



universität  
wien

# DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten in der  
Gesundheits- und Krankenpflege  
Eine empirische Erhebung zu Tätigkeiten,  
die Pflegepersonen gleichzeitig durchführen

Verfasserin

Claudia Hermetinger

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag.<sup>a</sup> phil.)

Wien, Dezember 2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft

Betreuerin:

Univ. Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer



## DANKSAGUNG

---

Mein Dank gilt an dieser Stelle Frau Univ. Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer für die Betreuung meiner Diplomarbeit und für das Wecken meines Interesses an der Pflegeforschung.

Ein großes Dankeschön geht nach München. Allen voran soll Frau Inge Eberl, MScN, genannt werden: ohne die Ausschreibung des Themengebiets, die warmherzige Aufnahme am Klinikum, die fachkundige Unterstützung im Forschungsprozess und die fortwährende Hilfe würde die Diplomarbeit nicht in dieser Form vorliegen. Der Pflegedirektion des Universitätsklinikums und der Pflegebereichsleitung der Medizinischen Klinik wird für den Feldzugang gedankt und den MitarbeiterInnen der Projektstationen für die Teilnahme an der Studie.

Ich danke meinen KorrekturleserInnen Andrea, Dani, Marita und Tom für ihre Hilfe. Darüber hinaus danke ich ihnen und all meinen FreundInnen für die Begleitung, die motivierenden Worte und die Ablenkungen zwischendurch.

Ein besonderer Dank gilt Peter für die schöne gemeinsame Studienzeit, seine Geduld und Ruhe, die er mir während der letzten Monate entgegengebracht hat und seinen stetigen Rückhalt.

Aus ganzem Herzen möchte ich meinen Eltern und meiner Schwester danken, die mich immerfort unterstützen und mir jederzeit zur Seite stehen und mich bestärken. Danke.



## INHALTSVERZEICHNIS

---

<b>EINLEITUNG</b> .....	9
<b>I. THEORETISCHER HINTERGRUND</b> .....	11
<b>1. HISTORISCHE ENTWICKLUNG DER PFLEGE</b> .....	11
<b>1.1. Ursprünge der Krankenpflege in Europa</b> .....	11
<b>1.2. Entwicklungen in der Krankenpflege</b> .....	12
1.2.1. Geistliche und weltliche Krankenpflege in Österreich .....	12
1.2.2. Die bürgerliche Frauenrolle und die Mutterrolle in der Krankenpflege in Deutschland und Österreich .....	13
1.2.3. Die Entstehung des Berufs der Krankenpflege .....	14
1.2.4. Die Akademisierung der Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich .....	15
1.2.5. Der Professionalisierungsprozess in der Gesundheits- und Krankenpflege .....	17
<b>2. TÄTIGKEITSBEREICHE IN DER GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGE</b> .....	19
<b>2.1. Begriffsbestimmung</b> .....	19
<b>2.2. Gliederung von Pflegemaßnahmen</b> .....	19
<b>2.3. Gesetzliche Regelung von Pflegetätigkeiten</b> .....	20
2.3.1. Gesetzeslage in Deutschland .....	20
2.3.2. Gesetzeslage in Österreich .....	21
2.3.2.1. <i>Eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich</i> .....	21
2.3.2.2. <i>Mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich</i> .....	22
2.3.2.3. <i>Interdisziplinärer Tätigkeitsbereich</i> .....	23
<b>2.4. Inhalt der Pflegemaßnahmen</b> .....	24
<b>2.5. Klassifikationen, die Pflegeinterventionen beinhalten</b> .....	24
2.5.1. Nursing Intervention Classification (NIC) .....	24
2.5.2. International Classification for Nursing Practice (ICNP) .....	26
<b>2.6. Ansätze im Zusammenhang mit pflegerischen Tätigkeiten</b> .....	27
2.6.1. Gesamter Aufgabenbereich der Pflege .....	27
2.6.2. Direkte und indirekte Pflegetätigkeit .....	27
2.6.3. Berufseigener und beruufsremder Tätigkeitsbereich .....	28
2.6.4. Patientenferne und patientenfremde Tätigkeiten .....	30
2.6.5. Kritische Anmerkungen und Ableitungen für das eigene empirische Vorhaben .....	30
<b>2.7. Unterbrechungen von Pflegetätigkeiten</b> .....	31
<b>2.8. Doppel und Mehrfach Tätigkeiten/ Multitasking in der Pflege</b> .....	32
<b>3. LEISTUNGEN IN DER GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGE</b> .....	33
<b>3.1. Begriffsbestimmung</b> .....	33
<b>3.2. Notwendigkeit pflegerischer Leistungserfassung</b> .....	34
<b>3.3. Benennung, Bestimmung, Erhebung und Wahrnehmung von         Pflegeleistung</b> .....	35
<b>3.4. Möglichkeiten der Erfassung von Pflegeleistung</b> .....	37
<b>3.5. Instrumente zur Pflegeleistungserfassung</b> .....	38
3.5.1. Pflegepersonalregelung (PPR) .....	39
3.5.1.1. <i>Anwendung der PPR</i> .....	39
3.5.1.2. <i>Allgemeine Darstellung der PPR</i> .....	39

3.5.1.3. <i>Die Leistungsbündel der PPR</i> .....	39
3.5.2. Leistungserfassung in der Pflege (LEP) .....	41
3.5.2.1. <i>Entwicklung und Anwendung von LEP</i> .....	41
3.5.2.2. <i>Allgemeine Darstellung von LEP</i> .....	41
3.5.2.3. <i>Gliederung von LEP</i> .....	42
3.5.3. Diagnosebezogene Tätigkeitsanalyse (DTA).....	43
3.5.4. Bewertung der drei Pflegeleistungserfassungsinstrumente.....	43
<b>4. KRANKENHAUSFINANZIERUNGSSYSTEME IN DEUTSCHLAND UND ÖSTERREICH</b> .....	<b>43</b>
<b>4.1. Finanzierungssituation in Deutschland</b> .....	<b>44</b>
4.1.1. Entstehungsgeschichte der DRGs.....	44
4.1.2. Beschreibung der DRGs.....	44
4.1.3. DRGs und Gesundheits- und Krankenpflege.....	46
4.1.3.1. <i>Bedenken aus pflegewissenschaftlicher Sicht</i> .....	46
4.1.3.2. <i>Möglichkeiten der Abbildung von Pflege im DRG-System</i> .....	49
4.1.3.3. <i>Neueste Entwicklungen der Pflegeabbildung im DRG-System</i> .....	51
<b>4.2. Finanzierungssituation in Österreich</b> .....	<b>52</b>
<b>II. EMPIRISCHER TEIL</b> .....	<b>55</b>
<b>1. FORSCHUNGSFRAGEN</b> .....	<b>55</b>
<b>2. BEGRIFFSBESTIMMUNG</b> .....	<b>55</b>
<b>3. METHODISCHES VORGEHEN</b> .....	<b>56</b>
<b>3.1. Forschungsdesign</b> .....	<b>56</b>
<b>3.2. Kontaktaufnahme</b> .....	<b>56</b>
<b>3.3. Beobachtung</b> .....	<b>57</b>
<b>3.4. Dokumentenanalyse</b> .....	<b>58</b>
<b>3.5. Setting/ Beobachtungsfeld</b> .....	<b>58</b>
<b>3.6. Pflegedokumentation im Setting</b> .....	<b>58</b>
<b>3.7. Stichprobe</b> .....	<b>59</b>
<b>3.8. Beobachtungssequenzen</b> .....	<b>59</b>
<b>3.9. Ethische Überlegungen</b> .....	<b>60</b>
<b>3.10. Hospitationen</b> .....	<b>60</b>
<b>3.11. Die Instrumente zur Datenerhebung</b> .....	<b>61</b>
<b>3.12. Pretest</b> .....	<b>63</b>
3.12.1. Pretestfragen .....	63
3.12.2. Durchführung der Pretests.....	63
3.12.3. Ergebnisse der Pretests und die vorgenommenen Veränderungen .....	64
<b>3.13. Gütekriterien</b> .....	<b>67</b>
<b>3.14. Datenerhebung</b> .....	<b>68</b>
<b>3.15. Datenanalyse</b> .....	<b>68</b>
<b>4. ERGEBNISSE</b> .....	<b>68</b>
<b>4.1. Darstellung der allgemeinen Daten</b> .....	<b>69</b>
4.1.1. Beobachtungssequenzen .....	69
4.1.2. Stichprobe .....	70
4.1.3. Beobachtungszeit .....	71
4.1.4. Zu betreuende PatientInnen .....	72
4.1.5. Zu betreuende Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen.....	74
<b>4.2. Darstellung der Doppeltätigkeiten</b> .....	<b>74</b>

4.2.1. Nennung aller beobachteten Doppeltätigkeiten .....	74
4.2.2. Häufigkeit des Auftretens von Doppeltätigkeiten .....	81
4.2.3. Haupttätigkeiten, die am häufigsten vorgekommen sind .....	83
4.2.4. Zusatztätigkeiten, die am häufigsten vorgekommen sind .....	84
4.2.5. Doppeltätigkeiten nach Haupttätigkeit und Bereich .....	84
4.2.6. Doppeltätigkeiten nach Zusatztätigkeit und Bereich .....	85
4.2.7. Doppeltätigkeiten nach Haupttätigkeit, Bereich, Beobachtungsphase und Station.....	87
4.2.8. Haupt- und Zusatztätigkeiten nach Bereich .....	88
<b>4.3. Darstellung der Einzeltätigkeiten aus denen sich die Doppeltätigkeiten zusammensetzen nach Bereich.....</b>	<b>88</b>
<b>4.4. Darstellung der Mehrfachstätigkeiten.....</b>	<b>89</b>
4.4.1. Nennung aller beobachteten Mehrfachstätigkeiten .....	89
4.4.2. Haupt- und Zusatztätigkeiten der Mehrfachstätigkeiten nach Bereich.....	90
4.4.3. Mehrfachstätigkeiten nach Haupttätigkeit, Bereich, Beobachtungsphase und Station.....	90
4.4.4. Mehrfachstätigkeiten nach Haupttätigkeit und Zusatztätigkeit 1 und 2.....	91
<b>4.5. Gesamtdarstellung der Doppel- und Mehrfachstätigkeiten .....</b>	<b>91</b>
4.5.1. Doppel- und Mehrfachstätigkeiten nach Haupttätigkeit, Bereich und Pflegerperson.....	91
4.5.2. Doppel- und Mehrfachstätigkeiten in Verbindung mit PatientInnen- betreuung.....	97
4.5.3. Doppel- und Mehrfachstätigkeiten in Verbindung mit SchülerInnen- betreuung.....	98
<b>4.6. Darstellung der Dokumentenanalyse.....</b>	<b>100</b>
<b>5. DISKUSSION .....</b>	<b>102</b>
<b>6. REFLEXION DER ERFAHRUNGEN IM FELD .....</b>	<b>112</b>
<b>7. PRAKTISCHE RELEVANZ UND ÜBERTRAGBARKEIT AUF DIE GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGE IN ÖSTERREICH .....</b>	<b>113</b>
<b>8. LIMITATIONEN DER STUDIE UND EMPFEHLUNGEN FÜR WEITERES VORGEHEN .....</b>	<b>115</b>
<b>III. ZUSAMMENFASSUNG .....</b>	<b>119</b>
<b>IV. LITERATURVERZEICHNIS.....</b>	<b>121</b>
<b>V. ABBILDUNGS-, TABELLEN- UND ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS .....</b>	<b>129</b>
1. ABBILDUNGEN.....	129
2. TABELLEN .....	129
3. ABKÜRZUNGEN .....	130
<b>VI. ANHANG.....</b>	<b>133</b>
1. VERSTÄNDIGUNG DES PERSONALRATS .....	133
2. ANTWORTSCHREIBEN DES PERSONALRATS .....	134
3. BEOBACHTUNGSTRUMENT .....	135
4. DOKUMENTENANALYSETRUMENT .....	136
5. ITEMENTWICKLUNG .....	137
6. EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG .....	141
7. LEBENS LAUF .....	143
<b>VII. ABSTRACT.....</b>	<b>145</b>
<b>VIII. ABSTRACT (ENGLISH) .....</b>	<b>147</b>





## **EINLEITUNG**

---

Im Zusammenhang mit der Einführung der *German Diagnosis Related Groups (G-DRGs)* - ein neues Entgeltsystems für die Leistungen in deutschen Akutkliniken – im Jahr 2004, wurde im Zuge eines Forschungsprojekts von Hausner et al. (2005) in der Zeitspanne von 2003 bis 2005 eine Longitudinalstudie durchgeführt, um aufzuzeigen welche Auswirkungen die Implementierung des neuen Finanzierungssystems auf die Pflege hat. Die ForscherInnen wollten mit Hilfe der Studie auf die Problematik der fehlenden Abbildung von Pflege im DRG-System hinweisen und auf die Bedenken, dass aufgrund des neuen Systems die pflegerische Aufgabenstruktur einer Veränderung unterliegen könne, aufmerksam machen. Mittels Multimomentaufnahme (MMA) wurde beobachtet, dass es im zeitlichen Verlauf von drei Jahren zu Veränderungen der pflegerischen Tätigkeit kam. „Technisch bedingt, kann das Instrument der MMA bei der Pflegenden immer nur eine Tätigkeit zu einem Zeitpunkt erheben. Wenn mehrere Pflegemaßnahmen gleichzeitig durchgeführt wurden, wurde die handlungsleitende Tätigkeit festgehalten“ (Hausner et al., 2005, S. 126).

Während den Beobachtungen wurde von den ForscherInnen erkannt, dass es mehrere Handlungen gab, die von einer Pflegeperson gleichzeitig erledigt wurden. Diese konnten aber, wie bereits vorab angeführt, mit der Methode der MMA nicht erfasst werden. In der Praxis weisen Pflegende oftmals kritisch darauf hin und klagen darüber, dass die Zeitressourcen in der Pflege knapp sind und viele Dinge gleichzeitig zu vollziehen seien bzw. an vieles gleichzeitig zu denken sei.

Die vorliegende Diplomarbeit knüpft an diese Problematik an und befasst sich mit genau diesem Themengebiet. Im Mittelpunkt des Forschungsinteresses liegt die Erfassung von Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten in der Pflege, also die gleichzeitige Durchführung von zwei oder mehr Aktivitäten.

Es soll aufgezeigt werden, inwiefern Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten den pflegerischen Alltag bestimmen. Handelt es sich dabei um eine Randerscheinung oder um ein Phänomen, das eine große Rolle spielt? Demnach soll dargelegt werden, ob Pflegepersonen tatsächlich viele Tätigkeiten zur gleichen Zeit ausführen oder ob dies vielmehr eine subjektive Auffassung von Pflegenden darstellt.

Ziel der Diplomarbeit ist es herauszufinden, welche Aktivitäten gleichzeitig vorkommen und ob es Tätigkeiten gibt, die vermehrt in Kombination auftreten. Darüber hinaus wird erkundet in welchem Ausmaß bzw. wie häufig Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten durchgeführt werden. Des Weiteren wird analysiert, ob in der Pflegedokumentation die gleichzeitig durchgeführten Pflegeaktivitäten erfasst werden.

Englischsprachiger Literatur (Kalisch & Aebersold, 2010) kann entnommen werden, dass *Multitasking* in der Pflege ein Thema ist. Forschungsarbeiten dazu liegen jedoch sehr wenige vor. Richtet man den Blick auf Deutschsprachiges, so zeigt sich, dass in diesem Bereich keine Quellen vorhanden sind, was darauf schließen lässt, dass bisher weder in Österreich, Deutschland noch in der Schweiz dazu geforscht wurde. Es stellt daher eine Notwendigkeit dar, dieses Gebiet explorativ zu untersuchen. Mittels Beobachtungen und Dokumentenanalyse wird im Rahmen einer deskriptiven Querschnittstudie, die während eines Forschungspraktikums an einer Universitätsklinik in Deutschland durchgeführt wurde, das Themenfeld erkundet.

Die Studie soll unter anderem dazu beitragen, das Forschungsgebiet der Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten im deutschsprachigen Raum zu eröffnen, einen weiteren Teilaspekt von Pflege im Zusammenhang mit den beruflich Tätigen zu erkunden und dazu erste grundlegende Erkenntnisse zu gewinnen. Das im empirischen Vorgehen generierte Wissen soll den Pflegenden aufzeigen ob und wenn ja, inwiefern diese Thematik den pflegerischen Alltag betrifft und prägt. Die Ergebnisse werden einer Diskussion unterzogen und daraus Empfehlungen für die Pflegepraxis abgeleitet.

# **I. THEORETISCHER HINTERGRUND**

---

Zu Beginn liegt das Augenmerk auf der historischen Entwicklung der Pflege. Es wird aufgezeigt, wie sich Pflege von einer aufopferungsvollen weiblichen Liebestätigkeit zu einer beruflichen Kompetenzausübung entwickelt hat. Es folgt die Beschäftigung mit den Tätigkeitsbereichen in der Gesundheits- und Krankenpflege. Diverse Zugänge zu diesem Themengebiet werden aufgezeigt. Des Weiteren wird auf pflegerische Leistung eingegangen. Die Notwendigkeit von Pflegeleistungserfassung, verschiedene Möglichkeiten der Erfassung von Pflegeleistung und konkrete Instrumente dazu werden besprochen. Zu guter Letzt schließt die theoretische Abhandlung mit der Thematik der Krankenhausfinanzierung in Deutschland und Österreich ab. Schwerpunkt liegt auf der Abbildung von Pflegeleistung im Finanzierungssystem.

## **1. HISTORISCHE ENTWICKLUNG DER PFLEGE**

In diesem Kapitel wird der Blick in Ausschnitten auf die historische Entwicklung der Pflege, mit besonderer Berücksichtigung von Teilaspekten der Entwicklungen in Österreich und Deutschland gerichtet. Der Bogen wird gespannt von der christlich geprägten Pflege, über den weiblichen/mütterlichen Liebedienst hin zur Berufsausübung, der vermehrten Akademisierung des Berufs und dem Professionalisierungsprozess. „Waren ursprünglich die Kirchen mit [...] [den pflegerischen] Aufgaben betraut, so kristallisierte sich mit der Zeit ein Expertentum heraus“, so Kühne-Ponesch (2004, S. 27), deren Zitat dieses Kapitel leitet.

### **1.1. Ursprünge der Krankenpflege in Europa**

Kulturell und gesellschaftlich entspringt die Pflege als praktische Tätigkeit in Europa der „griechisch-römischen Tradition der ‚Humanitas‘ und der jüdisch-christlichen Tradition der ‚Caritas‘. Grundwerte in der Tradition der Caritas sind: Solidarität mit den Kranken, Hungernden, Obdachlosen und Hoffnungslosen. Grundwerte in der Tradition der ‚Humanitas‘ sind der Respekt vor der Würde des Menschen sowie das Recht auf Freiheit von Schmerzen und Leiden“ (Evers, 2001, S. 9).

Das verpflichtende Gebot der Barmherzigkeit ist der Ursprung der christlich geprägten Krankenpflege (Seidler & Leven, 2003). „[D]ie Nachahmung von Gottes Barmherzigkeit und Gerechtigkeit gegenüber den Bedürftigen, wie sie im Lebensschicksal Christi dargestellt war, in frühchristlicher Zeit die stärkste Motivation gläubiger Christen zur Pflege ihrer leidenden

Kranken“ (Käppeli, 2004, S. 283). Seidler und Leven (2003, S. 75) geben darüber hinaus an, dass „der Dienst am hilflosen Nächsten mit dem Dienst an Gott gleichgesetzt wurde. Die christliche Caritas ist seit den Worten der Heiligen Schrift eine nicht auflösbare Einheit der Gottes- und der Nächstenliebe“. Pflege in diesem Kontext war jedoch nicht von Uneigennützigkeit gekennzeichnet, da damals davon ausgegangen wurde, dass über gelebte Barmherzigkeit ein besseres Leben nach dem Tod bevorstehe (Dorffner, 2001).

## **1.2. Entwicklungen in der Krankenpflege**

Die Krankenpflege im deutschsprachigen Raum ist von verschiedenen Entwicklungen geprägt. Einerseits war sowohl weltliche als auch geistliche Pflege vorherrschend (Sailer, 2003). Andererseits lagen verschiedene Ursprünge der sozialen Herkunft von Personen, die Pflege ausübten, vor. In Deutschland war beispielsweise das Bild einer Krankenschwester im 19. Jahrhundert sehr stark vom bürgerlichen Frauenideal geprägt, in Österreich hingegen war das Bürgertum in diesem Feld wenig vorherrschend (Walter, 2000).

### **1.2.1. Geistliche und weltliche Krankenpflege in Österreich**

Im heutigen Österreich waren Ende des 18. Jahrhunderts zu Gründungszeiten des Wiener Allgemeinen Krankenhauses die Ordensleute - hauptsächlich Barmherzige Brüder und Elisabethinen - in ihrer Zahl nicht bedeutend (Walter, 2006). Diese Tatsache resultiert daraus, dass ab dem Zeitpunkt der Eröffnung des Wiener Allgemeinen Krankenhauses (1784) in Österreich erstmals eine große Anzahl an Pflegepersonen in öffentlichen Krankenhäusern erforderlich war. Wurde von „Wärtern“ und „Wärterinnen“ gesprochen, so waren weltliche Pflegepersonen gemeint (Walter, 2004). Die sogenannte „Wartung“ wurde als Tätigkeit angesehen, die von Menschen durchgeführt werden konnte, die aus unterbürgerlichen Schichten und unteren Bildungsschichten kamen (Panke-Kochinke, 2003, S. 25). Demnach stammten WärterInnen ursprünglich aus dem Arbeiterstand. Theoretisch ausgebildet wurden sie nicht, was heißt, dass sie ihre Tätigkeiten durch Anlernen verinnerlichten (Walter, 2006). WärterInnen waren für Dienstbotenaufgaben, Reinigungsarbeiten und Tätigkeiten, die Pflege ausmachten, zuständig. Zu den Tätigkeiten, die Pflege bis in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts bestimmten, gehörten laut Walter (2004), die sich auf Beschreibungen von Tätigkeiten bei Helm (1856) und Haidinger (1844) bezieht, das Stillen der Grundbedürfnisse der Kranken, die Durchführung ärztlicher Verordnungen, die Krankenbeobachtung und teilweise auch die Berücksichtigung psychischer Bedürfnisse.

Auch die erste Hälfte des 19. Jahrhunderts war von weltlichem Pflegepersonal geprägt. Fast fünfmal so viele Pflegenden dieses Bereichs waren beschäftigt. Anfang des 20. Jahrhunderts

kam es zu einschlägigen Veränderungen, die damit einhergingen, dass es 1905 mehr geistliches als weltliches Pflegepersonal gab (Walter, 2004). „Die genannten Veränderungen gingen in mehreren Schüben vor sich und hingen stark mit der gerade herrschenden politischen Richtung zusammen. Konservative Kreise förderten die Pflege durch Ordensfrauen, liberale suchten sie wieder zu reduzieren“ (Walter, 2004, S. 28).

Aufgrund dieser variierenden Vorherrschaft von Ordenspflege und weltlicher Pflege kam ab Mitte des 19. Jahrhunderts ein Konkurrenzdenken auf, was für die weltliche Pflege und die berufliche Entwicklung der Pflege von Nachteil war. Im Allgemeinen war die Grundeinstellung, dass man für Lohn nicht gut pflegen könne, vorherrschend. Selbstlosigkeit und Nächstenliebe wurden als Eigenschaften angesehen, die Pflege ausmachten. Eine Abqualifizierung der beruflichen Pflege und somit die fehlende Existenzberechtigung des Pflegeberufs waren stark präsent (Walter, 2004). Aufgrund dieser Ideologie war es von besonderer Schwierigkeit, Gehaltsforderungen durchzusetzen. Mittels Streikaktionen wurde um die Anerkennung der Pflege als Beruf gekämpft und dem Diktum der karitativen Tätigkeit entgegengewirkt (Dorffner, 2001).

### **1.2.2. Die bürgerliche Frauenrolle und die Mutterrolle in der Krankenpflege in Deutschland und Österreich**

Die Krankenpflege in Deutschland war stark beeinflusst von der Vorstellung der bürgerlichen Frau des 19. Jahrhunderts. Aufgrund der starken Präsenz des Rollenbildes, das Frauen als Mütter und Ehefrauen zugeschrieben wurde, war es für bürgerliche Frauen schier unmöglich, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Frauen, die nicht verheiratet waren, wurden bedauert oder verachtet. Sie hatten die Möglichkeit, dieser Rolle nachzugehen, indem sie sich als Gouvernante oder Erzieherin für fremde Kinder einsetzten oder Verantwortung für Kranke bzw. Schwache übernahmen (Seidl, 1993).

Daraus folgend war das Bild einer Krankenschwester stark von dem der Familienmutter geprägt und laut Seidl (1993, S. 85) ist diese Rolle von folgenden Punkten bestimmt: „die Tätigkeit im Haushalt, das Schaffen einer warmen Atmosphäre durch Gefühlsarbeit, die Bereitschaft, alle anfallenden Tätigkeiten rund um die Uhr [...] durchzuführen“. Mütterlichkeit war von essentieller Bedeutung, worunter Eigenschaften wie „selbstloses Dienen und die Bereitschaft, die Sorgen der anderen zu teilen, alle Wünsche zu erfüllen und selbst im Hintergrund zu bleiben“ (Seidl, 1993, S. 86) vereint waren. Seidl (1993) spricht sogar davon, dass Krankenschwestern durch die geistige Mutterschaft ein noch höherer Stellenwert zukam als leiblichen Müttern, da sie eine große Verantwortung für die Menschheit trugen. Sie waren für die Atmosphäre, das Funktionieren des Betriebs und für die Begleitung des Arztes verantwortlich.

Das Familienmodell „Der Arzt als die Vaterfigur, die Krankenpflegerin in der Mutterrolle und der Patient in der Rolle des ‚hilflosen‘ Kindes“ (Dorffner, 2001, S. 51) wurde eingesetzt, um die Gesamtsituation darzulegen. PatientInnen wurden demnach als unmündig, unvernünftig und hilflos angesehen (Seidl, 1993).

Die Weiblichkeitsideologie formte bis ins 19. Jahrhundert hinein in bedeutender Form einerseits das Bild der Krankenpflege in der Öffentlichkeit und andererseits das Selbstverständnis des Pflegepersonals. Die Vollstreckung der Krankenpflege wurde als Liebestätigkeit der Frau gesehen, die keiner monetären Vergeltung bedurfte (Dörge, 2009, S. 22). Darüber hinaus weist Kreuzer (2005) darauf hin, dass die Krankenpflege bis in die Mitte des 20. Jahrhunderts religiös geprägt war. Der Liebesdienst, der von Aufopferung geprägt war, hatte bis dahin noch immer seinen Ursprung im Gebot der Barmherzigkeit. „Die Sorge um die Leidenden stand [...] aber nicht mehr im Dienste der Nachahmung Gottes, sondern in den Interessen der bürgerlichen Gesellschaft. [...] Die Fähigkeit, Kranke pflegen zu können, wurde als Notwendigkeit für eine bürgerliche Frau dargestellt“, so Käppeli (2004, S. 308).

### **1.2.3. Die Entstehung des Berufs der Krankenpflege**

Vergleicht man die Entwicklung der beruflichen Pflege in Österreich mit jener in anderen Ländern Europas, so stellt sich heraus, dass diese in Österreich mit einem zeitlichen Rückstand vonstatten ging (Seidl, 1996). Diese *späte* Entstehung des Berufs der/des Krankenschwester/Krankenpflegers kann in Österreich auf die Tatsache, dass die pflegerische Versorgung außerhalb der Familie lange Zeit von unterschiedlichen kirchlichen und karitativen Organisationen übernommen wurden, zurückzuführen sein (Steppe, 1996). Von einer beruflichen Pflege, die mit einer „gleichzeitig vorhandenen planmäßigen Ausbildung<sup>1</sup> und Bezahlung der Berufstätigkeit“ (Steppe, 1996, S. 22) einhergeht, kann ab dem späten 19. und dem frühen 20. Jahrhundert gesprochen werden (Steppe, 1996). Dorffner (2001) merkt darüber hinaus an, dass Krankenpflege, wie sie heute verstanden wird, erst ab der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts beobachtet werden konnte. Zuvor waren die starke Verknüpfung von Medizin und Pflege und die Kompetenzzuschreibung auf ärztlicher Seite vorherrschend. Unter anderem die Entwicklung im Bereich der Wissenschaft im 19. Jahrhundert brachte die Teilung von Medizin und Pflege hervor. Trotz dieses Prozesses muss bis weit ins 20. Jahrhundert von Pflege als medizinischer Hilfsberuf gesprochen werden, da es sich lange Zeit um eine Übernahme von abgegebenen ärztlichen Kompetenzen handelte (Dorffner, 2001).

---

<sup>1</sup> „[M]it der Verordnung vom 25. Juni 1914 wurde die Ausbildung in Österreich geregelt und die Diplomprüfung eingeführt“ (Dorffner, 1998, S. 109).

Richtungsweisende Veränderungen in der österreichischen Krankenpflege begannen in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts mit Direktor Helm vom Allgemeinen Krankenhaus in Wien. Er war der Meinung, dass es notwendig wäre, die Qualifikation des Pflegepersonals zu erhöhen und Unterricht einzuführen. 1869 führte Helm eine Reform durch, die einerseits Tätigkeiten und Entlohnung regelte, andererseits ermöglichte, Tagelöhnerinnen einzustellen, die den Wärterinnen grobe Arbeiten abnahmen (Dorffner, 2001). 1904 wurde unter dem ärztlichen Direktor Victor Mucha im Allgemeinen Krankenhaus ein Pflegerinnen-Institut errichtet, das bis 1919 bestand. Dazwischen kam es zur Gründung der ersten öffentlichen Krankenpflegeschule am Wiener AKH, die 1913 eröffnet wurde. Ein Jahr danach (siehe oben) wurde die Ausbildung gesetzlich geregelt (Sailer, 2003). Nach Wien wurden auch in Innsbruck und Graz große Krankenpflegeschulen errichtet (Seidl, 1996). Betrachtet man die politischen Entwicklungen zu Schulgründungszeiten, so muss davon ausgegangen werden, dass diese mit dem bevorstehenden Krieg in Verbindung standen. Diese Aktionen wurden jedoch etwas zu spät getätigt, da es zu Beginn des Ersten Weltkrieges noch keine Schulabsolventinnen gab (Walter, 2006).

In dieser zusammenfassenden Kurzdarstellung der historischen Entwicklung der Krankenpflege in Deutschland und Österreich werden Kriegs- sowie Zwischenkriegszeit nicht besprochen, da der thematische Umfang den Rahmen dieser Diplomarbeit sprengen würde. Der Blick wird hingegen im nun folgenden Abschnitt auf jüngere Entwicklungen gelegt. Dazu sollte die Zeitspanne von der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts bis zur Gegenwart herangezogen werden. Die Prozesse der Akademisierung und Professionalisierung der Gesundheits- und Krankenpflege stehen im Interessensmittelpunkt.

#### **1.2.4. Die Akademisierung der Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich**

„Akademisierung kann als Prozess der zunehmenden Wissenschaftsfundierung eines Berufes angesehen werden“ (Kriegl, 1999, S. 7). Mayer (2010, S. 144) weist darauf hin, dass sich hinter dem Begriff der Akademisierung folgendes verbirgt: „[D]ie Etablierung der Ausbildung auf tertiären Niveau und [...] die Tatsache, dass das berufliche Wissen ein akademisches, wissenschaftliches wird, dass Pflege erforschbar und wissenschaftlich erfassbar wird“. Schritte, die mit der Akademisierung der Pflege in Österreich in Zusammenhang gebracht werden können, werden im folgenden Abschnitt aufgeführt.

- Der Berufsverband, der Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband, vertrat bereits in den 1970er Jahren bestimmte Grundsatzpositionen über die Themen Ausbildung, Fortbildung und Forschung in der Pflege (Kriegl, 1999).

- Akademisierung war zu Beginn stark an ein Angebot von Qualifizierungsmaßnahmen im tertiären Bereich gebunden, sehr funktionsbezogen (Ausbildung von PädagogInnen und ManagerInnen) und weniger im Bereich der Entwicklung von Pflege als Wissenschaft angesiedelt. Pflegeforschung wurde an der Akademie für Höhere Fortbildungen in der Pflege in den siebziger Jahren des letzten Jahrhunderts erstmals in der Sonderausbildung für lehrendes und leitendes Pflegepersonal gelehrt. Wenige Jahre später unterlag diese Sonderausbildung Veränderungen, indem sie zuerst zum zweisemestrigen, dann zum viersemestrigen Universitätslehrgang umkonstruiert wurde. Ende der achtziger Jahre schlossen die LehrgangsabsolventInnen mit der Berufsbezeichnung „Akademische/r Lehrer/in der Gesundheits- und Krankenpflege“ bzw. „Akademische/r Leiter/in des Pflegedienstes“ ab (Kriegl, 1999). Diese Universitätslehrgänge waren formal an Universitäten angesiedelt, wurden jedoch an berufsspezifischen Sonderausbildungseinrichtungen vollzogen und schlossen mit keinem regulären akademischen Titel ab (Mayer, 2010).
- Pflegeforschungsprojekte wurden erstmals Anfang/Mitte der achtziger Jahre an bestimmten Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege durchgeführt (Kriegl, 1999).
- Fachtagungen und Symposien zum Thema Pflegewissenschaft fanden bereits Ende der 1980er Jahre regelmäßig an verschiedenen Universitäten statt. Ziele waren unter anderem die öffentliche Meinungsbildung und das Schaffen eines Wissenschaftsverständnisses (Kriegl, 1999).
- Die Errichtung des universitären Forschungsinstituts für Pflege- und Gesundheitssystemforschung an der Johannes Kepler Universität in Linz wurde im Jahr 1992 vollzogen. Die Abteilung Pflegeforschung wurde von Frau Univ. Doz. Dr. Elisabeth Seidl geleitet (Kriegl, 1999). Pflegewissenschaftliche Forschung etablierte sich bereits bevor Pflegewissenschaft an den Universitäten verankert wurde (Mayer, 2010).
- Mit der Novellierung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes 1997 wurden Schritte in Richtung Akademisierung der Pflege gesetzt. Im Tätigkeitsbereich von diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen wurde die Mitwirkung an Pflegeforschung gesetzlich festgelegt. Darüber hinaus unterlag die Ausbildung Veränderungen, da das Unterrichtsfach *Grundlagen der Pflegewissenschaft und der Pflegeforschung* im Lehrplan aufgenommen wurde (Kriegl, 1999).
- Die Etablierung erster pflegewissenschaftlicher Studiengänge ist im Akademisierungsprozess als sehr bedeutend anzusehen. In diesem Zusammenhang gab es einerseits jene Entwicklungen, die an privaten Institutionen erfolgten und andererseits jene, die im öffentlichen Bereich vonstatten gingen. 1999/2000 startete das Individuelle Diplomstudium



an der Universität Wien. Ein ordentliches Bachelorstudium mit nachfolgendem Master wurde 2004 an der Medizinischen Universität Graz erstmals eingerichtet. Im gleichen Jahr wurde an der privaten Universität UMIT in Hall in Tirol das Pflegewissenschaftsstudium installiert und drei Jahre später begann selbiges Studium an der privaten Universität PMU in Salzburg. Die Entwicklung der Pflegewissenschaft und der Pflegegrundausbildung verliefen getrennt voneinander. Akademisierung und berufliche Ausbildung wurden demnach separaten Diskussionen unterzogen (Mayer, 2010).

- Neueste Entwicklungen in diesem Bereich vereinen Pflegewissenschaft und Pflegegrundausbildung. Das Fachhochschulstudium der Gesundheits- und Krankenpflege wird seit dem Wintersemester 2008/09 an der FH Campus Wien und seit dem Wintersemester 2009/10 an der FH Salzburg auf Bachelor-Niveau angeboten (<http://www.fh-campuswien.ac.at/>, Zugriff am 14. Dezember 2010; <http://www.fh-salzburg.ac.at/>, Zugriff am 14. Dezember 2010). Das Baccalaureatsstudium weist einen starken Praxis- und Berufsbezug vor. Pflegewissenschaft ist in dieser Ebene stark mit dem Wissen und den Kompetenzen der Berufsausbildung verbunden (Mayer, 2010).
- Pflegewissenschaft an der Universität Wien wird in Zukunft im Masterbereich zu einem regulären Studium und eine Promotionsmöglichkeit im Bereich der Pflegewissenschaft wird möglich (Mayer, 2010).

### **1.2.5. Der Professionalisierungsprozess in der Gesundheits- und Krankenpflege**

Die Professionalisierung der Gesundheits- und Krankenpflege ist eine Thematik, die seit langer Zeit diskutiert wird und diverse Standpunkte beinhaltet. Verschiedene Auffassungen, die in der Literatur aufgeworfen werden, sollten nachfolgend Erwähnung finden.

Kellnhäuser (1994, S. 55) verweist auf Wilensky (1972), der im Zusammenhang mit Profession davon ausgeht, dass Krankenschwestern den „aufsteigenden und marginalen Professionen“ angehören. Im gleichen Jahr spricht Corwin davon, dass Krankenpflege in dreierlei Hinsicht definiert werden kann. Es handelt sich um „ein Amt, eine Profession und eine Berufung“ (Corwin, 1972, S. 91). Der Autor geht also bereits definitiv von einer Profession aus. Panke-Kochinke (2003) gibt an, dass Grauhan (1981) bezweifelt, dass es sich bei der Krankenpflege um eine anerkannte Profession handelt. „Noch ist die Pflege weitgehend ein Beruf, der unter dem Diktum der Berufung leidet und doch gleichzeitig von diesem Diktum gehalten wird“ (Panke-Kochinke, 2003, S. 35). Heller (1993, S. 61) schreibt folgendes: „Oft genug wird mit kopfschüttelnder Verständnislosigkeit registriert, dass in Österreich das Ansehen der Pflege als professionelle Tätigkeit im Sozial- und Gesundheitsbereich immer noch

recht schlecht ist und die Pflegepersonen weithin mit den anderorts überwundenen Stereotypen dieses klassischen Frauenberufs (Hausfrau des Krankenhauses, Mädchen für alles, barmherzige Mutter, etc.) zu kämpfen haben“. Seidl (1994) merkt in einem Buchbeitrag an, dass der Professionalisierungsgrad der österreichischen Pflege noch besonders gering sei. Die Krankenpflege sei geprägt von einem unklaren Berufsbild, von unklaren Tätigkeitsabgrenzungen und von fehlenden gesetzlichen Bestimmungen, die den Verantwortungsbereich festlegen. Darüber hinaus sei der Status des ärztlichen Hilfsberufs noch stark vorherrschend. Berufspraktische Barrieren, bildungspolitische Barrieren, sozio-ökonomische Barrieren und geschlechtsspezifische Barrieren stehen im Widerstreit mit den Professionalisierungsbestrebungen in der Krankenpflege (Kellnhauser, 1994). „Die Geschichte der beruflichen Pflege verweist auf einen langen, mühevollen und noch unvollendeten Weg der Emanzipation von fremdbestimmenden, externen Instanzen mit dem Ziel der Professionalisierung“ (Hülken-Giesler, 2006, S. 79). Arnold (2008) ist ebenfalls davon überzeugt, dass die Problematik der Professionalisierung in Zusammenhang mit dem Geschlecht der Pflege steht. „Denn die Professionalisierung der Pflege ist zugleich die Professionalisierung eines historisch ‚weiblich‘ geprägten Berufs“ (Arnold, 2008, S. 60). Der Professionalisierungsgrad von beruflichen Tätigkeiten kann mit Hilfe eines Kriterienkatalogs bestimmt werden. Nach einer Beurteilung mit Hilfe dieser Kriterien kann es sich in der Gesundheits- und Krankenpflege bestenfalls um eine *Semi-Profession* handeln (Veit, 2004).

In Bezug auf folgende Kapitel soll abschließend zusammenfassend hervorgehoben werden, dass sich Pflege von einer selbstverständlich durchzuführenden weiblichen Tätigkeit zu einem ExpertInnenstum, das einen existentiellen Beitrag im Gesundheitswesen leistet, entwickelt hat. Wurde früher davon ausgegangen, dass jede Frau pflegen könne, so ist man sich heute bewusst, dass dies nicht zutreffend ist. Pflege hat sich von einem Liebesdienst zu einer Kompetenzausübung und Leistungserbringung entwickelt. Trotz alledem ist die Gesundheits- und Krankenpflege auch heute noch stark von dem aufgezeigten Entwicklungsprozess geprägt, was sich zuletzt auch in Bezug auf Professionalisierung zeigt. Die im letzten Abschnitt dargelegten Argumentationsstränge zum Thema Gesundheits- und Krankenpflege als Profession weisen eher darauf hin, dass der Prozess der Professionalisierung noch nicht definitiv abgeschlossen ist.

## 2. TÄTIGKEITSBEREICHE IN DER GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGE

In diesem Kapitel werden pflegerische Maßnahmen einer genaueren Betrachtung unterzogen. Um eine umfassende Darstellung zu gewährleisten, wird zu Beginn eine Begriffsbestimmung stattfinden und eine Gliederungsmöglichkeit von Pflegemaßnahmen angeführt. Auf Grundlage dieser Gliederung, die in etwas abgeänderter Form übernommen wird, werden gesetzliche Regelungen, Inhalte von Pflegemaßnahmen und Klassifikationssysteme, die Pflegeinterventionen beinhalten, genannt und besprochen. Darüber hinaus werden weitere in der Literatur ausfindig gemachte Erkenntnisse von AutorInnen, die sich mit pflegerischer Tätigkeit im Allgemeinen, mit Unterbrechungen von Pflegetätigkeiten und Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten in der Pflege befassen/befassten, dargelegt.

### 2.1. Begriffsbestimmung

Der Begriff *Pflegeintervention* wird definiert als „[j]ede Maßnahme und Handlung eines professionell Pflegenden, mit denen der [...] Pflegeplan umgesetzt oder auf ein spezielles Ziel dieses Plans hingearbeitet wird [...] Patienten können z.B. Interventionen in Form von Unterstützung, Einschränkung, Medikation oder Behandlung eines Zustandes oder Hilfe zur Abwendung von weiterem Stress benötigen“ (Dröber, Villwock, Anderson & Anderson, 2004, S. 830).

Leoni-Scheiber (2004, S. 117) weist darüber hinaus darauf hin, dass *Pflegemaßnahmen* und *-interventionen* Handlungen sind, die „auf Aufrechterhaltung, Verbesserung oder Wiederherstellung des Gesundheitszustandes, der Lebensqualität oder des Wohlbefindens abzielen“.

*Nursing Activities* werden definiert als „[t]he specific behaviours or actions that nurses do to implement an intervention and that assist patients/clients to move toward a desired outcome. Nursing activities are at the concrete level of action“ (Mc Closkey, Dochterman & Bulechek, 2004, S. xxiii).

### 2.2. Gliederung von Pflegemaßnahmen

Von Leoni-Scheiber (2004, S. 120) wird eine Möglichkeit der Pflegemaßnahmengliederung aufgezeigt. Die Autorin differenziert Pflegemaßnahmen folgendermaßen:

- „Nach der gesetzlichen Grundlage [...]
- Nach ihren Inhalten [...]
- Nach Prioritäten zu den NANDA- Pflegediagnosen [...]
- Nach der Pflegeinterventionsklassifikation NIC [...]“.

## **2.3. Gesetzliche Regelung von Pflegetätigkeiten**

Die Gesetzeslage wird sowohl für Deutschland als auch für Österreich aufgezeigt, da in der Verankerung und im Detaillierungsgrad Differenzen vorliegen. Die gesetzlichen Regelungen unterscheiden sich einerseits dahingehend, dass für Österreich die Tätigkeiten in der Gesundheits- und Krankenpflege explizit Erwähnung finden. In Deutschland hingegen sind die Tätigkeitsbereiche aus den Ausbildungszielen herauszunehmen und nicht in einem eigenen Paragraphen verankert. Andererseits wird im österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegegesetz detaillierter auf die einzelnen Tätigkeitsbereiche eingegangen.

### **2.3.1. Gesetzeslage in Deutschland**

In Deutschland ist im Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege- Krankenpflegegesetz- unter § 3 Ausbildungsziel, unter Abschnitt 1 und 2 folgendes verankert:

(1) Die Ausbildung für Personen nach § 1 Abs. 1 Nr. 1 und 2 soll entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten vermitteln. Die Pflege im Sinne von Satz 1 ist dabei unter Einbeziehung präventiver, rehabilitativer und palliativer Maßnahmen auf die Wiedererlangung, Verbesserung, Erhaltung und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der zu pflegenden Menschen auszurichten. Dabei sind die unterschiedlichen Pflege- und Lebenssituationen sowie Lebensphasen und die Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Menschen zu berücksichtigen (Ausbildungsziel).

(2) Die Ausbildung für die Pflege nach Absatz 1 soll insbesondere dazu befähigen,

1. die folgenden Aufgaben eigenverantwortlich auszuführen:

- a) Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege,
- b) Evaluation der Pflege, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege,
- c) Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit,
- d) Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes,

2. die folgenden Aufgaben im Rahmen der Mitwirkung auszuführen:

- a) eigenständige Durchführung ärztlich veranlasster Maßnahmen,
- b) Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation,
- c) Maßnahmen in Krisen- und Katastrophensituationen,

3. interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen zusammenzuarbeiten und dabei multidisziplinäre und berufsübergreifende Lösungen von Gesundheitsproblemen zu entwickeln.

### **2.3.2. Gesetzeslage in Österreich**

Die Tätigkeiten einer diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson sind im österreichischen Bundesrecht im § 13 (1) in folgende Bereiche unterteilt:

- 1. eigenverantwortliche,
- 2. mitverantwortliche und
- 3. interdisziplinäre Tätigkeiten.

Darüber hinaus sind erweiterte Tätigkeitsbereiche im §17 gesetzlich festgelegt, worunter die Ausführung von Spezial-, Lehr- und Führungsaufgaben fällt.

#### **2.3.2.1. *Eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich***

§ 14. (1) Die Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfaßt die eigenverantwortliche Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle aller pflegerischen Maßnahmen im intra- und extramuralen Bereich (Pflegeprozeß), die Gesundheitsförderung und -beratung im Rahmen der Pflege, die Pflegeforschung sowie die Durchführung administrativer Aufgaben im Rahmen der Pflege.

