

**Arbeitswissenschaftliche Analyse und Bewertung
pflegerischer Humandienstleistungstätigkeiten
in der stationären Langzeitpflege
als Basis für eine leistungsgerechte Personalbemessung**

Endbericht

Universität Innsbruck, Institut für Psychologie, November 2018

Projektleitung:

Univ.-Prof. Dr. Jürgen Glaser

Dipl.-Kfm. Mag. Christian Seubert, PhD

ProjektmitarbeiterInnen:

Lisa Hopfgartner, BA MSc

Matea Prskalo, BSc

Daniel Roose, BSc

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung: Grundlagen, Ziele und Vorgehen.....	1
1.1	Stationäre Langzeitpflege in Österreich.....	1
1.1.1	Versorgungsstand	1
1.1.2	Demographischer Wandel	2
1.1.3	Neue Herausforderungen in der Pflege	2
1.2	Ziele des vorliegenden Projekts	3
1.3	Vorgehen.....	4
2	Zur Lage der stationären Langzeitpflege in Österreich	11
2.1	Bundes- und landesrechtliche Bestimmungen zum Personaleinsatz	11
2.2	GuKG-Novelle 2016.....	12
2.3	Kompetenzbereiche der Berufsgruppen.....	13
2.4	Der Arbeitsalltag in der stationären Langzeitpflege	15
3	Basisangaben zu Einrichtungen und Personen.....	18
3.1	Daten aus dem Organisationsscreening	19
3.2	Angaben zu den beobachteten Personen	26
4	Tätigkeitsprofile der Berufsgruppen	28
4.1	Teiltätigkeiten und Tätigkeitsklassen.....	28
4.2	Betreuungstätigkeiten.....	31
4.3	Objekt- vs. personenbezogene Tätigkeiten	35
4.4	Bewohnernahe vs. bewohnerferne Tätigkeiten	36
5	Arbeitspsychologische Analyse der Tätigkeiten	37
5.1	Regulationsanforderungen in der Pflege.....	37
5.2	Regulationsphasen.....	37
5.3	Regulationsebenen	38
5.4	Interaktionale Anforderungen	39
6	Handlungsfelder aus Sicht der Beschäftigten	44
6.1	Ressourcen und positive Kommentare.....	44
6.2	Personalschlüssel und personelle Ressourcen.....	44
6.3	Qualitative und quantitative Arbeitsbelastung.....	45
6.4	Arbeitszeit	47
6.5	Nachtdienst.....	47
6.6	Arbeitsunterbrechungen	48

6.7	Angehörigenbetreuung	48
6.8	Professionalisierung vs. Partialisierung	48
6.9	Verhältnis von Pflege und Betreuung	49
6.10	Verhältnis von bewohnernahen und bewohnerfernen Tätigkeiten.....	50
6.11	Aus- und Fortbildung, Qualifikation.....	50
6.12	Organisation, Finanzierung, Leitung.....	51
6.13	Zusammenarbeit und Kommunikation.....	53
6.14	Bewohnerinnen und Bewohner	54
6.15	Konflikte im Heim	55
6.16	Entlohnung und gesellschaftliches Image.....	57
6.17	Arbeitsumgebung	57
6.18	Beanspruchung.....	58
6.19	Bewohnerinnen und Bewohner unter 60 Jahren im Alten- und Pflegeheim.....	59
7	Diskussion.....	60
7.1	Berufsgruppen im Vergleich	60
7.2	Stellenwert der Betreuung.....	62
7.3	Arbeitspsychologische Bewertung.....	65
7.4	Weitere Themenfelder.....	67
8	Fazit.....	73
	Literaturverzeichnis.....	76
A	Anhang.....	80
A.1	Beschreibung der Datentransformation.....	80
A.2	Eingesetzte Instrumente	82
A.2.1	Gesprächsleitfaden für Führungskräfteinterviews.....	82
A.2.2	Gesprächsleitfaden für Beobachtungsinterviews.....	83
A.2.3	Organisationsscreening.....	85
A.2.4	Beobachtungsinstrument	91
A.3	Klassifizierung und Legende der beobachteten Teiltätigkeiten	92
A.4	Klassifizierung und Legende nicht beobachteter Teiltätigkeiten.....	95
A.5	Weitere Klassifizierungen der Teiltätigkeiten	96
A.6	Häufigkeit und Dauer der beobachteten Teiltätigkeiten	97
A.7	Relative Anteile der beobachteten Teiltätigkeiten (transformierte Werte)	98

Abkürzungsverzeichnis

AK	Arbeiterkammer
Bgld.	Burgenland
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
DGKP	Diplomkrankenpflegerin bzw. -pfleger
DSB/A	Diplomsozialbetreuerin bzw. -betreuer Altenarbeit
FSB/A	Fachsozialbetreuerin bzw. -betreuer Altenarbeit
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
HH	Heimhilfe
HL	Heimleitung
IFES	Institut für Empirische Sozialforschung
Ktn.	Kärnten
m	männlich
MW	Mittelwert
N	Fallzahl
NÖ	Niederösterreich
OÖ, o.ö.	Oberösterreich, oberösterreichisch
PA	Pflegeassistenz
PDL	Pflegedienstleitung
PGS	Pflegegeldstufe
Sbg.	Salzburg
Stmk.	Steiermark
TZ	Teilzeit
u.a.	unter anderem
Vbg.	Vorarlberg
VZ	Vollzeit
VZÄ	vollzeitäquivalent
w	Weiblich
WIFO	Wirtschaftsforschungsinstitut
WHO	Weltgesundheitsorganisation
z.Z.	zum Zeitpunkt

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Anzahl der Beobachtungen im Tagesverlauf.	10
Abbildung 2. Veranschaulichung der häufigsten Teiltätigkeiten im Tagesverlauf.....	17
Abbildung 3. Anteil der Berufsgruppen (Kopfanzahl und Vollzeitäquivalenz)	23
Abbildung 4. Anteil der Vollzeit- bzw. Teilzeitbeschäftigung.	24
Abbildung 5. Altersdurchschnitt und durchschnittliche Berufserfahrung in Jahren.	26
Abbildung 6. Anteil männlicher und weiblicher Pflege- und Betreuungskräfte	27
Abbildung 7. Anteil vollzeit- und teilzeitbeschäftigter Pflege- und Betreuungskräfte.....	27
Abbildung 8. Die Vielfalt der Tätigkeiten in der stationären Langzeitpflege.....	29
Abbildung 9. Teiltätigkeiten nach Berufsgruppen (Zeitanteile).	30
Abbildung 10. Körperliche Belastungen nach Berufsgruppen (Episodenanteile).	30
Abbildung 11. Betreuungs- und sonstige Tätigkeiten nach Berufsgruppen (Zeitanteile).....	31
Abbildung 12. Tätigkeiten für Heime mit hoher und niedriger Demenzquote (Zeitanteile). .	32
Abbildung 13. Aufteilung von Betreuungs- und sonstigen Tätigkeiten (Zeitanteile).....	33
Abbildung 14. Verschiedene Betreuungsformen nach Berufsgruppen (Zeitanteile).	34
Abbildung 15. Aufteilung der verschiedenen Betreuungsformen (Zeitanteile).	34
Abbildung 16. Objekt- vs. personenbezogene Tätigkeiten nach Berufsgruppen (Zeitanteile).	35
Abbildung 17. Bewohnernahe vs. -ferne Tätigkeiten nach Berufsgruppen (Zeitanteile).	36
Abbildung 18. Regulationsphasen nach Berufsgruppen (Zeitanteile).	38
Abbildung 19. Regulationsebenen nach Berufsgruppen (Zeitanteile).	39
Abbildung 20. Initiierung von Interaktionen nach Berufsgruppen (Episodenanteile).	40
Abbildung 21. Interaktionsinhalte nach Berufsgruppen (Episodenanteile).	40
Abbildung 22. Störquellen der Interaktionen nach Berufsgruppen (Episodenanteile).	41
Abbildung 23. Bezugnahme durch Pflege- und Betreuungskräfte (Episodenanteile).	42
Abbildung 24. Bezugnahme auf Pflege- und Betreuungskräfte (Episodenanteile).....	43
Abbildung 25. Koproduktion der Interaktionspartner nach Episodenanteile).	43

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht über die Arbeitspakete des Projekts.....	4
Tabelle 2. Entwicklungsschritte des Beobachtungsbogens.	7
Tabelle 3. Übersicht beobachteter Personen und kodierter Episoden in den Pilotheimen.....	8
Tabelle 4. Übersicht über die beobachteten Einrichtungen und Personen.	18
Tabelle 5. Übersicht zu den Basisangaben zum Heim.	19
Tabelle 6. Übersicht zu Anzahl, Geschlechterverteilung, Alter und Verweildauer.	20
Tabelle 7. Vergleich der Anteile der Pflegegeldstufen.	21
Tabelle 8. Übersicht zur Anzahl an Bewohnerinnen und Bewohnern	22
Tabelle 9. Übersicht zur durchschnittlichen Anzahl an Männern.	23
Tabelle 10. Übersicht über die Angaben zu den Mitarbeitenden.	24
Tabelle 11. Veranschaulichung der Datentransformation.....	80

1 Einleitung: Grundlagen, Ziele und Vorgehen

Bei wachsender Einwohnerzahl und gleichzeitiger Alterung der Bevölkerung, befindet sich Österreich, laut (Statistik Austria, 2016a), im Wandel zu einer demographisch alternden Gesellschaft. Besonders der Anteil der Hochbetagten (über 85-Jährigen) wächst prozentuell am stärksten. Zählte diese Bevölkerungsgruppe 2015 noch insgesamt 216.365 Personen, soll sich die Zahl bis 2040 auf 448.805 erhöhen. Diese Entwicklung stellt hohe Anforderungen sowohl an die Präsenz als auch an fachliche und soziale Kompetenzen von Pflege- und Betreuungspersonal in der stationären Langzeitpflege (Volksanwaltschaft, 2016). Ein Mehraufwand durch Strukturveränderungen, steigende Dokumentationspflicht, die Auswirkungen des gesellschaftlichen Wandels, welche höhere Pflegestufen und eine Zunahme von multimorbiden und gerontopsychiatrischen Bewohnerinnen und Bewohnern nach sich zieht, müssen stärker berücksichtigt werden (Gratzer, 2014).

Die aktuelle Entwicklung im Pflegealltag zeigt, dass in kürzeren Zeiteinheiten immer mehr an Leistung abverlangt wird und Pflegepersonen ihre Arbeit beschleunigen müssen. Zudem wird laut Pflegekonsilium (Gratzer, 2014) die Zeit für die Umsetzung zeitgemäßer Pflegekonzepte für bedarfsorientierte therapeutische Pflegemaßnahmen sowie die Befriedigung sozialer Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner unzureichend bis gar nicht in den aktuellen Pflegeheim-Personalschlüsseln abgebildet. Aus (inter-)nationalen Studien ist hinreichend bekannt, dass zeitliche Überlastung, weitere arbeitsorganisatorische Probleme sowie spezielle Anforderungen und Stressoren in der Interaktionsarbeit mit Klientinnen und Klienten bei den Beschäftigten zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen können (vgl. Böhle & Glaser, 2006; Glaser & Höge, 2005; Glaser, Lampert, & Weigl, 2008). Zugleich mangelt es an verlässlichen Daten zur Arbeit in der stationären Langzeitpflege. Insbesondere fehlen aktuelle Informationen zu den Tätigkeiten und Tätigkeitszuschnitten zwischen und innerhalb der Berufsgruppen in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen.

1.1 Stationäre Langzeitpflege in Österreich

Unter stationärer Langzeitpflege werden in Österreich Alten- und Pflegeheime verstanden, die mit der Aufgabe betraut sind, pflegebedürftige Menschen zu versorgen. Dadurch wird die Betreuung und Versorgung dieser Menschen sichergestellt (Lingenhel, 2007).

1.1.1 Versorgungsstand

In Österreich gibt es laut Infoservice des BMASGK aktuell rund 900 Alten- und Pflegeheime, in denen knapp 74.700 Bewohnerinnen und Bewohner laut Statistik Austria (2016b) von ca. 41.000 (33.012 Vollzeitäquivalente) Betreuungs- und Pflegepersonen betreut und gepflegt werden. Männer als Pflege- und Betreuungskräfte stellen mit ca. 15% eine Minderheit dar. Unter den rund 900 Alten- und Pflegewohnheimen sind etwas mehr als 400 staatliche Einrichtungen, deren Träger Bundesländer, Gemeinden oder Gemeinde- und Sozialhilfeverbände sind. Rund 500 Alten- und Pflegeheime haben private Träger – meist gemeinnützige Vereine wie z.B. Hilfswerk, Volkshilfe und Samariterbund oder konfessionelle Träger wie z.B. Caritas, Diakonie oder Orden (Grossmann & Schuster, 2017). Laut Österreichischem Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO) sind Personen der Pflegegeldstufen 4 bis 7 in der stationären Langzeitpflege in der Mehrheit. In allen Bundesländern herrscht im stationären Bereich weitestgehend Vollaustattung. Diese liegt in allen neun Ländern durchschnittlich über 94%, in vier Ländern sogar über 98% (Famira-Mühlberger & Firgo, 2014).

1.1.2 Demographischer Wandel

Den Ergebnissen der aktuellen Prognose von Statistik Austria (2016a) zufolge wird die Bevölkerung Österreichs in Zukunft wachsen, wobei sich die Altersstruktur deutlich hin zu den älteren Menschen verschiebt. Derzeit machen 65-jährige und ältere Personen 18% der Bevölkerung aus. Mittelfristig (bis 2020) werden es rund 20%, längerfristig (nach 2030) mehr als 25% sein. Die stärksten Zuwächse wird langfristig die Zahl der betagten und hochbetagten Personen (80 Jahre und älter) erfahren. Derzeit sind es rund 432.000 Menschen. Bis 2020 steigt die Zahl auf 491.000 an und 2030 soll sie auf 640.000 ansteigen. Dementsprechend wird auch der Betreuungs- und Pflegebedarf ansteigen, denn ab 80 steigt die Pflegefallwahrscheinlichkeit deutlich an.

