zu Deutsch „Aufgabenverlagerung“ ist ein Konzept in der Gesundheitsversorgung, bei dem bestimmte Aufgaben von höher qualifizierten Fachkräften auf Gesundheitspersonal mit geringerer Qualifikation übertragen werden. Durch die Aufgabenverlagerung wird eine Optimierung der Rollen von weniger spezialisiertem Gesundheitspersonal beschrieben. Die Aufgabenverlagerung ist eine Strategie, um die Effizienz der Gesundheitsversorgung zu verbessern und den Personalmangel zu kompensieren, um den Bedürfnissen der Patient*innen gerecht werden zu können. Werden weitere Arbeitskräfte benötigt, kann die Aufgabenverlagerung auch die Übertragung einiger klar abgegrenzter Aufgaben an neu geschaffene Fachkräfte

des Gesundheitswesens beinhalten, die eine spezifische, kompetenzbasierte Ausbildung erhalten haben (World Health Organisation, 2008).

Ein Großteil der Aufgabenverlagerung erfolgt jedoch ohne eine klare Politik, Planung, Überwachung und Evaluation. Infolgedessen steht ein Teil dieser Aufgabenverlagerung im Widerspruch zu den geltenden Vorschriften und Zulassungen für Gesundheitsberufe. Darüber hinaus schränkt das Fehlen einer ausdrücklichen Politik das Ausmaß ein, in dem die Aufgabenverlagerung effektiv, effizient und gerecht umgesetzt und koordiniert werden kann (Nabudere, Asiimwe, & Mijumbi, 2011). Mijovic, McKnight und English (2016) heben hervor, dass in allen von ihnen untersuchten afrikanischen Fallstudien das Personal, das zusätzliche Aufgaben übernimmt, über das formale Mandat hinausgeht und zusätzliche Verantwortlichkeiten übernimmt, die über die "übertragenen" Aufgaben hinausgehen (Mijovic, McKnight, & English, 2016).

2.7 Abgrenzung des Kompetenzbereiches

Es gibt in vielen Bereichen Probleme und es herrscht eine große Kluft zwischen den Berufsgruppen, vor allem wenn es um die Abgrenzung und Aufteilung der neu implementierten Kompetenzbereiche geht (Campbell, Layne, & Scott, 2021). Angehörige von Pflegeberufen äußern sich darüber besorgt, dass die Zuständigkeit für komplexe klinische Aufgaben unklar ist und einige „registered nurses“ sich zu sehr auf die Pflegeassistenz verlassen (Roche et al., 2017 zitiert in Duffield et al., 2019, S. 6). Diese Wahrnehmung wird durch die Untersuchung bestätigt, dass die Assistenzberufe gelegentlich komplexe Aufgaben außerhalb ihres Tätigkeitsbereichs übernehmen, zum Beispiel die Vorbereitung und Verabreichung von Medikamenten (Duffield et al., 2019).

Blay und Roche (2020) untersuchten in einem Systematic Review auf globaler Ebene die durchgeführten Tätigkeiten von Assistent*innen in der Pflege. Die Ausbildungen der jeweiligen Assistenzberufen sind unterschiedlich. In die Analyse werden 16 Studienergebnisse miteingeschlossen. Sie identifizieren insgesamt 234 Aktivitäten, die Pflegeassistent*innen durchführen. Ein großer Anteil der Studien

wird im Akutkrankenhaus auf medizinisch-chirurgischen Stationen durchgeführt. Viele der identifizierten Pflegetätigkeiten sind von grundlegender Bedeutung und werden seit Langem mit der Rolle der Pflegeassistenz in Verbindung gebracht. Dennoch weisen einige der identifizierten Tätigkeiten ein höheres Qualifikationsniveau und eine höhere Komplexität auf, als die Angemessenheit der Ausbildung erscheinen lässt. Viele Aktivitäten sind kontextspezifisch und daher potenziell für diese Einstellungen angemessen, aber in einigen Fällen deutete es darauf hin, dass Pflegeassistent*innen Aspekte der „Registered nurse“-Rolle duplizierten und außerhalb ihres Kompetenzbereichs praktizieren (Blay & Roche, 2020).

Es besteht ein Fehlerrisiko, wenn der*die Pflege(fach)assistent*in nicht über die entsprechenden Fähigkeiten verfügt, um die Aufgabe sicher auszuführen. Zudem besteht ein Risiko der Unterlassung, wenn Aufgaben nicht erledigt werden oder eine Verschlechterung des Zustands einer*s Patienten*in nicht erkannt wird. Wenn eine Assistenz anstelle einer DGKP zeitaufwändige, weniger komplexe Aufgaben der direkten Pflege übernimmt, verringert sich die Chance für diplomiertes Pflegepersonal, subtile Veränderungen im Zustand einer*s Patienten*in zu erkennen (Twigg, Duffield, Thompson, & Rapley, 2010). Assistent*innen sind verpflichtet, alle Veränderungen des Zustands einer*s Patienten*in an eine Pflegekraft des gehobenen Dienstes zu melden, aber dies hängt vom Wissen und der Erfahrung der Assistent*innen ab, was zu melden ist, und dies kann variieren (Bittner & Gravlin, 2009; Potter, Deshields, & Kuhrik, 2010 zitiert in Duffield et al., 2019, S. 2). Assistent*innen müssen Aufgaben von einer Angehörigen des gehobenen Dienstes übertragen bekommen, die dann für die Beaufsichtigung und Überwachung der Arbeit der Pflegeassistent*innen verantwortlich ist (National Council of State Boards of Nursing, 2016; Nursing and Midwifery Board of Australia, 2013).

Die Ausübung eines Pflegeberufs bedeutet, die Kompetenzen am Arbeitsplatz zu erfüllen. Hierzu zählt die Durchführungskompetenz von Tätigkeiten, wofür Fähigkeiten erforderlich sind, die während der Ausbildung erlangt wurden. Für das

Ausführen dieser Tätigkeiten tragen die Pflegepersonen Verantwortung für die Qualität. Trotz der gesetzlich definierten Kompetenzen des Pflegepersonals gibt es in der Praxis Situationen, in denen einzelne Personen Tätigkeiten ausüben, die über ihren Kompetenzbereich hinausgehen (Bártlová & Hajduchová, 2010 zitiert in Mikšová et al., 2014, S. e2). Pflegepersonen überschreiten ihre Kompetenzen, indem sie Tätigkeiten ausführen, für die sie nicht die entsprechenden Kenntnisse oder Fertigkeiten besitzen oder Tätigkeiten, die nicht in ihrer Stellenbeschreibung definiert sind. Beide Situationen stellen im Hinblick auf das rechtliche Umfeld einen Verstoß gegen das Kompetenzmanagement dar. Trotz des Gesundheitsgesetzes in der Tschechischen Republik, das das Recht des*r Patienten*in auf eine angemessene medizinische Versorgung und die Verpflichtung des Leistungserbringers zur Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen auf einem bestimmten fachlichen Niveau festgeschreibt, sind die beschriebenen Situationen ein relativ häufiges Phänomen in der medizinischen Praxis (Mikšová et al., 2014). Daher ist Vorsicht geboten, um sicherstellen zu können, dass die Assistenzberufe Tätigkeiten im Rahmen ihrer Kompetenzen und Fertigkeiten ausführen und nicht darüber hinaus. Selbst wenn die Kompetenzen erfüllt sind, ist eine enge Aufsicht und Anleitung durch den gehobenen Gesundheits- und Krankenpflegedienst unerlässlich, um sicherzustellen, dass die Assistenzberufe umfassend unterstützt werden und die Möglichkeit erhalten zu lernen. Auch wenn die Aufsichtspraktiken in den verschiedenen klinischen Einrichtungen unterschiedlich sind, sind Zeitmangel oder widersprüchliche klinische Prioritäten keine ausreichenden Gründe, um ihre Bedeutung zu minimieren oder zu vernachlässigen (Henshall, Doherty, Green, Westcott, & Aveyard, 2018). Werden Kompetenzen von Assistent*innen bei Aufgaben aufgrund von Personalmangel überschritten, die dem gehobenen Dienst vorbehalten bleiben sollten, wird der offensichtliche Mangel an Rollenklarheit zwischen dem gehobenen Dienst und der Assistent*innen bekräftigt. Obwohl dies als Möglichkeit angesehen werden könnte, das Beste aus der knappen Personalausstattung zu machen, trägt es weder zur Anerkennung der Kompetenz des gehobenen Dienstes noch der Assistent*innen bei. Stattdessen wird das

Fachwissen der DGKP in Frage gestellt, während der gute Wille der Assistent*innen ausgenutzt wird (Lauder & Roxburgh, 2006).

Mikšová et al. (2014) untersuchen die Mitglieder des Pflegeteams auf die Einhaltung ihrer Kompetenzbereiche. Die Berufsgruppen werden als „nurse“, „medical assistants“, „nursing assistants“ und „orderly“ bezeichnet. „Medical assistants“ und „orderly“ dürfen pflegerische Tätigkeiten in unterschiedlicher Abstufung unter Aufsicht von einer Pflegeperson oder einer*s Ärzt*in durchführen und sind ähnlich der Pflegeassistenz in Österreich. Die Studie zeigt, dass alle Mitglieder eines Pflegeteams ihre "internen" und "externen" Kompetenzen entweder überschreiten oder nicht erfüllen (Mikšová et al., 2014). Diese Tatsache wird auch in anderen Untersuchungen beschrieben, die sich auf die Einhaltung bzw. Nichteinhaltung der gesetzlich festgelegten Kompetenzen des Pflegeteams konzentrieren. Bártlová, Chloubová, & Treslova (2010) kommen in ihrer Forschung zu dem Schluss, dass Pflegepersonen den Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit in einer Art und Weise überschreiten oder sich dazu gezwungen sehen, die von allen Beteiligten, einschließlich aller Ebenen der Leitung von Gesundheitseinrichtungen, als Standartpraxis toleriert wird (zitiert in Mikšová et al., 2014, S. e7-8). Angesichts der Anforderungen an eine qualitativ hochwertige und sichere Pflege sind das Aufzeigen von Kompetenzüberschreitungen von Assistenzberufen besonders alarmierend. Die Durchführung von Pflegetätigkeiten durch nicht ausreichend qualifiziertes Personal kann zu einer Gefährdung der Patient*innensicherheit führen, insbesondere wenn es sich um ein Mitglied eines Pflegeteams mit dem niedrigsten Qualifikationsniveau handelt (Škrla & Škrlová, 2008 zitiert in Mikšová et al., 2014, S. e9).

2.8 Herausforderungen in Österreich

Die Herausforderungen der pflegerischen Versorgung im akutstationären Setting in Österreich hängen eng mit der Umsetzung der GuKG-Novelle von 2016 zusammen. Hierbei sind durch den hohen Innovationsgrad in diagnostischen sowie therapeutischen Maßnahmen kontinuierliche Anpassungen erforderlich. Weiters stellen die steigende Anzahl an Aufnahmen und Entlassungen sowie

tagesklinische Behandlungen Herausforderungen dar. Die Verweildauer der Patient*innen in den Krankenhäusern wird reduziert und Maßnahmen zur Kostenreduktion sowie Steigerung der Effizienz von Abläufen werden angestrebt. Des Weiteren steigen die Ansprüche auf Qualitätssicherung und Patient*innensicherheit an (Pleschberger et al., 2021). Der Pflegepersonalmangel, die Arbeitsbedingungen und der Einfluss dessen auf die Berufszufriedenheit stellen eine besonders große Herausforderung dar (Rappold & Juraszovich, 2019). Aufgrund der demografischen Entwicklung besteht eine Zunahme an chronischen Krankheiten in der Bevölkerung sowie ein erhöhter Bedarf an Pflegeleistungen. Viele stationär behandelte Patient*innen weisen komplexere Problemstellungen auf. Die Autonomie und das Bedürfnis nach Informationen steigt bei den Patient*innen. Die Diversität der Patient*innen und die interkulturelle Pflege haben einen anderen Stellenwert. Es besteht ein hoher Anteil an Patient*innen mit demenziellen Erkrankungen. Hierfür stehen flächendeckende Implementierungen von Konzepten zu dessen Umgang damit noch aus (Juraszovich & Rappold, 2017). Aufgrund dieser vielfältigen Herausforderungen wird das akutstationäre Setting in dieser Forschungsarbeit untersucht.

Im Rahmen von Fallstudien von Pleschberger et al. (2021) werden unter anderem die Implementierung der PFA im Rahmen der GuKG-Novell von 2016 untersucht. Die Entwicklung der Rollen der PFA werden sowohl von den an sie gestellten Erwartungen als auch vom Grade-Mix beeinflusst. Seitens der Führungsebene bestehen gegenüber der PFA-Gruppe Erwartungen. Diese sind ein maximaler Einsatz ihrer Kompetenzen über qualifizierte Assistenz, die Durchführung von "Grundpflege" und Patient*innenbeobachtung in hoher Eigenverantwortung. Darüber hinaus wird die Übernahme einzelner Funktionen im Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie, wie beispielsweise der Assistenz im Verbandszimmer erwartet. Die Delegationen von diagnostischen und therapeutischen Tätigkeiten sowie die Integration in die Kernprozesse auf der Station erfolgen in den Fallstudien überwiegend über die DGKP. Im Delegationsprozess wird klar, dass sich die PFA aktiv in ihrer Rolle abgrenzen müssen. Es obliegt ihnen, sich als PFA zu identifizieren und Tätigkeiten, die über

ihren Kompetenzbereich hinausgehen, an den gehobenen Dienst weiterzuleiten. PFA nehmen die Aufgabe wahr, ihre Kompetenzgrenzen aufzuzeigen und Anordnungen außerhalb des Kompetenzrahmens an die DGKP weiterzuleiten. Seitens der PFA und der DGKP wird betont, dass die PFA sehr wohl wissen, welche Aufgaben in ihren Kompetenzbereich fallen und sie folglich übernehmen dürfen und welche nicht (Pleschberger et al., 2021). Das Erleben von Grenzen in den gesetzlich definierten Kompetenzen wird von den PFA in den analysierten Fallstudien als anspruchsvoll beschrieben. Innerhalb ihrer Dienstzeiten sehen sie sich mit einer erheblichen Arbeitsbelastung konfrontiert. In den Fokusgruppen haben die Pflegepersonen über die Verlockung diskutiert, Aufgaben zu übernehmen, um die Arbeitslast zu bewältigen, auch wenn dies gesetzlich nicht legitimiert ist. Es wird festgestellt, dass es einen Zusammenhang zwischen dem Drang, bei diesen kompetenzüberschreitenden Tätigkeiten auszuhelfen, und der Verfügbarkeit von DGKP sowie deren Stressniveau gibt (Pleschberger et al., 2021). Das medizinische Personal erklärt die genannten Schwierigkeiten einerseits mit mangelnden Informationen und andererseits mit den Wissens- und Kompetenzgrenzen des entsprechenden Ausbildungsniveaus. Die PFA sind sich der Verantwortung bewusst und haben teilweise Schwierigkeiten mit dieser Rolle. Durch ihre Expertise und ihren Erfahrungen in der Patient*innenversorgung beurteilen sie, wann ein Zustand von der Norm abweicht oder dysfunktional ist. Dabei können sie nicht alle Zusammenhänge kennen und machen deutlich, dass es zu einer Überschreitung von Kompetenzen kommen kann. Es bleibt fraglich, inwieweit es möglich ist, Kompetenzen nicht zu überschreiten. Angesichts der grundsätzlich hohen Bereitschaft der Pflegepersonen, über ihre Grenzen hinauszugehen, birgt dies zweifellos bestimmte Risiken. Es ist besonders herausfordernd, in Ausnahmesituationen wie bei der Covid-19-Pandemie stattgefundenen Kompetenzüberschreitungen im regulären Betrieb wieder zu unterbinden. In diesem Zusammenhang sind Führungskräfte gefordert, und es bedarf einer eingehenden Auseinandersetzung aus pflegefachlicher und pflegewissenschaftlicher Perspektive darüber, wie die Zusammenarbeit der Pflegeberufe im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben am besten gestaltet werden kann (Pleschberger et al., 2021).

3 Forschungsziel und Forschungsfrage

In der Masterthesis soll aufgezeigt werden, welche über den Kompetenzbereich hinausgehenden Tätigkeiten von PA und PFA in der pflegerischen Routine geleistet werden, die nicht in der Ausbildung erlernt wurden. Der Fokus liegt in der Wahrnehmung sowie der subjektiven Bedeutung dieser Tätigkeiten der beiden Assistenzberufsgruppen für die Individuen. Ziel ist es, ein tiefergehendes Verständnis für die zugrunde liegenden Motive der Individuen und variablen Einflussfaktoren zu gewinnen. Dies wird im akutstationären Setting erforscht. Es soll ein IST-Zustand aufgezeigt werden.

Aus der Zielsetzung resultiert folgende Forschungsfrage:

„Welche subjektive Bedeutung haben Tätigkeiten, die über den Kompetenzbereich von Pflegeassistent*innen und Pflegefachassistent*innen hinausgehen, im akutstationären Setting?“

4 Methodik

Für die Beantwortung der Fragestellung der vorliegenden Forschungsarbeit habe ich ein qualitatives Forschungsdesign gewählt. Im Folgenden wird die qualitative Forschung, die Datenerhebung inklusive Feldzugang und Stichprobenbeschreibung sowie die Datenauswertung in Form der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022) beschrieben. Des Weiteren erläutere ich die ethischen Aspekte der Masterthesis und die Gütekriterien.

4.1 Qualitative Forschung

Die qualitative Forschung ist eine Form der empirischen Forschung, die darauf abzielt, ein tiefes Verständnis und eine Interpretation der menschlichen Erfahrungen, Einstellungen, Überzeugungen und Verhaltensweisen zu gewinnen. Die qualitative Forschung konzentriert sich auf die Bedeutungen, die Menschen ihren Erfahrungen geben und wie sie diese interpretieren. Die Stärken der qualitativen Forschung liegen in ihrer Fähigkeit, tiefgreifende Einblicke in die menschliche Erfahrung zu bieten und Phänomene in ihrem natürlichen Kontext zu untersuchen (Lamnek & Krell, 2016; Mayer, 2022). Merkmale qualitativer Forschung sind eine ganzheitliche Betrachtung, ein offenes und flexibles Vorgehen sowie idiografisch, induktiv und interpretativ zu arbeiten. Dies heißt, das Einzigartige zu beschreiben und die Bedeutung über die Interpretation zu erschließen. Offenheit ist das zentrale Prinzip qualitativer Forschung, wodurch der explorative Charakter betont wird. Es sollen Dinge und Phänomene erkundet oder entdeckt werden, die vorab noch nicht definiert wurden. Hierbei wird versucht, sich bewusst von Vorerfahrungen zu lösen und den Blick auf das zu lenken, das sich aus der Forschung erschließen lässt. Die Wahrheit wird als etwas Subjektives gesehen. Jedes Individuum nimmt die Dinge auf ihre einzigartige Weise wahr und interpretiert diese. Daher kann es keine objektive Wirklichkeit und Wahrheit geben, die für alle gleich ist (Mayer, 2022).

4.2 Datenerhebung mittels Einzelinterviews

Für die vorliegende Masterthesis habe ich nicht standardisierte Einzelinterviews mit offenem Charakter verwendet, um das individuelle Erleben der*s Einzelnen bestmöglich erfassen zu können. Die Interviews erfolgten leitfadengestützt, um wichtige Themenbereiche vorab zu definieren, welche die Gesprächsgrundlage darstellten. Innerhalb dieser Themenbereiche stand eine möglichst offene Gesprächsführung im Vordergrund. Die problemzentrierten Interviews haben die persönliche Sichtweise des*r Interviewpartners*in zu gewissen Problembereichen erfasst (Mayer, 2022). Das problemzentrierte Interview nach Witzel (2000) zielt darauf ab, das Verständnis und die subjektive Sichtweise der Befragten zu einem bestimmten Problem oder einer Lebenssituation zu erfassen. Diese Methode des Interviews konzentriert sich auf die individuellen Perspektiven und Erfahrungen der Teilnehmer*innen. Das Ziel ist es, ein tiefgehendes Verständnis für die Struktur und Bedeutung des Problems aus Sicht der Befragten zu gewinnen. Das problemzentrierte Interview zeichnet sich durch die Ausrichtung an einer gesellschaftlich relevanten Fragestellung aus und prägt die Struktur des Erkenntnis- oder Lernprozesses (Vorinterpretation). Ich habe mein Vorwissen über die objektiven Rahmenbedingungen der untersuchten Orientierungen und Handlungen genutzt, um die Erklärungen der Befragten verständnisvoll nachzuvollziehen. Dabei habe ich Fragen und Nachfragen gestellt, die auf das zentrale Problem ausgerichtet waren (Witzel, 2000).

4.2.1 Vignetten

Vignetten werden in den Sozialwissenschaften sowie in der Pflegeforschung verwendet (Gould, 1996; Hughes & Huby, 2002). Diese Methode beinhaltet die Bereitstellung von skizzierten Szenarien. Die Befragten werden dazu aufgefordert, sich unter Berücksichtigung ihrer eigenen Erfahrungen vorzustellen, wie sich die Hauptfigur, also die befragte Pflegeperson, im Szenario verhalten wird. Vignetten dienen in tiefgehenden Interviews als Impuls für ausführliche Diskussionen über das besagte Szenario (Bloor und Wood, 2006; Hughes, 1998). In Interviews werden Vignetten verwendet, um die persönlichen Einstellungen, Wahrnehmungen und Überzeugungen der Menschen zu verstehen, insbesondere

bei sensiblen Themen wie der Gesundheitsversorgung (Hughes & Huby, 2002). Vignetten sind wertvoll, um Feinheiten und Nuancen zu erkennen, die normalerweise nur "Insidern" bekannt sind (Sumrall & West, 1998). Die Szenarien sollten ausreichend detailliert beschrieben sein, um es den Befragten zu ermöglichen, sich das Szenario als tatsächliches Ereignis oder Situation vorzustellen. In den Szenarien werden die Befragten in ein Dilemma involviert, bei dem die Teilnehmer*innen eine moralische Position einnehmen sollen, beurteilen müssen oder eine bestimmte Entscheidung treffen sollen (Bloor & Wood, 2006).

Im Zuge des problemzentrierten Interviews wurden den Teilnehmer*innen zwei Fallbeispiele (Szenarien), also Vignetten als Gesprächsgrundlage vorgelegt, um ihnen einen Einstieg in die Thematik zu erleichtern sowie das Erzählen zu vereinfachen. In den Vignetten der Masterthesis wurden zwei Fallbeispielen (Szenarien) vorgelegt, in denen Überschreitungen des Kompetenzbereiches skizziert wurden und gefragt wurde, wie sich die befragte Pflegeperson in den speziellen Situationen verhalten würde. Es stand die Frage im Raum, wie eine konkrete Reaktion sowie das nachfolgende Verhalten aussehen würden und welche Emotionen diese Fallbeispiele auslösen würden. Im ersten Fallbeispiel bittet eine Kollegin die Pflegeperson, eine Infusion vorzubereiten und einem*r Patienten*in anzuhängen. Im zweiten Fallbeispiel fragt eine Kollegin die Pflegeperson, Pflegeplanungen zu evaluieren. Diese Fallbeispiele beinhalten kontextuelle Rahmenbedingungen wie Personal- und Zeitmangel sowie Vertrauen oder Erwartungshaltung der Kollegin. Nachfolgend werden die beiden Fallbeispiele dargestellt.

Fallbeispiel 1: Infusionen vorbereiten und anhängen

„Du bist im Tagdienst mit einer DGKP und einer PA für die ganze Station eingeteilt, da eine DGKP krank wurde und von den anderen Stationen konnte keine Vertretung kommen. Es ist ein stressiger und chaotischer Tag. Nach der Visite ist einiges auszuarbeiten. Die DGKP hat mit einem instabilen Patienten zu tun und du merkst, sie kommt der Arbeit nicht hinterher und möchtest ihr helfen. Nach der Visite wurden einige Infusionen verändert/neu angesetzt, die eigentlich

schon verabreicht werden sollten. Es sind ein paar NaCl-Infusionen mit Zugabe von Schmerzmittel und zwei Antibiotika vorzubereiten und anzuhängen. Du überlegst, die Infusionen vorzubereiten, zu spiegeln und anzuhängen, damit du der DGKP unter die Arme greifst. Die Kollegin sagt „Ja, könntest du das machen? Du weißt eh, wie das geht, gell? Das wäre super von dir, danke!“ Du weißt, dass das eigentlich nicht deine Aufgabe ist, du hast aber schon 1000-Mal zugesehen und weißt, wie es geht. Was machst du?“

Fallbeispiel 2: Pflegeplanungen

„Du bist im Tagdienst mit einer DGKP für die halbe Station eingeteilt. Es ist ein stressiger Tag. Ihr seid mit der Morgenrunde fertig und dokumentiert die Pflegemaßnahmen. Zurzeit ist die Station voll und es sind mehrere hochbetagte und pflegerisch aufwendige Patienten auf der Station, wodurch ihr bei der Morgenrunde sehr lange gebraucht habt. Bei zwei Patienten müssen die Pflegeplanungen evaluiert und überarbeitet werden. Die DGKP muss jetzt auf Visite mitgehen, sie bittet dich, ob du das noch machen kannst, bevor das Mittagessen kommt. Du bist etwas erstaunt, dass die DGKP dich darum bittet, da dies nicht in deinen Kompetenzbereich fällt. Du weißt, wie man Pflegeplanungen evaluiert und überarbeitet, du hast es aber noch nie gemacht. Allerdings freust du dich über das Vertrauen der Kollegin in dich. Du bist dir unsicher, ob du es tun solltest. Wie reagierst du?“

4.2.2 Feldzugang

In einem ersten Schritt habe ich die Informationen und Einladungen zur Teilnahme an der Forschungsarbeit über soziale Netzwerke verbreitet. Diese Versuche haben allerdings wenig Erfolg gezeigt, daher habe ich im nächsten Schritt Teilnehmer*innen von Studienkolleg*innen angefragt. Darüber hinaus habe ich die Absolvent*innen der Lehrgänge der PA und PFA von Gesundheits- und Krankenpflegeschulen kontaktiert. Ich habe mich aufgrund der sensiblen Thematik gegen ein Vorgehen über die Pflegedirektionen der verschiedenen Krankenhäuser entschieden. Der Zugang zu möglichen Teilnehmer*innen hat sich insgesamt als deutlich schwieriger erwiesen, als zuvor angenommen. Dennoch haben von zehn

Personen, die Interesse bekundet haben, letztendlich acht Personen zu einem Einzelinterview zugestimmt. Alle Teilnehmer*innen habe ich über Studienkolleg*innen rekrutiert.