(2) Der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich umfaßt insbesondere:

- 1. Erhebung der Pflegebedürfnisse und des Grades der Pflegeabhängigkeit des Patienten oder Klienten sowie Feststellung und Beurteilung der zur Deckung dieser Bedürfnisse zur Verfügung stehenden Ressourcen (Pflegeanamnese),
- 2. Feststellung der Pflegebedürfnisse (Pflegediagnose),
- 3. Planung der Pflege, Festlegung von pflegerischen Zielen und Entscheidung über zu treffende pflegerische Maßnahmen (Pflegeplanung),
- 4. Durchführung der Pflegemaßnahmen,
- 5. Auswertung der Resultate der Pflegemaßnahmen (Pflegeevaluation),
- 6. Information über Krankheitsvorbeugung und Anwendung von gesundheitsfördernden Maßnahmen,
- 7. psychosoziale Betreuung,
- 8. Dokumentation des Pflegeprozesses,
- 9. Organisation der Pflege,

10. Anleitung und Überwachung des Hilfspersonals sowie Anleitung, Unterweisung und begleitende Kontrolle von Personen gemäß §§ 3b und 3c,
11. Anleitung und Begleitung der Schüler im Rahmen der Ausbildung und
12. Mitwirkung an der Pflegeforschung.

### **2.3.2.2. Mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich**

§ 15. (1) Der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich umfaßt die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung.

(2) Der anordnende Arzt trägt die Verantwortung für die Anordnung (Anordnungsverantwortung), der Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege trägt die Verantwortung für die Durchführung der angeordneten Tätigkeit (Durchführungsverantwortung).

(3) Im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich hat jede ärztliche Anordnung vor Durchführung der betreffenden Maßnahme schriftlich zu erfolgen. Die erfolgte Durchführung ist durch den Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege durch deren Unterschrift zu bestätigen.

(4) Die ärztliche Anordnung kann in medizinisch begründeten Ausnahmefällen mündlich erfolgen, sofern auch dabei die Eindeutigkeit und Zweifelsfreiheit sichergestellt sind. Eine Übermittlung der schriftlichen Anordnung per Telefax oder im Wege automationsunterstützter Datenübertragung ist zulässig, sofern die Dokumentation gewährleistet ist. Die schriftliche Dokumentation der ärztlichen Anordnung hat unverzüglich, längstens aber innerhalb von 24 Stunden zu erfolgen.

(5) Der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich umfaßt insbesondere:

1. Verabreichung von Arzneimitteln,
2. Vorbereitung und Verabreichung von subkutanen, intramuskulären und intravenösen Injektionen,
3. Vorbereitung und Anschluß von Infusionen bei liegendem Gefäßzugang, ausgenommen Transfusionen,
4. Blutentnahme aus der Vene und aus den Kapillaren,
5. Setzen von transurethralen Blasenkathetern zur Harnableitung, Instillation und Spülung,
6. Durchführung von Darmeinläufen und
7. Legen von Magensonden.

(6) Im Rahmen des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereiches sind Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege berechtigt, nach Maßgabe ärztlicher Anordnungen gemäß Abs. 1 bis 4 folgende Tätigkeiten weiter zu übertragen und die Aufsicht über deren Durchführung wahrzunehmen:

1. an Angehörige der Pflegehilfe sowie an Teilnehmer eines Pflegehilfelehrganges im Rahmen der praktischen Ausbildung Tätigkeiten gemäß § 84 Abs. 4,
2. an Schüler einer Schule für Gesundheits- und Krankenpflege im Rahmen der praktischen Ausbildung Tätigkeiten des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereiches,
3. an Rettungssanitäter gemäß SanG Tätigkeiten im Rahmen des Krankenanstaltenpraktikums der Ausbildung zum Notfallsanitäter und
4. an Notfallsanitäter mit allgemeiner Notfallkompetenz Arzneimittellehre gemäß SanG Tätigkeiten im Rahmen des Krankenanstaltenpraktikums der Ausbildung in der allgemeinen Notfallkompetenz Venenzugang und Infusion.

(7) Im Rahmen des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs sind Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege berechtigt, nach Maßgabe ärztlicher Anordnungen gemäß Abs. 1 bis 4 folgende Tätigkeiten im Einzelfall an Personen gemäß § 3b und § 3c weiter zu übertragen:

1. Verabreichung von Arzneimitteln,
2. Anlegen von Bandagen und Verbänden,
3. Verabreichung von subkutanen Insulininjektionen und subkutanen Injektionen von blutgerinnungshemmenden Arzneimitteln,
4. Blutentnahme aus der Kapillare zur Bestimmung des Blutzuckerspiegels mittels Teststreifens,
5. einfache Wärme- und Lichtanwendungen.

§ 3b Abs. 3 bis 6 und § 3c Abs. 2 bis 5 sind anzuwenden.

### **2.3.2.3. Interdisziplinärer Tätigkeitsbereich**

§ 16. (1) Der interdisziplinäre Tätigkeitsbereich umfaßt jene Bereiche, die sowohl die Gesundheits- und Krankenpflege als auch andere Berufe des Gesundheitswesens betreffen.

(2) Im interdisziplinären Tätigkeitsbereich haben Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege das Vorschlags- und Mitentscheidungsrecht. Sie tragen die Durchführungsverantwortung für alle von ihnen in diesen Bereichen gesetzten pflegerischen Maßnahmen.

(3) Der interdisziplinäre Tätigkeitsbereich umfaßt insbesondere:

1. Mitwirkung bei Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen sowie zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit,
2. Vorbereitung der Patienten oder pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen auf die Entlassung aus einer Krankenanstalt oder Einrichtung, die der Betreuung pflegebedürftiger Menschen dient, und Hilfestellung bei der Weiterbetreuung,
3. Gesundheitsberatung und

4. Beratung und Sorge für die Betreuung während und nach einer physischen oder psychischen Erkrankung.

## **2.4. Inhalt der Pflegemaßnahmen**

Leoni-Schreiber (2004) nimmt in diesem Zusammenhang die Einteilung in *physiologische Maßnahmen*, *psychologische Tätigkeiten* und *sozioökonomische Maßnahmen* vor.

Jene Maßnahmen, die mit der Physiologie in Verbindung zu bringen sind, konzentrieren sich auf die Grundbedürfnisse von Individuen. Aktivitäten des täglichen Lebens, wie beispielsweise Ernährung und Ausscheidung sind hier zu nennen.

Maßnahmen, die mit dem Wohlbefinden auf emotionaler Ebene zusammenhängen, fallen in den Bereich der psychologischen Tätigkeiten.

Unter sozioökonomischen Maßnahmen sind Handlungen, die das Ziel einer verbesserten gesamten Lebensqualität verfolgen, einzuordnen. Um in diesem Bereich das bestmögliche Ergebnis zu erzielen, ist oftmals eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von besonderer Bedeutung.

## **2.5. Klassifikationen, die Pflegeinterventionen beinhalten**

Die Pflegeklassifikationssysteme NIC (McCloskey et al., 2004) und ICNP (Hinz, Dörre, König & Tackenberg, 2003) versuchen auf differenzierte Art und Weise und mit verschiedenen Schwerpunkten Pflege zu klassifizieren. Im Zusammenhang mit Pflegemaßnahmen erscheint es von Bedeutung im folgenden Abschnitt näher auf die beiden Klassifikationen einzugehen.

### **2.5.1. Nursing Intervention Classification (NIC)**

Die erstmals zu Beginn der 1990er Jahre in den USA erschiene standardisierte Klassifikation von Pflegeinterventionen liegt seit 2008 bereits in der fünften Edition vor. In der vierten Ausgabe beinhalte die Klassifikation insgesamt 514 Interventionen, die in sieben Domänen und 30 Klassen unterteilt werden. Mehr als 12.000 Pflegeaktivitäten werden im Gesamten genannt (McCloskey et al., 2004). Die aktuellste Ausgabe wurde um 28 Interventionen erweitert (<http://www.nursing.uiowa.edu/>, Zugriff am 14. Dezember 2010).

Die sieben Domänen, denen die Klassen und Interventionen untergeordnet sind, lauten folgendermaßen:

- „Physiological: Basic“
- „Physiological: Complex“



- „Behavioral“
- „Safety“
- „Family“
- „Health System“
- „Community“

(McCloskey et al., 2004, S. 4).

Die Pflegeinterventionen der NIC beziehen sich sowohl auf den physiologischen als auch auf den psychologischen Bereich. Der Schwerpunkt liegt nicht nur auf der Behandlung von Krankheit, sondern auch auf Prävention und Gesundheitsförderung. Direkte und indirekte Pflegeinterventionen sind enthalten. Der Fokus ist breit gefächert, da er auf dem Individuum, der Familie und der Gesellschaft liegt.

Jede in der Klassifikation vorkommende Intervention ist mit einem Namen versehen, einer Definition, einer Nummer, einer Reihe von möglichen Aktivitäten und diversen Literaturhinweisen.

Ein Beispiel aus der Domäne „Physiological: Basic“ soll diese theoretische Beschreibung praktisch verständlich machen:

Tabelle 1: Beispielhafte Darstellung der Domäne „Physiological: Basic“

„Physiological: Basic“ → Klasse: A → Interventionen → Aktivitäten	
Domäne:	Physiological: Basic
Definition:	Care That Supports Physical Functioning
Unterteilung des Bereichs in insgesamt sechs Klassen (A bis F)	
A:	Activity and Exercise Management
B:	Elimination Management
C:	Immobility Management
D:	Nutrition Support
E:	Physical Comfort Promotion
F:	Self-Care Facilitation
Definition von A:	Interventions to organize or assist with physical activity and energy conservation and expenditure
Zu A gibt es insgesamt zehn Interventionen, eine davon ist „Body Mechanics Promotion“	
Definition dieser Intervention:	Facilitating the use of posture and movement in daily activities to prevent fatigue and musculoskeletal strain or injury
Dieser Intervention werden 19 Aktivitäten zugeordnet	

Beispiele für Aktivitäten:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determine patient's commitment to learning and using correct posture</li> <li>• Instruct to avoid sleeping prone</li> </ul>
----------------------------	--

(McCloskey et al., 2004, S. 112f).

### 2.5.2. International Classification for Nursing Practice (ICNP)

1989 begann der Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpflegern „International Council of Nursing“ (ICN) mit der Entwicklung der internationalen Klassifikation für die Pflegepraxis. Sechs Jahre später lag die erste Fassung, die *Alpha-Version*, vor. Es folgten die *Beta-Version*, die *Version 1.0*, die *Version 1.1* und seit Juli 2009 existiert die *Version 2.0*. (www.icnp.info, Zugriff am 14. Dezember 2010). ICNP ist eine multiaxiale Klassifikation und beinhaltet die Elemente *Nursing phenomena (Nursing diagnosis)*, *Nursing Actions* und *Nursing Outcomes* (www.icn.ch, Zugriff am 14. Dezember 2010). Im Rahmen der ICNP wird von Hinz et al. (2003, S. 140) *Pflegehandlung* als „Verhalten von Pflegenden in der Praxis“ und *Pflegeintervention* als „Pflegehandlung, die aufgrund einer Pflegediagnose unternommen wird, um ein Pflegeergebnis zu bewirken“, definiert.

Die ICNP ist aus einer Vielzahl von Begriffen, die in Beziehung zueinander stehen, zusammengesetzt. Alle Begriffe, mit ihren umfangreichen Inhalten, sind Oberbegriffen zugeordnet. In Version 1.1 und auch in der neuesten Version liegen insgesamt sieben Achsen vor. Diese Achsen und ihre Definitionen werden im Folgenden genannt. Hierzu wird die Version 1.1 in deutscher Sprache herangezogen und nach König und Tackenberg (2009, S. 569) direkt zitiert:

- 1. Fokus: „Der Themenbereich, der für die Pflege relevant ist“
- 2. Beurteilung: „Einschätzung, bezogen auf den Fokus der Pflege“
- 3. Mittel: „Eine Weise oder eine Methode um eine Intervention durchzuführen“
- 4. Handlung: „Ein zielgerichteter Prozess, angewendet für oder durchgeführt durch einen Klienten, Patienten oder Bewohner“
- 5. Zeit: „Zeitpunkt und –intervall, Häufigkeit, Dauer, Ereignis“
- 6. Lokalisation: „Anatomischer Ort oder Körperstelle einer Pflegediagnose oder einer Intervention“
- 7. Klient: „Person, auf welche sich eine Pflegediagnose bezieht und auf die eine Intervention gerichtet ist“

„Zur Beschreibung von Pflegeinterventionen wird als Ausgangspunkt ein Begriff aus der Handlungsachse ausgewählt und mit mindestens einem Ziel-Ausdruck kombiniert, der aus

allen Achsen außer der Beurteilungssachse stammen kann“ (König & Tackenberg, 2009, S. 571).

## **2.6. Ansätze im Zusammenhang mit pflegerischen Tätigkeiten**

Diverse AutorInnen haben sich mit dem Thema des pflegerischen Tätigkeitsbereiches bzw. Aufgabenbereichs befasst und haben verschiedene Schwerpunkte gesetzt. In diesem Abschnitt werden nun ausgewählte Ansätze angeführt.

### **2.6.1. Gesamter Aufgabenbereich der Pflege**

Meffels (2003, S. 189) versucht die *Gesamtheit des Pfl egetätigkeitsbereichs* zu erfassen indem er folgendes schreibt: „Die Aufgaben der beruflichen Pflege [...] umfassen die Durchführung von grundpflegerischen, behandlungspflegerischen, rehabilitativen, präventiven, hauswirtschaftlichen und administrativen Tätigkeiten.“

Die Studie *The work of nurse practitioners* von Gardner, Gardner, Middleton, Della, Kain und Doubrovsky (2010) beschäftigte sich mit dem Thema der *pflegerischen Aktivitäten*. Mittels Beobachtungen, die über ein halbes Jahr hinweg durchgeführt wurden, kamen sie zum Ergebnis, dass die Gesamtheit der Pflegeaktivitäten in 36,1% direkte Pflege, 32 % indirekte Pflege und 31,9 % auf Service- Bezogenes gegliedert werden kann.

Ihre Definitionen dieser drei Bereiche lauten wie folgt:

- Direct care: „All activities performed for and in the presence of the patient/family, including explanations given to the patient/family/caregiver about these activities“ (Gardner et al., 2010, S. 2162).
- Indirect care: „Activities performed away from the patient but on a specific patient’s behalf, including coordination of care, collaboration with other healthcare professionals and documentation“ (Gardner et al., 2010, S. 2162).
- Service-related: „These activities were not patient-specific and included attending meetings, conducting teaching/in-service, research and audit and administration“ (Gardner et al., 2010, S. 2162).

### **2.6.2. Direkte und indirekte Pfl egetätigkeit**

Fischer (2002, S. 112) gibt bezüglich *direkter* und *indirekter* Pfl egetätigkeit nachstehendes an: „Die patientenbezogenen Tätigkeiten [...] können unterschieden werden nach Tätigkeiten, die im Beisein des Patienten oder ohne seine Anwesenheit ausgeführt werden. In diesem Zusammenhang wird auch von direkter und indirekter Pflege gesprochen.“

In der NIC werden die direkte und indirekte Pflegeinterventionen folgendermaßen definiert: „A *direct care intervention* is a treatment performed through interaction with the patient(s). Direct care interventions include both physiological and psychosocial nursing actions and include both the “laying on of hands” actions and those that are more supportive and counseling in nature.” (Mc Closkey et al., 2004, S. xxiii).

„A *indirect care intervention* is a treatment performed away from the patient but on behalf of a patient or group of patients. Indirect care interventions include nursing actions aimed at management of the patient care environment and interdisciplinary collaboration. These actions support the effectiveness of the direct care interventions.” (Mc Closkey et al., 2004, S. xxiii).

Darüber hinaus kann von *Primäraufgaben* und *Sekundäraufgaben* gesprochen werden. „Mit <Primäraufgaben> der Pflege ist hier die Pflege an sich gemeint. Es geht um die Frage: Was braucht der Pflegeempfänger von der Pflege? <Sekundäraufgaben> sind sonstige Aufgaben, welche nicht direkt auf einzelne Patienten bezogen werden können.“ (Fischer, 2002, S. 110).

### **2.6.3. Berufseigener und berufsfremder Tätigkeitsbereich**

Fischer (2002) unterscheidet auch *offizielle* und *inoffizielle* Aufgaben. Bei offiziellen Aufgaben handelt es sich um Tätigkeiten, die dem Berufsfeld ausdrücklich zugeordnet sind. In den Bereich der inoffiziellen Aufgaben fallen jene Tätigkeiten, die nicht direkt der Pflege zuzuschreiben sind, die ohne Anordnung und aus eigenem Antrieb durchgeführt werden.

Seidl und Walter haben sich bereits Ende der 1970er mit Meinungen über das Tätigkeitsfeld von Krankenpflegepersonal auseinandergesetzt. Sie führten in fünf Wiener Krankenhäuser im Jahr 1978 und 1980/81 Untersuchungen über Interaktionsprobleme durch. Eine Thematik, die in diesem Zusammenhang erforscht wurde, waren die Aufgabenbereiche des Krankenpflegepersonals und der Rollenwandel des Berufsfeldes. Es war von Interesse zu eruieren was PatientInnen, Ärztinnen/Ärzte und PflegerInnen als Tätigkeitsbereiche von Krankenschwestern/-pflegern ansahen. Die kommenden drei Aussagen sollten von den oben genannten Gruppen in eine Rangfolge gebracht werden:

„Die diplomierte Krankenschwester ist dafür da,

- die ärztlichen Verordnungen zu übernehmen und durchzuführen,
- ihren eigenen Tätigkeitsbereich zu planen, zu organisieren und durchzuführen,
- für die Organisation auf der Abteilung zu sorgen“ (Seidl & Walter, 1984, S. 33).

Die Befragung von 1978 ergab, dass von allen drei befragten Personengruppen zu mehr als 50% die Ausführung der ärztlichen Verordnungen an erster Stelle platziert wurde.

Betrachtet man die Ergebnisse der befragten Krankenschwestern/-pfleger (n=138) im Besonderen, so zeigt sich, dass 66,7% der Befragten die Ausführung der ärztlichen Verordnungen und nur 28,2% den eigenen Bereich der Krankenschwester als wichtigsten Aufgabenbereich einer Krankenschwester einschätzten.

Bei den befragten PatientInnen (n=135) wurde von 9,6% der eigene Bereich der Krankenschwester an erster Rangreihe angeführt und 79,3% waren der Meinung, dass Krankenschwestern dafür zuständig wären die ärztlichen Verordnungen zu übernehmen und durchzuführen.

55,5% der befragten Ärzte (n=45) waren davon überzeugt, dass Krankenschwestern hauptsächlich für die Übernahme ihrer Verordnungen zuständig wären.

Der dritten Aussage wurde von allen drei befragten Gruppen äußerst geringfügig zugestimmt (Patienten: 11,1%, Krankenschwestern: 5,1%, Ärzte: 8,9%).

Seidl (1993) befasste sich mit dem Themengebiet der Hauswirtschaftsnähe des Pflegeberufs. „Im Laufe der Entwicklung des Krankenpflegeberufes kam es immer wieder zu Bemühungen, den berufseigenen Tätigkeitsbereich von dem anderer Berufe abzugrenzen.“ (Seidl, 1993, S. 65). Betrachtet man die Abgrenzung zu berufsfremden Tätigkeiten, wie hauswirtschaftliche Tätigkeiten und Reinigungsarbeiten, so zeigen sich, laut Seidl (1993, S. 66) folgende drei Positionen:

- „1. Die Krankenschwester hat alles zu machen, was an Tätigkeiten anfällt, weil es zum Wohl des Kranken ist. Zudem entspricht es der Ideologie des ‚stillen Dienens‘, daß der Krankenschwester nichts zu niedrig ist.
2. Die Krankenschwester braucht nicht immer hauswirtschaftliche und Reinigungsarbeiten zu verrichten, im Notfall aber muß sie überall zupacken. Daraus wird auch der Anspruch abgeleitet, daß die Krankenschwester, besonders am Anfang ihrer Tätigkeit, alle diese Aufgaben zu lernen hat.
3. Die Krankenschwester soll keine ‚berufsfremden‘ Tätigkeiten wie z.B. Putzarbeiten durchführen, dafür sollte Hilfspersonal angestellt werden. Diese Abgrenzung ist jedoch aus verschiedenen Gründen, [...] bis heute nicht gelungen“.

Arnold (2008) erforschte, indem sie sich in einer ethnografischen Untersuchung mit dem beruflichen Alltag von Pflegepersonen auseinandersetzte, was Pflegepersonen als ihre Arbeit bezeichnen. Beobachtungen und Interviews führten zu folgender Erkenntnis: „Der Begriff der ‚Arbeit‘ [...] unterschied sich von der Leistung von Zuwendung vor allem in Bezug auf die Sichtbarkeit der damit bezeichneten Tätigkeiten. Wenn Pflegende von ‚ihrer Arbeit‘ sprachen

chen, die ‚fertig werden‘ musste, dann meinten sie damit Tätigkeiten, die ein sichtbares Resultat produzierten“ (Arnold, 2008, S. 225). Drei pflegerische Aufgabenbereiche konnten von Arnold (2008, S. 226) aus dem Datenmaterial generiert werden.

- „1. Das, was Pflegende als ‚die Pflege‘ bezeichnen: Tätigkeiten im Rahmen von direkter Pflege, die sich auf die körperlichen Bedürfnisse der PatientInnen beziehen [...]
2. Patientenferne hauswirtschaftliche Tätigkeiten wie das Bettenmachen [...] und das Aufräumen der Patientenzimmer [...]
3. Tätigkeiten, die Pflegende direkt oder indirekt für ÄrztInnen leisteten und die auch ärztlich zugeordnet wurden“.

Dieser Auflistung kann entnommen werden, dass der sozial-kommunikative Bereich nicht explizit erwähnt wird. Gespräche und andere Zuwendungsarbeit, ein großer Teil pflegerischer Tätigkeit, findet laut den StudienteilnehmerInnen im Feld der „pflegerischen Arbeit“ keinen Platz.

#### **2.6.4. Patientenferne und patientenfremde Tätigkeiten**

Blum (2003, S. 9ff) beschäftigt sich intensiver mit patientenfremden und/oder patientenfernen Tätigkeiten, in dem er folgende Bereiche dementsprechend bestimmt:

- Dokumentation und Administration  
(z.B.: die Dokumentation des Pflegeprozesses, die Organisation von Untersuchungen)
- Patientenbegleitsdienst  
(damit wird die Begleitung von PatientInnen zur/aus der Station verstanden)
- Hol- und Bringdienste  
(z.B.: Labortransporte, Verwaltungstransporte, Stationsversorgung /-entsorgung)
- Beschaffung und Logistik  
(z.B.: Bestandserfassung, Bestellaufwand, Verräumungsaufwand)
- Reinigungsdienste  
(z.B.: Putz- und Reinigungsarbeiten, Desinfektion).

#### **2.6.5. Kritische Anmerkungen und Ableitungen für das eigene empirische Vorhaben**

Es ist von Bedeutung diesen Bereich einerseits mit kurzen zusammenfassenden Worten und kritischen Anmerkungen abzuschließen und andererseits aufzuzeigen welche Begrifflichkeiten für das eigene empirische Vorgehen herangezogen werden.

Der gesamte Aufgabenbereich von Personen, die in der Gesundheits- und Krankenpflege tätig sind, ist, wie gezeigt, breit gefächert und kann aus verschiedenen Blickwinkeln betrach-

tet werden. Von vielen AutorInnen wird auf den Bereich der hauswirtschaftlichen Tätigkeiten und Reinigungsarbeiten von Pflegepersonen hingewiesen. Diese Problematik soll nochmals unterstrichen werden. Mit Unverständnis wird auch meinerseits dieser Thematik entgegengetreten. Es ist, gerade auch aufgrund der Tatsache, dass die Gesundheits- und Krankenpflege von einer fortschreitenden Professionalisierung und Leistungsverdichtung geprägt ist, schwer verständlich, dass die hausarbeitsnahen Bereiche auch heute im Pflegeberuf noch so fest verwurzelt sind.

Im Fall der vorliegenden empirischen Studie wurden pflegerische Doppel- und Mehrfach-tigkeiten beobachtet, deren Pflegeaktivitäten und -handlungen sowohl im Bereich der *direkten* als auch der *indirekten Pflege* (Fischer, 2002) angesiedelt waren. Richtet man sich nach der Definition von Blum (2003) so lagen in Teilen auch *patientInnenferne/-fremde Tätigkeiten* (z.B.: Dokumentation, PatientInnenbegleitdienste, Desinfektion) im Beobachtungsinteresse. Zieht man die gesetzlichen Regelungen heran, so wurden in die Studie Bereiche der Eigenverantwortung, der Mitwirkung und des interdisziplinären Gebietes integriert und die in diesem Zusammenhang geleisteten Tätigkeiten fanden Berücksichtigung.

## **2.7. Unterbrechungen von Pflege-tätigkeiten**

Büssing und Glaser (2002) sprechen von drei verschiedenen Arten der Unterbrechung: Unterbrechungen durch *Personen*, durch *Funktionsstörungen* und durch *Blockierungen*.

„Unterbrechungen durch Personen liegen in der Pflege dann vor, wenn zum Beispiel Kolleginnen, Vorgesetzte, Ärzte, Patienten oder Angehörige Anforderungen stellen und die Pflegekraft den Zeitpunkt, wann sie diesen Anforderungen nachkommt, nicht selbst bestimmen kann“ (Büssing & Glaser, 2002, S. 106). Durch diese Unterbrechungen entstehen Störungen im Arbeitsablauf, denen meist mit einer Reaktion begegnet werden muss. Diese Form der Unterbrechung kommt im pflegerischen Alltag sehr häufig vor. Unter anderem sollten Patientenrufe und Telefonate an dieser Stelle Erwähnung finden.

Unterbrechungen durch Funktionsstörungen werden einerseits als die Störung „selbst laufender Prozesse“ (Büssing & Glaser, 2002, S. 106), andererseits als Unterbrechungen aufgrund von Gerätemängel oder Mängel an Hilfsmittel, bezeichnet. Unterbrechungen dieser Art sind hauptsächlich auf Intensivstationen zu verzeichnen, wo eine Vielzahl von selbst laufender Prozesse (z.B.: Monitoring, Infusionen) Einsatz findet.

Um Unterbrechungen durch Blockierungen handelt es sich, wenn Arbeitshandlungen nicht gestartet oder fortgesetzt werden können. Dies kann daraus resultieren, dass Informationen oder Arbeitsmittel nicht vorhanden sind. Das Verschulden dieser Art von Unterbrechung ist

wiederum nicht auf die handelnde Person zurückzuführen. Ein Beispiel dazu wäre das Warten auf den Aufzug bei PatientInnentransporten (Büssing & Glaser, 2002).

Arnold (2008) spricht in ihrer Studie ausschließlich von Unterbrechungen durch das Telefonklingeln, durch den PatientInnenruf und durch Klopfen an der Tür. Im Sinne von Büssing und Glaser stellte die Autorin in ihrer qualitativen Erhebung lediglich Unterbrechungen durch Personen fest.

Beyea (2007) kommt in einer Literaturanalyse über Unterbrechungen und Ablenkungen zum Schluss, dass es sich dabei um weit verbreitete Phänomene in der pflegerischen Arbeit handelt. Die Autorin geht davon aus, dass es möglich ist, Verbesserungen vorzunehmen, um Unterbrechungen in der Pflege zu minimieren und um die daraus hervorgehenden Effekte zu verringern. In diesem Zusammenhang wird kritisch angemerkt, dass dadurch Risiken bezüglich PatientInnensicherheit hervorgerufen werden können.

In der Studie *Interruptions and Multitasking in Nursing Care* von Kalisch und Aebersold (2010) wird darauf aufmerksam gemacht, dass Studien zum Themengebiet der Unterbrechungen und des Multitaskings sehr rar ausfallen. Sie weisen darauf hin, dass sich die meisten Studien auf den ärztlichen Bereich beziehen und nur wenige auf die Pflege. In Zusammenhang mit Pflege liegt der Schwerpunkt der Studien zumeist in Notfall- und Chirurgie-Settings. Die Autorinnen zeigen auf, dass bereits durchgeführte Studien zum Thema Unterbrechungen im akutklinischen Bereich in ihren Ergebnissen sehr schwanken. Sie geben an, dass von zwischen 3,4 bis 14 Unterbrechungen pro Stunde gesprochen wird. In ihrer eigenen Untersuchung definieren sie Unterbrechung als „an event initiated by other person(s) or something else such as a call light or pager ('other initiated') as well as an instance where the RN interrupted him- or herself ('self initiated')“ (Kalisch & Aebersold, 2010, S. 128) zum Thema Unterbrechungen kommen sie mittels Beobachtungen auf der Chirurgie, der Intensivstation und der progressive care unit zweier Krankenhäusern zum Ergebnis von 10 Unterbrechungen pro Stunde.

## **2.8. Doppel und Mehrfach Tätigkeiten/ Multitasking in der Pflege**

In der deutschsprachigen Recherche zum Thema Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten, womit zwei oder mehr Tätigkeiten, die von einer Pflegeperson gleichzeitig durchgeführt werden, gemeint sind, konnten keine Hinweise auf Literatur gefunden werden.



In der englischsprachigen Datenbankrecherche wurde die oben erwähnte Studie von Kalisch und Aebersold (2010) ausfindig gemacht. Die Autorinnen machen darauf aufmerksam, dass bezüglich Multitasking und Kommunikation zwei Studien im Notfallbereich vorliegen, wobei diese einerseits zum Ergebnis kamen, dass 6,7% der Kommunikation von Pflegenden in den Bereich von Multitasking fielen, andererseits, dass zwischen 5% und 11% pflegerischer Zeit in Multitaskingkommunikation verbracht wurde.

In ihrer eigenen Studie beobachteten sie Multitasking in allen pflegerischen Bereichen, nicht nur im Bereich der Kommunikation. Multitasking wurde von den Forscherinnen nach Spencer, Logan und Coiera (2002) definiert als „being involved in ‘two or more overlapping tasks at one time’“ (Kalisch & Aebersold, 2010, S. 128). Sie kamen in zwei Krankenhäusern zu unterschiedlichen Ergebnissen. Gesundheits- und Krankenpflegepersonal war zu 30% bzw. 40% in Multitasking involviert (Kalisch & Aebersold, 2010). „The events associated with multitasking were communication (41% [Hospital 1] and 37% [Hospital 2]), nursing interventions (15% and 14%), medication administration (13% and 13%), documentation (10% und 15%) and assessment (8% und 12%)“ (Kalisch & Aebersold, 2010, S. 129).

### **3. LEISTUNGEN IN DER GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGE**

Eine vermehrte Beschäftigung mit Leistungserfassung in der Pflege, mit Instrumenten und Systemen die Leistung aufzeichnen bzw. mit denen Leistung abgebildet wird, ist entstanden. Dieses Kapitel ist demnach von den Fragen „Wozu pflegerische Leistungserfassung?“, „Werden Tätigkeiten von Pflegepersonen als Leistungen wahrgenommen?“, „Wie kann pflegerische Leistung erfasst werden?“ und „Welche Instrumente der Leistungserfassung finden Einsatz?“ geprägt.

#### **3.1. Begriffsbestimmung**

Im Zusammenhang mit Leistungserfassung ist es notwendig einerseits die Begriffe pflegerische Leistung und Leistungsbedarf und andererseits Pflegebedarf, Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarfserhebung zu definieren. Aufgrund der Tatsache, dass die Durchführung pflegerischer Leistungen von dem Pflegebedarf der/des PatientIn abhängig ist, erscheint es in diesem Zusammenhang wichtig auch die Begriffe der zweiten Begriffsgruppe zu klären.

„*Pflegerische Leistungen* können allgemein definiert werden als Handlungen bzw. Maßnahmen, die dem Aufgabengebiet der professionell Pflegenden zugeordnet werden“ (Wingefeld, 2000, S. 339).

„Als Leistungsbedarf wird die erforderliche Pflege bezeichnet“ (Fischer, 2002, S. 82).

„Unter *Pflegebedarf* ist ein Teil oder die Gesamtheit der pflegerischen Interventionen zu verstehen, die als geeignet und erforderlich gelten, um pflegerisch relevante Problemlagen zu bewältigen“ (Wingenfeld, 2000, S. 339).

„*Pflegebedürftigkeit* [...] bezeichnet ganz allgemein den Umstand, dass ein Mensch infolge eines Krankheitsereignisses oder anderer gesundheitlicher Probleme auf pflegerische Hilfen angewiesen ist. Insofern stellt ‚pflegebedürftig‘ ein Merkmal dar, das ausschließlich dem betroffenen Individuum zuzuordnen ist“ (Wingenfeld, 2000, S. 339).

Halek (2003, S. 33) zeigt auf, dass zwischen der pflegerischen Bedürftigkeit und dem Bedarf, „nur ein mittelbarer Zusammenhang besteht. Die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit führt nicht automatisch zur Festlegung des Pflegebedarfs und der Pflegebedarf sagt nicht direkt etwas über die Pflegebedürftigkeit aus“.

„Die Pflege(bedarfs)erhebung umfaßt das Erkennen und Beschreiben pflegerelevanter Probleme und Fähigkeiten des pflegebedürftigen Menschen in Hinblick auf Aktivitäten und existentielle Erfahrungen (AEDL) in ihren Auswirkungen auf den Gesundungs- und Lebensprozeß sowie die Abschätzung der zugrunde liegenden Ursachen“ (Krohwinkel, 1991, S. 30). „Die Pflegebedarfserhebung hat den Sinn, neben bestehenden Problemen/Bedürfnissen auch vorhandene Fähigkeiten von PatientInnen und ihren primären persönlichen Bezugspersonen sichtbar zu machen“ (Krohwinkel, 2008, S. 400).

### **3.2. Notwendigkeit pflegerischer Leistungserfassung**

Leistungsaufzeichnung ist laut dem Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung (2004) aufgrund von mehreren Punkten notwendig und von besonderer Wichtigkeit:

- PatientInnen haben das Recht zu erfahren welche Tätigkeiten aus welchen Gründen verrichtet werden.
- Pflegende wollen und müssen pflegerisches Handeln transparent machen.
- Leistungstransparenz ist notwendig, um den Ressourcenverbrauch nachvollziehbar zu machen (in Deutschland ist dies spätestens seit der Einführung der DRGs von Bedeutung).
- Im Zuge von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement führt Leistungserfassung, im Sinne von genauer Prozessdokumentation und Dokumentation von Standards, zu Erhöhung von Transparenz.

Frank (2006) spricht darüber hinaus davon, dass auch im pflegerischen Bereich Leistungstransparenz aufgrund von Kostensenkung im Gesundheitswesen erforderlich ist. Nicht nur Leistungserfassung, sondern auch Leistungsbegründung ist vonnöten. Bartholomeyczik (2002) nennt im Zusammenhang mit Leistungsbegründung Defizite und Ressourcen von Menschen, die Hilfe suchen. „Aus diesen beiden Dimensionen lassen sich in einem ersten Schritt die möglichen Maßnahmen ableiten. Wie sie allerdings genau aussehen sollen, hängt davon ab, welche Ziele erreicht werden sollen. Gemeinsam mit den Zielen ergeben sich dann in einem zweiten Schritt die erforderlichen Maßnahmen“ (Bartholomeyczik, 2002, S. 229f). Die Definition von Zielen stellt die Basis der Begründung sowie der Auswahl der Interventionsart und Maßnahmenart dar (Bartholomeyczik, 2002).

### **3.3. Benennung, Bestimmung, Erhebung und Wahrnehmung von Pflegeleistung**

„Die zahlenmäßig größte und personalkostenintensivste Gruppe der Leistungserbringer in einem Krankenhaus sind Pflegende. Leistungen der Pflege nicht benennen und nicht berechnen zu können, kann daher als wirtschaftliches Risiko eingestuft werden“ (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung, 2004, S. 9).

Als problematisch muss die Tatsache gesehen werden, dass der von der Gesundheits- und Krankenpflege geleistete Beitrag am Genesungsprozess von PatientInnen nicht direkt bestimmbar ist (Isford, 2008; Stiller, 2005). Dies resultiert aus nachstehenden Fakten: „Weder sind die pflegerischen Leistungen eindeutig definiert und der Berufsgruppe alleinig zugeordnet, noch sind sie eindeutig benannt, noch werden sie umfassend gezielt erhoben und in Verbindung zum Patientenzustand oder der Gesundheit des Patienten gebracht“ (Isford, 2008, S. 23). Auch Stiller (2005) spricht davon, dass für den Gesundheits- und Krankenpflegeberuf weder Definitionen von Anforderungen noch von Leistungen vorliegen.

Stiller (2005, S. 127) kann in ihrer empirischen Erhebung über Leistungsverständnis von Pflegepersonen die Behauptung, „dass Krankenpflegenden das Verständnis für den Wert ihrer Leistung verstellt ist“ belegen. Eigene Leistungen werden wie selbstverständlich ausgeblendet. Erst eine sehr sorgfältige Reflexion ermöglicht die Benennung von Geleistetem (Stiller, 2005).

Es wurde auch erkannt, dass Pflegepersonen „ihre Arbeit nur unzureichend als Leistung *für* den Patienten verstehen“ (Stiller, 2005, S. 134). Die eigene Tätigkeit wird im Wesentlichen als Zuarbeit und Hilfsberuf für andere Professionen, hauptsächlich die des ärztlichen Berufsstandes, gesehen. Diese Tatsache resultiert unter anderem daraus, dass eine Unterschlagung der Bestimmung des Pflegeleistungsbegriffs zentral ist (Stiller, 2005). „Die- eigene und fremde- Ignoranz gegenüber der Bestimmung pflegerischen Leistung ist Kranken-

pflegenden nicht bewusst. Diese ‚partielle Amnesie‘ scheint ihrerseits ein grundlegender Bestandteil in der Tradition der organisierten Krankenpflege zu sein“ (Stiller, 2005, S. 20).

Die Befragten sehen die Gesunderhaltung oder die Verbesserung der Gesundheit nicht als ihren eigenen Leistungserfolg. Aufopferung und Fremdbestimmtheit, traditionell stark ausgeprägte Merkmale der Pflege (siehe Kapitel 1.), bestehen demnach weiterhin (Stiller, 2005).

Das Verhältnis von Medizin und Pflege wird dahingehend als problematisch angesehen, dass ein „Minderwertigkeitsgefühl“ (Stiller, 2005, S. 131) der Pflege vorherrschend ist. „Es manifestiert sich (1) in der unzureichenden Definition pflegerischer Leistungen als Beitrag zur Lösung gesellschaftlicher Problemlagen, (2) in einem Verständnis, dass Pflegen kaum ein besonderes Können voraussetzt und (3) der im Kontext gesellschaftlicher Bildungsprozesse viel zu spät formulierten Forderung zur Teilhabe an formellen Bildungsgängen der Pflegeaus- und –weiterbildungen. Mit dieser Ausgangslage finden Pflegende natürlich auch keine klare Abgrenzung zu pflegefremden Aufgaben“ (Stiller, 2005, S. 131).

Dienstleistungen der Pflege sind einerseits, wie bereits erwähnt, personenzentriert, andererseits organisationszentriert. Werden Leistungen für die Organisation Krankenhaus übernommen, so geschieht dies um reibungslose Abläufe zu gewährleisten. Administrative Tätigkeiten, die Durchführung von Botengängen und die Bestellung von Material können hier beispielsweise genannt werden. Von Pflegenden werden unter anderem auch organisatorische Lückenfüllerfunktionen übernommen, was teilweise als Anmaßung empfunden wird (Stiller, 2005).

Über diese Fakten hinaus muss kritisch angemerkt werden, dass der Bereich Pflege nur im Blickpunkt der Kosten betrachtet wird. Der Leistungsfaktor, der von dieser Berufsgruppe im Gesundheitswesen ausgeht, wird nicht beachtet (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung, 2004).

Zusammenfassend können folgende Problemfelder aufgelistet werden:

- Fehlende Definition, Benennung, Erfassung und Berechnung pflegerischer Leistungen
- Nicht bestimmbarer Anteil der Pflege am Genesungsprozess von PatientInnen
- Mangelndes Bewusstsein der Erbringung von Leistung von Seiten der Pflegepersonen selbst
- Fehlende Abgrenzung des pflegerischen Leistungsbereichs
- Mangelnde Beachtung des pflegerischen Leistungsfaktors

### 3.4. Möglichkeiten der Erfassung von Pflegeleistung

„Leistungen der Pflege können in unterschiedlichem Detaillierungsgrad erfasst werden“ (Fischer, 2002, S. 139). Zählung von Pflgetagen, Gewichtung von Pflgetagen, Gewichtung von Pflegeleistungen und Messung von Zeit- und Materialaufwand sind laut Fischer (2002) die verschiedenen Formen von Leistungsausweisung.

Die simpelste Form ist jene, bei der die Summe der Pflgetage ermittelt wird. In diesem Fall wird davon ausgegangen, dass der tägliche Aufwand an Pflege wenig stark variiert bzw. dass über ein Jahr gesehen ein Ausgleich des Pflegeaufwandes stattfindet. Hierbei muss kritisch angemerkt werden, dass es zu einer Verweildauerreduktion und zu einer Erhöhung von aufwendiger Pflege gekommen ist. Das Prinzip des Ausgleichs wird durch diese Entwicklungen nicht mehr anzutreffen sein (Fischer, 2002).

Der nächste Detaillierungsgrad wird mit *Prototypenmodellen* erreicht. Pflgetage werden über die Intensität des Pflegeaufwandes gewichtet. Mittels vorab Zuteilung von PatientInnen in Pflegeaufwandskategorien wird eine Klassifikation vorgenommen. Diese Kategorisierung geschieht über Pflegeleistung und teilweise auch über Pflgediagnosen (Fischer, 2002).

*Faktorenmodelle* ermöglichen eine Gewichtung von Pflegeleistungen. Die Benennung und Erhebung einzelner Pflegeleistungen erfolgt. Pflegeleistungen wird ein Zeitwert hinterlegt. Erfolgt die Summierung der gewichteten Zeiten, so kann der Pflegeaufwand pro PatientIn ermittelt werden. Die Erfassung von direkten Pflegeleistungen steht im Zentrum von Faktorenmodellen. Es muss darauf hingewiesen werden, dass die Definition direkter Pflegeleistung in einzelnen Modellen variiert. Pflegeleistungserfassung ist über die erforderliche, die geplante und/oder die erbrachte Leistung möglich. Bei den erforderlichen Leistungen steht der Leistungsbedarf im Mittelpunkt. Geplante Leistungen berücksichtigen sowohl den Leistungsbedarf als auch die momentane Situation. Wird die erbrachte Leistung aufgezeichnet, so werden die Tätigkeiten, die pro PatientIn erbracht wurden täglich vermerkt. Des Weiteren ermöglichen Faktorenmodelle einerseits retrospektive, andererseits prospektive Leistungserfassung. Zusammenfassend ist festzustellen, dass Faktorenmodelle eine Vielzahl an Erfassungsmöglichkeiten gewährleisten. Die Dokumentation von Soll-Zeit, Ist-Zeit, Soll-Leistung, Geplante Leistung und Ist-Leistung kann erfolgen (Fischer, 2002).

Die direkte Messung von Zeit- und Materialaufwand stellt eine weitere Aufzeichnungsoption dar. Direkte Pflegezeitmessung wird derzeit nicht durchgeführt. Die patientInnenbezogene Messung von Materialaufwand erfolgt teilweise. Priorität bei der Pflegezeitmessung wäre die Erfassung des Zeitaufwandes je PatientIn. Eine Aufzeichnung der durchgeführten Tätigkei-

ten wäre demnach nicht vorgesehen, was als Nachteil in Bezug auf die Behandlungsbeurteilung gesehen werden muss. Problematisch erscheint darüber hinaus die Tatsache, dass eine personenbezogene und somit keine stationsbezogene Dokumentation der erbrachten Leistung vonstatten ginge (Fischer, 2002).

### 3.5. Instrumente zur Pflegeleistungserfassung

„Eine Leistungsabbildung hat zum Ziel, die Realität der Pflegeabläufe möglichst genau und individuell zu erfassen“ (Isford, 2008, S. 59).

Instrumente, die Leistung aufzeichnen, können laut dem Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung (2004) in zwei Klassen unterteilt werden, die *handlungsbezogenen Instrumente* und die *zustandsbezogenen Instrumente*. „Handlungsbezogene Instrumente bilden die Handlungsseite der Pflege ab. Sie haben das primäre Ziel, die Tätigkeiten der Pflegenden zu erfassen, zuzuordnen und darzustellen. Zustandsbezogene Instrumente bilden die Fähigkeiten, Funktionsstörungen, Ressourcen, Gewohnheiten, Einstellungen oder auch die Therapieziele des Patienten ab. Aus der Ermittlung soll sich ein Hilfebedarf darstellen lassen, der dann von den Pflegenden aufgenommen und beantwortet werden kann“ (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung, 2004, 18f).

Haasenritter, Wieteck und Bartholomeyczik (2009) sprechen von *maßnahmenbezogenen Instrumenten*, wobei sie damit Instrumente, die Pflegemaßnahmen unterschiedlich detailliert erfassen, meinen. Diesen Instrumenten sind Zeitwerte oder Punkte hinterlegt. Die Autorinnen geben an, dass Pflegemaßnahmen ebenso in *multidimensionalen Instrumenten* einfließen können. Bei dieser Instrumentenart kann auf Zustände von PatientInnen, auf pflegerische Maßnahmen und/oder Pflegeoutcomes geachtet werden.

Betrachtet man Instrumente abgesehen von den erwähnten Klassen, können sie nach dem Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung (2004) in folgenden Bereichen unterschieden werden:

- Erstellung der Instrumente: wissenschaftsbezogen ≠ logisch konstruiert
- Zeitwerte der Instrumente: normativ ≠ real erbracht bzw. Normzeit ≠ Ist- Zeit
- Einsatz der Instrumente: kontinuierlich ≠ diskontinuierlich

Von den vorhandenen Pflegeleistungserfassungsinstrumenten werden anschließend die drei Instrumente PPR, LEP und DTA ausgewählt und beschrieben. Die Wahl fällt auf diese drei Instrumente, da sie sowohl in Österreich als auch in Deutschland Einsatz und Anwendung finden.

### **3.5.1. Pflegepersonalregelung (PPR)**

Es erfolgt eine kurze Angabe bzgl. Anwendung der PPR, eine allgemeine Darstellung und die Beschreibung ihrer Leistungsbündel.

#### **3.5.1.1. Anwendung der PPR**

In Deutschland kam es zur gesetzlichen Verankerung der PPR, die infolgedessen zwischen 1993 und 1996 in Kliniken Anwendung fand. Auch nach Aufhebung der gesetzlichen Regelung und trotz vorhandenem Wissen über die Schwächen des Systems ist die PPR in Krankenhäusern noch weit verbreitet und wird genutzt. Auch in Österreich, in Krankenhäusern des Österreichischen Krankenanstaltenverbundes, findet eine modifizierte Version seit 1999 Anwendung. Im Rahmen von Pflegeleistungsbeobachtung, Organisationssteuerung und Ressourcenverteilung wird die PPR in beiden Ländern fortlaufend genutzt (Frank, 2006).