1.1.3 Neue Herausforderungen in der Pflege

Neben der steigenden Zahl der betagten und hochbetagten Menschen im Land, hat sich laut Wallner (2008) auch der Personalaufwand für diverse Dokumentationspflichten in den letzten Jahren mehr als verdoppelt. Wallner fordert in seinem Positionspapier eine Abfederung der wachsenden administrativen Belastungen im Pflegealltag. In einer Studie der Arbeiterkammer Oberösterreich (Staflinger, 2016) zum oberösterreichischen Mindestpflegepersonalschlüssel, wurde insbesondere der Anstieg des Dokumentationsaufwandes, der Administration und des Drucks durch diverse Kontrollbehörden deutlich. Dies bringt Beschäftigte in der Pflege und Betreuung häufig in eine schwierige Lage. Einerseits soll die Dokumentation lückenlos und immer aktuell sein, andererseits fehlt dann häufig die Zeit für die pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner. Besonders betrifft das das diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal. Die interviewten Personen schätzten, dass zwischen 30 bis 50 Prozent der Arbeitszeit für Dokumentations- und Administrationsaufgaben verwendet wird. Eine Studie des Instituts für empirische Sozialforschung (IFES) zum Arbeitsklima Index (2014) bestätigte diese Annahme. 58 Prozent der Beschäftigten im Gesundheitsbereich beklagen hohe bürokratische Anforderungen und immer mehr sachfremde Tätigkeiten. Schon 1999 wiesen Zimmer et al. (1999) in einer Studie im Quer- und Längsschnitt auf hohen Zeitdruck, die Zuständigkeit für zu viele Bewohnerinnen und Bewohner, zu wenig Zeit für die psychosoziale Betreuung von Bewohnerinnen und Bewohnern sowie die geringe Anerkennung des Berufes als Belastungsschwerpunkte in der stationären Langzeitpflege hin.

Nach den Ergebnissen des Arbeitsklima Index (2014) wurden als Belastungsfaktoren unter anderem die hohe Verantwortung für Menschen, dauernder Kontakt mit Schwerkranken, schwere körperliche Anstrengung, dauernde hohe Konzentration und dauernder Kontakt mit Kunden (in der stationären Langzeitpflege insbesondere Bewohnerinnen und Bewohner sowie Angehörige), genannt. Laut Arbeitsklima Index sind Vertreterinnen und Vertreter der Pflegeberufe hohem Zeitstress und sehr hoher psychischer und physischer Beanspruchung ausgesetzt. Somit zählt die Pflege zu den zehn am meisten belasteten Berufsgruppen.

1.2 Ziele des vorliegenden Projekts

Die Studie „Arbeitswissenschaftliche Analyse und Bewertung pflegerischer Humandienstleistungstätigkeiten in der stationären Langzeitpflege als Basis für eine leistungsgerechte Personalbemessung“ soll einen Überblick über die Vielfalt der täglich anfallenden Aufgaben und Herausforderungen in Alten- und Pflegeheimen geben. Sie wurde von der Bundesarbeiterkammer Österreich und den Landesarbeiterkammern in Auftrag gegeben. Das Sozialministerium war als strategischer Partner in der Begleitgruppe vertreten.

Aufbauend auf dem Forschungsbericht der Arbeiterkammer Oberösterreich (Staflinger, 2016) sollte die Studie Tätigkeiten von Pflege- und Betreuungskräften in der stationären Langzeitpflege in Bezug auf Arbeitsaufgaben und Arbeitsanforderungen, unter Berücksichtigung der Arbeitsmenge/-schwierigkeit und der Interaktionsarbeit mit Pflegebedürftigen analysieren. Folgende vier Berufsgruppen waren für die Untersuchung relevant:

- Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP)
- Pflegeassistent¹ (PA)
- Fach- und Diplomsozialbetreuung für Altenarbeit (FSBA, DSBA)
- Heimhilfe (HH)

Auf empirischer Grundlage sollte eine Expertise zur Bewertung von Pflege- und Betreuungstätigkeiten in der stationären Langzeitpflege erstellt werden, die als evidenzbasierte Argumentationshilfe für Fragen der Personalbemessung dienen kann. Die Nominierung der Einrichtungen, in welchen die Datenerhebungen durchgeführt werden sollten, wurde durch die jeweiligen Ansprechpersonen der Landesarbeiterkammern übernommen. Je Bundesland wurde versucht im Hinblick auf die Heimgröße (gemessen an der Anzahl der im Heim gepflegten und betreuten Bewohnerinnen und Bewohner), die Bevölkerungsgröße des Standortes (städtische vs. ländliche Umgebung) und des vorherrschenden Pflegekonzeptes eine möglichst heterogene Auswahl zu treffen. Insgesamt nahmen 18 österreichische Alten- und Pflegewohnheime, zwei pro Bundesland, an der Studie teil. An dieser Stelle soll bereits darauf hingewiesen werden, dass die Studie keinen Anspruch auf Repräsentativität erhebt. Aufgrund der stichprobenartigen Beobachtungen des Arbeitsalltags in der stationären Langzeitpflege konnte naturgemäß nicht die Gesamtheit der vorkommenden Teiltätigkeiten erfasst werden (siehe Anhänge A.3 und A.4). Wie im Verlauf der umfangreichen Arbeitsbeobachtungen jedoch deutlich wurde, konnten die wesentlichen Aspekte der Tätigkeit der untersuchten Berufsgruppen in die Erhebungen einfließen.

Folgende Fragestellungen, die zur Erstellung evidenzbasierter Argumentationsgrundlagen für eine Personalbemessung dienen sollen, waren zu beantworten:

- Wie gestaltet sich die Arbeitsteilung zwischen den Berufsgruppen in der stationären Langzeitpflege?
- Wie gestaltet sich die Arbeit innerhalb der Berufsgruppen?
- Welche Tätigkeiten werden von welchen Berufsgruppen zu welchem Anteil durchgeführt?
- Wie gestaltet sich die Interaktion(-squalität) in der stationären Langzeitpflege (zwischen den Mitarbeitenden, mit Bewohnerinnen und Bewohnern, mit Angehörigen)?

¹ zum Zeitpunkt der Erhebung noch keine ausgebildeten Pflegefachassistenten lt. GuKG-Novelle 2016

I. Projektplanung

1. Literatur- und Dokumentenanalyse

Als Grundlage für das Projekt diente die Untersuchung der Arbeiterkammer Oberösterreich (Staflinger, 2016) zum öö. Mindestpflegepersonalschlüssel. In dieser qualitativen Studie, in welcher die gesetzlichen Ausgangslagen in den einzelnen Bundesländern gegenübergestellt wurden, zeigte sich, dass es sehr unterschiedliche Zugänge zur Personalausstattung gibt und ein Vergleich nur schwer möglich ist. Handlungsbedarf und die Notwendigkeit einer Neubewertung der Arbeit aufgrund arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse wurden deutlich.

2. Experten/-inneninterviews

Um Rahmenbedingungen und Erwartungen vor der Entwicklung der Erhebungsinstrumente und der genauen Ablaufplanung zu klären, wurden mit zwei Fachexpertinnen persönliche bzw. telefonische Interviews geführt:

- Beraterin Gesundheit und Pflege der AK Tirol und
- Referentin der Abteilung Arbeitsbedingungen der AK Oberösterreich

Die Themen der Interviews bezogen sich auf folgende Punkte:

- Abgleich der Teiltätigkeitsliste (siehe Anhänge A.3 und A.4) mit der Praxis im Pflege- und Betreuungsalltag
- Zuordnung der Teiltätigkeiten zu Zuständigkeitsbereichen der vier zu beobachtenden Berufsgruppen
- Relevanz kognitiver, interaktiv-emotionaler und körperlicher Arbeitsanforderungen im Pflege- und Betreuungsalltag
- Zu erhebende Inhalte für die Studie
- Auswahl der Erhebungsinstrumente
- Zugangsmöglichkeiten zu den Daten

Ergänzend zu diesen ausführlichen Interviews wurde der Experten/-innengruppe per Mail eine gekürzte Version des Interviews als schriftliche Befragung zugesendet. Die Experten/-innengruppe bestand aus Vertreterinnen und Vertretern folgender Institutionen:

- AK Oberösterreich
- AK Steiermark
- AK Tirol
- BAK Wien
- Sozialministerium als strategischer Partner
- Universität Innsbruck

Um einen Orientierungsrahmen für die weitere Projektplanung zu schaffen, wurde insbesondere ein Augenmerk auf die Ziele des Projekts gelegt. Anschließend und aufbauend auf der Befragung, fand am 07. Dezember 2016 ein erstes Experten/-innengruppentreffen zur Diskussion der Vorstellungen und Ziele und der weiteren Vorgehensweisen im gemeinsamen Projekt statt. Nachdem die Daten aus den Interviews, die Rückmeldungen der Befragung und die Informationen aus dem Experten/-innengruppentreffen zusammengeführt und analysiert wurden, begann die Entwicklung der Erhebungsinstrumente.

3. Entwicklung der Erhebungsinstrumente

Die eingesetzten Erhebungsinstrumente, das Organisationsscreening, das Experten/-inneninterview, der Beobachtungsbogen sowie das Beobachtungsinterview, wurden im Zeitraum Januar bis Februar 2017 entwickelt und laufend adaptiert. Als Grundlage für die Erstellung der Erhebungsmethoden wurden etablierte Instrumente der Beluga-Studie (Glaser et al., 2008) herangezogen.

Organisationsscreening. Zur Erfassung objektiver Basisdaten und struktureller Informationen über die Heime wurde im Vorfeld ein Organisationsscreening eingesetzt (siehe Anhang A.2.3). Dieses Screening zu Strukturdaten der Heime wurde den zuständigen Ansprechpersonen, in der Regel Heimleitung oder Pflegedienstleitung, per Mail übermittelt und konnte entweder in Papierform per Post oder in elektronischer Form zurückgesandt werden. Im Fragebogen wurden folgende Themenschwerpunkte erfasst:

- Angaben zum Heim
- Angaben zu den Heimbewohnerinnen und -Bewohnern
- Angaben zu den Mitarbeitenden
- Angaben zum Mindestpflegepersonalschlüssel

Ergänzend wurde um weitere relevante Dokumente (Dienstpläne, Organigramme, Kennzahlenblätter, etc.) gebeten. Die Informationen aus dem Fragebogen und dem zusätzlichen Datenmaterial lieferten die Grundlage für die nachfolgenden Führungskräfteinterviews mit Heimleitungen, Pflegedienstleitungen und Bereichsleitungen in den Einrichtungen.

Führungskräfteinterviews. Basierend auf Inhalten des Organisationsscreenings wurde ein Leitfaden für die Führungskräfteinterviews mit Heimleitungen, Pflegedienstleitungen und Bereichsleitungen erstellt (siehe Anhang A.2.1). Das teilstrukturierte Interview diente der Erhebung ergänzender Informationen zum Organisationsscreening und zur Erkundung der Erfahrungsbereiche der Befragten betreffend:

- Arbeitsteilung
- Koordination
- Zusammenarbeit
- Kommunikation und Klima
- Pflegequalität
- Verhältnis von Pflege und Betreuung bzw. bewohnernahen und -fernen Tätigkeiten

Beobachtungsbogen. Die Entwicklung des Beobachtungsbogens (siehe Anhang A.2.4) erfolgte in mehreren Schritten und wird in Tabelle 2 detailliert dargestellt.

Tabelle 2. Entwicklungsschritte des Beobachtungsbogens.

Entwicklungsschritte	Teilschritte		
I. Erstellung der Teiltätigkeitsliste	Review bestehender Tätigkeitslisten (vgl. Glaser et al., 2008)	Ergänzung der Tätigkeitsliste um weitere pflegerische und betreuende Teiltätigkeiten	Definition und Kategorisierung der Teiltätigkeiten lt. GuKG
II. Erstellung und Operationalisierung des Beobachtungssystems	Beschreibung und Operationalisierung der Kriterien für die einzelnen Kategorien: <ul style="list-style-type: none"> • Initiierung der Interaktion • Wechselseitigkeit der Interaktion • Interaktionsinhalt • Störungen • Interaktionsqualität • Bezugnahme und Koproduktion • körperliche Belastung • Regulationsanforderung 	Bestimmung und Definition zusätzlicher Angaben <ul style="list-style-type: none"> • Zeit • Ort • Dauer 	Grafische Ausarbeitung des Beobachtungssystems und Erstellung der Anleitung zur Beobachtung und Kodierung
III. Pilotstudie	Explorativer Einsatz zur praktischen Testung des Beobachtungsinstruments u.a.: <ul style="list-style-type: none"> • Handhabbarkeit • Distinktheit der Teiltätigkeiten 	Exemplarische Doppelbeobachtungen zur Kalibrierung der Beobachter (Beurteilerübereinstimmung)	Problembehandlung u.a.: <ul style="list-style-type: none"> • Kodierung von parallelen Tätigkeiten • Kodierung von Störungen • Kodierung von Zeit und Dauer • Identifikation nicht distinkter und unstimmiger Teiltätigkeiten
VI. Fertigstellung und Anwendung des Beobachtungsbogens	Redefinition und Rekategorisierung der Teiltätigkeiten	Layoutanpassungen	Praktischer Einsatz in 16 Langzeitpflegeeinrichtungen

Beobachtungsinterview. Als Grundlage zur Ausarbeitung des teilstrukturierten Leitfadens für Beobachtungsinterviews diente der Beobachtungsbogen. Ziel des Leitfadens war ein vertieftes Eingehen auf konkrete Beobachtungen (z.B. besondere Vorkommnisse, Kompetenzbereiche und Zuständigkeiten, Unklarheiten während den Beobachtungen) und die Erfassung ergänzender Informationen betreffend nachstehender Punkte (siehe Anhang A.2.2):

- Nicht beobachtete Tätigkeiten
- Zeitliche Anteile von Pflege und Betreuung bzw. bewohnernahen und bewohnerfernen Tätigkeiten
- Regulationsanforderungen
- Körperliche Anforderungen
- Betreuung und Interaktion(-squalität)

II. Pilotstudie

1. Datenerhebung

Nach der Nominierung und Auswahl zweier Alten- und Pflegeheime (im Weiteren Pilotheim 1 und Pilotheim 2 genannt) mit unterschiedlichen Pflegekonzepten, wurde telefonisch Kontakt mit den jeweiligen Heimleitungen aufgenommen. Im Erstgespräch wurden die Ziele des Projekts und die Rahmenbedingungen für die Datenerhebungen vor Ort erläutert. Per Mail wurden dann die Fragebögen zu den Strukturdaten der Heime (Organisationsscreening) an die Heimleitungen übermittelt, mit der Bitte, die Fragebögen vor den vereinbarten Terminen für die Datenerhebung zurückzusenden. Diese wurden für die Zeiträume 20. bis 24. Februar 2017 (Pilotheim 1) und 10. bis 14. April 2017 (Pilotheim 2) angesetzt.