4.2.3 Beschreibung von Stichprobe und Setting

Als Einschlusskriterien der Masterthesis habe ich PA sowie PFA definiert, welche ein Jahr Berufserfahrung im akutstationären Setting haben, um ihre Erfahrungen teilen zu können. Des Weiteren sollten ausreichend solide Deutschkenntnisse vorhanden sein, um ein Interview führen zu können. Es konnten zwei gleich große Stichproben von jeweils vier Personen pro Berufsgruppe erreicht werden und waren jeweils eine Gelegenheitsstichprobe. Insgesamt haben acht leitfadengestützte Interviews mit sieben Frauen und einem Mann stattgefunden. Die Stichprobe der PA besteht aus drei weiblichen und einem männlichen Teilnehmer*innen. Alle PFA sind weibliche Gesprächspartnerinnen. Die Dauer der acht Interviews haben sich auf 27 Minuten bis 58 Minuten mit einer Durchschnittsdauer von rund 41 Minuten belaufen. Das Altersspanne der Teilnehmer*innen reicht von 20 Jahren bis 52 Jahren, der Altersdurchschnitt liegt bei rund 31 Jahren. Die Berufserfahrung der Teilnehmer*innen beläuft sich auf vier Monate bis 30 Jahre, während die durchschnittliche Berufserfahrung bei 5,5 Jahren liegt. Eine Teilnehmerin mit vier Monaten Berufserfahrung habe ich aufgrund des schwierigen Feldzugangs in die Analyse mit einbezogen, da sie in dieser kurzen Zeit bereits Kompetenzüberschreitungen durchführte.

Die acht Interviewpartner*innen sind von insgesamt fünf verschiedenen Stationen von fünf unterschiedlichen Krankenhäusern in Wien. Aufgrund des erschwerten Feldzugangs sind zum Teil mehrere Personen einer gleichen Station in die Forschung eingeschlossen. Davon sind fünf Teilnehmerinnen auf zwei unterschiedlichen interdisziplinären Sonderklassestationen mit allen operativen und konservativen Fachrichtungen. Drei Teilnehmer*innen sind von drei unterschiedlichen Krankenhäusern mit einer ähnlichen Fachrichtung: einer Unfallstation, einer Station für Orthopädie und Traumatologie und einer Orthopädie-Station.

4.3 Datenaufbereitung und Datenanalyse

Ich habe die Interviews mittels Audio-Aufnahme aufgezeichnet, verschriftlicht und diese anschließend mithilfe des Programms MAXQDA 2022 analysiert. Dabei habe ich die qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022) herangezogen. Das Vorgehen bei der Transkription und der Analyse werden im Folgenden näher erläutert.

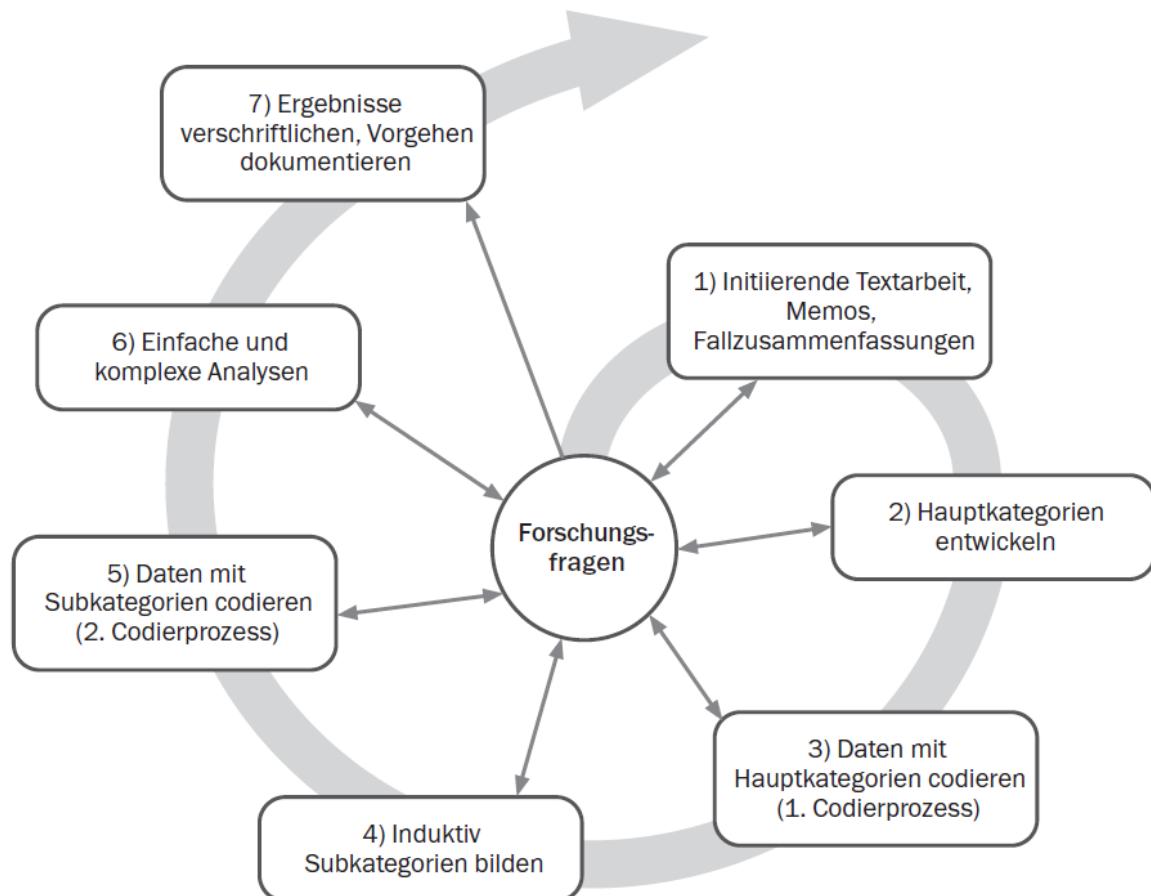
4.3.1 Transkription

Nachdem ich alle Interviews aufgezeichnet hatte, habe ich diese anschließend mithilfe des Programms MAXQDA 2022 transkribiert. Zu Beginn habe ich Transkriptionsregeln festgelegt. Der Text wurde wörtlich transkribiert. Meine eigenen Sprechbeiträge sind mit "J" markiert, während die Beiträge der Interviewteilnehmer*innen als "IP" für Interviewpartner*in gekennzeichnet sind. In der Transkription sind verschiedene verbale und non-verbale Elemente, darunter Betonungen, gedecktes Sprechen, Sprechpausen, Überlappungen zwischen den Äußerungen verschiedener Sprecher*innen, Gestik, Mimik sowie paraverbale Äußerungen wie Lachen berücksichtigt. Bei Unterbrechungen während einer Frage beginnt eine neue Zeile. Sprechpausen sind mit Klammern (Pause) markiert, pseudonymisierte Daten mit _____. Gelächter sind als (lacht) in Klammern, Grinsen als (grinst) sowie Betonungen durch (Betonung) gekennzeichnet. Dialekte sind wörtlich ins Schriftdeutsch transkribiert. Die Sprache wurde leicht geglättet, verschluckte Artikel wurden ausgeschrieben. Zustimmende oder bestätigende Äußerungen wie "mhm" oder "aha" werden in der Transkription nicht erfasst, es sei denn, sie unterbrechen den Redefluss der sprechenden Person oder dienen als direkte Antwort auf eine Frage. Fülllaute wie "ähm" sind nur dann transkribiert, wenn ihnen eine inhaltliche Bedeutung zukommt. Während des Transkribierens habe ich personenbezogene Daten der Interviewpartner*innen pseudonymisiert (Kuckartz & Rädiker, 2022). Die Pflegepersonen sind nach zeitlichem Ablauf der Interviews mit PFA 1-4 und PA 1-4 nummeriert. Die Auswertung ist mittels Inhaltsanalyse nach Kuckartz erfolgt, wie im Folgenden beschrieben wird.

4.3.2 Qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz

Für die Auswertung der Daten habe ich die qualitative Inhaltsanalyse herangezogen (Kuckartz & Rädiker, 2022).

Abbildung 1: 7 Phasen der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz



Note. Kuckartz und Rädiker (2022)

In der **ersten Phase** habe ich die Analyse mit initiierender Textarbeit, dem Schreiben von Memos und ersten Fallzusammenfassungen begonnen. Ich habe den Text aufmerksam gelesen, wichtige Passagen markiert und bedeutende Notizen am Rand notiert. Auffällige Details während der Lektüre sowie spontane Ideen für die Auswertung habe ich in Form von Notizen festgehalten. In der **zweiten Phase** habe ich die Hauptkategorien deduktiv anhand bestehenden Wissens durch ein Forschungsprojekt im Rahmen des Masterstudiums und des Interviewleitfadens gebildet. Es hat ein erster Durchlauf zur Eignung der Kategorien für das empirische Material stattgefunden. In der **dritten Phase** habe

ich die Daten mit den Hauptkategorien kodiert. Dabei bin ich den Text Zeile für Zeile durchgegangen und habe relevante Textabschnitte den entsprechenden Kategorien zugewiesen. Textpassagen, die für die Forschungsfrage nicht relevant waren, blieben unkodiert. Da ein Textabschnitt, selbst ein einzelner Satz, mehrere Themen enthalten konnte, wurden des Öfteren mehreren Kategorien für denselben Textabschnitt kodiert. Die Kategorien waren eng mit der Forschungsfrage verknüpft. Diese Verbindung ist von grundlegender Bedeutung, da die Kategorien dazu dienen sollen, die formulierte Forschungsfrage zu beantworten. Demnach war es wesentlich, bei jeder Kategorie zu überlegen, inwiefern sie dazu beiträgt, das Hauptziel der Masterthesis zu erreichen. Der Wert einer Kategorie konnte auch darin bestehen, bedeutendes Kontextwissen zu erfassen. Das bedeutet, dass selbst wenn der Zusammenhang zur Forschungsfrage nicht sofort offensichtlich war, die Kategorie nicht gleich verworfen wurde. In der **vierten Phase** hat die induktive Bildung der Subkategorien stattgefunden. Die Bildung von Subkategorien aus den Daten war ein dynamischer Prozess der Konstruktion, der theoretische Sensibilität und Kreativität erfordert. Hier habe ich mir alle kodierten Textstellen einer Kategorie näher angesehen und stellte Überlegungen an, wie eine Verfeinerung durch das Erstellen von neuen Subkategorien erzielt werden könnte. Die kodierten Textstellen wurden zu allgemeineren Subkategorien zusammengefasst. Des Weiteren wurden Definitionen für die Subkategorien formuliert und durch Zitate aus dem analysierten Material veranschaulicht. Durch die Anwendung von Kategorien und Subkategorien konnte eine Strukturierung der Daten erreicht werden. In der **fünften Phase** habe ich die Daten mit den Subkategorien kodiert. Hier wurden in einem zweiten Kodierprozess die verfeinerten Subkategorien und den bisher unter den Hauptkategorien kodierten Textstellen zugeordnet. In der **sechsten Phase** haben einfache und komplexe Analysen stattgefunden und es wurde festgelegt, wie die identifizierten Ergebnisse dargestellt werden könnten. Die kategorienbasierte Analyse entlang der Hauptkategorien sollte eine sinnvolle Reihenfolge mit nachvollziehbarem Aufbau besitzen. Zum einen habe ich die Häufigkeiten der Themen beschrieben und zum anderen den Inhalt in qualitativer Weise präsentiert. Dabei habe ich Vermutungen angestellt und Interpretationen

vorgenommen. Des Weiteren wurden Visualisierungen verwendet, um Muster im Datenmaterial zu identifizieren, Zusammenhänge zu erkennen, Vermutungen zu überprüfen sowie die Ergebnisse zu präsentieren. In der **siebten Phase** habe ich das Vorgehen und die identifizierten Ergebnisse dokumentiert und die erlangten Erkenntnisse in Kapitel Fünf verschriftlicht (Kuckartz & Rädiker, 2022).

4.4 Ethische Aspekte

Ich habe die grundlegenden forschungsethischen Prinzipien eingehalten. Diese beinhalten die Autonomie, Benefizienz, Non-Malefizienz sowie Gerechtigkeit. Forscher*innen sollten die Würde, Autonomie und Privatsphäre der Teilnehmer*innen respektieren. Das bedeutet, Teilnehmer*innen nehmen freiwillig an der Studie teil und geben informierte Zustimmung. Benefizienz beschreibt den Nutzen der Studie. Die Forschung sollte positive Ergebnisse für die Gesellschaft oder die Teilnehmer*innen generieren. Der Nutzen sollte die Risiken überwiegen. Dies schließt auch die Verpflichtung ein, sicherzustellen, dass die Forschung einen gesellschaftlichen Nutzen hat. Non-Malefizienz beschreibt das Prinzip des Nichtschadens. Forscher*innen müssen sicherstellen, dass die Teilnehmer*innen keinen Schaden durch ihre Teilnahme an der Studie erleiden. Jegliche potenziellen Risiken müssen angemessen bewertet und minimiert werden. Bei der Gerechtigkeit geht es um die Auswahl der Teilnehmer*innen, diese sollte fair und gerecht sein. Das bedeutet, dass alle relevanten Gruppen die Möglichkeit haben sollten, an der Studie teilzunehmen. Es schließt auch den Schutz von besonders verwundbaren Gruppen ein (Mayer, 2022; Körtner, 2017). Diese ethischen Werte führen in der Forschung zu drei Grundprinzipien. Sie umfassen die informierte Zustimmung der Teilnehmer*innen, die Anonymität und den Schutz des*r Einzelnen vor Schäden (Mayer, 2022). Die beiden Berufsgruppen habe ich im Rahmen dieser Forschung als nicht vulnerabel definiert. Eine Ethikkommission ist bei diesem Forschungsvorhaben nicht notwendig. Dennoch gilt es, einige Aspekte aufgrund der sensiblen Thematik zu beleuchten. Es könnten ethische Dilemmata oder moral Distress beim kompetenzüberschreitenden Arbeiten auftreten, insbesondere, wenn sich die Pflegepersonen ‚dazu gezwungen sehen‘. Die Anerkennung der eigenen beruflichen Grenzen und Überlegungen hinsichtlich der

Qualität der Pflege können ethische Fragen aufwerfen. Außerdem könnten Konflikte im Team entstehen, wenn die PA und PFA ihre Kompetenzen erweitern, um Lücken in der pflegerischen Versorgung zu schließen. Hier spielt der Personalmangel eine Rolle, denn dies wirft ethische Fragen der Verteilung der Personalressourcen auf. Es wird auf einen sensiblen Umgang mit der Thematik in den Interviews wertgelegt. Den Teilnehmer*innen wird mehrmals versichert, dass ihre Angaben und Aussagen nicht auf sie zurückgeführt werden können und somit keine beruflichen oder rechtlichen Konsequenzen haben werden.

Informierte Zustimmung

Ich habe die Teilnehmer*innen zu Beginn in mündlicher und schriftlicher Form über Ziel und Zweck der Studie, die geplante Vorgehensweise sowie möglichen Nutzen und Risiken informiert. Dies ist mittels einfach verständlicher Sprache geschehen und ohne die potentiellen Teilnehmer*innen unter Druck zu setzen. Hat sich die Person für eine freiwillige Teilnahme an der Studie entschied, hat er*sie eine schriftliche Einwilligungserklärung abgegeben, den Informed Consent (Mayer, 2022). Das Informationsschreiben und die Einwilligungserklärung befinden sich im Anhang.

Anonymität

Die Anonymität beschreibt die Geheimhaltung der Identität der Teilnehmer*innen. Die erhobenen personenbezogenen Daten wurden pseudonymisiert. Es können keine Rückschlüsse auf die Personen oder deren Arbeitsstelle gezogen werden. Dies habe ich des Öfteren betont, um klar zu machen, dass die Teilnahme keine negativen Auswirkungen auf das Berufsleben darstellt.

Schutz des*r Einzelnen

Ich habe die Teilnehmer*innen über mögliche Risiken aufgeklärt. Unter Umständen konnte die Reflexion emotional aufwühlend sein und zu Unsicherheiten aufgrund der Thematik kommen. Darüber hinaus habe ich die Teilnehmer*innen gebeten, bei aufkommenden Fragen und dem Bedürfnis zur Reflexion sich gerne mit mir in Verbindung zu setzen.

4.5 Gütekriterien der qualitativen Forschung

Nach den Grundprinzipien der qualitativen Forschung kann die wissenschaftliche Güte abgeleitet werden. In der qualitativen Forschung werden eigene Kriterien mit unterschiedlichen Begriffen und Schwerpunkten entwickelt, da es keine einheitlichen Begrifflichkeiten gibt. Im angloamerikanischen Raum werden meist die Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1985) herangezogen. Im deutschsprachigen Raum werden die Gütekriterien qualitativer Forschung häufig von Philipp Mayring (2002) verwendet (Mayer, 2022). Dieser bezieht sich auf sechs Kriterien: Verfahrensdokumentation, argumentative Interpretationsabsicherung, Regelgeleitetheit, Nähe zum Gegenstand, kommunikative Validierung und die Triangulation. Um die Qualität der Forschungsergebnisse sicherzustellen, wurde in der Masterthesis nach diesen Gütekriterien gearbeitet. Die Verfahrensdokumentation beschreibt die genaue Dokumentation des Vorgehens, damit der Forschungsprozess für andere nachvollziehbar ist. Die argumentative Interpretationsabsicherung beinhaltet die Darstellung der Ergebnisse. Die Ergebnisse qualitativer Forschung basieren auf Interpretationen und lassen sich nicht „beweisen“, sie müssen argumentiert und nachvollziehbar dargestellt werden. Die Regelgeleitetheit besagt, dass das Datenmaterial systematisch bearbeitet wird, bestimmte Regeln eingehalten werden und trotz Offenheit der Fragestellung und Vorgehensweise nicht willkürlich gearbeitet werden darf. Die Nähe zum Gegenstand beschreibt die Forderung, sich in die Lebenswelt der Betroffenen zu begeben. Dies bedeutet im Fall dieser Masterthesis die Personen mit ihrer Sichtweise zu befragen. Die kommunikative Validierung trifft hier nur bedingt zu, da die Ergebnisse nicht mit den beforschten Personen validiert wurden und ich alleine geforscht habe. Allerdings habe ich die Ergebnisse mit einer Studienkollegin diskutiert. Unter Triangulation versteht man die Verbindung verschiedener Erhebungsmethoden. Dies kann die Qualität erhöhen, da das Phänomen aus mehreren Perspektiven betrachtet wird. In dieser Masterarbeit wurde nur ein Erhebungsverfahren angewendet, das Einzelinterview (Mayring, 2023).

4.6 Limitationen

Es gibt einige Limitationen, die berücksichtigt werden müssen. Es gilt zu beachten, dass die Einhaltung der Kompetenzbereiche in einigen Einrichtungen strikt eingehalten werden und es darüber hinaus stationsabhängig sein kann. Für diese Masterthesis habe ich spezifisch Pflegepersonen gesucht, die über den Kompetenzbereich hinausgehende Tätigkeiten in der Vergangenheit durchführten oder diese regelmäßig durchführen. Deswegen hat sich der Feldzugang als schwierig erwiesen.

Im Zeitraum von 2016 bis 2020 hat die Ausbildung zur PFA insgesamt 2011 Absolvent*innen hervorgebracht (Statistik Austria, 2023 zitiert in Kozisnik et al., 2023). Dies zeigt, dass nur wenige Absolvent*innen der PFA in Österreich tätig sind. Dies könnte auf einen Bias der Häufigkeit dieser Kompetenzüberschreitungen hindeuten. Des Weiteren haben zum Teil mehrere Personen einer Station teilgenommen. Darüber hinaus gilt aufgrund der kleinen Stichprobe nur bedingt eine Generalisierbarkeit.

5 Ergebnisse

Das vorliegende Kapitel stellt die gefundenen Erkenntnisse aus den acht Einzelinterviews dar. Alle vier PA und alle vier PFA führten in der Vergangenheit oder führen regelmäßig Tätigkeiten durch, die über ihren Kompetenzbereich hinausgehen. Zwei PFA und zwei PA haben erläutert, dass sie in jedem ihrer Dienste die Kompetenzen überschreiten. Zwei PFA und zwei PA haben geschildert, dass sie versuchen, sich gut abzugrenzen und die Tätigkeiten selten durchführen, die über ihre Ausbildung hinaus gehen. Allerdings haben ein*e PA und eine PFA davon erzählt, dass sie ihre Kompetenzen in der Vergangenheit ebenfalls täglich überschritten.

Beispielsweise haben alle vier PFA und drei PA mehrere Situationen geschildert, in denen sie Infusionen vorbereiten und/oder bei liegender Venenverweilkanüle anhängen, obwohl sie es nicht dürfen. Dies hat eine PFA reflektiert: „*[...] das meiste Problem bei unseren Fachkompetenzen sind diese Infusionen*“ (PFA2, Pos. 52). Diese Situationen haben sich auch vor der GuKG-Novelle 2022 zugetragen. Beim Infusionsmanagement bei einem zentralen Venenkatheter (ZVK) wird mehr Vorsicht geboten. Dies haben die Teilnehmer*innen zumindest seltener berichtet. Zwei PFA haben berichtet, dass sie vom ZVK Blut abnehmen, davon hat eine PFA erzählt, dass sie auch beim Port-a-cath Blut abnimmt. Das Ausmaß der über den Kompetenzbereich hinausgehenden Tätigkeiten ist unterschiedlich und setting-spezifisch. Ein*e PA auf einer Orthopädie-Traumatologie-Station führt viele Tätigkeiten durch, die über den Kompetenzbereich hinausgehen. Hierzu zählen beispielweise die Verabreichung von subkutanen Infusionen, das Entfernen von Drainagen, Nähten und Klammern sowie das Entfernen von transurethralen Kathetern bei Frauen und Männern. Des Weiteren übernimmt diese*r PA die Durchführung des Monitorings mit medizinisch-technischen Überwachungsgeräten einschließlich Bedienung derselben, das Anlegen von Mieder und Orthesen sowie das Durchführen eines standardisierten diagnostischen Programms, eines Elektrokardiogramms (EKG). Ein*e weitere*r PA hat eine Situation geschildert, in der sie*er das Durchführen eines EKG delegiert bekam. Zwei PFA und ein*e PA haben erzählt, dass sie

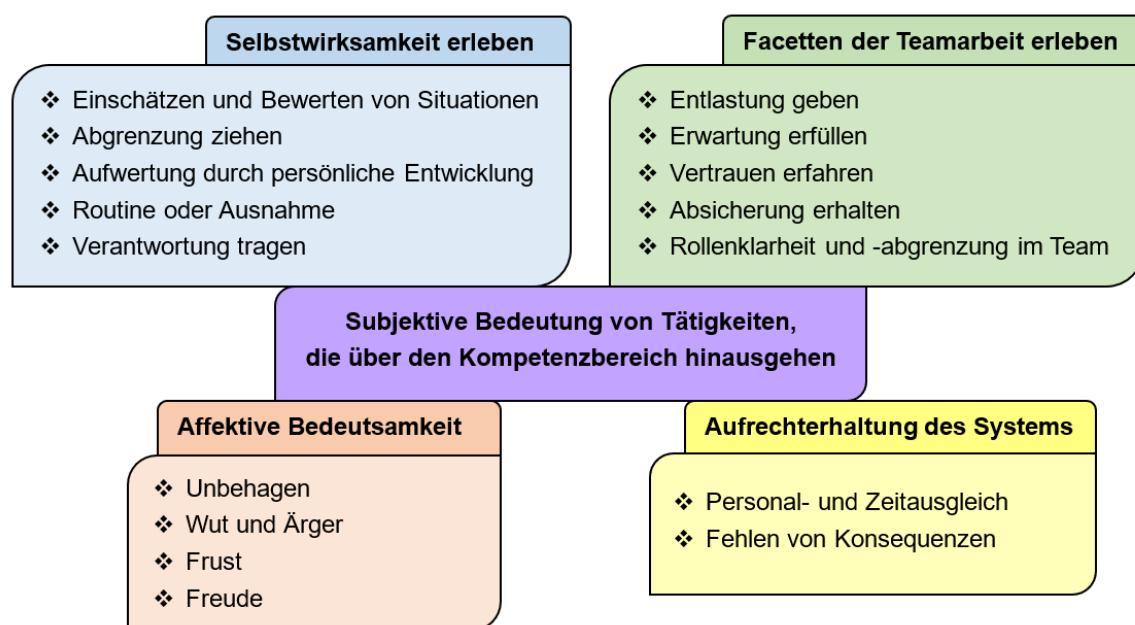
Arzneimittel vorbereiten, also Medikamente in die Dispenser einschachteln. Zwei PFA und eine PA haben berichtet, dass sie statt der DGKP mit den Ärzt*innen auf Visite gehen. Eine PFA hat geschildert, dass sie alleine Ärzt*innen bei schwierigen Verbandswechsel assistiert. Eine PFA hat von einem vollständigen Tagdienst erzählt, in dem sie alle anfallenden Tätigkeiten einer DGKP durchführte. Diese Kompetenzüberschreitung wurde von der Stationsleitung und der Pflegedirektion abgesegnet. Eine weitere PFA hat erklärt, dass sie in ihrer Einschulungsphase für alle Tätigkeiten einer DGKP für das Führen eines Hauptdienstes eingeschult wurde. Zum Teil gibt es hausinterne Regelungen, die vom gesetzlichen Kompetenzbereich abweichen.

Es wurden zwei Fallbeispiele als Gesprächsgrundlage gegeben. Beim ersten Fallbeispiel „Infusionen vorbereiten und anhängen“ wurden die Pflegepersonen gefragt, ob sie in einer stressigen Situation Infusionen vorbereiten und den Patient*innen anhängen würden, um die Kollegin im Fallbeispiel zu entlasten. Hier haben drei PA und drei PFA geäußert, dass sie in dieser Situation der Kollegin helfen würden und die Infusionen vorbereiten und anhängen würden. Eine PFA hat geschildert, dass sie „Nein“ sagen würde, aber dass sie beim Spiegeln der Infusionen helfen würde, wenn die Kollegin anwesend wäre. Ein*e PA hat erzählt, dass sie*er ‚Nein‘ sagen würde, aber dass sie*er die Infusion nur dann anhängen würde, wenn die Infusion bereits vorbereitet im Zimmer hängt. Beim zweiten Fallbeispiel „Pflegeplanungen“ wurde erfragt, ob die Pflegepersonen auf Bitte der Kollegin Pflegeplanungen evaluieren und überarbeiten würden. Zwei PFA und ein*e PA haben geschildert, dass sie es machen oder zumindest „probieren“ würden. Eine PFA und ein*e PA haben berichtet, dass sie keine Ahnung haben, was sie machen müssten und es deshalb nicht tun würden. Eine PFA und zwei PA haben deutlich gemacht, dass sie es auf keinen Fall machen würden.