#### **3.5.1.2. Allgemeine Darstellung der PPR**

Die PPR ist ein Instrument, das Pflegeleistung als Grundlage für die Personalbemessung heranzieht. Es „wurden die Tätigkeiten der Krankenpflege in verschiedenen Leistungsbündel zusammengefaßt, die jeweils einen bestimmten Teil pflegerischer Versorgung ausmachen“ (Schöning, Luithlen & Scheinert, 1995, S. 33).

Insgesamt wird das pflegerische Leistungsspektrum mittels fünf Leistungsbündel, denen jeweils ein normativ vorgegebener Zeitwert hinterlegt ist, erfasst. Pflegegrundwert, allgemeine Pflege, spezielle Pflege, Fallwert und gesunde Neugeborene sind die Teilbereiche. Die Transparenz des Leistungsbedarfs sollte mit dem Instrument erzielt werden, um daraus den Personalbedarf zu klären (Schöning et al., 1995).

Bei der PPR handelt es sich um ein Prototypenmodell (Fischer, 2002), ein zustandsbezogenes Instrument (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung, 2004) und laut der Definition von Haasenritter et al. (2009) um ein maßnahmenbezogenes Instrument.

#### **3.5.1.3. Die Leistungsbündel der PPR**

Die fünf genannten Leistungsbündel werden in diesem Abschnitt dargestellt:

- **Pflegegrundwert**

Der Pflegegrundwert ist ein Zeitwert (30 Minuten pro Tag und erwachsenem/r PatientIn), der bei allen PatientInnen Berücksichtigung findet. Dieser Wert verkörpert Handlungen, die nicht unter die direkte, sondern die indirekte PatientInnenversorgung fallen. Organisation, Koordination, Besprechungen und Fortbildungen sind beispielsweise in diesem Bereich zu nennen (Schöning et al., 1995).

- **Allgemeine Pflege und Spezielle Pflege**

PatientInnen werden in zwei verschiedene *Leistungsbereiche* und drei *Pflegestufen* eingegliedert. Die zwei Leistungsbereiche unterscheiden sich folgendermaßen:

Im Bereich der *allgemeinen Pflege (Grundpflege A)* werden grundpflegerische Tätigkeiten gebündelt, die zur Befriedigung der Grundbedürfnisse durchgeführt werden. Die *spezielle Pflege (Behandlungspflege S)* umfasst die Ausführung von Anordnungen von Seiten der Ärzte. Diese Tätigkeiten stehen in Verbindung mit Diagnostik und Therapie (Schöning et al., 1995).

Die Leistungsbereiche sind in jeweils drei Pflegestufen zu unterteilen. Es wird von folgenden Leistungen gesprochen:

- A1 und S1: Grundleistungen
- A2 und S2: erweiterte Leistungen
- A3 und S3: besondere Leistungen

(Mitglieder der Expertengruppen Kranken- und Kinderkrankenpflege, 1993)

#### **Die Pflegestufen der allgemeinen Pflege**

A1: PatientInnen brauchen ein wenig Unterstützung, da sie selbständig entscheiden und handeln können. Einschränkungen sind kaum oder gar nicht vorhanden.

A2: PatientInnen sind auf Hilfen von Gesundheits- und Krankenpflegepersonal angewiesen, jedoch kann von einer teilweisen Eigenständigkeit ausgegangen werden.

A3: PatientInnen sind nicht fähig selbständig ihre Grundbedürfnisse zu stillen. Es handelt sich um Personen die eine vollständige oder überwiegende Pflegeabhängigkeit vorweisen (Mitglieder der Expertengruppen Kranken- und Kinderkrankenpflege, 1993; Schöning et al., 1995).

#### **Die Pflegestufen der speziellen Pflege**

S1: Gewisse pflegerische Leistungen werden pro PatientIn erbracht. Beispiel: Verbandswechsel durchführen.

S2: PatientInnen sind in einer akuten Krankheitsphase und benötigen eine erhöhte Beobachtung oder arbeitsintensivere Behandlungen.

S3: Der PatientInnenzustand ist von Lebensbedrohung gekennzeichnet. Pflegeleistungen sind in Verbindung zu bringen mit der Vorbeugung einer vitalen Gefährdung. Engmaschige Beobachtungen oder besonders intensive Behandlungen sind notwendig (Mitglieder der Expertengruppen Kranken- und Kinderkrankenpflege, 1993; Schöning et al., 1995).



- **Fallwert**

Der Fallwert, ein Pauschalwert, wird pro PatientIn und Krankenhausaufenthalt einmalig berücksichtigt. Organisatorische Tätigkeiten im Bereich der Aufnahme, Entlassung oder Verlegung fallen in diesen Bereich. Darüber hinaus ist die Versorgung von verstorbenen PatientInnen dieser Kategorie zuzuordnen (Mitglieder der Expertengruppen Kranken- und Kinderkrankenpflege, 1993; Schöning et al., 1995).

- **Gesunde Neugeborene**

Hierbei handelt es sich um einen pauschalen Wert pro Tag, der für Tätigkeiten, die mit der Versorgung von gesunden Neugeborenen sowie der Unterstützung und Anleitung der Mutter in Verbindung zu bringen sind (Mitglieder der Expertengruppen Kranken- und Kinderkrankenpflege, 1993; Schöning et al., 1995).

### **3.5.2. Leistungserfassung in der Pflege (LEP)**

Die Entwicklung und Anwendung von LEP sowie eine allgemeine Darstellung und die Gliederung des Instruments (samt Beispiel) folgen in diesem Abschnitt.

#### **3.5.2.1. Entwicklung und Anwendung von LEP**

Das Instrument LEP liegt bereits in mehreren Versionen vor. 1988 kam das erste Produkt auf den Markt. LEP Nursing 2 und LEP Nursing 3 folgten 2001 und 2006. Das Instrument findet hauptsächlich in der Schweiz, aber auch in Deutschland und Österreich Anwendung ([www.lep.ch](http://www.lep.ch), Zugriff am 14. Dezember 2010).

#### **3.5.2.2. Allgemeine Darstellung von LEP**

Pflegeleistungen werden mittels LEP systematisch und standardisiert erhoben, womit Leistungen von Pflegenden der eigenen Berufsgruppe sowie Dritten gegenüber transparent gemacht werden können (Maeder, Bamert, Baumberger, Dubach & Kühne, 2006). Das Leistungserfassungssystem von LEP Nursing 3 ermöglicht eine Aufzeichnung diverser Leistungen, die aus dem eigenständigen, delegierten und organisatorischen Aufgabenbereichen stammen (Baumberger & Kühne, 2006). Das System beinhaltet Pflegeinterventionen der direkten und indirekten Pflege sowie administrative Tätigkeiten und stationsspezifische Aspekte (Haasenritter et al., 2009).

Bei LEP handelt sich um ein Einzelleistungsmesssystem. Einem Großteil der Pflgetätigkeiten sind je Leistungsintensität verschiedene normative Zeitwerte zugeordnet. Die Intensitätsstufen variieren zwischen drei und vier Graden der Intensität. Zum Beispiel kann die Intensität von sehr einfach bis aufwändig reichen (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung, 2004). Die Summe der Zeitwerte zeigt den Pflegeaufwand pro PatientIn auf. Über

die Erfassung von normativen Zeitwerten hinweg ist es bei manchen Variablen auch möglich mittels Zeitstrahl Realzeiten von Tätigkeiten zu notieren (Isford, 2008).

Auf die inhaltliche Dimension bezogen ist LEP nach Haasenritter et al. (2009) ein maßnahmenbezogenes Instrument. Laut Fischer (2002) handelt es sich bei LEP um ein Faktorenmodell.

Mit Hilfe der quantitativen Tätigkeitserfassung in LEP ist es möglich die erfassten Daten in den Bereichen Personalsteuerung, Qualitätsmanagement und Personalbedarfsplanung einzusetzen (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung, 2004).

### 3.5.2.3. Gliederung von LEP

LEP Nursing 3 ist hierarchisch in folgende fünf Abstraktionsstufen gegliedert:

- „Variablenhauptgruppe“
- „Variablengruppe“
- „Variablenuntergruppe“
- „Variable“
- „LEP Intervention“

(Baumberger, Kühne & Hieber, 2007, S. 6).

Ein Beispiel soll diese Abstraktionsstufen verdeutlichen:

Tabelle 2: Beispielhafte Darstellung der Abstraktionsstufen von LEP

Variablenhauptgruppen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informationsvariablen</li> <li>• Betriebsvariablen</li> <li>• Aufwandvariablen</li> </ul>
Auswahl der Variablenhauptgruppe <i>Aufwandvariablen</i>	
Variablengruppen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewegung</li> <li>• Ernährung</li> <li>• Atmung/Kreislauf</li> <li>• Aktivität</li> <li>• Sicherheit</li> <li>• Medikation</li> <li>• Besprechung</li> <li>• Körperpflege/Kleiden</li> <li>• Ausscheidung</li> <li>• Gespräch</li> <li>• Begleitung/Betreuung</li> <li>• Laboruntersuchung</li> <li>• Behandlung</li> <li>• Dokumentation/Organisation</li> </ul>
Auswahl der Variablengruppe <i>Bewegung</i>	
Variablenuntergruppen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilisation</li> <li>• Lagern</li> <li>• Umbetten</li> </ul>
Auswahl der Variablenuntergruppe <i>Lagern</i>	
Variablen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lagern M 5</li> <li>• Lagern Z</li> <li>• Lagern anders spezifiziert F</li> </ul>
Auswahl der Variable <i>Lagern M 5</i>	
LEP Interventionen (Beispiele)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A-Lagerung durchführen</li> <li>• Bauchlagerung durchführen</li> </ul>

(Baumberger et al., 2007).

### **3.5.3. Diagnosebezogene Tätigkeitsanalyse (DTA)**

Bei diesem Instrument handelt es sich um ein handlungsbezogenes Messinstrument, das die Ist- Zeiterfassung aufzeichnet. Dieses System ist dahingehend flexibel, dass es einrichtungsspezifisch angepasst werden kann. Kategorien und Beschreibungen können in gewohnter Sprache und Einteilung von MitarbeiterInnen eingerichtet werden. DTA findet immer nur in einem bestimmten Zeitraum Anwendung, d.h. es handelt sich um kein kontinuierliches Instrument. Mit Hilfe eines bestimmten Geräts werden Leistungen eigenmächtig von MitarbeiterInnen kontinuierlich und patientInnenbezogen aufgezeichnet (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung, 2004). Pflegepersonen haben während der Arbeit das Gerät bei sich und erfassen pro Patient die Art der Leistung und die Leistungsgruppe (Isford, 2008).

Dieses Erfassungssystem kann sowohl für die Pflege, als auch für andere Berufsgruppen verwendet werden. Der zeitliche Aufwand an Leistungen unterschiedlicher Berufsangehöriger kann ermittelt werden (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung, 2004). Primäres Ziel des Instruments ist die Aufzeichnung von Belastungszeiten und Leistungsarten, um ein Verständnis für Betriebsabläufe zu erlangen und diese in Folge zu optimieren (Isford, 2008).

### **3.5.4. Bewertung der drei Pflegeleistungserfassungsinstrumente**

Das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung (2004) zeigt nach einer Analyse auf, dass unter Instrumenten, die sie einer Prüfung unterzogen, keines umfassend genug war, um pflegerische Leistungen transparent zu machen und gleichzeitig deren Notwendigkeit zu beschreiben. Auch die Instrumente LEP, PPR und DTA wurden dieser Analyse unterzogen und dementsprechend bewertet.

Darüber hinaus kommen Haasenritter et al. (2009) ebenfalls zum Ergebnis der unzureichenden Pflegeleistungsabbildung in diversen Instrumenten. In ihrer Analyse beschäftigten sie sich unter anderem mit LEP und PPR. Das Instrument DTA wurde keiner Analyse unterzogen.

## **4. KRANKENHAUSFINANZIERUNGSSYSTEME IN DEUTSCHLAND UND ÖSTERREICH**

In diesem Diplomarbeitsteil wird das Augenmerk auf Krankenanstaltenfinanzierung in Deutschland und Österreich gelegt. Das System der in Deutschland verwendeten *Diagnosis Related Groups (G-DRGs)* wird ausführlicher betrachtet als die *Leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung (LKF)* in Österreich. Die Vertiefung in das Krankenhausfinanzierungs-

system in Deutschland resultiert erstens daraus, dass hier dieses Thema verstärkt diskutiert wurde bzw. wird, zweitens vermehrt pflegewissenschaftliche Literatur und Forschungsarbeiten zur Verfügung stehen und drittens die Beschreibung dieses Entgeltsystems für das Verständnis weiterer Abschnitte von Bedeutung sein wird.

#### **4.1. Finanzierungssituation in Deutschland**

Im Zusammenhang mit der Krankenhausfinanzierung werden Entstehungsgeschichte und Aufbau von DRGs, Anmerkungen aus Sicht der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. der Pflegewissenschaft sowie aktuelle Entwicklungen dargelegt.

##### **4.1.1. Entstehungsgeschichte der DRGs**

„<Diagnosis Related Groups> (DRGs) ist ein Name einer Gruppe von ärztlich-ökonomischen Patientenklassifikationssystemen, welche sich - ausgehend von den USA - zunehmend in einer ganzen Reihe von Ländern [...] verbreitet haben“ (Fischer, 2002, S. 15). In den späten 1970 Jahren wurden die ersten DRG-Systeme in den USA geschaffen, welche bis zum heutigen Zeitpunkt bereits zahlreichen Entwicklungen unterlagen. Aus dem ersten DRG-System, der *Yale DRG*, hat sich bereits eine Vielfalt an abgewandelten DRG-Systemen entwickelt. So entstanden beispielsweise im Jahr 1997 in Österreich das System der Leistungsbezogenen Diagnosen-Fallgruppen (LDF) (Fischer, 2008) und 1999 in Australien die Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRGs) (Fischer, 2002). Bereits ein Jahr später wurde zwischen Australien und Deutschland ein Vertrag abgeschlossen, worin eine Nutzungserlaubnis der AR-DRGs für Deutschland festgelegt wurde. Anpassungen und Weiterentwicklungen erfolgten und 2003 lag das Endprodukt, die G-DRGs vor, welche 2004 in allen deutschen Akutkrankenhäusern zur Finanzierung der Behandlungskosten eingeführt wurden (Hollick & Kerres, 2002).

##### **4.1.2. Beschreibung der DRGs**

Mittels DRGs werden Behandlungsfälle von Akutkrankenhäusern in sinnvoll definierte medizinische Gruppen zusammengefasst, die aufgrund von Diagnosen, Prozeduren und Schweregrad einen ähnlichen Kostenaufwand mit sich bringen (Fischer, 2002; Wieteck, 2005; Wieteck, 2009). Die medizinischen Diagnosen basieren auf der *International Classification of Diseases* (ICD), dabei handelt es sich eine „[o]ffizielle Liste aller Kategorien körperlicher und geistiger Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen [...] die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben wird“ (Dröber et al., 2004, S. 524f). Werden PatientInnen im Krankenhaus aufgenommen, so findet die Bestimmung einer DRG statt. Im ersten Schritt wird die Hauptdiagnose, jene Diagnose, aufgrund derer ein stationärerer Krankenhausauf-

enthalt von Nöten ist, bestimmt. Weiters erfolgt die Einordnung in eine Hauptkategorie. Die wichtigsten Organsysteme werden in den Hauptkategorien abgebildet. Hierin ist eine Unterscheidung in operative und nicht-operative Behandlungen vorzunehmen. Handelt es sich um eine operative Behandlung erfolgt die Zuordnung nach der wichtigsten Operation (Hollick & Kerres, 2002). Die „Berücksichtigung von Schweregraden der Behandlung [geschieht] durch Kodierung von Nebendiagnosen und Komplikationen [...] Zusätzlich wird unter Berücksichtigung einiger anderer Parameter, wie z.B. dem Alter des Patienten, das Kostengewicht [...] des Behandlungsfalls ermittelt. Das relative Kostengewicht [...] wird mit der Basisrate [...] multipliziert, woraus sich der Erlös für den Behandlungsfall ermittelt“ (Wieteck, 2009, S. 11). Über die Klassifikationen hinaus gibt es auch PatientInnen, die nicht zuordenbar sind. Für diese Personen gibt es die Kategorie der „nicht klassifizierbaren Fälle“ (Hollick & Kerres, 2002).

Die Abbildung der Pflege in den DRGs erfolgt in herkömmlichen DRG-Systemen, laut Fischer (2002) in zweierlei Hinsicht: Einerseits über undifferenzierte tagesgleiche Pflegesätze und andererseits über Nebendiagnosen. Diese Berücksichtigung wird jedoch als unzureichend bewertet, da tagesgleiche Pflegesätze Pflegeleistungen in einem sehr geringfügigen Ausmaß berücksichtigen und es sich bei den Nebendiagnosen um medizinische Diagnosen handelt.

Unter dem Begriff der „pflegerrelevanten Nebendiagnosen“ werden medizinische Diagnosen verstanden, die einen großen Aufwand an Pflege mit sich bringen und die deshalb von Pflegepersonen teilweise angemessener identifiziert werden können als von ÄrztInnen (Beispiel: Inkontinenz). Von Pflegediagnosen ist in diesem Zusammenhang nicht die Rede (Bartholomeyczik, 2007). Die Diagnosen der beiden Fachbereiche unterscheiden sich dahingehend, dass medizinische Diagnosen Bezeichnungen für Krankheiten/ Organstörungen/ pathophysiologischen Veränderungen sind und so lange aufrecht bleiben bis eine Heilung eintritt. Pflegediagnosen befassen sich hingegen einerseits mit menschlichen Reaktionen auf gesundheitliche Probleme oder Prozesse des Lebens, die bereits vorliegen oder deren Auftreten möglich ist und andererseits sowohl mit den physiologischen Reaktionen als auch dem Verhalten von Personen. Aufgrund der Möglichkeit, dass sich Reaktionsmuster von Menschen ändern, können sich auch Pflegediagnosen innerhalb kürzester Zeit ändern (Stefan, Allmer & Eberl, 2003).

Nach dieser kurzen Schilderung der Entstehungsgeschichte sowie den zusammenfassenden Einführungserklärungen wird im Folgenden dargelegt, was dazu aus pflegerischer Sicht zu bemerken ist.

### **4.1.3. DRGs und Gesundheits- und Krankenpflege**

Es sollte nochmals explizit hervorgehoben werden, dass das Entgeltsystem in Deutschland ausschließlich auf medizinischen Diagnosen beruht. Im nachstehenden Abschnitt wird auf den Zweifel und die Sorgen von Seiten der Pflegewissenschaft, auf Möglichkeiten der Abbildung von Pflege im System sowie auf neuerliche Entwicklungen in diesem Zusammenhang eingegangen.

#### **4.1.3.1. Bedenken aus pflegewissenschaftlicher Sicht**

Die Einführung des neuen Entgeltsystems in Deutschland brachte Bedenken von Seiten der Pflege hervor. Einerseits „wurde bezweifelt ob in diesem System die Abbildung der Leistung von Pflegenden gar nicht oder zu geringfügig Beachtung findet“ (Bartholomeyczik, 2007, S. 1). Andererseits wurde Kritik der PflegeexpertInnen dahingehend geübt, dass es mit Einführung der DRGs „voraussichtlich zu bedeutenden Veränderungen in den pflegerischen Aufgabenstrukturen kommen wird“ (Hausner, 2005, S. 125).

- **Abbildung der Pflege im DRG-System**

Kahlisch, Kobold und Rau (2004) führen an, dass der Bedarf an Leistung in der Pflege über medizinische Diagnosen alleine nicht hinreichend abgebildet wird. Bartholomeyczik (2007, S. 5) verstärkt diese Aussage mit der Feststellung, dass „pflegerische Leistungen durch das DRG-System unsichtbarer werden“. Es kann „keine lineare Beziehung zwischen medizinischer Diagnose oder Diagnosegruppe (DRG) und erforderlicher Pflege vorausgesetzt werden“ Bartholomeyczik (2002, S. 232). Fakt ist, dass sich Medizin und Pflege aus verschiedenen Perspektiven mit Gesundheitsproblemen von Menschen beschäftigen, woraus auch die Differenzen der Diagnosen resultieren. In der Medizin werden Ursachen von Krankheiten behandelt und die Krankheitsfolgen abgeschwächt oder behoben. Pflege hingegen beschäftigt sich mit dem Kranksein, den Auswirkungen auf die Betroffenen und deren Umgang damit (Bartholomeyczik, 2002).

„Studien, die sich mit der Abbildung von Pflegeleistungen im DRG-System beschäftigt haben, kommen immer zu dem Ergebnis, dass Pflegeaufwand jeweils unterschiedlich ausfallen kann“ (Kahlisch et al., 2004, S. 26). Haasenritter, Wieteck und Bartholomeyczik (2009) verweisen in diesem Zusammenhang auf Studien von Borgel, Geselbracht, Ritz & Schmidt-Rettig (2000); Schmid (2007); Wieteck (2008) und Eberl, Bartholomeyczik & Donath (2005). Die Studie von Eberl et al. (2005) sollte an dieser Stelle kurz beschrieben werden. Die Autorinnen belegten, dass der Pflegeaufwand sogar in den gleichen medizinischen Diagnosegruppen differiert. Eine Querschnittstudie, die sich mit dem Problem der unangemessenen

Abbildung des Pflegeaufwandes in den DRGs beschäftigt, wurde von den Forscherinnen veröffentlicht. Im Forschungsprojekt zum Thema „Erfassung des Pflegeaufwands bei Patienten mit der medizinischen Diagnose Myokardinfarkt“ wurde der Pflegeaufwand bei 26 PatientInnen mit der Diagnose „akuter Myokardinfarkt“ erfasst. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass der Pflegeaufwand einer großen Variation unterworfen ist, auch da dieser sich tagtäglich verändert. Der Pflegeaufwand unterliegt in dieser PatientInnengruppe hohen bis sehr hohen Streuungen. Mit der Studie konnte demnach aufgezeigt werden, dass „die medizinische Diagnose Myokardinfarkt alleine den Pflegeaufwand nicht angemessen vorhersagen und abbilden kann“ (Eberl et al., 2005, S. 370).

Fakt ist, dass „Informationen über Art, Schweregrad und Dauer von Fähigkeitsbeeinträchtigungen oder Pflegebedürftigkeit innerhalb verschiedener DRGs eine höhere Erklärungskraft für den Pflegeaufwand [haben] als die medizinische Diagnose oder Prozedur“ (Müller, 2009, S. 33).

- ***Veränderungen im pflegerischen Tätigkeitsbereich nach Einführung der DRGs***

Betrachtet man die Veränderungen in den pflegerischen Tätigkeiten, so kann auf Lindemeyer (2003) hingewiesen werden, der darauf aufmerksam macht, dass für die Pflege in Deutschland mit Einführung der DRGs neue Aufgabenbereiche entstanden sind. Zieht man die Forderungen der Gesetzgebung heran, so ist erkennbar, dass Tätigkeiten und Aufgaben der Pflegedienst- und Stationsleitungen Veränderungen unterliegen sollten. Aufgaben im Managementbereich, beispielsweise im Zusammenhang mit dem Personalbudget, können hier angesprochen werden. Eine vermehrte Abgabe der Verteilung und Anpassung dieses Budgets von den Pflegedirektionen an untere Führungsebenen wäre wesentlich. Es wird gefordert, dass diese neuen Handlungsfelder beansprucht und definiert werden sollten (Lindemeyer, 2003). Bartholomeyczik (2007, S. 6) nennt darüber hinaus „neue Verantwortungen und Handlungsbereiche im Zusammenhang mit der Prozesssteuerung, Empowerment und Patientenedukation“. Des Weiteren kommt es vermehrt zum Einsatz von Überleitungsfachpersonen und Entlassungsmanagement, das geplant und standardisiert vonstatten geht (Bartholomeyczik, 2007).

Im Zuge einer Longitudinalstudie der Universität Witten/Herdecke fand die Ermittlung der Auswirkungen der DRGs auf die Pflege statt. In den Jahren 2003, 2004 und 2005 wurden an drei Krankenhäusern auf jeweils zwei Stationen Datenerhebungen durchgeführt, bei denen ermittelt wurde, ob es nach Einführung des neuen Entgeltsystems zu Veränderungen in der pflegerischen Tätigkeit kam. Es wurde sowohl die subjektive Einschätzung von Pflegenden erfragt als auch mittels Multimomentaufnahme (MMA) pflegerische Leistung aufgezeichnet

(Hausner, Juchems, Richter, Schulze, Geiping, Simon, Voß, Wiedemann, Donath & Bartholomeyczik, 2005). Festgestellt wurde, dass relativ gesehen die Zeit, die Pflegepersonen direkt bei den PatientInnen verbrachten, abnahm. Zwischen den Erhebungszeitpunkten ging der relative Anteil an patientennahen Tätigkeiten zurück, es wurden weniger direkte Pflegleistungen vollzogen, die Mitarbeit bei ärztlichen Tätigkeiten stieg hingegen leicht an. Kommunikation der Pflegenden als Einzeltätigkeit, beispielsweise Informationsweitergabe über Organisatorisches, verzeichnete ebenfalls einen Rückgang. Der zeitliche Aufwand im Zusammenhang mit Pflegedokumentation nahm während der beforschten Zeitspanne ab. Die Einführung der DRGs beschleunigte die Reduktion der Krankenhausverweildauer von PatientInnen (Bartholomeyczik, 2007), daraus resultiert, dass Aufgaben in die Familie und in ambulante bzw. nachsorgende Institutionen verlagert wurden. Schulung und Beratung von PatientInnen und deren Angehörigen, sowie ein kompetentes Entlassungsmanagement wären demnach überaus wichtige pflegerische Aufgabefelder, die Versorgungsbrüche vermeiden könnten. Als bedenklich muss jedoch erkannt werden, dass den Ergebnissen der Studie zu entnehmen sind, dass es in diesen Bereichen zu keiner Zunahme des zeitlichen Aufwandes von Pflegenden kam (Hausner et al., 2005).

Im Rahmen des Projekts „Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System (WAMP), Sozialwissenschaftliche Längsschnittanalyse der Auswirkungen des DRG-Systems auf den pflegerischen und medizinischen Dienstleistungsprozess und die Versorgungsqualität im Krankenhaus“ (Braun, Buhr & Müller, 2008, S. 14) wurde eine Studie durchgeführt, um die folgende Fragestellung zu bearbeiten: „Inwieweit haben sich die Arbeitsbedingungen und die Versorgungsqualität im Krankenhaus aus Sicht der Pflegekräfte im Zuge der Einführung der DRGs verändert?“ (Braun et al., 2008, S. 14). Pflegepersonen wurden zu zwei unterschiedlichen Zeitpunkten, Sommer 2003 und Herbst 2006, befragt, um Veränderungen im zeitlichen Verlauf festzustellen.

Die Kategorien „Patientennahe Tätigkeit, administrative Tätigkeit, hauswirtschaftliche Tätigkeit, Patiententransporte, Botengänge und Leerlauf“ (Braun et al., 2008, S. 77) wurden einer genaueren Betrachtung unterzogen. Es wurde dargestellt, inwiefern sich Arbeitsschwerpunkte verteilen und wie sich die durchschnittliche Anzahl der Arbeitsstunden nach verschiedenen Bereichen verhalten. Zusammenfassend konnte erkannt werden, dass die tägliche Arbeitszeit der Pflegenden angestiegen ist. Der zeitliche Aufwand, der für patientennahe Tätigkeiten von Nöten war, hat sich von 3,5 auf 3,97 Stunden erhöht. Lagen administrative Tätigkeiten mit 1,94 Stunden 2003 unter zwei Stunden, so stiegen diese mit 2006 auf 2,21 an. Der Zeitaufwand der restlichen Bereiche lag unter einer Stunde und stieg, den zeitlichen Verlauf betrachtet, in allen Bereichen geringfügig an. Eine Ausnahme stellt der Leerlauf, der etwas abnahm, dar.



Betrachtet man die genannten Kategorien anteilmäßig, so sind mit 47% im Jahr 2003 und 47,3% im Jahr 2006 patientennahe Tätigkeiten jene Tätigkeiten, die am häufigsten vorkommen sind. Gefolgt wird diese Kategorie von administrativen Tätigkeiten, die in etwa 26% der pflegerischen Arbeit ausmachen. 0,2 Prozentpunkte liegen in dieser Kategorie zwischen den zwei Erhebungszeitpunkten (Braun et al., 2008).

Müller (2009) weist auf allgemeine Entwicklungen der Krankenhausversorgung hin. Unter anderem gibt die Autorin an, dass der Rückgang der Verweildauer, der Abbau von Akutbetten, die Steigerung der Fallzahl, sowie der hoher Stellenabbau in der Pflege als Konsequenzen der DRG-Einführung zu sehen sind. Daraus folglich kommt es zu Konsequenzen in der Pflege, worunter beispielsweise der Bereich der Arbeitsverdichtung im pflegerischen Tätigkeitsbereich genannt werden kann.

Trotz der Zweifel und Kritik, die bezüglich pflegerischer Abbildung in den DRGs angestellt wurden, war auch der Deutsche Pflegerat aufgrund von „Kostentransparenz-, Steuerungs- und Wirtschaftlichkeitserwägungen heraus, also auch zur Verhinderung von Fehl- und Unterversorgung von Patienten“ (Müller, 2009, S. 32) für die Einführung des Entgeltsystems. Gleichwohl die Einführung befürwortet wurde, wurde immerzu nachdrücklich unterstrichen, dass eine fallbezogene Abbildung der professionellen Pflege eine hohe Notwendigkeit darstellt (Müller, 2009). Die Zustimmung der Einführung des Systems wird auch von Isford und Weidner (2009, S. 75) mit folgender Aussage bestätigt: „Die DRG- Einführung wird von der Pflege grundsätzlich befürwortet. Anpassungen und Forderungen beziehen sich auf Änderungen im System und nicht des Systems selbst.“

#### **4.1.3.2. Möglichkeiten der Abbildung von Pflege im DRG-System**

Um Pflege im DRG-System sichtbar zu machen, werden in Fachkreisen einige mögliche Optionen diskutiert:

Kahlisch et al. (2004) sprechen von der Notwendigkeit Pflegeparameter zu identifizieren. Über die Definition pflegerischer Zustände sollte mit Hilfe des pflegerischen Anteils eine Gewichtung der DRGs erfolgen.

Die Klassifikation von PatientInnen sollte durch einen Pflegefaktor ergänzt werden, so der Deutsche Pflegerat, welcher der Meinung ist, dass eine Korrektur vonnöten ist, da die derzeitige PatientInneneinstufung nicht haltbar ist (Müller, 2009).

„Erste Studienergebnisse zeigen, dass in DRG-Systemen der Leistungsbezug zur Pflege mithilfe von Pflegediagnosen präzisiert werden kann. [...] Pflegediagnosen [...] können [...] den unterschiedlichen Pflegeaufwand für Patienten in gleichen DRG möglicherweise zusätz-

lich erklären“ (Baumberger, 2002, S. 496). Vermehrte klinische Homogenität könnte demnach mit einem Vergütungssystem, das DRG und Pflegediagnosen verbindet, erreicht werden (Baumberger, 2002). Auch Bartholomeyczik (2007) unterstützt diese Forderung, indem sie angibt, dass Pflegediagnosen erforderlich wären, um eine Begründung von erforderlichen Pflegeleistungen zu gewährleisten.

Die Abbildung von Pflegeleistung sollte mittels diverser Instrumente gewährleistet werden. In diesem Zusammenhang muss auf Haasenritter et al. (2009, S. 682) verwiesen werden, die in ihrer Studie darauf aufmerksam machen „dass es derzeit kein Instrument gibt, welches geeignet wäre, im deutschen Krankenhaussystem den erforderlichen Ressourcenaufwand an Pflege adäquat darzustellen“. Zu diesem Ergebnis kamen die genannten ForscherInnen des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke, Deutschland, die sich in einer Literaturanalyse mit der „adäquaten Abbildung der Pflege im DRG-Kontext“ befassen (Haasenritter et al., 2009).

Fischer (2002, S. 90) führt drei Möglichkeiten an, Pflege im DRG-System einzubringen:

- „Die Pflege kann in der Kostenkalkulation den Einbezug von Pflegetagen fordern, die nach dem Pflegeaufwand gewichtet sind“
- „Die Pflege kann einen Ausbau der DRG- Klassifikation anstreben, bei dem entweder die Schweregradeinteilung [...] nicht nur von ärztlichen Diagnosen, sondern auch von Pflegediagnosen bestimmt werden, oder bei dem eigene pflegebezogene Gruppen gebildet werden“
- „Die Pflege kann Fälle mit überdurchschnittlichem Pflegeaufwand als Pflegeausreißer definieren“.

„Unterschiedliche Gruppierungsgrundsätze, um den pflegerischen Ressourcenverbrauch im DRG-System abzubilden, sind denkbar bzw. wurden genutzt. Sie unterschieden sich u.a. hinsichtlich der Anforderungen an die Art und die Anzahl der zu erfassenden Daten“ (Haasenritter et al., 2009, S. 681). Als gruppenbildende Variablen können 1) Zustandsvariablen, 2) zustands- und maßnahmenbezogene Variablen und 3) erbrachte Pflegemaßnahmen dienen. Je nach Ansatz sind zur Gruppierung unterschiedliche Variablen und Instrumente notwendig. Werden Zustandsvariablen herangezogen, so sind Instrumente zweckdienlich, die auf den PatientInnenzustand Bezug nehmen (z.B.: Pflegediagnosen, Assessmentinstrumente). Um den zweiten Ansatz anwenden zu können, sind Instrumente von Bedeutung, die sowohl PatientInnenzustand/Outcomes als auch Maßnahmen beinhalten. In der dritten Möglichkeit liegt der Schwerpunkt auf der Gruppierung über erbrachte Pflegemaßnahmen (Haasenritter et al., 2009).

#### **4.1.3.3. Neueste Entwicklungen der Pflegeabbildung im DRG-System**

Die Verankerung des dritten Punktes von Fischer (2002) (siehe oben), der sich mit PatientInnen, die einen überdurchschnittlichen Pflegeaufwand hervorbringen, befasst, fand im DRG-System bereits statt.

Ende März 2009 wurde das Krankenhausfinanzierungs-Reformgesetz (KHRG) erlassen, womit eine Verbesserung der wirtschaftlichen Situation von Kliniken erzielt werden sollte. Im Gesetz wurde vorgesehen, dass es zu einer Vergütung von pflegerischem Aufwand kommt, wenn dieser erhöht ist. Krankenhausfinanzierung unterliegt somit einer aus pflegerischer Sicht sehr positiven Entwicklung, da erstmals pflegerische Leistung als erlösrelevant definiert ist. Eine Einführung pflegerelevanter Indikatoren ins Entgeltsystem ging somit vonstatten. Die Pflegeversorgung von PatientInnen, die als hochaufwendig definiert werden, soll laut Gesetz ersichtlich und vergütet werden. Die Gültigkeit dieser Vergütung im DRG-System ist seit 2010 gegeben. Die Erfassung basiert auf der PPR. Im Bereich der Allgemeinen Pflege werden PatientInnen erfasst, deren Aufwand deutlich über die Einstufung in A3 hinausgeht (Wieteck, 2009).

„Diese hochaufwendige Pflege geht über die normale volle Übernahme von Pflegetätigkeiten in mindestens einem der 4 Leistungsbereiche Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung, Bewegungen/Lagern/Mobilisation/Sicherheit deutlich hinaus und/oder im Bereich Kommunizieren/Beschäftigen besteht ein wesentlich höherer Bedarf als beim durchschnittlichen Patienten mit besonderen Leistungen“ (Wieteck, 2009, S. 28). Hochaufwendige Pflege wird in drei verschiedene OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel) und PKMS (Pflegekomplexmaßnahmen-Score) unterteilt, da auf verschiedene Altersstufen Rücksicht genommen wurde. Die hochaufwendige Pflege von Erwachsenen (PKMS-E), Kindern und Jugendlichen (PKMS-J), und Kleinkindern (PKMS-K) wurde jeweils eigenständig operationalisiert. In die PKMS-E Kategorie fallen, analog der PPR, PatientInnen ab Beginn des 19. Lebensjahres. PatientInnen ab Beginn des 7. Lebensjahres bis Ende des 18. Lebensjahres werden dem PKMS-J zugeordnet und von PatientInnen des PKMS-K wird gesprochen, wenn sich diese zwischen Beginn des zweiten und Ende des sechsten Lebensjahres befinden. Die Einstufung in diesem Score wird ausschließlich bei hochaufwendigen PatientInnen, die sich auf „Normalstationen“ befinden, vorgenommen. Fallen PatientInnen in die Kategorie der Hochaufwendigen, so müssen Leistungsmerkmale des PKMS zutreffen. Vordefinierte Aufwandspunkte werden täglich dokumentiert und über die Verweildauer hinweg addiert (Wieteck, 2009; Rapp, 2010).

Die Expertengruppe des Deutschen Pflegerates, die den PKMS entwickelt hat, macht darauf aufmerksam, dass auch dieser Score nur „ein erster Schritt zur Verbesserung der Abbildung der Pflege im DRG-System darstellt. Der Score unterliegt ebenfalls Grenzen, den Pflegeaufwand differenziert darzustellen“ (Wieteck, 2009, S. 104). Wieteck (2009) weist darüber

hinaus darauf hin, dass PatientInnen, die in Bezug auf spezielle Pflege hochaufwendig sind, mit dem PKMS nicht erfasst werden können.

## **4.2. Finanzierungssituation in Österreich**

In diesem Abschnitt erfolgt eine kompakte Zusammenfassung der Krankenhausfinanzierung in Österreich. Aufgrund des Kontexts, in dem die Diplomarbeit entstand, sollte, um in diesem Kapitel auch einen Bezug zu Österreich herzustellen, das System der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) kurz erläutert werden.

In allen Bundesländern Österreichs findet seit 1997 das System der LKF Anwendung. 132 Fondskrankenanstalten, beinahe die Hälfte aller Krankenhäuser in Österreich, werden in diesem Rahmen öffentlich finanziert (Bundesministerium für Gesundheit, 2009a).

Das System ist „ähnlich den internationalen DRG-Systemen ein diagnosen- und leistungsorientiertes Fallpauschalsystem und kein Einzelleistungsabrechnungssystem“ (Embacher, 2006, S. 11). Dadurch wird die de facto erbrachte Leistung von Krankenhäusern abgerechnet (Bundesministerium für Gesundheit, 2009a).

Die LKF besteht aus zwei Teilen: Einerseits dem bundesweit einheitlichen Bereich und andererseits dem Bereich, den die Länder in eigener Sache festlegen. Der bundesweite LKF-Bereich, der sogenannte „LKF-Kernbereich“, ist in der Gestaltung und Bepunktung einheitlich. Der Bereich stützt sowohl auf Leistungsorientierten Diagnosen-Fallgruppen (LDF) als auch auf Bepunktungsregelungen. Dieser Teilbereich unterliegt einer kontinuierlichen Weiterentwicklung, Aktualisierung und jährlichen Revision. Im „LKF-Steuerungsbereich“, der in den Bundesländern festgelegt wird, kann auf besondere Versorgungsfunktionen von Krankenhäusern Rücksicht genommen werden (Bundesministerium für Gesundheit, 2009a, 2009b).

Das Entgeltsystem ist eine Kombination aus Fall- und Tagespauschalen, sogenannten Leistungs- und Tageskomponenten (Fischer, 2002). „Die Punkte je LDF-Pauschale bestehen aus einer Leistungskomponenten und einer Tageskomponente“ (Lehner, 2008, S. 56). Für Intensivpflege kommt es bei den Tagespauschalen zu einer zusätzlichen Vergütung. Ein Belagsdauerintervall wurde je Pauschale festgelegt. Belegen PatientInnen das Spital kürzer als im Intervall vorgesehen, so reduziert sich die LDF-Pauschale, verbringen PatientInnen hingegen längere Zeit im Krankenhaus, so werden sie zusätzlich über degressive Tagespauschalen vergütet. Durchschnittliche Gewichte über die Erhebung des Pflegeaufwandes, mittels PPR-Daten, fließen in die Tageskomponente ein (Bundesministerium für Gesundheit, 2009a, 2009b).

In der Erstellung der leistungsorientierten Diagnosefallgruppen flossen sowohl medizinische, als auch ökonomische und statistische Kriterien mit ein. Eine Unterteilung in medizinische Einzelleistungen (MEL) und Hauptdiagnosen (HDG) wurde vorgenommen. Es wurden MEL-Gruppen und HDG-Gruppen gebildet, wobei in dieser Gruppenbildung Kriterien der Homogenität bezüglich Medizin und Ökonomie Beachtung fanden (Lehner, 2008). Das Modell 2010 beinhaltet 982 Fallgruppen (Bundesministerium für Gesundheit, 2009a).

Gesetzlich vorgeschrieben ist eine bundesweit einheitliche Diagnosen- und Leistungsdokumentation. Die Diagnosenerfassung basiert ebenfalls auf dem ICD-10 Schlüssel der WHO und die Leistungsdokumentation auf dem Leistungskatalog des Bundesministeriums für Gesundheit. Die regelmäßige Vorlage dieser beiden Dokumentationsbereiche an den Landesgesundheitsfonds ist verpflichtend (Bundesministerium für Gesundheit, 2009a, 2009b).



## **II. EMPIRISCHER TEIL**

---

Dieser Teil der Diplomarbeit beinhaltet die empirische Studie über Doppel- und Mehrfach-tigkeiten in der Gesundheits- und Krankenpflege. Dem Kapitel werden die Forschungsfragen vorangestellt, da diese im gesamten Forschungsprozess laufend Präsenz hatten. Es erfolgt dann die Beschreibung des methodischen Vorgehens, der Datenerhebung und -analyse sowie die ausführliche Präsentation und Diskussion der Ergebnisse. Eine Reflexion der persönlichen Erfahrungen im Feld erfolgt. Abschließend werden der praktische Nutzen sowie die Limitationen der Studie besprochen.

### **1. FORSCHUNGSFRAGEN**

Folgende Forschungsfragen standen im Vordergrund des Interesses und sollten im Laufe des Forschungsprozesses Beantwortung finden:

- Welche Tätigkeiten/Leistungen werden gleichzeitig durchgeführt?
- Welche Tätigkeiten/Leistungen treten häufig in Kombination auf?
- In welchem Ausmaß kommen Doppeltätigkeiten und Mehrfach-tigkeiten vor?
- Sind die durchgeführten Doppel- und Mehrfach-tigkeiten in der Pflegedokumentation nachvollziehbar?

### **2. BEGRIFFSBESTIMMUNG**

Unter den Begriffen Doppeltätigkeit und Mehrfach-tigkeit werden Aktivitäten von Pflegeper-sonen verstanden, bei denen sich im pflegerischen Kontext zwei bzw. drei und mehr Hand-lungen gleichzeitig ereignen. In diesen Definitionsbereich fallen einerseits jene Tätigkeiten, die Pflegepersonen von sich aus zur gleichen Zeit ausüben und andererseits jene, die auf-grund von externen Einflüssen hervorgerufen werden.

Einflüsse von außen sind beispielsweise Personen, die auf verschiedene Art und Weise in die momentane Situation mit der dazugehörigen Aktivität eingreifen. Wenn das Eingreifen in eine Handlung, sei es beispielsweise durch das persönliche Erscheinen (z.B. von Mitarbeite-rInnen), durch ein Telefonat oder die Betätigung des Schwesternrufes, mit einer Verände-rung der Situation einhergeht (bzw. kurz darauf einhergehen wird) und offensichtlich gleich-zeitiges Handeln oder Denken hergerufen wird, so wird von Doppel- und/oder Mehrfach-tigkeiten gesprochen.

Findet gleichzeitig zu einer Pflegehandlung Kommunikation statt, werden Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten nur dann als solche identifiziert, wenn der Kommunikationsinhalt nicht direkt mit der Pflegehandlung in Verbindung gebracht werden kann.

### **3. METHODISCHES VORGEHEN**

Die Darstellung des methodischen Vorgehens beinhaltet (1) das Forschungsdesign und die angewendeten Forschungsmethoden, (2) die Beschreibung von Tätigkeiten, die vor der Erhebung der Daten vonnöten waren, (3) Überlegungen, die für das Verständnis und Forschungsvorhaben von Bedeutung waren, (4) die Darstellung der Forschungsinstrumente, (5) die Datenerhebung und (6) die Datenauswertung.

#### **3.1. Forschungsdesign**

Da es im Gebiet von Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten generell, bzw. speziell im deutschsprachigen Raum, an Literatur und Daten mangelt (siehe Kapitel 2.), wurde explorativ vorgegangen. Mittels Beobachtung und Dokumentenanalyse wurden die genannten Fragestellungen bearbeitet. Es handelt sich um eine deskriptive Querschnittstudie, deren Datenerhebungsphase sich über einen Zeitraum von vier Wochen erstreckte.

#### **3.2. Kontaktaufnahme**

Die Datenerhebung erfolgte im Rahmen eines pflegewissenschaftlichen Praktikums, das bei der Pflegewissenschaftlerin Frau Inge Eberl, MScN, am Klinikum der Universität München absolviert wurde. Schon vor Beginn des Praktikums wurde hinsichtlich des Feldzugangs von Frau Eberl Vorarbeit geleistet. Die Pflegebereichsleitung der Medizinischen Klinik des Universitätsklinikums, Diplom-Pflegewirtin Frau Andrea Förster, Campus Innenstadt, wurde kontaktiert und über das Forschungsvorhaben informiert. Sie gab ihre Zustimmung zur Teilnahme an der Studie und ermöglichte den Feldzugang auf zwei internistischen Stationen in ihrem Pflegebereich. Die MitarbeiterInnen der beiden Stationen erklärten sich ebenfalls bereit an der Studie teilzunehmen.

In der Anfangsphase wurden mit den beiden Stationsleitungen Termine vereinbart, an denen für die Projektstationen eine Vorstellung des zu beforschenden Themengebietes stattfinden sollte. Bei diesen Treffen wurde den MitarbeiterInnen ein Überblick über die Inhalte und Ziele der Diplomarbeit gegeben und im Speziellen Wert darauf gelegt, dass der empirische Teil, mit dem Vorhaben auf den Stationen, besondere Beachtung und Erklärung fand. Die Mitar-



beiterInnen wurden über das methodische Vorgehen und den vorgesehenen Zeitraum informiert und erhielten Auskunft über unstrukturierte und strukturierte Beobachtungen sowie die geplante Dokumentenanalyse.

Den MitarbeiterInnen wurde mitgeteilt, dass die Teilnahme an der Studie freiwillig ist und jede/jeder Einzelne entscheiden könne, ob er/sie partizipieren wolle. Darüber hinaus wurde ihnen versichert, dass sich durch die Beobachtung in der pflegerischen Betreuung der PatientInnen nichts verändern werde bzw. sie nichts verändern sollten. Im Zuge dieser Informationstreffen wurden Termine für erste Beobachtungstage vereinbart, welche kurze Zeit später vonstatten gingen.