Die Datenerhebungen in den Pilotheimen erstreckten sich über jeweils fünf Tage:

- Tag 1: Führungskräfteinterviews
- Tag 2: Kalibrierung des Instruments und der Beobachtenden
- Tag 3 bis 5: Ganz- bzw. Teilschichtbeobachtungen und Beobachtungsinterviews

Um eine zeitlich möglichst flächendeckende Datenerhebung zu erzielen, wurden sowohl Früh-, Spät als auch teilweise Nachtdienste erfasst. Die Beobachtungen liefen in der Regel wie folgt ab:

1. Aufklärung und Instruktion der zu beobachtenden Pflegekraft (Ablauf, Datenschutz, etc.)
2. Ganz- bzw. Teilschichtbeobachtung (1 bis 10 Stunden)
3. Beobachtungsinterviews (ca. 15 Minuten)

2. Datenaufbereitung /-auswertung

Zur Wahrung der Anonymität werden keine detaillierten Ergebnisse der Beobachtungen der beiden Pilotheime (vgl. Tabelle 3) dargestellt. Im Abschnitt 4 werden die Gesamtergebnisse aller 18 Heime erläutert.

Tabelle 3. Übersicht beobachteter Personen und kodierter Episoden in den Pilotheimen.

Pilotheim	Beobachtete Personen	Kodierte Episoden
Pilotheim 1	N = 12	N = 1.001
Pilotheim 2	N = 10	N = 1.125

3. Zwischenbericht

Der Zwischenbericht wurde am 27. April 2017 im Rahmen eines Experten/-innengruppentreffens präsentiert. Wichtige Punkte, die während des Treffens diskutiert wurden, betrafen:

- Ergebnisse aus den Beobachtungen in den Pilotheimen
- Adaptierung des Beobachtungsinstruments
- Auswahl der 16 Alten- und Pflegeheime für die Hauptstudie
- Einbezug exemplarischer Nachtschichtbeobachtungen in der Hauptstudie

III. Hauptstudie

1. Organisation / Planung Hauptstudie

Zu Beginn der Hauptstudie wurde die Adaptierung des Beobachtungsinstruments und die Auswahl der Einrichtungen, in Zusammenarbeit mit den Landesarbeiterkammern, vorgenommen. Bei der Auswahl der Häuser und der zu beobachtenden Personen wurden folgende Kriterien beachtet:

- Beschäftigte im Heim: DGKP, FSBA bzw. DSBA, PA, HH
- Häuser mit unterschiedlichen Pflegekonzepten
- Träger mit verschiedenem Zugang zu Qualitätsmanagement
- Häuser in städtischer und ländlicher Umgebung
- große und kleine Häuser
- junges und erfahrenes Pflege- und Betreuungspersonal
- Frauen und Männer

Die 16 zu untersuchenden stationären Langzeitpflegeeinrichtungen wurden schriftlich bzw. telefonisch kontaktiert und es wurden Termine für die Datenerhebungen vor Ort vereinbart.

2. Datenerhebung

Die Datenerhebungen in 16 Alten- und Pflegewohnheimen fanden im Zeitraum Mai bis November 2017 statt und erstreckten sich, je nach organisatorischer und terminlicher Vereinbarung mit den Heimen, jeweils über zwei bis drei Tage. Der Ablauf folgte derselben Struktur wie bei den Pilotheimen. Je Einrichtung wurden ein bis zwei Vertreterinnen bzw. Vertreter jeder Berufsgruppe über 1 bis 10 Stunden lang im Pflegealltag begleitet und beobachtet.

3. Datenaufbereitung /-auswertung

Insgesamt wurden in dieser Studie 6.203 Episoden aus Ganz- und Teilschichtbeobachtungen an 81 Mitarbeitenden (vgl. Tabelle 4 in Abschnitt 3) aus 18 unterschiedlichen Einrichtungen der stationären Langzeitpflege (zwei je Bundesland) registriert. Abbildung 1 gibt einen schematischen Überblick über die Anzahl der Beobachtungen und die Tageszeiten, zu denen die jeweiligen Vertreterinnen und Vertreter der Berufsgruppen in den Einrichtungen begleitet wurden. Die Intensität der Farbtönung veranschaulicht die zeitlichen Schwerpunkte der Beobachtungen, die überwiegend im Zeitraum zwischen 7 und 17 Uhr erfolgten. Die Gesamtzahl aller Beobachtungen (91) übersteigt die Anzahl der beobachteten Personen (81), da manche Personen mehrmals beobachtet wurden (zu unterschiedlichen Zeiträumen und/oder von unterschiedlichen Beobachtenden). Lediglich drei Personen mit Ausbildung und Anstellung als DSBA konnten beobachtet werden. Aufgrund der geringen Repräsentativität dieser kleinen Gruppe wurden DSBA für alle Analysen mit FSBA zur Gruppe „FSBA/DSBA“ zusammengefasst.

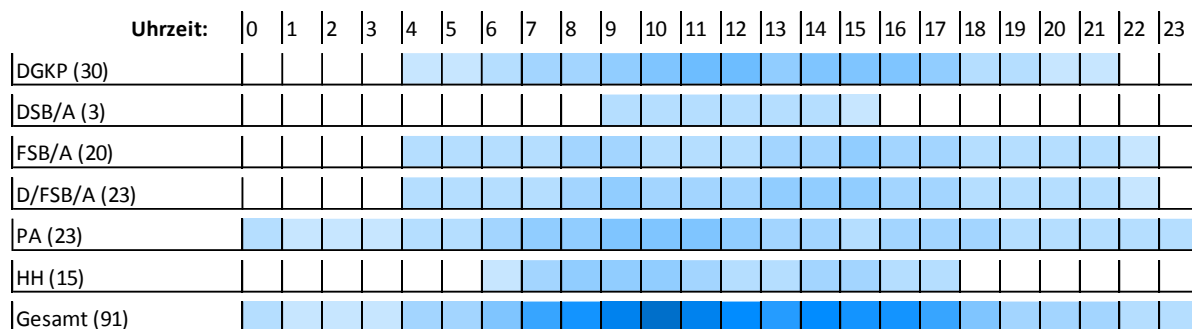


Abbildung 1. Anzahl der Beobachtungen im Tagesverlauf in verschiedenen Berufsgruppen.

Das Datenmaterial setzt sich aus unterschiedlichen und vielfach überlappenden Ganz- und Teilschichtbeobachtungen zusammen, wobei manche Zeitintervalle im Tagesverlauf häufiger als andere beobachtet wurden. Damit erhielten auch Teiltätigkeiten, die typischerweise zu bestimmten Tages- und Nachtzeiten stattfinden (vgl. Abbildung 2 im Abschnitt 2.4), eine höhere bzw. geringere Chance, beobachtet zu werden. Fragen nach dem typischen Arbeitsalltag der Berufsgruppen, die in den Abschnitten 4 und 5 beantwortet werden (z.B. „Wieviel Zeit verbringen DGKP mit organisierenden Tätigkeiten?“; vgl. Abbildung 9 in Abschnitt 4.1), werden dadurch möglicherweise verzerrt.

Für Antworten auf derartige Fragen (d.h. alle Aussagen, die relative Anteile verschiedener Tätigkeiten an der Gesamttätigkeit betreffen), wurde daher eine Datentransformation auf Basis der in Abbildung 1 dargestellten, im Tagesverlauf unterschiedlichen Anzahlen der Beobachtungen innerhalb jeder Berufsgruppe vorgenommen, die diese Verzerrung beseitigt. Das genaue Vorgehen bei dieser Transformation ist in Anhang A.1 ausführlich beschrieben.

Alle Aussagen in diesem Bericht, die sich auf relative Anteile von Teiltätigkeiten oder Tätigkeitsklassen beziehen, basieren auf „entzerrten“, transformierten Werten (vgl. Anhang A.7, wo die relativen Anteile aller Teiltätigkeiten basierend auf transformierten Werten wiedergegeben werden). Alle Aussagen, die sich auf absolute Häufigkeiten beziehen, geben dagegen die real beobachteten Werte wieder (dies gilt insbesondere für Anhang A.6, wo die Häufigkeiten und Zeitdauern aller beobachteten Teiltätigkeiten wiedergegeben werden).

4. Zwischenbericht

Im Rahmen eines weiteren Experten/-innengruppentreffens am 07. September 2017 fand die Präsentation und Diskussion des zweiten Zwischenberichts mit den bisherigen Ergebnissen statt. Dabei wurden quantitative Ergebnisse der Organisationsscreenings und Beobachtungen sowie qualitative Ergebnisse der Führungskräfte- und Beobachtungsinterviews (bezogen auf 9 Alten- und Pflegewohnheime) präsentiert. Zudem wurde die Gliederung des Abschlussberichts thematisiert und inhaltliche (Ziele, Begrifflichkeiten betreffend die Teiltätigkeiten etc.) und technische Fragen (Wahl der Analyseeinheiten, Darstellungsformen, etc.) geklärt.

5. Endbericht

Neben der Beendigung der Beobachtungen, der Datenaufbereitung und Datenauswertung bis November 2017 wurde in der letzten Projektphase am Abschlussbericht gearbeitet. Am 07. Dezember 2017 wurden bereits vorliegende Berichtsteile in der Experten/-innengruppe ausführlich besprochen und weitere Anregungen für den Endbericht diskutiert. In einem abschließenden Treffen der Experten/-innengruppe am 02. Februar 2018 wurde der zwischenzeitlich überarbeitete und ergänzte Abschlussbericht erneut ausführlich diskutiert, um letzte Änderungswünsche für die Endfassung des Berichts aufzunehmen.

2 Zur Lage der stationären Langzeitpflege in Österreich

Zunächst stellt sich die Frage nach den rechtlichen Grundlagen der stationären Langzeitpflege, welche die Arbeitsbedingungen der Pflege- und Betreuungskräfte in Österreich in erheblichem Maße beeinflussen.

Die rechtlichen Grundlagen der Langzeitpflege und deren Einfluss auf ebendiese, können - arbeitswissenschaftlich relevant – mindestens in zweifacher Weise problematisiert werden: Zum einen als Einflussgröße des Arbeitsumfelds der pflegerisch Tätigen. Der Umstand zum Beispiel mit wie vielen Kolleginnen und Kollegen man den Anforderungen des stationären Alltags gerecht werden muss, ist mitunter abhängig von den gültigen Bestimmungen zum Personaleinsatz in einem Bundesland und somit Resultat der Gesetzgebung. Zum anderen legt das Recht die Berufsbilder der Humandienstleister und damit deren Kompetenzbereiche, Verantwortungen und Pflichten in den zu untersuchenden Tätigkeitsfelder bereits fest. Dieser Ordnung des Problemfeldes folgt dieser Abschnitt: Zunächst werden die Bestimmungen zur Personalausstattung skizziert. Im Anschluss wird eine kurze Erläuterung der Novellierung des österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes im Jahr 2016 gegeben, in dem die Berufsbilder und Tätigkeitsbereiche in der Krankenpflege neu festgelegt wurden, bevor abschließend die Kompetenzbereiche der Berufsgruppen beschrieben werden.

2.1 Bundes- und landesrechtliche Bestimmungen zum Personaleinsatz

Die rechtliche Regelung der Errichtung und des Betriebes von Pflegeheimen fällt gemäß Art 15 Abs. 1 Bundesverfassungsgesetz (B-VG) in den Zuständigkeitsbereich der Länder. Um trotzdem bundesweit einheitliche Pflegestandards sicherstellen zu können, verpflichteten sich im Jahr 1993 Bund und Länder (Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern gemäß Art. 15 a B-VG über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen samt Anlagen, BGBl. I Nr. 866/1993) u.a. zu zweierlei: Zum einen wurde vereinbart, künftig „die Vorsorge für pflegebedürftige Personen bundesweit nach gleichen Zielsetzungen zu regeln“. Zudem kamen die Vertragsparteien überein, im Rahmen ihrer zugeordneten Kompetenzbereiche ein umfassendes Pflegeleistungssystem an Geld- und Sachleistungen sowie eine gesetzliche Aufsicht zu schaffen. Durch die Verabschiedung eines einheitlichen Bundespflegegeldgesetzes im Jahr 1993 (Änderungen des Bundespflegegesetzes [BPGG], BGBl. I Nr.457/1993), dem Pflegegeldreformgesetz 2012 (Pflegegeldreformgesetz 2012, BGBl. I Nr. 58/2011) sowie den weiteren Änderungen des Bundespflegegeldgesetzes (BPGG, 1993 in der Fassung des Jahres 2014) wurde letztere Vereinbarung eingelöst (Staflinger, 2016). Der Selbstverpflichtung zur Schaffung einheitlicher Mindeststandards in der stationären Pflege wurde hingegen weniger nachgegangen (Staflinger, 2016).