In der Datenanalyse haben sich vier Hauptkategorien herauskristallisiert, die eine subjektive Bedeutung für die PA und die PFA haben: Selbstwirksamkeit erleben, Facetten der Teamarbeit erleben, affektive Bedeutsamkeit und Aufrechterhaltung des Systems. Sehr viele geschilderte Situationen in den Interviews betreffen

mehrere Kategorien beziehungsweise Subkategorien. Die Hauptkategorie „Selbstwirksamkeit erleben“ beinhaltet das „Einschätzen und Bewerten von Situationen“, „Abgrenzung ziehen“, „Aufwertung durch persönliche Entwicklung“, „Routine oder Ausnahme“ sowie „Verantwortung tragen“. Die Hauptkategorie „Facetten der Teamarbeit erleben“ umfasst „Entlastung geben“, „Erwartung erfüllen“, „Vertrauen erfahren“, „Absicherung erhalten“ und „Rollenklarheit und -abgrenzung im Team“. Die Hauptkategorie „Affektive Bedeutsamkeit“ beinhaltet die Subkategorien „Unbehagen“, „Wut und Ärger“, „Frustration“ sowie „Freude“. Die vierte Hauptkategorie „Aufrechterhaltung des Systems“ umfasst die beiden Subkategorien „Personal- und Zeitmangel“ sowie „Fehlen von Konsequenzen“.

Abbildung 2: Haupt- und Subkategorien



Note. eigene Darstellung, 2023

Es haben sich im Laufe der Datenauswertung drei unterschiedliche Ansätze der Pflegepersonen identifiziert. Es gibt verschiedene Typen von Pflegepersonen, die kompetenzüberschreitende Tätigkeiten aus unterschiedlichen Gründen durchführen. Einige Pflegepersonen führen solche Aufgaben durch, da sie Freude daran finden und sich ansonsten unterfordert fühlen. Diese Pflegepersonen hatten zum Teil ursprünglich den Wunsch, DGKP zu werden, konnten diesen Weg

allerdings aus verschiedenen Gründen nicht einschlagen beziehungsweise wollen dies in Zukunft anstreben. Daher nutzen sie das in einigen Fällen defekte System, um zumindest einen Teil ihrer ursprünglichen Ambitionen zu erfüllen. Es gibt Pflegepersonen, die konsequent versuchen, sich unter anderem aus Angst vor möglichen Konsequenzen an die Regeln zu halten. Diese Pflegepersonen sind sich der Grenzen ihres Kompetenzbereichs bewusst und gehen nicht darüber hinaus, aus Furcht vor negativen Auswirkungen auf ihre berufliche Laufbahn oder vor rechtlichen Konsequenzen. Einige Pflegepersonen haben geschildert, dass sie einfach ihre Arbeit durchführen. Ein weiterer Ansatz zur Überschreitung der Kompetenzen ist aus Teamgründen oder aus Mitleid mit den Patient*innen. Sie haben ein starkes Gefühl der Verantwortung gegenüber ihren Kolleg*innen sowie den Patient*innen. Dies treibt sie dazu an, zusätzliche Aufgaben zu übernehmen, um das Wohl des Teams und das Wohl der Patient*innen sicherzustellen. Hier gilt der Personalmangel als ausschlaggebend.

5.1 Selbstwirksamkeit erleben

Die Selbstwirksamkeit ist ein zentraler Faktor in der subjektiven Bedeutung bei Tätigkeiten, die über den Kompetenzbereich hinausgehen. Zum einen sind das Einschätzen und Bewerten von Situationen sowie die Abgrenzung des Kompetenzbereiches entscheidende Punkte. Zum anderen stellt die Aufwertung durch persönliche Entwicklung einen zentralen Stellenwert bei der Durchführung dieser Tätigkeiten dar. Darüber hinaus scheint es einen Unterschied zwischen Routine und Ausnahme zu geben. Des Weiteren haben die Teilnehmer*innen die Verantwortung angesprochen.

5.1.1 Einschätzen und Bewerten von Situationen

Alle interviewten Pflegepersonen haben das Einschätzen und Bewerten von Situationen thematisiert, in denen Kompetenzüberschreitungen von ihnen angefragt werden. Die Pflegepersonen versuchen, die verschiedenen Situationen in Bezug auf die Notwendigkeit einzuschätzen, die Tätigkeiten zu übernehmen, in denen sie sich befinden. Einige Pflegepersonen haben erläutert, dass es auf die Umstände sowie Situationen ankommt und sie die Kompetenzüberschreitungen im Rahmen halten wollen. Die Pflegepersonen führen Tätigkeiten nicht durch, wenn sie sich unsicher fühlen. Hierbei unterscheiden sie beispielsweise bei ihnen bekannten und unbekannten Medikamenten. Wenn die DGKP keine Zeit hat und ein*e Patient*in Schmerzen hat, hängen die Pflegepersonen Schmerzmittel an. Im Gegenteil dazu verweigern manche Pflegepersonen die kompetenzüberschreitende Tätigkeit, wenn die DGKP Zeit hat. Dennoch beschreiben andere PFA und PA, dass sie diese Kompetenzüberschreitungen als Routine und unabhängig der verfügbaren Zeit der DGKP durchführen. Nachfolgend erläutern die Pflegepersonen weitere Situation, wie sie es abschätzen sowie wie sie in Notfallsituationen handeln beziehungsweise handeln würden.

Wenn die PFA und PA Medikamente nicht kennen oder sich bei Tätigkeiten unsicher sind, bereiten sie diese nicht vor beziehungsweise führen diese nicht durch. Ein*e PA hat geschildert, dass auch die meisten ihrer*seiner Kolleg*innen

dies so praktizieren. Sie*er hat beschrieben: „*Also ich würde mich nie in einem Bereich begeben, wo es für den Patienten riskant wird. Das trau ich mir nicht zu. Das wäre für mich zu gefährlich*“ (PA1, Pos. 53). Diese*r PA hat erläutert, wie ihre*seine Gedanken zu kompetenzüberschreitenden Tätigkeiten aussehen und sie*er sich diesen nähert:

„Ich sage mal so, ich habe gelernt, mir nicht zu viel zuzutrauen und wirklich nur Tätigkeiten durchzuführen, wo ich mich zu 100% sicher fühle, weil ich eben nie vergessen darf, dass da ein Patient vor mir liegt und kein Versuchsobjekt. Das heißt, wenn eine Tätigkeit über meinen Kompetenzbereich hinausgeht und ich mir nicht sicher bin, führe ich es unter keinen Umständen durch [...]“ (PA1, Pos. 26).

Diese*r PA hat erklärt, dass sie*er sich die jeweilige Tätigkeit zeigen lässt und dass die Kolleg*innen alle bereit sind, ihr*m die entsprechenden Fertigkeiten zu zeigen. Die*der PA gibt ein Beispiel. Sie*er fühlt sich bei Evaluierung der Pflegeplanung nicht wohl, diese Aufgabe auszuführen, da sie*er es noch nicht durchführte. Die*der PA hat betont, dass es sich bei Patient*innen um Menschen handelt und nicht um Roboter. Die Priorität besteht darin, die bestmögliche Pflege und Betreuung der Patient*innen zu gewährleisten. Eine PFA hat erklärt, dass es auch auf das Fachwissen ankommt. Wenn jemandem das entsprechende Fachwissen bei beispielsweise gewissen Medikamenten fehlt, kann man große Fehler machen. Ein*e PA hat geschildert, wenn sie etwas falsch machen würde, dann wäre es die Verantwortung der DGKP, aber bei einer Kochsalzlösung „kann nicht viel passieren“ (PA2, Pos. 14). Die*der PA findet es seltsam, dass auf einer Station auf der sie*er ausgeholzen hat, alle PA und PFA Infusionen anhängen. Sie*er hat erklärt, dass sich auch DGKP irren können und wenn ein PA oder PFA die Tropfgeschwindigkeit einer Infusion zu schnell oder zu langsam einstellt, findet sie das als „sehr unverantwortlich“ (PA2, Pos. 20). Eine weitere PFA hat geschildert, wie sie bei der Vorbereitung von Infusionen mit zusätzlichen Medikamenten behutsam vorgeht. Sie scheint äußerst gewissenhaft und verantwortungsbewusst vorzugehen und legt besonderen Wert auf die Sicherheit der Patient*innen. Sie hat betont, dass gewisse Medikamente und Tätigkeiten für sie persönlich in Ordnung sind und gewisse Tätigkeiten nie durchführt. Es gibt

Medikamente, die sie unter keinen Umständen zum Beispiel im Rahmen einer Infusion vorbereitet, wenn sie diese nicht kennt. Aber Routinemedikamente sind in Ordnung für sie. Diese bereitet sie in Absprache mit der DGKP vor:

„Und wenn ich zum Beispiel Antibiotika habe, die ich noch nie in meinem Leben gesehen habe oder geschweige denn gehört habe, dann mache ich das auch nicht. Weder spiegeln noch sonst irgendwas, weil dann weiß ich nicht, weil es gibt ja welche, die schäumen und das sage ich ,das tut mir leid, das kann ich dir nicht helfen‘. Aber Novalgin, Paracetamol, Elomel solche Sachen, die tagtäglich angehängt werden, da hab ich keinen Stress und da denke ich mir, das kann ich auch mit gutem Gewissen erledigen. [...] in einer Ausnahmesituation. Es ist nicht alltäglich“ (PFA2, Pos. 22).

Zwei PFA haben Situationen beschrieben, in denen ein*e Patient*in starke Schmerzen hat und die DGKP im Augenblick keine Zeit hat: „[...] dann lasse ich den nicht unnötig lange, eine Stunde oder was in seiner VAS 10 (Schmerzskala) liegen [...]. Hänge dem dann das Schmerzmittel an, weil ja, ich möchte auch, dass den Leuten gut geht“ (PFA4, Pos. 36). Die zweite PFA hat ihren Gedankenablauf dazu erklärt, dass sie es nur dann durchführt, wenn es nicht anders geht. Wenn die DGKP beispielsweise Medikamente in die Dispenser einschachtelt, dann ist sie sich unsicher, ob sie die*den Kolleg*in stören kann: „[...] ist es jetzt wichtig, dass mein Patient das Schmerzmittel bekommt oder dass ein Anderer ein falsches Medikament bekommt, weil ich sie ablenke, kann ich nicht immer gleich einschätzen“ (PFA2, Pos. 55). Deswegen fragt sie immer bei der DGKP nach, ob sie es vorbereiten soll oder nicht. Sie hat geschildert, dass die Kolleg*innen meistens sagen, dass sie es nicht vorbereiten muss.

Die Pflegepersonen haben geschildert, dass sie gewisse Tätigkeiten nicht ausführen, wenn sie merken, dass der*die Kollege*in genug Zeit dafür hätte und „diese*r nicht aufstehen wollte“. Dies hat eine PFA verdeutlicht, dass sie gerne aushilft, aber nicht, wenn die DGKP Zeit hat: „[...] ich hatte mal einen Fall, da sitzt die Diplomierte zu Mitternacht am Computer und sagt mir als PFA, ich soll bitte die Mitternachts-Infusionen austeilten und ich hab gesagt ,Nein, mach ich nicht. Das ist

nicht meine Aufgabe“ (PFA2, Pos. 24). Diese PFA hat von einer anderen Situation geschildert, in der die PA und PFA ihre Arbeit erledigt hatten und frühstückten. Die beiden DGKP auf der Station wollten rauchen gehen und da kam ein*e Kolleg*in in den Sozialraum und hat sich aufgeregt, warum die Assistent*innen bereits frühstückten, da die DGKP mit den Infusionen noch nicht fertig ist. Die PFA hat darauf geantwortet, was sie mit Infusionen zu tun hätten und frühstückte weiter. Diese PFA hat weitere Überlegungen zu ihrem Pflegealltag in Bezug auf kompetenzüberschreitende Tätigkeiten geschildert:

„[...] bei mir fragen sie immer, weil ich einen Tag ja und einen Tag nein sage. [...] bei mir wissen sie jetzt mittlerweile ganz genau, was ich machen werde ob sie, wenn Sie mich fragen und wie Sie mich fragen und ob ich das schon für mich einschätzen kann, weil ich mache keine Infusionen, wenn eine Diplomierte am Handy spielt, das mache ich nicht, dann sag ich das auch ins Gesicht“ (PFA2, Pos. 57).

Im Gegenteil dazu hat eine andere PFA geschildert, dass sie in jeder Situation Infusionen vorbereitet und anhängt: „*[...] es ist wirklich Routine [...]. Auch wenn die Diplomierte jetzt zum Beispiel Zeit hätte und neben mir am Computer sitzt*“ (PFA3, Pos. 67). Sie hat des Weiteren geschildert, dass sie jeden Tag alle möglichen Infusionen anhängt: „*Also ich sage ehrlich, ich häng eigentlich wirklich alle Infusionen an, außer was ich nie anhängen würde wär Suchtgift, das würde ich nicht machen*“ (PFA3, Pos. 26). Darüber hinaus hat die PFA geschildert, wenn ein*e Ärzt*in anordnet, dass eine einzelne Tablette abgesetzt wird, sie das beim Medikamentendispenser nicht angreift. Mehrere Pflegepersonen haben geschildert, dass es in Ordnung ist, wenn die DGKP neben ihr*m steht und sie parallel Infusionen vorbereiten und spiegeln. Drei Pflegepersonen haben geschildert, dass sie die Pflegeplanungen evaluieren oder es probieren würden. Die Argumentation hier ist, dass es im System von der DGKP wieder überarbeitet werden könnte.

Einige Pflegepersonen haben erläutert, dass sie in Notfallsituation bereit sind oder wären, gewisse Kompetenzüberschreitungen durchzuführen. Ein*e PA hat erklärt, dass sie*er in einer Notfallsituation beispielsweise Blut vom ZVK abnehmen würde und im normalen Alltag hätte sie*er gesagt, dass es genug andere Leute dafür gibt. Eine PFA erzählt von ihrer Sicht:

„Also wenns wirklich ums Leben von Patienten geht und es geht nicht anders, dann renn ich und dann hole die Infusionen und dann spiegel ich die und dann häng ich die auch an. Also wirklich, wenn wirklich Gefahr (Betonung) herrscht und die Diplomierte kann grad nicht und es gibt nur die PA, oder mich, die dann noch rennen kann, natürlich mach ich's dann und stell mich nicht hin und sag 'ähm tut mir sehr leid, ich darfs nicht“ (PFA1, Pos. 66).

Ein*e weitere PA hat erklärt, dass sie*er auch in einer Notfallsituation keine Infusion vorbereiten würde und stattdessen eine*n Ärzt*in anrufen würde. Eine andere PFA hat geschildert, dass sie einen ZVK auf gar keinen Fall und in gar keiner Situation angreift und angreifen würde. Aufgrund des starken Personalmangels erklären einige Pflegepersonen, dass es zu Situationen mit „gefährlicher Pflege“ kommt. Eine PFA hat erzählt, dass sie einen Nachtdienst alleine machen sollte, dies findet sie „grob fahrlässig“:

„Wenn dann irgendwas ist und auch wenn ich in einer Notfallsituation trotzdem grundsätzlich anders handeln darf, weil es einfach wirklich erforderlich ist, kannst du in Teufels Küche kommen und ich sehe dann nicht ein, dass mir mein PFA Diplom entzogen wird, weil ich das gemacht habe was ich nicht machen darf, nur weil ich in eine Situation gesteckt wurde, die man mir forciert hat, also mir auferlegt hat. Das war halt dann wirklich der Moment, wo ich gesagt hab das stört mich jetzt schon“ (PFA4, Pos. 27).

Eine PFA hat erläutert, wie sie im Pflegealltag mit den Kompetenzüberschreitungen umgeht. Sie versucht, es situationsgerecht abzuschätzen:

„Also weder, dass die Diplomierten den Eindruck haben, sie können mir alles anschaffen, weil die macht ja eh, weil die braucht das jetzt für ihr sag ich jetzt mal Ego, weil da fühlt sie sich wichtig also das ist bei mir gar nicht (Betonung) der Fall. Weil aber andererseits auch nicht, dass ich jetzt ein schlechtes Gewissen habe, wenn ich nein sage ständig, weil das ist mein gutes Recht“ (PFA2, Pos. 35).

Diese PFA hat erzählt, dass es auf ihrer Station üblich ist, dass die Assistent*innen mehr Tätigkeiten übernehmen. Nach den Schilderungen der PFA denken die Kolleg*innen nie darüber nach, was genau sie eigentlich tun. Sie hat erklärt, dass ihr eine PA-Kollegin die Rückmeldung gegeben hat, dass sie ihr hilft darüber nachzudenken: „[...] dass wir PFAs Ihnen auch geholfen haben, ein bisschen mehr über ihre Arbeit nachzudenken und sich bisschen abzugrenzen und sich nicht überfordert zu fühlen“ (PFA2, Pos. 80).

5.1.2 Abgrenzung ziehen

Das Ziehen einer Abgrenzung haben alle Teilnehmer*innen thematisiert. Einige Pflegepersonen haben Schwierigkeiten beim Abgrenzen des Kompetenzbereiches geschildert. Des Weiteren haben sie das Recht beschrieben, „Nein“ zu sagen und sich an die eigenen Kompetenzen zu halten. Manche haben die Notwendigkeit beschrieben, den eigenen Kompetenzbereich zu kennen und einzuhalten. Einige Pflegepersonen scheinen sich nur bei gewissen Tätigkeiten abzugrenzen. Des Weiteren haben die Pflegepersonen die Bezahlung thematisiert.

Ein*e PA hat geschildert, dass sie*er in der Schule bereits vermittelt bekam, dass das Einhalten der Kompetenzen schwierig ist: „[...] wie man es in der Schule lernt, dass man rein nur seine Kompetenzen einhält, das ist nicht möglich und ich habe auch Lehrer gehabt, die dann gesagt haben es ist nicht möglich, die dann auch ehrlich zugegeben haben“ (PA1, Pos. 15).

Ein*e PA hat erklärt, dass sie*er vor der neuen GuKG-Novelle im Jahr 2022 Kompetenzen überschritt, aber zum Zeitpunkt des Interviews keinerlei Kompetenzüberschreitungen hat. Sie*er hat eine Situation geschildert, in der

sie*er das Durchführen eines EKGs von der stellvertretenden Stationsleitung vor ungefähr zwei Jahren delegiert bekam. Sie*er hat dies durchgeführt und hat anschließend zur stellvertretenden Stationsleitung gesagt: „*du schau, ich hab es jetzt gemacht, wie du gesagt hast, du hast mich delegiert. Ich machs nie wieder!*“ *Und er hat mich dann nie wieder drum gebeten*“ (PA4, Pos. 53). Darüber hinaus hat sie*er erzählt, dass sie*er bei Patient*innen die vorbereitete Infusionen anhängt, die bereits im Zimmer sind. Oder den*die Patient*in auf die Toilette begleitet und anschließend die Infusion wieder angehängt und durchgespült hat. Dies hat ihr die DGKP gezeigt: „*Das dürfte [sic!] ich nicht machen, früher, ja. Jetzt darf ich aber ja, das hab ich gemacht. Sonst momentan mach ich nichts, was ich nicht darf*“ (PA4, Pos. 45). Diese*r PA hat erklärt, wie sie*er mit einer*m Patienten*in umgehen würde, die*der eine Infusion an einem ZVK hat und dringend auf die Toilette muss: „*Das mach ich wirklich nicht. Dann muss er warten. Dann gebe ich ihm Schüssel [...] im Bett (lacht) und er soll warten, halbe Stunde, eine Stunde und fertig, das mach ich nicht*“ (PA4, Pos. 87). Eine PFA hat die Gründe erklärt, weshalb sie keine Infusionen anhängt: „*[...] einfach weils nicht meine Kompetenz ist, wenn da irgendwas passiert, dann bin ich (Betonung) diejenige, die dran ist, weil ich arbeite ja eigenverantwortlich und das ist mir zu heiß*“ (PFA1, Pos. 24). Darüber hinaus hat sie erklärt, warum sie die Tätigkeiten nicht wie andere ausführt:

„*[...] das finde ich erstens unprofessionell, zweitens ist es nicht meine Art, weil wenn ich was mache, möchte ich es gescheit machen und möchte, dass es gescheit ist. Und es hat keiner was davon, wenn ich jetzt Wischi-Waschi mir jetzt irgendwelche Sachen zusammen spinne, die irgendwie vielleicht gar nicht passen. Und die die Kolleginnen dann nur ärgern*“ (PFA1, Pos. 35).

Die PFA hat erläutert, dass sie bei einer peripheren Venenverweilkanüle die Infusion abhängt, weil sie es darf. Sobald es sich um einen Peripherally Inserted Centralvenous Catheter-Katheter, beziehungsweise als PICC-Katheter bekannt, einen ZVK oder einen Port-a-cath handelt, greift sie die Infusion nicht an. Sie hat erklärt, dass es mühsam ist, aber die Einhaltung der Kompetenzen ihr sehr wichtig ist. Diese PFA hat mehrmals betont, dass es wichtig ist, den eigenen Kompetenzbereich zu kennen und zu wissen, was sie darf und welche Tätigkeiten

sie nicht durchführen darf. Zwei PFA und eine PA haben erläutert, dass es ihnen gefällt, wie es aktuell auf der Station gehandhabt wird. Sie haben geschildert, dass ihre Kolleg*innen ihr „Nein“ akzeptieren und sie sich deswegen in der Arbeit wohl fühlen.

Die meisten Pflegepersonen, die kompetenzüberschreitende Tätigkeiten als Ausnahme oder in der Routine durchführen, grenzen sich ab und lehnen die Tätigkeiten ab, wenn sie Unsicherheit bei den Tätigkeiten verspüren, die über ihren Kompetenzbereich hinausgehen. Es scheint ein paar Tätigkeiten zu geben, die die Pflegepersonen gar nicht durchführen. Das Setzen eines transurethralen Blasenkatheters lehnen explizit zwei PFA ab. Die Evaluierung von Pflegeplanungen lehnen einige Teilnehmer*innen ab. Ein*e PA hat geschildert: „*Pflegeplanung mache ich wirklich nicht, das kann ich wirklich ehrlich sagen. Egal wieviel Stress [...] ist, oder nicht. Das darf ich nicht*“ (PA3, Pos. 44). Dies hat ein*e weitere*r PA ähnlich erklärt. Ein*e PA hat in Bezug auf Infusionen vorbereiten erzählt: „[...] *das ist auch nicht meine Aufgabe und ich habe keine Ahnung, wie das alles funktioniert (lacht) und ich hab das nicht gelernt, würd ich auch nicht machen. Weil da könnt schon was schief gehen, ja*“ (PA4, Pos. 21). Einige Pflegepersonen haben solche Aussagen geschildert und erklären dies den Kolleg*innen auf diese Art und Weise. Einige sagen außerdem zur DGKP: „*Es tut mir leid, aber das steht nicht in meinen Kompetenzbereich. Ich darf es nicht machen, ich bin [...] wirklich sehr direkt*“ (PA3, Pos. 46).

Eine PA hat 30 Jahre Berufserfahrung und hat vor den Novellen des GuKG viele Tätigkeiten durchgeführt, die sie aktuell als PA nicht mehr durchführen darf. Als Nachfrage für die Gründe der Unterscheidungen der Tätigkeiten hat die*der PA Folgendes genannt: „*Pflegeplanung, wie ich sagte. Das war jahrelang, darf ich das nicht machen und ich greife das nicht an. Aber bei der Infusion richten, denke das Richten ist einfach*“ (PA3, Pos. 48). Die*der PA hat erklärt, dass sie vorab im System nochmal kontrolliert, bevor sie Infusionen herrichtet. Eine PFA hat ihre Gedanken zu den Kompetenzüberschreitungen im Alltag geschildert: „*Naja, rein rechtlich ist es eigentlich, kann ich ablehnen und sagen das ist nicht meine*

Aufgabe. Es ist auch nicht mein Problem, dass wir keine kein Personal haben. Dafür sind andere Menschen zuständig, und die werden auch dafür bezahlt“ (PFA2, Pos. 22). Diese PFA hat darüber hinaus betont, dass es ihr wichtig ist, dass ihre Kompetenzüberschreitungen nicht zur Selbstverständlichkeit werden und sie sich bei gewissen Tätigkeiten abgrenzen möchte: „Also somit glaube ich, dass ich das gut mit mir vereinbaren kann, aber ich schau wirklich nichts zu machen, was nicht in meinem Kompetenzbereich ist“ (PFA2, Pos. 24).

Eine PFA hat geschildert, dass Wissen zwar gut ist, sie dennoch nicht nach mehr Wissen strebt, um kompetenzüberschreitende Tätigkeiten durchführen zu können: „Aber ich versuche mich auch abzugrenzen, nur weil ich weiß, wie man ein Flugzeug fliegt, steige nicht rein und fliege jetzt einfach damit, ja? Wissen und Theorie sind wieder zwei Welten für mich“ (PFA2, Pos. 35). Ein*e PA hat ihre*seine Gedanken zur Abgrenzung des Kompetenzbereiches erläutert, die*der sich streng daranhält:

„Ich will mich selber nicht in Gefahr bringen, ich will den Patienten nicht in Gefahr bringen, ja. Weil ich das nicht gelernt habe und das kann schon Konsequenzen haben, Große! (Betonung) auch für mich, auch für Patienten. Und das möchte ich verhindern. Also ich möchte das nicht, dass es so weit kommt. Deswegen bin ich so streng“ (PA4, Pos. 89).

Ein*e PA hat die Bezahlung thematisiert: „Eine PFA [...] verdient mehr als ein PA und für die Arbeit, die ich mache, sollte ich normalerweise auch ein paar Hunderter mehr am Konto haben (lacht), ist aber nicht der Fall“ (PA1, Pos. 60). Auch zwei PFA haben erklärt, dass sie nicht für Tätigkeiten über den Kompetenzbereich hinaus bezahlt werden und sie einen Grund mehr haben, diese Tätigkeiten nicht durchzuführen.

5.1.3 Aufwertung durch persönliche Entwicklung

Zwei PFA und drei PA haben über ihre Perspektive zu einer Aufwertung der eigenen Person durch persönliche Entwicklung gesprochen. Eine weitere PFA hat eine Situation geschildert, in der ein Kollege solch eine Entwicklung durchmacht. Die persönliche Weiterentwicklung ist ein zentraler Faktor, der die Bereitschaft zur Übernahme von Aufgaben außerhalb des Kompetenzbereichs beeinflusst. Für ein paar Pflegepersonen ist die Motivation, ihre Fertigkeiten zu erweitern und sich beruflich weiterzuentwickeln, von großer Bedeutung. Die Aussicht auf persönliches Wachstum und die Möglichkeit, neue Fertigkeiten zu erlernen, treibt sie an, diese Herausforderungen anzunehmen.