### **3.3. Beobachtung**

Es wurden offene Beobachtungen durchgeführt, da die zu beobachtenden Pflegepersonen im Vorhinein „über den Beobachtungsvorgang informiert“ (Kromrey, 2002, S. 339) wurden. In dieser Beobachtungsart tritt der „Beobachter ausdrücklich als Forscher auf“ (Lamnek, 1995, S. 251), d.h., dass die zu Beobachtenden zumindest über die Absicht des Unternehmens Bescheid wissen, auch wenn sie nicht im Detail mit den Studienziele vertraut sind (Lamnek, 1995). Das Verhalten der Pflegenden bezüglich Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten wurde von außen beobachtet, was somit u.a. laut Lamnek (1995) eine „nicht teilnehmende Beobachtung“ darstellt. Darüber hinaus handelt es sich um sogenannte „Feldbeobachtungen“, da „das soziale Verhalten der Akteure in ihrer natürlichen Umwelt unter den dort herrschenden Bedingungen, ohne diese gezielt zu verändern“ (Atteslander, 2003, S. 90) erforscht wurde.

Laut Atteslander (2003) wird durch die genaue Bestimmung des Beobachtungsfeldes bzw. der Beobachtungseinheit festgelegt, welche Personen beobachtet werden. In der durchgeführten Studie wurde wie folgt vorgegangen: Es wurde bestimmt welche Personen beobachtet werden; abhängig vom jeweiligen Dienst kam es zur Einteilung der Beobachtungssequenzen. Das Beobachtungsfeld reduzierte sich auf die Projektstationen bzw. falls PatientInnen Transporte durchzuführen waren, auf diese Wege im Krankenhaus.

Im Laufe des Forschungsprozess wurde ein Beobachtungsinstrument entwickelt, das eine standardisierte/strukturierte Datenerhebung ermöglichte. Eine strukturierte Beobachtung kennzeichnet, dass „der Forscher seine Beobachtungen nach einem relativ differenzierten System *im voraus festgelegter Beobachtungskategorien aufzeichnet*“ (Lamnek, 1995, S. 250).

### **3.4. Dokumentenanalyse**

Zur Dokumentenanalyse wurde die Pflegedokumentation, bestehend aus dem Pflegebericht und der Pflegeplanung, herangezogen. Dokumentierte pflegerische Tätigkeiten, im genaueren Einzel-, Doppel- und Mehrfachaktivitäten, waren von Interesse. Es wurde eine Frequenzanalyse durchgeführt, deren Kennzeichen es ist, dass „Textelemente lediglich klassifiziert werden und die Häufigkeit ihres Vorkommens ausgezählt wird“ (Schnell, Hill & Esser, 1999, S. 375).

### **3.5. Setting/ Beobachtungsfeld**

Die Beobachtungen wurden auf zwei internistischen Stationen der Medizinischen Klinik am Klinikum der Universität München/Innenstadt durchgeführt. Es handelt sich um eine allgemeininternistische Station (Station 1) und um eine Station mit dem Schwerpunkt Nephrologie (Station 2). Die Pflegeorganisationsform beider Stationen ist die Bereichspflege. Bau-technisch betrachtet sind die Stationen sehr verschieden. Station 1, eine Altbaustation mit großen Zimmern, in denen sich eine relativ hohe Anzahl (maximal sechs) an PatientInnenbetten befinden, steht Station 2, einer neuen Station, mit kleinen Zimmern, in denen maximal zwei PatientInnen liegen, gegenüber.

Die zu beobachtenden Gesundheits- und KrankenpflegerInnen beider Stationen waren in Bezug auf Alter und Erfahrung durchmischt. Das heißt, dass auf beiden Stationen sowohl examiniertes Personal ohne Berufserfahrung, als auch Pflegekräfte, die bereits langjährig im Beruf verweilen, beschäftigt sind.

Ein Großteil der MitarbeiterInnen des Teams der Station 1 hatte bereits im Vorfeld Erfahrungen mit pflegewissenschaftlichen Projekten gesammelt, da einige schon an anderen Studien teilgenommen hatten. So war die Station 1 beispielsweise an der Datenerhebung für das Projekt von Hausner et al. (2005) beteiligt, in dem mittels Multimomentaufnahme erforscht wurde, ob sich pflegerische Tätigkeiten nach Einführung der DRGs (siehe Kapitel 1.4.) veränderten. Die Gesundheits- und Krankenschwestern/ -pfleger von Station 2 waren mit der Teilnahme an Studien noch wenig vertraut.

### **3.6. Pflegedokumentation im Setting**

Auf beiden Stationen wird die Pflegedokumentation per Papier durchgeführt. Für alle PatientInnen gibt es ein vorgefertigtes Pflegedokumentationsblatt, das in Ressourcen/Probleme, Ziele und Maßnahmen unterteilt ist. Darüber hinaus gibt es die Einteilung in Bewegung, Mobilität; Körperpflege; Ernährung; Ausscheidung; Atmung, Körpertemperatur, Kreislauf; Kommunikation, Verhalten und fachspezifische Pflegepläne, Beratung, Sonstiges. Die Pflegepläne

nung ist teilweise standardisiert, das heißt, dass einerseits in bestimmten Bereichen Ankreuzen notwendig und andererseits Platz für freie Formulierungen vorgesehen ist.

Für „hochaufwendige“ PatientInnen gibt es am Klinikum der Universität München seit 01. Jänner 2010 einen eigenen Dokumentationsbogen, mit dem die PKMS-E Dokumentation (siehe Kapitel 1.4.) durchgeführt wird.

### **3.7. Stichprobe**

Von Beobachtungsinteresse war diplomiertes bzw. examiniertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal von zwei internistischen Stationen. Vorab wurde das Ziel angestrebt, jede/n Gesundheits- und KrankenpflegerIn beider Stationen zu beobachten, darin eingeschlossen Stationsleitung und ihre Stellvertretung. Ausgeschlossen wurde examiniertes Personal, das Sekretariatsdienst durchführte. Auf beiden Stationen konnte das vereinbarte Ziel nicht erreicht werden. Das lag einerseits an Krankenständen, Urlaubszeiten und Dienstenteilung und andererseits daran, dass einige MitarbeiterInnen einer Station vermehrt bzw. ausschließlich Dienste auf der dazugehörigen Tagesklinik leisteten. Insgesamt wurden 17 Gesundheits- und KrankenpflegerInnen in 25 Beobachtungssequenzen beobachtet.

Es handelt sich hierbei um eine Klumpenstichprobe, ein sogenanntes „cluster sampling“ (Kromrey, 2002, S. 297), da es sich bei den Stationen der Universitätsklinik um „Teilkollektive“ (Kromrey, 2002, S. 297) handelt. Es war von Interesse alle Mitglieder der zwei Kollektive zu beobachten.

### **3.8. Beobachtungssequenzen**

Dem Personal wurde in drei unterschiedlichen – vorab festgelegten – Beobachtungssequenzen gefolgt. Die erste Phase, die sogenannte „Frühphase“, startete mit Pflegedienstbeginn um 6:45 bzw. 7:00 Uhr und endete mit ca. 12:30 Uhr, sobald das Pflegepersonal das Austeilen des PatientInnenessens abgeschlossen hatte. Die zweite Beobachtungseinheit, im Folgenden „Zwischenphase“ genannt, begann um 13:00 Uhr und endete mit Dienstaustritt der Pflegenden zwischen 14:30 und 15:00 Uhr. Die Beobachtung von Pflegekräften des Spätdienstes fand in der „Spätphase“ und somit dritten Beobachtungssequenz statt. Diese Einheit startete nach Abschluss der Dienstübergabe bzw. nach Austritt der Pflegenden des Frühdienstes. Zeitlich gesehen begann diese Sequenz meist zwischen 14:30 und 15:00 Uhr. Die Spätphase endete nach circa drei Stunden. Abgeschlossen wurden die Beobachtungen dieser Einheiten, sobald das Pflegepersonal das Austeilen der Abendmahlzeit erledigt hatte. Die Einteilung in diese Sequenzen ergab sich daraus, dass alle pflegerischen Tätigkeitsbereiche dadurch Abdeckung fanden. Darüber hinaus erschien es von Bedeutung keine acht-

stündigen Beobachtungsphasen anzustreben, da ansonsten möglicherweise mit konzentrationsbedingten Aufmerksamkeitseinbußen zu rechnen gewesen wäre.

### **3.9. Ethische Überlegungen**

Im Sinne der informierten Zustimmung wurden nur Pflegepersonen beobachtet, die sich freiwillig für das Forschungsvorhaben zur Verfügung stellten. Bortz und Döring (2002) geben unter anderem an, dass eine freiwillige Untersuchungsteilnahme dadurch gekennzeichnet ist, dass die Teilnahme zwanglos geschieht und die zu untersuchenden Personen jederzeit das Teilnehmen an der Untersuchung zurücknehmen können. In diesem Sinn wurden die Pflegenden darüber informiert, dass ihnen keine Nachteile widerfahren, wenn sie sich gegen eine Teilnahme entscheiden bzw. ihre Teilnahme im Laufe der Zeit zurücknehmen. Darüber hinaus wurde ihnen Anonymität und Vertraulichkeit zugesichert, sie wurden darüber aufgeklärt, dass die „Daten nur zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet und dass die Namen nicht registriert werden“ (Bortz & Döring, 2002, S. 49). Die Mitglieder der Teams beider Stationen stimmten ausnahmslos einer Beobachtung zu und im Laufe der Beobachtungszeit wurde keine Zustimmung zurückgenommen.

Der Ethikkommission musste nicht informiert werden, da sich die durchzuführende Beobachtung nicht auf das pflegerische Handeln auswirkte und die Forscherin nicht direkt in PatientInnenkontakt kam. Durch die Studie sollte es zu keiner Beeinträchtigung der Wahrung von Intimsphäre und Privatsphäre von PatientInnen und deren Angehörigen kommen. Diesbezüglich wurde das Pflegepersonal darauf aufmerksam gemacht, dass, wenn notwendig, Unterbrechungen der Beobachtungen möglich seien. Sie wurden informiert, dass „aus dem Zimmer rausschicken“ sehr wohl in Frage käme.

Der Personalrat wurde in der anfänglichen Organisationsphase schriftlich über das Forschungsvorhaben informiert. Im Antwortschreiben der PersonalvertreterInnen wurde der Durchführung der Studie zur Diplomarbeit zugewilligt. Die Dokumente befinden sich in Anhang 1 und 2.

### **3.10. Hospitationen**

Insgesamt wurde auf den Stationen viermal, je acht Stunden, hospitiert und unstrukturiert beobachtet. Auf beiden Stationen wurden Beobachtungen von jeweils zwei Pflegepersonen, eine im Früh- und eine im Spätdienst, durchgeführt. Die Erkundung des Feldes und die Gewinnung eines ersten Einblicks in die pflegerischen Aufgaben- und Tätigkeitsbereiche der zwei internistischen Stationen standen zu diesem Zeitpunkt im Vordergrund. Es wurden hierbei, ohne standardisiertem Protokoll bzw. Schema, Notizen zu Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten gemacht. Darüber hinaus waren ablauforganisatorische Belange von Interesse. Die

Hospitationen dienten dazu, dass „durch empirisches Vorgehen“ im nächsten Schritt ein „Kategorienschema“ (Kromrey, 2002, S. 347f.) entwickelt werden konnte. Es folgte die Entwicklung eines Beobachtungsinstruments, mit dem eine quantitative, strukturierte Datenerhebung möglich wurde.

### **3.11. Die Instrumente zur Datenerhebung**

Nach der ersten Feldphase begann die Erstellung eines standardisierten Beobachtungsinstruments. Zuerst wurden alle pflegerischen Tätigkeiten aufgelistet, die in den ersten Beobachtungen vorgekommen sind und für eine standardisierte Erhebung notwendig erschienen. Diese Tätigkeiten wurden in einem Beobachtungsbogen im A3-Format tabellarisch in einer Spalte aufgelistet. Vorab wurden die Tätigkeiten in einer eigenen Spalte mit Codes versehen. Die Auflistung der Tätigkeiten erfolgte in zusammenhängenden Kategorien/Bereichen, die mit den Überbegriffen bzw. laut Kromrey (2002) Oberkategorien, „Information/ Dokumentation“, „Pflegen/Kleiden/Betten“, „Ausscheidung“, „Bewegung“, „Ernährung“, „Vitalzeichen“, Wunde/Verband/MTS“, „Medikamente/Untersuchungen“ und „Sonstiges“ versehen wurden. Diese kategoriale Zusammenfassung sollte eine strukturierte und übersichtliche Erfassung von Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten ermöglichen.

Bei den aufgelisteten Tätigkeiten handelt es sich um die vom Pflegepersonal durchgeführten Haupttätigkeiten. Wird gleichzeitig zur Haupttätigkeit eine weitere Tätigkeit verrichtet, so wird in den vorgesehen leeren Spalten der Code der zweiten Tätigkeit eingetragen. Selbiges geschieht, wenn drei oder mehr Tätigkeiten gleichzeitig erledigt werden. Die vorgesehenen Spalten für Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten sind unterschiedlich breit, damit, je nach Code und Kombination von Codes, platzfüllend eingetragen werden kann.

Das Instrument für die Dokumentenanalyse lehnt sich sehr stark an das Beobachtungsinstrument an. Es setzt sich aus den Bereichen Doppel- Mehrfach- und Einzeltätigkeiten zusammen. Der Bereich der Einzeltätigkeiten unterteilt sich in die Kategorien „exakt erruierbare Durchführungshäufigkeiten“ und „nicht erruierbare Durchführungshäufigkeiten“, welche wiederum in die neun Kategorien des Beobachtungsinstrumentes aufgeteilt sind. Des Weiteren findet eine Unterteilung in Pflegebericht und Pflegeplanung statt, um differenziert sagen zu können, wo Pflegemaßnahmen dokumentiert wurden.

In Anhang Nr. 3 und Nr. 4 befinden sich das Beobachtungsinstrument und das Dokumentenanalyseinstrument.

Um mögliche Verständnis- bzw. Abgrenzungsproblemen zu vermeiden, folgen nun Definitionen einiger Items, die im Beobachtungsbogen angeführt sind:

Beim Item „Patientenbezogenes Gespräch mit Dritten“ handelt es sich um ein Gespräch, das mit KollegInnen, die aus verschiedenen Fachgebieten stammen, geführt wird. Es werden, ähnlich der Pflegeübergabe, einzelne Patienten bzw. mehrere PatientInnen „besprochen“. Das Fragenstellen und -beantworten sowie die Informationsgabe und Informationsannahme bestimmen dieses Gespräch. Im Unterschied zur Pflegeübergabe ist dieses Item weder an einen bestimmten Ort, noch an einen vereinbarten Zeitpunkt gebunden.

Unter „emotionale Unterstützung“ wird für den/die PatientIn und/oder Angehörige/n „Dasein“ verstanden. Darunter fällt unter anderem Zuhören und in schwierigen emotionalen Situationen anwesend sein.

Es scheint notwendig die drei Itembereiche Beratung, Anleitung und Information differenziert zu betrachten und zu definieren. „Das Beratungsgespräch kann definiert werden als eine besondere zwischenmenschliche Interaktionsform, die im Gegensatz zum Alltagsgespräch planvoll, fachkundig und methodisch geschult durchgeführt wird“ (Mutzeck, 2005, S. 14). Beratung wird gesehen als „vertrauensvolle, zielgerichtete, nach Rat suchende Interaktion“ (Mutzeck, 2005, S. 12). Engel (2006, S. 34) konstruiert einen pflegerelevanten Beratungsbegriff und spricht davon, dass es sich um eine „verbindliche, systematische und professionelle pflegerelevante Beratung von Patienten zur Bewältigung von Problemsituationen oder zur Verhinderung potentieller Problemsituationen“ handelt. Darüber hinaus geht Engel (2006) davon aus, dass Beratung eine eigenständige Pflegehandlung darstellt, die nicht im Zuge einer weiteren Tätigkeit durchgeführt wird. Koch-Straube (2001, S. 64) weist auf ein Zitat von Tschudin (1998, S. 33) hin, in dem festgelegt ist, was Beratung nicht ist: „Ratschläge geben, Informationen geben, Trainieren, Disziplinieren, Leiten, Empfehlen, Überzeugen bzw. Überreden, Instruieren, Analysieren“. Im Zuge der Beobachtungen sollten sich die zwei Items „Patient beraten“ und „Dritte beraten“ in dem angeführten definitorischen Rahmen befinden. Treffen die Kennzeichen von Beratung nicht zu, so muss auf andere Items zurückgegriffen werden. „Patient anleiten“ und „Dritte anleiten“ sind jene Items, die in Verbindung mit „Anleitung“ vorkommen. „‘Anleitung‘ bezeichnet einen geplanten und reflektierten Lernprozess, der mit Blick auf die jeweilige Zielgruppe spezifischen Lehr- und Lernzielen folgt, didaktische und methodische Entscheidungsprozesse erfordert und gemeinhin mit Instrumenten zur Überprüfung von Lernfortschritten verknüpft ist (Lernzielkontrolle)“ (Evers, 2001, S. 6). Zusammenfassend ist es dabei wichtig, das Ziel zu verfolgen, dass jemand Lerninhalt und Maßnahmen versteht und nach einer Übungsphase Handlungen eigenständig durchführt. Systematik und Planung sind hierbei unerlässliche Aspekte (Quernheim, 2009).

„Patient informieren“, „Dritte informieren“, „Information von Patient einholen“, „Information von Dritten einholen“, „Information von Patient annehmen“ und „Information von Dritten an-

nehmen“ sind Items, die in Verbindung mit „Information“ erhoben wurden. Es ist zu bemerken, dass davon ausgegangen wird, dass Pflegende ihre Pflegehandlungen argumentieren/kommentieren. Kommt es im Zuge von Pflegehandlungen zu Informationsgabe in Bezug auf die aktuelle Handlung, so wird nicht von einer Doppeltätigkeit gesprochen. Wird in diesem Rahmen jedoch über einen anderen Aspekt informiert, der mit der Pflegehandlung nicht zusammenhängt, so wird die Handlung als Doppeltätigkeit angesehen.

### **3.12. Pretest**

Vor Beginn der Datenerhebungsphase wurden Pretests des Beobachtungsinstruments durchgeführt. Der Fokus lag auf vorab formulierten Pretestfragen. Diese bezogen sich vor allem auf die Bereiche Praktikabilität, Vollständigkeit, Machbarkeit (Handhabbarkeit), Verständlichkeit und praktische Relevanz. An dieser Stelle werden diese Fragen angeführt, die drei erfolgten Pretests kurz beschrieben und zuletzt deren Ergebnisse dargelegt.

#### **3.12.1. Pretestfragen**

Vor der Datenerhebungsphase wurden Pretests zur Prüfung des Beobachtungsinstruments durchgeführt. Folgende Fragen wurden zur Testung herangezogen:

- Ist das Format (A3) des Bogens handhabbar?
- Ist der Beobachtungsbogen übersichtlich gestaltet?
- Können Items zeitnahe gefunden werden?
- Können Tätigkeiten nicht eingeordnet werden? Fehlen Items?
- Besteht die Notwendigkeit Items umzubenennen/ zu verändern?
- Gibt es Tätigkeiten, die auf der Station nicht durchgeführt werden?/ Gibt es Items, die aus dem Bogen herausgenommen werden können/müssen?
- Sind die verschiedenen Items klar voneinander abgrenzbar?
- Ist es notwendig noch weitere statistische Daten zu erfassen?
- Ist die Spaltbreite zum Eintragen der Codes ausreichend?
- Ist das vorgesehene Verhältnis von Spalten für Doppeltätigkeiten zu Spalten für Mehrfachtätigkeiten für die Beobachtung passend?

#### **3.12.2. Durchführung der Pretests**

Die drei durchgeführten Pretests werden im folgenden Abschnitt kurz besprochen:

- **1. Pretest**

Der erste Pretest wurde von 9:00 bis 12:30 Uhr auf Station 2 durchgeführt. Es erfolgte die Beobachtung eines Pflegers, der für die Betreuung von insgesamt sieben PatientInnen zu-

ständig war. Da sich im Laufe des ersten Pretests zeigte, dass einige Veränderungen notwendig sind, wurde der Beobachtungsbogen noch gleich danach verbessert, um im zweiten Durchgang in veränderter Form Anwendung zu finden.

- **2. Pretest**

Der zweite Pretest wurde auf Station 1 durchgeführt, hier bereits mit dem veränderten Instrument. Es wurde eine weibliche Pflegeperson von 7:00 bis 14:30 Uhr beobachtet, die fünf PatientInnen zu betreuen hatte. Darüber hinaus war sie für die Anleitung/ Betreuung einer Schülerin zuständig.

- **3. Pretest**

Der dritte Pretest unterschied sich von den anderen beiden, da dieser in Begleitung von Frau Eberl durchgeführt wurde. Von 9:00 bis 11:10 Uhr wurde auf Station 1 eine weibliche Pflegeperson beobachtet, die für einen Bereich mit fünf PatientInnen zuständig war. Es erschien von Bedeutung zu sein, die wissenschaftliche Expertise von Frau Eberl einzuholen, um etwaige Unklarheiten und Unsicherheiten zu beseitigen.

### **3.12.3. Ergebnisse der Pretests und die vorgenommenen Veränderungen**

In diesem Abschnitt wird gezeigt, worauf im Laufe der Pretestphase gestoßen und welche Veränderungen am Beobachtungsbogen vorgenommen wurden. Die Präsentation der Pretestergebnisse orientiert sich an den vorab formulierten Fragestellungen.

- **Handhabbarkeit/ Übersichtlichkeit/ Zeitnähe**

Der erste Pretest hat ergeben, dass sich das A3 Format für die Beobachtung eignet, da die Größe handhabbar und für die Anzahl an Items notwendig ist. Das Zusammenfallen und somit Verkleinern des Bogens, trägt zu einer Erleichterung in der Verwendung bei. Die Übersichtlichkeit und das zeitnahe Finden von Items sind gegeben. Durch die farbige Gestaltung der einzelnen Bereiche und der Zeilen konnten die Items schnell gefunden werden. Darüber hinaus sind die breiteren Linien, die die verschiedenen Bereiche voneinander trennen, hilfreich um die Bereiche zu differenzieren.

Die Handhabbarkeit, Übersichtlichkeit und das zeitnahe Finden der Items haben sich auch im zweiten und im dritten Pretest als positiv erwiesen. Im Bereich des Formates und des Layouts bedarf es daher keiner Veränderungen.

- **Fehlende Items**

Der erste Pretest verdeutlichte, dass weitere Items von Nöten sind, um den umfangreichen pflegerischen Tätigkeitsbereich aufzuzeigen.



In der Rubrik „Information/ Dokumentation“ wurde zusätzlich „I11 Patientenbezogenes Gespräch“ aufgelistet. Der Bereich „Pflegen/ Kleiden/ Betten“ wurde durch die Items „P7 Rasieren“, „P8 Haare kämmen“ und „P11 Zahn-/ Mundpflege“ erweitert. Die Tätigkeiten „A8 Steckbecken reichen/ leeren“, „A9 Urinflasche bereitstellen/ reichen/ leeren“ und „A10 Einlauf durchführen“ wurden bei „Ausscheidung“ hinzugefügt. Der Bereich „Bewegung“ wurde durch „B4 Patiententransport“ ergänzt. Die Rubrik „Vitalzeichen“ wurde um das Item „V6 Monitoring“ erweitert und „M6 Sauerstoffverabreichung“ wurde im Bereich „Medikamente“ angegliedert.

Nach dem zweiten Pretest kam im Bereich der „Ausscheidung“ das Item „A12 Kontrolle der Ein-/ Ausfuhr“ hinzu. „V5 Sauerstoffsättigung kontrollieren“ wurde zusätzlich in der Rubrik „Vitalzeichen“ eingegliedert. „Sonstiges“ wurde um das Item „S7 Hilfsmittel/ Bett verschieben“ ergänzt.

Im dritten Pretest kamen wiederum Tätigkeiten vor, die keinen Items zugeordnet werden konnten, weshalb der Bereich „Information/ Dokumentation“ um die Items „I12 Emotionale Unterstützung“ und „I15 Ärztliche Visite“ erweitert wurde. „A10 Toiletteneimer bereitstellen/leeren/wegbringen“ wurde in der Rubrik „Ausscheidung“ hinzugefügt. Die Kategorie „Medikamente“ wurde in „Medikamente/ Untersuchungen“ umbenannt und zusätzlich um das Item „M20 Probe entnehmen“ erweitert.

- **Items verändern/ umbenennen**

Eine Reduktion bzw. Zusammenfassung einiger Items wurde nach dem ersten Pretest vollzogen. Folgende Items veränderten sich:

Im Bereich „Pflegen/ Kleiden/ Betten“ wurden die Items „P5 Duschen/ Duschen unterstützen“, „P6 Baden/ Baden unterstützen“ auf „P5 Duschen“ und „P6 Baden“ reduziert. „P14 An-/ Auskleiden unterstützen“ wurde auf „P13 An-/ Auskleiden“ minimiert. Es erschien nicht notwendig eine Unterscheidung zwischen Pflegehandlung unterstützen und vollständig übernehmen vorzunehmen, da in beiden Fällen die Anwesenheit der Pflegeperson notwendig ist. „P15 Bett machen wenn Pat im Bett“ und „P16 Bett machen wenn Pat nicht im Bett“ wurden zu „P14 Bett machen“ zusammengefasst. „B1 Bewegen/Lagern“ wurde zu „B1 Bewegen/Positionieren“ umbenannt. Bei „Ernährung“ wurde das Item „E5 Tablett/ Glas/ Tasse abservieren“ in „E5 Geschirr abservieren“ umbenannt. Das Item „B4 Hilfsmittel bereitstellen“ wurde im Bereich „Sonstiges“ mit aufgenommen, indem das Item „Hilfsmittel/ Bett/ Stuhl bereitstellen“ geschaffen wurde. Bei „Sonstiges“ wurden darüber hinaus die Items „S5 Material/ Müll entsorgen“ und „S6 Material bereitstellen (z.B. BZ- Stiks)“ durch „S5 Material/ Müll/ Wäsche wegbringen“ und „S6 Material/ Wäsche bereitstellen“ ersetzt.

Auf Station 1 waren im zweiten Pretest einige PatientInnen, die mit einem Perfusor versorgt wurden. Da am Beobachtungsbogen Perfusoren noch nicht explizit Erwähnung fanden, wur-

den im Bereich „Medikamente“ die Items „M9 Infusion vorbereiten“, „M10 Infusion anhängen“, „M11 Infusion abhängen“ und „M12 Infusionslauf kontrollieren“ jeweils um Perfusor ergänzt (Beispiel: „M9 Infusion/ Perfusor vorbereiten“). Im Bereich „Sonstiges“ kam es nach dem zweiten Pretest zu Veränderungen der Items „S5 Material/Müll entsorgen“ und „S6 Material bereitstellen (z.B. BZ- Stiks)“. Diese wurden zu „S5 Material/ Wäsche/ Hilfsmittel/ Bett bereitstellen“ und „S6 Material/ Wäsche/ Hilfsmittel/ Müll wegbringen“. In der Rubrik „Ausscheidung“ wurden bei den Items „A5 Stomabeutel entleeren“ und „A6 Stomabeutel wechseln“ Fäkalienbeutel hinzugefügt, was zu folgenden Items führte: „A5 Stoma-/ Fäkalienbeutel entleeren/verwerfen“ und „A6 Stoma-/ Fäkalienbeutel wechseln“.

- **Items, die nicht notwendig erschienen**

Das Item „P6 Baden“ konnte aus dem Beobachtungsbogen herausgenommen werden, da auf Station 2 keine Badewanne vorhanden ist. Auf Station 1 gibt es zwar eine Badewanne, sie wird jedoch aufgrund ihrer technischen Ausstattung nicht verwendet. „P7 Waschen im Bett unterstützen“, „P8 Waschen am Bettrand unterstützen“ und „P9 Waschen am Waschbecken unterstützen“ wurden ebenfalls aus dem Bogen entfernt.

Die Itementwicklung des Beobachtungsbogens wird im Anhang 5 tabellarisch aufgeführt.

- **Trennschärfe**

Während der Durchführung der Pretests kam es zu keinen Schwierigkeiten bezüglich Trennschärfe. Die Zuteilung der Tätigkeiten zu den dazugehörigen Items verlief unproblematisch. Es sind keine Items aufgefallen, die nicht voneinander abgrenzbar sind. Die Formulierung der Items erschien klar und deutlich, was zu einer einfachen Handhabung der Zuordnung führte.

- **Statistische Daten**

In den Pretests konnte festgestellt werden, dass die Erhebung eines weiteren statistischen Details sinnvoll wäre – das Item „Zu betreuende Schüler“ wurde somit in den Bogen aufgenommen. Möglicherweise zeigt sich in der Auswertung ein Unterschied in der Häufigkeit und in der Kombination durchgeführter Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten, wenn Pflegepersonen zusätzlich die Betreuung von SchülerInnen innehaben.

- **Spaltenbreite, Verhältnis der Spalten für Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten**

Nach dem ersten Pretest zeigte sich, dass die Breite der Spalten mehr als ausreichend ist. Aufgrunddessen wurden die Spalten verkleinert um eine weitere Spalte für Doppeltätigkeiten einzufügen. Auch im zweiten und dritten Pretest, durchgeführt nach der geringfügigen Verringerung der Spaltenbreite, ist die Breite noch ausreichend.

Im ersten Pretest fanden nur Doppeltätigkeiten statt, Mehrfachstätigkeiten kamen keine vor. Die Spalten zum Eintragen der Doppeltätigkeiten reichten im ersten Pretest in einer Zeile nicht aus. Im zweiten Pretest konnten drei Mehrfachstätigkeiten beobachtet werden, welche in unterschiedlichen Bereichen stattfanden. Aufgrund der geringen Anzahl an Mehrfachstätigkeiten in den ersten beiden Pretests wurde eine der vier breiteren Spalten gelöscht, um somit zusätzlichen Platz für schmale Spalten im Bereich der Doppeltätigkeiten zu schaffen. Im dritten Pretest kamen keine Mehrfachstätigkeiten vor, was wiederum zeigte, dass die vorgesehenen Spalten für Mehrfachstätigkeiten ausreichend waren.

### **3.13. Gütekriterien**

Der Inhalt der Studie weist praktische Relevanz auf. Das Interesse an diesem Themengebiet wurde seitens des Krankenpflegepersonals von Station 1 an Frau Eberl herangetragen. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass die Thematik für ein weiteres Verständnis der pflegerischen Praxis nützlich ist. Darüber hinaus weist das Thema dahingehend Nützlichkeit auf, dass die durchgeführte Studie an dem Projekt von Hausner et al. (2005) anknüpft, das auf die Thematik der Doppeltätigkeiten hinweist. Die Studie kann zu einer weiteren Vervollständigung eines Teilbereichs des Themengebiets der pflegerischen Tätigkeiten beitragen. Im Rahmen der Pretests, siehe oben, wurde das Beobachtungsinstrument bezüglich der Vollständigkeit getestet. Im Laufe erster Testungen wurden zusätzliche Items hinzugefügt, um dieses Gütekriterium zu gewährleisten.

In engem Zusammenhang mit der Vollständigkeit steht die Praktikabilität der Instrumente. Es war von Bedeutung darauf zu achten, ob die Items der Instrumente tatsächlich die pflegerische Praxis widerspiegeln.

Das Gütekriterium Verständlichkeit ergab sich in Folge der explorativen und eigenständigen Entwicklung der Erhebungsinstrumente. Die Verständlichkeit der Instrumente war im Rahmen des Projekts für die Forscherin und ihre BetreuerInnen von Belang. Da die zu befor-schende Gruppe nicht in Kontakt mit den Instrumenten kam, mussten sie in Bezug auf diese Personengruppe keiner Prüfung unterzogen werden.

Das Gütekriterium der Machbarkeit konnte im positiven Sinn erfüllt werden. Der Durchführungszeitrahmen der Beobachtungen und Instrumentenanalysen lag in einem schaffbaren Zeitraum. Die Handhabbarkeit der Instrumente kann als relativ einfach bezeichnet werden. Darüber hinaus war ökonomisch betrachtet wenig Materialaufwand vonnöten.

Im Rahmen der Diplomarbeit war die Testung des Gütekriteriums der Validität nicht möglich. Die Reliabilität konnte während einem Pretest ausschließlich im Bereich der Interrater-Reliabilität getestet werden.

### **3.14. Datenerhebung**

Nach der Durchführung der beschriebenen Pretests und der endgültigen Korrektur des Beobachtungsinstrumentes begann die Datenerhebungsphase. Insgesamt fanden in einer Zeitspanne von vier Wochen 25 Beobachtungssequenzen statt, während derer die StudienteilnehmerInnen in Summe über 80 Stunden beobachtet wurden. Nach den jeweiligen Beobachtungssequenzen bzw. an den darauf folgenden Tagen kam es zur Analyse der Pflegedokumentation jener PatientInnen, die von der beobachteten Pflegeperson betreut wurden. Diese Analyse umfasste die Dokumentation der Tagesberichte und der Pflegeplanung.

Der Datensatz im Bereich der Dokumentenanalyse ist im Vergleich zum Bereich der Beobachtung geringer. Die Dokumentation jener Pflegepersonen, die in den Zwischenphasen beobachtet wurden, wurde nicht zur Analyse herangezogen, da die Pflegehandlungen, die vormittags an PatientInnen vollbracht wurden, nicht beobachtet wurden und somit für die Analyse nicht relevant waren. Darüber hinaus kam es unter bestimmten Umständen zu Beobachtungsunterbrechungen und somit zum Wechsel der zu beobachtenden Pflegekräfte. Bei kurzzeitigen Beobachtungen wurden die Pflegedokumentationen ebenfalls nicht beachtet.

Im Gesamten wurden Pflegeberichte und die dazugehörigen Pflegeplanungen von 15 Beobachtungssequenzen analysiert. Dabei handelt es sich um Pflegedokumentationen von insgesamt 128 PatientInnen.

### **3.15. Datenanalyse**

Zu Beginn der Datenanalyse stand die Eingabe des gesammelten Datenmaterials in das Statistikprogramm PASW Statistics, Version 17. Es wurden zwei Masken erstellt, eine Maske für die Daten der Beobachtung und eine Maske für die Daten der Dokumentenanalyse. Die Definition und Benennung der Variablen, die Bestimmung der Wertelabels und das Festlegen des Messniveaus wurde erarbeitet. Im Bereich der deskriptiven Statistik wurden Häufigkeiten und statistische Kennzahlen, wie Lagemaße und Streuungsmaße, berechnet. Grafisch dargestellt wurden die Ergebnisse über das Microsoft Office Programm Excel.

## **4. ERGEBNISSE**

In diesem Abschnitt erfolgt die Präsentation der Studienergebnisse, die Darstellung der allgemeinen Daten, der Ergebnisse im Bereich der Doppel- und Mehrfachstätigkeiten sowie der Dokumentenanalyse.

## 4.1. Darstellung der allgemeinen Daten

Im folgenden Teil werden die Ergebnisse der Analysen der Beobachtungssequenzen, der beobachteten Pflegepersonen, der Beobachtungszeit, der zu betreuenden PatientInnen und der zu betreuenden Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen dargestellt.

### 4.1.1. Beobachtungssequenzen

Die nachfolgende Abbildung zeigt, wie viele Beobachtungssequenzen je Station und je Beobachtungsphase durchgeführt wurden.

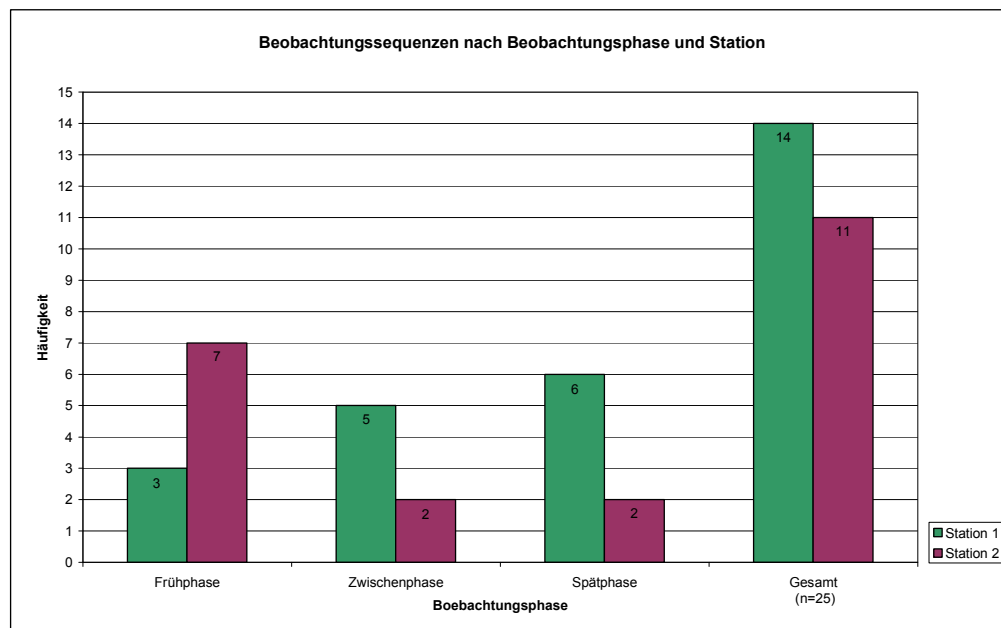


Abb. 1: Beobachtungssequenzen nach Beobachtungsphase und Station

Aus Abbildung 1 wird ersichtlich, dass insgesamt 25 Beobachtungssequenzen stattfanden. 14 Beobachtungssequenzen wurden auf Station 1 und elf auf Station 2 durchgeführt. Auf Station 1 wurden drei Beobachtungen in der Frühphase abgehalten, fünf in der Zwischenphase und sechs in der Spätphase. Die Frühphase, mit sieben Beobachtungen, ist auf Station 2 jene Beobachtungssequenz, in der am Häufigsten beobachtet wurde. In Zwischen- und Spätphase fanden jeweils zwei Beobachtungen statt.

Es wird dargelegt in wie vielen Beobachtungssequenzen weibliche und männliche Pflegepersonen beobachtet wurden:

Tabelle 3: Beobachtungssequenzen nach Station und Geschlecht

	Häufigkeiten	
	weiblich	männlich
<b>Station 1</b>	14	0
<b>Station 2</b>	10	1
<b>Gesamt</b>	24	1

Tabelle 3 zeigt, dass in den 14 Beobachtungssequenzen, die auf Station 1 vonstatten gingen, ausschließlich weibliches Pflegepersonal beobachtet wurde. Auf Station 2 waren die Sequenzen ebenfalls von Gesundheits- und Krankenschwestern dominiert, da in zehn der elf Beobachtungsphasen durchgeführte Doppel- und Mehrfachstätigkeiten von Frauen notiert wurden.

#### 4.1.2. Stichprobe

Gesundheits- und Krankenschwestern wurden teilweise während zwei Sequenzen beobachtet. Daraus folglich ist die Häufigkeit der Beobachtungssequenzen nicht gleich der Häufigkeit der Beobachtungen unterschiedlicher Pflegepersonen. Abbildung 2 zeigt wie viele verschiedene Pflegepersonen beobachtet wurden:

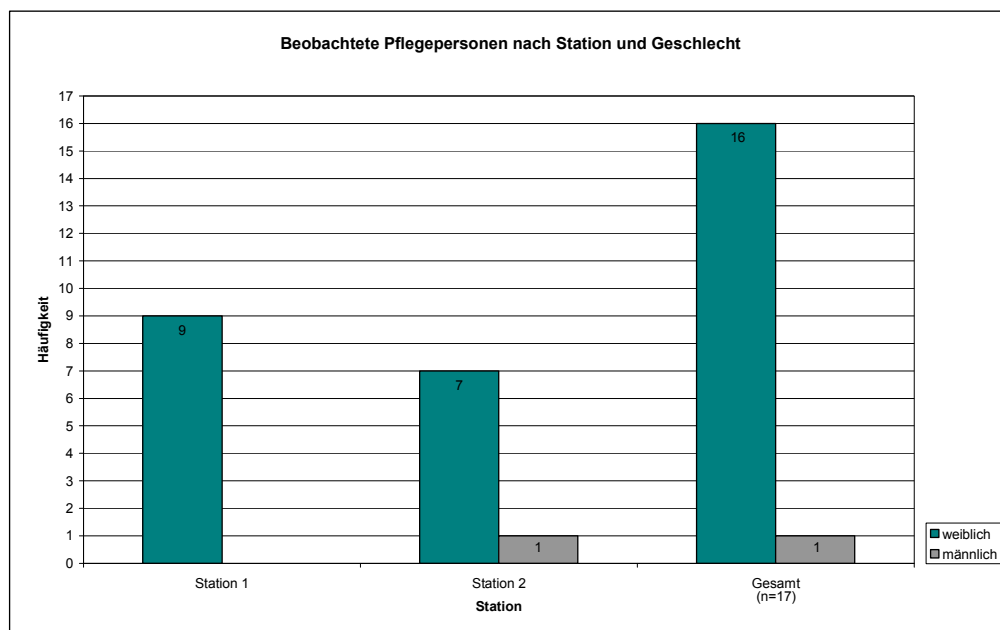


Abb. 2: Beobachtete Pflegepersonen nach Station und Geschlecht

Auf Station 1 wurde in 14 Beobachtungssequenzen neun Gesundheits- und Krankenschwestern gefolgt. In den zehn Beobachtungssequenzen von Station 2, in denen ausschließlich Doppel- und Mehrfachstätigkeiten von weiblichem Pflegepersonal beobachtet wurden, wurde sieben verschiedenen Pflegepersonen gefolgt.

### 4.1.3. Beobachtungszeit

Folgende Tabelle zeigt einige stationsspezifische Details in Zusammenhang mit der Beobachtungszeit:

Tabelle 4: Beobachtungszeit in Minuten nach Station

	<b>Station 1</b>	<b>Station 2</b>
<b>Minimum</b>	35	60
<b>Maximum</b>	335	345
<b>Summe</b>	2340	2500
<b>Median</b>	142,5	245
<b>Mittelwert</b>	167,14	227,27
<b>Standardabweichung</b>	95,23	113,61

Tabelle 4 kann entnommen werden, dass das Pflegepersonal von Station 1 und Station 2 insgesamt 4840 Minuten beobachtet wurde, dabei handelt es sich um 80 Stunden und 40 Minuten. Auf Station 1 fanden 2340 Beobachtungsminuten statt, was sich genau auf eine Zeit von 39 Stunden beläuft. 2500 Minuten Beobachtungszeit summierte sich auf Station 2, um zwei Stunden und 40 Minuten mehr als auf Station 1.

Die Gesamtminuten der Beobachtungen pro Beobachtungssequenz variieren. Das Minimum an Beobachtungszeit (n= 35 Minuten) wurde auf Station 1 abgehalten. Das Maximum (n= 345 Minuten) wurde auf Station 2 erreicht.

Während der insgesamt 14 Beobachtungsphasen auf Station 1 wurde durchschnittlich in jeder Sequenz 167,1 Minuten beobachtet. Die Standardabweichung dazu beträgt 95,2 Minuten. Auf Station 2 teilen sich die 2500 Beobachtungsminuten auf elf Phasen auf, daraus folglich wurde den Pflegepersonen im Schnitt pro Beobachtungssequenz 227,3 Minuten gefolgt. Die Standardabweichung beträgt 113,6 Minuten, demnach, streut auf Station 2 im Vergleich zu Station 1 die Beobachtungszeit stärker um den Mittelwert.

Zieht man den Median der Beobachtungsminuten beider Stationen heran, so zeigt sich, dass dieser sehr differiert. Auf Station 1 liegt er bei 142,5, auf Station 2 bei 245. Das heißt, dass die Hälfte aller Beobachtungssequenzen, die auf Station 1 vonstatten gingen, weniger als 142,5 Minuten andauerten. Auf Station 2 ist dieser Wert um etwa 100 Minuten erhöht.

Da manche Gesundheits- und KrankenpflegerInnen während zwei Beobachtungssequenzen beobachtet wurden, unterscheiden sich Minimum und Maximum der gesamten Beobachtungszeit pro Pflegenden/n von minimaler und maximaler Summe an Minuten pro Beobachtungseinheit. Das Minimum an Beobachtungsminuten einer Pflegeperson beträgt 70 Minuten und ging auf Station 2 vonstatten. 465 Minuten beträgt das Maximum an Beobachtungszeit einer Pflegeperson. Diese Summe ergab sich aus zwei Beobachtungseinheiten auf Station 2.

#### 4.1.4. Zu betreuende PatientInnen

Die nächste Tabelle beschäftigt sich damit wie viele PatientInnen von den beobachteten Pflegepersonen je Beobachtungssequenz betreut wurden.

Tabelle 5: Zu betreuende PatientInnen nach Station

Anzahl PatientInnen	Häufigkeiten (Beobachtungssequenzen)	
	Station 1	Station 2
5 Pat.	4	0
6 Pat.	5	0
7 Pat.	3	3
8 Pat.	0	4
9 Pat.	1	0
10 Pat.	0	3
14 Pat.	1	0
17 Pat.	0	1

Am häufigsten wurden auf Station 1 (n= 5) sechs und auf Station 2 (n=4) acht PatientInnen betreut. Viermal fand auf Station 1 die Versorgung von fünf PatientInnen statt. In drei Beobachtungsphasen waren auf beiden Stationen die beobachteten Pflegenden für die Betreuung von jeweils sieben PatientInnen zuständig. Von dem beobachteten Pflegepersonal der Station 2 wurden in drei Beobachtungssequenzen jeweils zehn PatientInnen gepflegt. Einmal kümmerte sich jeweils eine Pflegeperson von Station 1 um neun und einmal um 14 PatientInnen. Die Versorgung von den meisten PatientInnen geschah einmalig auf Station 2, wo ein/e Gesundheits- und KrankenpflegerIn während einer Beobachtungssequenz für 17 PatientInnen verantwortlich war.

Tabelle 6: Zu betreuende PatientInnen nach Station

	Station 1	Station 2
<b>Minimum</b>	5	7
<b>Maximum</b>	14	17
<b>Summe</b>	94	100
<b>Median</b>	6	8
<b>Mittelwert</b>	6,71	9,09
<b>Standardabweichung</b>	2,37	2,88

Summiert man die zu betreuenden PatientInnen pro Station, so zeigt sich, dass auf Station 1 94 und auf Station 2 genau 100 PatientInnen versorgt wurden.



Im Schnitt wurden von den beobachteten Pflegepersonen auf Station 1 6,7 PatientInnen versorgt. Auf Station 2 waren die Gesundheits- und KrankenpflegerInnen durchschnittlich für etwas mehr PatientInnen zuständig und zwar für 9,1.

In 50 Prozent aller Beobachtungssequenzen wurden auf Station 1 sechs PatientInnen pro beobachtete Pflegeperson betreut, auf Station 2 acht.