Aus diesem Grund sind die rechtlichen Ausgangslagen sowie die Vorgaben zur Ermittlung der Personalausstattung in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich. Die gesetzliche Ausgangsbasis in den Ländern reicht von Landesgesetzen (wie z.B. das Tiroler Heimgesetz) über Verordnungen (wie z.B. die oberösterreichische Alten- und Pflegeheimverordnung) bis hin zu erklärenden Erlassen und eigenen, teils für alle Trägerschaften bzw. für den öffentlichen Bereich gültigen Richtlinien und Handbüchern mit Berechnungsmodellen (wie z.B. in Niederösterreich). Die Regelung der Personalausstattung erfolgt abhängig vom Bundesland nach eigenen Berechnungsmodellen (z.B. Burgenland), nach Gewichtungsmethoden (z.B. Niederösterreich), mittels

Handbüchern oder Anhaltszahlen (z.B. Niederösterreich und Kärnten) oder anhand des Systems der Pflegestufen (Oberösterreich, Steiermark, Wien).

Auch das vorgeschriebene Qualifikationsniveau im Personaleinsatz zeigt wenig Einheitlichkeit. Die Bestimmungen, welche Qualifikationen in der Pflege zum Einsatz kommen sollen, sind heterogen und teilweise nicht vorhanden (so in Tirol und Salzburg). Je nach Bundesland finden sich unterschiedliche Berufsgruppen wie Abteilungshilfe, Heimhilfen, Pflegeassistenten, Fachsozialbetreuer/-innen Altenarbeit und Behindertenarbeit, Diplomsozialbetreuer/-innen Altenarbeit und Angehörige des gehobenen Dienstes (Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal) in den Vorgaben wieder. Eine umfangreiche Darstellung der länderspezifischen Bestimmungen findet sich in der Studie der AK Oberösterreich (Staflinger, 2016).

2.2 GuKG-Novelle 2016

Die umfassende Novellierung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG-Novelle 2016, BGBl. I Nr. 75/2016) im Jahr 2016 erfolgte als Antwort auf die Evaluierungsergebnisse des nationalen Forschungs- und Planungsinstituts für das Gesundheitswesen Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) 2012, welche einen umfassenden Adaptierungsbedarf der berufs- und ausbildungsrechtlichen Regelungen über die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe aufzeigten. Auch im Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2013-2016 (B-ZV, 2014), abgeschlossen zwischen dem Bund, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und den Ländern, wurde in Artikel 6, Punkt 6.3 die Zielsetzung festgehalten, „Aus- und Fortbildungen aller relevanten Berufsgruppen systematisch über das gesamte Berufsleben an den Versorgungserfordernissen [zu] orientieren“ (B-ZV, 2014, S. 18). Zur Umsetzung von Punkt 6.3 wurde den Bundesländern ein Modellvorschlag vorgelegt, der den Forderungen der GÖG im Wesentlichen entsprach. Auf Basis dieses Vorschlags wurde 2014 vom Bundesministerium für Gesundheit ein entsprechendes Reformkonzept vorgestellt. In weiterer Abstimmung mit den Ländern entstand in Folge die GuKG-Novelle 2016 welche „zur Verbesserung der Einsatzmöglichkeiten des Pflegepersonals und damit zu einer verbesserten Versorgungssituation im Sinne der Zielsteuerung in den verschiedenen Settings beitragen“ soll (GuKG 2016-Erläuterungen, 2016, S. 2). Die GuKG-Novelle enthält folgende Maßnahmen:

- 1) Das Berufsbild des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege wurde aktualisiert und es wurde eine Ablösung der Tätigkeitsbereiche durch einen neuen praxisorientierten Kompetenzbereich vorgenommen, der den Anforderungen unterschiedlicher „Versorgungsformen, Versorgungsstufen, Settings und Zielstufen“ (GukG 2016-Erläuterungen, S. 3) gerecht werden soll. Zudem wurde verdeutlicht, dass die Durchführung von Maßnahmen bei der medizinischen Diagnostik und Therapie, von Maßnahmen in Notfallsituationen sowie Maßnahmen im Rahmen der Berufsausübung als Mitglied eines multiprofessionellen Versorgungsteams ebenso wie die pflegerischen Kernkompetenzen integraler Bestandteil des Berufsbildes der Gesundheits- und Krankenpflege sind. Ebenfalls zählen nun Maßnahmen im Zusammenhang mit der Delegation, Anleitung und Schulung von Auszubildenden sowie die Verpflichtung zur Weiterentwicklung (GukG 2016-Erläuterungen, S. 3) zu den pflegerischen Kernkompetenzen. Somit erhielt der Kompetenzbereich des gehobenen Dienstes eine „inhaltliche Schärfung, Aktualisierung und Aufwertung“ (GukG 2016-Vorblatt, S. 3).
- 2) Die spezialisierten Grundausbildungen des gehobenen Dienstes, wobei zwischen der Ausbildung zur allgemeinen Pflege, der Kinder- und Jugendlichenpflege oder der psychiatrischen Pflege zu wählen war, wurden ersetzt durch eine generalistische Ausbildung. Die Spezialisierung erfolgt nun nach der Grundausbildung: Durch die Modernisierung des Ausbildungssystems für Sonderausbildungen und Spezialqualifikationen und der Festlegung weiterer Spezialisierungen

wurde der Personaleinsatz flexibilisiert und den settingsspezifischen Versorgungserfordernissen angepasst.

- 3) Die Ausbildung zum gehobenen Dienst soll bis Ende 2023 vollständig vom sekundären (berufsbildende Schulen) in den tertiären Ausbildungssektor (Fachhochschulen) überführt werden, um den internationalen Standards gerecht zu werden. Obwohl seit 2008 die Möglichkeit besteht, Fachhochschul-Bachelorstudiengänge einzurichten, erfolgte die Überführung der Ausbildung bisher nur zögerlich. Die Errichtung von Studiengängen an Universitäten ist nicht vorgesehen.
- 4) Der Beruf der Pflegefachassistenz wurde eingeführt, welcher im Unterschied zur Pflegeassistenz (s. u.) vertiefende und erweiterte Qualifikationen im Bereich der Diagnostik und Therapie aufweist und somit weitergehende Möglichkeiten der Delegation ohne verpflichtende Aufsicht eröffnet. Damit sollen der gehobene Dienst sowie Ärzte und Ärztinnen entlastet werden.
- 5) Das Berufsbild der Pflegehilfe wird als Pflegeassistenz weitergeführt und in Hinblick auf den Tätigkeitsbereich präzisiert, ergänzt und geöffnet. Durch den Verzicht auf eine Auflistung einzelner Pflegemaßnahmen zur Definition des Tätigkeitsbereichs soll die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen verbessert werden, und so die Übertragung von Pflegemaßnahmen an die Pflegeassistenz durch den gehobenen Dienst erleichtert werden. Zudem kann die Pflegeassistenz nun in Interventionen beim Auftreten von Notfallsituationen eingebunden werden. Hinsichtlich der Anordnungs- und Aufsichtserfordernisse wurden keine Änderungen vorgenommen. Es wird aber betont (GuKG 2016-Erläuterungen, S. 9), dass die im Rahmen der GuKG-Novelle 2009 vorgenommene Differenzierung der Aufsicht keine permanente persönliche und unmittelbare Aufsicht vorsieht, sondern eine „Aufsicht in Form von begleitenden Kontrollen in regelmäßigen Intervallen“ (GuKG 2016-Erläuterungen, S. 9).

2.3 Kompetenzbereiche der Berufsgruppen

Die Kompetenzen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege² sind in §12 bis §26 GuKG festgehalten. Klargestellt wird zunächst, dass der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege die Gesamtverantwortung für den Pflegeprozess trägt. Somit zählen zu den Kernaufgaben die eigenverantwortliche Erhebung des Pflegebedarfs sowie die Beurteilung der Pflegeabhängigkeit, die Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung, Kontrolle und Evaluation aller pflegerischen Maßnahmen (Pflegeprozess) in allen Versorgungsformen und Versorgungsstufen, die Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsberatung im Rahmen der Pflege sowie die Pflegeforschung. Im Rahmen der medizinischen Diagnostik und Therapie führen Angehörige des gehobenen Dienstes die ihnen von Ärztinnen und Ärzten übertragenen Maßnahmen und Tätigkeiten durch. Die ärztliche Anordnung hat dabei schriftlich zu erfolgen. Mündliche Anordnungen sind dann ausreichend, wenn die Ausführung der Maßnahmen dringlich ist und die Eindeutigkeit der Anordnung gewährleistet ist. Des Weiteren sind sie seit der Novellierung des GuKG berechtigt, Medizinprodukte nach vorhergehender ärztlicher Anordnung selbstständig weiter zu verordnen. Eine Erweiterung des pflegerischen Berufsbildes stellen die neuen Kompetenzen bei Notfällen dar, welche neben der bisherigen eigenverantwortlichen Durchführung lebensrettender Sofortmaßnahmen nun auch das Erkennen von Notfällen und das Anwenden von Intubationsmaßnahmen umfassen. Hervorgehoben wird im GuKG zudem die zentrale Bedeutung der Expertise des gehobenen Dienstes in multiprofessionellen Versorgungsteams, sowie deren Vorschlags- und Mitwirkungsrecht in ebendiesen. Festgehalten wird außerdem die Anforderung einer ständigen Weiterentwicklung der Kompetenzen. In Folge ihrer dreijährigen Ausbildung können Angehörige des gehobenen Dienstes daher setting- und

² Im Rahmen der GuKG-Novelle 2016 (BGBl. I Nr. 75/2016) wurde die Berufsbezeichnung von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege in §11 neu geregelt. Diese lautet nun „Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger“ bzw. „Diplomierter Gesundheits- und Krankenpflegerin“ (DGKP).

zielgruppenspezifische Spezialisierungen (hierzu zählen z.B. die Kinder- und Jugend-, oder Intensivpflege) sowie Spezialisierungen für Lehr- und Führungsaufgaben erwerben.

Das Berufsbild der Pflegeassistent, welches zuvor als Pflegehilfe bezeichnet wurde, wurde von der Novellierung weniger berührt. Die zuvor im Gesetzestext enthaltene hauswirtschaftliche Tätigkeit ist nun mehr nicht mehr enthalten. Als Delegationsempfänger wirken sie beim gesamten Pflegeprozess mit, das heißt bei der Pflege, Mobilisation, Körperpflege und Ernährung der Pflegebedürftigen sowie bei der Dokumentation der pflegerischen Maßnahmen. Nach schriftlicher Anordnung und unter Aufsicht durch Angehörige des gehobenen Dienstes oder durch Ärztinnen bzw. Ärzte ist die Pflegeassistent befugt, Arzneimittel zu verabreichen, Bandagen und Verbände anzulegen sowie Maßnahmen der Krankenbeobachtung durchzuführen, worunter z.B. das Messen des Blutdrucks oder der Körperkerntemperatur fallen. Die Ausbildung zur Pflegeassistent dauert ein Jahr.

Der Kompetenzbereich der Pflegefachassistent als neues Berufsbild schließt den der Pflegeassistent mit ein und geht über diesen hinaus. Hinzu kommt die eigenverantwortliche Durchführung der Pflegetätigkeiten sowie der ihr von Ärztinnen bzw. Ärzten übertragenen weiteren Tätigkeiten im Rahmen der Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie. Hierzu zählen u.a. die Durchführung standardisierter diagnostischer Programme (z.B. EKG), Setzen und Entfernen von Kathetern sowie das Legen von Nasensonden und Infusionen. Zudem können Angehörige der Pflegefachassistent die Anleitung, Unterweisung und Ausbildung der Pflegeassistentberufe übernehmen. Die Ausbildung zur Pflegefachassistent nimmt zwei Jahre in Anspruch, und steht als Fortbildungsmöglichkeit den Angehörigen der Pflegeassistent offen.

Eine weitere Berufsgruppe, die in der Langzeitpflege vorwiegend zum Einsatz kommt, sind Fachsozialbetreuerinnen bzw. Fachsozialbetreuer und Diplomsozialbetreuerinnen bzw. Diplomsozialbetreuer mit dem Schwerpunkt Altenarbeit (FSBA, DSBA). Deren Berufsbild, Tätigkeit und Ausbildung ist in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern über Sozialbetreuungsberufe geregelt (BGBl. I Nr. 55/2005). Die Ausbildung zu FSBA beinhaltet die Ausbildung zur Pflegeassistent sowie zusätzliche Inhalte zur Betreuung von alten Menschen. Die Tätigkeiten der DSBA entsprechen weitgehend jenen der FSBA, beinhalten jedoch zusätzliche Kompetenzen im Bereich der konzeptuellen und planerischen Gestaltung in der sozialen Betreuungsarbeit, sowie der Koordination und der fachlichen Anleitung von Mitarbeitenden.

Das Berufsbild der Heimhilfe umfasst neben der Unterstützung bei der pflegerischen Basisversorgung (hierzu zählen beispielsweise Unterstützung bei der Körperpflege, beim An- und Auskleiden oder bei der Nahrungsaufnahme) nach Anordnung durch den gehobenen Dienst auch den eigenständigen Kompetenzbereich hauswirtschaftlicher Tätigkeiten. Hierunter fallen z.B. auch allfällige Besorgungen und die Zubereitung von Mahlzeiten.

Die rechtlichen Grundlagen unterliegen einer stetigen Entwicklung. Auf die hier nicht einbezogene, aktuelle Novelle in der Steiermark (Stmk: LGBl. 99/2017 Personalausstattungsverordnung – PAVO) sowie die für Oberösterreich gerade in Ausarbeitung befindliche Novelle wird hingewiesen. Diese schränken die Aussagen der vorliegenden Studie nicht ein.

2.4 Der Arbeitsalltag in der stationären Langzeitpflege

Aufgrund der gesammelten Beobachtungen lässt sich ein Überblick über den Tagesablauf geben. Die folgende Darstellung soll den Arbeitsalltag in der stationären Langzeitpflege schematisch darstellen. Sie erhebt weder Anspruch auf Vollständigkeit der anfallenden Tätigkeiten noch auf zeitliche und arbeitsorganisatorische Exaktheit. Die beschriebenen Teiltätigkeiten können, sofern es zu keinen Kompetenzüberschreitungen kommt, von verschiedenen Berufsgruppen übernommen werden. In Ergänzung zur beschreibenden Darstellung findet sich in Abbildung 2 eine aus den Arbeitsbeobachtungen gewonnene Aufstellung der häufigsten Teiltätigkeiten im Tagesverlauf.