Ein*e PA hat geschildert, dass sie*er die kompetenzüberschreitenden Tätigkeiten für sich als positiv einordnet: „*Positiv, weil Lernzuwachs würd ich sagen, weil ich bin sehr wissbegierig und ich lerne gerne dazu. Und deswegen stört mich das überhaupt nicht*“ (PA1, Pos. 17). Dies haben auch andere Teilnehmer*innen bestätigt. Ein*e PA mit vielen Jahren Berufserfahrung hat von ihre früheren Lernzuwachsen geschildert: [...] aber ich bin froh, dass ich viel in meinem Leben gelernt habe, dass ich viel kann. Darüber freue ich mich, wirklich und ich kann wirklich viel (Lacht)“ (PA3, Pos. 116). Neben dem Ausgleich des Personals hat ein*e PA folgende Gründe für die kompetenzüberschreitenden Tätigkeiten erläutert: „Aber ich tue es auch, weil ich es gerne mache und weil ich mich auch sicher fühle, weil sonst würd ich es ja nicht machen“ (PA1, Pos. 30). Diese*r PA hat betont, dass sie*er das Gefühl hat, gebraucht zu werden. Dies haben auch andere Pflegepersonen angesprochen.

Bei mehreren Pflegepersonen hat die Begeisterung eine wichtige Rolle bei den kompetenzüberschreitenden Tätigkeiten gespielt. Eine PFA hat beispielsweise ihre Eindrücke geteilt, wenn es darum geht, auf Visite zu gehen: „und dann geh ich auch echt gerne mit muss ich sagen“ (PFA3, Pos. 43). Diese PFA hat erklärt, dass es ihr gefällt, dass sie diese Kompetenzüberschreitungen durchführt: „also ich bin wirklich sehr, sehr glücklich mit meinem Beruf, aber gefallen tut es mir natürlich. Das ist klar, dass ich das machen kann (lacht)“ (PFA3, Pos. 96). Eine weitere PFA

hat Ähnliches geschildert. Sie hat erklärt, dass es ihr gefällt „immer im Tun zu sein“, dass sie gern mehr macht, als sie darf und begründet, wie es ihr mit den kompetenzüberschreitenden Tätigkeiten geht:

„Es gibt Situationen, wo ich selber merke, da werd ich jetzt selber total herausgefordert, das ist was Neues für mich. Da freue ich mich natürlich, wenn ich merke, ich krieg das alles so super hin, ohne dass ich jetzt irgendwen brauche“ (PFA4, Pos. 9).

Eine weitere PFA hat eine Situation geschildert, in der sie alleine mit drei Praktikant*innen einen Tagdienst führte. Die Pflegeperson hat der Stationsleitung angeboten, alle anfallenden Aufgaben alleine zu erledigen, einschließlich der Diplomarbeiten. Die Stationsleitung und die Pflegedirektion haben zugestimmt:

„Und meine Chefin weiß ja, dass ich das mit Visite und Diplomarbeiten, dass ich mich da echt auskenne und das mache. Und natürlich sie war verzweifelt, weil was macht sie bei einer vollen Station mit einer PFA und drei Praktikanten, das ja, brauch ich dir eh nicht sagen (lacht). Ich hab dann zu ihr gesagt 'weißt du, ich kenn mich wirklich bei allem aus und wenn du willst, dann mach ich heute alle Diplomarbeiten und generell alles, was anfällt'. Und sie hat dann telefoniert mit der Pflegedirektion und die hat dann quasi die Hand für mich ins Feuer gehalten, dass ich das an dem Tag alleine machen kann. Genau, da hab ich dann noch gemacht. Und sie hat mir dann auch noch, also eh einen Tag später hats mir eben geschrieben, dass sie total dankbar ist dafür, dass es so (Betonung) gut gelaufen ist. Ja also natürlich hat sie sich gefreut, aber ich hatte auch eine sehr sehr große Kompetenzüberschreitung (lacht) (PFA3, Pos. 107).

Die PFA hat erklärt, dass ihr dieser Tag total viel Spaß machte. Es scheint eine gewisse Aufwertung der eigenen Rolle im Beruf zu passieren. Diese und weitere Pflegepersonen haben geschildert, dass sie die Ausbildung des Diploms zum gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege entweder in der Vergangenheit angefangen und abgebrochen haben oder in der Zukunft anstreben. Es scheint, als würden manche von ihnen diese Kompetenzüberschreitungen nutzen, um diesen Tätigkeitsbereich so bereits durchzuführen. Ein*e PA hat geschildert: „weil das halt ich strebe selber

irgendwann das Diplom an und dann kann ich mir das wenigstens anschauen, würd aber dann halt so fragen, ob sie mit mir dann nochmal durchgehen kann oder die Fragen beantworten kann“ (PA2, Pos. 24). Eine PFA hat geschildert, dass sie sich unterfordert fühlen würde, wenn sie die Kompetenzüberschreitungen nicht durchführt:

„[...] dass ich das Diplom sogar angefangen hab, also die PFA ist für mich eigentlich blöd gesagt wirklich nur Plan B zum Diplom und ja, mir gehts gut damit. Und ich könnts mir eigentlich gar nicht umgekehrt vorstellen, dass ich es nicht mache“ (PFA4, Pos. 7).

Eine weitere PFA hat von einem ehemaligen Kollegen erzählt, der seine Kompetenzen ständig überschritt: „*der aber von sich selbst hald sehr überzeugt war [...], aber er hat gesagt er macht eh irgendwann das Diplom, warum sollt er es nicht jetzt schon alles machen, was er hald als Diplomierter auch dürfte“* (PFA1, Pos. 86). Diese PFA hat argumentiert, dass allein das Interesse oder das Einlesen in bestimmte Themen den Kollegen oder generell Assistenzberufe nicht dazu berechtigen sollte, kompetenzüberschreitende Tätigkeiten auszuführen. Sie hat geschildert, dass der Gesetzgeber deshalb nicht sagen würde: „*ah, sie hat darüber gelesen sie möchte Diplomierte werden, also lassen wir sie einfach mal tun“* (PFA1, Pos. 86).

Eine PFA hat von einer Situation erzählt, in der eine weibliche Patientin einen transurethralen Katheter bekommen sollte. Die PFA wollte zur Stationsleitung gehen und bitten, dass diese den Katheter setzen sollte, weil die eine DGKP ist. Hier hat eine PA zur PFA gesagt:

„Das mache ich schon das ist ja kein Problem, das ist ja ur leicht'. Ich hab dann in dem Moment mir gedacht ok, ich als PFA lehne das ab, [...] ich wollte zu ihr hingehen (Stationsleitung). Die PA macht das mit Links, ist für sich, denkt für sich. Es ist ja nichts dabei, sie kann das ja schon“ (PFA2, Pos. 77).

Die PFA war in dieser Situation überfordert. Hier hat eine Aufwertung der PA-Kollegin stattgefunden. Ein*e PA hat eine ähnliche Situation einer PA-Kollegin geschildert, die ebenso mehr durchführt, als erlaubt ist. Jedoch ist bei dieser

Kollegin das Problem, dass sie wenig Erfahrung hat und den Wunsch hat, Aufgaben zu übernehmen, die außerhalb ihres Kompetenzbereichs liegen. Dies ist auf einer Station, auf der laut Schilderungen alle Assistenzberufe Kompetenzüberschreitungen durchführen. Die*der PA hat geschildert, dass diese Kollegin unbedingt mehr machen möchte und sie es laut Schilderungen der Kolleg*innen aber nicht kann:

„Und sie hat wirklich kaum Erfahrung. Und sie möchte, sie möchte immer mehr das tun, was sie nicht darf und sie kann es nicht. [...] Und dann trotzdem, obwohl diejenige Hauptdienstschwester sagt, 'nein, du darfst das nicht' Weil sie weiß, [...] sie kann das wirklich nicht. Sie geht trotzdem alleine hin und macht es. Und jetzt gab es Probleme“ (PA3, Pos. 142).

Diese*r PA hat ein Beispiel erläutert, in dem die PA-Kollegin mit einer DGKP im Dienst war und eine weibliche Patientin einen transurethralen Katheter bekommen sollte. Die DGKP sagte der PA mehrmals, dass sie es nicht machen darf, weil die DGKP wusste, dass sie das nicht durfte und auch nicht konnte:

„[...] und die Kollegin sagt ihr 'du darfst das nicht', weil sie weiß, dass sie das nicht darf und dass sie das auch nicht kann, weil sie macht wirklich viel Blödsinn. 'Du darfst es nicht machen', 'ok'. Fünf Minuten danach ist sie angeblich wieder gekommen 'Ich geh jetzt, ich geh die [sic!] Katheter machen', 'wie oft soll ich dir das sagen, du darfst das nicht machen'. 'Okay'. Viertel Stunde später kommt sie 'Ich habs gemacht“ (PA3, Pos. 144).

Dies scheint so zu sein, weil diese PA-Kollegin womöglich mit den PA- und PFA-Kolleg*innen mithalten möchte, da die anderen alle Kompetenzüberschreitungen durchführen. Dieses Beispiel zeigt, wie gefährlich es sein kann, wenn Pflegepersonen der Assistenzberufe Tätigkeiten über ihren Kompetenzbereich hinaus übernehmen.

5.1.4 Routine oder Ausnahme

Bei allen Teilnehmer*innen ist die Häufigkeit der kompetenzüberschreitenden Tätigkeiten ein Thema. Einige Pflegepersonen haben manche Kompetenzüberschreitungen als Teil ihres „normalen“ Arbeitsablaufs thematisiert. Diese Aufgaben gelten als selbstverständlich und stellen eine gewisse Routine dar. Diese Pflegepersonen haben sich an die Ausführung dieser Tätigkeiten gewöhnt und empfinden diese nicht als ungewöhnlich oder herausfordernd. Im Gegensatz dazu stellen andere kompetenzüberschreitende Tätigkeiten eine Ausnahme dar. Diese Aufgaben führen die Pflegepersonen nicht regelmäßig durch und nur in bestimmten Situationen. Für diese Pflegepersonen ist es unüblich, solche Tätigkeiten zu übernehmen, und sie tun dies nur, wenn es notwendig ist oder wenn sie sich sicher fühlen, diese Aufgaben erfolgreich auszuführen. Die Unterscheidung zwischen "Routineaufgaben" und "Tätigkeiten als Ausnahme" kann davon abhängen, wie die Pflegepersonen ihre Rolle und Verantwortlichkeiten in ihrem jeweiligen Arbeitsumfeld wahrnehmen. Es gibt Pflegepersonen, die gewisse kompetenzüberschreitende Tätigkeiten als Routine durchführen und andere Kompetenzüberschreitungen als Ausnahme durchführen. Es gibt allerdings durchaus auch Pflegepersonen, die sich in der Routine an ihren gesetzlich definierten Kompetenzbereich halten und somit gar keine kompetenzüberschreitenden Tätigkeiten als Routine ansehen. Für diese Pflegepersonen stellt jede Kompetenzüberschreitung eine Ausnahme dar.

Einige Teilnehmer*innen haben Kompetenzüberschreitungen als Teil ihres „normalen“ Arbeitsablaufs beziehungsweise als gewisse Routine beschrieben, da diese Tätigkeiten als selbstverständlich gelten: „*Also was Infusionen an- und abhängen angeht, das ist eine selbstverständliche Arbeit. Und ich persönlich fühl mich jetzt nicht schlecht, weil das gehört einfach dazu*“ (PA1, Pos. 15). Das Infusionsmanagement sehen mehrere Pflegepersonen als alltägliche und „normale“ Tätigkeit an. Beim ersten Fallbeispiel mit den Infusionen haben die meisten Pflegepersonen ähnlich reagiert: „*es kommt mir sehr bekannt vor. Also es ist gelebter Alltag irgendwie*“ (PFA1, Pos. 24). Eine weitere PFA hat erläutert, dass es „gängig“ auf der Station ist und sie es alltäglich durchführt: „*[...] ich mach das*

wirklich jeden Tag und für mich ist das echt schon so, als wäre es eigentlich meine Arbeit, sag ich dir ganz ehrlich“ (PFA3, Pos. 30). Eine andere PFA hat erläutert, dass sie ständig mehr Tätigkeiten durchführt, als sie darf oder soll:

„Also eigentlich in allem also in puncto Stichzeit ist bei uns alles, was halt mit Pflegerunden zu tun hat, Aufnahmen zu tun hat da mach ich eigentlich immer mehr, als ich eigentlich machen darf, machen soll. [...] Also wirklich eigentlich immer zu jeder Zeit, wo ich beim Patienten bin, mach ich irgendetwas, das ich nicht machen darf grundsätzlich“ (PFA4, Pos. 16).

Ein*e PA hat geschildert, dass auf ihrer*seiner Orthopädie-Traumatologie-Station das Abnehmen und Anlegen von Miedern und Orthesen im Rahmen der Körperpflege normal und alltäglich ist. Des Weiteren sind für diese*n PA das Entfernen von Drainagen, Nähten, Klammern sowie von transurethralen Kathetern bei Frauen und Männern weitere „normale“ Tätigkeiten. Das Schreiben eines EKGs sowie Monitoring und Überwachung führt diese*r PA ebenso alltäglich durch. All diese Tätigkeiten sind nicht im Kompetenzbereich einer*s PA verankert. Ein*e weitere PA mit 30 Jahren Berufserfahrung hat erzählt, dass sie*er früher vor den GuKG-Novellen einige Tätigkeiten mehr durchführte. Daher hatte sie*er die Erfahrung und führte einige Tätigkeiten mit dieser Begründung als Routine durch. Eine PFA hat erklärt, dass sie sich mit diesen Tätigkeiten wohlfühlt und es sich nicht vorstellen kann, diese Tätigkeiten nicht mehr durchzuführen. Da sie diese kompetenzüberschreitenden Tätigkeiten als Normalität ansieht, verschwimmt ihre Wahrnehmung der Kompetenzgrenzen: „Deswegen wüsste ich jetzt auch gar nichts, wenn du mich jetzt fragst wenn ich wirklich darauf achte, was darf ich und was darf ich nicht? Was mir auffällt, dass ich so eigentlich nie mache, weil ich das mach“ (lacht) (PFA4, Pos. 22).

Eine PFA hat erläutert, dass es Aufgaben gibt, bei denen sie sich anfangs unsicher war und diese nicht durchführen wollte. Diese früheren Ausnahmen wurden nach mehrmaligem Vorzeigen zur Normalität: „Aber ja, dann ist es mir immer und immer wieder mal gezeigt worden, von jemandem und ja. Mittlerweile ist es auch schon gang und gäbe, dass ich das mache“ (PFA3, Pos. 77). Während eine weitere PFA betont hat, dass sie für sich schauen möchte, dass diese

Tätigkeiten nicht zur Normalität werden und weiterhin die Situationen abschätzen möchte: „*nur ich (Betonung) für mich persönlich schau schon, dass das nicht irgendwie alltäglich wird und dass das dann nicht zur Selbstverständlichkeit wird*“ (PFA2, Pos. 24). Für diese PFA ist das Helfen der Kolleg*innen und das Einschätzen der Situationen ein entscheidender Faktor. Die Pflegepersonen haben geschildert, dass gewisse Tätigkeiten eine Ausnahme sind, wenn diese selten auftreten. Ein*e PA hat beispielsweise eine Situation erläutert, in der ihre*seine stellvertretende Stationsleitung sie*ihn delegierte, bei einem*r Patienten*in ein EKG zu schreiben. Für die*den PA stellte diese Situation eine absolute Ausnahme dar, da sich diese*r PA fast immer an den gesetzlichen Kompetenzbereich hält. Ein*e weitere PA hat einmal auf einer anderen Station ausgeholfen, da das Team unterbesetzt war. Hier half sie*er beim Infusionsmanagement. Dies stellte eine Ausnahme dar, da sie*er dies auf der eigenen Station ebenso selten durchführt.

5.1.5 Verantwortung tragen

Ein weiterer Punkt bei der subjektiven Bedeutung von kompetenzüberschreitenden Tätigkeiten ist die Verantwortung, welche von drei PFA und einer*m PA angesprochen wurde. Dies ist zum einen das Übernehmen von Verantwortung, indem die Pflegepersonen alle, auch kompetenzüberschreitende Tätigkeiten dokumentieren, die sie*er durchführen und versuchen, die verschiedenen Situationen einzuschätzen. Zum anderen haben die Pflegepersonen geschildert, wie sie*er solche Situationen von Verantwortung vermeiden wollen.

Mehrere Pflegepersonen haben großen Wert daraufgelegt, alle Tätigkeiten, die sie*er durchführen, sorgfältig zu dokumentieren. Dies verdeutlicht ihre Entschlossenheit, ein hohes Maß an Transparenz und Rechenschaftspflicht in ihrer Arbeit sicherzustellen:

„Ja, da denke ich mir halt zum Beispiel es geht mir jetzt gar nicht darum, dass ich beweise, was ich ja nicht alles kann und dass ich eine lückenlose Dokumentation habe, sondern weil ich mir einfach denke 'Warum soll jetzt die DKGP das abzeichnen, wenn sie das gar nicht gemacht hat', weil wenn da dann irgendwas wäre, würd sie dafür in Teufels Küche kommen, obwohl ich (Betonung) das eigentlich gemacht hab. Und das ist halt dann auch so ein bisschen Verantwortungsübernahme, wo ich mir denke 'nein, auch wenn ich es nicht darf, ich habs gemacht und ich zeichne es auch dementsprechend ab, weil ich steh dazu“ (PFA4, Pos. 40).

Einige Teilnehmer*innen haben betont, dass sie nur Tätigkeiten durchführen, die über ihren Kompetenzbereich hinausgehen, bei denen sie sich zu 100% sicher fühlen. Dies zeigt eine Verpflichtung zur Sicherstellung des Wohlergehens der Patient*innen. Ein*e PA hat betont, dass sie*er lernte, sich nicht zu viel zuzutrauen. Sie*er scheint ein gewisses Maß an Selbstreflexion in Bezug auf ihre*seine Fähigkeiten zu haben. Sie*er ist sich bewusst, dass sie*er in erster Linie für die Pflege und Betreuung der Patient*innen verantwortlich ist und deren Wohl im Vordergrund steht. Eine PFA hat erläutert, dass ihre Kolleg*innen öfters zu ihr sagen, dass sie schon lange auf der Station ist und sie sich deshalb schon auskennt, etwa beim Vorbereiten von Medikamenten. Sie hat geschildert, dass sie auf solche Aussagen der Kolleg*innen keine Rücksicht nimmt: „[...] weil mir ist das sehr wichtig, nicht, dass da irgendwie etwas passiert, nur weil ich glaube, ich weiß jetzt alles, weil ich jetzt zwei Jahre da bin [...] aber bei Medikamenten bin ich sehr vorsichtig“ (PFA2, Pos. 31). Des Weiteren hat sie geschildert, dass ihre Kolleg*innen sie in ihrer Anfangsphase darauf einschulten, einen Hauptdienst alleine zu führen. Dies lehnte sie aus mehreren Gründen ab. Unter anderem mit der Begründung, dass es neben der Bezahlung auch um die Verantwortung geht, die sie zu tragen hätte. Sie hat erzählt, dass ihr das zu viel wäre und hat ein Szenario geschildert, in dem es für sie in Ordnung wäre. Sie würde einen Hauptdienst mit einer DGKP machen, wenn die DGKP als Ansprechpartner*in für sie da wäre: „[...] gerne so übernehme ich diese Verantwortung aber nicht, dass ich eine komplette Seite alleine nein, mach ich nicht“ (PFA2, Pos. 61).

Eine PFA hat Situationen geschildert, in der sie Infusionen mit einem bestimmten Medikament anhängt, das eine gewisse Geschwindigkeit der Verabreichung nicht überschreiten darf. Sie hat geschildert, dass sie bei manchen Patient*innen Angst hat, dass diese den eingestellten Tropfenzähler manipulieren könnten, da sie diejenige war, die es anhängte, auch wenn die DGKP die Hauptverantwortung hat. Hier scheint die PFA besorgt zu sein, dass sie bei etwaigen Problemen oder Komplikationen verantwortlich gemacht werden könnte. Daher führt die PFA regelmäßige Kontrollen im Zimmer durch, um sicherzustellen, dass die Infusion korrekt läuft. Diese PFA hat des Weiteren dargelegt, dass sie als DGKP die Verantwortung für bestimmte Aufgaben nicht an die Assistenzberufe delegieren oder abgeben würde:

„[...] ich muss dir ja ganz ehrlich sagen, wenn ich eine Diplomierte wäre, dann würde ich es niemals erlauben, dass mein PA oder PFA es anhängt. Naja ich würde es mir nicht trauen, dass ich die Verantwortung abgebe. Natürlich freue ich mich, dass mir meine Kollegen das zutrauen, aber ich würde es mich nicht trauen“ (PFA3, Pos. 91).

Dies kann im Zusammenhang mit Angst vor Konsequenzen gesehen werden. Tatsächlich bleiben einige Fragen zu Konsequenzen in den Interviews unbeantwortet. Dies scheint eine Art von Verdrängung bei den Teilnehmer*innen zu sein. Ein*e PA hat ihre*seine realistischen Gedanken zu dem Thema Konsequenzen bei Kompetenzüberschreitungen erläutert:

„[...] und wir uns eigentlich gar nicht bewusst sind, wie weit wir uns jeden Tag in Richtung Gefängnis befinden, wenn was schief geht. Weil letztendlich kann ein Anzeige passieren, dann wird geschaut was hab ich gemacht, was habe ich dokumentiert und dann bin ich dran. Ich habs letztendlich trotzdem durchgeführt [...]“ (PA1, Pos. 18).

5.2 Facetten der Teamarbeit erleben

In Bezug auf über den Kompetenzbereich hinausgehende Tätigkeiten ist die Teamarbeit zentral. Kolleg*innen spielen eine entscheidende Rolle bei der Durchführung von Aufgaben dieser Art. Die PFA und PA übernehmen diese Tätigkeiten aus verschiedenen Gründen im Kontext der Teamarbeit. Unter anderem, um die Kolleg*innen zu entlasten, da es die Kolleg*innen erwarten sowie die Kolleg*innen ihnen vertrauen. Des Weiteren haben die PFA und PA die Absicherung thematisiert sowie die klare Definition der Kompetenzbereiche und deren Rollenabgrenzung im Team beziehungsweise bei den Kolleg*innen.

5.2.1 Entlastung geben

Alle Teilnehmer*innen haben die Entlastung der Kolleg*innen als Grund für das Ausführen der kompetenzüberschreitenden Tätigkeiten angegeben. Die Pflegepersonen übernehmen zusätzliche Aufgaben, um den gestressten Kolleg*innen zu helfen. Dabei ist das Ziel, den Kolleg*innen den Stress und den Aufwand zu ersparen, diese Aufgaben selbst zu erledigen: „*Einfach, weil ich merk, dass die murds einen Stress haben und ja, dann ersparen sie sich eigentlich einen Weg*“ (PA2, Pos. 45). Die PFA und PA haben mehrere ähnliche Aussagen getätigt.

Die Pflegepersonen haben die Bedeutung von gegenseitiger Unterstützung und Hilfe im Team betont, insbesondere in stressigen Situationen im Dienst. Sie haben häufig hohe Arbeitsbelastungen und Überforderungen der Kolleg*innen beschrieben. Dieser Zusammenhalt im Team ist entscheidend, um die täglichen Herausforderungen erfolgreich zu bewältigen. Sie heben die gute Zusammenarbeit im Team hervor und erläutern, dass die gegenseitige Unterstützung an erster Stelle steht. Die Pflegepersonen haben beschrieben, dass sich die Teammitglieder gegenseitig helfen, wenn dies erforderlich ist. Die Durchführung der Kompetenzüberschreitungen findet vor allem aus Kollegialität statt, wie ein*e PA geschildert hat: „*Aus welchen Gründen? [...] Zu wenig Personal und [...] wenn ich sehe, dass meine Kollegen, die stoßen sich von der Arbeit, wirklich. Aus diesem Grund muss ich, ich weiß, dass es verboten (ist), aber ich bin*

ein Mensch“ (lacht) (PA3, Pos. 120). Diese*r PA hat geschildert, dass es für sie*ihn positiv ist, wenn sie*er die Kolleg*innen unterstützen kann:

„Ich freue mich, wenn ich helfen kann, wenn ich darf, weil ich weiß, dass ich das kann und das wissen auch alle (lacht)“ (PA3, Pos. 21). Dies haben zwei PFA im ähnlichen Wortlaut geschildert und auch weitere Pflegepersonen haben dies klargestellt. Eine PFA hat beschrieben, dass sie in Situationen, in denen ein*e Patient*in dringend ein Medikament benötigt und die DGKP überfordert ist, bereit ist zu helfen. Dies betont, wie stressig die Arbeit auf einer Unfallstation sein kann. Die PFA hat klargestellt, dass sie nur dort hilft, wo sie sich zu hundert Prozent sicher ist, dass sie die Aufgabe bewältigen kann. Sie hat erläutert, dass die zwischenmenschliche Beziehung zwischen den Kolleg*innen eine wichtige Komponente ist.

Eine PFA unterstützt ihre Kolleg*innen bei bestimmten Aufgaben, wenn die DGKP die Medikamente vorbereitet. Hier arbeiten die PFA und die DGKP parallel und spiegeln die Infusionen, damit es schneller geht:

„[...] wir machen parallel das Gleiche, weil (die) Kollegin hats ja eh schon so hergerichtet, dass du es wirklich nur noch den Docht rein, die Flüssigkeit durchrinnen lassen, zudrehen, wegstellen. Also ich misch da jetzt nichts zusammen oder so, sondern tu wirklich nur ok, gib das Flascherl her, währenddessen sie zum Beispiel das Novalgin reingibt oder was auch immer da grad in diese Infusion reinkommt“ (PFA1, Pos. 25).

Eine weitere PFA hat erläutert, dass die PA und PFA auf der Station die Morgeninfusionen bei der Dienstübergabe spiegeln, wenn sie wissen, dass nur eine DGKP und drei Beidienste im Tagdienst sind. Diese Bereitschaft zur Zusammenarbeit und Unterstützung zeigt ein starkes Teamzusammenspiel und die Fähigkeit, Aufgaben effizient aufzuteilen, um die Arbeit im Team zu beschleunigen. Dies geschieht aus Gründen der Zeitsparnis und der Optimierung der Arbeitsabläufe.