Betrachtet man die Standardabweichung so zeigt sich, dass mit 2,4 (Station 1) und 2,9 (Station 2) PatientInnen die Streuung vom Mittelwert nicht sehr stark ausgeprägt ist. Von den Pflegenden wurden in 68% der Beobachtungen zwischen vier und acht (Station 1) und zwischen sieben und elf PatientInnen versorgt.

Wie sich die Mittelwerte der zu betreuenden PatientInnen nach Beobachtungsphase und Station verhalten wird mittels der nächsten Grafik dargestellt:

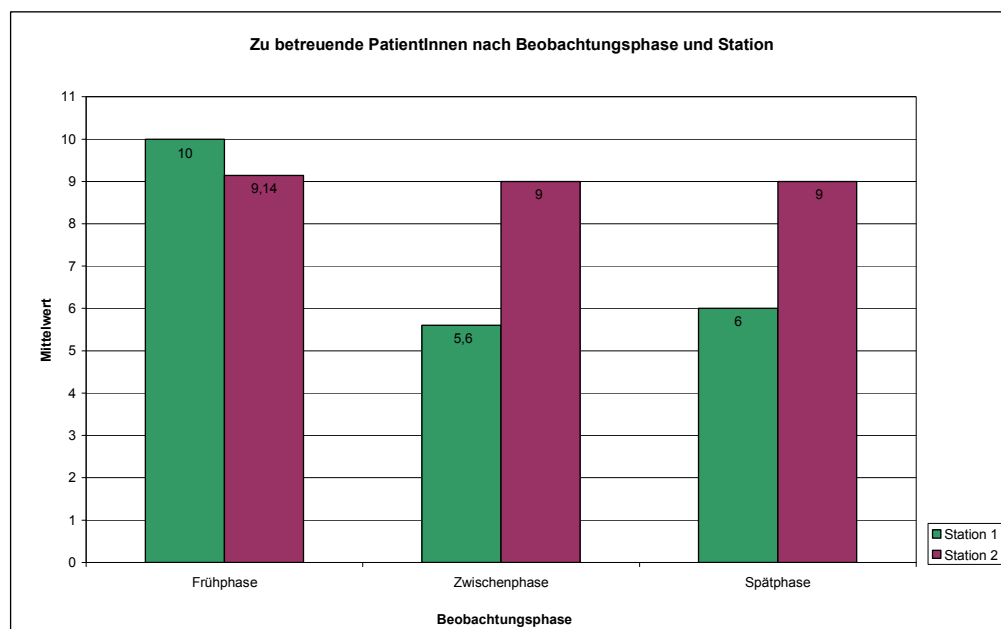


Abb. 3: Zu betreuende PatientInnen nach Beobachtungsphase und Station

Abbildung 3 kann entnommen werden, dass auf Station 1 in der Frühphase durchschnittlich zehn PatientInnen betreut wurden und 9,1 in der gleichen Beobachtungsphase auf Station 2. Darüber hinaus wurden auf Station 2 in der Zwischen- und der Spätphase im Durchschnitt neun PatientInnen von einer/m Pflegenden/m versorgt. Auf Station 1 war das beobachtete Gesundheits- und Krankenpflegepersonal in Zwischen- und Spätphase im Schnitt für weniger PatientInnen, für 5,6 und sechs, zuständig.

#### 4.1.5. Zu betreuende Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen

Es wird nun dargestellt wie viele Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen auf den Stationen von den beobachteten Pflegepersonen betreut wurden:

Tabelle 7: Zu betreuende Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen nach Station

	Häufigkeiten	
	Station 1	Station 2
<b>ein/e SchülerIn</b>	8	3
<b>Zwei SchülerInnen</b>	0	1
<b>Gesamt (n=13)</b>	8	5

In insgesamt zwölf der 25 Beobachtungssequenzen wurden von den beobachteten Pflegenden SchülerInnen betreut, wobei elfmal die Zuständigkeit für einen/eine SchülerIn vorhanden war und einmal die Verantwortung für zwei SchülerInnen gleichzeitig. Auf Station 1 wurde in acht von 14 Beobachtungssequenzen ein/e SchülerIn von der beobachteten Pflegeperson betreut. Zwei Pflegekräfte von Station 1, die jeweils zweimal beobachtet wurden, hatten in jeder Beobachtungssequenz die Betreuung von jeweils einer/m SchülerIn inne. Das heißt, dass während der gesamten Beobachtungszeit sechs der beobachteten Mitarbeiterinnen von Station 1 für acht SchülerInnen Ansprechpartnerinnen waren. Das in die Studie integrierte Pflegepersonal auf Station 2 war während der insgesamt elf Beobachtungseinheiten für fünf SchülerInnen verantwortlich. Dreimal wurden einzelne SchülerInnen betreut und einmal zwei SchülerInnen gleichzeitig.

#### 4.2. Darstellung der Doppeltätigkeiten

Der nun anschließende Abschnitt beschäftigt sich insbesondere mit den Ergebnissen der Analyse der beobachteten Doppeltätigkeiten.

Im Gesamten wurden 409 Doppeltätigkeiten beobachtet. Davon wurden 199 (48,66%) auf Station 1 und 210 (51,34%) auf Station 2 gesichtet.

##### 4.2.1. Nennung aller beobachteten Doppeltätigkeiten

Zu Beginn findet die Auflistung aller Doppeltätigkeiten statt. Die Darstellung erfolgt nach der Häufigkeit des Auftretens (ein- bis 27-mal) in den jeweiligen Beobachtungskategorien.

Tabelle 8: Nennung aller beobachteten Doppeltätigkeiten nach Bereich

<b>Doppeltätigkeiten, die einmal vorgekommen sind</b>	
<b>Information/Dokumentation (Gesamt: 30)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient informieren und Information von Dritten annehmen</li> <li>• Patient informieren und Geschirr abservieren</li> <li>• Dritte informieren und Dritte informieren</li> <li>• Dritte informieren und Fläche desinfizieren</li> <li>• Information von Patient einholen und Patient informieren</li> <li>• Information von Patient einholen und telefonieren</li> <li>• Information von Patient einholen und auf den Schwesternruf gehen</li> <li>• Information von Dritten annehmen und telefonieren</li> <li>• Dritte anleiten und telefonieren</li> <li>• Dritte anleiten und Dokumentieren</li> <li>• Emotionale Unterstützung und auf den Schwesternruf gehen</li> <li>• Ärztliche Visite und Information von Dritten einholen</li> <li>• Ärztliche Visite und Information von Dritten annehmen</li> <li>• Ärztliche Visite und patientenbezogenes Gespräch mit Dritten</li> <li>• Ärztliche Visite und Infusion/Perfusor abhängen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärztliche Visite und Material/Wäsche/Hilfsmittel/Bett bereitstellen</li> <li>• Pflegeübergabe am Bett und Dritte informieren</li> <li>• Pflegeübergabe im Stützpunkt und Dritte informieren</li> <li>• Telefonieren und Dokumentieren</li> <li>• Telefonieren und Dokumentation nachsehen</li> <li>• Telefonieren und Mobilisieren/Transferieren</li> <li>• Telefonieren und Medikamente oral austeilen austeilen</li> <li>• Telefonieren und Inhalator vorbereiten</li> <li>• Telefonieren und Schwesternruf in Position bringen</li> <li>• Telefonieren und Hilfsmittel/Bett verschieben</li> <li>• Dokumentieren und Information von Patient annehmen</li> <li>• Dokumentieren und Dritte anleiten</li> <li>• Dokumentieren und Medikamente oral vorbereiten</li> <li>• Dokumentieren und Material/Wäsche/Hilfsmittel/Bett bereitstellen</li> <li>• Dokumentation nachsehen und Material/Wäsche/Hilfsmittel/ Bett bereitstellen</li> </ul>
<b>Pflegen/Kleiden/Betten (Gesamt: 11)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegeutensilien wegräumen und Material Wäsche/Hilfsmittel/Müll wegbringen</li> <li>• Haare waschen und Dritte informieren</li> <li>• Hautpflege und telefonieren</li> <li>• An-/ Auskleiden und Dritte informieren</li> <li>• Bett machen und Kontrolle der Medikamenteneinnahme</li> <li>• Bett machen und Information von Patient annehmen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bett machen und Information von Dritten annehmen</li> <li>• Bett in Position bringen und Patient informieren</li> <li>• Bett in Position bringen und Dritte informieren</li> <li>• Bett in Position bringen und Information von Patient einholen</li> <li>• Bett in Position bringen und Information von Dritten annehmen</li> </ul>
<b>Ausscheidung (Gesamt: 5)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Steckbecken reichen/leeren und Dritte informieren</li> <li>• Steckbecken reichen/leeren und Information von Patient einholen</li> <li>• Urinflasche bereitstellen/reichen/leeren und Information von Patient einholen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Urinflasche bereitstellen/reichen/leeren und Geschirr abservieren</li> <li>• Toiletteneimer bereitstellen/leeren/wegbringen und Dritte informieren</li> </ul>

<b>Bewegung (Gesamt: 3)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gehen begleiten/unterstützen und Dritte informieren</li> <li>• Gehen begleiten/unterstützen und Information von Patient einholen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patiententransport und Information von Dritten einholen</li> </ul>
<b>Ernährung (Gesamt: 10)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Essen/Getränk vorbereiten und Infusions-/Perfusorlauf kontrollieren</li> <li>• Essen/Getränk austeilen und Information von Patient annehmen</li> <li>• Essen/Getränk austeilen und telefonieren</li> <li>• Essen/Getränk reichen und Dritte informieren</li> <li>• Geschirr abservieren und Patient informieren</li> <li>• Geschirr abservieren und Information von Patient einholen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geschirr abservieren und Information von Dritten einholen</li> <li>• Geschirr abservieren und Information von Dritten annehmen</li> <li>• Geschirr abservieren und patientenbezogenes Gespräch mit Dritten</li> <li>• Sondennahrung anhängen und Dritte informieren</li> </ul>
<b>Vitalzeichen (Gesamt: 8)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puls messen und Information von Patient einholen</li> <li>• Blutdruck messen und Information von Dritten annehmen</li> <li>• Blutdruck messen und Dritte anleiten</li> <li>• Blutzucker messen und Information von Patient annehmen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Blutzucker messen und Infusions-/Perfusorlauf kontrollieren</li> <li>• Temperatur messen und Puls messen</li> <li>• Wiegen und Dritte informieren</li> <li>• Wiegen und telefonieren</li> </ul>
<b>Wunde/Verband/MTS (Gesamt: 11)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wunde kontrollieren/versorgen und Dritte informieren</li> <li>• Wunde kontrollieren/versorgen und Information von Patient annehmen</li> <li>• Wunde kontrollieren/versorgen und Information von Dritten annehmen</li> <li>• Wunde kontrollieren/versorgen und Ärztliche Visite</li> <li>• Wunde kontrollieren/versorgen und wiegen</li> <li>• Wunde kontrollieren/versorgen und auf den den Schwesternruf gehen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verband/Sandsack entfernen und Information von Dritten annehmen</li> <li>• Verband wechseln und Information von Dritten annehmen</li> <li>• Verband wechseln und Hilfsmittel/Bett verschieben</li> <li>• PVK entfernen und Dritte informieren</li> <li>• PVK entfernen und Information von Patient einholen</li> </ul>
<b>Medikamente/Untersuchungen (Gesamt: 17)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medikamente oral vorbereiten und Information von Dritten einholen</li> <li>• Medikamente oral vorbereiten und patientenbezogenes Gespräch mit Dritten</li> <li>• Medikamente oral austeilen und Information von Patient einholen</li> <li>• Medikamente oral austeilen und Information von Dritten annehmen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infusion/Perfusor anhängen und Information von Patient einholen</li> <li>• Infusion/Perfusor anhängen und Information von Dritten annehmen</li> <li>• Infusion/Perfusor anhängen und telefonieren</li> <li>• Infusion/Perfusor anhängen und Magensonde versorgen</li> <li>• Inhalator vorbereiten und Dritte anleiten</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medikamente oral verabreichen und Patient informieren</li> <li>• Medikamente oral verabreichen und Information von Dritten annehmen</li> <li>• Sauerstoffverabreichung und Dritte informieren</li> <li>• Infusion/Perfusor anhängen und Patient informieren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inhalator austeilen und Information von Dritten einholen</li> <li>• Inhalator wegbringen und Dritte informieren</li> <li>• Inhalator wegbringen und Material/Wäsche/Hilfsmittel/Müll wegbringen</li> <li>• Probe entnehmen und Dritte informieren</li> </ul>
---	---

<b>Sonstiges (Gesamt: 13)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hände desinfizieren und Urinflasche bereitstellen/reichen/leeren</li> <li>• Auf den Schwesternruf gehen und telefonieren</li> <li>• Fläche desinfizieren und Dritte informieren</li> <li>• Material/Wäsche/Hilfsmittel/Bett bereitstellen und Bett in Position bringen</li> <li>• Material/Wäsche/Hilfsmittel/Bett bereitstellen und auf den Schwesternruf gehen</li> <li>• Material/Wäsche/Hilfsmittel/Bett bereitstellen und Material/Wäsche/Hilfsmittel/Bett bereitstellen</li> <li>• Material/Wäsche/Hilfsmittel/Müll wegbringen und Material/Wäsche/Hilfsmittel/Bett bereitstellen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Material/Wäsche/Hilfsmittel/Müll wegbringen und Hilfsmittel/Bett verschieben</li> <li>• Material/Wäsche/Hilfsmittel/Müll wegbringen und Urinflasche bereitstellen/reichen/leeren</li> <li>• Hilfsmittel/Bett verschieben und Information von Dritten einholen</li> <li>• Hilfsmittel/Bett verschieben und Information von Patient annehmen</li> <li>• Hilfsmittel/Bett verschieben und Hände desinfizieren</li> <li>• Hilfsmittel/Bett verschieben und Material/Wäsche/ Hilfsmittel/Müll wegbringen</li> </ul>

***Doppeltätigkeiten, die zweimal vorgekommen sind***

*(in zwei Beobachtungssequenzen jeweils einmal)*

<b>Information/Dokumentation (Gesamt: 4)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient informieren und Patient informieren</li> <li>• Ärztliche Visite und Telefonieren</li> <li>• Telefonieren und Information von Dritten annehmen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumentieren und emotionale Unterstützung</li> </ul>

<b>Pflegen/Kleiden/Betten (Gesamt: 2)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bett machen und Patient informieren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bett machen und Information von Patient einholen</li> </ul>

<b>Ernährung (Gesamt: 3)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Essen/Getränk vorbereiten und Information von Dritten annehmen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Essen/Getränk austeilen und Patient informieren</li> <li>• Geschirr abservieren und Dritte informieren</li> </ul>

<b>Vitalzeichen (Gesamt: 2)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puls messen und Information von Patient annehmen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Blutdruck messen und Information von Patient annehmen</li> </ul>

<b>Medikamente/Untersuchungen (Gesamt: 7)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medikamente oral austeilten und Dritte informieren</li> <li>• Medikamentendispenser einsammeln und Information von Dritten annehmen</li> <li>• Medikamente sc/im verabreichen und Dritte informieren</li> <li>• Infusion/Perfusor vorbereiten und auf den Schwesternruf gehen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infusion/Perfusor anhängen und Dritte informieren</li> <li>• Infusion/Perfusor abhängen und Information von Patient einholen</li> <li>• Infusion/Perfusor abhängen und Information von Dritten einholen</li> </ul>

<b>Sonstiges (Gesamt: 12)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hände desinfizieren und Patient informieren</li> <li>• Hände desinfizieren und Information von Dritten einholen</li> <li>• Hände desinfizieren und Dokumentation nachsehen</li> <li>• Hände desinfizieren und Hilfsmittel/Bett verschieben</li> <li>• Material/Wäsche/Hilfsmittel/Bett bereitstellen und Patient informieren</li> <li>• Material/Wäsche/Hilfsmittel/Bett bereitstellen und Information von Dritten einholen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Material/Wäsche/Hilfsmittel/Bett bereitstellen und Hilfsmittel/Bett verschieben</li> <li>• Material/Wäsche/Hilfsmittel/Müll wegbringen und Patient informieren</li> <li>• Material/Wäsche/Hilfsmittel/Müll wegbringen und Essen/Getränk austeilten</li> <li>• Material/Wäsche/Hilfsmittel/Müll wegbringen und Geschirr abservieren</li> <li>• Hilfsmittel/Bett verschieben und Information von Dritten annehmen</li> <li>• Hilfsmittel/Bett verschieben und telefonieren</li> </ul>

***Doppeltätigkeiten, die zweimal vorgekommen sind***

*(in einer Beobachtungssequenz zweimal)*

<b>Medikamente/Untersuchungen (Gesamt: 3)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medikamente oral vorbereiten und telefonieren</li> <li>• Medikamentendispenser einsammeln und Patient informieren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infusion/Perfusor vorbereiten und patientenbezogenes Gespräch mit Dritten</li> </ul>

***Doppeltätigkeiten, die dreimal vorgekommen sind***

*(in drei Beobachtungssequenzen jeweils einmal)*

<b>Information/Dokumentation (Gesamt: 3)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumentieren und patientenbezogenes Gespräch mit Dritten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumentation nachsehen und auf den Schwesternruf gehen</li> <li>• Dokumentation nachsehen und telefonieren</li> </ul>

<b>Pflegen/Kleiden/Betten (Gesamt: 1)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bett machen und Dritte informieren</li> </ul>	

<b>Ernährung (Gesamt: 2)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Essen/Getränk austeilten und Dritte informieren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Essen/Getränk austeilten und Medikamente oral austeilten</li> </ul>

<b>Sonstiges (Gesamt: 5)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hände desinfizieren und Information von</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Material/Wäsche/Hilfsmittel/Müll wegbringen</li> </ul>

Dritten annehmen • Hilfsmittel/Bett verschieben und Patient informieren • Hilfsmittel/Bett verschieben und Dritte informieren	und Information von Dritten annehmen • Hilfsmittel/Bett verschieben und Material/Wäsche/Hilfsmittel/Bett bereitstellen
---	---

**Doppeltätigkeiten, die dreimal vorgekommen sind**

*(in einer Beobachtungssequenz einmal und in einer zweimal)*

Information/Dokumentation (Gesamt: 1)
• Telefonieren und Dritte informieren

**Doppeltätigkeiten, die viermal vorgekommen sind**

*(in vier Beobachtungssequenzen jeweils einmal)*

Information/Dokumentation (Gesamt: 3)	
• Dritte informieren und telefonieren • Dokumentieren und Patient informieren	• Dokumentieren und auf den Schwesternruf gehen

Medikamente/Untersuchungen (Gesamt: 1)
• Medikamente sc/im vorbereiten und Information von Dritten annehmen

Sonstiges (Gesamt: 2)	
• Material/Wäsche/Hilfsmittel/Bett bereitstellen und Information von Patient einholen	• Material/Wäsche/Hilfsmittel/Müll wegbringen und Information von Patient einholen

**Doppeltätigkeiten, die viermal vorgekommen sind**

*(in zwei Beobachtungssequenzen jeweils einmal und in einer zweimal)*

Information/Dokumentation (Gesamt: 1)
• Dokumentieren und Information von Dritten einholen

Medikamente/Untersuchungen (Gesamt: 1)
• Medikamente sc/im vorbereiten und Dritte informieren

Sonstiges (Gesamt: 1)
• Hände desinfizieren und Dritte informieren

**Doppeltätigkeiten, die viermal vorgekommen sind**

*(in einer Beobachtungssequenz einmal und in einer dreimal)*

Sonstiges (Gesamt: 1)
• Hilfsmittel/Bett verschieben und Hilfsmittel/Bett verschieben

**Doppeltätigkeiten, die fünfmal vorgekommen sind**

*(in fünf Beobachtungssequenzen jeweils einmal)*

Sonstiges (Gesamt: 3)	
• Material/Wäsche/Hilfsmittel/Bett bereitstellen und Information von Dritten annehmen • Material/Wäsche/Hilfsmittel/Müll weg-	• Material/Wäsche/Hilfsmittel/Müll wegbringen und Information von Patienten annehmen

bringen und Dritte informieren
--------------------------------

**Doppeltätigkeiten, die fünfmal vorgekommen sind**

*(in drei Beobachtungssequenzen jeweils einmal und in einer zweimal)*

Information/Dokumentation (Gesamt: 1)
---------------------------------------

- |   |
|---|
| • Ärztliche Visite und Dritte informieren |
|---|

Sonstiges (Gesamt: 1)
-----------------------

- |  |
|--|
| • Material/Wäsche/Hilfsmittel/Müll wegbringen und Information von Dritten einholen |
|--|

**Doppeltätigkeiten, die fünfmal vorgekommen sind**

*(in zwei Beobachtungssequenzen einmal und in einer dreimal)*

Vitalzeichen (Gesamt: 1)
--------------------------

- |   |
|---|
| • Blutdruck messen und Information von Patient einholen |
|---|

**Doppeltätigkeiten, die fünfmal vorgekommen sind**

*(in einer Beobachtungssequenz einmal und in zwei zweimal)*

Ernährung (Gesamt: 1)
-----------------------

- |  |
|--|
| • Essen/Getränk vorbereiten und Dritte informieren |
|--|

Medikamente/Untersuchungen (Gesamt: 1)
--

- |   |
|---|
| • Medikamente oral vorbereiten und Information von Dritten annehmen |
|---|

**Doppeltätigkeiten, die sechsmal vorgekommen sind**

*(in sechs Beobachtungssequenzen jeweils einmal)*

Medikamente/Untersuchungen (Gesamt: 1)
--

- |  |
|--|
| • Infusion/Perfusor vorbereiten und Information von Dritten annehmen |
|--|

Sonstiges (Gesamt: 1)
-----------------------

- |   |
|---|
| • Material/Wäsche/Hilfsmittel/Bett bereitstellen und telefonieren |
|---|

**Doppeltätigkeiten, die sechsmal vorgekommen sind**

*(in drei Beobachtungssequenzen jeweils einmal und in einer dreimal)*

Information/Dokumentation (Gesamt: 1)
---------------------------------------

- |  |
|--|
| • Dokumentation nachsehen und Information von Dritten annehmen |
|--|

**Doppeltätigkeiten, die neunmal vorgekommen sind**

*(in fünf Beobachtungssequenzen jeweils einmal und in zwei zweimal)*

Sonstiges (Gesamt: 1)
-----------------------

- |   |
|---|
| • Material/Wäsche/Hilfsmittel/Bett bereitstellen und Dritte informieren |
|---|

**Doppeltätigkeiten, die neunmal vorgekommen sind**

*(in vier Beobachtungssequenzen jeweils einmal, in einer zweimal und in einer dreimal)*



Medikamente/Untersuchungen (Gesamt: 1)
• Infusion/Perfusor vorbereiten und Dritte informieren
<b>Doppeltätigkeiten, die elfmal vorgekommen sind</b>
<i>(in vier Beobachtungssequenzen einmal, in zwei zweimal und in einer dreimal)</i>
Information/Dokumentation (Gesamt: 1)
• Dokumentieren und telefonieren
<b>Doppeltätigkeiten, die elfmal vorgekommen sind</b>
<i>(in sechs Beobachtungssequenzen einmal, in einer zweimal und in einer dreimal)</i>
Information/Dokumentation (Gesamt: 1)
• Dokumentation nachsehen und Dritte informieren
<b>Doppeltätigkeiten die 12-mal vorgekommen sind</b>
<i>(in drei Beobachtungssequenzen jeweils einmal, in einer zweimal und einer siebenmal)</i>
Medikamente/Untersuchungen (Gesamt: 1)
• Medikamente oral vorbereiten und Dritte informieren
<b>Doppeltätigkeiten die 22-mal vorgekommen sind</b>
<i>(in fünf Beobachtungssequenzen jeweils einmal, in sieben jeweils zweimal und in einer dreimal)</i>
Information/Dokumentation (Gesamt: 1)
• Dokumentieren und Information von Dritten annehmen
<b>Doppeltätigkeiten, die 27-mal vorgekommen sind</b>
<i>(in neun Beobachtungssequenzen jeweils einmal, in vier jeweils zweimal, in zwei jeweils dreimal und in einer viermal)</i>
Information/Dokumentation (Gesamt: 1)
• Dokumentieren und Dritte informieren

Von dieser detaillierten Auflistung der beobachteten Doppeltätigkeiten wird in nachstehenden Bereich zu einer zusammenfassenden Darstellung der Daten übergegangen.

#### 4.2.2. Häufigkeit des Auftretens von Doppeltätigkeiten

In Tabelle 9 wird dargestellt mit welcher Häufigkeit einzelne Doppeltätigkeiten aufgetreten sind. Es wird dabei das Augenmerk auf die Haupttätigkeit gelegt und die Auflistung findet nach Kategorien statt.

Tabelle 9: Häufigkeit des Auftretens von Doppeltätigkeiten nach Haupttätigkeit und Bereich

Haupt- tätigkeit nach Bereich	Häufigkeit des Auftretens (1-27)										
	1- mal (n=108)	2- mal (n=33)	3- mal (n=12)	4- mal (n=10)	5- mal (n=8)	6- mal (n=3)	9- mal (n=2)	11- mal (n=2)	12- mal (n=1)	22- mal (n=1)	27- mal (n=1)
Information/ Dokumentation (n=148)	30	4	4	4	1	1	0	2	0	1	1
Pflegen/ Kleiden/Betten (n=18)	11	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Ausscheidung (n=5)	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bewegung (n=3)	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ernährung (n=27)	10	3	2	0	1	0	0	0	0	0	0
Vitalzeichen (n=17)	8	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Wunden/ Verband/MTS (n=11)	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Medikamente/ Untersuchungen (n=77)	17	10	0	2	1	1	1	0	1	0	0
Sonstiges (n=103)	13	12	5	4	4	1	1	0	0	0	0

Zu Beginn sollte hervorgehoben werden, dass die kategoriale Aufgliederung der Doppeltätigkeiten in Tabelle 9 nach der Haupttätigkeit erfolgt. Aus Gründen der Leserlichkeit wird dies ausschließlich an dieser Stelle erwähnt und gilt für alle Ergebnisse, die nun vorgestellt werden: Während der gesamten Beobachtungszeit sind 108 verschiedene Doppeltätigkeiten ein einziges Mal vorgekommen, davon stammen 30 Doppeltätigkeiten aus dem Bereich „Information/Dokumentation“, 17 aus „Medikamente/Untersuchungen“ und 13 aus „Sonstiges“. Jeweils elf der Doppeltätigkeiten kommen aus den Kategorien „Pflegen/Kleiden/Betten“ und „Wunde/Verband/MTS“, zehn aus „Ernährung“, acht aus „Vitalzeichen“, fünf aus „Ausscheidung“ und drei aus „Bewegung“.

33 unterschiedliche Doppeltätigkeiten wurden zweimal durchgeführt. Die meisten davon kommen aus den Bereichen „Sonstiges“ und „Medikamente/Untersuchungen“. Weniger als fünf Doppeltätigkeiten, die zweimal vonstatten gingen, stammen aus den Kategorien „Information/Dokumentation“, „Pflegen/Kleiden/Betten“, „Ernährung“ und „Vitalzeichen“. Jene Doppeltätigkeiten, die insgesamt jeweils dreimal notiert wurden (n=12), wurden mit abnehmender Häufigkeit in den Bereichen „Sonstiges“, „Information/Dokumentation“, „Ernährung“ und „Pflegen/Kleiden/Betten“ beobachtet. Vier der acht Doppeltätigkeiten, die jeweils insgesamt fünfmal zu verzeichnen waren, sind aus der Kategorie „Sonstiges“. Der Rest teilt sich mit jeweils einer Doppeltätigkeit auf „Information/Dokumentation“, „Ernährung“, „Vitalzei-

chen“ und „Medikamente/Untersuchungen“ auf. Aus den Bereichen „Information/Dokumentation“, „Medikamente/Untersuchungen“ und „Sonstiges“ wurde jeweils eine Doppeltätigkeit sechsmal durchgeführt. Doppeltätigkeiten, die insgesamt neunmal beobachtet werden konnten (n=2), sind in den Bereichen „Medikamente/Untersuchungen“ und „Sonstiges“ zu finden.

In der Kategorie „Information/Dokumentation“ fanden zwei verschiedene Doppeltätigkeiten, die im Gesamten elfmal erledigt wurden statt. Jene Doppeltätigkeit, die insgesamt zwölfmal durchgeführt wurde, fällt in den Bereich „Medikamente/Untersuchungen“. Der Rubrik „Information/Dokumentation“ ist jeweils eine Kombination aus Tätigkeiten zuzuschreiben, die mit 22-maliger und 27-maliger Durchführungshäufigkeit am zahlreichsten vorgekommen sind.

#### 4.2.3. Haupttätigkeiten, die am häufigsten vorgekommen sind

Die im letzten Abschnitt im Detail genannten Doppeltätigkeiten werden in Tabelle 10 gruppiert dargestellt. Jene Haupttätigkeiten, die pro Kategorie am Häufigsten vorgekommen sind, werden an dieser Stelle aufgelistet:

Tabelle 10: Haupttätigkeiten, die am häufigsten vorgekommen sind nach Bereich

Information/Dokumentation	Dokumentieren (n=81) Dokumentation nachsehen (n=24) ärztliche Visite (n=12)
Pflegen/Kleiden/Betten	Bett machen (n=10) Bett in Position bringen (n=4)
Ausscheidung	Steckbecken reichen/leeren (n=2) Urinflasche bereitstellen/reichen/leeren (n=2)
Bewegung	Gehen begleiten/unterstützen (n=2)
Ernährung	Essen/Getränk austeilen (n=10) Essen/Getränk vorbereiten (n=8) Geschirr abservieren (n=7)
Vitalzeichen	Blutdruck messen (n=11)
Wunde/Verband/MTS	Wunde kontrollieren/versorgen (n=6)
Medikamente/Untersuchungen	Medikamente oral vorbereiten (n=21) Infusion/Perfusor vorbereiten (n=19) Infusion anhängen (n=7)
Sonstiges	Material/Wäsche/Hilfsmittel/Bett bereitstellen (n=33) Material/Wäsche/Hilfsmittel/Müll wegbringen (n=31) Hilfsmittel/Bett verschieben (n=17)

Es zeigt sich, dass „Dokumentieren“ die mit Abstand am häufigsten vorgekommene Haupttätigkeit ist. Gefolgt wird diese Tätigkeit von „Material/Wäsche/Hilfsmittel/Bett bereitstellen“

und „Material/Wäsche/Hilfsmittel/Müll wegbringen“ sowie „Dokumentation nachsehen“ und Medikamente oral vorbereiten“.

#### 4.2.4. Zusatz Tätigkeiten, die am häufigsten vorgekommen sind

In der nun folgenden Tabelle werden die Zusatz Tätigkeiten genannt, die am mehrmaligsten Teil einer Doppeltätigkeit waren:

Tabelle 11: Zusatz Tätigkeiten, die am häufigsten vorgekommen sind nach Bereich

Information/Dokumentation	Dritte informieren (n=131) Information von Dritten annehmen (n=74) Telefonieren (n=38)
Ausscheidung	Urinflasche bereitstellen/reichen/leeren (n=2)
Ernährung	Geschirr abservieren (n=3) Essen/Getränk austeilen (n=2)
Medikamente/Untersuchungen	Medikamente oral austeilen (n=4) Infusions-/Perfusorlauf kontrollieren (n=2)
Sonstiges	Auf den Schwesternruf gehen (n=13) Hilfsmittel/Bett verschieben (n=11) Material/Wäsche/Hilfsmittel/Bett bereitstellen (n=8)

Tabelle 11 kann entnommen werden, dass jene drei Zusatz Tätigkeiten, die am zahlreichsten beobachtet wurden aus der Kategorie „Information/Dokumentation“ stammen. Es handelt sich dabei um „Dritte informieren“, „Information von Dritten annehmen“ und „Telefonieren“.

#### 4.2.5. Doppeltätigkeiten nach Haupttätigkeit und Bereich

Von der exakten Auflistung der beobachteten Doppeltätigkeiten kommt es in diesem Abschnitt zu einer zusammenfassenden Darstellung der Daten. Folgende Grafik zeigt die Gesamthäufigkeiten nach Haupttätigkeit und Bereich. Die danach angefügte Tabelle beinhaltet die prozentuelle Auswertung selbigen Sachverhaltes.

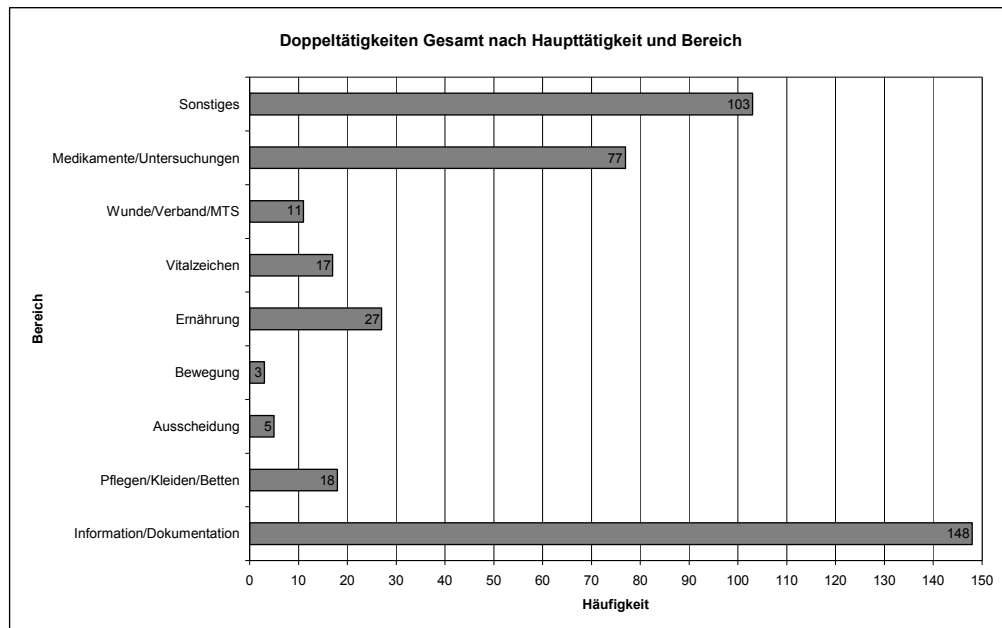


Abb. 4: Doppeltätigkeiten gesamt nach Haupttätigkeit und Bereich

Tabelle 12: Anteil der Haupttätigkeiten nach Bereich

Information/ Dokumentation	36,19%
Sonstiges	25,18%
Medikamente/Untersuchungen	18,83%
Ernährung	6,6%
Pflegen/Kleiden/Betten	4,4%
Vitalzeichen	4,16%
Wunde/Verband/MTS	2,69%
Ausscheidung	1,22%
Bewegung	0,73%

Die meisten Doppeltätigkeiten (n=148; 36,2%) stammen aus dem Bereich „Information/Dokumentation“. 103 Doppeltätigkeiten bzw. 25,18% aller Doppeltätigkeiten erfolgten im Zusammenhang mit „Sonstiges“ und 77 (18,8%) wurden in der Rubrik „Medikamente/Untersuchungen“ beobachtet. Mit 27 (6,6%) Doppeltätigkeiten ist die Kategorie „Ernährung“ jene Kategorie, die bezüglich Häufigkeit an vierter Stelle erscheint. Doppeltätigkeiten, die in den restlichen Kategorien beobachtet wurden, fallen sehr gering aus, da sie jeweils einen Prozentwert von unter 5 vorweisen.

#### 4.2.6. Doppeltätigkeiten nach Zusatztätigkeit und Bereich

Der vorherigen Darstellung folgend wird nun auf den zweiten Teil der Doppeltätigkeiten, den der Zusatztätigkeiten eingegangen:

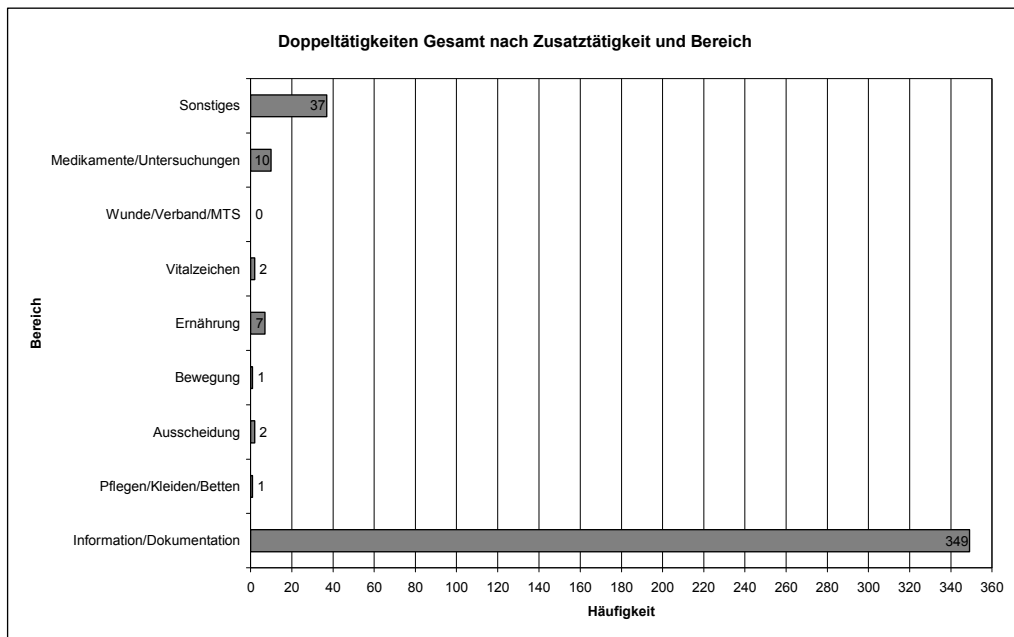


Abb. 5: Doppeltätigkeiten gesamt nach Zusatztätigkeit und Bereich

Tabelle 13: Anteil der Zusatztätigkeiten nach Bereich

Information/ Dokumentation	85,33 %
Sonstiges	9,05 %
Medikamente/Untersuchungen	2,44 %
Ernährung	1,71 %
Ausscheidung	0,49 %
Vitalzeichen	0,49 %
Pflegen/Kleiden/Betten	0,24 %
Bewegung	0,24 %
Wunde/Verband/MTS	0 %

Abbildung 5 und Tabelle 13 kann entnommen werden, dass die beobachteten Zusatztätigkeiten wiederum am häufigsten aus den Bereichen „Information/Dokumentation“, „Sonstiges“ und „Medikamente/Untersuchungen“ stammen. Mit Abstand die meisten Zusatztätigkeiten (n=349; 85,3%) wurden in der Kategorie „Information/Dokumentation“ gesichtet. 37 (9,1 %) der Zusatztätigkeiten kommen aus dem Bereich „Sonstiges“ und zehn (2,4%) aus „Medikamente/Untersuchungen“. Aus der Rubrik „Ernährung“ (1,7%) stammen im Gesamten sieben Zusatztätigkeiten. Jene zusätzlich durchgeführten Tätigkeiten aus den Kategorien „Ausscheidung“, „Vitalzeichen“, „Pflegen/Kleiden/Betten“ und „Bewegung“ sind mit einem Anteil unter 1% vorgekommen.

#### 4.2.7. Doppeltätigkeiten nach Haupttätigkeit, Bereich, Beobachtungsphase und Station

Anschließend werden die Doppeltätigkeiten bereichs-, stations- und phasenbezogen betrachtet. Eine Auflistung der Häufigkeiten und Prozentwerte wird vorgenommen.

Tabelle 14: Doppeltätigkeiten gesamt nach Haupttätigkeit, Bereich, Beobachtungsphase und Station

	Frühphase (n=232; 56,72%)		Zwischenphase (n=66; 16,17%)		Spätphase (n=111; 27,14%)		Gesamt (n=409)	
	Stat. 1 (n=76; 18,58%)	Stat. 2 (n=156; 38,14%)	Stat. 1 (n=54; 13,20%)	Stat. 2 (n=12; 2,93%)	Stat. 1 (n=69; 16,87%)	Stat. 2 (n=42; 3,42%)	Stat. 1 (n=199; 48,66%)	Stat. 2 (n=210; 51,34%)
Information/ Dokumentation	n=28 6,85%	n=62 15,16%	n=19 4,65%	n=7 1,71%	n=25 6,11%	n=7 1,71%	n=72 17,6%	n=76 18,58%
Pflegen/Kleiden/ Betten	n=5 1,22%	n=8 1,96%	n=0	n=0	n=5 1,22%	n=0	n=10 2,44%	n=8 1,96%
Ausscheidung	n=2 0,49%	n=1 0,24%	n=2 0,49%	n=0	n=0	n=0	n=4 0,98%	n=1 0,24%
Bewegung	n=0	n=2 0,49%	n=1 0,24%	n=0	n=0	n=0	n=1 0,24%	n=2 0,49%
Ernährung	n=4 0,98%	n=8 1,96%	n=0	n=0	n=9 2,2%	n=6 1,47%	n=13 3,18%	n=14 3,42%
Vitalzeichen	n=3 0,73%	n=12	n=1 0,24%	n=0	n=1 0,24%	n=0	n=5 1,22%	n=12 2,93%
Wunde/Verband MTS	n=6 1,47%	n=5 1,22%	n=0	n=0	n=0	n=0	n=6 1,47%	n=5 1,22%
Medikamente/ Untersuchungen	n=5 1,22%	n=17 4,16%	n=17 4,16%	n=4 0,98%	n=10 2,44%	n=24 5,87%	n=32 7,82%	n=45 11,0%
Sonstiges	n=23 5,62%	n=41 10,02%	n=14 3,42%	n=1 0,24%	n=19 4,65%	n=5 1,22%	n=56 13,69%	n=47 11,49%

Tabelle 14 zeigt, dass in der Frühphase die häufigsten Doppeltätigkeiten (n=232; 56,7%) durchgeführt wurden. Davon ereigneten sich 38,1% auf Station 2 und der Rest, 18,6%, auf Station 1. Nicht einmal halb so viele Doppeltätigkeiten fanden in der Spätphase statt. 111 Doppeltätigkeiten, 27,1%, wurden vom beobachteten Pflegepersonal in dieser Beobachtungssequenz vollzogen. Auf Station 1 wurden 69 (16,9%) gesichtet und auf Station 2 42 (3,4%). In der Zwischenphase (n=66; 16,2%) wurden die wenigsten Doppeltätigkeiten notiert. Die meisten davon fanden auf Station 1 statt.

Betrachtet man die Gesamthäufigkeiten, auf Haupttätigkeit, Bereich und Station bezogen, so zeigt sich, dass die beobachteten MitarbeiterInnen von Station 1 im Vergleich zu jenen von Station 2 in den vier Beobachtungskategorien „Pflegen/Kleiden/Betten“, „Ausscheidung“, „Wunde/Verband/MTS“ und „Sonstiges“ vermehrt Doppeltätigkeiten durchgeführt haben. Die Durchführungshäufigkeit der beobachteten Doppeltätigkeiten von Station 2 dominiert somit in den Bereichen „Information/Dokumentation“, „Bewegung“, „Ernährung“, „Vitalzeichen“ und „Medikamente/Untersuchungen“.

#### 4.2.8. Haupt- und Zusatztätigkeiten nach Bereich

In folgender Tabelle erfolgt die kombinierte Darstellung von Haupt- und Zusatztätigkeiten nach den Beobachtungsbereichen.

Tabelle 15: Haupttätigkeiten und Zusatztätigkeiten der Doppeltätigkeiten in Kombination nach Bereich

	Haupttätigkeit								
	Information/ Dokumentation	Pflegen/ Kleiden/ Betten	Ausscheidung	Bewegung	Ernährung	Vitalzeichen	Wunde/ Verband/ MTS	Medikamente/ Untersuchungen	Sonstiges
Zusatztätigkeit									
Information/ Dokumentation	n=128 31,3%	n=16 3,91%	n=4 0,98%	n=3 0,73%	n=23 5,62%	n=15 3,67%	n=8 1,96%	n=73 17,85%	n=79 19,32%
Pflegen/Kleiden/ Betten	n=0	n=0	n=0	n=0	n=0	n=0	n=0	n=0	n=1 0,24%
Ausscheidung	n=0	n=0	n=0	n=0	n=0	n=0	n=0	n=0	n=2 0,49%
Bewegung	n=1 0,24%	n=0	n=0	n=0	n=0	n=0	n=0	n=0	n=0
Ernährung	n=1 0,24%	n=0	n=1 0,24%	n=0	n=0	n=0	n=0	n=1 0,24%	n=4 0,98%
Vitalzeichen	n=0	n=0	n=0	n=0	n=0	n=1 0,24%	n=1 0,24%	n=0	n=0
Wunde/Verband MTS	n=0	n=0	n=0	n=0	n=0	n=0	n=0	n=0	n=0
Medikamente/ Untersuchungen	n=4 0,98%	n=1 0,24%	n=0	n=0	n=4 0,98%	n=1 0,24%	n=0	n=0	n=0
Sonstiges	n=14 3,42%	n=1 0,24%	n=0	n=0	n=0	n=0	n=2 0,49%	n=3 0,73%	n=17 4,16%

Auffallend ist, dass bei 128 (31,3%) der beobachteten Doppeltätigkeiten sowohl Haupt-, als auch Zusatztätigkeit aus dem Bereich Information/Dokumentation stammen. In 19,3% der Fälle kommt die Haupttätigkeit aus „Sonstiges“ und die dazugehörige Zusatztätigkeit aus „Information/Dokumentation“. An dritter Stelle, mit 17,9%, sind Doppeltätigkeiten zu platzieren, deren Haupttätigkeit der Kategorie „Medikamente/Untersuchungen“ und deren Zusatztätigkeit „Information/Dokumentation“ zuzuschreiben sind. Mit einem mehr als 10% reduzierten Anteil traten Doppeltätigkeiten in der Kombination Haupttätigkeit „Ernährung“ und Zusatztätigkeit „Information/Dokumentation“ auf.

#### 4.3. Darstellung der Einzeltätigkeiten aus denen sich die Doppeltätigkeiten zusammensetzen nach Bereich

Es wurde bereits analysiert aus welchen Haupt- und Nebentätigkeiten sich die beobachteten Doppeltätigkeiten zusammensetzen. Schlüsselt man die genannten Doppeltätigkeiten in ihre Einzeltätigkeiten (Haupt- und Zusatztätigkeit) auf und summiert sie, so zeigt sich folgendes Bild:



Tabelle 16: Einzeltätigkeiten aus denen sich die Doppeltätigkeiten zusammensetzten nach Bereich

Infor- mation/ Doku- mentation	Pflegen/ Kleiden/ Betten	Aus- scheiden- dung	Bewe- gung	Ernäh- rung	Vital- zei- chen	Wunde/ Ver- band/ MTS	Medika- mente/ Untersu- chungen	Sonst- iges	Ge- samt
n=497 60,76%	n=19 2,32%	n=7 0,86%	n=4 0,49%	n=34 4,16%	n=19 2,32%	n=11 1,34%	n=87 10,64%	n=140 17,11%	n=818

Betrachtet man die Häufigkeiten der Einzeltätigkeiten, so erscheint die Kategorie „Information/Dokumentation“ mit der höchsten Durchführungshäufigkeit. 497 (60,8%) Einzeltätigkeiten stammen aus diesem Bereich. 140 (17,1%) Einzeltätigkeiten kommen aus der Rubrik „Sonstiges“ und 87 (10,6%) aus „Medikamente/Untersuchungen“. Die nächste Kategorie, mit einer Häufigkeit von 34, ist „Ernährung“. Die restlichen Bereiche weisen eine Häufigkeit von unter 20 auf.