Im Alltag in der stationären Langzeitpflege betreuen und pflegen im Durchschnitt insgesamt 59 Mitarbeitende 88,2 Bewohnerinnen und Bewohner. In der vorliegenden Studie sind über die Hälfte der Pflegebedürftigen den Pflegegeldstufen 4 und 5, ungefähr 15% den Pflegegeldstufen 6 und 7 zugeordnet.

Fallbeispiel Frau K. (aus Stafflinger, 2016)

Frau K. ist knapp 80 Jahre alt. Laut ihren eigenen Angaben (und Diagnose) leidet sie seit über 35 Jahren an multipler Sklerose. Aufgrund ihrer damit verbundenen Einschränkungen lebt sie seit 10 Jahren im Heim und hat seit knapp 2 Jahren einen Katheter. Eigenständige Bewegungen, die Essenseinnahme und Grundpflege sind ihr nicht mehr möglich. Sie ist durchgehend auf die Unterstützung durch das Pflege- und Betreuungspersonal angewiesen. Aufgrund ihres Pflegebedarfs ist sie in der Pflegestufe 7 eingestuft. Diese Einstufung erfolgt, wenn der Pflegebedarf mehr als 180 Stunden beträgt und wenn keine zielgerichteten Bewegungen der vier Extremitäten mit funktioneller Umsetzung möglich sind. Per Gesetz ergibt sich somit eine durchschnittliche Mindestbetreuungszeit von 6 Stunden.

Zu folgenden Tätigkeiten kommen die Mitarbeitenden mindestens in das Zimmer von Frau K.: Frühstück- und Medikamentengabe am Morgen; Grundpflege am Morgen (bzw. 1 x pro Woche für ein Bad), Positionieren; Anreichen Abendessen; Grundpflege am Abend; Kontrollbesuche während der Nacht. Laut Schilderungen einer Pflegekraft hat Frau K. 6 Mindestbesuche durch das Team. Läuten kann Frau K. nicht mehr. Das Team kann die Tätigkeiten bei Frau K. gut planen. Wann immer es sich ausgeht, schaut wer aus dem Team bei Frau K. zusätzlich vorbei, so z.B. auch um Frau K. für ihre tägliche Fahrt vors Haus anzukleiden, sie mit dem Rollstuhl vors Haus zu schieben und nach einer vereinbarten Zeit wieder abzuholen. Zeit für Gespräche bleibt meist nur im Rahmen der klassischen Grundpflege und -versorgung. Frau K. ist klar orientiert und denkt viel über sich und ihr nicht immer einfaches Leben nach. Mit Tränen in den Augen, die sie nicht selbst wegwischen kann, sagt sie: „Jeden Tag sag ich, Herrgott hol mi endli.“

Morgens

Bei Dienstbeginn im Frühdienst um 06:30 Uhr findet die Dienstübergabe zwischen Nacht- und Frühdienst statt. Gegen 07:00 Uhr beginnt das Pflegepersonal damit, Bewohnerinnen und Bewohner zu wecken und, sofern die körperliche Verfassung es zulässt, sie beim Aufstehen aus dem Bett zu unterstützen. Anschließend folgen die Grundpflege und das Ankleiden, wobei den Bewohnerinnen und Bewohner nach Bedarf Pflegekräfte zur Seite stehen. Währenddessen bereiten die Heimhilfen das Frühstück vor, welches die Bewohnerinnen und Bewohner je nach Gewohnheit früher oder später, entweder im Zimmer oder bei vorhandener Mobilität im Gemeinschaftsraum, einnehmen. Die Mitarbeitenden teilen das Frühstück in den Zimmern bzw. im Gemeinschaftsraum aus und unterstützen

nach Bedarf bei der Nahrungsaufnahme. Die Reihenfolge der Versorgung erfolgt mehrheitlich nach Wünschen der Bewohnerinnen und Bewohner und richtet sich zudem auch nach der Mobilität und Eigenständigkeit der Pflegebedürftigen. Eine diplomierte Pflegekraft verteilt die Morgenmedikamente, unterstützt bei der Einnahme der Medikamente und anschließend bei der Einnahme des Essens. Die Heimhilfe räumt nach dem Frühstück das Geschirr ab und reinigt die Tische. Anschließend wird die Durchführung der Grundpflege fortgesetzt. Falls notwendig, werden die Betten bezogen und die Zimmer aufgeräumt. Danach ist Pause (30 Minuten) für das Personal. Nach der Dienstübergabe zwischen Früh- und Spätdienst, bei der sich die Pflege- und Betreuungskräfte bezüglich wichtiger Informationen über Bewohnerinnen und Bewohner und deren Pflege austauschen, kümmert sich die Heimhilfe um die Vorbereitungen für das Mittagessen. Die diplomierten Pflegekräfte stellen auf ärztliche Anordnung die medizinische Versorgung sicher, wechseln Verbände, kontrollieren Vitalzeichen, schreiben Behandlungsaufträge und begleiten Ärztinnen und Ärzte bei den Visiten.

Mittags

Zwischen 11:30 und 12:00 Uhr wird das Mittagessen in den Zimmern bzw. im Gemeinschafts- bzw. Speiseraum serviert. Bei Bedarf erhalten die Pflegebedürftigen Unterstützung bei der Einnahme der Mahlzeit. Nach dem Mittagessen begeben sich die Bewohnerinnen und Bewohner, ggf. unterstützt durch die Mitarbeitenden, in ihre Zimmer, um sich auszuruhen. Während der Mittagszeit können die Mitarbeitenden ihre Mittagspause (1 Stunde) machen. Während der Mittagsruhe werden Dokumentationen geschrieben, Visitenplanungen durchgeführt, Behandlungsaufträge geschrieben und sonstige administrative Tätigkeiten verrichtet. Bettlägerige Bewohnerinnen und Bewohner werden positioniert, und von DGKP werden die Medikamente geschachtelt und vorbereitet. Gegen 14:30 Uhr finden sich die Bewohnerinnen und Bewohner wieder im Gemeinschafts- bzw. Speiseraum ein, wo Kaffee und Kuchen serviert werden. Das Betreuungspersonal beschäftigt sich mit den Pflegebedürftigen, führt kurze Animationsprogramme durch und geht in Gesprächen auf die Bewohnerinnen und Bewohner ein.

Abends

Derzeit wird vielfach zwischen 16:30 und 17:00 Uhr das Abendessen verteilt und bei Bedarf werden Bewohnerinnen und Bewohner bei der Einnahme der Mahlzeit unterstützt. Die Medikamente für den Abend werden von einer DGKP ausgeteilt. Nach dem Abendessen kümmert sich die Heimhilfe um das Abräumen des Geschirrs und das Aufräumen des Gemeinschaftsraumes. Das Pflegepersonal begleitet die Bewohnerinnen und Bewohner in die Zimmer, unterstützt beim Toilettengang und bei der Körperpflege sowie beim Anziehen des Pyjamas und dem Zubettgehen. Gegen Ende der Dienstzeit erfolgt die Eintragung in das Dokumentationssystem sowie die Dienstübergabe an den Nachtdienst.

Nachts

Der diensthabende Nachtdienst macht mit der Abendversorgung weiter, bis alle Bewohnerinnen und Bewohner bettfertig bzw. positioniert sind. Daraufhin werden die Nachtmedikamente und auf Wunsch Spätsnacks ausgeteilt. Die Fachkraft in der Nachtschicht geht anschließend in mehreren Touren von Zimmer zu Zimmer, sieht nach den Pflegebedürftigen, unterstützt fallweise bei Toilettengängen, wechselt Vorlagen und positioniert Bewohnerinnen und Bewohner im Bett. Gegen 04:30 Uhr werden die Morgenmedikamente für den Frühdienst bereitgestellt und das Geschirr für das Frühstück aufgedeckt. Nach Wachwerden der ersten Bewohnerinnen und Bewohner beginnt der Nachtdienst mit der Mobilisation aus dem Bett und der Grundpflege. Anschließend erfolgt die Eintragung in das Dokumentationssystem und die Dienstübergabe an den Frühdienst.

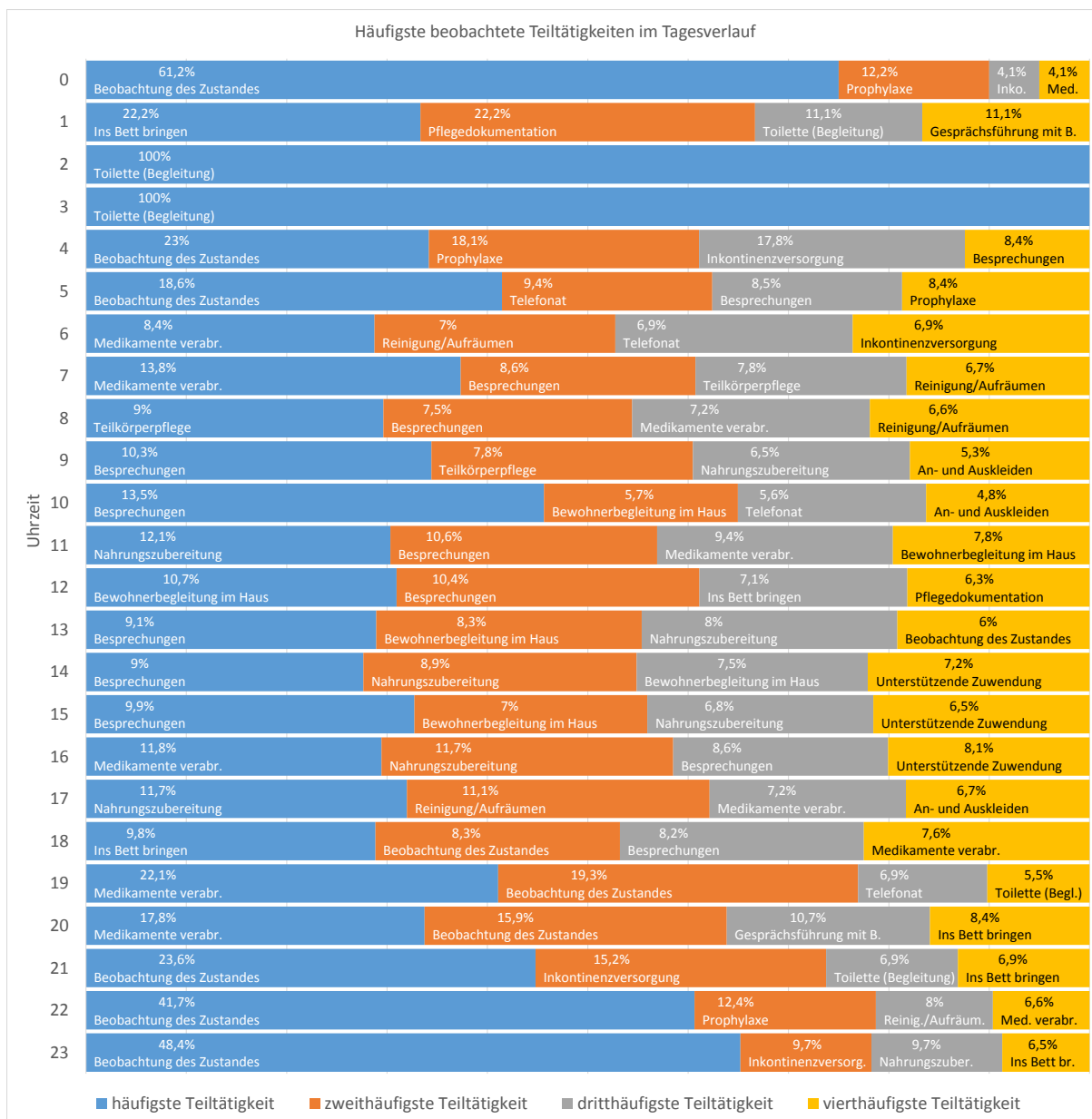


Abbildung 2. Veranschaulichung der häufigsten Teiltätigkeiten im Tagesverlauf.

3 Basisangaben zu Einrichtungen und Personen

Die Basis für die Studie bildet eine Stichprobe von 81 in der stationären Langzeitpflege tätigen Personen im Alter zwischen 20 und 57 Jahren. Die Erhebung wurde in 18 Alten- und Pflegeheimen (vgl. Tabelle 4) in allen 9 österreichischen Bundesländern im ländlichen (L = ländlich, N = 10) sowie im städtischen (S = städtisch, N = 8) Gebiet durchgeführt. Hinsichtlich der Heimgröße, gemessen an der Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohnern, wurden sowohl kleine Einrichtungen als auch große Einrichtungen, in der Studie berücksichtigt (g = Einrichtung groß, k = Einrichtung klein). Die Definition „groß“ und „klein“ ist nicht absolut zu bestimmen. Pflege- und Betreuungsheime, welche als „groß“ definiert wurden, boten Plätze für 80 bis 155 Pflegebedürftige. „Kleine“ Häuser zählten zwischen 34 bis 78 Bewohnerinnen und Bewohner. Insgesamt wurden 81 Personen der vier zu untersuchenden Berufsgruppen beobachtet. Davon entfallen 26 Personen (32.1%) auf die Berufsgruppe der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegekräfte (DGKP), 24 Personen (29.6%) auf die Berufsgruppe der Pflegeassistenten (PA), 18 Personen (22.2%) zählten zur Berufsgruppe der Fachsozialbetreuungskräfte bzw. Diplomsozialbetreuungskräfte für Altenpflege (FSBA bzw. DSBA) und 13 Personen (16.0%) zur Berufsgruppe der Heimhilfen (HH). Aufgrund der Tatsache, dass lediglich 2 Diplomsozialbetreuerinnen bzw. -Betreuer beobachtet werden konnten, werden diese mit der Berufsgruppe der Fachsozialbetreuung zusammengefasst dargestellt.

Tabelle 4. Übersicht über die beobachteten Einrichtungen und Personen.