Neben der Entlastung ist auch die persönliche Präferenz der Aufgaben bei einer PFA und deren Kolleg*innen ein Faktor. Eine DGKP fragt die PFA hin und wieder: „[...] 'du, ich muss jetzt das und das machen, kannst du die Infusionen vorbereiten', oder 'ich habe jetzt ein Angehörigengespräch, kannst du die Visite gehen?' oder 'Ich hab keine Lust auf Visite gehen, bitte mach du das' (PFA3, Pos. 89). Des Weiteren hat die PFA in Bezug auf das Fallbeispiel mit der Pflegeplanung beschrieben, dass sie der DGKP vorschlagen würde, auf Visite zu gehen, damit die DGKP die Pflegeplanung evaluieren kann: „Ich würde dann wahrscheinlich vorschlagen, dass ich auf Visite gehe, weil das mach ich auch oft und sie soll lieber die Pflegeplanung machen, weil ja das kann sie halt (lacht). (PFA3, Pos. 41).

5.2.2 Erwartung erfüllen

Im Zusammenhang mit den kompetenzüberschreitenden Tätigkeiten haben alle Interviewpartner*innen die Erwartungshaltung der Kolleg*innen hervorgehoben. Dies beinhaltet eine Art Selbstverständlichkeit der Durchführung der Tätigkeiten. Zudem haben die Teilnehmer*innen betont, dass die Pflegepersonen zum Teil die Kolleg*innen nicht verärgern wollen.

Die Pflegepersonen haben berichtet, dass diese selten explizit gefragt werden, ob sie in der Lage sind, bestimmte Tätigkeiten über den Kompetenzbereich hinausgehend auszuführen, denn es wird davon ausgegangen. Diese Annahme schafft eine Atmosphäre, in der die Pflegepersonen automatisch mit gewissen Aufgaben betraut werden, ohne dass ihre Fähigkeiten oder Kompetenzgrenzen in Betracht gezogen werden. Bei vielen Tätigkeiten ist das Ausführen durch die PFA oder PA selbstverständlich und die DGKP gehen davon aus, dass die Assistenzberufe diese Tätigkeiten durchführen. Die Schilderungen der Pflegepersonen spiegeln die Routine und den zum Teil hohen Erwartungsdruck der Kolleg*innen wider, dem die PFA und PA in ihrem Arbeitsumfeld ausgesetzt sind. Die Kolleg*innen erwarten, dass sie die notwendigen Aufgaben erledigen, ohne dass sie dies explizit kommunizieren oder hinterfragen. Ein*e PA half einmal auf einer anderen Station aus, da das Team sehr schlecht besetzt war. Diese

erwarteten von ihr*m, dass sie*er Infusionen um- und anhängt mit der Begründung, dass bei ihnen auf der Station alle PA und PFA das machen. Dies stellt die Pflegepersonen vor die Herausforderung, Erwartungen zu erfüllen, auch wenn sie sich vielleicht unsicher oder unvorbereitet fühlen: „[...] so, stell dich nicht so an, das ist eh ganz leicht“ (PFA1, Pos. 27). Als Grund für kompetenzüberschreitendes Arbeiten haben die Teilnehmer*innen erheblichen Druck durch die Erwartungshaltung des Teams angegeben: „Einfach, weil ich keine andere Wahl gehabt hab. Es war dann so viel Druck von außerhalb, dass ich mich einfach nicht mehr dagegen wehren hab können“ (PFA1, Pos. 68). Eine PFA hat berichtet, dass sie sich vonseiten der Chefitäten schlecht wertgeschätzt fühlt. Diese wissen, dass die PFA auf der Station mehr machen, als sie dürfen und es „unter den Teppich gekehrt wird“. Es kommt nie ein ehrliches „Danke“, sondern es ist eine Selbstverständlichkeit.

Die Pflegepersonen haben darüber hinaus davon berichtet, dass die DGKP zum Beispiel das Infusionsmanagement in ruhigen Situationen abseits von Stress erwartet. Eine PFA hat eine Situation erläutert, in der sie mit einer DGKP alleine im Nachtdienst war. Die DGKP war am Computer und es war ruhig, also es gab im Moment nichts zu tun. Dann hat die DGKP die PFA losgeschickt, dass sie Infusionen anhängen sollte. Dies lehnte die PFA ab. Darüber hinaus hat diese PFA eine weitere Situation von der gleichen Kollegin geschildert. Diese Situation ereignete sich am Vormittag nach der Medikamentenrunde. Es waren zwei DGKP und mehrere PFA und PA als Beidienst im Dienst. Die Assistenzberufe waren mit ihren Aufgaben fertig und wollten anschließend frühstückchen gehen. Die PFA hat geschildert, dass die DGKP in den Sozialraum „reingeplatzt“ kam und sich aufgereggt hatte:

„[...], weil wieso wir jetzt schon frühstückchen? Ihre Kollegin ist mit den Infusionen ja noch nicht einmal fertig und die wollten aber rauchen gehen. Mein Kommentar war auch nur 'was haben wir mit Infusionen zu tun?' und habe weiter gefrühstückt“ (PFA2, Pos. 41).

Im Gegenteil dazu hat eine andere PFA berichtet, dass auch wenn die DGKP Zeit dafür hätte, sie als PFA immer die Infusionen vorbereitet. Diese PFA hat erläutert, dass alle PFA bis auf eine auf der Station ihre Kompetenzen überschreiten. Sie hat erzählt, dass Kolleg*innen es erwarteten, wenn eine der PFA im Dienst ist: „[...] *heute bin ich wieder mit der im Dienst, ja, die macht das eh alles*“ (PFA3, Pos. 69). Eine weitere PFA hat geschildert, dass sie unter anderem diese kompetenzüberschreitenden Tätigkeiten durchführt, weil sie ihre Kolleg*innen nicht verärgern möchte: „*Weil es tatsächlich Kollegen bei uns gibt, die sagen ja, sie finden das furchtbar mühsam, wenn sich jemand wirklich an alles hält, was er machen darf*“ (PFA4, Pos. 33). Eine andere PFA hat dargelegt, dass sie in ihrer Anfangsphase darauf eingeschult wurde, den Hauptdienst einer DGKP alleine zu führen, was sie ablehnte.

5.2.3 Vertrauen erfahren

Vier PFA und drei PA haben berichtet, dass Vertrauen eine große Rolle bei den kompetenzüberschreitenden Tätigkeiten spielt. Die Pflegepersonen sehen das Vertrauen der Kolleg*innen unter anderem als Grund für die Kompetenzüberschreitungen an. Dieses Vertrauen basiert auf der Überzeugung durch die Teammitglieder, dass die PA und PFA in der Lage sind, diese Aufgaben sicher und kompetent zu bewältigen. Das Vertrauen der Kolleg*innen wirkt als eine Art Motivationsfaktor, der die Pflegepersonen ermutigt, zusätzliche Tätigkeiten zu übernehmen. Diese Betonung des Vertrauens verdeutlicht, wie wichtig die zwischenmenschlichen Beziehungen sind und wie sie die Bereitschaft der Pflegekräfte beeinflussen können, ihren Kompetenzbereich zu erweitern.

In den Interviews kommen häufig Schilderungen von folgenden Aussagen der diplomierten Kolleg*innen: „[...] *ich weiß, du kannst das, ich vertrau dir*“ (PFA4, Pos. 18). Die meisten PFA und PA haben betont, dass sie im Team gut zusammenarbeiten und dass sich die Teammitglieder aufeinander verlassen können. Zwei PFA haben hervorgehoben, dass es sie freut, wenn die Kolleg*innen das Vertrauen in sie für gewisse Tätigkeiten haben. Sie haben das Gefühl, dass ihre Kolleg*innen ihnen vertrauen und sie in der Lage sind, bestimmte Aufgaben

erfolgreich auszuführen. Dieses Vertrauen seitens der Kolleg*innen stärkt ihr Selbstbewusstsein und motiviert sie.

Ein*e PA hatte 30 Jahre Berufserfahrung und führte vor den Novellen des GuKG viele Tätigkeiten durch, die sie*er aktuell als PA nicht mehr durchführen darf. Dennoch hat sie*er viel Erfahrung und diese erkennen die Kolleg*innen und die Stationsleitung mit Vertrauen an. Sie*er hat nach dem Lesen des ersten Fallbeispiels geschildert: „[...] bei mir läuft's bisschen anderes, bei mir persönlich. Die machen ein Auge zu (lacht), genau wegen diesen Erfahrungen“ (PA3, Pos. 19). Die PA hat geschildert, dass ihre*seine Kompetenzüberschreitungen mit Erlaubnis von der Stationsleitung stattfinden. Ein*e PA fing vor der Ausbildung zur PA das Diplom der Gesundheits- und Krankenpflege an, schloss es allerdings nicht ab. Die Kolleg*innen wissen davon und vertrauen ihr*m in wenigen Situationen mehr zu. Diese haben die PA nur wenige Mal gebeten, ihre*seine Kompetenzen als PA zu überschreiten.

Die Pflegepersonen haben beschrieben, dass in gewissen Situationen die jeweilige DGKP nachkontrolliert, beispielsweise beim Einschachteln der Medikamente in die Dispenser, beim Vorbereiten der Medikamente für eine Infusion sowie beim Ausarbeiten der Visite. Eine PFA besteht immer auf die Kontrolle durch die DGKP mit der Begründung: „Sie kann mir vertrauen, ich kann ihr vertrauen und wir wissen, dass der Patient nicht geschädigt wird“ (PFA2, Pos. 31). Eine PFA und ein*e PA haben geschildert, dass sie alle Veränderungen bei der Visite der DGKP berichten. Das beinhaltet Anweisungen zur Mobilisierung von Patient*innen, das Entfernen oder Setzen von transurethralen Kathetern oder das Entfernen von einem ZVK. Solche Informationen leiten sie an die*den zuständige*n Kollegin*en weiter. Allerdings werden die meisten kompetenzüberschreitenden Tätigkeiten der Interviewpartner*innen als selbstverständlich und als alltägliche Arbeit angesehen. In diesen Fällen findet in der Regel keine Kontrolle durch die DGKP statt.

5.2.4 Absicherung erhalten

Drei PFA und drei PA haben die Absicherung durch das Absprechen mit den diplomierten Kolleg*innen geäußert. Die Pflegepersonen haben betont, dass es Tätigkeiten gibt, die sie unter gar keinen Umständen durchführen oder durchführen würden. Wenn sich die Pflegepersonen bei etwas unsicher sind, dann führen sie die jeweiligen kompetenzüberschreitenden Tätigkeiten nicht durch. Wenn es für sie in Ordnung wäre es durchzuführen, fragen sie bei den Kolleg*innen nach, lassen sich diese zeigen und erklären, um sie nach mehrmaligem Zuschauen selbst durchführen zu können. Darüber hinaus spielt die Rückversicherung durch die DGKP eine wichtige Rolle. Die DGKP stellen sicher, dass die PFA und PA die scheinbar erforderlichen Fertigkeiten haben, um die jeweiligen Tätigkeiten sicher durchzuführen.

Ein*e PA hat als konkretes Beispiel für solch eine Absicherung erläutert, wie sie*er Anpassungen des Blutzucker-Managements im Rahmen einer Diabetes Mellitus-Erkrankung vornimmt:

„[...] der einen außerordentlicher Zucker hat, zu hoch zum Beispiel, geh ich schon zum Arzt und sag ihm ja, bitte kannst du mir das adaptieren und dann verabreiche ich auch individuell und selber mit dem Schema das Insulin, aber davor auch in Absprache mit dem oder die [sic!] Kollegin“ (PA1, Pos. 25).

Die Pflegepersonen haben bei Unsicherheit eine Unterlassung der Tätigkeiten geschildert und lassen es sich je nach persönlicher Einschätzung zeigen und erklären, um es später selbst durchführen zu können. Eine PFA legt besonders viel Wert auf die Absicherung. Diese führt keine kompetenzüberschreitenden Tätigkeiten ohne vorherige Absprache mit den Kolleg*innen durch. Dieser Schritt ist für sie von großer Bedeutung, wie sie in mehreren Situationen verdeutlicht:

„[...] und dann nehme ich mir die Ampulle, dann nehme ich mir dazu das NaCL, was auch immer und zeige dann auch direkt den Diplomierten 'hab ich das Richtige in der Hand?' (zeigt das vor, gestikuliert), weil für mich und für die Diplomierte 'habe ich das Richtige?'. Meistens kommt dann immer 'Geh bitte _____ (Name), du kennst dich eh aus'. Trotzdem (Betonung) bin habe ich das richtige ja, hab ich und dann tue ich es vorbereiten und hängs dann eventuell auch an, wo ich dann weiß für sie [sic!] Sicherheit“ (PFA2, Pos. 31).

Die PFA hat betont, dass sie ein „gutes Gefühl“ hat und sich sicher fühlt, wenn diplomierte Kolleg*innen anwesend sind und ihr die Medikamente bestätigen. Die PFA hat erwähnt, dass wenn die DGKP anwesend ist und sie bei der Vorbereitung und Durchführung von Aufgaben beobachtet, fühlt sich die PFA "reif genug", um diese Aufgaben eigenständig durchzuführen. Auf diese Art und Weise ist es für die PFA in Ordnung, ihre Kompetenzen zu übersteigen, wenn die DGKP ihre Arbeiten daraufhin kontrolliert. Ein*e PA hat beschrieben, wie sie*er oft Seite an Seite mit der DGKP arbeitet, um gleichzeitig und nebeneinander beispielsweise das Vorbereiten von Infusionen durchzuführen. Ein*e weitere PA hat berichtet, dass sie*er der DGKP vor der neuerlichen Novelle geholfen hat, bereits vorbereitete Infusionen anzuhängen, da es ihr*m die DGKP gezeigt hat.

Eine PFA hat beschrieben, dass ärztliche Delegationen von Aufgaben nicht immer auf die individuellen Qualifikationen der Pflegepersonen abgestimmt sind. Sie hat erwähnt, dass die Ärzt*innen oft nicht wissen, welche Ausbildung die verschiedenen Mitglieder des Pflegepersonals haben und daher die Aufgaben manchmal dem*r "Erstbesten" übertragen. Die PFA geht nach der ärztlichen Delegation stets zur DGKP, um die Aufgabe abzusprechen. Des Weiteren hat die PFA erwähnt, dass wenn ein*e Patient*in Schmerzen hat, sie in der Kurve nachsieht und es beispielsweise dreimal täglich das Suchtgiftmédikament Hydal aufgeschrieben ist, dann sieht sich die DGKP das an, stimmt ihr zu und gibt der PFA ein Hydal aus dem Safe und sie bringt es dem*r Patient*in. Die PFA hat in dieser Situation betont: „So kann ich damit gut leben“ (PFA2, Pos. 55). Eine weitere PFA teilt Suchtgift auf ähnliche Art und Weise aus.

Bei der Verabreichung von Infusionen, die nur in einer bestimmten Geschwindigkeit laufen dürfen, fragt eine PFA immer nach, welche Tropfengeschwindigkeit die DGKP haben möchte, obwohl sie die Antwort bereits kennt. Sie hat erzählt, dass sie dies immer wieder nachfragt. Dies hat eine weitere PFA angesprochen, dass in solch einer Situation große Fehler passieren könnten, wenn die unerfahrene Pflegeperson nicht nachfragen würde und entsprechende Informationen fehlen und die Infusionsrate beispielsweise zu schnell einstellen würde:

„[...] sondern das einfach anhänge, weil ich denke ja OK, ich habe das zwar nicht gelernt, aber es wird schon passen, also es gibt schon sicher Situationen, wo man halt einfach, wenn das Fachwissen nicht dementsprechend vorhanden ist und dann auch große Fehler machen kann“ (PFA4, Pos. 44).

Zusätzlich hat eine PFA betont, dass sie manchmal bei einer ungeplanten Aufnahme die Medikamente in die Dispenser einschachtelt. Hier hat sie die DGKP gebeten, diese Handlung zu überprüfen, um sicherzustellen, dass sie keine Fehler macht: „[...] weil es mir einfach zu haglich ist“ (PFA3, Pos. 57).

Eine PFA hat über die Bedeutung der Absicherung und inoffiziellen Schulung neuer Teammitglieder gesprochen, insbesondere wenn sie kompetenzüberschreitende Tätigkeiten durchführen soll. Sie hat betont, dass die DGKP sich vergewissern und sicherstellen, dass die neuen Teammitglieder über das erforderliche Fachwissen und die erforderlichen Fertigkeiten verfügen, um diese Aufgaben sicher zu erledigen:

„Deswegen finde ich das zum Beispiel ganz gut, dass sich unsere DGKP, wenn jetzt wer neu dazu kommt, zuerst wirklich absichern und sich auch vergewissern [...], dass derjenige halt auch wirklich das entsprechende Fachwissen hat und weiß ok, wenn ich jetzt das und das mache, kann das die und die Folgen haben, aber er ist dementsprechend eingeschult, weil er sichs abgeschaut hat oder mal zugeschaut hat, dass er weiß, wie er es macht, aber ja grundsätzlich Fehler kannst du überall machen“ (PFA4, Pos. 44).

5.2.5 Rollenklarheit und -abgrenzung im Team

Die Rollenklarheit und -abgrenzung im Team spielt bei allen Interviewpartner*innen eine entscheidende Rolle in der subjektiven Bedeutung von Kompetenzüberschreitungen im Pflegealltag. Einerseits haben die Pflegepersonen berichtet, dass sie es als angenehm empfinden, wenn sie nicht Tätigkeiten außerhalb des Kompetenzbereiches übernehmen sollen. Andererseits haben sich die PFA und PA geärgert, wenn sie*er die Kolleg*innen immer wieder auf den Kompetenzbereich aufmerksam machen müssen. Andere Pflegepersonen fühlen sich zum Teil in der Lage "Nein" zu sagen, wenn Kolleg*innen ihnen Aufgaben außerhalb des Kompetenzbereiches übertragen. Manche Pflegepersonen halten sich meistens oder in gewissen Situationen an ihren Kompetenzbereich und haben geschildert, dass es nicht ihre*seine Aufgaben ist, die Personalmisstände zu managen. Des Weiteren haben die Teilnehmer*innen Gespräche mit ihren Kolleg*innen über die Berufsgruppen im Allgemeinen thematisiert. Dabei haben sie geschildert, dass man nicht wüsste, was genau man mit den PFA als Berufsgruppe anfangen soll.

Einige Pflegepersonen fühlen sich wohl dabei, dass sie von den Kolleg*innen nicht gebeten werden, bestimmte kompetenzüberschreitende Tätigkeiten auszuführen. Darüber sind sie froh, dass sie nicht in einen Zwiespalt kommen: „*aber ich bin froh, dass es nicht so bei uns ist und dass die _____ (Name) da wirklich, sagt 'Nein, das machst du bitte nicht'* (PA2, Pos. 37). In anderen Fällen scheint es eine klare Kommunikation zwischen den Pflegepersonen zu geben, wenn es um die Durchführung von Aufgaben geht. Einige Pflegekräfte wissen, dass ihre*seine Kolleg*innen bestimmte Aufgaben lieber selbst erledigen. Eine PFA hat geäußert, dass es anfänglich Unsicherheit darüber gab, wie sie in solchen Situationen reagieren sollte. Einige Kolleg*innen überprüften, ob die PFA "Nein" sagen würde, wenn sie ihr Aufgaben übertragen haben, die nicht in ihren Kompetenzbereich gefallen sind: „*[...] das war halt ein bisschen schwierig immer am Anfang, da hab ich mir gedacht ok, will der mich jetzt kennenlernen oder prüft er mich gerade oder hat er wirklich keine Zeit?*“ (PFA2, Pos. 39). Dieser PFA ist es wichtig, dass sie nur in gewissen Situationen aushilft. Wenn die DGKP viel Stress hat und der Arbeit

nicht hinterherkommt, dann hilft sie ihr*m. Wenn wenig zu tun ist und die Kolleg*innen von ihr die Kompetenzüberschreitungen als Gewohnheit erwarten, lehnt sie diese ab. Sie hat geschildert, dass sie dies offen und ehrlich mitteilt und sie hat keine Angst vor Konsequenzen, wenn sie solche Tätigkeiten ablehnt. Dennoch nehmen die Kolleg*innen die Ablehnung der Aufgaben durch die PFA insgesamt gut an. Die PFA hat geschildert, dass sie auf der Station zu keinen Aufgaben außerhalb des Kompetenzbereiches „genötigt“ wird.

Im Gegensatz dazu empfindet es eine PFA als „nervig“, die Kolleg*innen regelmäßig auf ihren Kompetenzbereich verweisen zu müssen. Sie hat geschildert, dass besonders ältere Kolleg*innen Schwierigkeiten haben, die Grenzen der jeweiligen Kompetenzen zu kennen. Viele Kolleg*innen wissen einfach nicht, welche Tätigkeiten eine PFA oder PA durchführen darf. Infolgedessen entsteht eine Situation, in der die Pflegepersonen gezwungen sind, häufig auf die Einhaltung ihrer eigenen Kompetenzen zu bestehen, um potenzielle Risiken für die Patient*innen zu vermeiden: „*[...] und ich finde gerade wenn es dann stressig ist, ist es einfach aber auch mühsam zu sagen 'hey, kannst du bitte den Patienten auf Zimmer 12 abhängen, weil der hat einen ZVK. Darf ich nicht'*“ (PFA1, Pos. 44). Die PFA hat betont, dass es wichtig war, sich entsprechend abzugrenzen: „*[...] und musst wissen, was du darfst und sagen, ok ja mach ich oder nein, tut mir leid, das darf ich nicht*“ (PFA1, Pos. 49).

Eine PFA hat die Bedeutung der Rollenklarheit und der klaren Kommunikation innerhalb des Teams geschildert. Die PFA hat Maßnahmen ergriffen, um sicherzustellen, dass alle Teammitglieder die Aufgaben und Kompetenzen ihres Berufsstandes verstehen und akzeptieren. Sie hat das Poster von der Arbeiterkammer auf der Station aufgehängt, auf dem die Kompetenzen der PA, PFA und DGKP stehen. Das Poster dient als visuelle und klare Referenz, um diese Konflikte zu beseitigen: „*Einfach weil ich irgendwann diese endlosen Diskussionen mit immer denselben Leuten leid war. Und dann auch gesagt hab, du schau, auf dieser Liste da stehts*“ (PFA1, Pos. 78). Eine weitere PFA hat eine Art Zwiespalt im Team ausgedrückt, wenn die DGKP die Hauptverantwortung hat

und sich um alles kümmern muss und eine PFA delegierte Tätigkeiten über den Kompetenzbereich hinaus zurecht ablehnt, obwohl sie es vielleicht könnte. Dies führt teilweise zu Konflikten im Team. Die PFA hat betont, dass es ein Gesetz gibt und hat ihre Gedanken dazu geteilt: „*Es gibt auch Berufsgruppen und das hat schon seinen Sinn so und dann zu sagen 'OK man ist angefressen, wenn die Person das nicht machen will', finde ich unfair*“ (PFA4, Pos. 33). Eine PA hat kritisch geäußert, dass es Situationen gibt, in denen sie die Bitte zum Übernehmen von Tätigkeiten über den Kompetenzbereich hinaus als nicht akzeptabel empfindet:

„*wenn ich merke, dass der Kollege oder die Kollegin eh genug Zeit dafür hätten, aber sie nicht aufstehen wollen oder sie [...] es einfach nicht interessiert. Ich hab meine Arbeit, ich habe meinen Kompetenzbereich und sie haben ihren Kompetenzbereich. Und nur weil du keine Lust hast oder so, das geht nicht*“ (PA2, Pos. 43).

Diese Äußerung haben andere Teilnehmer*innen ähnlich geschildert: „*Aber nicht, damit irgendwer, damit ich seine Faulheit unterstützt und der sich dann darauf verlässt, ah die kennt sich eh aus*“ (PFA2, Pos. 57). Diese PFA hat erläutert, dass die Kolleg*innen über sie positiv oder negativ denken können, was sie wollen. Für sie persönlich muss es passen, sie möchte von sich selbst positiv denken und sich gut fühlen. Sie hat die Bedeutung betont, sich selbst in einer positiven Weise wahrzunehmen und sich unabhängig von den Meinungen anderer wohl bei gewissen Tätigkeiten fühlen. So versucht sie die Kompetenzüberschreitungen für sich zu regeln. Sie hat keine Bedenken, den Kolleg*innen die Bitte der kompetenzüberschreitenden Tätigkeiten abzulehnen. Eine andere PFA hat eine Kollegin beschrieben, die sich auch abgrenzt und die kompetenzüberschreitenden Tätigkeiten nicht durchführt. Die PFA hat erläutert, dass bei ihnen im Team jede*r die Kompetenzen überschreitet bis auf eine Kollegin:

„*[...] sie hat auch Recht, weil es ist, gehört ja nicht zu unseren Kompetenzen. Und einige Kollegen sagen dann 'ja, die greift die Infusionen nie an. Wenn ich mit der im Tag- oder Nachtdienst bin, dann muss ich die Infusionen alle selber machen' und in Wirklichkeit macht sie es eigentlich nur richtig, weil wir es ja nicht dürfen*“ (PFA3, Pos. 30).

Eine PFA hat berichtet, dass sie nach einer Positionierungsphase im Team als Assistenzberufe zusammenhalten und auf ihren Kompetenzbereich beharren: „*Wir treten halt geschlossen und sagen nein Leute, das ist nicht unser Kompetenzbereich*“ (PFA2, Pos. 37). Zwei Teilnehmer*innen haben erläutert, dass sie es nicht ihre Aufgabe wäre, die Personalengpässe zu managen. Eine PFA hat geschildert, wie sie zwölf Patient*innen betreut und sobald es Tätigkeiten gibt, die über ihren Kompetenzbereich hinausgehen, hat sie die DKGP um Hilfe gebeten: „*Was natürlich für die Diplomierte, die im Dienst ist, eine Mehrbelastung ist, weil sie muss nicht nur auf ihrer Gruppe schauen, was hat sich geändert, sondern sie muss ja dann auch auf meiner Gruppe schauen [...]*“ (PFA1, Pos. 56).