#### 4.4. Darstellung der Mehrfachstätigkeiten

Es ist zu erwähnen, dass insgesamt sieben Mehrfachstätigkeiten beobachtet wurden, welche sich jeweils aus drei unterschiedlichen Tätigkeiten zusammensetzen.

##### 4.4.1. Nennung aller beobachteten Mehrfachstätigkeiten

Im folgenden Abschnitt werden alle Mehrfachstätigkeiten, wie sie gesichtet wurden, genannt:

Tabelle 17: Nennung aller beobachteten Mehrfachstätigkeiten nach Bereich

<b><i>Mehrfachstätigkeiten, die einmal vorgekommen sind</i></b>
<b>Information/Dokumentation (Gesamt: 2)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumentation nachsehen und Information von Dritten einholen und Telefonieren</li> <li>• Ärztliche Visite und Dritte informieren und Material/Wäsche/Hilfsmittel/Müll wegbringen</li> </ul>
<b>Medikamente/Untersuchungen (Gesamt: 1)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infusion/Perfusor vorbereiten und Patient 1 informieren und Patient 2 informieren</li> </ul>
<b>Sonstiges (Gesamt: 4)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Material/Wäsche/Hilfsmittel/Müll wegbringen und Patient informieren und Information von Patient annehmen</li> <li>• Material/Wäsche/Hilfsmittel/Müll wegbringen und Patient informieren und Bett in Position bringen</li> <li>• Material/Wäsche/Hilfsmittel/Müll wegbringen und Patient informieren und Hände desinfizieren</li> <li>• Hilfsmittel/Bett verschieben und Dritte informieren und Information von Patient einholen</li> </ul>

#### 4.4.2. Haupt- und Zusatztätigkeiten der Mehrfachstätigkeiten nach Bereich

In folgender Tabelle wird veranschaulicht, aus welchen Einzeltätigkeiten sich die beobachteten Mehrfachstätigkeiten zusammensetzen. Zur besseren Übersichtlichkeit werden nur die Bereiche aufgelistet, in denen Mehrfachstätigkeiten vorgekommen sind. In den nicht genannten Bereichen wurden somit keine Mehrfachstätigkeiten gesichtet.

Tabelle 18: Haupt- und Zusatztätigkeiten der Mehrfachstätigkeiten nach Bereich

	Haupttätigkeit	Zusatztätigkeit 1	Zusatztätigkeit 2
Information/ Dokumentation	2	7	4
Pflegen/Kleiden/ Betten	0	0	1
Medikamente/ Untersuchungen	1	0	0
Sonstiges	4	0	2

Tabelle 18 ist zu entnehmen, dass die Haupttätigkeiten der Mehrfachstätigkeiten, mit einer Häufigkeit von vier, am zahlreichsten aus der Rubrik „Sonstiges“ stammen. Zwei weitere Haupttätigkeiten kommen aus dem Bereich „Information/Dokumentation“ und eine aus „Medikamente/Untersuchungen“. Die Zusatztätigkeiten der Mehrfachstätigkeiten sind beinahe ausschließlich der Kategorie „Information/Dokumentation“ zuzuschreiben.

#### 4.4.3. Mehrfachstätigkeiten nach Haupttätigkeit, Bereich, Beobachtungsphase und Station

In der nachfolgenden Tabelle wird aufgezeigt wie sich die Aufteilung der beobachteten Mehrfachstätigkeiten bezüglich Haupttätigkeit, Bereich, Station und Beobachtungsphase gestaltet.

Tabelle 19: Mehrfachstätigkeiten nach Haupttätigkeit, Bereich, Beobachtungsphase und Station

	Frühphase (n=3)		Zwischenphase (n=1)		Spätphase (n=3)		Gesamt (n=7)	
	Stat. 1 (n=1)	Stat. 2 (n=2)	Stat. 1 (n=1)	Stat. 2 (n=0)	Stat. 1 (n=3)	Stat. 2 (n=0)	Stat. 1 (n=5)	Stat. 2 (n=2)
Information/ Dokumentation	0	1	0	0	1	0	1	1
Medikamente/ Untersuchungen	0	0	1	0	0	0	1	0
Sonstiges	1	1	0	0	2	0	3	1

Tabelle 19 zeigt, dass zwei der sieben beobachteten Mehrfachstätigkeiten auf Station 2 und fünf auf Station 1 stattfanden.

Die zwei Mehrfach Tätigkeiten, die von Pflegepersonen der Station 2 durchgeführt wurden, konnten in der Frühphase gesichtet werden und stammen aus den Bereichen „Information/Dokumentation“ und „Sonstiges“.

Jene Mehrfach Tätigkeiten, die auf Station 1 entdeckt wurden, ereigneten sich hauptsächlich (n=3) in der Spätphase und in der Kategorie „Sonstiges“.

#### 4.4.4. Mehrfach Tätigkeiten nach Haupttätigkeit und Zusatz Tätigkeit 1 und 2

An dieser Stelle wird veranschaulicht, aus welcher Kategorie die zu den Haupttätigkeiten durchgeführten Zusatz Tätigkeiten stammen:

Tabelle 20: Haupttätigkeiten und Zusatz Tätigkeiten der Mehrfach Tätigkeiten in Kombination nach Bereich

	<b>Haupttätigkeit</b>			
	Information/ Dokumentation	Medikamente/ Untersuchungen	Sonstiges	Gesamt
<b>Zusatz Tätigkeit 1</b>				
Information/ Dokumentation	2	1	4	7
<b>Zusatz Tätigkeit 2</b>				
Information/ Dokumentation	1	1	2	4
Pflegen/Kleiden/ Betten	0	0	1	1
Sonstiges	1	0	1	2

Tabelle 20 legt dar, dass zur Haupttätigkeit, die aus dem Bereich „Sonstiges“ kommt, Zusatz Tätigkeit 1 viermal aus der Kategorie „Information/Dokumentation“ stammt und Zusatz Tätigkeit 2 zweimal selbiger Kategorie und jeweils einmal „Pflegen/Kleiden/Betten“ und „Sonstiges“ zuzuschreiben ist.

#### 4.5. Gesamtdarstellung der Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten

In diesem Abschnitt findet eine Gesamtdarstellung der Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten statt. Zu Beginn liegt der Schwerpunkt auf den beobachteten Pflegepersonen beider Projektstationen. Danach werden die Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten mit PatientInnen- und SchülerInnenbetreuung in Verbindung gebracht.

##### 4.5.1. Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten nach Haupttätigkeit, Bereich und Pflegeperson

Die angeführte Tabelle zeigt wie häufig die unterschiedlichen Pflegepersonen Doppeltätigkeiten (+ Mehrfach Tätigkeiten) durchgeführt haben. Darüber hinaus findet jede Pflegeperson nachfolgend eine detailliertere Erwähnung, wobei auch Berechnungsergebnisse bezüglich

den durchschnittlichen zeitlichen Abständen der Durchführung von Doppel- und Mehrfach-tigkeiten angeführt werden.

Tabelle 21: Doppel- und Mehrfach-tigkeiten die von Pflegeperson A- Q vollbracht wurden nach Haupt-tätigkeit und Bereich

	Infor- mation/ Doku- mentation	Pflegen/ Kleiden/ Betten	Aus- scheiden- gung	Bewe- gung	Ernäh- rung	Vital- zei- chen	Wunde/ Ver- band/ MTS	Medika- mente/ Untersu- chungen	Sonst- iges	Ge- samt
PP A	6	3	0	0	0	2	0	1	7	19
PP B	10	2	0	1	2	0	0	3	5	23
PP C	12	2	0	0	1	0	0	8 (+1)	12	35 (+1)
PP D	1	0	0	0	0	0	0	1	1	3
PP E	13 (+1)	0	0	0	2	2	2	18	10	47 (+1)
PP F	10	3	0	0	0	2	4	3	6 (+1)	28 (+1)
PP G	13	1	0	0	0	4	0	2	8 (+1)	28 (+1)
PP H	6	1	0	1	4	0	0	9	4	25
PP I	7 (+1)	1	0	0	0	1	0	4	9 (+1)	22 (+2)
PP J	11	0	0	0	3	1	0	7	6	28
PP K	17	2	1	0	4	3	2	4	8	41
PP L	9	1	0	1	1	0	1	3	3	19
PP M	5	0	2	0	0	0	0	9	5	21
PP N	3	0	0	0	4	0	0	2	1 (+1)	10 (+1)
PP O	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PP P	19	0	0	0	6	0	0	2	9	36
PP Q	6	2	2	0	0	2	2	1	9	24

Legt man das Augenmerk auf die einzelnen Pflegepersonen, so zeigt sich eine große Spannweite der Häufigkeit an durchgeführten Doppeltätigkeiten. Keine Doppel- und Mehrfach-tigkeiten wurden von Pflegeperson O vollzogen und die meisten (n= 48) von Pflegeperson E. Berechnungen des Mittelwerts ergeben, dass jeder Pflegeperson im Schnitt 24,06 Doppeltätigkeiten zuzuschreiben sind. Auf die gesamte Beobachtungszeit gesehen wurde durchschnittlich alle 11,8 Minuten eine Doppel- und alle 691,4 Minuten eine Mehrfach-tigkeit beobachtet.

Eine detaillierte Betrachtung der einzelnen Pflegepersonen folgt anschließend:

- **Pflegeperson A**

Pflegeperson A (Station 2) wurde einmal in der Frühphase beobachtet und war für die Betreuung von zwei SchülerInnen und 17 PatientInnen zuständig. Von dieser/m PflegerIn wurden während einer Zeit von 330 Minuten 19 Doppeltätigkeiten durchgeführt. Das heißt, dass alle 17,37 Minuten eine Doppeltätigkeit beobachtet wurde. Sieben der von Pflegeperson A durchgeführten Doppeltätigkeiten stammen aus dem Bereich „Sonstiges“, sechs aus „Information und Dokumentation“, drei aus „Pflegen/ Kleiden/ Betten“, zwei aus „Vitalzeichen“ und eine aus „Medikamente/Untersuchungen“.

- **Pflegeperson B**

Pflegeperson B (Station 1) wurde zweimal beobachtet. Insgesamt handelte es sich um 255 Minuten Beobachtungszeit, welche in Zwischenphase und Spätphase gesammelt wurde. Es wurden während der zwei Beobachtungssequenzen elf PatientInnen betreut. Pflegeperson B führte insgesamt 23 Doppeltätigkeiten durch, durchschnittlich daher alle 11,09 Minuten. Zehn der 23 Doppeltätigkeiten stammen aus dem Bereich „Information/Dokumentation“, fünf aus „Sonstiges“, drei aus „Medikamente/Untersuchungen“, jeweils zwei aus „Pflegen/Kleiden/Betten“ und „Ernährung“ und eine aus „Bewegung“.

- **Pflegeperson C**

Die auf Station 1 arbeitende Pflegeperson C wurde während einer Zwischenphase und einer Spätphase insgesamt 275 Minuten beobachtet. Während dieser Zeit war diese Pflegende für die Versorgung von elf PatientInnen verantwortlich, SchülerInnen hatte sie keine zu betreuen. Insgesamt wurden in den 275 Minuten Beobachtungszeit 35 Doppeltätigkeiten ausgeführt, im Schnitt also alle 7,86 Minuten eine. Jeweils zwölf Doppeltätigkeiten stammten aus der Rubrik „Information/Dokumentation“ und „Sonstiges“. Darüber hinaus wurden acht Doppeltätigkeiten im Bereich „Medikamente/Untersuchungen“, zwei im Bereich „Pflegen/Kleiden/Betten“ und eine im Zusammenhang mit „Ernährung“ vollzogen. Pflegeperson C hat darüber hinaus eine Mehrfachstätigkeit ausgeführt, die aus dem Bereich „Medikamente/Untersuchungen“ stammt. Insgesamt wurden also 36 Doppel- und Mehrfachstätigkeiten von dieser Pflegenden vollzogen, das heißt, dass alle 7,64 Minuten eine Doppel- bzw. Mehrfachstätigkeit durchgeführt wurde.

- **Pflegeperson D**

Die vierte beobachtete Pflegeperson, tätig auf Station, wurde 70 Minuten in der Zwischenphase beobachtet. Sie war für eine SchülerInnenbetreuung zuständig und für zehn PatientInnen. Insgesamt wurden von Pflegeperson D drei Doppeltätigkeiten vollzogen, wobei jeweils eine Doppeltätigkeit aus den Kategorien „Information/Dokumentation“, „Sonstiges“ und

„Medikamente/Untersuchungen“ stammt. Von diesem/r Pflegenden/m wurde jeweils nach 23,33 Minuten eine Doppeltätigkeit ausgeführt.

- **Pflegeperson E**

Während zwei Beobachtungssequenzen, einer Frühphase und einer Spätphase, wurde Pflegeperson E (Station 2) beobachtet. 17 PatientInnen fielen während diesen Phasen in ihren Zuständigkeitsbereich. Die Betreuung von SchülerInnen war nicht notwendig. Mit einer Beobachtungszeit von 465 Minuten und einer Anzahl von insgesamt 47 Doppeltätigkeiten handelt es sich bei Pflegeperson E um jene Person, die am längsten beobachtet wurde und die, in Bezug auf Häufigkeiten, die meisten Doppeltätigkeiten erledigte. Von dieser Pflegenden wurde alle 9,89 Minuten eine Doppeltätigkeit durchgeführt. Die vollzogenen Doppeltätigkeiten teilen sich auf folgende Bereiche auf: „Medikamente/Untersuchungen“ mit 18 Doppeltätigkeiten, „Information/Dokumentation“ mit 13 Doppeltätigkeiten, „Sonstiges“ mit zehn Doppeltätigkeiten, sowie „Ernährung“, „Vitalzeichen“ und „Wunde/Verband/MTS“ mit jeweils zwei Doppeltätigkeiten. Es ist zu bemerken, dass Pflegeperson E unter allen Pflegepersonen jene ist, die mit Abstand die meisten Doppeltätigkeiten der Rubrik „Medikamente/Untersuchungen“ zu verzeichnen hat. Bei Pflegeperson E wurde zusätzlich dazu eine Mehrfachstätigkeit beobachtet, die aus der Kategorie „Information/Dokumentation“ stammt. Die insgesamt 48 Doppel- und Mehrfachstätigkeiten kamen in einem Abstand von 9,69 Minuten vor.

- **Pflegeperson F**

Pflegeperson F (Station 1) wurde zweimal beobachtet, einmal in der Frühphase und einmal in der Zwischenphase. Während der insgesamt 455 Minuten war diese Pflegeperson für eine/einen SchülerIn und 13 PatientInnen Ansprechpartnerin. Insgesamt konnten bei Pflegeperson F 28 Doppeltätigkeiten notiert werden, alle 16,3 Minuten eine. Zehn Doppeltätigkeiten stammen aus dem Bereich „Information/Dokumentation“, diese werden gefolgt von sechs aus „Sonstiges“. Viermal konnten Doppeltätigkeiten aus „Wunde/Verband/MTS“ beobachtet werden und jeweils dreimal aus den Kategorien „Pflegen/Kleiden/Betten“ und „Medikamente/Untersuchungen“. Zwei Doppeltätigkeiten stammen aus der Rubrik „Vitalzeichen“. Aus der Rubrik „Sonstiges“ stammt eine Mehrfachstätigkeit, die von Pflegeperson F durchgeführt wurde. 29 Doppel- und Mehrfachstätigkeiten wurden insgesamt gesichtet, diese kamen durchschnittlich alle 15,7 Minuten vor.

- **Pflegeperson G**

Während einem Zeitraum von 245 Minuten war Pflegeperson G auf Station 2 für sieben PatientInnen und keine SchülerInnen zuständig. In diesem Zeitraum, der in der Frühphase stattfand, wurden 28 Doppeltätigkeiten vollzogen, die am häufigsten aus dem Bereich „In-

formation/Dokumentation“ (n=13) kamen. Acht Doppeltätigkeiten konnten im Bereich „Sonstiges“ aufgenommen werden, vier in „Vitalzeichen“, zwei in „Medikamente/Untersuchungen“ und eine in „Pflegen/Kleiden/Betten“. Pflegeperson G vollzog durchschnittlich in einem Abstand von 8,8 Minuten jeweils eine Doppeltätigkeit.

Darüber hinaus wurde bei dieser Pflegeperson eine Mehrfachstätigkeit gesichtet, die in die Kategorie „Sonstiges“ verzeichnet wurde. Daraus folglich wurden insgesamt 29 Doppel- bzw. Mehrfachstätigkeiten durchgeführt, also alle 8,5 Minuten eine.

- **Pflegeperson H**

Pflegeperson H ist auf Station 2 beschäftigt und wurde während einer Früh- und einer Spätphase beobachtet. Innerhalb von 295 Minuten betreute diese Pflegeperson eine/n SchülerIn und 15 PatientInnen. Mit neun Doppeltätigkeiten aus dem Bereich „Medikamente/Untersuchungen“, sechs aus „Information/Dokumentation“, jeweils vier aus „Ernährung“ und „Sonstiges“ und einer aus „Pflegen/Kleiden/Betten“ sind dieser Pflegeperson insgesamt 25 Doppeltätigkeiten zuzurechnen. Im Schnitt wurde alle 11,8 Minuten von Pflegeperson H eine Doppeltätigkeit durchgeführt.

- **Pflegeperson I**

Insgesamt 22 Doppeltätigkeiten, welche in einer Zeitspanne von 155 Minuten vermerkt wurden, wurden von Pflegeperson I (Station 1) in der Spätphase durchgeführt. Dem zufolge wurde durchschnittlich alle 7,1 Minuten eine Doppeltätigkeit erkannt. Die Begleitung von einer/m SchülerIn und sieben PatientInnen lag im Aufgabenbereich von Pflegeperson I. Doppeltätigkeiten wurden neunmal im Bereich „Sonstiges“ ausgeführt, siebenmal in der Rubrik „Information/Dokumentation“, viermal in der Kategorie „Medikamente/Untersuchungen“ und jeweils einmal in den Bereichen „Pflegen/Kleiden/Betten“ und „Vitalzeichen“. Ebenso wurden zwei Mehrfachstätigkeiten beobachtet, eine aus „Information/Dokumentation“ und eine aus „Sonstiges“. 24 Doppel- und Mehrfachstätigkeiten wurden insgesamt notiert, das heißt, dass im Abstand von 6,5 Minuten jeweils ein Ereignis vonstatten ging.

- **Pflegeperson J**

Insgesamt 28 Doppeltätigkeiten kamen während der Beobachtung von Pflegeperson J auf Station 2 vor. Die Beobachtung wurde in der Frühphase abgehalten und betrug 345 Minuten. Während Pflegeperson J für acht PatientInnen und keine SchülerInnen zuständig war, führte sie elf Doppeltätigkeiten aus „Information/Dokumentation“ durch. Gefolgt wird diese am häufigsten durchgeführte Doppeltätigkeit von sieben im Bereich „Medikamente/Untersuchungen“, sechs in „Sonstiges“, drei in „Ernährung“ und einer in „Vitalzeichen“.

Alle 12,3 Minuten wurde durchschnittlich bei dieser Pflegeperson eine Doppeltätigkeit gesichtet.

- **Pflegeperson K**

Pflegeperson K (Station 2) wurde zweimal beobachtet, einmal in Früh- und einmal in Zwischenphase. Während der Betreuung von insgesamt 18 PatientInnen und keinen SchülerInnen wurden in einem Zeitrahmen von 405 Minuten 41 Doppeltätigkeiten vollführt, alle 9,9 Minuten eine. Die häufigsten Doppeltätigkeiten, 17 Stück, kamen im Bereich „Information/Dokumentation“ vor, gefolgt wurde diese Rubrik von acht Doppeltätigkeiten aus „Sonstiges“. Jeweils vier Doppeltätigkeiten wurden in den Bereichen „Ernährung“ und „Medikamente/Untersuchungen“ aufgenommen und drei in „Vitalzeichen“. Jeweils zwei Doppeltätigkeiten konnten in den Kategorien „Pflegen/Kleiden/Betten“ und „Wunde/Verband/MTS“ gesichtet werden und eine in „Ausscheidung“.

- **Pflegeperson L**

Der für eine/n SchülerIn und acht PatientInnen zuständigen Pflegeperson L wurde auf Station 2 in der Frühphase gefolgt. In 345 Beobachtungsminuten fanden insgesamt 19 Doppeltätigkeiten statt, was pro 18,2 Minuten eine Doppeltätigkeit ausmacht. Davon fallen neun in den Bereich „Information/Dokumentation“ und jeweils drei in „Medikamente/Untersuchungen“ und „Sonstiges“. Die restlichen vier Doppeltätigkeiten teilen sich auf die Kategorien „Pflegen/Kleiden/Betten“, „Bewegung“, „Ernährung“ und „Wunde/Verband/MTS“ auf.

- **Pflegeperson M**

Pflegeperson M von Station 1 war während zwei Zwischenphasen von Beobachtungsinteresse. Zwei SchülerInnen und elf PatientInnen wurden innerhalb von 210 Minuten betreut. 21 Doppeltätigkeiten kamen insgesamt vor, davon wurden neun Doppeltätigkeiten in Zusammenhang mit „Medikamente“, jeweils fünf mit „Information/Dokumentation“ und „Sonstiges“ und zwei mit „Ausscheidung“ erbracht. In einem Abstand von durchschnittlich zehn Minuten wurde bei Pflegeperson M jeweils eine Doppeltätigkeit beobachtet.

- **Pflegeperson N**

Auf Station 1 war Pflegeperson N in einer Zeitspanne von 170 Minuten für eine/n SchülerIn und fünf PatientInnen verantwortlich. In der Spätphase wurden insgesamt zehn Doppeltätigkeiten notiert, im Schnitt alle 17 Minuten eine. Diese Doppeltätigkeiten kommen wie folgt häufig vor und stammen aus folgenden Rubriken: „Ernährung“ (n=4), „Information/Dokumentation“ (n=3), „Medikamente/Untersuchungen“ (n=2) und „Sonstiges“ (n=1). Aus der Kategorie „Sonstiges“ kommt eine Mehrfachstätigkeit. Damit wurden insgesamt elf Dop-



pel- und Mehrfachstätigkeiten von Pflegeperson N ausgeführt, im Schnitt alle 15,45 Minuten eine.

- **Pflegeperson O**

Die auf Station 1 tätige Pflegeperson O wurde 130 Minuten beobachtet. Während der zwei Stunden und zehn Minuten in der Spätphase wurden sieben PatientInnen versorgt und ein/e SchülerIn betreut. Diese Beobachtungssequenz war die Einzige, in der keine Doppeltätigkeiten stattfanden.

- **Pflegeperson P**

Bei Pflegeperson P von Station 1 wurden insgesamt 36 Doppeltätigkeiten in einer Frühphase und einer Spätphase wahrgenommen, somit alle 10,1 Minuten eine. 19 Doppeltätigkeiten, um eine mehr als die Hälfte aller Doppeltätigkeiten, wurden im Bereich „Information/Dokumentation“ beobachtet, von allen Pflegepersonen die meisten aus dieser Kategorie. Zehn weniger, also insgesamt neun Doppeltätigkeiten, fallen in den Bereich „Sonstiges“. Doppeltätigkeiten in den Kategorien „Ernährung“ mit sechs und „Medikamente/Untersuchungen“ mit zwei folgen. Die Doppeltätigkeiten wurden in 365 Minuten Beobachtungszeit und während der Betreuung von zwei Schülerinnen und 20 PatientInnen erkannt.

- **Pflegeperson Q**

Für die Betreuung von neun PatientInnen und keine SchülerInnen war Pflegeperson Q in einer Beobachtungssequenz zuständig. Diese fand in der Früh statt und beinhaltete eine Phase von 325 Minuten. Alle 13,5 Minuten wurde eine Doppeltätigkeit beobachtet, das heißt, dass insgesamt 24 Doppeltätigkeiten zu verzeichnen waren. Neun Doppeltätigkeiten stammen aus dem Bereich „Sonstiges“ und sechs aus „Information/Dokumentation“. Jeweils zwei Doppeltätigkeiten erledigte Pflegeperson Q in den Kategorien „Pflegen/Kleiden/Betten“, „Ausscheidung“, „Vitalzeichen“ und „Wunde/Verband/MTS“. Eine Doppeltätigkeit ist in der Rubrik „Medikamente/Untersuchungen“ zu verzeichnen.

#### **4.5.2. Doppel- und Mehrfachstätigkeiten in Verbindung mit PatientInnenbetreuung**

In diesem Abschnitt werden die Häufigkeiten von Doppel- und Mehrfachstätigkeiten mit der Anzahl der zu betreuenden PatientInnen in Verbindung gebracht.

Tabelle 22: Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten in Verbindung mit PatientInnenbetreuung

Anzahl zu betreuende PatientInnen	Häufigkeit	PatientInnen Gesamt	Doppel-tätigkeiten Gesamt	Mehrfach-tätigkeiten Gesamt	Doppel- und Mehrfach-tätigkeiten pro PatientIn
5	4	20	57	1	2,9
6	5	30	44	1	1,5
7	6	42	103	5	2,4
8	4	32	77	0	2,4
9	1	9	24	0	2,7
10	3	30	56	0	1,9
14	1	14	29	0	2,1
17	1	17	19	0	1,1

Tabelle 22 zeigt, dass in vier Beobachtungssequenzen, in denen jeweils fünf PatientInnen von den beobachteten Pflegepersonen betreut wurden, insgesamt 58 Doppel- und Mehrfach-tätigkeiten vorkamen. Das heißt, dass im Durchschnitt pro PatientIn 2,9 Doppel- und Mehrfach-tätigkeit durchgeführt wurden. 2,7 Doppel- und Mehrfach-tätigkeiten kamen pro PatientIn während der Betreuung von insgesamt neun PatientInnen in einer Beobachtungssequenz vor. In dieser Beobachtungssequenz wurden 24 Doppel- und Mehrfach-tätigkeiten beobachtet. Jeweils 2,4 Doppel- und Mehrfach-tätigkeiten pro PatientIn kamen während der Versorgung von sieben und acht PatientInnen vor. In einer Beobachtungssequenz wurden 14 PatientInnen von der beobachteten Pflegeperson gepflegt, 29 Doppel- und Mehrfach-tätigkeiten kamen in dieser Sequenz vor, durchschnittlich 2,1 pro PatientIn. Unter zwei Doppel- und Mehrfach-tätigkeiten kamen im Durchschnitt vor, als sechs, zehn und 17 PatientInnen im Verantwortungsbereich der beobachteten Pflegepersonen lagen.

#### 4.5.3. Doppel- und Mehrfach-tätigkeiten in Verbindung mit SchülerInnenbetreuung

Im Folgenden wird zeigt inwiefern SchülerInnenbetreuung Auswirkungen auf die Durchführung von Doppel- und Mehrfach-tätigkeiten hat. SchülerInnenbetreuung „Ja“ heißt, dass ein/e SchülerIn bis maximal zwei SchülerInnen in der Verantwortung der beobachteten Pflegeperson lag/en. In den Spalten werden die Häufigkeiten der Doppeltätigkeiten (+ Mehrfach-tätigkeiten) tabellarisch aufgeführt.

Tabelle 23: Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten in Verbindung mit Betreuung von Gesundheits- und Krankenpflege-schülerInnen

	Häufigkeiten	
	SchülerInnenbetreuung	
	nein	ja
Information/Dokumentation	94 (+1)	54 (+1)
Pflegen/Kleiden/Betten	12	6
Ausscheidung	3	2
Bewegung	1	2
Ernährung	16	11
Vitalzeichen	13	4
Wunde/Verband/MTS	10	1
Medikamente/Untersuchungen	54 (+1)	23
Sonstiges	67 (+2)	36 (+2)
Gesamt	270 (+4)	139 (+3)

Aus Tabelle 23 wird ersichtlich, dass sowohl die meisten Doppeltätigkeiten, als auch Mehrfach Tätigkeiten in der Zeit, in der keine SchülerInnenbetreuung erfolgte, durchgeführt wurden.

Während der 1985 Beobachtungsminuten, in denen die Betreuung von ein bis zwei SchülerInnen notwendig war, wurden 139 Doppeltätigkeiten beobachtet. Somit fand im Durchschnitt während der Betreuung von SchülerInnen alle 14,3 Minuten eine Doppeltätigkeit statt. Darüber hinaus fanden während dieser Zeit vier Mehrfach Tätigkeiten, die jeweils einmal aus den Bereichen „Information/Dokumentation“ und „Medikamente/Untersuchungen“ und zweimal aus „Sonstiges“ stammen, statt.

In der Zeit, in der keine SchülerInnen im Verantwortungsbereich der beobachteten Pflegepersonen lagen, was sich auf insgesamt 2885 Beobachtungsminuten beläuft, fanden 270 Doppeltätigkeiten statt, also alle 10,7 Minuten eine. Vier Mehrfach Tätigkeiten wurden unter diesen Beobachtungsvoraussetzungen vollzogen. Lagen SchülerInnen im Aufgabenbereich von den beobachteten Pflegenden, so stammen Mehrfach Tätigkeiten aus den Bereichen „Information/Dokumentation“ (n=1) und „Sonstiges“ (n=2).

Werden Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten gemeinsam betrachtet, so fanden in der Betreuungszeit von SchülerInnen, während 1985 Minuten, 142 Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten statt, alle 14 Minuten eine Doppel- oder Mehrfach Tätigkeiten. Während 2885 Minuten, in denen keine SchülerInnen im Aufgabenbereich der Pflegekräfte lagen wurden insgesamt 274 Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten beobachtet, das heißt, dass in einem Abstand von durchschnittlich 10,5 Minuten eine Doppel- oder Mehrfach Tätigkeiten stattfand.

Im Bereich „Information/Dokumentation“ fanden in der schülerInnenfreien Zeit 94 Doppeltätigkeiten und eine Mehrfachstätigkeit statt. Im Vergleich dazu waren es vierzig weniger, wenn SchülerInnen zu betreuen waren. In der Kategorie „Pflegen/Kleiden/Betten“ wurden in der Zeit, in der SchülerInnen im Verantwortungsbereich von den beobachteten Pflegenden lagen, doppelt so viele Doppeltätigkeiten verrichtet, als zu Zeiten, in denen keine Verantwortung für SchülerInnen übernommen werden musste. In der Rubrik „Ausscheidung“ wurden die fünf Doppeltätigkeiten auf zwei während der Betreuung von SchülerInnen und drei während schülerInnenfreier Zeit aufgeteilt. „Bewegung“ ist der einzige Bereich, in dem mehr Doppeltätigkeiten stattfanden, wenn Pflegende SchülerInnen zu versorgen hatten. 16 Doppeltätigkeiten aus „Ernährung“ wurden vollzogen, als keine SchülerInnen im Verantwortungsbereich der Beobachteten lagen, elf im gegenteiligen Fall. Mit 13 zu vier Doppeltätigkeiten aus der Kategorie „Vitalzeichen“ fanden mehr als dreimal so häufig Doppeltätigkeiten statt, als keine SchülerInnen von den beobachteten Pflegepersonen betreut wurden. Zehn der elf Doppeltätigkeiten aus „Wunde/Verband/MTS“ wurden ausgeführt, als die Pflegenden ohne Verantwortung für Auszubildende waren. Mit 54 zu 23 Doppeltätigkeiten aus dem Bereich „Medikamente/Untersuchungen“ gingen mehr als doppelt so viele Doppeltätigkeiten vorstatten, als keine SchülerInnen im Aufgabenbereich der zu Beobachtenden lagen. In der Kategorie „Sonstiges“ gingen 67 Doppeltätigkeiten ohne SchülerInnenbetreuung vorstatten, 36, als SchülerInnen zu versorgen waren.

#### **4.6. Darstellung der Dokumentenanalyse**

In der Analyse der Pflegedokumentation wurde das Augenmerk auf die Erfassung von Doppel-, Mehrfach- und Einzeltätigkeiten gelegt.

Die Dokumentenanalyse ergab, dass weder Doppel- noch Mehrfachstätigkeiten dokumentiert wurden. Es wurde keine einzige Tätigkeit dokumentiert, die gleichzeitig durchgeführt wurde. Dieses Ergebnis ist zwar aussagekräftig, jedoch wurden darüber hinaus weitere Informationen aus dem Datenmaterial generiert. Eine Analyse der dokumentierten Einzeltätigkeiten wurde durchgeführt und diese wird in Tabelle 19 präsentiert.

Zum Verständnis der Tabelle eine zusammenfassende Erklärung:

„Einzeltätigkeiten, deren Durchführungshäufigkeit in der Pflegedokumentation nachvollziehbar ist“ und „Einzeltätigkeiten, deren Durchführungshäufigkeit in der Pflegedokumentation nicht nachvollziehbar ist“ werden sowohl für den Pflegebericht als auch die Pflegeplanung analysiert. Die erste Kategorie bedeutet folgendes: in der Pflegedokumentation werden pflegerische Tätigkeiten mit einer exakten Häufigkeit benannt und sind somit quantitativ nach-

vollziehbar (Bsp.: „Verbandswechsel durchgeführt“ heißt, dass eine Einzeltätigkeit im Bereich „Wunde/Verband/MTS“ im Pflegebereich dokumentiert wurde). Die zweite Kategorie ist quantitativ nicht bestimmbar, da aus der Dokumentation nicht hervorgeht wie oft diese Pflegetätigkeit durchgeführt wurde (Bsp.: „Mobilisation“: in der Pflegeplanung wurde diese Tätigkeit oftmals im Zuge von Prophylaxen erwähnt. Die Häufigkeit, wie oft pro Tag mobilisiert werden sollte, wurde nicht aufgeführt, was dazu führt, dass es sich um eine Tätigkeit handelt, die eben dieser zweiten Kategorie zugeordnet werden musste).

Tabelle 24: Einzeltätigkeiten nach Bereich, die in der Pflegebericht sowie der Pflegeplanung vorgekommen sind, mit nachvollziehbarer und nicht nachvollziehbarer Durchführungshäufigkeit

	<b>Einzeltätigkeiten, deren Durchführungshäufigkeit in der Pflegedokumentation nachvollziehbar ist</b>		<b>Einzeltätigkeiten, deren Durchführungshäufigkeit in der Pflegedokumentation nicht nachvollziehbar ist</b>	
	<b>Pflegebericht</b>	<b>Pflegeplanung</b>	<b>Pflegebericht</b>	<b>Pflegeplanung</b>
Information/ Dokumentation	101	4	5	96
Pflegen/Kleiden/ Betten	11	19	0	114
Ausscheidung	1	0	1	77
Bewegung	9	8	0	216
Ernährung	1	5	0	26
Vitalzeichen	5	0	1	25
Wunde/Verband MTS	14	3	0	12
Medikamente/ Untersuchungen	7	1	1	86
Sonstiges	1	0	0	35
Gesamt	150	40	8	687

Tabelle 24 kann entnommen werden, dass die Häufigkeit der Einzeltätigkeiten, deren Durchführungshäufigkeit aus der Pflegedokumentation exakt nachvollziehbar ist, um einiges geringer ausfällt als die Häufigkeit der Einzeltätigkeiten, deren Durchführungshäufigkeit nicht eruierbar ist.

Dem linken Tabellenteil kann entnommen werden, dass in der Dokumentenanalyse 190 Einzeltätigkeiten analysiert wurden, die einerseits mit einer Häufigkeit von 150 im Pflegebericht und andererseits mit einer Häufigkeit von 40 in der Pflegeplanung vorgekommen sind. Diese 190 durchgeführten Einzeltätigkeiten, die dokumentiert wurden, stammen zum größten Teil (n=105) aus dem Bereich „Information/Dokumentation“. Weiters kommen 30 dokumentierte

Einzeltätigkeiten aus dem Bereich „Pfleger/Kleiden/Betten“ und jeweils 17 aus „Bewegung“ und „Wunde/Verband/MTS“.

Die zwei Spalten auf der rechten Seite der Tabelle beschäftigen sich mit den dokumentierten Einzeltätigkeiten, deren Durchführungshäufigkeiten nicht exakt nachvollziehbar sind. In diese Kategorie fallen im Gesamten 695 Tätigkeiten. Dieser Bereich ist wiederum aufzugliedern in 687 Tätigkeiten, die in der Pflegeplanung niedergeschrieben sind und acht, die im Pflegebericht vorkommen. Von den Einzeltätigkeiten, bei denen es nicht möglich ist zu eruieren wie häufig sie durchgeführt wurden, stammen die Meisten, 216, aus dem Bereich „Bewegung“. In den Rubriken „Pfleger/Kleiden/Betten“ und „Information/Dokumentation“ sind knapp über 100 Einzeltätigkeiten, denen keine exakte Durchführungshäufigkeit zugeordnet werden kann. Mit einer Häufigkeit von insgesamt 87 ist der Bereich „Medikamente/Untersuchungen“ jener Bereich, der zahlenmäßig am viert stärksten bestückt ist. Weitere Details sind der Tabelle zu entnehmen.

## 5. DISKUSSION

Die Diskussion der Ergebnisse erfolgt einerseits nach den vorab formulierten Forschungsfragen und andererseits findet die Ergebnisdiskussion zu weiteren Fragestellungen statt, die aus dem Datenmaterial generiert wurden. Darüber hinaus wird zum Abschluss ein weiterer diskutierbarer Aspekt dargelegt.

### • Welche Tätigkeiten/Leistungen werden gleichzeitig durchgeführt?

Um auf diese Frage eingehen zu können ist es notwendig, sich einerseits mit Doppel- und Mehrfachstätigkeiten zu beschäftigen und andererseits sowohl die Haupttätigkeiten, als auch die dazu durchgeführten Zusatztätigkeiten zur Diskussion heranzuziehen.

Im Bereich der Doppeltätigkeiten ist auffallend, dass bei den Haupttätigkeiten, den handlungsleitenden Tätigkeiten, die meisten in folgenden Kategorien beobachtet wurden:

- „Information/Dokumentation“ (n=148; 36,2%)
- „Sonstiges“ (n=103; 25,2%)
- „Medikamente/Untersuchungen“ (n=77; 18,8%).

Legt man das Augenmerk auf die Zusatztätigkeiten so zeigt sich ein noch eindeutigeres Bild:

- „Information/Dokumentation“ (n=349; 85,3%)
- „Sonstiges“ (n=37; 9,1%)

Betrachtet man diese Ergebnisse, so wird deutlich, dass die Kategorie „Information/Dokumentation“ jener Bereich ist, in dem mit Abstand die meisten Doppeltätigkeiten zu verzeichnen sind. Thematisch angesiedelt ist einerseits der Teil der Information, der durch Items gekennzeichnet ist, die sich mit PatientInnen- und MitarbeiterInnenkommunikation, dem Austausch über Pflegerelevantes, Informationsgabe und –annahme und darüber hinaus mit emotionaler Unterstützung befassen. Andererseits liegt der Schwerpunkt auf der Durchführung von Pflegedokumentation und der Informationsentnahme daraus.

Demnach stellen diese Gebiete einen großen Teil pflegerischer Leistung dar, der häufig gleichzeitig zu anderen Handlungen ausgeführt wird. Die Erkenntnis impliziert, dass Kommunikation und Dokumentation oftmals „neben“ einer weiteren Tätigkeit stattfinden. Es kann dahingehend argumentiert werden, dass für diese Bereiche in der Pflege wenig Zeit bleibt bzw. Pflegende sich wenig Zeit nehmen, um Aktivitäten aus der Kategorie „Information/Dokumentation“ als Einzelhandlung durchzuführen. Weiters kann es auch sein, dass in diesem Bereich viele Tätigkeiten erfolgen und es aufgrund dessen häufig notwendig ist bzw. vorkommt, dass gleichzeitig eine weitere Tätigkeit dazu verrichtet wird.

Zur Untermauerung der ersten Vermutung kann im Rahmen der Kommunikation auf die Studienergebnisse von Hausner et al. (2005) hingewiesen werden. In der Erhebung, die 2005 durchgeführt wurde, machte Kommunikation als Einzeltätigkeit lediglich ca. 3% aller erhobenen Tätigkeiten aus (Bartholomeyczik, 2007). Arnold (2008, S. 313) stellte in ihrer Studie fest, dass „Pflegende häufig ‚Abstriche‘ an Gesprächen mit PatientInnen, um ‚ihre Arbeit zu schaffen‘“ vornahmen.

Das Item „emotionale Unterstützung“ soll an dieser Stelle gesondert Beachtung finden, da es nicht vollkommen dem Bereich der Kommunikation zuzuordnen ist. Es handelt sich um Zuwendung, um Unterstützung von PatientInnen, die sich in einer emotional schwierigen Situation befinden. Im Sinne Arnolds (2008) ist damit einerseits das zugewandte Gespräch, in dem ein/e PatientIn z.B. getröstet wird, aber andererseits auch nonverbal geleistete Zuwendung gemeint. Auffallend ist, dass diese Tätigkeit sehr selten in Kombination mit anderen Aktivitäten auftrat. Dies kann einerseits darauf zurückzuführen sein, dass Gespräche und/oder Zuwendung dieser Art selten beobachtet wurden, da sie zu Zeiten vonstatten gingen, in denen keine Beobachtungen durchgeführt wurden. Arnold (2008) ermittelte in ihrer Studie, dass ausführliche, problemzentrierte Gespräche nicht wenig oft während Nachtdiensten vonstatten gingen, was diese Vermutung belegen könnte. Darüber hinaus ist es möglich, dass in diesem Bereich weder Doppel- noch Mehrfachtätigkeiten ausgeführt wurden, da die Brisanz und Notwendigkeit der PatientInnenunterstützung von Pflegepersonen erkannt wurde, sie als vorrangig wahrgenommen wurde und somit die gänzliche Aufmerksamkeit in dieser Unterstützung lag.

An dieser Stelle soll die Bedeutung dieser pflegerischen Aufgabengebiete hervorgehoben werden. Nicht ohne Grund ist der sozial-kommunikative Bereich, zu dem unter anderem auch Information und Beratung von PatientInnen und deren Angehörigen zählt, gesetzlich verankert. Im Sinne von PatientInnenorientierung soll für Kommunikation Zeit sein bzw. Zeit einberäumt werden.

Pflegedokumentation ist, wie genannt, des Weiteren häufig Teil von Doppeltätigkeiten. Auch in diesem Bereich handelt es sich um einen gesetzlich verpflichtender Auftrag in der Gesundheits- und Krankenpflege. Die Dokumentation bietet Raum für die Abbildung des Pflegeprozesses. „Der Pflegeprozess ist ein systematischer Ansatz, um die Probleme und Ressourcen eines Patienten zu erkennen und pflegerisch zu handeln, um diese Probleme zu lösen oder zu lindern“ (Brobst, Clarke Coughlin, Cunningham, Martin Feldman, Hess, Mason, Fenner McBride, Perkins, Romano, Warren & Wright, 2007, S. 25). Über die Problem- und Ressourcenformulierung hinweg finden Zielformulierung, Maßnahmenplanung und Evaluation der durchgeführten Pflege in der Pflegedokumentation statt. Pflegeverlaufsberichte ermöglichen über die Planung hinaus die tägliche Dokumentation von Pflegeaktivitäten und Reaktionen der PatientInnen (Brobst et al., 2007). Leoni-Scheiber (2004, S.9) gibt dazu folgendes an: „Ohne Dokumentation gibt es keinen Prozess, sie ist die Voraussetzung“. Im Sinne der neu eingeführten PKMS-Dokumentation in deutschen Kliniken stellt eine ausführliche Pflegedokumentation aufgrund der Erlösrelevanz eine besondere Notwendigkeit dar (Wieteck, 2009). Eine umfassende Pflegedokumentation kann eine auf das Individuum zugeschnittene und kontinuierliche Pflege gewährleisten und zu einer Verbesserung der Pflege führen. Darüber hinaus dient sie auch dem Selbstschutz von Pflegepersonen. Trotz alledem hat bei vielen Pflegenden das praktische Handeln einen wesentlich höheren Stellenwert als Dokumentation (Leoni-Scheiber, 2004). Diesen Erläuterungen nach stellt die Dokumentation des Pflegeprozesses einen überaus wichtigen Sachverhalt in der Gesundheits- und Krankenpflege dar, das Durchführen dieser Tätigkeit trifft jedoch auf keine allzu große Beliebtheit. Die Tatsache, dass Dokumentation häufig im Zusammenhang mit weiteren Tätigkeiten beobachtet wurde, deutet darauf hin, dass Pflegepersonen sich für Dokumentieren als Einzelhandlung möglicherweise wenig Zeit nehmen. Erklärungsansätze dazu folgen im nächsten Abschnitt, in dem die zweite Forschungsfrage beantwortet wird.

Die Kategorie „Sonstiges“ beinhaltet z.B.: Material/ Wäsche/ Hilfsmittel/ Bett/ Müll bereitstellen/ wegbringen/ verschieben und ist auch von Tätigkeiten, die in Zusammenhang mit dem Schwesterruf stehen gekennzeichnet. Auch dieser Tätigkeitsbereich wird häufig mit weiteren Aktivitäten in Kombination durchgeführt. Dass sich in diesem Bereich viele Doppeltätigkeiten ereignen kann damit erklärt werden, dass häufig Wege zwischen Zimmer, Flur und diversen



anderen Räumen notwendig sind. Dabei kann es rasch vorkommen, dass Pflegende zu ihrem Arbeitsschritt „im Vorbeigehen“ etwas erledigen, sich kommunikativ betätigen und/oder zusätzlich auf eine Bitte reagieren.