Bundesland	Bgl.		Wien		NÖ		OÖ		Stmk.		Ktn.		Sbg.		T		Vbg.		Σ
Heimgröße	g	k	g	g	g	k	g	k	g	g	g	k	g	k	g	k	k	k	
Stadt/Land	L	L	S	S	L	L	L	S	S	S	L	L	L	L	S	L	S	L	
DGKP	2	1	1	1	1	2	1	3	1	1	2	1	2	1	1	2	2	1	26
FSBA/DSBA	1	0	0	0	0	2	1	8	0	0	1	0	2	0	1	1	0	1	18
PA	1	1	1	1	2	0	0	0	1	1	1	2	5	2	2	1	2	1	24
HH	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	13
Σ	5	2	3	3	4	5	3	12	3	3	4	4	10	4	4	4	5	3	81

3.1 Daten aus dem Organisationscreening

Angaben zum Heim

Von den 18 stationären Langzeitpflegeeinrichtungen zählen nahezu alle zu so genannten Non-Profit-Heimen (N=17), die von einem nicht-gewinnorientierten Träger geführt werden. Die Mehrheit (N=11) wird von gemeinnützigen, privaten Trägern organisiert und geleitet. Öffentliche Alten- und Pflegeeinrichtungen, die beispielsweise durch Land, Gemeinde, Sozialhilfe oder Gemeindeverband finanziert werden, sind mit 7 Heimen vertreten. In 3 bis 8 Organisationseinheiten (MW=5.5) sind unter der Leitung von 2 bis 8 Führungskräften (MW=4.7) zwischen 22 und 119 Personen (MW=58.8) beschäftigt. Die Organisationseinheiten umfassen sowohl die Pflege und Betreuung als auch die Verwaltung, Küche, Reinigung etc. Die Heime gaben an, ihre Bewohnerinnen und Bewohner nach verschiedenen Modellen und Konzepten (z.B. Lebensweltkonzept, Hausgemeinschaftskonzept, Pflegemodell Orem) in 1 bis maximal 7 Wohnbereichen (MW=3.8) zu betreuen und pflegen. Die regelmäßige Umsetzung der Pflegekonzepte und Anwendung spezieller Methoden im Pflegealltag sei jedoch zum Teil aufgrund mangelnder personeller und zeitlicher Ressourcen nicht realisierbar. Im Durchschnitt verfügen die Häuser über bis zu 152 Einzelzimmer (MW=60.2) und bis zu 53 Doppelzimmer (MW=13.8), welche im Durchschnitt zu 97.7% ausgelastet sind. Aufgrund von Todesfällen und nicht ständig bewohnten Kurzzeitpflegeplätzen schwankt die Auslastung zwischen 91,28% und 100%. Die meisten Heime verfügten über ein Qualitätsmanagement oder hatten dies zum Erhebungszeitpunkt gerade in Planung. Die meistgenannten Systeme waren E-Qalin, NQZ sowie ISO 9001. Tabelle 5 gibt eine Übersicht über die Angaben zum Heim.

Tabelle 5. Übersicht zu den Basisangaben zum Heim.

			%
Profit – Non-Profit Träger (N=18)	profit	1	5,6%
	non-profit	17	94,4%
Öffentlicher – Privater Träger (N=18)	öffentlich	7	38,9%
	privat	11	61,0%
Anzahl Organisationseinheiten (N=94)	MW	5.5	
	Min.	3	
	Max.	8	
Anzahl Führungskräfte (N=75)	MW	4.7	
	Min.	2	
	Max.	8	
Anzahl Mitarbeitende (N=1059)	MW	58.8	
	Min.	22	
	Max.	119	
Anzahl Wohnbereiche (N=68)	MW	3.8	
	Min.	1	
	Max.	7	
Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner (N=1558)	MW	88.2	
	Min.	34	
	Max.	155	
Anzahl Zimmer (N=1319)	EZ	60.2	
	DZ	13.8	
Auslastung (N=17)	MW		97.7%
	Min.		91.3%
	Max.		100.0%

Angaben zu den Bewohnerinnen und Bewohnern

In den 18 untersuchten Pflegeeinrichtungen wohnen im Mittel 88.2 Pflegebedürftige (z.Z. der Erhebung insgesamt 1558) im Durchschnittsalter von 82.5 Jahren (siehe Tabelle 6). Das kleinste Heim betreut 34 Bewohnerinnen und Bewohner, das größte 155. Die Mehrheit der Pflegebedürftigen in der stationären Langzeitpflege ist weiblich. So auch in der vorliegenden Stichprobe: Bewohnerinnen stellen 72.1% und Bewohner 27.9% dar. Die Zahlen der Pflegedienstleistungsstatistik (Statistik Austria, 2016) zeichnen ein ähnliches Bild mit einem weiblichen Bewohneranteil von 73.4% und einem männlichen Anteil von 26.6%. Die mittlere Verweildauer der Bewohnerinnen und Bewohner in den Pflegeheimen liegt bei ca. 3.7 Jahren und schwankt, laut Angaben der Einrichtungen, im Mittel zwischen 0.5 und 7.2 Jahren. Es zeichnet sich ein Trend ab, wonach Bewohnerinnen und Bewohner immer später bzw. in immer schlechterem Allgemeinzustand in die stationäre Langzeitpflege kommen³. Das hohe Alter und der körperliche und geistige Abbau (objektiv gemessen an den Pflegegeldstufen) der Pflegebedürftigen führe zu kürzeren Verweildauern im Heim. Diese seien mit viel organisatorischem Aufwand, die Todesfälle und Neueinzüge mit sich bringen, verbunden. Besonders während den Urlaubsphasen im Sommer und Winter sei ein Mehraufwand durch Todesfälle und Zimmerneubesetzungen aus personellen und zeitlichen Gründen herausfordernd.

Tabelle 6. Übersicht zu Anzahl, Geschlechterverteilung, Alter und Verweildauer der Bewohnerinnen und Bewohner.

			%
Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner (N=1558)	MW	88.2	
	Min.	34	
	Max.	155	
Anzahl Frauen (N=1145)	MW	63.6	72.1%
	Min.	22	
	Max.	116	
Anzahl Männer (N=443)	MW	24.6	27.9%
	Min.	7	
	Max.	74	
Durchschnittsalter in Jahren	MW	82.5	
	Min.	75.2	
	Max.	86.0	
Verweildauer in Jahren	MW	3.7	
	Min.	0.5	
	Max.	7.2	

³ Seit Inkrafttreten [GuKG-Novelle 2016, BGBl. I Nr. 75/2016 § 3a Abs. 6 am 01.08.2016](#) wird der Trend noch steigen. Laut Novelle des Pflegefondsgesetzes haben die Länder darauf hinzuwirken, dass eine Aufnahme in stationäre Einrichtungen nach [BGBl. Nr. 22/2017 § 3a Abs. 6](#) möglichst erst bei Vorliegen der Pflegegeldstufe 4 erfolgt.

Bezüglich der PflegegeldEinstufung der Bewohnerinnen und Bewohner ergibt sich folgendes Bild: Nur rund 1.4% der Pflegebedürftigen sind keiner Pflegegeldstufe (PGS) zugeteilt. Den größten Anteil nehmen die Stufen 4 und 5 mit zusammengerechnet 56.9% (25.1% PGS 4, 31.8% PGS 5) ein. In manchen Heimen nehme man vermehrt Bewohnerinnen und Bewohner erst ab Stufe 4 im Heim auf, weshalb die Pflegegeldstufen 1, 2 und 3, nur je 2.7%, 6.6% und 16.1% des Bewohnerklientels ausmachen. Personen mit der Einstufung 6 und 7 machen jeweils 11.2% und 5.1% aller Bewohnerinnen und Bewohner aus. Tabelle 7 zeigt einen Vergleich der Anteile der Pflegegeldstufen laut Daten aus der aktuellen Studie und den Zahlen der Pflegedienstleistungsstatistik (hier PDL-Statistik) 2016.

Tabelle 7. Vergleich der Anteile der Pflegegeldstufen lt. aktueller Studie und der Pflegedienstleistungsstatistik (Statistik Austria, 2016).

Pflegegeldstufe	N	% lt. Studie	% lt. PDL-Statistik 2016
ohne PGS	22	1.4%	0.8%
PGS 1	42	2.7%	1.88%
PGS 2	103	6.6%	6.4%
PGS 3	251	16.1%	17.4%
PGS 4	391	25.1%	25.7%
PGS 5	495	31.8%	31.0%
PGS 6	175	11.2%	11.7%
PGS 7	79	5.1%	5.2%

Die Pflegebedürftigen in den 18 untersuchten stationären Langzeiteinrichtungen weisen zum Teil dementielle und psychiatrische Erkrankungen auf. Im Schnitt sind 13.9 Personen von psychiatrischen Krankheiten betroffen. Die durchschnittliche Anzahl der an Demenz erkrankten Bewohnerinnen und Bewohner liegt bei 44.3. Bei einem Mittel von 88.2 Pflegebedürftigen je Heim ist somit über die Hälfte (51.2%) von dementiellen Erkrankungen betroffen. Für das Pflege- und Betreuungspersonal das Heimklientel mit Demenz oder anderen psychiatrischen Problemen eine besondere Herausforderung dar. Neben personellem und zeitlichem Ressourcenmangel, fehle es häufig auch an adäquatem Wissen mit den Erkrankungen der Pflegebedürftigen umzugehen. Zum einen seien Ausbildungsinhalte der einzelnen Berufsgruppen mit Fachwissen im gerontopsychiatrischen Bereich anzureichern, zum anderen wären Fort- und Weiterbildungen nach der Ausbildungszeit wünschenswert, um die bestmögliche Versorgung der psychiatrisch und dementiell Erkrankten zu gewährleisten. Personen in der Kurzzeit- und Tagespflege sind mit einem Durchschnittswert von je 1.2 und 0.7 gering vertreten. Die detaillierten Daten der Angaben zu den Bewohnerinnen und Bewohnern sind Tabelle 8 zu entnehmen.

Neben geriatrischen Pflegebedürftigen werden in 13 Einrichtungen auch 77 Personen unter 60 Jahren (davon sind 30 Personen mit körperlichen oder geistigen Behinderungen in geriatrischen Pflegebereichen untergebracht und 47 Personen aus zwei Heimen in speziellen Bereichen der psychiatrischen Langzeitpflege) betreut und gepflegt. Als Hauptgrund dafür wurde die mangelnde Wohnalternative für diese Personen genannt. In vielen Einrichtungen, in welchen die Qualifikationen der Mitarbeitenden nicht den Anforderungen entsprechen, die diese Bewohnerinnen und Bewohner mit sich bringen, stellt dies eine große Herausforderung dar.

Tabelle 8. Übersicht zur Anzahl an Bewohnerinnen und Bewohnern mit psychiatrischen und demenziellen Erkrankungen, in Kurzzeit- und Tagespflege und unter 60 Jahren

			%
Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner mit psychiatrischer Erkrankung (N=251)	MW	13.9	16.11%
Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz (N=798)	MW	44.3	51.2%
Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner in Kurzzeitpflege (N=21)	MW	1.2	1.3%
Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner in Tagespflege (N=14)	MW	0.8	0.9%
Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner <60 Jahren (N=77)	MW	5.9	
	Min.	1	
	Max.	24	

Angaben zu den Mitarbeitenden

Zur Personalstruktur in den, für die vorliegende Studie erhobenen 18 österreichischen Pflegeeinrichtungen, lassen sich folgende Ergebnisse darstellen (siehe Abbildung 3). Bei einer Gesamtanzahl von 964 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (VZÄ N=681.2) in den relevanten Berufsgruppen, ist die Gruppe der Pflegeassistenzen (PA) mit 449 (MW=24.9) Personen am stärksten vertreten, gefolgt vom diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal mit 273 (MW=15.2), den Fach- bzw. Diplomsozialbetreuerinnen und -betreuern für Altenarbeit (FSBA bzw. DSBA) mit 141 (MW=7.8) und den Heimhilfen (HH) mit 101 (MW=5.6) Vertreterinnen und Vertretern. Die Kopfanzahl und die vollzeitäquivalente Anzahl (VZÄ) der Mitarbeitenden sieht wie folgt aus: Im Durchschnitt sind 6 bis 28 DGKP, bis zu 46 FSBA bzw. DSBA, bis zu 52 PA und maximal 23 HH in der Betreuung und Pflege älterer Menschen beschäftigt. Die Berufsgruppe der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger ist in jedem der 18 Einrichtungen vorzufinden. In 11 Heimen gehören FSBA bzw. DSBA zum Mitarbeiterpool. Ein Haus zählt keine PA und 3 Häuser keine HH. Die Unterschiede bezüglich der vorhandenen Berufsgruppen entstehen durch die variierenden Landesvorgaben, die in manchen Bundesländern zum Teil gewisse Berufsgruppen gesetzlich nicht vorsehen.