Eine PFA hat ausführlich geschildert, wie sie auf die Station kam und die PFA und PA viel mehr durchführten, als sie in der Ausbildung erlernten. Sie hat von anfänglichen Schwierigkeiten berichtet, wie sie sich im Team mit ihrer Ablehnung zu den erwarteten Kompetenzüberschreitungen integrieren sollte. Sie sprach dies damals bei einem Teamgespräch an: „*es ist kein Wunder, dass ich da untergehe, wie soll ich mit meinen Kompetenzen hier arbeiten, wenn die alle viel mehr machen als ich?*“ (PFA2, Pos. 78). Die PFA hat berichtet, dass sie regelmäßig Nein gesagt hat:

„*[...] wie sollte ich mich jetzt in dieses Team integrieren mit meinem Nein und ich hab das dann aber auch offen [...] in der Runde gesagt 'Leute, ich bin frisch von der Ausbildung, ich traue mir das einfach nicht zu. Ich möchte das einfach nicht und ich möchte nicht zu irgendetwas gedrängt werden, was ich nicht' [...] wenn du keinen Führerschein hast, setz dich hin und fahr, das kann jeder, geh bitte, das kann jeder, so Millionen Menschen können' also auf diese Floskeln bin ich nicht eingestiegen. Und das haben die Kollegen glaube ich bei mir dann auch gut verstanden. Entweder habe ich das gut rübergebracht oder die haben mich wirklich verstanden und mich auch irgendwie akzeptiert mit meinem Nein und die haben dann zwar immer wieder, aber ich habe das nie als beleidigend oder als unangenehm empfunden*“ (PFA2, Pos. 78).

Eine weitere PFA hat mit Entsetzen von ihrer Erfahrung berichtet, als sie im Krankenhaus anfing und in den ersten beiden Wochen eingeschult wurde. In dieser Zeit hat ihr eine PA gezeigt, wie man Blut über einen ZVK abnimmt. Beide dürfen diese Tätigkeit nicht durchführen. Die PFA hat geschildert, dass sie diese Tätigkeit regelmäßig durchführt. Eine weitere PFA hat erzählt, dass sie auf ihrer Station keine Medikamente austeilten darf. Diese Regelung hat die Station nach einem Vorfall eingeführt, bei dem ein*e PA Medikamente falsch ausgegeben hatte. Auf dieser Station sollen daher nur die DGKP die Medikamente ausgeben. Die PFA hat berichtet, dass sie dies „überhaupt nicht nachvollziehen kann“ und dass sie es trotzdem durchführt. Hier untersagt die Stationsleitung den Assistenzberufen das Austeilen der Medikation, trotzdem führen die PFA diese weiterhin bewusst durch.

Mehrere Teilnehmer*innen haben von dem Zusammenspiel und der Beziehung zwischen den Berufsgruppen der DGKP und den Assistenzberufen berichtet. Einige Schilderungen deuten auf eine gute Zusammenarbeit hin, während andere beschrieben haben, dass die Implementierung der PFA noch Handlungsbedarf hat. Eine PFA hat von äußerst schlechten Erfahrungen und unterschiedlichen Eindrücken aus früheren Teams berichtet. Sie war eine der ersten PFA in der Ausbildung:

„Ansonsten bin ich mir immer vorkommen, als wäre ich so der Bodensatz dieser Nahrungskette, also es ist das ja gern von oben nach unten getreten worden. So du bist nur (Betonung) die PFA oder du bist nur die bessere PA, also man hat das schon gespürt ok, die diplomierte Gesellschaft dort oben mag die PFA eigentlich gar nicht. Weil die PA machen das eh schon längst, was die PFA macht“ (PFA1, Pos. 74).

Sie hat die Arbeitsstelle gewechselt und betont, dass ihr Team auf der aktuellen Station gut zusammenarbeitet. Dass die DGKP ihre Aufgaben durchführt und die PFA sowie die PA sich meistens an ihren Kompetenzbereich halten. Sie schätzt es sehr, dass die Wortmeldungen aller Teammitglieder gleich viel wert sind. Die PFA hat Situationen erläutert, in der sie Kolleg*innen mit Vorurteilen und

Ablehnung aufgrund ihrer beruflichen Position und der Wahrnehmung ihres Berufsstandes konfrontieren:

„aber du hast halt ständig nur gehört, ja wir brauchen euch eigentlich nicht, ihr seid ein Berufsstand, der bald wieder untergehen wird und den es, wo die Regierung ganz schnell merkt, ok das war Blödsinn, wir streichen das jetzt wieder. Vor allem [...] wo ich die erste und einzige PFA war, hat man da ganz viel Ablehnung gespürt so ok, warum brauchen wir jetzt eine PFA?“ (PFA1, Pos. 74).

Eine weitere PFA hat ähnliche Eindrücke geteilt, dass die PFA die neue Berufsgruppe ist und dass man noch nicht weiß, was man mit ihnen anfangen sollte. Mehrere PFA haben Einblicke in der interdisziplinären Zusammenarbeit mit den Ärzt*innen geschildert. Die PFA haben erwähnt, dass viele Ärzt*innen oft mangelhaft oder gar nicht darüber informiert sind, welche verschiedenen Berufsgruppen in der Pflege tätig sind: „[...] die gehen alle davon aus, 'du bist die Krankenschwester und du machst alles' und dabei bleibts auch“ (PFA4, Pos. 24). Mehrere Teilnehmer*innen haben berichtet, dass es keinen Austausch über diese Kompetenzüberschreitungen gibt: „Eigentlich nicht wirklich nein. Weils ja, weil es wirklich quasi normal ist für uns. Auch wenns ein bisschen traurig klingt, wenn man das so sagt, aber es ist so“ (PFA3, Pos. 119).

5.3 Affektive Bedeutsamkeit

Kompetenzüberschreitendes Arbeiten geben die Teilnehmer*innen in einigen Interviews als emotionales Geschehen wieder. Den Großteil der Situationen und Beschreibungen der Tätigkeiten, die über den Kompetenzbereich gehen, beurteilen die Pflegepersonen bei vielen Interviews als „neutral“. Einige Pflegepersonen sehen das Ausführen von kompetenzüberschreitenden Tätigkeiten als Gewohnheit an und hinterfragten ihre eigenen Handlungen nicht. Dennoch heben sie bei bestimmten Situationen Emotionen hervor. Zum einen haben die Pflegepersonen von Gefühlen des Unbehagens, der Wut und des Frusts berichtet. Zum anderen haben sie von Freude gesprochen.

5.3.1 Unbehagen

Drei PFA und ein*e PA haben zum Teil Unbehagen in ihren Erfahrungen mit kompetenzüberschreitenden Tätigkeiten geäußert. Dieses Unbehagen ist unter anderem eng mit Gefühlen von Unsicherheit und Überforderung verbunden.

Ein*e PA hat dargelegt, dass sich bei ihr*m Unbehagen breit macht, wenn es um kompetenzüberschreitende Tätigkeiten geht, die sie*er noch nie alleine durchführte. Dies deckt sich mit der Aussage einer PFA, die ähnliche Gefühle der Unsicherheit und des Unbehagens in Bezug auf kompetenzüberschreitende Tätigkeiten zum Ausdruck bringt:

„[...] bin ich [...] eingeschult worden und dann hat mir eine PA (Betonung) gezeigt beim Blutabnahme-Dienst, wie man über den ZVK Blut abnimmt. Eine PA! Und ich hab da gleich zu ihr gesagt 'naja eigentlich, ich hab das nicht gelernt und das ist mir schon zu heikel, dass ich das mache'“ (PFA3, Pos. 77).

Eine weitere PFA hat Unbehagen und Unsicherheiten bezogen auf das Vorbereiten von Infusionen geschildert: *„[...] Und hab mich da sehr unwohl gefühlt Infusionen anzumischen von wo ich keine Ahnung habe. Kann der Patient jetzt daran sterben, wenn ich einen Fehler mach oder nicht?“ (PFA1, Pos. 68)*. Eine dritte PFA hat eine prekäre Situation geschildert:

„Ich hab ihr assistiert, dass sie (PA) einen Katheter setzt bei einem Mann, was wir eigentlich beide nicht dürfen und ich war ein bisschen mit der Situation, in der war ich überfordert“ (PFA2, Pos. 77).

5.3.2 Wut und Ärger

Zwei PFA und zwei PA haben in den Interviews Wut geäußert. Dies bezieht sich immer auf die überfordernde Situation aufgrund des Personalmangels und den damit verbundenen Kompetenzüberschreitungen. Eine PFA hat geschildert, dass sie ein paar Mal eine Stationsseite, also die halbe Station alleine übernehmen musste und dass das ein Punkt war, an dem sie sagte „es reicht ihr“ und sie wütend ist. Dies deckt sich mit den Aussagen anderer Pflegepersonen: „*Nein, sehr wütend. [...] Weil mich die Situation überfordert und ich sehe, [...] dass die Patienten nicht gut betreut sind*“ (PA4, Pos. 31). Eine weitere PFA hat ähnliche Gedanken geteilt. Diese hat geschildert, dass es sie ärgert, dass sie permanent in gefährliche Situationen geraten, und wie sie alle Patient*innen betreuen kann: „*[...] ok, wie betreibe ich jetzt Schadensbegrenzung oder wie kann ich mich noch um alle kümmern, ohne dass irgendwer gefährdet ist*“ (PFA1, Pos. 30). Die Pflegepersonen haben in diesem Zusammenhang geschildert, dass die Wertschätzung der Führungsebenen nicht vorhanden ist: „*[...] die Pflegedirektion sich überhaupt nicht schert, wie es uns Mitarbeitern geht, was auch sehr traurig ist. Und ja, in dieser Hinsicht bin ich wütend, weil auf uns nicht geschaut wird [...]*“ (PA1, Pos. 18). Ein*e PA hat davon geschildert, dass sie*er wütend aufgrund einer Delegation der vertretenden Stationsleitung ist: „*[...] ich war wütend in dieser Situation, weil ich das nicht darf und trotzdem die [...] Stationsvertretung hat mich, also delegiert*“ (PA4, Pos. 51).

5.3.3 Frust

Frust haben die Pflegepersonen geschildert, wenn der Personal- und Zeitmangel sie „zwingt“, über ihren Kompetenzbereich hinauszugehen, um die Versorgung der Patient*innen sicherzustellen. Zum anderen haben sie von Frust berichtet, wenn die Pflegepersonen die Kolleg*innen mehrmals auf den geltenden

Kompetenzbereich verweisen müssen. Drei PFA und ein*e PA haben Situationen mit Frust geschildert.

In Bezug auf Kompetenzüberschreitungen aufgrund von Personal- und Zeitmangel haben mehrere Teilnehmer*innen des Öfteren zum Ausdruck gebracht, dass die aktuellen Umstände im Gesundheitswesen traurig sind. Als Beispiel hat eine PFA geschildert: „*[...] dass ich das manchmal wirklich traurig finde, dass dann die Leute keine andere Wahl tatsächlich haben, als zu sagen ok, das ist jetzt deine Aufgabe, du hängst mir jetzt die 14:00 Uhr Antibiotika an*“ (PFA4, Pos. 11).

Eine PFA hat berichtet, dass die Kolleg*innen sie auf das alleinige Führen eines Hauptdienstes, also ein Dienst einer DGKP einschulten. Sie hat sich bewusst dagegen entschieden, diese Verantwortung zu übernehmen. Sie führt an, dass diese zusätzliche Belastung zu viel für ihre psychische Gesundheit darstellt und sie überfordert.

Eine PFA hat geäußert, dass sie in ihrer beruflichen Praxis häufig mit der Situation konfrontiert ist, in der sie wiederholt betonen muss, dass sie Aufgaben nicht durchführen darf, die nicht in ihrem gesetzlichen Kompetenzbereich stehen. Dies stellt für sie eine anhaltende Herausforderung dar. Dieser ständige Hinweis auf ihren Kompetenzbereich erzeugt in ihr eine gewisse Belastung und sie bezeichnet dies als „nervig“. Sie hat erläutert, wie es ihr bei Kompetenzüberschreitungen geht: „*einfach, weil ich immer das Gefühl gehabt habe, ich steh mit einem Fuß im Gefängnis, [...] es wird dann heißen 'ja, du kennst deinen Tätigkeitsbereich, du hast den überschritten [...]*“ (PFA1, Pos. 28).

5.3.4 Freude

Drei PFA und zwei PA haben das Ausführen von Tätigkeiten, die über ihren Kompetenzbereich hinausgingen, mit einer Begeisterung, Wohlbefinden sowie Spaß und einem Gefühl der Freude in Verbindung gebracht. Des Weiteren haben diese Freude daran, wenn die Kolleg*innen das Vertrauen in einen haben, diese Tätigkeit durchzuführen.

Die befragten Pflegepersonen haben eine breite Palette von Motivationen und Gefühlen im Zusammenhang mit kompetenzüberschreitenden Tätigkeiten zum Ausdruck gebracht. Ein*e PA hat betont, dass sie*er sich bei Aufgaben, die über ihren*seinen Kompetenzbereich hinausgehen, sicher und wohl fühlt, da sie*er stets danach strebt, Neues zu lernen: „*Aber Tätigkeiten, bei denen ich mich sicher fühle und die über meinen Kompetenzbereich hinausgehen, jetzt. wie gesagt kein Unbehagen, da fühl ich mich sicher und fühl ich mich auch wohl dabei. Dadurch, dass ich auch sehr viel neues lernen will*“ (PA1, Pos. 36). Eine PFA hat hervorgehoben, dass sie gerne mehr und andere Tätigkeiten durchführt, als sie eigentlich darf, weil es ihr Spaß macht und sie den Kolleg*innen helfen und diese entlasten möchte. Für sie tragen diese Tätigkeiten zu mehr Zufriedenheit im Arbeitsspektrum bei: „*Gut, ich würde mich sogar unterfordert fühlen, wenn ichs nicht machen würde (lacht)*“ (PFA4, Pos. 7). Eine weitere PFA hat betont, dass sie mit ihrem Beruf sehr glücklich sei und es ihr gefällt, dass sie mehr Tätigkeiten durchführt. Sie hat große Begeisterung für verschiedene kompetenzüberschreitende Tätigkeiten gezeigt:

„*Ja, also ehrlich gesagt alles, was ich da jetzt gesagt habe mache ich wirklich richtig, richtig gerne (Betonung). Also Infusion herrichten, Blutabnahme eben über ZVK, über Port-a-cath, Visite gehen, Visite ausarbeiten, das macht mir alles total viel Spaß. Echt nichts, was ich davon nicht gerne mache (lacht)*“ (PFA3, Pos. 82-83).

Diese Beweggründe und Einstellungen zeigen, dass die Pflegepersonen nicht alle kompetenzüberschreitenden Tätigkeiten negativ wahrnehmen, sondern auch Freude, Lernbereitschaft und das Bedürfnis den Kolleg*innen zu helfen eine Rolle spielen kann. Des Weiteren haben die Teilnehmer*innen angegeben, dass sich die Pflegepersonen über das Vertrauen der Kolleg*innen freuen: „*einerseits fühlt man sich schon geehrt und sagt ok, meine Kollegin vertraut mir so sehr, dass sie ok bitte häng mir das an [...]*“ (PFA1, Pos. 27).

5.4 Aufrechterhaltung des Systems

Die PA und PFA führen Tätigkeiten über ihren Kompetenzbereich hinausgehend durch, um den klinischen Pflegealltag aufrechtzuerhalten. Hierbei spielen der Ausgleich von Personalmangel und Zeitknappheit eine zentrale Rolle. Alle Interviewpartner*innen haben den Personalmangel mitunter als Grund angegeben, warum sie die Kompetenzüberschreitungen durchführen. Ein*e PA hat seine*ihr Gedanken zum Thema Aufrechterhaltung des Systems geschildert:

„[...] weil unser Beruf ist für das System systemerhaltend, weil wenn wir nicht da wären, sag ich wie es ist, es würde das komplette System einstürzen. Wir hätten viel mehr Tote in Österreich, viel mehr Patienten, die krank sind und es geht leider schon sehr in die Richtung. Dass durch gewisse Tätigkeiten oder durch gewisse Situationen, wenn man mehr Personal gehabt hätte, dass ein Patient noch am Leben wäre, und das sage ich so beinhalt, wie es ist. Sehr traurig, [...]“ (PA1, Pos. 48).

Drei der PFA und drei der PA haben berichtet, dass sie Überschreitungen des Kompetenzbereiches aus Zeitgründen vornehmen, da es oft zu viel Zeit in Anspruch nimmt, die DGKP zu holen. Des Weiteren haben sie das Fehlen von Konsequenzen seitens der Führungsebenen hervorgehoben.

5.4.1 Personal- und Zeitausgleich

Personal- und Zeitausgleich haben sich bei allen Teilnehmer*innen als zentrale Gründe für das Überschreiten von Kompetenzen erwiesen. Die Pflegepersonen haben des Öfteren betont, dass die prekäre Personalsituation und die dadurch bedingte knappe Zeit es nahezu unabdingbar machen, sich in gewissem Umfang außerhalb ihres üblichen Kompetenzbereiches zu bewegen.

Die gemeinsame Bewältigung des Dienstes im Team haben die Pflegepersonen in einigen Interviews als zentrales Element betont und haben dies detailliert erläutert. Die Befragten haben hervorgehoben, dass die Zusammenarbeit innerhalb des Teams von entscheidender Bedeutung ist, um die vielfältigen Anforderungen des Dienstes erfolgreich zu meistern:

„[...] Also wenn wir so, dann wenn du im Dienst bist und siehst, was da alles abläuft und du selber nicht mehr weißt (lacht), wo du hinrennen willst. Ja und die Kollegin ist jetzt ganz überfordert und macht jetzt, schachtelt die Medikamente, oder ist was gerade passiert, ja das hab ich eher für uns gemacht, für sie gemacht, dass wir das halt meistern den ganzen Tag. Dass wir alles schaffen. Also quasi bist du irgendwie gezwungen, dass du halt einfach hilfst. Also, dass du den Tag schaffst“ (PA4, Pos. 81).

Diese Aussage spiegelt sich in den Ansichten der anderen Teilnehmer*innen wider. Es verdeutlicht, dass die Bedenken hinsichtlich der Systemerhaltung nicht isoliert sind, sondern vielen teilen: „*Es ist momentan ist nur, um das System aufrechtzuerhalten. Wo man halt dann auch Sachen tut, wo man eigentlich weiß ok, ich dürfte das eigentlich nicht oder ich sollte es eigentlich nicht*“ (PFA1, Pos. 31).

In einigen der geführten Interviews haben die Pflegepersonen darauf hingewiesen, dass sie die Versorgung unter anderem als "menschenunwürdig" empfinden. Sie haben betont, dass aufgrund des gravierenden Personalmangels selbst mit dem Ausgleich durch kompetenzüberschreitende Arbeit die grundlegenden Standards und die Qualität der Pflege nicht angemessen gewährleistet werden kann:

„Patientenbezogen ist es keine qualitativ gute Arbeit. Ich spreche jetzt einmal allein nur von letzter Woche am Wochenende, wo wir zu viert für über 30 Patienten zuständig waren und wir haben auf der Station ein Überwachungszimmer mit sechs Monitor-Patienten [...] und ein IMCU-Zimmer mit vier Positionen und das mit vier Leuten zu bespielen ist eigentlich möchte man meinen unmöglich, wenn man sich anschaut, was eigentlich an Arbeit anfällt und was man in der Ausbildung lernt, wie man mit dem Patienten arbeitet, und was man letztendlich durchführt. [...]“ (PA1, Pos.5).

Die Pflegepersonen haben erläutert, dass wenn sich jede Pflegeperson an ihren eigenen Kompetenzbereich halten würde, sie mit der Arbeit nicht fertig werden würden. Dabei haben sie thematisiert, dass sie trotz Kompetenzüberschreitungen der Assistenzberufe das Personal nicht ausreichend ausgleichen. In Zuge dessen

können die Pflegepersonen nicht pünktlich nach Hause gehen und müssen Überstunden in Kauf nehmen, um die notwendige Versorgung der Patient*innen sicherstellen zu können:

„[...] bei schlechter Besetzung, war letzte Woche zum Beispiel am Wochenende, da sind wir mit der Pflege um 13:45 Uhr fertig geworden. Und da sind auch noch akute Aufnahme gekommen, Schockraum etc und somit lappert sich dann die ganze Arbeit auf und das zieht sich alles bis zum Ende und dann kann man nicht pünktlich nach Hause gehen, so sind die Tage, wenn es nicht optimal besetzt ist. Und die Patienten, das ist ja das, die Patienten spüren alles, die spüren die Hektik, die spüren den Stress [...]“ (PA1, Pos. 13).

Während die vertretende Stationsleitung ein*e PA ein einzelnes Mal aufgrund von Personalmangel gebeten hat, bei einem*r Patienten*in ein EKG zu schreiben, hat eine andere Stationsleitung eine*n weitere*n PA in stressigen Situationen immer wieder darum gebeten. Die Pflegepersonen führen zum Teil nicht nur einzelne Tätigkeiten außerhalb ihres Kompetenzbereiches durch, sondern übernehmen eine Seite der Station mit mehreren zu betreuenden Patient*innen. Eine PFA hat von Situationen berichtet, in der eine DGKP krank geworden ist und sie alleine mit oder auch ohne einer*m Praktikanten*in eine Seite der Station alleine übernommen hat. Eine weitere PFA hat davon geschildert, dass Kolleg*innen sie auf den Hauptdienst einer DGKP einschulten. Dies hat sie strikt abgelehnt. Eine weitere PFA hat von einem Dienst geschildert, bei dem eine DGKP da gewesen wäre, die sich aber meldete. Aufgrund dessen hat diese PFA den Tagdienst gemeinsam mit drei Praktikant*innen durchgeführt. Sie hat alle Tätigkeiten einer DGKP durchgeführt, die im Dienst angefallen sind und die Praktikant*innen haben sie dabei unterstützt. Das Ganze war von der Stationsleitung und der Pflegedirektion abgesegnet. Eine PFA hat geschildert, dass sie wegen schlechter Personaleinteilung aufgrund von Urlauben einen Nachtdienst alleine übernehmen sollte:

„[...] Und man wollte mir dann noch Nachtdienst allein im Sommer andrehen, wo ich gesagt hab ok, [...] wenn du mir das jetzt zumutest, dann hats die Kündigung von mir am Tisch liegen. Weil das finde ich halt dann zum Beispiel wirklich grob fahrlässig“ (PFA4, Pos. 27).

Dennoch hat eine PFA angemerkt, dass es nicht immer systemerhaltende Gründe für das Überschreiten der Kompetenzen gibt. Diese PFA hat des Weiteren betont, dass es nicht ihre Aufgabe sei, den Personalmangel zu managen beziehungsweise auszugleichen. Daher fühlt sie sich nicht verpflichtet, deswegen täglich Überschreitungen ihres Kompetenzbereiches durchzuführen. Ein*e PA hat erzählt, dass sie*er auf ihrer*seiner Station selten Kompetenzen überschreitet und einmal auf einer anderen Station aushelfen war, da das Team schlecht besetzt war. Auf dieser Station haben die Kolleg*innen von ihr*m eine kompetenzüberschreitende Tätigkeit erwartet, die sie*er dann durchgeführt hat.

Im Zusammenhang mit dem Personalmangel, dem daraus resultierenden Stress und der mangelnden Zeit bei den Patient*innen haben die Pflegepersonen Frust, Wut und Überforderungen betont. Sie haben auf Situationen der gefährlichen Pflege hingewiesen.

5.4.2 Fehlen von Konsequenzen

Zwei PFA und ein*e PA haben beschrieben, dass es seitens der Station keine Konsequenzen in Bezug auf die Kompetenzüberschreitungen der Pflegepersonen gibt: „*Nein. Also sagen wir so, so lange nichts passiert, werden auch keine Konsequenzen da sein, sagen wir mal so und bis jetzt, Gott sei Dank alles gut gegangen [...]*“ (PA1, Pos. 53). Die Pflegepersonen haben häufig erwähnt, dass die Stationsleitungen von den Überschreitungen des Kompetenzbereichs wissen. In einigen Fällen sprechen es die Pflegepersonen in Team- und/oder Mitarbeiterbesprechungen an. Dennoch unternehmen die Leitungen keine konkreten Maßnahmen. Demnach führen die Assistenzberufe über den Kompetenzbereich hinausgehende Tätigkeiten weiter aus. Eine PFA hat von ihrer Bereichsleiterin und dem wöchentlichen Jour fixe geschildert:

„Dass wir uns halt immer an den Tätigkeitsbereich halten müssen, aber sie wissen es im Endeffekt, dass wir es nicht tun. Es ist halt einfach nur so ein OK, dass man es offiziell noch einmal deponieren und sagen ok, schauts drauf, aber im Endeffekt wissen sie alle, dass wir es nicht tun“ (PFA4, Pos. 43).

6 Diskussion

Die vorliegende Masterthesis sollte aufzeigen, welche über den Kompetenzbereich hinausgehende Tätigkeiten PFA und PA in ihrem Berufsalltag durchführen, die sie nicht in der Ausbildung erlernt haben. Der Fokus liegt in der Wahrnehmung sowie der subjektiven Bedeutung dieser Tätigkeiten der beiden Assistenzberufsgruppen für die Individuen. Alle teilnehmenden PA und PFA haben ihre Kompetenzen in der Vergangenheit zumindest einmal überschritten oder tun dies regelmäßig. Die Kompetenzüberschreitungen erfolgen bei unterschiedlichen Tätigkeiten, am häufigsten beim Infusionsmanagement. In Bezug auf die subjektive Bedeutung haben unterschiedliche und vielseitige Aspekte Einfluss. Die subjektive Bedeutung von über den Kompetenzbereich hinausgehende Tätigkeiten zeichnen sich in vier Hauptkategorien mit jeweils mehreren Subkategorien ab.

Einen großen Punkt in der subjektiven Bedeutung von kompetenzüberschreitenden Tätigkeiten stellt die Hauptkategorie „Selbstwirksamkeit erleben“ dar. Die Pflegepersonen schätzen in der Subkategorie *Einschätzen und Bewerten von Situationen* die Notwendigkeit zur Übernahme von Tätigkeiten ein und führen beispielsweise Tätigkeiten nicht durch, wenn sie sich unsicher fühlen. Bei Zeitmangel der DGKP und akut bestehenden Schmerzen bei einem*r Patient*in hängen manche Pflegepersonen selbstständig eine Infusion mit Schmerzmittel an. Einige PA und PFA verweigern die Überschreitung, wenn die DGKP verfügbar ist, während es Andere auch unter diesen Umständen durchführen. Einige Pflegekräfte berichten von Herausforderungen in Form von *Abgrenzung ziehen* bezüglich ihres Kompetenzbereichs und betonen die Bedeutung des Rechts "Nein" zu sagen und sich an ihre eigenen Kompetenzen zu halten. Einige Pflegepersonen grenzen sich nur bei bestimmten Aufgaben ab. Bei einigen Teilnehmer*innen findet eine *Aufwertung durch persönliche Entwicklung statt* und erweist sich als entscheidender Faktor für die Bereitschaft, Aufgaben außerhalb des eigenen Kompetenzbereichs zu übernehmen. Die Aussicht auf persönliches Wachstum und die Möglichkeit, neue Fertigkeiten zu erlernen, motiviert sie dazu, diese Herausforderungen anzunehmen. Die Teilnehmer*innen unterscheiden bei den über den Kompetenzbereich hinausgehenden Tätigkeiten zwischen *Routine und Ausnahme*. Manche Kompetenzüberschreitungen werden

als Teil des „normalen“ Arbeitsablaufs gesehen und stellen eine gewisse Routine dar. Im Gegensatz dazu stellen andere kompetenzüberschreitende Tätigkeiten eine Ausnahme dar. Die Pflegepersonen übernehmen solche Tätigkeiten nur, wenn sie sich sicher fühlen, diese Aufgaben erfolgreich auszuführen. Es gibt allerdings durchaus auch Pflegepersonen, die sich in der Routine an ihren gesetzlichen Kompetenzbereich halten und jede Kompetenzüberschreitung eine Ausnahme darstellt. In der Subkategorie *Verantwortung tragen* zeigen die Pflegepersonen Verantwortungsbewusstsein, indem sie kompetenzüberschreitende Tätigkeiten dokumentieren. Andererseits beschreiben sie Strategien, um Situationen zu vermeiden, in denen Verantwortung übernommen werden muss.