In der Kategorie „Medikamente/Untersuchungen“ ist jegliches Medikamentenmanagement, das heißt Vorbereitung, Bereitstellung, Verabreichung und Kontrolle der Einnahme angesiedelt. Darüber hinaus fallen in diesen Bereich auch die Unterstützung bei Untersuchungen und die Probenentnahme. Es hat sich gezeigt, dass dieser pflegerische Bereich von der Durchführung von Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten geprägt ist, was als problematisch angesehen werden kann. Gerade im Bereich des Medikamentenmanagements ist es wichtig vollste Konzentration auf diese *eine* Sache zu richten, da Fehler in dem Bereich schwerwiegende Folgen nach sich ziehen können. In einer Literaturübersicht zu Medikamentenfehlern weisen McBride-Henry und Foureur (2006, S. 34) auf folgende Studienergebnisse hin: „Two [...] observational studies found that MAE [medication administration errors] rates in the acute-care setting varied between 14.9% (Tissot et al 2003) and 32.4% (Schneider et al 1998)“. Fehler im Bereich der Medikation treten diesen Ergebnissen nach nicht selten auf. Dass daraus nicht wenig oft Konsequenzen für PatientInnen resultieren, konnte in der Studie von Meurier, Vincent und Parmar (1997) nachgewiesen werden. 129 Pflegepersonen wurden zum Thema Medikamentenfehler befragt, davon gaben 64% an, dass Fehler, die ihnen im Zusammenhang mit Medikation unterliefen, Konsequenzen für PatientInnen nach sich zogen. Als Gründe für Fehler wurden mangelndes Wissen oder Information, Arbeitsüberlastung, stressige Atmosphäre und zu wenig Unterstützung von erfahrener Personal angegeben (Meurier et al., 1997). Die genannte Fehlerursache „stressige Atmosphäre“ soll mit den Ergebnissen der Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten in Verbindung gebracht werden. Führen Pflegepersonen im Zusammenhang mit Medikamentenmanagement zwei oder mehr Dinge gleichzeitig durch, so kann davon ausgegangen werden, dass die Atmosphäre nicht gerade von Stressfreiheit gekennzeichnet ist. Dies impliziert, dass die Ausführung von Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten Fehler im Prozess der Medikation hervorrufen kann. Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten im Zusammenhang mit Medikation sollten an dieser Stelle als potenzielle Gefahrenquelle für PatientInnen identifiziert werden.

Der Ergebnispräsentation (Tabelle 18) kann entnommen werden, dass bei den Mehrfach Tätigkeiten ebenso hauptsächlich die drei oben genannten Kategorien im Mittelpunkt stehen. Die Reihenfolge bzgl. Häufigkeit des Auftretens ist jedoch eine andere. Die Haupttätigkeiten der Mehrfach Tätigkeiten stammen aus „Sonstiges“ (n=4), „Information/Dokumentation“ (n=2) und „Medikamente/Untersuchungen“ (n=1). Die dazu ausgeführten Zusatztätigkeiten sind überwiegend dem Bereich „Information/Dokumentation“ (n=12) zuzuschreiben.

Auch der Bereich der Mehrfach Tätigkeiten ist von oben genannten Erklärungsansätzen geprägt. Kommen zwei Zusatz Tätigkeiten im Bereich „Information/Dokumentation“ vor, so kann es durchaus sein, dass beispielsweise mehrere Personen auf einmal die Aufmerksamkeit von Pflegenden an sich ziehen.

- **Welche Tätigkeiten/Leistungen treten häufig in Kombination auf?**

Vorweg soll unterstrichen werden, dass der Trend dahingehend ist, dass es sich bei den meisten beobachteten Doppeltätigkeiten um einmalige Erscheinungen handelt. 108 kamen, wie im Ergebnisteil gezeigt wurde, ein einziges Mal während der gesamten Beobachtungszeit von 4840 Minuten vor. 73 Doppeltätigkeiten konnten zwischen zwei- und 27-mal beobachtet werden. Steigt die Häufigkeit des Vorkommens der einzelnen Doppeltätigkeiten an, so nimmt die Anzahl der Doppeltätigkeiten in die jeweiligen Häufigkeiten ab.

Den Ergebnissen nach sind Doppeltätigkeiten in bestimmten Bereichen also die Ausnahme. Es sollte hier auf die Bereiche „Bewegung“, „Ausscheidung“ und „Wunde/Verband/MTS“ verwiesen werden, in denen kaum Doppeltätigkeiten gesichtet wurden. Dies kann darauf zurückzuführen sein, dass einerseits in diesen Bereichen auf den Stationen kaum Tätigkeiten stattfinden und demnach auch äußerst selten gleichzeitig dazu etwas durchgeführt wird. Andererseits kann es sein, dass Zusatz Tätigkeiten in diesem Bereich schwer durchführbar sind. Zieht man beispielsweise der Bereich „Wunde/Verband/MTS“ heran, so wurden Tätigkeiten zur Beobachtung herangezogen, die von kurzer Dauer sind (z.B.: PVK entfernen) und andere, bei denen es angebracht ist, sie zügig in einem Stück zu erledigen (z.B.: Wunde kontrollieren/versorgen) und die Aufmerksamkeit vollkommen darauf zu lenken.

Um jene Tätigkeiten hervorzuheben, die oftmals in Kombination aufgetreten sind, werden Doppeltätigkeiten, die während der gesamten Datenerhebungsphase häufiger als zehnmal beobachtet wurden, an dieser Stelle nochmals angeführt:

- „Dokumentieren und telefonieren“ (n=11)
- „Dokumentation nachsehen und Dritte informieren“ (n=11)
- „Medikamente oral vorbereiten und Dritte informieren“ (n=12)
- „Dokumentieren und Information von Dritten annehmen“ (n=22)
- „Dokumentieren und Dritte informieren“ (n=27)

Es ist zu erkennen, dass die Haupttätigkeiten von vier der fünf am häufigsten beobachteten Doppeltätigkeiten aus dem Bereich „Information/Dokumentation“ stammen und darüber hinaus mit Dokumentation in Verbindung stehen. Die dazu ausgeführten Zusatz Tätigkeiten sind ausschließlich der genannten Kategorie zuzuordnen, wobei hierin Information im Sinne von Kommunikation als Schwerpunkt zu sehen ist. Zieht man darüber hinaus die Ergebnisse von

Tabelle 11 heran, in der Häufigkeiten der Haupttätigkeit und Zusatztätigkeit in Kombination dargestellt wurden, so zeigt sich, dass 31,3% der beobachteten Doppeltätigkeiten sowohl in der Haupt- als auch in der Zusatztätigkeit aus dem Bereich „Information/Dokumentation“ stammen. 19,3% der beobachteten Tätigkeiten sind eine Kombination aus Tätigkeiten, deren Haupttätigkeit aus „Sonstiges“ und deren Zusatztätigkeit aus „Information/Dokumentation“ stammt. 17,9% aller beobachteten Doppel- bzw. Mehrfachtätigkeiten setzten sich aus einer Haupttätigkeit der Kategorie „Medikamente/Untersuchungen“ und einer Zusatztätigkeit aus dem Bereich „Information/Dokumentation“ zusammen.

Gründe dafür, dass in der Kategorie „Information/Dokumentation“ die handlungsleitenden Tätigkeiten im Bereich Dokumentation in diesem Ausmaß beobachtet wurden, könnten sein, dass der pflegerische Alltag von häufigem Dokumentieren gekennzeichnet ist und dass dies dokumentieren viel Zeit beansprucht. Die Ergebnisse der Studie von Hausner et al. (2005) weisen darauf hin, dass im Pflegebereich ein nicht geringer Anteil an Arbeitszeit für Dokumentation aufgewendet wird. In ihren Beobachtungen vom Jahr 2004 kamen die AutorInnen zum Ergebnis, dass 16,8% der beobachteten Tätigkeiten der Kategorie „Pflegeorganisation/Dokumentation“ zuzuschreiben waren. Die Analyse der einzelnen beobachteten Tätigkeiten ergab, dass 7% der Handlungen ausschließlich unter „Pflegedokumentation“ einzuordnen waren. Legt man diesen Prozentwert auf einen Dienst im Umfang von acht Stunden um, so macht Pflegedokumentation als Einzeltätigkeit im Gesamten etwa eine halbe Stunde der Arbeitszeit aus. Dies erscheint jedoch dem ersten Anschein nach nicht als übermäßig viel. Zieht man allerdings die Ergebnisse der vorliegenden Studie heran, die darauf hinweisen, dass Dokumentation häufig als Doppeltätigkeit auftritt, so würde sich der Prozentanteil in diesem Bereich möglicherweise erhöhen. Es könnte davon ausgegangen werden, dass Dokumentation einen durchaus höheren Anteil an Zeit von Pflegenden in Anspruch nimmt.

Des Weiteren soll angemerkt werden, dass Dokumentieren selten in ungestörten Situationen bzw. kaum an ruhigen Orten geschieht und aufgrund dessen häufig im Zusammenhang mit Doppeltätigkeiten steht. Dokumentation wird oftmals im Pflegestützpunkt durchgeführt, ein Ort der einerseits geprägt ist vom Ein- und Ausgehen von KollegInnen, ÄrztInnen und weiteren MitarbeiterInnen und andererseits für PatientInnen und Angehörige offen steht. Darüber hinaus wird häufig in PatientInnenzimmern oder am Flur dokumentiert, ebenfalls Plätze, an denen ungestörtes Arbeiten kaum möglich ist.

Diese Argumentation kann weitergeführt werden, um eine Erklärung für die genannten Zusatztätigkeiten darzulegen. Es wurde dargelegt, dass bei allen fünf Doppeltätigkeiten, die mit der größten Durchführungshäufigkeit aufgetreten sind, die Zusatztätigkeiten in der Kategorie „Information/Dokumentation“ und speziell im Bereich der Kommunikation anzusiedeln sind. Wie bereits dargelegt wurde, findet Dokumentation sehr selten in ungestörten Situationen

statt, was möglicherweise dazu führt, dass häufig gleichzeitig Kommunikation vorkommt. In diesem Fall steht Kommunikation mit Dritten in Vordergrund, was bedeutet, dass der Schwerpunkt in diesem Fall nicht am PatientInnen-, sondern am MitarbeiterInnen- oder Angehörigengespräch liegt.

Eine etwas differenzierte Betrachtung von Haupt- und Zusatz Tätigkeiten wurde vorgenommen, indem die Häufigkeiten des Auftretens von Einzeltätigkeiten herangezogen wurden (Tabelle 10 und 11). Demnach sind bei den Haupttätigkeiten „Dokumentieren“ (n=81), „Material/ Wäsche/ Hilfsmittel/ Bett bereitstellen“ (n=33), „Material/ Wäsche/ Hilfsmittel/ Müll wegbringen“ (n=31), „Dokumentation nachsehen“ (n=24), und „Medikamente oral vorbereiten“ (n=21) jene Tätigkeiten, die am häufigsten mit einer weiteren Tätigkeit in Kombination aufgetreten sind. Die durchgeführten Zusatz Tätigkeiten sind hauptsächlich „Dritte informieren“ (n=131), „Information von Dritten annehmen“ (n=74), und „Telefonieren“ (n=38).

Vergleicht man diese Darstellung mit den oben genannten fünf Doppeltätigkeiten, die mit einer Häufigkeit von über zehn aufgetreten sind, so zeigt sich, dass lediglich die Einzeltätigkeiten „Material/ Wäsche/ Hilfsmittel/ Bett bereitstellen“ und „Material/ Wäsche/ Hilfsmittel/ Müll wegbringen“ in dieser Auswertung noch zusätzlich sehr zahlreich vorkommen. Wie bereits genannt, sind dies Handlungen, die oftmals dadurch gekennzeichnet sind, dass Wege zurückzulegen sind und infolge dessen es zu Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten kommen kann.

- **In welchem Ausmaß kommen Doppeltätigkeiten und Mehrfach Tätigkeiten vor?**

In der Ergebnispräsentation wurde gezeigt, dass es sich bei Doppeltätigkeiten um eine Erscheinung handelt, die im pflegerischen Arbeitsalltag häufig vorkommt. Mehrfach Tätigkeiten hingegen treten sehr selten bzw. kaum auf. An dieser Stelle sollte nochmals betont werden, dass im Gesamten 409 Doppeltätigkeiten und sieben Mehrfach Tätigkeiten beobachtet wurden. Demnach ging durchschnittlich alle 11,8 Minuten eine Doppeltätigkeit und alle 691,4 Minuten bzw. elfeinhalb Stunden eine Mehrfach Tätigkeit vonstatten. Bei den durchgeführten Mehrfach Tätigkeiten handelt es sich um zusammengesetzte Tätigkeiten, bei denen jeweils drei unterschiedliche Tätigkeiten vollzogen wurden. Mehrfach Tätigkeiten, bei denen vier oder mehr Tätigkeiten zur selben Zeit erledigt wurden, konnten nicht gesichtet werden. Dieses Erkenntnis scheint logisch nachvollziehbar zu sein: Die Möglichkeiten eines Individuums mehrere Dinge gleichzeitig zu erledigen bzw. sich auf mehrere Bereiche gleichzeitig zu konzentrieren, sind aufgrund von kognitiven und anatomischen Gegebenheiten „eingeschränkt“ und nicht bis ins Unendliche ausdehnbar.

- **Sind die durchgeführten Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten in der Pflegedokumentation nachvollziehbar?**

Diese Forschungsfrage kann mit einem klaren „Nein“ beantwortet werden. In der Analyse der Pflegedokumentation kam weder im Pflegebericht noch in der Pflegeplanung etwas über gleichzeitig durchgeführte Tätigkeiten vor.

Im Zusammenhang mit Pflegedokumentation muss vorab darauf hingewiesen werden, dass die Dokumentation von durchgeführten pflegerischen Aktivitäten generell geringer ausfällt als das, was von Pflegepersonen tatsächlich geleistet wird. Die AutorInnen De Marinis, Piredda, Pascarella, Vincenzi, Spiga, Tartaglini, Alvaro und Matarese (2010) konnten beispielsweise mit ihrer Studie aufzeigen, dass lediglich 40% der Pflegeaktivitäten in der Pflegedokumentation belegbar waren. Dieser Studie zufolge fällt der Anteil an dokumentierten Einzeltätigkeiten bereits karg aus.

Werden darüber hinaus jedoch häufig Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten durchgeführt und diese nicht als solche realisiert, so ist es durchaus möglich, dass, wenn überhaupt, nur die handlungsleitende Tätigkeit, dokumentiert wird. Wie oben gezeigt, ist die Kategorie „Information/Dokumentation“ und darin genauer Kommunikation oftmals im Teil der Zusatztätigkeiten angesiedelt. An dieser Stelle soll auf Arnold (2008) hingewiesen werden, die in ihrer Studie aufzeigt, dass der kommunikative Bereich von den TeilnehmerInnen ihrer Studie nicht explizit als Pflegearbeit angesehen wurde. Bringt man diese Erkenntnis wiederum mit den Ergebnissen der Dokumentenanalyse der Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten in Verbindung, so kann die Behauptung aufgestellt werden, dass Dokumentation von gleichzeitig durchgeführter Kommunikation, ein umfangreiches und zweifellos überaus bedeutsames Gebiet der Gesundheits- und Krankenpflege, von Unsichtbarkeit gekennzeichnet ist. Es ist möglich, dass diese Unsichtbarkeit dadurch gegeben ist, siehe Arnold (2008), dass Pflegenden das Bewusstsein, dass es sich dabei um eine pflegerische „Arbeit“ handelt, fehlt.

Um diese Argumentation abzuschwächen, werden die Ergebnisse des zweiten Teils der Dokumentenanalyse, der sich mit Einzeltätigkeiten beschäftigt, herangezogen. Es ist deutlich sichtbar, dass in der Pflegedokumentation häufig quantifizierbare Einzeltätigkeiten aus dem Bereich „Information/Dokumentation“ stammen. Die zuvor genannte Unsichtbarkeit des kommunikativen Bereichs kann der Analyse nach als gar nicht allzu umfangreich gewertet werden.

- **Liegen im Auftreten von Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten tageszeiten- und stationsspezifische Unterschiede vor?**

Dem Ergebnisteil (Tabelle 14 und 19) kann entnommen werden, dass Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten gesamt gesehen vermehrt in der Frühphase und Spätphase auftreten. Mit

56,7% wurden mehr als die Hälfte aller Doppeltätigkeiten in der Frühphase gesichtet. In etwa halb so viele Doppeltätigkeiten (27,1%) zeigten sich in der Spätphase. Bei den Mehrfachtätigkeiten wurden in der Früh- und der Spätphase gleich viele beobachtet. Es kann demnach davon ausgegangen werden, dass Früh- und Spätphase Zeitspannen sind, die von vielen Tätigkeiten und darüber hinaus von vielen Handlungen die zur gleichen Zeit ablaufen, geprägt sind. Bei der Zwischenphase handelt es sich folglich eher um eine Zeit, die von nacheinander ablaufenden Tätigkeiten gekennzeichnet ist und möglicherweise kann dadurch die Behauptung aufgestellt werden, dass dies eine Phase ist, in der Handlungen nicht „hektisch und stressig“ sondern „ruhig und geordnet“ verlaufen.

Vergleicht man die Stationen, so liegt im Bereich der Doppeltätigkeiten eine starke Ausgeglichenheit vor. 48,7% (Station 1) zu 51,3% (Station 2). Auffallend ist, dass mit Abstand die meisten Doppeltätigkeiten, die von Pflegenden auf Station 2 vollzogen wurden, in der Frühphase stattfanden. Jene Doppeltätigkeiten, die von Pflegepersonen der Station 1 durchgeführt wurden, waren bezüglich Phasen eher ausgeglichen.

Fünf von sieben beobachteten Mehrfachtätigkeiten wurden von Pflegepersonen der Station 1 durchgeführt. Der überwiegende Teil der durchgeführten Mehrfachtätigkeiten ist also einer Station zuzuschreiben.

Betrachtet man die gesamten Ergebnisse, so herrschen keine gravierenden Unterschiede zwischen den zwei Projektstationen vor.

- **Gibt es in Bezug auf die beobachteten Pflegepersonen große Unterschiede bzgl. der Häufigkeit der durchgeführten Doppel- und Mehrfachtätigkeiten?**

Aus den Ergebnissen (Tabelle 21) geht hervor, dass Pflegende zwischen Null und 47 Doppeltätigkeiten durchführten. Die Spanne ist somit eine durchaus große. Bezüglich Mehrfachtätigkeiten ist zu sagen, dass es lediglich eine Person gab, die zwei davon vollzog, die restlichen Pflegepersonen führten eine oder keine aus. Es ist notwendig sich in diesem Bereich nochmals zu verdeutlichen, dass Pflegende teilweise häufiger als einmal beobachtet wurden und die Beobachtungszeiträume pro Person auch variierten. Führt man sich die Minuten vor Augen, die zwischen der Durchführung zweier Doppeltätigkeiten liegen, so reicht die Zeitspanne von 23,3 Minuten bis 7,1 Minuten. Ein deutlicher Unterschied liegt vor, denn es macht sehr wohl einen Unterschied, ob alle sieben oder alle 23 Minuten zwei Aktivitäten gleichzeitig durchgeführt werden.

- **Gehen während der Betreuung von mehr/weniger PatientInnen mehr/weniger Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten vor?**

Kombiniert man die Häufigkeit der durchgeführten Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten mit der Zuständigkeit für eine unterschiedliche Anzahl von PatientInnen, so zeigen die dargestellten Ergebnisse (Tabelle 22) keinen eindeutigen Trend. Stellt man Überlegungen zu dieser Thematik an, so könnte eventuell eher folgendes erwartet werden: je mehr PatientInnen in der Verantwortung von Pflegenden liegen, desto mehr Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten werden durchgeführt. Diese Vermutung kann jedoch mit den vorliegenden Ergebnissen nicht bestätigt werden. Wahrscheinlich ist es hierin auch notwendig den Betreuungsbedarf von PatientInnen einzubeziehen, da es durchaus einen Unterschied machen wird, ob PatientInnen einen hohen Pflegebedarf aufweisen oder nicht.

- **Führen Pflegende während der Betreuung von Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen mehr/weniger Doppel- und/oder Mehrfach Tätigkeiten durch?**

Die Auswertung (Tabelle 23) zeigt, dass während der Zeit, in der Pflegepersonen für keine SchülerInnenbetreuung verantwortlich waren sowohl mehr Doppel- als auch Mehrfach Tätigkeiten durchgeführt wurden. Demnach war die Betreuung von Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen kein Auslöser für vermehrt gleichzeitiges Handeln. Aufgrund dieses Erkenntnis kann angenommen werden, dass der Trend möglicherweise dahingehend ist, dass Auszubildende dem diplomierten Pflegepersonal unterstützend zur Seite stehen und/oder ihnen teilweise auch „Arbeit“ abnehmen können. Allein die Tatsache, dass mehrere Personen für PatientInnen eines Pflegebereichs zuständig sind und als AnsprechpartnerInnen fungieren, kann dazu dienlich sein. An dieser Stelle soll erwähnt werden, dass es gewiss einen Unterschied macht in welchem Ausbildungsjahr sich Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen befinden. Einarbeitung und Anleitung auf den Stationen wird somit je nach Auszubildener/n mehr oder weniger intensiv vorstatten gehen und unterschiedlich viel Zeit in Anspruch nehmen. Je weiter Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen in ihrer Ausbildung fortgeschritten sind und je mehr Erfahrung sie vorweisen, desto häufiger können bestimmte Pflegetätigkeiten bereits eigenständig ausgeführt werden.

- **Können weitere Aspekte diskutiert werden?**

Im Zusammenhang mit den Begrifflichkeiten, die im durchgeführten Forschungsprozess Anwendung fanden, sollte gegenwärtig die Studie von Kalisch und Aebersold (2010) (siehe Kapitel.2) zur Diskussion herangezogen werden. Die Autorinnen nehmen in ihrer Studie eine strikte definitorische Trennung von *interruptions* und *multitasking* vor. Sie gehen demnach davon aus, dass es sich dabei um zwei exakt voneinander trennbare Ereignisse handelt. An

dieser Stelle muss erwähnt werden, dass es sich bei den in der eigenen Studie verwendeten Begriffen von Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten zwar im Großen und Ganzen um *multitasking* handelt, die Definitionen jedoch breiter angelegt wurden. Angenommen wurde, dass eine genaue Abgrenzung der Begrifflichkeiten von Kalisch und Aebersold nicht in dieser Art möglich ist, da eine Überlappung von *interruptions* und *multitasking* durchaus denkbar ist.

## **6. REFLEXION DER ERFAHRUNGEN IM FELD**

Im Zeitraum von etwa drei Monaten, zwischen den ersten Informationstreffen im Feld und dem Abschließen der Datenerhebungsphase, hat sich zwischenmenschlich einiges ereignet. Durch einen mehr oder weniger hohen Vertrauensaufbau konnte die anfängliche Scheu/Unsicherheit mit der mir, in meiner Position als Forscherin, anfangs entgegengetreten wurde, teilweise abgebaut werden. Die Beziehung zu den einzelnen MitarbeiterInnen der Stationen gestaltete sich unterschiedlich und war einerseits abhängig von ihrer Einstellung der pflegewissenschaftlichen Studie gegenüber und andererseits vom persönlichen Eindruck meiner Person. Pflegende gaben sehr unterschiedliches Feedback bezüglich der neuen Erfahrung „Beobachtung“. Einige Pflegepersonen gaben an, dass sie durch meine Anwesenheit irritiert, nervös und unsicher waren. Andere berichteten, dass es etwas komisch/unangenehm war, auf Schritt und Tritt „verfolgt“ zu werden. Andere Pflegende fühlten sich keineswegs gestört/eingeschränkt. Mir persönlich ist der Anschluss im Feld, je nach zu beobachtender Pflegeperson, unterschiedlich schwierig/leicht gefallen. Größtenteils kann ich von positiven Erfahrungen berichten. Problematisch erschien mir teilweise der zu starke Einbezug meiner Person. Hier zu erwähnen sind Situationen, in denen ich um Feedback bzgl. Pflegeleistung/-qualität usw. gebeten wurde. In solchen Fällen habe ich eine Stellungnahme eher vermieden und darauf hingewiesen, dass es nicht in meinem Kompetenzbereich liege, dahingehend eine Beurteilung abzugeben. Darüber hinaus wurde ich in „stressigen“ Momenten teilweise um Hilfestellungen gebeten, denen in Ausnahmesituationen nachgegangen wurde, insofern dies keine Einschränkungen in der Beobachtung mit sich brachte. Die Wichtigkeit der in der Literatur erwähnten Forschungsdistanz, kann ich durchaus bestätigen. Der Grad zwischen Vertrauen aufbauen und Distanz halten ist jedoch ein schmaler und teilweise schwieriger.



## **7. PRAKTISCHE RELEVANZ UND ÜBERTRAGBARKEIT AUF DIE GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGE IN ÖSTERREICH**

Im Rahmen der Studie konnte bestätigt werden, dass Pflegepersonen mit ihrer Behauptung, bzw. Klage, dass der pflegerische Alltag von vielen Dingen, die gleichzeitig zu erledigen sind, geprägt ist, richtig liegen. Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten sind, zumindest im untersuchten Pflegefachbereich in Deutschland, gegenwärtig und bestimmen pflegerische Tätigkeit in unterschiedlichem Ausmaß. Es wird davon ausgegangen, dass es sich bei diesem Phänomen weder um eine Erscheinung handelt, die alleinig auf das untersuchte Fachgebiet noch ausschließlich auf Deutschland zutrifft. Die Vermutung, dass Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten ebenso in Österreich, wenn auch eventuell in etwas differenzierter Form, auftreten, soll hier ausgesprochen werden. Relevanzen und Empfehlungen sollten demnach sowohl für Deutschland als auch Österreich gleichermaßen gelten.

Es soll und kann an dieser Stelle nicht beurteilt werden, ob Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten generell als positiv oder negativ zu werten sind, da ihre Durchführung je nach Situation und Kombination von Tätigkeiten als vorteilhaft oder problematisch eingeschätzt werden kann. Die vollzogene Studie mit ihren Ergebnissen trägt dazu bei diesem Themengebiet gegenüber ein vermehrtes Verständnis aufzubringen. Pflegepersonen soll einerseits aufgezeigt werden, dass Aktivitäten, die gleichzeitig vorkommen in der Pflege durchaus der Realität entsprechen und andererseits scheint es von Bedeutung zu sein damit das Bewusstsein ihrem Handeln gegenüber zu schärfen. Insbesondere der Bereich der Kommunikation, ein Gebiet, das stark von der Durchführung von Doppeltätigkeiten geformt ist, soll an dieser Stelle nochmals hervorgehoben werden. Die Erkenntnis, dass Informationsgabe häufig zusätzlich zu einer weiteren Tätigkeit geschieht, soll Pflegenden verdeutlicht werden.

Es obliegt jeder/m Einzelnen/m die Durchführung von Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten zu bewerten und sich dazu eine Meinung zu bilden. Im nun folgenden Abschnitt werden trotz alledem Empfehlungen für die Praxis abgegeben, die sich darauf beziehen, womit Tätigkeiten, die gleichzeitig durchgeführt werden, reduziert bzw. vermieden werden könnten.

Folgende Anregungen werden gegeben:

- Zu Dienstbeginn sollten Besonderheiten im Tagesablauf und in den Aufgabenbereichen bzw. Zuständigkeiten der einzelnen MitarbeiterInnen im Detail geklärt werden.
- Es sollte festgelegt werden welche Person Anrufe entgegennimmt.  
Eine Anstellung von Personen, deren Aufgabenbereich hauptsächlich im Bereich der Organisation liegt, wie es auf den beiden Projektstationen installiert ist, kann als sehr

positiv bewertet werden, da es demnach aufgrund von Telefonaten nicht so häufig zu Doppeltätigkeiten kommen kann.

- Werden in PatientInnenzimmern Pflegehandlungen durchgeführt, die eine gewisse Zeit beanspruchen, können Hinweisschilder, die an der Tür befestigt werden, darauf aufmerksam machen, dass es ungelegen kommt in die Situation einzugreifen.
- In PatientInnenzimmern, die mit mehreren Betten ausgestattet sind, kann mittels Paravants eine „Abgrenzung“ zu MitpatientInnen vorgenommen werden. Dadurch können externe Faktoren, die Doppeltätigkeiten hervorrufen, eventuell reduziert werden und die Konzentration wird auf die/den eine/n PatientIn gelenkt.
- Dokumentation sollte in/an ungestörten Momenten/ Orten stattfinden.
- Beratungsgespräche und Anleitungen sollten vorab geplant werden. Die Festlegung von Zeitpunkte, die weniger von Hektik geprägt sind, wäre ratsam. Falls möglich und es die Situation und die räumlichen Gegebenheiten erlauben, kann es von Vorteil sein in stille Räumlichkeiten auszuweichen.
- Gehen Handlungen im Kontext mit Medikation vorstatten, so soll wiederum darauf geachtet werden, dass diese in Ruhe erledigt werden.

Legt man nun das Augenmerk auf die Dokumentenanalyse und in diesem Zusammenhang auf die Erkenntnis, dass weder Doppel- noch Mehrfachstätigkeiten dokumentiert wurden, so sollte es auch diesem Bereich nicht an Anmerkungen fehlen. Am ersten Blick scheint es möglicherweise abwegig zu sein, zu dokumentieren welche Handlungen bei welchen PatientInnen gleichzeitig durchgeführt wurden. Da der Pflegealltag jedoch von Doppeltätigkeiten gekennzeichnet ist, ist eine Abbildung des „realen“ Geschehens auf Stationen erst dadurch möglich. Hilfreich wäre die Durchführung einer zeitnahen Dokumentation, da dies, aufgrund der Gegenwartsbezogenheit, eine detailliertere Aufzeichnung gewährleisten könnte. Geht man in diesem Bereich einen Schritt weiter, so sollte auch auf Leistungserfassungssysteme Bezug genommen werden. Wie im theoretischen Hintergrund aufgezeigt wurde, gibt es momentan noch kein Instrument, das dazu geeignet ist pflegerische Leistung adäquat abzubilden (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung, 2004; Haasenritter et al., 2009) Aufgrund der oben genannten Argumentation sollte in Erwägung gezogen werden auch in Leistungserfassungssystemen eine Aufzeichnung von gleichzeitig durchgeführten Tätigkeiten zu ermöglichen. Dies könnte ein weiterer Schritt in Richtung adäquate Abbildung von pflegerischer Leistung sein.

## **8. LIMITATIONEN DER STUDIE UND EMPFEHLUNGEN FÜR WEITERES VORGEHEN**

In diesem Abschnitt erfolgen einerseits kritische Anmerkungen zu Limitationen der durchgeführten Studie und andererseits werden Anknüpfungspunkte für ein weiteres Vorgehen im Zusammenhang mit Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten dargelegt.

- **Unterbrechungen**

Teilweise mussten die Beobachtungen für kurze Zeit unterbrochen werden. Diese Unterbrechungen sind einerseits darauf zurück zu führen, dass Pflegenden in Zimmer mit Multi-Resistentem-Staphylococcus-Aureus (MRSA) infizierten PatientInnen aus hygienischen Gründen nicht gefolgt wurde. Andererseits wurde in Ausnahmesituationen der Bitte etwas zu Holen/Bringen nachgegangen.

- **Tätigkeiten, die hauptsächlich in der Nacht vorkommen**

Auf beiden Stationen werden die Medikamente hauptsächlich im Nachtdienst für den folgenden Tag bereitgestellt. Wenn es zu Veränderungen in der Medikation kommt, die in der ärztlichen Visite beschlossen werden, werden diese bei Ausarbeitung der Dokumentation gerichtet. Aufgrund dessen und der Tatsache, dass Infusionen knapp vor der Verabreichung gerichtet werden, konnte im Beobachtungsbereich „Medikamente/Untersuchungen“ zwar Doppeltätigkeiten beobachtet werden, jedoch möglicherweise in eingeschränktem Ausmaß. Da keine Beobachtungen in der Nacht durchgeführt wurden, können nur Aussagen zu den pflegerischen Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten während des Tages gemacht werden.

- **Genderaspekt**

Das Pflegepersonal beider Stationen war fast ausschließlich weiblich. Es konnte daher nur eine einzige männliche Pflegeperson beobachtet werden. Es wäre von Interesse die Studie um den Genderaspekt zu erweitern um hier eventuell Unterschiede zwischen Gesundheits- und Krankenpflegern und -schwestern zu erforschen.

- **Pflegfachbereich**

Die durchgeführte Studie hat sich auf Stationen des konservativen Bereichs beschränkt. Es könnte von weiterführendem Interesse sein, inwiefern Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten in anderen Fachgebieten vorkommen. Möglicherweise könnte sich auf Stationen anderer Fachbereiche der Somatik, wie z.B. operative Bereiche, und der Psychiatrie ein völlig anderes Bild von Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten zeigen. Auch im Bereich der ambulanten und tagesstationären Pflege scheint es wahrscheinlich, dass selbige Studie zu differierenden Ergebnissen kommen würde. Ein Vergleich der einzelnen Fachgebiete untereinander wäre daher mit Sicherheit sehr aufschlussreich. Möglicherweise müsste bei einer Betrachtung der

unterschiedlichen Fachbereiche eine Adaption des Beobachtungsbogens vorgenommen werden.

- **Beobachtungszeitpunkt**

Die Beobachtungen der durchgeführten Untersuchung haben sich auf Wochentage und Tagdienste beschränkt. Es könnte von weiterführendem Interesse sein inwiefern Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten an Wochenenden, Feiertagen und in der Nacht auftreten. Eventuell zeigt sich aufgrund von Veränderungen der Tageszeit, Personalzahl, Bettenbelegung und/oder Aufnahme- und Entlassungszahl ein differierendes Bild.

- **Pflegende mit Sekretariatsaufgaben**

Auf beiden Stationen gibt es Pflegende, die beinahe ausschließlich für Sekretariatsarbeiten zuständig sind. Sie nehmen beispielsweise Telefonate entgegen, sind für Organisatorisches zuständig, usw. Es ist nun die Frage, ob Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten häufiger/weniger häufig vorkommen würden, falls eine solche Struktur nicht vorhanden wäre. Unter Umständen käme es ohne diese Einrichtung zu einer kategorialen Verschiebung der Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten.

- **Nicht-examiniertes Pflegepersonal**

In die Studie zur Diplomarbeit wurde ausschließlich examiniertes Pflegepersonal eingeschlossen. SchülerInnen und PflegehelferInnen beispielsweise wurden nicht beobachtet. Von weiterem Interesse könnte sein, ob und in welchem Ausmaß SchülerInnen und PflegehelferInnen Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten vollziehen. Differenzen zu examinieren Pflegepersonen könnten somit aufgezeigt werden.

- **Weiterführende Daten bezüglich Pflegepersonal und Organisatorischem**

Um den Sachverhalt „Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten“ noch genauer zu betrachten und zu einer Aufklärung ihres Entstehens bzw. dem Eruiieren von Einflussfaktoren für ein vermehrtes/vermindertes Vorkommen beizutragen, könnten zusätzliche Variablen herangezogen werden. Über die erfassten Daten hinaus, könnten einerseits Daten, die das Pflegepersonal betreffen, erhoben werden und andererseits Daten, die die Station und Organisatorisches anbelangen.

Bezüglich Pflegepersonal wäre es weiterführend von Interesse, ob folgende Punkte einen Zusammenhang zur Häufigkeit der Durchführung von Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten darstellen:

- Persönlichkeitsmerkmale/Charaktereigenschaften  
(z.B.: delegierend, zurückhaltend, hektisch, gelassen, geduldig, ungeduldig, usw.)
- Berufserfahrung, Qualifikation

- Dauer der Anstellung auf der Station
- Funktion, die auf der Station eingenommen wird  
(z.B.: Leitungsposition, Praxisanleitung, usw.)

In Bezug auf organisatorische und strukturelle Faktoren könnte Folgendes von Interesse sein:

- Zahl der Aufnahmen und Entlassungen
- Zahl der Untersuchungen/ Therapien/ Operationen
- Personalsituation auf der Station  
(Planstellen, Stellenbesetzung, Urlaubszeit, Zeiten mit erhöhtem Ausfall aufgrund von Krankenstand, usw.)

- **Persönliche Einschätzung der Pflegenden**

Ein weiterer Aspekt der bzgl. Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten zu erforschen wäre, ist die persönliche Einschätzung der Pflegenden. Mittels Befragung könnte erfasst werden, welche Einstellung Pflegepersonen zu Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten haben und wie bewusst ihnen die Durchführungshäufigkeit ist. Weiters könnte von Interesse sein, wozu diese Tätigkeiten aus ihrer Sicht dienen, ob es Motive für die Durchführung gibt und ob diese Tätigkeiten positiv oder negativ besetzt sind.

- **Kombinierte Aufzeichnung von Einzel-, Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten**

Die durchgeführte Studie hat sich rein auf die Erfassung von Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten beschränkt. Eine Kombination aus Einzeltätigkeitserfassung und Doppel- und Mehrfach Tätigkeitserfassung wäre ebenfalls aufschlussreich. Es könnte dargelegt werden, welches Verhältnis von Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten zu Einzeltätigkeiten sich zeigt.

- **Strukturelles**

Ein weitere spannende Forschungsfrage wäre, ob sich die Häufigkeit des Auftretens von Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten verändert, wenn es auf Stationen zu strukturellen Veränderungen kommt – wie beispielsweise die Implementierung einer EDV-gestützten Pflegedokumentation. Würde es durch Pflegedokumentation am PC zur Vermehrung/Verminderung des Auftretens von Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten kommen?



### III. ZUSAMMENFASSUNG

---

Pflege in Österreich und Deutschland war ursprünglich stark religiös geprägt und vom christlichen Gebot der Barmherzigkeit geleitet. Mit der Zeit ging die Entwicklung in Richtung weiblichen und mütterlichen Liebesdienst. Zu guter Letzt wurde aus dieser aufopferungsvoll und unentgeltlich erbrachten Tätigkeit der Beruf der/des Gesundheits- und Krankenschwester/-pflegers, der von einer Akademisierung gekennzeichnet ist und dessen Professionalisierungsprozess im Gange ist.

Das Handlungsfeld von Personen, die dieser beruflichen Tätigkeit nachgehen, ist ein weit reichendes. Zieht man beispielsweise die gesetzlichen Rahmenbedingungen heran, so sind Pflegehandlungen in drei Zuständigkeitsbereiche aufgegliedert. Maßnahmen, die Pflegende in Eigenverantwortung durchführen, die sie mitverantwortlich bzw. in Mitwirkung vollziehen und die in einem interdisziplinären Team vonstatten gehen. Teilweise ist der Tätigkeitsbereich von Pflegepersonen noch immer zu wenig definiert bzw. zu gering zu anderen Berufsgruppen abgegrenzt und nicht unbedeutend von der historischen Entwicklung geprägt. Aufgrund dessen führen Pflegepersonen zum Teil auch heute noch hauswirtschaftliche Tätigkeiten und Reinigungsarbeiten durch, obwohl an und für sich darin die Zuständigkeit von anderen Berufsgruppen liegt bzw. verstärkt liegen könnte.

Die Ausführung pflegerischer Tätigkeiten wird von der eigenen Berufsgruppe sowie von anderen Disziplinen noch immer nicht gänzlich als Leistungsvollziehung angesehen. Trotz alledem liegt seit einer gewissen Zeit ein vermehrtes Interesse auf der Leistung, die von Gesundheits- und Krankenschwestern/-pfleger vollbracht wird und der Erfassung dieser. Instrumente, die pflegerische Leistung abbilden, wurden entwickelt und finden in der Pflegepraxis Anwendung.

Die zunehmende Beschäftigung mit Leistungserfassung ist in Deutschland spätestens seit dem im Jahr 2004 neu eingeführten Finanzierungssystem ein zentrales Thema, das ausführlich diskutiert wurde bzw. wird. Als problematisch ist anzusehen, dass Pflegeleistung in der Krankenhausfinanzierung kaum Berücksichtigung findet und vermehrt der Kostenfaktor von Pflege angesprochen wird. Im Zusammenhang mit der Einführung des Krankenhausentgeltsystems gab es von Seiten der Pflegewissenschaft Projekte, die sich mit deren Auswirkungen auf die Pflege befassten. Das Forschungsprojekt von Hausner et al. (2005) beschäftigte sich mit Veränderungen im pflegerischen Tätigkeitsbereich. In der Studie wurde während Beobachtungen von Pflegepersonen erkannt, dass diese teilweise mehrere Aktivi-

täten gleichzeitig erbrachten. Diese Erkenntnis wurde als Ausgangspunkt für das eigene empirische Vorgehen herangezogen.

Von Interesse war die Erkundung des Gebietes der Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten in der Pflege - zwei bzw. drei oder mehr Aktivitäten, die von einer Pflegeperson gleichzeitig durchgeführt werden. Beobachtungen und die Analyse von Pflegedokumentation dienten zur Beantwortung der Fragen, die den Forschungsprozess leiteten. Es wurde festgestellt, dass die Durchführung von Doppeltätigkeiten das pflegerische Handeln in einem beachtlichen Ausmaß prägt. Die Erbringung von Mehrfach Tätigkeiten ist hingegen eine äußerste Seltenheit. In der Datenauswertung zeigte sich, dass Tätigkeiten, die der Kategorie „Information/Dokumentation“ zuzuordnen waren, übermäßig starke Präsenz vorwies. Die meisten Doppeltätigkeiten wurden, sowohl in Bezug auf die handlungsleitende Tätigkeit als auch die dazu durchgeführte Tätigkeit, in diese Kategorie verzeichnet. Die Dokumentation von gleichzeitig durchgeführten Aktivitäten fand nicht als solche statt. Mit der durchgeführten Studie konnte das Gebiet der Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten in einem ersten Schritt erforscht werden. Eine Reihe an weiteren Forschungsfragen kann abgeleitet werden, um dieses weitreichende Themengebiet fernerhin zu erkunden und durchleuchten.



## IV. LITERATURVERZEICHNIS

---

Arnold, D. (2008). „Aber ich muss ja meine Arbeit schaffen!“ Ein ethnografischer Blick auf den Alltag im Frauenberuf Pflege. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Atteslander, P. (2003). Methoden der empirischen Sozialforschung. Berlin: Walter de Gruyter.

Bartholomeyczik, S. (2002). Erforderliche Pflege und die geplante Einführung der DRGs. In Härlein, J., Klein, K., Kolb, S., Krása, K., Melf, K., Missbach C., Mittag, C., Resch, S., Seithe, H., Watermann, U., Werthmann, L. & Wick, S. (Hrsg.). Medizin und Gewissen. Wenn Würde ein Wert werden würde... (S. 228-235). Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.

Bartholomeyczik, S. (2007): Reparaturbetrieb Krankenhaus. DRGs und ihre Auswirkungen aus Sicht der Pflege [Electronic Version]. *Dr. med. Mabuse*, 166 (2). Zugriff am 14. Dezember 2010 unter [http://www.mabuse-verlag.de/chameleon//outbox//public/4/166\\_Bartholomeyczik.pdf](http://www.mabuse-verlag.de/chameleon//outbox//public/4/166_Bartholomeyczik.pdf)

Baumberger, D. (2002). Erklärung des unterschiedlichen Pflegeaufwandes pro DRG: Was Pflegediagnosen leisten können. *Pflegezeitschrift*, 55 (7), S. 493-497.

Baumberger, D. & Kühne, G. (2006). LEP<sup>®</sup> Nursing 3 steht bereit. [Electronic Version] *Printernet* (06), S. 381. Zugriff am 14. Dezember 2010 unter <http://www.lep.ch/index.php/de/component/remository/?func=startdown&id=43>

Baumberger, D., Kühne, G. & Hieber, S. (2007). Ergänzende Informationen zur Kurzbeschreibung. LEP<sup>®</sup> Nursing 3. Zugriff am 14. Dezember 2010 unter <http://www.lep.ch/index.php/de/wissenspool-mainmenu-76?func=fileinfo&id=240>

Beyea, S. C. (2007). Distractions, Interruptions, and Patienten Safety. *AORN Journal*, 86 (1), S. 109-112.

Blum, K. (2003). Patientenfremde und patientenferne Tätigkeiten im Pflegedienst der Krankenhäuser. Bestandsaufnahme und Verbesserungsvorschläge. In Deutsche Krankenhausinstitute e.V. (Hrsg.). Wissenschaft und Praxis der Krankenhausökonomie. Band. 10. Düsseldorf: toennes satz + druck.

Bortz, J. & Döring, N. (2002). Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

Braun, B., Buhr, P. & Müller, R. (2008). Pflegearbeit im Krankenhaus. Ergebnisse einer wiederholten Pflegekräftebefragung und einer Längsschnittanalyse von GEK-Routinedaten. Schwäbisch Gmünd: Asgard-Verlag.

Brobst, R. A., Clarke Coughlin, A. M., Cunningham, D., Martin Feldman, J., Hess, R. G., Mason, J. E., Fenner McBride L. A., Perkins, R., Romano C. A., Warren, J. J. & Wright, W. (2007). Der Pflegeprozess in der Praxis. Bern: Verlag Hans Huber.

Bundesgesetz über Gesundheits- & Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz- GuKG). BGBl I Nr. 108/1997 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 130/2009.

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2009a). Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung- LKF-Systembeschreibung. Zugriff am 14. Dezember 2010 unter [http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/2/2/0/CH0720/CMS1128341476394/systembeschreibung\\_\\_2010.pdf](http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/2/2/0/CH0720/CMS1128341476394/systembeschreibung__2010.pdf)

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2009b). Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung- LKF-Modell 2010. Zugriff am 14. Dezember 2010 unter [http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/6/6/8/CH0720/CMS1128341915943/modell\\_2010.pdf](http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/6/6/8/CH0720/CMS1128341915943/modell_2010.pdf)

Büssing, A. & Glaser, J. (2002). Das Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahren für das Krankenhaus- Selbstbeobachtungsversion (TAA-KH-S). Göttingen: Hogrefe-Verlag.

Corwin, R. G. (1972). Krankenschwestern im Rollenkonflikt. Analyse von Rollenkonflikten bei Krankenschwestern. In Luckmann, T. & Sprandel, W. M. (Hrsg.). Berufssoziologie (S. 90-105). Köln: Kiepenheuer & Witsch.

De Marinis, M. G., Piredda, M., Pascarella, M. C., Vincenzi, B., Spiga, F., Tartaglino, D., Alvaro, R. & Matarese M. (2010). 'If it is not recorded, it has not been done!?' consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 19(11-12), S. 1544-1552.

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.) (2004). Pflegerelevante Fallgruppen (PRG)- eine empirische Grundlegung. Abschlussbericht zum Projekt »Entwicklung und Erprobung eines Modells zur Planung und Darstellung von Pflegequalität und Pflegeleistungen« im Auftrag des Katholischen Krankenhausverbandes Deutschlands e.V. (KKVD). Hannover: Schülersche.

Dorffner, G. (1998). Männer und Frauen in der Krankenpflege. In Seidl, E. & Walter, I. (Hrsg.). Rückblick für die Zukunft. Beiträge zur historischen Pflegeforschung. Band 5 (S. 98-114). Wien: Verlag Wilhelm Maudrich.

Dorffner, G. (2001). „...ein edler und hoher Beruf“. Zur Professionalisierung der österreichischen Krankenpflege. Strasshof: Vier-Viertel-Verlag.

Dörge, C. (2009). Professionelles Pflegehandeln im Alltag. Vision oder Wirklichkeit? Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Dröber, A., Villwock, U., Anderson, K. A. & Anderson, L. E. (Hrsg.) (2004). Springer Lexikon Pflege. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

Eberl, I., Bartholomeyczik, S. & Donath, E. (2005). Die Erfassung des Pflegeaufwands bei Patienten mit der medizinischen Diagnose Myokardinfarkt. Eine deskriptive Studie. *Pflege*, 18 (6), S. 364-372.