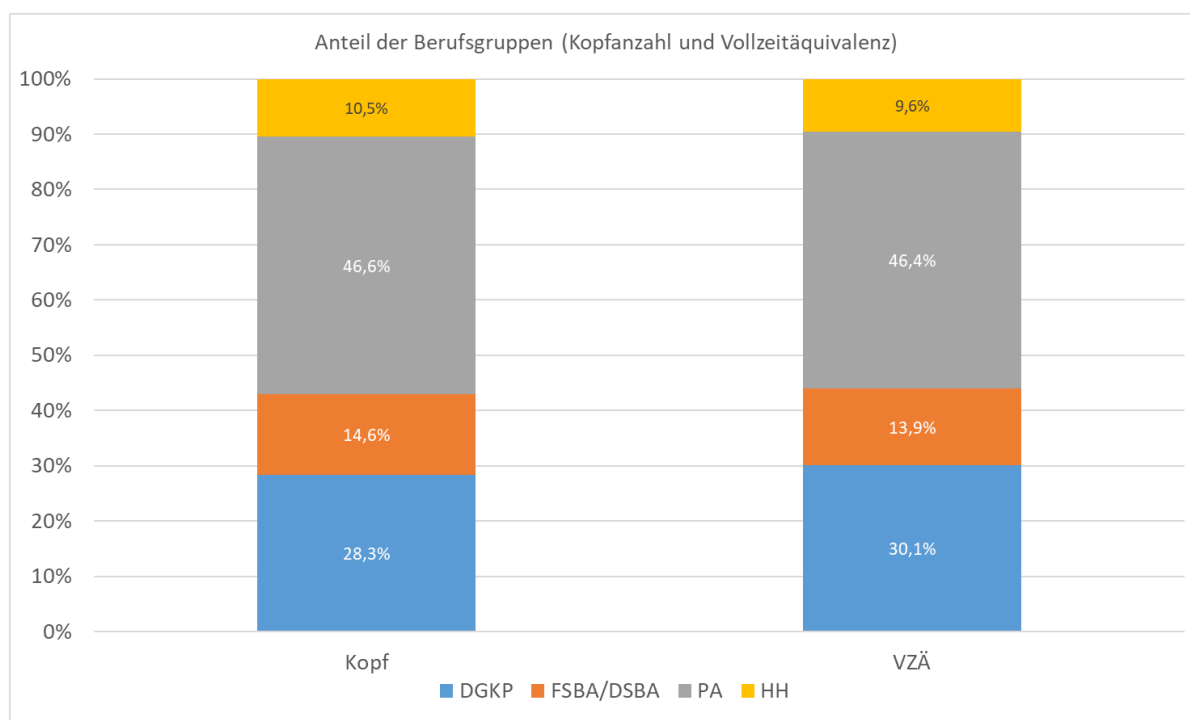


Abbildung 3. Anteil der Berufsgruppen (Kopfanzahl und Vollzeitäquivalenz)

Das Alter der Mitarbeitenden in der Pflege und Betreuung liegt im Durchschnitt bei 43.3 Jahren. Laut Pflegekonsilium (Gratzer, 2014) steigt der Anteil an älteren Mitarbeitenden demografiebedingt an, sodass das Durchschnittsalter teilweise bereits 50 Jahre beträgt. Eine Entwicklung, die neue, altersgerechte Lösungswege erfordert und die Notwendigkeit hervorhebt, die Attraktivität des Pflege- und Betreuungsberufes für junge Menschen zu steigern.

Von insgesamt 964 Mitarbeitenden sind lediglich 15.1% (N=146) männlich. Die geringste Anzahl an Männern, mit einem Mittelwert von 0.7, weisen die Heimhilfen auf (N=11). Unter den FSBA bzw. DSBA lassen sich bis zu 6 männliche Mitarbeitende finden (MW=1.0). Die Berufsgruppe der DGKP weist mit durchschnittlich bis zu 8 angestellten Männern einen Mittelwert von 2.5, bei einer Gesamtanzahl von 45, auf. Die meisten männlichen Pflege- und Betreuungskräfte gehören der Gruppe der Pflegeassistenten an. Mit insgesamt 72 Berufsgruppenvertretern und einem Mittelwert von 4.2 sind im Durchschnitt bis zu 12 Männer pro Einrichtung als Pflegeassistenten tätig.

Tabelle 9. Übersicht zur durchschnittlichen Anzahl an Männern.

		MW	Min.	Max.	%
Anzahl Männer (N=146)	DGKP	2.5	0	8	
	FSBA/DSBA	1.0	0	6	
	PA	4.2	0	12	
	HH	0.7	0	6	
	Gesamt	2.1			15.1%

Rund 55.9% der Beschäftigten in der Stichprobe sind teilzeitangestellt. Laut Reformarbeitsgruppe Pflege (2012) beträgt der Anteil der Teilzeitbeschäftigung in der stationären Pflege 51%. Mit 44.1% ist der Anteil der Vollzeitbeschäftigten in der vorliegenden Studie somit geringer (siehe Abbildung 4). Die Verschiedenheit der Mitarbeitenden spiegelt sich in der Zahl der unterschiedlichen Nationalitäten wider. Mit bis zu 23 verschiedenen Herkunftsländern ist eine kulturelle und sprachliche Diversität in den Pflegeheimen präsent.

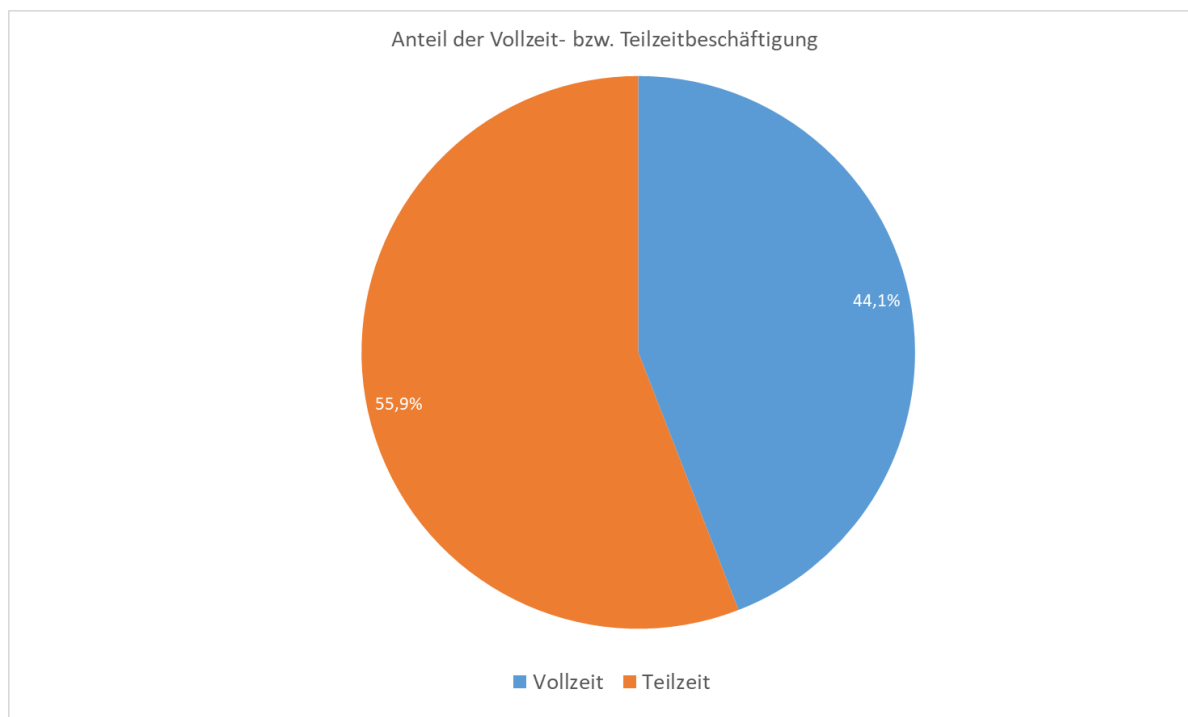


Abbildung 4. Anteil der Vollzeit- bzw. Teilzeitbeschäftigung.

Bezüglich der Ab- bzw. Zugänge wurde kein genauer Zeitraum definiert. Die Antworten bezogen sich auf den aktuellen Stand zum Zeitpunkt der Erhebung. Insgesamt ist die Zahl der Zugänge im Vergleich zu den Abgängen, mit 99 zu 67, höher. In allen Berufsgruppen, mit Ausnahme der Heimhilfen, übersteigt die Zahl der Zugänge die Zahl der Abgänge. Eine detaillierte Darstellung der Differenzen lässt sich in Tabelle 10 finden. Durchschnittlich sind 2 Stellen unbesetzt. Betreffend die Arbeitsverträge ließen sich 85 Mitarbeitende mit befristeten Arbeitsverträgen erfassen. Die meisten (N=50) finden sich in der Berufsgruppe der PA, gefolgt von den DGKP (N=22), den HH mit 12 und den FSBA bzw. DSBA mit einer Person.

Tabelle 10. Übersicht über die Angaben zu den Mitarbeitenden.

		N	MW
Anzahl Zugänge (N=99)	DGKP	27	1.8
	FSBA/DSBA	16	1.1
	PA	52	3.5
	HH	4	0.3
Anzahl Abgänge (N=67)	DGKP	16	1.1
	FSBA/DSBA	12	0.9
	PA	28	2.0
	HH	11	0.8
Befristete Arbeitsverträge (N=85)	DGKP	22	3.1
	FSBA/DSBA	1	1.0
	PA	50	5
	HH	12	3
Nicht karenzierte Schwangere	MW	12	0.9

Besonderheiten bei der Personalberechnung

Die Vorgaben bezüglich der Personalberechnung unterliegen den Bundesländern und sind somit nicht bundesweit anzuwenden bzw. können nicht direkt miteinander verglichen werden. In der vorliegenden Studie werden daher keine bundeslandspezifischen Auswertungen betreffend den Mindestpflegepersonalschlüssel vorgenommen. Details zu den landesspezifischen Berechnungskriterien können dem oberösterreichischen AK-Bericht (Staflinger, 2016) entnommen werden.

In allen untersuchten Einrichtungen werden alle in der Pflege und Betreuung tätigen Berufsgruppen in den Personalschlüssel einberechnet. Zusätzlich werden in 5 Heimen auch sonstige Berufsgruppen (z.B. Ergotherapie, ehrenamtliche Mitarbeitende, Aktivierungspersonal, Verwaltung, Reinigung) einbezogen. Führungskräfte (z.B. Heimleitung, Pflegedienstleitung, Wohnbereichsleitung) werden in 6 Häusern uneingeschränkt im Personalschlüssel beachtet. In 12 Heimen variieren die Vorgaben: teilweise werden Heimleitung (HL) und Pflegedienstleitung (PDL) nicht einberechnet, Wohnbereichsleitungen (WBL) jedoch schon; es gibt zudem Unterschiede je nach Auslastungszahl im Haus; oder die Führungskräfte werden nur zu einem bestimmten Prozentsatz in den Personalschlüssel einberechnet.

In nur einem Heim wurde angegeben, dass ältere Mitarbeitende, die in Altersteilzeit tätig sind, im Personalschlüssel gesondert eingerechnet werden. Ähnlich sieht das Bild bei schwangeren, karenzierten Mitarbeiterinnen aus. Eine Einrichtung rechnet diese Pflege- und Betreuungskräfte zu 100% aus dem Schlüssel heraus, eine andere Einrichtung setzt das Beschäftigungsausmaß herab und rechnet somit einen Teil der Stelle aus der Personalplanung heraus und schafft somit personelle Kapazitäten. Von 18 erhobenen stationären Einrichtungen verweisen 6 darauf, dass begünstigt behinderte Mitarbeitende ebenso wie andere Mitarbeitende in den Personalschlüssel einfließen. In den anderen Heimen sind entweder keine begünstigten Behinderten tätig oder diese haben eine Sonderregelung (z.B. prozentuale Herausrechnung aus dem Schlüssel). Auszubildende finden lediglich in einem der 18 Heime Platz in der Personalplanung. Fehlzeiten werden in 10 Pflegeeinrichtungen gar nicht aus dem Personalschlüssel herausgerechnet, hingegen gibt es in 8 Einrichtungen geregelte Vorgaben, wie und in welchem Ausmaß Fehlzeiten berücksichtigt werden. Kranke Mitarbeitenden werden überwiegend (N=12) nach einer gewissen Krankenstanddauer herausgerechnet (nach 4 bis 24 Wochen). In 6 Heimen geschieht dies nicht und die kranken Mitarbeitenden verbleiben weiterhin im Personalschlüssel. Nach dem Krankenstand wird in allen Pflege- und Betreuungseinrichtungen das Personal zu 100% in der Planung berücksichtigt. Die Vollzeitäquivalenzstunden variieren zwischen 38 (N=7) und 40 (N=11) Wochenstunden.

Je nach Größe des Hauses bzw. der Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner sowie landesspezifischer Vorgaben werden unterschiedlich viele Mitarbeitende für den Nachtdienst eingeteilt. In keinem der Heime werden im stationären Bereich im Nachtdienst Heimhilfen beschäftigt. Überwiegend sind PA (MW=3.4), gefolgt von DGKP (MW=1.8) und FSBA/DSBA (MW=0.7) nachts im Einsatz.

Die Erfüllung des Mindestpflegepersonalschlüssels, sofern quantitative Landesvorgaben vorhanden sind (vgl. Staflinger, 2016), lag in dieser Studie im Mittel bei knapp 101% und wurde somit von allen Einrichtungen, mit Ausnahme eines Pflegeheims (99%), maximal erfüllt.

3.2 Angaben zu den beobachteten Personen

Das Durchschnittsalter der beobachteten Pflege- und Betreuungskräfte beträgt ca. 42 Jahre (min. = 20 Jahre, max. = 57 Jahre). In Abbildung 5 sind die Durchschnittswerte je Berufsgruppe zu entnehmen.

Die Berufserfahrung der beobachteten Personen in der Betreuung und Pflege alter Menschen reicht von einem bis hin zu 40 Jahren. Im Durchschnitt liegt die Berufserfahrung bei ca. 12 Jahren (siehe Abbildung 5)

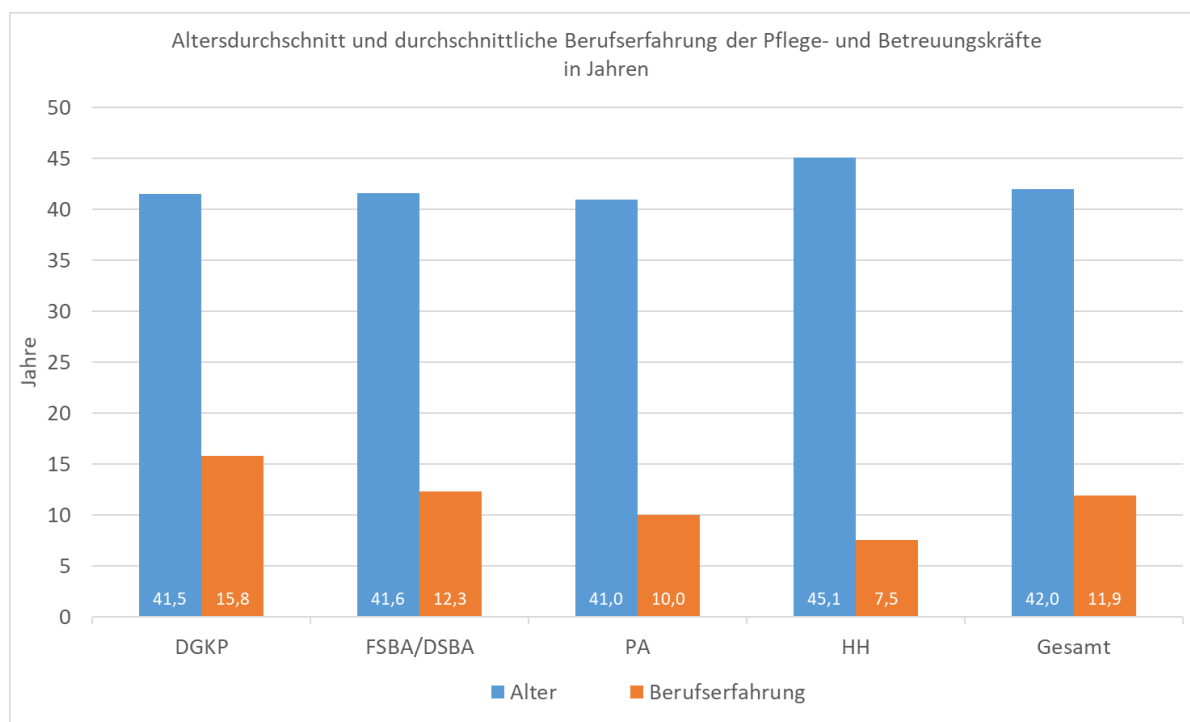


Abbildung 5. Altersdurchschnitt und durchschnittliche Berufserfahrung der Pflege- und Betreuungskräfte in Jahren.