In der Hauptkategorie „Facetten der Teamarbeit erleben“ geben die PA und PFA den Kolleg*innen *Entlastung*, um ihnen den Aufwand zu ersparen. *Erwartung erfüllen* beinhaltet eine Art Selbstverständlichkeit für das Überschreiten von Kompetenzen. Die Pflegepersonen wollen die Kolleg*innen nicht verärgern. *Vertrauen erfahren* ist ein zentraler Faktor, wobei das Vertrauen der Kolleg*innen als Motivationsfaktor wirkt, zusätzliche Aufgaben zu übernehmen. *Absicherung* durch das Absprechen und die Rückversicherung durch die DGKP *erhalten* sind wichtige Elemente, um Unsicherheiten zu klären und kompetenzüberschreitende Tätigkeiten sicher durchzuführen. Die Pflegepersonen lassen sich Tätigkeiten erklären, um die Tätigkeit nach mehrmaligem Zusehen selbst durchführen zu können. *Rollenklarheit und -abgrenzung im Team* spielen eine entscheidende Rolle, wobei einige Pflegepersonen es bevorzugen, keine Tätigkeiten außerhalb ihres Kompetenzbereichs zu übernehmen, während andere sich darüber ärgern, Kolleg*innen ständig auf die Kompetenzbereiche hinweisen zu müssen. Einige Pflegepersonen fühlen sich in der Lage, "Nein" zu sagen, wenn ihnen Aufgaben außerhalb ihres Kompetenzbereichs übertragen werden.

Die Pflegepersonen beschreiben im Rahmen der Hauptkategorie „affektive Bedeutsamkeit“ unterschiedliche Gefühle. Zum Teil erleben die Teilnehmer*innen die kompetenzüberschreitenden Tätigkeiten als *Unbehagen* in Verbindung mit Unsicherheit und Überforderung. Einige äußern *Wut und Ärger* aufgrund der belastenden Situation, insbesondere auf den Personalmangel bezogen und wenn

sie in gefährliche Situationen geraten. Die Pflegepersonen berichten von *Frust*, wenn sie mehrmals auf den geltenden Kompetenzbereich verweisen müssen. Manche Pflegepersonen empfinden *Freude* im Zusammenhang mit den Tätigkeiten, die über den Kompetenzbereich hinausgehen.

Ein zentraler Punkt der Interviews ist die Hauptkategorie „Aufrechterhaltung des Systems“, welche den *Personal- und Zeitausgleich* sowie das *Fehlen von Konsequenzen* behandelt. Dieser Aspekt wird im Zusammenhang mit der Qualität auf der nächsten Seite ausführlich diskutiert.

Die Pflegepersonen führen demnach nicht nur Tätigkeiten durch, die in ihrem gesetzlichen Kompetenzbereich definiert sind, sondern auch Tätigkeiten über den Kompetenzbereich hinaus. Manche Pflegepersonen müssen nachdenken, welche Tätigkeiten sie durchführen dürfen. Internationale Forschungsarbeiten zeigen, dass sich die Rolle der Assistenzberufe inoffiziell erweitern beziehungsweise die Grenzen verschwimmen.

Ein Systematic Review mit 20 untersuchten Publikationen ergibt, dass sich die Rolle der Assistenzberufe allmählich und inoffiziell erweitert. Während die Assistenzberufe in den meisten Fällen die grundlegenden Pflegebedürfnisse der Patient*innen abdecken, übernehmen sie auch Aufgaben, die ein tieferes Verständnis und spezifische Fähigkeiten erfordern, für die sie nicht speziell ausgebildet wurden und die über ihren ursprünglichen Aufgabenbereich hinausgehen (Blay & Roche, 2020). In einer Studie mit Fokusgruppen verweisen die Assistenzberufe und der gehobene Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege mehrfach darauf, dass die Grenzen zwischen den Rollen verschwimmen (Henshall et al., 2018).

Während der Datenauswertung ergaben sich drei verschiedene Ansätze von Pflegepersonen, die kompetenzüberschreitende Tätigkeiten durchführen. Es gibt unterschiedliche Typen von Pflegepersonen mit vielfältigen Motivationen. Bei der ersten Herangehensweise geht es um den eigenen Antrieb, neue Fertigkeiten zu erlernen und sich herauszufordern. Einige finden Freude an solchen Aufgaben und fühlen sich mit ihren eigentlichen Tätigkeiten unterfordert. Andere hatten ursprünglich den Wunsch, DGKP zu werden und konnten diesen Weg jedoch aus

verschiedenen Gründen nicht verfolgen oder wollen es zukünftig anstreben. Einige nutzen das defekte System, um zumindest einen Teil ihrer ursprünglichen Ambitionen zu erfüllen. Pleschberger et al. (2021) bestätigen, dass für die PFA in hohem Maße an Möglichkeiten der Weiterqualifizierung interessant sind, besonders das Erlangen des Diploms scheint für diese Gruppe erstrebenswert.

Bei der zweiten Herangehensweise halten sich die Pflegepersonen konsequent an die Regeln, aus Angst vor möglichen Konsequenzen und um klare Kompetenzgrenzen zu wahren. Es gibt Pflegepersonen, die einfach ihre Arbeit verrichten. Ein weiterer Ansatz für kompetenzüberschreitendes Arbeiten ist aus Teamgründen oder aus Mitleid mit den Patient*innen. In vielen Fällen ist der Personalmangel ein ausschlaggebender Faktor. Diese unterschiedlichen Ansätze werfen Fragen zu den Rahmenbedingungen selbst sowie zur Qualität der bereitgestellten Pflege auf, die nachfolgend diskutiert werden.

Eine entsprechende Ausstattung des Pflegepersonals beeinflusst die Qualität der Pflege und ist maßgeblich für positive Erfahrungen in der Patient*innenversorgung wichtig (Winter, Dietermann, Schneider, & Schreyögg, 2021). Um den Bedarf an Pflegepersonal sowohl in der Ausbildung als auch in der beruflichen Praxis zu decken, sind verschiedene Maßnahmen erforderlich. Dazu gehören die gezielte Gewinnung ausreichender Personen für Ausbildungen sowie die Schaffung ausreichender Ausbildungsplätze. Eine entscheidende Komponente ist die Verbesserung des Berufsimages, um seine Attraktivität zu steigern. Dies kann durch die konkrete Ansprache und Unterstützung bestimmter Zielgruppen erreicht werden. Es ist ebenso wichtig, Informationsveranstaltungen, Praktika und Schnuppertage nachhaltig zu gestalten, um langfristig das Interesse zu fördern. Diese integrativen Maßnahmen sind von entscheidender Bedeutung, um den Fachkräftemangel entgegenzuwirken und die Attraktivität des Berufsfelds nachhaltig zu stärken. Um eine langfristige Bindung von Berufstätigen zu gewährleisten, spielen verschiedene Faktoren eine entscheidende Rolle. Hierzu zählen die Schaffung von optimalen Arbeitsbedingungen, die eine ausgewogene Work-Life-Balance ermöglichen und individuelle Arbeitszeitmodelle berücksichtigen. Anreizsysteme, insbesondere im Hinblick auf das Gehalt, sind ebenfalls von Bedeutung. Anerkennung durch das Führungspersonal und durch

die Gesellschaft trägt zur Wertschätzung bei und bildet einen essenziellen Aspekt für die Bindung von Fachkräften (Rappold & Juraszovich, 2019).

Neben der Personalausstattung der Pflegepersonen gilt auch der Skill- und Grademix als entscheidend und als ein effektiver Faktor für die bestmögliche Qualität der Pflege. Dieser beschreibt die Zusammensetzung von Pflegepersonen mit verschiedenen Fähigkeiten (Skills) und Bildungsabschlüssen (Grades). Dieser Mix sowie die Personalausstattung sollte bei der Gestaltung von Maßnahmen wie Mindestbesetzungsrichtlinien zur Verbesserung der Qualität der Pflege in Krankenhäusern berücksichtigt werden. Das Hauptziel eines Skill- und Grade-Mixes ist es, eine qualitativ hochwertige Pflege für Patient*innen zu gewährleisten und gleichzeitig die Effizienz der Pflegearbeit zu maximieren (Winter et al., 2021). Im Rahmen der Evaluierung der GuKG-Novelle 2016 kann festgestellt werden, dass ein Zwei-Grade-Mix (DGKP & PFA) sowie ein Drei-Grade-Mix (DGKP, PFA und PA) in Österreich erfolgreich sein könnten. Allerdings muss die Zusammenarbeit neu organisiert werden (Kozisnik, Rappold, & Pilwarsch, 2023).

Schnelle, alltägliche Kompetenzüberschreitungen in Bezug auf einzelne Tätigkeiten sehen die Pflegepersonen oft als akzeptabel an, solange sie im Einklang mit den Patient*innenbedürfnissen stehen und die Sicherheit gewährleistet werden kann. Diese Überschreitungen beinhalten Situationen, in denen die PFA oder PA Tätigkeiten ausführen, die normalerweise in den Aufgabenbereich einer DGKP fallen, aber aus zeitlichen oder dringlichen Gründen notwendig erscheinen. Jedoch sieht eine PFA das Übernehmen eines gesamten Dienstes als fahrlässig an. Hier scheint es eine Unterscheidung zwischen "kleinen" und "großen" Kompetenzüberschreitungen zu geben. Warum die Pflegepersonen einige Tätigkeiten als akzeptabel betrachten, während andere nicht, bleibt jedoch unklar. In einigen Fällen handelt es sich um eine Art informelle Praxis, bei der sowohl die PFA, die PA als auch die Kolleg*innen sich bewusst sind, dass sie gegen bestimmte Regeln oder Vorschriften verstößen. Diese informelle Praxis entwickelt sich oft aus der Alltagsroutine und der Zusammenarbeit im Team. In solchen Fällen sind sich die Pflegepersonen zwar der Regelverstöße bewusst,

jedoch kommt es vor, dass sie dies als eine akzeptable Praxis innerhalb ihres Teams ansehen.

Es ist zweifellos wichtig und vorteilhaft, wenn zwischen den Teammitgliedern eine gute zwischenmenschliche Beziehung und Vertrauen herrschen. Jedoch sollte nicht vergessen werden, dass die Sicherheit und das Wohl der Patient*innen immer oberste Priorität haben muss. Einzig und allein die Basis des Vertrauens ist nicht die Grundlage, um Fehler oder einem unvorhergesehenen Vorfall entgegenzuwirken. Im Gegenteil, die Auswirkungen eines Fehlers können schwerwiegend sein und die Gesundheit der Patient*innen gefährden. Dies betrifft nicht nur die Patient*innen, sondern kann auch rechtliche Konsequenzen für die PFA oder die PA haben, insbesondere wenn es zu Anzeigen oder Klagen kommen sollte. Das Risiko für Fehler oder einer unzureichenden Versorgung steigt erheblich, wenn eine PFA oder ein PA alleine arbeitet, da sie möglicherweise nicht über die erforderlichen Fähigkeiten und Kenntnisse verfügen, um alle Situationen angemessen zu bewältigen.

Um die Sicherheit der Patient*innen zu gewährleisten, ist es von entscheidender Bedeutung, dass die Assistenzberufe angemessen geschult sind und innerhalb der Grenzen eines gesetzlichen Rahmens arbeiten können (Blay & Roche, 2020). Dennoch zeigen die Ergebnisse dieser Masterarbeit, dass die PA und PFA Tätigkeiten außerhalb ihres Kompetenzbereiches übernehmen. Nach Cartaxo, Eberl, & Mayer (2022) beurteilen Pflegepersonen die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung in Bezug auf Qualität und Patientensicherheit als herausfordernd (zitiert in Kozisnik, Rappold, & Pilwarsch, 2023, S. 66).

Es sei kritisch anzumerken, dass neben der Erweiterung des definierten Kompetenzbereiches das Finanzielle einen zu diskutierenden Aspekt darstellt. Die PA und PFA sehen sich zum Teil aus kontextuellen Bedingungen wie Personal- und Zeitmangel dazu gezwungen, Tätigkeiten außerhalb ihres Kompetenzbereiches zu übernehmen, um der Versorgung der Patient*innen gerecht zu werden. Die Entlohnung der Pflegeberufe ist grundsätzlich in keinem angemessenen Verhältnis und es gibt keine Entlohnung für diese zusätzlichen Tätigkeiten und der damit verbundenen einhergehenden Verantwortung. Dies

spiegelt den Geist einer Pflegeperson wider, die sich für das Wohl der Patient*innen aufopfert. Es scheint ein ewiger Kreis zu sein, denn die Grundbedingungen der Pflege mit Personalmangel sowie das Übernehmen zusätzlicher Arbeiten überfordert die Pflegepersonen. Bei Überforderung sowie Erschöpfung können Fehler passieren, was wiederum zu einem Qualitätsverlust führen könnte. Dennoch versuchen die PA und PFA ihr Bestes, um der Versorgung der Patient*innen gerecht zu werden. Denn wenn die Pflegepersonen diese Kompetenzüberschreitungen nicht durchführen, leiden die Patient*innen beispielsweise an Schmerzen. Nun stellt sich die Fragen, wie das beste Outcome erzielt werden kann. Wenn Assistenzberufe ihre Kompetenzbereiche einhalten und ein*e Patient*in Schmerzen erleidet, bis eine DGKP Zeit findet, eine Schmerzmittelinfusion anzuhängen oder wenn die PA und PFA in gewissen Ausnahmesituationen ihre Kompetenzen überschreiten, um das Leiden eines*r Patient*in zu lindern.

7 Conclusio

Die Masterthesis untersuchte die Tätigkeiten von PFA und PA, die über ihren Ausbildungs- und Kompetenzbereich hinausgehen sowie deren subjektive Bedeutung. Alle Teilnehmer*innen haben ihre Kompetenzen in der Vergangenheit überschritten oder tun dies regelmäßig. Die Kompetenzüberschreitungen erfolgen bei unterschiedlichen Tätigkeiten, am häufigsten beim Infusionsmanagement. Die Bedeutung dieser über den Kompetenzbereich hinausgehenden Tätigkeiten zeichnen sich in vier Hauptkategorien ab: Selbstwirksamkeit erleben, Facetten der Teamarbeit erleben, affektive Bedeutsamkeit und Aufrechterhaltung des Systems mit jeweils mehreren Subkategorien.

Die Rollen der Assistenzberufe erweitern sich inoffiziell, wobei die Grenzen zwischen den Rollen und der Aufgabenbereiche der Pflegeberufe verschwimmen. Manche Pflegepersonen wissen nicht, welche Tätigkeiten sie durchführen dürfen und welche nicht. Es gibt verschiedene Typen von Pflegepersonen, die kompetenzüberschreitende Tätigkeiten aus unterschiedlichen Gründen durchführen. Einige tun dies aus Freude und Unterforderung sowie um ihre ursprünglichen Ambitionen der DGKP zu erfüllen. Manche halten sich an die Regeln aus Angst vor Konsequenzen oder führen einfach ihre Arbeit aus. Ein weiterer Beweggrund der Pflegepersonen zur Überschreitung der Kompetenzen ist aus Mitleid mit den Patient*innen sowie aus Teamgründen. Die Qualität der bereitgestellten Pflege hängt unter anderem von den Arbeitsbedingungen, der Personalausstattung sowie dem Skill- und Grademix ab.

In einigen Fällen handelt es sich um informelle Praktiken im Team, die Regelverstöße akzeptieren. Die Pflegepersonen betrachten alltägliche Kompetenzüberschreitungen als akzeptabel, solange sie im Sinne der Patient*innen sind. Dabei gibt es eine Unterscheidung zwischen "kleinen" und "großen" Kompetenzüberschreitungen. Es ist unklar, warum die Pflegepersonen einige Aufgaben für akzeptabel halten, während sie andere nicht als solche ansehen.

Die strukturellen Bedingungen, wie Personalmangel, führen dazu, dass Pflegeassistentzberufe häufig über ihre Kompetenzen hinausgehen müssen, um die Versorgung sicherzustellen. Dieser Kreislauf kann zu Überforderung und Erschöpfung führen, was wiederum das Risiko von Fehlern und Qualitätsverlust mit sich bringt. Trotz dieser Herausforderungen setzen sich PA und PFA nach besten Kräften für die Patient*innenversorgung ein. Es stellt sich die Frage, welcher Ansatz zu einem optimalen Ergebnis führt – das Einhalten der Kompetenzbereiche trotz möglicher Schmerzen bei den Patient*innen oder das Überschreiten der Kompetenzen in Ausnahmesituationen zur Linderung des Leidens.

Ausblick für die Praxis

Die Grundlage für eine qualitativ hochwertige Pflege bildet gesundes und motiviertes Pflegepersonal. Im Fokus steht die Berufsverweildauer. Hierbei spielt auch die Berufsattraktivität eine entscheidende Rolle, da eine potenzielle Steigerung dieser Attraktivität positive Auswirkungen auf die Sicherheit und Qualität der Pflege haben könnte. Es steht die Frage nach der Bereitschaft im Mittelpunkt, ob die PA und PFA überhaupt mehr Verantwortung zu übernehmen wollen. Kozisnik et al. (2023) zeigen auf, dass PA und PFA grundsätzlich Interesse an Höherqualifizierung und Weiterbildung haben. Dennoch herrscht Unsicherheit darüber, ob und unter welchen Umständen eine Weiterqualifizierung gemäß gesetzlicher Bestimmungen möglich ist. Insbesondere die Fragen der Weiterqualifizierung von PA zu PFA und von PFA zu DGKP sind von Unsicherheiten geprägt. Einige PA empfinden die Rahmenbedingungen der Weiterqualifizierung von PA zu PFA als nicht mit ihrer persönlichen Situation oder Berufsbiografie vereinbar. Gleichzeitig ist klar, dass nicht alle PA die Weiterqualifizierung zum PFA anstreben wollen (Kozisnik et al., 2023). Es benötigt mehr DGKP, um sicherstellen zu können, dass die PA und PFA nur in ihrem gesetzlich definierten Kompetenzbereich arbeiten. Dies ist ein Ansatz, der nur schwer erreicht werden kann. Eine weitere Möglichkeit wäre, die gesetzlich definierten Kompetenzen der Assistenzberufe auszuweiten. Dies würde umfassende Aufschulungen und Weiterbildungen mit sich bringen. Beispielsweise

ist die häufigste Kompetenzüberschreitung das Vorbereiten und Anhängen einer Infusion mit und ohne Medikamentenzusatz. Dies würde ein umfassendes pharmakologisches Hintergrundwissen erfordern, das geschult werden müsste.

Ausblick für die Forschung

Die Reduzierung von Kompetenz auf Tätigkeiten im beruflichen Alltag steht den Anforderungen eines zunehmend komplexen Klientels in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen gegenüber. Es gilt kritisch zu hinterfragen und zu evaluieren, ob diese Entwicklung im Hinblick auf Patient*innensicherheit, Versorgungs- und Pflegequalität sowie Effizienz im Sinne von Personaleinsatz und Kosten förderlich ist (Kozisnik et al., 2023). Der beobachtete Trend in Richtung maximaler Delegation bei gleichzeitiger Reduzierung des Anteils an DGKP sollte angesichts der nationalen und internationalen wissenschaftlichen Erkenntnisse kritisch betrachtet werden. Die laufende Diskussion über eine Ausweitung der Kompetenzbereiche der Pflegeassistentzberufe, basierend auf bestimmten Tätigkeiten, verstärkt diese Entwicklung. Es wird kritisiert, dass in Österreich systematisch erhobene Daten fehlen, um Entwicklungen im Hinblick auf die Patient*innenergebnisse zu evaluieren. Darüber hinaus gibt es derzeit keine etablierte standardisierte bundesweite Erhebung von pflegesensitiven Ergebnisparametern zu Qualität und Patient*innensicherheit (Kozisnik et al., 2023). Es sollten Untersuchungen zur Einschätzung der pflegerischen Versorgung in Bezug auf Qualität und Patient*innensicherheit durchgeführt werden, insbesondere in Bezug auf das kompetenzüberschreitende Arbeiten von Pflegeassistentzberufen.

Die Forschung sollte auch untersuchen, wie sich die psychische und körperliche Verfassung sowie Berufszufriedenheit der Pflegepersonen auf die Patient*innensicherheit auswirkt. Die Ergebnisse zeigen die subjektive Bedeutung von Kompetenzüberschreitungen im akutstationären Bereich. Es könnten weitere Forschungsarbeiten zu anderen Settings durchgeführt werden. Darüber hinaus können durch weitere Forschungsarbeiten neben den bekannten Faktoren zur Personalbindung und Steigerung der Berufszufriedenheit weitere Faktoren identifiziert werden, um den Beruf der Pflege nachhaltig zu verbessern.

8 Literaturverzeichnis

Arbeiterkammer (2017). GuKG – Novelle 2016. Wer darf was? Pocketguide zu den Neuerungen in der Pflege. Abgerufen am 03.02.2023 von Arbeiterkammer:

https://stmk.arbeiterkammer.at/beratung/arbeitundrecht/gesundheitsberufe/20190415_Pocket_Guide_Pflege-barrf.pdf

Arbeiterkammer (2022). GuKG – Novelle 2022. Wer darf was? Medizinische Kompetenzen in der Pflege. Pocketguide. Abgerufen am 03.02.2023 von Arbeiterkammer:

https://oeo.arbeiterkammer.at/service/broschuerenundratgeber/arbeitundrecht/Wer_darf_was-.html

Aued, G. K., Bernardino, E., Peres, A. M., Lacerda, M. R., Dallaire, C., & Ribas, E. d. (2016). Clinical competences of nursing assistants: a strategy for people management. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(1), S. 130-137. doi: 10.1590/0034-7167.2016690119i.

Bártlová, S., & Hajduchová, H. (2010). Transfer of competences between physician and nurse. *Journal of nursing and social sciences related to health and illness*, 12(1), S. 20-33. doi: 10.32725/kont.2010.003

Bártlová, S., Chloubová, I., & Treslova, M. (2010). *Vztah sestra - lékař* (1. Ausg.). Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.

Bittner, N. P., & Gravlin, G. (2009). Critical thinking, delegation, and missed care in nursing practice. *Journal of Nursing Administration*, 39(3), S. 142-146. doi: 10.1097/NNA.0b013e31819894b7

Blay, N., & Roche, M. A. (2020). A systematic review of activities undertaken by the unregulated Nursing Assistant. *Journal of Advanced Nursing*, 76(7), S. 1538-1551. doi: 10.1111/jan.14354.

Bloor, M., & Wood, F. (2006). *Keywords in Qualitative Methods: A Vocabulary of Research Concepts*. (1. Ausg.). London: SAGE.

Brater, M. (2016). *Was sind "Kompetenzen" und wieso können sie für Pflegende wichtig sein?* Abgerufen am 15. November 2023 von Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft: <https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/12/PG-3-2016-1.pdf>

Brater, M., & Maurus, A. (1996). *Innen und Außen. Ansichten eines Berufs.* Altenpflege Forum H3.

Brater, M., & Maurus, A. (1999). *Das schlanke Heim. Lean-Management in der stationären Altenpflege.* Hannover: Vincentz.

Bundesgesetzblatt der Republik Österreich. (2016b). *Pflegeassistentenzberufe-Ausbildungsverordnung.* Abgerufen am 10. Juni 2023 von Rechtsinformationssystem des Bundes: https://www.ris.bka.gv.at/BGBLA_2016_II_301

Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich. (2016a). *GuKG-Novelle 2016.* Abgerufen am 20. Juni 2023 von Rechtsinformationssystem des Bundes: https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgbIAuth/BGBLA_2016_I_75/BGBLA_2016_I_75.pdfsig

Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (2020). *Gesundheitsberufe in Österreich.* Wien, Österreich. Abgerufen am 01. Dezember 2022 von https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicatio_nId=489

Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (2022). *Pflegereform.* Abgerufen am 01. Dezember 2022 von <https://www.sozialministerium.at/Themen/Pflege/Pflegereform/Ausbildung-in-der-Pflege.html>

Campbell, A., Layne, D., & Scott, E. (2021). Relational Quality of Registered Nurses and Nursing Assistants: Influence on Patient Safety Culture. *Healthcare*, 9(2), 189. doi: 10.3390/healthcare9020189

- Cartaxo, A., Eberl, I., & Mayer, H. (2022). Die MISSCARE-Austria-Studie-Teil III. Missed Nursing Care auf Allgemeinstationen in österreichischen Krankenhäusern: Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit und auf die Absicht, den Beruf zu verlassen. *HeilberufeScience*, 13, S. 61-78.
- Crevacore, C., Jacob, E., Coventry, L. L., & Duffield, C. (2023). Integrative review: Factors impacting effective delegation practices by registered nurses to assistants in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 3, S. 885-895. doi: 10.1111/jan.15430
- Dahle, R. (2003). Shifting boundaries and negotiations on knowledge: interprofessional conflicts between nurses and nursing assistants in Norway. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 23(4/5), S. 139-158. doi: 10.1108/01443330310790552
- Duden. (2023). *Kompetenz*. Abgerufen am 13. November 2023 von Deutsche Rechtschreibung: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Kompetenz>
- Duden. (2023). *Mehrleistung*. Abgerufen am 10. Februar 2023 von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Mehrleistung>
- Duffield, C., Twigg, D., Pugh, J., Evans, G., Dimitrelis, S., & Roche, M. (2014). The use of unregulated staff: Time for regulation? *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 15(1-2), S. 42-48. doi: 10.1177/1527154414529337
- Duffield, C., Twigg, D., Roche, M., Williams, A., & Wise, S. (2019). Uncovering the Disconnect Between Nursing Workforce Policy Intentions, Implementation, and Outcomes: Lessons Learned From the Addition of a Nursing Assistant Role. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 20(4), S. 228-238. doi: 10.1177/1527154419877571
- Engeser, T., Halbeisen, M., Knežević, N., & Stallecker, J. (2023). *Kompetenzüberschreitungen von Pflegefachassistent*innen im pflegerischen Alltag im klinischen Setting in Wien*. Forschungswerkstatt. Masterstudium Pflegewissenschaft. Wien: Universität Wien.