Embacher, G. (2006). Das österreichische LKF-System in der Praxis. In *Gesundheitseconomica. DRG Finanzierungssysteme. Seine Anwendung in ausgewählten EU- Ländern und die Implementierung des medizinischen Fortschritts. Tagungsband* (S. 11-25). Wien.

Engel, R. (2006). *Gesundheitsberatung in der Pflege. Einführende Konzepte und integriertes Ausbildungscurriculum*. Wien: Facultas Verlag.

Evers, M. (2001). *Anleitung als Aufgabe der Pflege. Ergebnisse einer Literaturanalyse*. Zugriff am 20. August 2010 unter <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw-115.pdf>

Evers, G. (2004). Die Entwicklung der Pflegewissenschaft in Europa. *Pflege*, 17 (1), S. 9-14.

Fischer, W. (2002). *Diagnosis Related Groups (DRGs) und Pflege. Grundlagen, Codierungssysteme, Integrationsmöglichkeiten*. Bern: Verlag Hans Huber.

Fischer, W. (2008). *Die DRG-Familie. Stand: 2007*. Zugriff am 03. März 2010 unter [www.fischer-zim.ch](http://www.fischer-zim.ch)

Frank, E. (2006). *Leistungserfassung und Leistungsbegründung in der Krankenpflege. Eine Möglichkeit der Umsetzung*. Elchingen: WK Fachbücher.

Gardner, G., Gardner, A., Middleton, S., Della, P., Kain, V. & Doubrovsky, A. (2010). The work of nurse practitioners. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (10), S. 2160-2169.

Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz - KrPflG). Krankenpflegegesetz vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442) das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 24. Juli 2010 (BGBl. I S. 983) geändert worden ist.

Haasenritter, J., Wieteck, P. & Bartholomeyczik, S. (2009). Instrumente zur Abbildung des Pflegeaufwandes in der DRG-Systematik. Literaturanalyse. [Electronic Version] *Pflegewissenschaft*, 12, S. 669-687. Zugriff am 11. November unter <http://www.printernet.info/detail.asp?id=976>

Halek, M. (2003). *Wie misst man die Pflegebedürftigkeit? Eine Analyse der deutschsprachigen Assessmentverfahren zu Erhebung der Pflegebedürftigkeit*. Hannover: Schülersche.

Hausner, E., Juchems, S., Richter, I., Schulze Geiping, A., Simon, M., Voß, K., Wiedemann, R., Donath, E. & Bartholomeyczik, S. (2005): *Arbeitsstrukturen in der Pflege im Krankenhaus und die Einführung der DRGs*. *Pflege und Gesellschaft*, 10 (3), S. 125-130.

Heller, A. (1993). *Universitäre Pflegeforschung in Österreich. Die Abteilung Pflegeforschung des Instituts für Pflege- und Gesundheitssystemforschung der Johannes Kepler Universität Linz in Wien*. In Seidl E. (Hrsg.). *Betrifft: Pflegewissenschaft. Beiträge zum Selbstverständnis einer neuen Wissenschaftsdisziplin. Pflegewissenschaft heute. Band 1* (S. 61-95). Wien: Verlag Wilhelm Maudrich.

Hinz, M., Dörre, F., König, P. & Tackenberg, P. (2003). ICNP<sup>®</sup>. Internationale Klassifikation für die Pflegepraxis. Bern: Verlag Hans Huber.

Hollick, J. & Kerres, A. (2002). Pflege im DRG-System. DRGs. Pflege. Pflegediagnosen. Balingen: Spitta Verlag GmbH & Co. KG.

Hülken-Giesler, M. (2006). Die Pflege und die Sprache der Wissenschaft. In Abt-Zegelin, A. & Schnell, M. W. (Hrsg.). Die Sprachen der Pflege. Interdisziplinäre Beiträge aus Pflegewissenschaft, Medizin, Linguistik und Philosophie (S. 79-87). Hannover: Schöningh.

Isford, M. (2008). Patientenklassifikation & Personalbemessung in der Pflege. Grundlagen und Studienergebnisse. Münster: MV Wissenschaft.

Isford, M. & Weidner, F. (2009). DRG-Einführung in der pflegewissenschaftlichen Betrachtung. In Rau, F., Roeder, N. & Hensen, P. (Hrsg.) Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland. Standortbestimmung und Perspektiven (S. 74-88). Stuttgart: Kohlhammer.

Kahlisch, A., Kobold, C. & Rau, B. (2004). Die Fallgruppe sagt wenig über den Pflegebedarf. *Pflegezeitschrift*, 57 (1), S. 26-29.

Kalisch, B. J. & Aebbersold, M. (2010). Interruptions and Multitasking in Nursing Care. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 36 (3), S. 126-132.

Käppeli, S. (2004). Vom Glaubenswerk zur Pflegewissenschaft. Geschichte des Mit-Leidens in der christlichen, jüdischen und freiberuflichen Krankenpflege. Bern: Verlag Hans Huber.

Kellnhauser, E. (1994). Krankenpflegekammern und Professionalisierung der Pflege. Ein internationaler Vergleich mit Prüfung der Übertragbarkeit auf die Bundesrepublik Deutschland. Melsungen: Bibliomed.

Koch-Straube, U. (2001). Beratung in der Pflege. Bern: Verlag Hans Huber.

König, P. & Tackenberg P. (2009). Internationale Klassifikation für die Pflegepraxis. ICNP erleichtert internationalen Austausch von Pflegeinformationen. *Die Schwester Der Pfleger*, 48 (06), S. 568- 572.

Kreutzer, S. (2005). Vom »Liebesdienst« zum modernen Frauenberuf. Die Reform der Krankenpflege nach 1945. Frankfurt am Main: Campus Verlag.

Kriegl, M. (1999). Akademisierung der Pflege in Österreich. In Fortner, N. & Kozon, V. (Hrsg.). Bildung und Professionalisierung in der Pflege. Wien: ÖGVP Eigenverlag.

Krohwinkel, M. (1991): Der Pflegeprozeß am Beispiel von Apoplexiekranke. Eine Studie zur Erfassung und Entwicklung Ganzheitlich- Rehabilitierender Prozeßpflege. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Band 16 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

- Krohwinkel, M. (2008). Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexiekranke. Fördernde Prozesspflege als System. Bern: Verlag Hans Huber.
- Kromrey, H. (2002). Empirische Sozialforschung. Modelle und Methoden der standardisierten Datenerhebung und Datenauswertung. Opladen: Verlag Leske + Budrich.
- Kühne-Ponesch, S. (2004). Modelle und Theorien in der Pflege. Wien: Facultas Verlag.
- Lamnek, S. (1995). Qualitative Sozialforschung. Band 2. Methoden und Techniken. Weinheim: Beltz. Psychologie Verlags Union.
- Lehner, K. (2008). 10 Jahre neue Krankenanstaltenfinanzierung in Österreich. Eine kritische Betrachtung. Wien: Facultas Verlag.
- Leoni-Scheiber, C. (2004). Der angewandte Pflegeprozess. Wien: Facultas Verlag.
- Lindemeyer, T. (2003). Neue Führungsstrukturen in oberen Management- Leistungsanreize für Pflegedienstleitungen mit Studienabschluss in Krankenhaus München-Schwabing. In BALK e.V., Geißner, U. & Mühlbauer, B. H. (Hrsg.). Management und Pflege in DRG-Zeitalter (S. 46-55). München/Unterschleißheim: Wolters Kluwer Deutschland GmbH.
- Maeder, C., Bamert, U., Baumberger, D., Dubach, A. & Kühne, G. (2006). Kurzbeschreibung der Methode LEP<sup>®</sup>. Nursing 2. Physiotherapie. Nursing 3. Zugriff am 15. November 2010 unter <file:///C:/DOKUME~1/Peter/LOKALE~1/Temp/Kurzbeschreibung%20Konzept%20LEP.pdf>
- Mayer, H. (2010). Die Etablierung der Pflegewissenschaft an der Universität Wien- von der Ausnahme zur Normalität. Eine erfahrungsbasierte Rück- und Vorschau. In Brandstetter, M. & Vyslouzil, M. (Hrsg.). Soziale Arbeit im Wissenschaftssystem. Von der Fürsorgeschule zum Lehrstuhl (S. 142-157). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- McBride-Henry, K. & Foureur, M. (2006). Medication Administration Errors: Understanding the Issues. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 23(3), S. 33-41.
- Meffels, W. M. (2003). Pflege gestalten. Eine Grundlegung zum verantwortlichen Pflegehandeln. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Meurier, C. E., Vincent, C. A., & Parmar, D. G. (1997). Learning from errors in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 26(1), S. 111-119.
- Mitglieder der Expertengruppen Kranken- und Kinderkrankenpflege (1993). Pflege- Personalregelung. Der neue Weg zur leistungsbezogenen Personalbemessung. Kommentar und praktische Hilfen. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.
- Mutzeck, W. (2005). Kooperative Beratung. Grundlagen und Methoden der Beratung und Supervision in Berufsalltag. Weinheim, Basel: Beltz/Deutscher Studien Verlag.
- Müller, M.-L. (2009). Zwischenbilanz aus Sicht des Deutschen Pflegerates. In Rau, F., Roeder, N. & Hensen, P. (Hrsg.) Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland. Standortbestimmung und Perspektiven (S. 32-36). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Panke-Kochinke, B. (2003). Die Geschichte der Krankenpflege (1679-2000). Ein Quellenbuch. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Quernheim, G. (2009). Spielend anleiten und beraten. München: Urban& Fischer Verlag.  
Rapp, B. (2010). Praxiswissen DRG. Optimierung von Strukturen und Abläufen. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Sailer, M. (2003). Zukunft braucht Vergangenheit. Die berufspolitische Entwicklung der österreichischen Krankenpflege von 1918-1938. Strasshof, Wien: Vier-Viertel-Verlag.

Schnell, R., Hill, P. & Esser, E. (1999). Methoden der empirischen Sozialforschung. München: R. Oldenbourg Verlag.

Schöning, B., Luithlen, E. & Scheinert, H. (1995). Pflege-Personalregelung. Kommentar mit Anwendungsbeispielen für die Praxis. Köln: Verlag W. Kohlhammer.

Seidl, E. (1993). Pflege im Wandel. Das soziale Umfeld der Pflege und seine historischen Wurzeln dargestellt anhand einer empirischen Untersuchung. Wien: Verlag Wilhelm Maudrich.

Seidl, E. (1994). Pflege in Österreich- Gegenwart und Zukunft. Berufspolitische Konsequenzen. In Seidl, E. & Staňková, M. (Hrsg.). Ende der Pflegekrise? Ein interkultureller Vergleich zur Arbeitssituation im Krankenhaus. Pflegewissenschaft heute. Band 2 (S. 166-186). Wien: Verlag Wilhelm Maudrich.

Seidl, E. (1996). Berufliches Handeln unter dem Einfluss der Zeitgeschichte. In Seidl, E. & Steppe, H. (Hrsg.). Zur Sozialgeschichte der Pflege in Österreich. Krankenschwestern erzählen über die Zeit von 1920 bis 1950. Pflegewissenschaft heute. Band 4 (S. 35-80). Wien: Verlag Wilhelm Maudrich.

Seidler, E. & Leven, K.-H. (2003). Geschichte der Medizin und der Krankenpflege. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Seidl, E. & Walter, I. (1984). Der Patient und das Krankenhaus. Studien über Rechte, Information und Schlaf der Kranken. Wien: Verlag Wilhelm Maudrich.

Stefan, H., Allmer, F. & Eberl, J. (2003). Praxis der Pflegediagnosen. Wien: Springer-Verlag.

Steppe, H. (1996). Elemente der historischen Entwicklung des Berufs Pflege. Österreichische Pflegegeschichte. In Seidl, E. & Steppe, H. (Hrsg.). Zur Sozialgeschichte der Pflege in Österreich. Krankenschwestern erzählen über die Zeit von 1920 bis 1950. Pflegewissenschaft heute. Band 4 (S. 18-34). Wien: Verlag Wilhelm Maudrich.

Stiller, B. (2005). Leistung und Erfolg in der Pflege. Eine explorative Studie. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Veit, A. (2004). Professionelles Handeln als Mittel zur Bewältigung des Theorie-Praxis-Problems in der Krankenpflege. Bern: Verlag Hans Huber.

Walter, I. (2000). Historischer Rückblick, Perspektiven für Morgen. Tradition und Wandel in der Pflege. In Kozon, V. & Fortner, N. (Hrsg.). Gegenwart und Perspektiven der Pflege. Wien: ÖGVP Eigenverlag.

Walter, I. (2004). Zur beruflichen Pflege in Österreich 1784 bis 1914. Wärterinnen und Wärter in öffentlichen Krankenhäusern. In: Walter, I., Seidl, E., Kozon, V. (Hrsg.). Wider die Geschichtslosigkeit der Pflege (S. 25-44). Wien: ÖGVP Eigenverlag.

Walter, I. (2006). Krankenpflege in Österreich 1784-1938. Wunschbilder und Realität. In Braunschweig, S. (Hrsg.). Pflege-Räume, Macht und Alltag. Beiträge zur Geschichte der Pflege (S. 29-38). Zürich: Chronos Verlag.

Wieteck, P. (2005). Zur Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit im Kontext der DRG. Ein Diskussionsbeitrag zur optimierten Prozesssteuerung. *Pflege & Gesellschaft*, 10 (3), S. 115-124.

Wieteck, P. (2009). Handbuch für PKMS und PPR-A4. Kodierrichtlinien und praktische Anwendung der OPS 9-20 hochaufwendige Pflege von Patienten. Kassel: Recom.

Wingenfeld, K. (2000). Pflegebedarf, Pflegebedürftigkeit und pflegerische Leistungen. In Rennen-Allhoff, B. & Schaeffer, D. Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim und München: Juventa.

#### *Internetquellen:*

<http://www.fh-campuswien.ac.at/studium/gesundheits/?gclid=CJ3vnpSksqUCFcUXzQod4mG3Zw> (Zugriff am 14. Dezember 2010)

<http://www.fh-salzburg.ac.at/bachelor/gesundheits-soziales/gesundheitskrankenpflege/beschreibung/> (Zugriff am 14. Dezember 2010)

<http://icnp.clinicaltemplates.org/icnp/> (Zugriff am 14. Dezember 2010)

[http://www.icnp.info/index.php?option=com\\_content&view=article&id=50&Itemid=59](http://www.icnp.info/index.php?option=com_content&view=article&id=50&Itemid=59) (Zugriff am 14. Dezember 2010)

[http://www.nursing.uiowa.edu/excellence/nursing\\_knowledge/clinical\\_effectiveness/nicoverview.htm](http://www.nursing.uiowa.edu/excellence/nursing_knowledge/clinical_effectiveness/nicoverview.htm) (Zugriff am 14. Dezember 2010).





## V. ABBILDUNGS-, TABELLEN- UND ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

---

### 1. ABBILDUNGEN

Abb. 1	Beobachtungssequenzen nach Beobachtungsphase und Station.....	S.69
Abb. 2	Beobachtete Pflegepersonen nach Station und Geschlecht.....	S.70
Abb. 3	Zu betreuende PatientInnen nach Beobachtungsphase und Station.....	S.73
Abb. 4	Doppeltätigkeiten gesamt nach Haupttätigkeit und Bereich.....	S.85
Abb. 5	Doppeltätigkeiten gesamt nach Zusatztätigkeit und Bereich.....	S.86

### 2. TABELLEN

Tabelle 1	Beispielhafte Darstellung der Domäne „Physiological: Basic“.....	S.25-26
Tabelle 2	Beispielhafte Darstellung der Abstraktionsstufen von LEP.....	S.42
Tabelle 3	Beobachtungssequenzen nach Station und Geschlecht.....	S.70
Tabelle 4	Beobachtungszeit in Minuten nach Station.....	S.71
Tabelle 5	Zu betreuende PatientInnen nach Station.....	S.72
Tabelle 6	Zu betreuende PatientInnen nach Station.....	S.72
Tabelle 7	Zu betreuende Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen nach Station.....	S.74
Tabelle 8	Nennung aller beobachteten Doppeltätigkeiten nach Bereich.....	S.75-82
Tabelle 9	Häufigkeit des Auftretens von Doppeltätigkeiten nach Haupttätigkeit und Bereich.....	S.82
Tabelle 10	Haupttätigkeiten, die am häufigsten vorgekommen sind nach Bereich.....	S.83
Tabelle 11	Zusatztätigkeiten, die am häufigsten vorgekommen sind nach Bereich.....	S.84
Tabelle 12	Anteil der Haupttätigkeiten nach Bereich.....	S.85
Tabelle 13	Anteil der Zusatztätigkeiten nach Bereich.....	S.86
Tabelle 14	Doppeltätigkeiten gesamt nach Haupttätigkeit, Bereich, Beobachtungsphase und Station.....	S.87
Tabelle 15	Haupttätigkeiten und Zusatztätigkeiten der Doppeltätigkeiten in Kombination nach Bereich.....	S.88
Tabelle 16	Einzeltätigkeiten der Doppeltätigkeiten nach Bereich.....	S.89
Tabelle 17	Nennung aller beobachteten Mehrfachstätigkeiten nach Bereich.....	S.89
Tabelle 18	Haupt- und Zusatztätigkeiten der Mehrfachstätigkeiten nach Bereich.....	S.90

Tabelle 19	Mehrfachtigkeiten nach Haupttätigkeit, Bereich Beobachtungsphase und Station.....	S.90
Tabelle 20	Haupttätigkeiten und Zusatztätigkeiten der Mehrfachigkeiten in Kombination nach Bereich.....	S.91
Tabelle 21	Doppel- und Mehrfachigkeiten nach Haupttätigkeit, Bereich und Pflegerperson.....	S.92
Tabelle 22	Doppel- und Mehrfachigkeiten in Verbindung mit PatientInnenbetreuung.....	S.98
Tabelle 23	Doppel- und Mehrfachigkeiten in Verbindung mit Betreuung von Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen.....	S.100
Tabelle 24	Einzeltätigkeiten nach Bereich, die in der Pflegebericht sowie der Pflegeplanung vorgekommen sind, mit nachvollziehbarer und nicht nachvollziehbarer Durchführungshäufigkeit.....	S.101

### 3. ABKÜRZUNGEN

Abb.	Abbildung
AEDL	Aktivitäten und existentielle Erfahrungen
AR-DRGs	Australian Refined Diagnosis Related Groups
Bsp.	Beispiel
bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heißt
et al.	et alii/ et aliae/ und andere
DRGs	Diagnosis Related Groups
G-DRGs	German Diagnosis Related Groups
DTA	Diagnosebezogene Tätigkeitsanalyse
HDG	Hauptdiagnosen
ICN	International Concil of Nursing
ICNP	International Classification for Nursing Practice
KHRG	Krankenhausfinanzierungs-Reformgesetz
LEP	Leistungserfassung in der Pflege
LDF	Leistungsorientierten Diagnosen-Fallgruppen
LKF	Leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung
MEL	medizinische Einzelleistung
MMA	Multimomentaufnahme
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association

NIC	Nursing Interventions Classification
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PKMS	Pflegekomplexmaßnahmen-Score
PKMS-E	Pflegekomplexmaßnahmen-Score-Erwachsene
PKMS-J	Pflegekomplexmaßnahmen-Score- Kinder und Jugendliche
PKMS-K	Pflegekomplexmaßnahmen-Score- Kleinkinder
PPR	Pflegepersonalregelung
Stat. 1	Station 1
Stat. 2	Station 2
u.a.	unter anderem
WHO	World Health Organization/ Weltgesundheitsorganisation
WAMP	Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System
z.B.	zum Beispiel



## VI. ANHANG

---

### 1. VERSTÄNDIGUNG DES PERSONALRATS

An den Personalrat, z. H. Herr Titus Muschik

München, 10. März 2010

Sehr geehrter Herr Muschik,

im Rahmen eines pflegewissenschaftlichen Praktikums (von März bis Ende Mai) bei Frau Inge Eberl, MScN, wird es mir ermöglicht, die Datenerhebung für meine Diplomarbeit am Klinikum der Universität München durchzuführen.

Ich, Claudia Hermetinger, bin Studentin der Pflegewissenschaft an der Universität Wien und beschäftige mich in meiner Diplomarbeit empirisch mit dem Thema „Doppel- und Mehrfach-tätigkeiten“. Damit sind Tätigkeiten gemeint, die Pflegepersonen gleichzeitig erledigen, wie zum Beispiel während einer Ganzkörperwaschung ein Beratungsgespräch führen.

Durch Frau Andrea Förster, die Pflegebereichsleitung der Medizinischen Klinik in der Ziemsenstraße wurde mir der Zugang zu den Stationen x und y für meine Datenerhebung ermöglicht.

Aus den Ergebnissen erster freier Beobachtungen soll ein standardisiertes Instrument entwickelt werden, das eine strukturierte Datenerhebung gewährleistet.

Durch die Erhebung sollten folgende Forschungsfragen Beantwortung finden:

- Welche Tätigkeiten/Leistungen werden gleichzeitig durchgeführt?
- Welche Tätigkeiten/Leistungen treten häufig in Kombination auf?
- In welchem Ausmaß kommen Doppel- und Mehrfach-tätigkeiten vor?
- Sind die durchgeführten Doppel- und Mehrfach-tätigkeiten in der Pflegedokumentation nachvollziehbar?

Es ist mir wichtig, dass durch meine Beobachtungen das Personal keinerlei Einschränkungen in ihrem täglichen pflegerischen Handeln bekommen. Ich kläre vorab die MitarbeiterInnen der Stationen auf und werde die Beobachtung nur durchführen, wenn eine ausdrückliche Zustimmung der jeweiligen Personen erfolgt. Die Pflegepersonen werden auch darüber informiert, dass sie jederzeit ihre Teilnahme zurückziehen können, ohne dass ihnen daraus Nachteile entstehen.

Die Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben, ebenso werden Anonymität und Datenschutz gewährleistet. Für die PatientInnen ergibt sich durch die Studie keine Veränderung in der pflegerischen Versorgung.

Mit freundlichen Grüßen,  
Claudia Hermetinger

## **2. ANTWORTSCHREIBEN DES PERSONALRATS**

Sehr geehrte Frau Hermetinger,

der Personalrat hat in seiner Sitzung am 30.03.2010 beschlossen, dass sie Ihre Studie durchführen können.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg!

Mit freundlichen Grüßen

Martina Bayerl  
2. stellvertr. Personalratsvorstand



#### 4. DOKUMENTENANALYSEINSTRUMENT

##### Dokumentenanalyseinstrument

Beobachtungsbogen Nr:

##### Dokumentierte Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten

	(	Bereich	)
Doppeltätigkeiten gesamt dokumentiert:	(		)
	(		)
Mehrfachtätigkeiten gesamt dokumentiert:	(		)
	(		)

##### Dokumentierte Einzeltätigkeiten nach Bereich- **exakt** erruierbare Durchführungshäufigkeit

	Tagesbericht	Pflegeplanung
Information/Dokumentation:		
Pflegen/Kleiden/Betten:		
Ausscheidung:		
Bewegung:		
Ernährung:		
Vitalzeichen:		
Wunden/Verband/MTS:		
Medikamente/Untersuchungen:		
Sonstiges:		

##### Dokumentierte Einzeltätigkeiten nach Bereich- **nicht** erruierbare Durchführungshäufigkeiten

	Tagesbericht	Pflegeplanung
Information/Dokumentation:		
Pflegen/Kleiden/Betten:		
Ausscheidung:		
Bewegung:		
Ernährung:		
Vitalzeichen:		
Wunden/Verband/MTS:		
Medikamente/Untersuchungen:		
Sonstiges:		



## 5. ITEMENTWICKLUNG

Items der ersten Fassung des Beobachtungsinstruments	Items der zweiten Fassung des Beobachtungsinstruments	Items der dritten Fassung des Beobachtungsinstruments	Items der endgültigen Fassung des Beobachtungsinstruments
<p><b>Information/ Dokumentation:</b></p> <p>I1 Patient informieren I2 Dritte informieren I3 Information von Patient einholen I4 Information von Dritte einholen I5 Information von Patient annehmen I6 Information von Dritten annehmen I7 Patient anleiten I8 Dritte anleiten I9 Patient beraten I10 Dritte beraten I11 Pflegeanamnese I12 Pflegevisite I13 Pflegeübergabe am Bett I14 Pflegeübergabe im Stützpunkt I15 Telefonieren I16 Dokumentieren I17 Dokumentation nachsehen</p> <p><b>Pflegen/ Kleiden/ Betten</b></p> <p>P1 Pflegeutensilien bereitstellen P2 Pflegeutensilien wegräumen P3 Im Bett waschen P4 Am Waschbecken waschen P5 Duschen/duschen unterstützen P6 Baden/ baden unterstützen P7 Waschen im Bett unterstützen P8 Waschen am Bettrand unterstützen P9 Waschen am Waschbecken unterstützen P10 Haare waschen P11 Nagelpflege P12 Hautpflege P13 An-/Auskleiden P14 An-/Auskleiden unterstützen P15 Bett machen wenn Patient im Bett P16 Bett machen wenn Patient nicht im Bett P17 Bett in Position bringen</p> <p><b>Ausscheidung</b></p> <p>A1 IKP (Inkontinenzprodukte) wechseln A2 Katheter legen/wechseln A3 Katheterbeutel entleeren A4 Katheterbeutel wechseln A5 Stomabeutel entleeren</p>	<p><b>Information/ Dokumentation:</b></p> <p>I1 Patient informieren I2 Dritte informieren I3 Information von Patient einholen I4 Information von Dritte einholen I5 Information von Patient annehmen I6 Information von Dritten annehmen I7 Patient anleiten I8 Dritte anleiten I9 Patient beraten I10 Dritte beraten I11 Patientenbezogenes Gespräch mit Dritten I12 Pflegeanamnese I13 Pflegevisite I14 Pflegeübergabe am Bett I15 Pflegeübergabe im Stützpunkt I16 Telefonieren I17 Dokumentieren I18 Dokumentation nachsehen</p> <p><b>Pflegen/ Kleiden/ Betten</b></p> <p>P1 Pflegeutensilien bereitstellen P2 Pflegeutensilien wegräumen P3 Im Bett waschen P4 Am Waschbecken waschen P5 Duschen P6 Baden P7 Rasieren P8 Haare kämmen P9 Haare waschen P10 Nagelpflege P11 Zahn-/Mundpflege P12 Hautpflege P13 An-/Auskleiden P14 Bett machen P15 Bett in Position bringen</p> <p><b>Ausscheidung</b></p> <p>A1 IKP (Inkontinenzprodukte) wechseln A2 Katheter legen/wechseln A3 Katheterbeutel entleeren</p>	<p><b>Information/ Dokumentation:</b></p> <p>I1 Patient informieren I2 Dritte informieren I3 Information von Patient einholen I4 Information von Dritte einholen I5 Information von Patient annehmen I6 Information von Dritten annehmen I7 Patient anleiten I8 Dritte anleiten I9 Patient beraten I10 Dritte beraten I11 Patientenbezogenes Gespräch mit Dritten I12 Pflegeanamnese I13 Pflegevisite I14 Pflegeübergabe am Bett I15 Pflegeübergabe im Stützpunkt I16 Telefonieren I17 Dokumentieren I18 Dokumentation nachsehen</p> <p><b>Pflegen/ Kleiden/ Betten</b></p> <p>P1 Pflegeutensilien bereitstellen P2 Pflegeutensilien wegräumen P3 Im Bett waschen P4 Am Waschbecken waschen P5 Duschen P6 Rasieren P7 Haare kämmen P8 Haare waschen P9 Nagelpflege P10 Zahn-/Mundpflege P11 Hautpflege P12 An-/Auskleiden P13 Bett machen P14 Bett in Position bringen</p> <p><b>Ausscheidung</b></p> <p>A1 IKP (Inkontinenzprodukte) wechseln A2 Katheter legen/wechseln A3 Katheterbeutel entleeren</p>	<p><b>Information/ Dokumentation:</b></p> <p>I1 Patient informieren I2 Dritte informieren I3 Information von Patient einholen I4 Information von Dritte einholen I5 Information von Patient annehmen I6 Information von Dritten annehmen I7 Patient anleiten I8 Dritte anleiten I9 Patient beraten I10 Dritte beraten I11 Patientenbezogenes Gespräch mit Dritten I12 Emotionale Unterstützung I13 Pflegeanamnese I14 Pflegevisite I15 Ärztliche Visite I16 Pflegeübergabe am Bett I17 Pflegeübergabe im Stützpunkt I18 Telefonieren I19 Dokumentieren I20 Dokumentation nachsehen</p> <p><b>Pflegen/ Kleiden/ Betten</b></p> <p>P1 Pflegeutensilien bereitstellen P2 Pflegeutensilien wegräumen P3 Im Bett waschen P4 Am Waschbecken waschen P5 Duschen P6 Rasieren P7 Haare kämmen P8 Haare waschen P9 Nagelpflege P10 Zahn-/Mundpflege P11 Hautpflege P12 An-/Auskleiden P13 Bett machen P14 Bett in Position bringen</p> <p><b>Ausscheidung</b></p> <p>A1 IKP (Inkontinenzprodukte) wechseln A2 Katheter legen/wechseln A3 Katheterbeutel entleeren</p>

<p>A6 Stomabeutel wechseln A7 Zur Toilette begleiten A8 Intimtoilette durchführen</p>	<p>A4 Katheterbeutel wechseln A5 Stomabeutel entleeren A6 Stomabeutel wechseln A7 Zur Toilette begleiten A8 Steckbecken reichen/leeren A9 Urinflasche bereitstellen/reichen/leeren A10 Einlauf durchführen A11 Intimtoilette durchführen</p>	<p>A4 Katheterbeutel wechseln A5 Stoma-/Fäkalienbeutel leeren/verwerfen A6 Stoma-/Fäkalienbeutel wechseln A7 Zur Toilette begleiten A8 Steckbecken reichen/leeren A9 Urinflasche bereitstellen/reichen/leeren A10 Einlauf durchführen A11 Intimtoilette durchführen A12 Kontrolle der Ein-/Ausfuhr</p>	<p>A4 Katheterbeutel wechseln A5 Stoma-/Fäkalienbeutel leeren/verwerfen A6 Stoma-/Fäkalienbeutel wechseln A7 Zur Toilette begleiten A8 Steckbecken reichen/leeren A9 Urinflasche bereitstellen/reichen/leeren A10 Toiletteneimer bereitstellen/leeren/wegbringen A11 Einlauf durchführen A12 Intimtoilette durchführen A13 Kontrolle der Ein-/Ausfuhr</p>
<p><b>Bewegung</b> B1 Bewegen/Lagern B2 Mobilisieren/ Transferieren B3 Gehen begleiten/ unterstützen B4 Hilfsmittel bereitstellen</p>	<p><b>Bewegung</b> B1 Bewegen/Positionieren B2 Mobilisieren/ Transferieren B3 Gehen begleiten/ unterstützen B4 Patiententransport</p>	<p><b>Bewegung</b> B1 Bewegen/Positionieren B2 Mobilisieren/ Transferieren B3 Gehen begleiten/ unterstützen B4 Patiententransport</p>	<p><b>Bewegung</b> B1 Bewegen/Positionieren B2 Mobilisieren/ Transferieren B3 Gehen begleiten/ unterstützen B4 Patiententransport</p>
<p><b>Ernährung</b> E1 Essens-/Getränkewunsch abfragen E2 Essen/Getränk vorbereiten E3 Essen/Getränk austeilen E4 Essen/Getränk reichen E5 Tablett/Glas/Tasse abservieren E6 Magensonde legen E7 Magensonde versorgen E8 Sondennahrung bereitstellen E9 Sondennahrung anhängen E10 Sondennahrung abhängen</p>	<p><b>Ernährung</b> E1 Essens-/Getränkewunsch abfragen E2 Essen/Getränk vorbereiten E3 Essen/Getränk austeilen E4 Essen/Getränk reichen E5 Geschirr abservieren E6 Magensonde legen E7 Magensonde versorgen E8 Sondennahrung bereitstellen E9 Sondennahrung anhängen E10 Sondennahrung abhängen</p>	<p><b>Ernährung</b> E1 Essens-/Getränkewunsch abfragen E2 Essen/Getränk vorbereiten E3 Essen/Getränk austeilen E4 Essen/Getränk reichen E5 Geschirr abservieren E6 Magensonde legen E7 Magensonde versorgen E8 Sondennahrung bereitstellen E9 Sondennahrung anhängen E10 Sondennahrung abhängen</p>	<p><b>Ernährung</b> E1 Essens-/Getränkewunsch abfragen E2 Essen/Getränk vorbereiten E3 Essen/Getränk austeilen E4 Essen/Getränk reichen E5 Geschirr abservieren E6 Magensonde legen E7 Magensonde versorgen E8 Sondennahrung bereitstellen E9 Sondennahrung anhängen E10 Sondennahrung abhängen</p>
<p><b>Vitalzeichen</b> V1 Puls messen V2 Blutdruck messen V3 Blutzucker messen V4 Temperatur messen V5 Wiegen V6 Shunt abhören/ palpieren</p>	<p><b>Vitalzeichen</b> V1 Puls messen V2 Blutdruck messen V3 Blutzucker messen V4 Temperatur messen V5 Wiegen V6 Monitoring V7 Shunt abhören/ palpieren</p>	<p><b>Vitalzeichen</b> V1 Puls messen V2 Blutdruck messen V3 Blutzucker messen V4 Temperatur messen V5 Sauerstoffsättigung kontrollieren V6 Wiegen V7 Monitoring V8 Shunt abhören/ palpieren</p>	<p><b>Vitalzeichen</b> V1 Puls messen V2 Blutdruck messen V3 Blutzucker messen V4 Temperatur messen V5 Sauerstoffsättigung kontrollieren V6 Wiegen V7 Monitoring V8 Shunt abhören/ palpieren</p>
<p><b>Wunde/Verband/MTS</b> W1 Wunde kontrollieren W2 Verband/Sandsack entfernen W3 Verband wechseln W4 Bandagen anlegen W5 Bandagen entfernen W6 MTS anziehen W7 MTS ausziehen</p>	<p><b>Wunde/Verband/MTS</b> W1 Wunde kontrollieren W2 Verband/Sandsack entfernen W3 Verband wechseln W4 Bandagen anlegen W5 Bandagen entfernen W6 MTS anziehen W7 MTS ausziehen</p>	<p><b>Wunde/Verband/MTS</b> W1 Wunde kontrollieren W2 Verband/Sandsack entfernen W3 Verband wechseln W4 PVK entfernen W5 Bandagen anlegen W6 Bandagen entfernen W7 MTS anziehen W8 MTS ausziehen</p>	<p><b>Wunde/Verband/MTS</b> W1 Wunde kontrollieren W2 Verband/Sandsack entfernen W3 Verband wechseln W4 PVK entfernen W5 Bandagen anlegen W6 Bandagen entfernen W7 MTS anziehen W8 MTS ausziehen</p>
<p><b>Medikamente</b> M1 Medikamente oral vorbereiten M2 Medikamente oral austeilen</p>	<p><b>Medikamente</b> M1 Medikamente oral vorbereiten M2 Medikamente oral austeilen</p>	<p><b>Medikamente</b> M1 Medikamente oral vorbereiten M2 Medikamente oral austeilen</p>	<p><b>Medikamente/Untersuchungen</b> M1 Medikamente oral vorbereiten M2 Medikamente oral</p>

M3 Medikamente oral verabreichen	M3 Medikamente oral verabreichen	M3 Medikamente oral verabreichen	M3 Medikamente oral verabreichen
M4 Medikamentendispenser einsammeln	M4 Medikamentendispenser einsammeln	M4 Medikamentendispenser einsammeln	M4 Medikamentendispenser einsammeln
M5 Kontrolle der Medikamenteneinnahme	M5 Kontrolle der Medikamenteneinnahme	M5 Kontrolle der Medikamenteneinnahme	M5 Kontrolle der Medikamenteneinnahme
M6 Medikamente sc/im vorbereiten	M6 Sauerstoffverabreichung	M6 Sauerstoffverabreichung	M5 Kontrolle der Medikamenteneinnahme
M7 Medikamente sc/im verabreichen	M7 Medikamente sc/im vorbereiten	M7 Medikamente sc/im vorbereiten	M6 Sauerstoffverabreichung
M8 Infusion vorbereiten	M8 Medikamente sc/im verabreichen	M8 Medikamente sc/im verabreichen	M7 Medikamente sc/im vorbereiten
M9 Infusion anhängen	M9 Infusion vorbereiten	M9 Infusion/ Perfusor vorbereiten	M8 Medikamente sc/im verabreichen
M10 Infusion abhängen	M10 Infusion anhängen	M10 Infusion/ Perfusor anhängen	M9 Infusion/ Perfusor vorbereiten
M11 Infusionslauf kontrollieren	M11 Infusion abhängen	M11 Infusion/ Perfusor abhängen	M10 Infusion/ Perfusor anhängen
M12 Inhalator vorbereiten	M12 Infusionslauf kontrollieren	M12 Infusions-/Perfusorlauf kontrollieren	M11 Infusion/ Perfusor abhängen
M13 Inhalator austeilen	M13 Inhalator vorbereiten	M13 Inhalator vorbereiten	M12 Infusions-/Perfusorlauf kontrollieren
M14 Kontrolle der Inhalationsdurchführung	M14 Inhalator austeilen	M14 Inhalator austeilen	M13 Inhalator vorbereiten
M15 Untersuchung vorbereiten	M15 Inhalator wegbringen	M15 Inhalator wegbringen	M14 Inhalator austeilen
M16 Patient bei Untersuchung unterstützen	M16 Kontrolle der Inhalationsdurchführung	M16 Kontrolle der Inhalationsdurchführung	M15 Inhalator wegbringen
M17 Dritte bei Untersuchung unterstützen	M17 Untersuchung vorbereiten	M17 Untersuchung vorbereiten	M16 Kontrolle der Inhalationsdurchführung
	M18 Patient bei Untersuchung unterstützen	M18 Patient bei Untersuchung unterstützen	M17 Untersuchung vorbereiten
	M19 Dritte bei Untersuchung unterstützen	M19 Dritte bei Untersuchung unterstützen	M18 Patient bei Untersuchung unterstützen
			M19 Dritte bei Untersuchung unterstützen
			M20 Probe entnehmen
<b>Sonstiges</b>	<b>Sonstiges</b>	<b>Sonstiges</b>	<b>Sonstiges</b>
S1 Auf den Schwesternruf gehen	S1 Auf den Schwesternruf gehen	S1 Auf den Schwesternruf gehen	S1 Auf den Schwesternruf gehen
S2 Schwesternruf in Position bringen	S2 Schwesternruf in Position bringen	S2 Schwesternruf in Position bringen	S2 Schwesternruf in Position bringen
S3 Hände desinfizieren	S3 Hände desinfizieren	S3 Hände desinfizieren	S3 Hände desinfizieren
S4 Fläche desinfizieren	S4 Fläche desinfizieren	S4 Fläche desinfizieren	S4 Fläche desinfizieren
S5 Material/Müll entsorgen	S5 Material/Müll/Wäsche wegbringen	S5 Material/Wäsche/Hilfsmittel/Bett bereitstellen	S5 Material/Wäsche/Hilfsmittel/Bett bereitstellen
S6 Material bereitstellen (z.B. BZ-Sticks)	S6 Material/Wäsche bereitstellen	S6 Material/Wäsche/Hilfsmittel/Müll wegbringen	S6 Material/Wäsche/Hilfsmittel/Müll wegbringen
	S7 Hilfsmittel/Bett/Stuhl bereitstellen	S7 Hilfsmittel/Bett verschieben	S7 Hilfsmittel/Bett verschieben



## **6. EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG**

Ich, Claudia Hermetinger, versichere hiermit, dass ich die vorliegende Diplomarbeit zum Thema „Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten in der Gesundheits- und Krankenpflege. Eine empirische Erhebung zu Tätigkeiten, die Pflegepersonen gleichzeitig durchführen“ eigenständig verfasst habe.

Ich habe mich keiner unerlaubten Hilfsmittel bedient und lediglich die angegebenen Quellen, die nach den Regeln der guten wissenschaftlichen Praxis zitiert wurden, zur Verfassung der Arbeit herangezogen.

Diese Diplomarbeit wurde bisher weder vollständig noch in Teilen als Prüfungsleistung an anderer Stelle vorgelegt und stimmt mit der Arbeit überein, die von meiner Betreuerin beurteilt wurde.

Wien, 20. Dezember 2010

Claudia Hermetinger



## 7. LEBENSLAUF

### ***Persönliche Daten***

Name Claudia Hermetinger  
Geburtsdatum 24. Jänner 1987  
Geburtsort Grieskirchen

### ***Bildungsweg***

1993- 1997 Volksschule Gallspach  
1997- 2001 Hauptschule 2 Grieskirchen  
2001- 2005 Bundesoberstufenrealgymnasium Grieskirchen mit besonderer Berücksichtigung der musischen Ausbildung  
SS 2006 Studium Raumplanung und Raumordnung an der Technischen Universität Wien  
seit WS 2006/07 Individuelles Diplomstudium der Pflegewissenschaft an der Universität Wien  
2008- 2009 Teilzeitausbildung für Gesundheits- und Krankenpflege am Krankenhaus Hietzing

### ***Ferialarbeit/ Berufserfahrung/ Praktika***

August 2003 und Juli/ August 2005 Ferialjob im Bezirksalten- und Pflegeheim Grieskirchen  
September 2005 bis Februar 2006 Au-pair-Aufenthalt in Palma de Mallorca (Spanien)  
Juli/ August 2006 Ferialjob im St. Carolus-Altersheim Wien  
April/ Mai 2007 Praktikum im St. Carolus-Altersheim Wien  
Juli/ August 2007 Ferialpraktikum beim österreichischen Zivilinvalidenverband am Hof Schlüsslberg  
November 2007 bis Juni 2008 Mitarbeit im Verein Jung & Alt - Generationen im Dialog  
Juli 2008 Sozialer Einsatz im SOS Feriendorf Caldonazzo (Italien) im Wasserrettungsteam  
November 2009 Mitarbeit am Pflegekongress 2009  
Februar 2010 Praktikum in den Sozialberatungsstellen Bezirk Grieskirchen  
März bis Mai 2010 Pflegewissenschaftliches Forschungspraktikum am Klinikum der Universität München  
September/ Oktober 2010 Praktikum im Bundessekretariat des österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband  
Oktober 2010 Mitarbeit am Pflegekongress 2010





## VII. ABSTRACT

---

In einer in Deutschland von Hausner et al. (2005) durchgeführten Studie wurde während Beobachtungen von Gesundheits- und Krankenschwestern/-pfleger erkannt, dass Pflegende teilweise mehrere Tätigkeiten gleichzeitig durchführen. Darüber hinaus weisen Personen, die im Pflegeberuf tätig sind, oftmals mit Klage auf diesen Sachverhalt hin.

Ziel der empirischen Studie ist es herauszufinden, ob es sich bei der Durchführung von Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten - zwei bzw. drei oder mehr Aktivitäten, die von einer Pflegeperson gleichzeitig ausgeführt werden - um ein Phänomen handelt, von dem der Pflegealltag gekennzeichnet ist oder nicht. Es wird erkundet, welche Tätigkeiten in welchem Ausmaß und in welcher Kombination gleichzeitig durchgeführt werden und inwiefern diese Handlungen als solche dokumentiert werden.

Ein exploratives Studiendesign wurde gewählt, da es in diesem Forschungsbereich an Literatur und Daten mangelt. Zur Erkundung des Forschungsgebietes wurde nach einer ersten Feldphase ein Beobachtungsinstrument entwickelt, das in Folge die Durchführung standardisierter Beobachtungen ermöglichte. Darüber hinaus fand die Analyse der Pflegedokumentation statt. Das Datenmaterial von rund 81 Stunden Beobachtung und der Analyse von Pflegedokumentation von 128 PatientInnen wurde auf zwei internistischen Stationen des Universitätsklinikums München gesammelt.

Die Ergebnisse zeigen, dass es sich bei Doppeltätigkeiten um eine Erscheinung handelt, die den pflegerischen Alltag bestimmt. Mehrfach Tätigkeiten hingegen kommen äußerst selten vor. Berechnungen ergaben, dass durchschnittlich etwa alle zwölf Minuten eine Doppeltätigkeit und circa alle 11,5 Stunden eine Mehrfach Tätigkeit durchgeführt wurde. Die meisten Doppeltätigkeiten sind im Bereich „Information/Dokumentation“ zu verzeichnen. Die handlungsleitende Aktivität stammt zu 36,2% aus dieser Kategorie, die dazu durchgeführte Zusatz Tätigkeit zu 85,3%. Stellt man Haupt- und Zusatz Tätigkeit in Kombination dar, so zeigt sich wiederum, dass in 31,3% aller Fälle beide gemeinsam ausgeführten Aktivitäten aus der Kategorie „Information/Dokumentation“ stammen. Die Analyse der Pflegedokumentation ergab, dass weder Doppel- noch Mehrfach Tätigkeiten als solche dokumentiert wurden.

Es kann nicht verallgemeinert werden, ob es sich bei Doppel- und Mehrfach Tätigkeiten um einen Sachverhalt handelt, der generell als positiv oder negativ zu werten ist. Je nach Kombination von Tätigkeiten handelt es sich um Aktivitäten, die eher als hilfreich oder problematisch zu bewerten sind.



## VIII. ABSTRACT (ENGLISH)

---

In a study from Hausner et al. (2005) carried out in Germany it was observed that nurses sometimes carry out more than one activity at the same time. Furthermore, it is not uncommon for people working in the nursing profession to comment on this fact.

The aim of this study is to discover if carrying out two or more activities at the same time is a usual or unusual phenomenon in the daily routine of nurses. The study will examine which tasks are handled at the same time and with which frequency and in which combinations these activities appear. Furthermore, it is of interest whether nurses document multitasking activities.

Because of a lack of literature and data, an explorative study structure was chosen. After becoming acquainted with the field of research, two research tools were constructed; one for carrying out standardized observations and one for analysing patient records. Data from around 81 hours of observations and analysis of 128 patient records was collected in two wards of the Medical University Clinic Munich.

Results show that the accomplishing of two activities at the same time is embedded in the daily work of nurses. In contrast, carrying out three or more tasks at the same time is very rare. Calculations show that on average around every twelve minutes the carrying out of two activities at the same time was observed, whereas the carrying out of three activities at the same time was observed only every eleven and a half hours. Most multitasking is linked to the category "information/documentation". 36.2% of the main activities and 85.3% of the additional activities refer to this category. In 31.3% of all observed activities both the main and the additional activity belong to the category "information/documentation". The analysis of patient records pointed out that multitasking activities were not documented at all.

In general it is not possible to state if it is positive or negative when nurses undertake two or more tasks at the same time. Qualification is only possible with a focus on the specific combination of activities.