Europäischer Qualifikationsrahmen. (2008). *Der europäische Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen*. Abgerufen am 14. November 2023 von
Europäische Union: <https://europa.eu/europass/system/files/2020-05/EQF-Archives-DE.pdf>

Faure, E., Herrera, F., Kaddoura, A.-R., Lopes, H., Petrovsky, A. V., Rahnema, M., & Ward, F. C. (1972). *Learning to be: the world of education today and tomorrow* (1. Ausg.). Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO).

Fleury, M. T., & Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. *Revista de Administração Contemporânea*, 5, S. 183-196. doi: 10.1590/S1415-65552001000500010

Gould, D. (1996). Using vignettes to collect data for nursing research studies: how valid are the findings? *Journal of Clinical Nursing*, 5(4), S. 207-212. doi: 10.1111/j.1365-2702.1996.tb00253.x

Griffiths, P., Maruotti, A., Saucedo, A. R., Redfern, O. C., Ball, J. E., Briggs, J., . . . Smith, G. B. (2019). Nurse staffing, nursing assistants and hospital mortality: retrospective longitudinal cohort study. *BMJ Quality & Safety*, 28(8), 609-617. doi: 10.1136/bmjqqs-2018-008043

Henshall, C., Doherty, A., Green, H., Westcott, L., & Aveyard, H. (2018). The role of the assistant practitioner in the clinical setting: a focus group study. *BMC Health Services Research*, 18(695). doi: 10.1186/s12913-018-3506-y

Hroník, F. (2006). *Hodnocení pracovníků*. Prag: Grada Publishing.

Hughes, R. (1998). Considering the Vignette Technique and its Application to a Study of Drug Injecting and HIV Risk and Safer Behaviour. *Sociology of Health and Illness*, 20(3), S. 381-400. doi: 10.1111/1467-9566.00107

Hughes, R., & Huby, M. (2002). The application of vignettes in social and nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 37(4), S. 382-386. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02100.x

International Council of Nurses. (2008). *Nursing Care Continuum Framework and Competencies*. Genf: International Council of Nurses.

Juraszovich, B., & Rappold, E. (2017). *Demenzkompetenz im Spital. Eine Orientierungshilfe*. (G. Österreich, Hrsg.) Abgerufen am 11. November 2023 von Demenzstrategie:
<https://www.demenzstrategie.at/fxdata/demenzstrategie/prod/media/DemenzkompetentesKH-Orientierungshilfe.pdf>

Kessler, I., Heron, P., & Dopson, S. (2012). *The modernization of the nursing workforce: valuing the healthcare assistant* (1. Ausg.). Oxford: Oxford University Press.

Klieme, E., & Hartig, J. (2007). Kompetenzkonzepte in den Sozialwissenschaften und im erziehungswissenschaftlichen Diskurs. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 10, S. 11-29.

Körtner, U. (2017). *Grundkurs Pflegeethik* (3. Ausg.). Wien: Facultas.

Kozisnik, P., Pilwarsch, J., Harold, B., Pleschberger, S., & Holzweber, L. (2023). *Evaluierung der GuKG-Novelle 2016: Deskriptive Sekundärdatenanalyse zur Berufsbildungslandschaft Pflege*. Abgerufen am 20. November 2023 von Gesundheit Österreich GmbH: <https://jasmin.goeg.at/2924/>

Kozisnik, P., Rappold, E., & Pilwarsch, J. (2023). *Evaluierung der GuKG-Novelle 2016*. Abgerufen am 20. November 2023 von Gesundheit Österreich GmbH: <https://jasmin.goeg.at/3063/>

Kroezen, M., Schäfer, W., Sermeus, W., Hansen, J., & Batenburg, R. (2018). Healthcare assistants in EU Member States: An overview. *Health Policy*, 10, S. 1109-1117. doi: 10.1016/j.healthpol.2018.07.004

Kubeš, M., Spillerová, D., & Kurnický, R. (2004). *Manažerské kompetence. Upůsobilosti výjimečných manažerů*. Prag: Grada Publishing.

Kuckartz, U., & Rädiker, S. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (5. Ausg.). Weinheim: Beltz Juventa.

- Kusi-Appiah, E., Dahlke, S., & Stahlke, S. (2018). Nursing care providers' perceptions on their role contributions in patient care: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 27(21-22), S. 3830-3845. doi: 10.1111/jocn.14534
- Lamnek, S., & Krell, C. (2016). *Qualitative Sozialforschung* (6. Ausg.). Weinheim/Basel: Beltz Verlag.
- Lauder, W., & Roxburgh, M. (2006). Are there lessons to be learned by the demise of Enrolled Nurse training in the United Kingdom? *Nurse Education in Practice*, 6(2), S. 61-62. doi: 10.1016/j.nepr.2006.01.003
- Le Boterf, G. (1999). *De la compétence: essai 'sur un attacteur étrange*. Paris: Editions d'Organization.
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais* (3. Ausg.). Porto Alegre: Artmed.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry* (1. Ausg.). Newbury Park: Sage.
- Mason-Whitehead, E. (2008). *Key concepts in nursing* (1. Ausg.). London: SAGE Publications.
- Mayer, H. (2022). *Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung* (6. Ausg.). Wien: Facultas.
- Mayring, P. (2023). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (7. Ausg.). Weinheim: Beltz.
- Mijovic, H., McKnight, J., & English, M. (2016). What does the literature tell us about health workers' experiences of task-shifting projects in sub-Saharan Africa? A systematic, qualitative review. *Journal of Clinical Nursing*, 25(15-16), S. 2083-2100. doi: 10.1111/jocn.13349
- Mikšová, Z., Šamajb, M., Machálková, L., & Ivanová, K. (2014). Fulfilling the competencies of members of a nursing team. *Kontakt*, 16(2), S. 108-118. doi: 10.1016/j.kontakt.2014.02.002

Mládková, L., Jedinák, P., & a kolektiv. (2009). *Management*. Plzen: Aleš Cenek s.r.o.

Nabudere, H., Asiimwe, D., & Mijumbi, R. (2011). Task shifting in maternal and child health care: An evidence brief for Uganda. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 27(2), S. 173-179. doi: 10.1017/S0266462311000055

National Council of State Boards of Nursing. (2016). National guidelines for nursing delegation. *Journal of Nursing Regulation*, 7(1), S. 5-14. doi: 10.1016/S2155-8256(16)31035-3 14

Nursing and Midwifery Board of Australia. (2013). *Scope of nursing practice decision making framework*. Von <https://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/codes-guidelines-statements/frameworks.aspx> abgerufen

Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband. (2011). *Kompetenzmodell für Pflegeberufe in Österreich*. Abgerufen am 12. November 2023 von Gesundheit Österreich GmbH: https://jasmin.goeg.at/209/1/Kompetenzmodell_f%C3%BCr_Pflegeberufe.pdf

Pleschberger, S., & Holzweber, L. (2019). *Evaluierung der GuKG-Novelle 2016*. Abgerufen am 10. März 2023 von Gesundheit Österreich GmbH: Pleschberger, S., & Holzweber, L. (2019). Evaluierung der GuKG- Novelle 2016.https://goeg.at/Evaluation_GuKG-Novelle2016

Pleschberger, S., Kozisnik, P., Bajer, M., & Holzweber, L. (2021). *Case Study zur Evaluation der GuKG-Novelle 2016 im akutstationären Setting. Ergebnisbericht*. Abgerufen am 10. November 2023 von Gesundheit Österreich GmbH: https://goeg.at/Evaluation_GuKG-Novelle2016

Potter, P., Deshields, T., & Kuhrik, M. (2010). Delegation practices between registered nurses and nursing assistive personnel. *Journal of Nursing Management*, 18(2), S. 157-165. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01062.x

Rappold, E., & Juraszovich, B. (2019). Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich. (G. P. Bundesministerium für Soziales, Hrsg.) Wien. Abgerufen am 01. Dezember 2022 von
[https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicatio_nId=722#:~:text=Unter%20Ber%C3%BCcksichtigung%20der%20Daten%20und,125.300%20Vollzeit%C3%A4quivalente\)%20zu%20rechnen%20ist.](https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicatio_nId=722#:~:text=Unter%20Ber%C3%BCcksichtigung%20der%20Daten%20und,125.300%20Vollzeit%C3%A4quivalente)%20zu%20rechnen%20ist.)

Rechtsinformationssystem des Bundes. (2023a). *Pflegeassistenzberufe-Ausbildungsverordnung*. Abgerufen am 25. April 2023 von
<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20009672>

Rechtsinformationssystem des Bundes. (2023b). *Gesundheits- und Krankenpflegegesetz*. Abgerufen am 05. Jänner 2023 von
<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026>

Roche, M., Friedman, S., Duffield, C., Twigg, D., & Cook, R. (2017). A comparison of nursing tasks undertaken by regulated nurses and nursing support workers: A work sampling study. *Journal of Advanced Nursing*, 73(6), S. 1421-1432. doi: 10.1111/jan.13224

Sbírka zákona České republiky. (2004). *Zákon c.96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání zpusobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o zmene některých souvisejících zákonu, v platném znení*. Abgerufen am 10. Juli 2023 von Sbírka zákona České republiky, částka 30:
https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakona/SearchResult.aspx?q=96/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy

Sbírka zákonů České republiky. (2011). *Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*. Abgerufen am 10. Juli 2023 von Sbírka zákonů České republiky, částka 20:
<http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=55/2011&typeLaw=zakon&what=>

Škrla, P., & Škrlová, M. (2008). *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních* (1. Ausg.). Praha: Grada Publishing.

Spojená akreditační komise, o. p. s. (2013). *Akreditacní standardy pro nemocnice platné od 1.1.2014*. Abgerufen am 12. März 2023 von <https://www.sakcr.cz/files/2e6e410b84857cf84cf734275644446f/nemsak-standardy-nemocnice-2014.pdf>

Statistik Austria. (2018). *Statistik Austria Wien*. Von Ausbildungsstatistik: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bildung/schulen/index.html abgerufen

Statistik Austria. (2023). *Ausbildungsstatistik [Sonderauswertung]*. unveröffentlicht. Von Statistik Austria abgerufen

Sumrall, W., & West, L. (1998). Using a vignette technique to compare various groups' beliefs about the future. *Journal of Environmental Education*, 29(4), S. 45-51. doi: 10.1080/00958969809599127

Tardif, J., Fortier, G., & Préfontaine, C. (2006). *L'évaluation des compétences: documenter le parcours de développement*. Montréal: Chenelière éducation.

Twigg, D., Duffield, C., Thompson, P. L., & Rapley, P. (2010). The impact of nurses on patient morbidity and mortality - The need for a policy change in response to the nursing shortage. *Australian Health Review*, 34(3), S. 312-316. doi: 10.1071/AH08668

- Wakefield, A., Spilsbury, K., Atkin, K., McKenna, H., Borglin, G., & Stuttard, L. (2009). Assistant or substitute: Exploring the fit between national policy vision and local practice realities of assistant practitioner job descriptions. *Health Policy*, 90(2-3), S. 286-295. doi: 10.1016/j.healthpol.2008.10.011
- Winter, V., Dietermann, K., Schneider, U., & Schreyögg, J. (2021). Nurse staffing and patient-perceived quality of nursing care: a cross-sectional analysis of survey and administrative data in German hospitals. *BMJ open*, 11(11), S. e051133. doi: 10.1136/bmjopen-2021-051133
- Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 1(1), S. 22. doi: 10.17169/fqs-1.1.1132
- World Health Organisation. (2008). *Task Shifting. Rational redistribution of tasks among health workforce teams. Global Recommendations and Guidelines*. Abgerufen am 12. Februar 2023 von http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43821/9789241596312_eng.pdf?sequence=1

9 Anhang

Zusammenfassung

Einleitung: Im Rahmen der Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes 2016 führte die Regierung die Pflegefachassistenz und die Pflegeassistentin ein. Diese sollen der Entlastung des gehobenen Gesundheits- und Krankenpflegedienstes dienen. Die neu definierten Kompetenzen führen allerdings zu einer nicht ganz klaren Abgrenzung der einzelnen Kompetenzbereiche. Aufgabenverlagerungen beziehungsweise über den Kompetenzbereich hinausgehende Tätigkeiten stehen in der Praxis im Widerspruch zu den geltenden Vorschriften und Zulassungen für Gesundheitsberufe. Die Forschungsarbeit geht der Frage nach, welche Bedeutung über den Kompetenzbereich hinausgehende Tätigkeiten für Pflegefachassistent*innen und Pflegeassistent*innen haben.

Methode: Die Datenerhebung erfolgte mittels Leitfaden-gestützten, problemzentrierten Einzelinterviews mit offenem Charakter. Die Auswertung der Daten fand mittels der Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2022) statt.

Ergebnisse: Alle Pflegeassistent*innen und Pflegefachassistent*innen haben ihre Kompetenzen in der Vergangenheit zumindest einmal überschritten oder tun dies regelmäßig. In der Datenanalyse kristallisierten sich vier Hauptkategorien mit jeweils mehreren Subkategorien heraus, die eine subjektive Bedeutung für die Pflegepersonen haben: Selbstwirksamkeit erleben, Facetten der Teamarbeit erleben, affektive Bedeutsamkeit und Aufrechterhaltung des Systems.

Diskussion: In einigen Fällen handelt es sich um eine Art informelle Praxis und die Pflegepersonen unterscheiden zwischen „kleinen“ und „großen“ Kompetenzüberschreitungen. Die Pflegepersonen schildern unterschiedliche Aspekte als Beweggründe. Die Sicherheit und das Wohl der Patient*innen bleibt immer oberste Priorität.

Schlüsselbegriffe: Pflegefachassistenz, Pflegeassistentin, Aufgabenverlagerung, über den Kompetenzbereich hinausgehende Tätigkeiten, Kompetenzbereich

Abstract

Introduction: As part of the amendment to the Health Care and Nursing Act 2016, the government introduced two Nursing Assistants professions. These are intended to relieve the workload of registered nurses. The newly defined competences lead to a not entirely clear demarcation of the individual areas of competence. Shifts of tasks or activities beyond the scope of competences are in conflict with the current regulations and licences for health professions. The research examines the question of what significance activities beyond the scope of competence have for the two nursing assistants professions.

Method: The data collection was carried out by means of guideline-based, problem-centred individual interviews with an open character. The evaluation of the data took place by means of content analysis according to Kuckartz (2022).

Results: All nursing assistants have exceeded their competences at least once in the past or do so regularly. The data analysis crystallised four main categories, each with several subcategories, which have a subjective meaning for the carers: Experiencing self-efficacy, experiencing facets of teamwork, affective meaningfulness and maintaining the system.

Discussion: In some cases this is a kind of informal practice and the carers distinguished between "small" and "big" transgressions of competence. The nurses describe different aspects as motivations. The safety and well-being of the patient always remains the top priority.

Keywords: nursing assistant, nursing assistance, shifting of tasks, activities beyond the scope of competence, scope of competence

Studieninformation zur Teilnahme an einem Interview

Sehr geehrte Damen und Herren,
vielen Dank für Ihre Bereitschaft, an einem Einzelinterview im Rahmen einer Masterarbeit zum Thema „Über den Kompetenzbereich hinausgehende Mehrleistungen von Pflegefachassistent*innen und Pflegeassistent*innen“ teilzunehmen.

Was ist das Ziel dieses Forschungsprojektes?

Im Rahmen der Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes 2016 wurden die Pflegefachassistenz und die Pflegeassistenz eingeführt. Diese sollen der Entlastung des Gehobenen Gesundheits- und Krankenpflegedienstes dienen. Die neu definierten Kompetenzen führen zu einer nicht ganz klaren Abgrenzung der Kompetenzbereiche. Es sollen über den Kompetenzbereich hinausgehende Mehrleistungen der beiden Berufsgruppen behandelt werden, das heißt, wenn zusätzliche Kompetenzen durchgeführt werden, als in der Ausbildung erworben. Es soll aufgezeigt werden, in welchen Situationen solche Mehrleistungen des eigenen Kompetenzbereichs auftreten und welche Bedeutung diese für die Pflegefachassistent*innen und Pflegeassistent*innen haben.

Wie erfolgt die Datenerhebung?

Es wird ein Einzelinterview geführt. Das Interview findet entweder an einem mit Ihnen vereinbarten Ort oder mittels eines gängigen Videokonferenztools statt. Die Dauer des Interviews wird voraussichtlich 30 Minuten dauern mit der Option auf Verlängerung, wenn Bedarf besteht. Im Mittelpunkt stehen zwei Fallbeispiele und einige Fragen, die Sie zum Erzählen vom Pflegealltag animieren sollen. Der Fokus dabei wird auf das Erleben gewisser Situationen und den Umgang beim Ausführen von Tätigkeiten, die über den Kompetenzbereich hinaus gehen, gelegt. Die

Teilnahme ist freiwillig und Sie können zu jedem Zeitpunkt ohne Angaben von Gründen Ihre Teilnahme beenden.

Wofür wird das Interview verwendet?

Das Interview wird mittels Tonaufnahme aufgezeichnet und anschließend verschriftlicht. Während der Verschriftlichung werden personen- und ortsbzogene Daten pseudonymisiert, das bedeutet, dass keine Rückschlüsse auf Sie oder Ihre Arbeitsstelle gezogen werden können. Die Daten werden streng vertraulich behandelt. Die Tonaufnahmen werden nach dem Verschriftlichen der Daten vernichtet. Alle Daten der Interviews werden ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet.

Welchen Nutzen hat die Studie?

Mit Ihren Erzählungen tragen Sie dazu bei, ein besseres Verständnis der Rollen der verschiedenen Berufsgruppen und der Abgrenzung deren Kompetenzbereiche in der Praxis zu erlangen.

Welche Risiken sind mit der Studie verbunden?

Da keine Rückschlüsse gezogen werden können, müssen Sie sich keine Sorgen machen, dass die Teilnahme negative Auswirkungen auf Ihr Berufsleben hat. Unter Umständen könnte die Reflexion emotional aufwühlend sein. Sollten Sie nach dem Interview noch Fragen oder Anliegen haben, melden Sie sich bitte.

Kontakt

Bei noch offenen Fragen stehe ich Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Janine Stallecker

E-Mail: janine.st@gmx.at

Einverständniserklärung zur Teilnahme an einem Interview

Zum Thema „Über den Kompetenzbereich hinausgehende Mehrleistungen von Pflegefachassistent*innen und Pflegeassistent*innen“

Name der teilnehmenden Person:

Ich wurde vollständig über diese Forschungsprojekt informiert und habe das Informationsschreiben gelesen und verstanden. Ich wurde über den möglichen Nutzen und Risikos dieses Forschungsprojektes aufgeklärt. Ich hatte ausreichend Zeit, Fragen zu stellen und ich weiß, dass die Teilnahme an diesem Projekt freiwillig ist. Ich kann meine Einverständniserklärung jederzeit widerrufen.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Interview aufgezeichnet wird und die pseudonymisierten Daten zu wissenschaftlichen Zwecken weiterverwendet werden.

Hiermit erkläre ich meine freiwillige Teilnahme an diesem Forschungsprojekt.

Datum und Unterschrift Teilnehmer*in:

Herzlichen Dank für die Mitarbeit!

Janine Stallecker

Interviewleitfaden

1. Begrüßung/kurzes Kennenlernen
2. Einverständniserklärung einholen/Informed Consent besprechen
3. Pseudonymisierung betonen
4. Intention und Ablauf erklären
 - a. Dank für die Teilnahme aussprechen

„Ich bedanke mich für Deine Teilnahme an meinem Projekt und für Deine Zeit, um Deine Gedanken und Erfahrungen mit mir zu teilen“
 - b. Falls notwendig und nicht schon in der Kennlernphase erwähnt eine offizielle Vorstellung der Interviewerin und des Forschungsprojekts

„Mein Name ist Janine Stallecker und ich studiere derzeit den Master in Pflegewissenschaft. In meiner Masterarbeit möchte ich die Wahrnehmung der Kompetenzbereiche von Pflegefachassistent*innen und Pflegeassistent*innen im klinischen Setting erheben.“
 - c. Dauer des Interviews: ca. 30 Minuten mit Option auf Verlängerung bei Bedarf
 - d. Störfaktoren vermeiden
5. Tonband/Aufnahme

Erlaubnis einholen, dass das Interview aufgezeichnet wird; darauf hinweisen, dass die Aufnahme nicht an Dritte weitergegeben wird und zur Transkribierung der Daten verwendet wird.

Start

Einstiegsphase

Einstiegsfrage: „Kannst Du mir etwas über Deinen beruflichen Werdegang und deine derzeitige Arbeitssituation erzählen?“

„Welche Ausbildung hast du (PA/PFA) und auf welchem Weg hast du sie erlangt?“

„Wie alt bist du?“ und Geschlecht

„Wie lange bist du schon im Pflegeberuf tätig?“

„In welchem Bereich arbeitest du zurzeit?“

„Stell dir einen gewöhnlichen Arbeitstag vor. Welche pflegerischen Tätigkeiten führst du von Beginn bis Ende des Dienstes durch?“

Vorab klären: wird die GuK-Novelle von 2022 bereits im Haus umgesetzt?

Fallbeispiel 1: Infusion vorbereiten und anhängen

Du bist im Tagdienst mit einer DGKP und einer PA für die ganze Station eingeteilt, da eine DGKP krank wurde und von den anderen Stationen konnte keine Vertretung kommen. Es ist ein stressiger und chaotischer Tag. Nach der Visite ist einiges auszuarbeiten. Die DGKP hat mit einem instabilen Patienten zu tun und du merkst, sie kommt der Arbeit nicht hinterher und möchtest ihr helfen. Nach der Visite wurden einige Infusionen verändert/neu angesetzt, die eigentlich schon verabreicht werden sollten. Es sind ein paar NaCl-Infusionen mit Zugabe von Schmerzmittel und zwei Antibiotika vorzubereiten und anzuhängen. Du überlegst, die Infusionen vorzubereiten, zu spiegeln und anzuhängen, damit du der DGKP unter die Arme greifst. Die Kollegin sagt „Ja, könntest du das machen? Du weißt eh, wie das geht, gell? Das wäre super von dir, danke!“ Du weißt, dass das eigentlich nicht deine Aufgabe ist, du hast aber schon 1000-Mal zugesehen und weißt, wie es geht. Was machst du?

Fallbeispiel 2: Pflegeplanung

Du bist im Tagdienst mit einer DGKP für die halbe Station eingeteilt. Es ist ein stressiger Tag. Ihr seid mit der Morgenrunde fertig und dokumentiert die Pflegemaßnahmen. Zurzeit ist die Station voll und es sind mehrere hochbetagte und pflegerisch aufwendige Patienten auf der Station, wodurch ihr bei der Morgenrunde sehr lange gebraucht habt. Bei zwei Patienten müssen die Pflegeplanungen evaluiert und überarbeitet werden. Die DGKP muss jetzt auf Visite mitgehen, sie bittet dich, ob du das noch machen kannst, bevor das Mittagessen kommt. Du bist etwas erstaunt, dass die DGKP dich darum bittet, da dies nicht in deinen Kompetenzbereich fällt. Du weißt, wie man Pflegeplanungen evaluiert und überarbeitet, du hast es aber noch nie gemacht. Allerdings freust du dich über das Vertrauen der Kollegin in dich. Du bist dir unsicher, ob du es tun solltest. Wie reagierst du?

Evtl Nachfragen bei den Vignetten (kommen später ähnlich wieder):

„Wie schätzt du diese Situation ein?“

„Wie reagierst/würdest du darauf reagieren?“

„Was löst das in dir aus?“

„Welche Gefühle kommen hoch?“ (neutral, negativ: wütend, traurig, frustriert; positiv: Freude, Erfolgserlebnis, Lernzuwachs)

„Wie würdest du diese Situation/Gefühle bewerten? Positiv, neutral, negativ? und warum?“

2. Teil Fragen

Situationen

„Kommen solche Situationen wie in den Fallbeispielen in deinem Pflegealltag vor?“ = „Gibt es Situationen, in denen du eine Tätigkeit durchgeführt hast, die über die Ausbildung hinausgehen?“ Beschreibe bitte so eine Situation!

- Wie geht es dir in solchen Situationen?“
- „Wie häufig kommen solche Situationen vor?“
- „Werden dir gezielte Tätigkeiten delegiert? Wenn Ja, von wem?“
 - „Werden dir Tätigkeiten delegiert, die du eigentlich nicht ausführen darfst?“
 - „Gibt es dabei Unstimmigkeiten über die Abgrenzung des Kompetenzbereiches?“
- „Welche Emotionen lösen solche Situationen in dir aus?“
- „Gibt es Tätigkeiten, bei denen du dich unsicher/unwohl fühlst?“
- „Gibt es Tätigkeiten, bei denen du dich freust/besser fühlst?“
- „Wann ist es zu viel?“ – Nein sagen

„Welche Tätigkeiten führst du durch, die über die Ausbildung hinaus gehen?“

(Infusionen vorbereiten, anhängen; Pflegeplanung, Drainagen, Wundversorgung, Katheter setzen beim Man, etc...)

„Aus welchen Gründen übernimmst du diese Tätigkeiten?“

--- mit Nachfrageoptionen:

- Ist dir das Patient*innenwohl ein besonderes Anliegen?
- Ist es aus deiner Sicht notwendig, um das System zu erhalten?
- Führt das auch zB zu mehr Zufriedenheit, weil du ein breiteres Arbeitsspektrum hast?

Wertschätzung/ Team

- „Wie fühlst du dich in deinem Berufsalltag wertgeschätzt? (Auch in Bezug auf Mehrleistungen)“
- „Wie empfindest du die Dynamik und Rolle in deinem Team?“
- „Werden Situationen, die du mir vorhin beschrieben hast, im Team besprochen? Wenn ja, wie?“ Hat es Konsequenzen?“
- „Gibt es Kolleg*innen, die in ähnlichen Situationen waren? Findet hier ein Austausch statt? Wenn ja, wie?“

Abschlussfragen:

„Hast du jemals überlegt, den Beruf zu wechseln?“

„Hast du überlegt, eine Ausbildung zur DGKP zu machen?“ Wenn ja, warum?

„Soweit bin ich mit den Fragen fertig. Liegt dir noch etwas auf dem Herzen, das du mir erzählen möchtest?“