In Bezug auf die Verteilung der Geschlechter ist ein Großteil weiblichen Geschlechts mit 91.4% (N = 74) gegenüber Männern mit 8.6% (N = 7), welcher deutlich unter dem Gesamtanteil von 19% männlicher Mitarbeitenden in der stationären Langzeitpflege in Österreich liegt (Reformarbeitsgruppe Pflege, 2012). Die meisten Männer, mit 15.4% (N = 4), finden sich in der Gruppe der DGKP, gefolgt von den PA mit 8.3% (N = 2) und den FSBA bzw. DSBA mit 5.6 (N = 1). Unter den beobachteten HH sind keine männlichen Teilnehmer (siehe Abbildung 6).

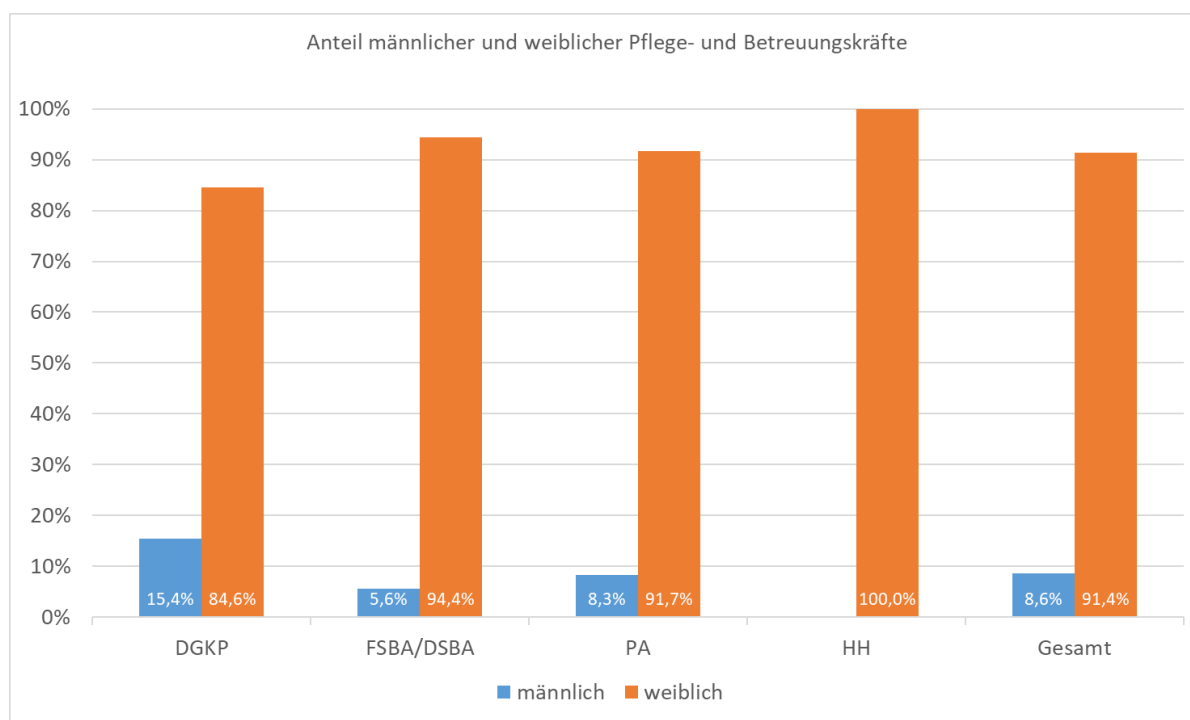


Abbildung 6. Anteil männlicher und weiblicher Pflege- und Betreuungskräfte

Hinsichtlich der Beschäftigungsform lässt sich die Stichprobe in Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte einteilen. Der Anteil der Vollzeitbeschäftigten liegt mit 40 Personen bei 49,4%, hingegen liegt der Anteil der teilzeitbeschäftigten Personen mit 41 Personen bei 50,6% (siehe Abbildung 7). Laut Reformarbeitsgruppe Pflege (2012) liegt der Gesamtanteil der in Österreich in der stationären Langzeitpflege Beschäftigten bei 51%. Somit kann hinsichtlich der Beschäftigungsform von einer Repräsentativität der erhobenen Daten ausgegangen werden.

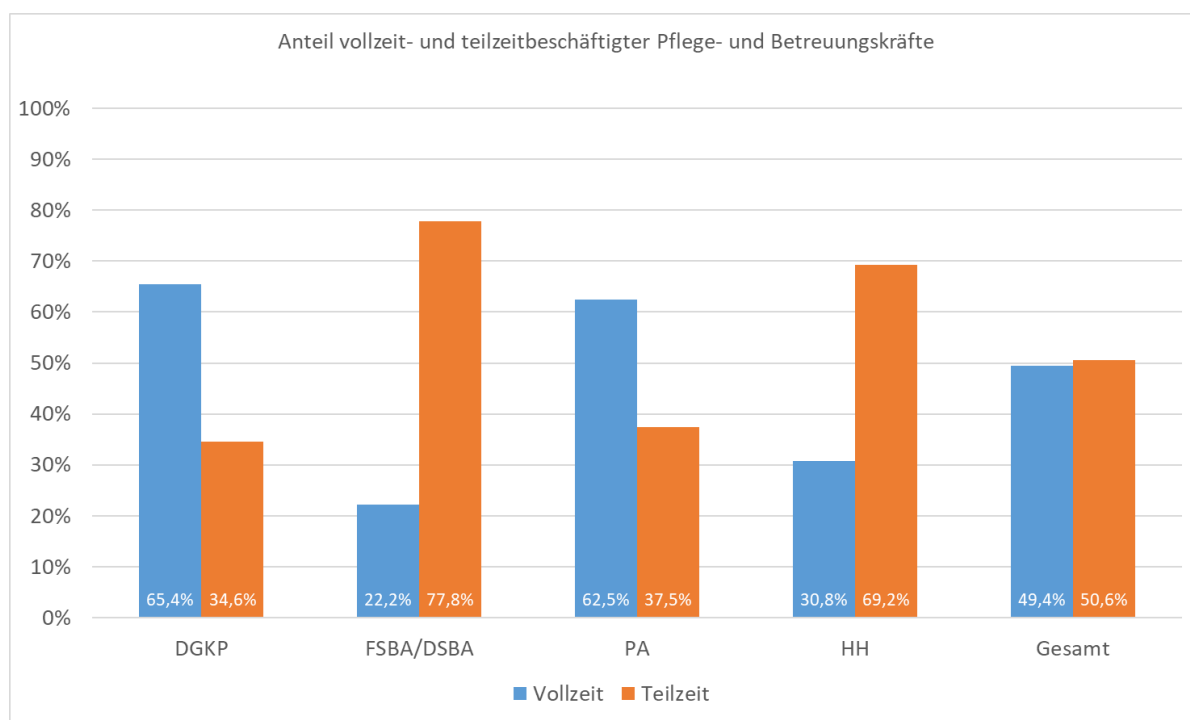


Abbildung 7. Anteil vollzeit- und teilzeitbeschäftigter Pflege- und Betreuungskräfte

4 Tätigkeitsprofile der Berufsgruppen

Bei der Konzeption des Beobachtungsinstruments konnte auf Methodenentwicklungen aus früheren Studien (Glaser et al., 2008) zurückgegriffen werden – u.a. wurde für die Beobachtungsstudie auf eine Liste von zu erwartenden Teiltätigkeiten zurückgegriffen und adaptiert. Diese Liste wurde bewusst offen gehalten, sodass im Zuge der Beobachtungen neu auftauchende Teiltätigkeiten hinzugefügt werden konnten. Eine Liste aller beobachteten Teiltätigkeiten wird im Anhang A.3 mit erklärenden Erläuterungen wiedergegeben. Der umgekehrte Fall, dass erwartete Teiltätigkeiten nicht beobachtet werden konnten, trat in drei Fällen ein und betraf pflegerische sowie organisatorische Verrichtungen im Zusammenhang mit dem Ein- oder Auszug von Bewohnerinnen und Bewohnern sowie die Konzeption von gruppenorientierter, aktivierender Zuwendung. Genauere Erläuterungen zu den nicht beobachteten Teiltätigkeiten sind Anhang A.4 zu entnehmen. Weder die Liste beobachteter Teiltätigkeiten, noch die Liste nicht beobachteter Teiltätigkeiten erhebt den Anspruch auf Vollständigkeit. Auch eine umfangreiche Beobachtungsstudie, wie sie hier durchgeführt wurde, stellt letztlich nur eine Stichprobe, also einen Ausschnitt aus den insgesamt anfallenden Tätigkeiten der untersuchten Berufsgruppen dar. Insbesondere Arbeitende im Bereich der stationären Langzeitpflege werden die Listen sicherlich ergänzen können. Gleichwohl lässt sich aus dem mit zunehmendem Studienverlauf rapide abnehmenden Neuigkeitswert von beobachteten Teiltätigkeiten der Schluss ziehen, dass die wesentlichen und häufigsten Teiltätigkeiten in diesen Listen vorhanden sind.

Hinweis zur Interpretation der Abbildungen

In den folgenden Abschnitten wird der Arbeitsalltag von DGKP, FSBA/DSBA, PA und HH gegenübergestellt und hinsichtlich verschiedener Kriterien aufgeteilt. Dabei wird durchgängig auf prozentuale Anteile verschiedener Teiltätigkeiten an der Gesamttätigkeit (= Summe aller beobachteten Teiltätigkeiten) jeder Berufsgruppe Bezug genommen. Durch den Fokus auf relative (prozentuale) Anteile können Unterschiede und Gemeinsamkeiten der vier Berufsgruppen hinsichtlich verschiedener Kriterien auf anschauliche Weise miteinander verglichen werden. Je nachdem, ob eher die Dauer oder die Häufigkeit von Episoden für ein Kriterium von Interesse ist, werden dabei *Zeitanteile* (d.h. der relative Anteil der Dauer einer bestimmten Teiltätigkeit an der Gesamtdauer aller beobachteten Teiltätigkeiten einer Berufsgruppe) oder *Episodenanteile* (d.h. der relative Anteil der Häufigkeiten von Episoden einer bestimmten Teiltätigkeit an der Gesamthäufigkeit von Episoden aller beobachteten Teiltätigkeiten einer Berufsgruppe) herangezogen. Wie in Abschnitt 1.3 erläutert, wurden die prozentualen Angaben vorab von Verzerrungen durch unterschiedlich häufige Beobachtungen im Tagesverlauf (vgl. Abbildung 2) bereinigt.

4.1 Teiltätigkeiten und Tätigkeitsklassen

Abbildung 8 zeigt die große Vielfalt der Tätigkeiten, die im Rahmen der Studie beobachtet wurden, wobei die Schriftgröße in Verbindung mit der Zeit steht, die für eine bestimmte Tätigkeit täglich aufgewendet wird. Das Ablesen konkreter Ergebnisse aus dieser mit Informationen überfrachteten Abbildung ist unmöglich – sie veranschaulicht aber gerade aufgrund dieser Überfrachtung, wie viele verschiedene Aufgaben täglich in Heimen der stationären Langzeitpflege für die verschiedenen Berufsgruppen anfallen. Eine übersichtliche und leicht lesbare Abbildung der relativen Anteile aller 47 beobachteten Teiltätigkeiten an der Gesamtarbeitszeit (Zeitanteile) bzw. an allen Episoden (Episodenanteile) findet sich in Anhang A.7. Bei DGKP, FSBA/DSBA und PA nahm die Pflegedokumentation die relativ meiste Zeit in Anspruch (insgesamt 9% der Gesamtarbeitszeit). Bei FSBA/DSBA und PA war die Beobachtung und Überwachung des (Gesundheits-) Zustandes die

häufigste Teiltätigkeit (15,3% bzw. 15,9% aller Episoden). Die häufigsten Episoden bei DGKP waren bewohnerbezogene Besprechungen (10,6% aller Episoden). Bei HH zeigten sich die Schwerpunkte klar im hauswirtschaftlichen Bereich, insbesondere bei der Vorbereitung und der Verteilung von Speisen und Getränken (22,5% aller Episoden).

Teilkörperpflege, Ganzkörperpflege, Begleitung bei Toilettengang, Inkontinenzversorgung, **Beobachtung des Zustandes**, Bewohnertransfer und Mobilisation, Hilfe beim An- und Auskleiden, Bewohner ins Bett bringen, Bewohnerbegleitung im Haus, Hilfe bei Nahrungsaufnahme, Gesprächsführung mit Bewohnern, Gesprächsführung mit Angehörigen, Pflegeziele festlegen, Pflegemaßnahmen festlegen, **Pflegedokumentation**, Anleitung von Auszubildenden, Pflege von zu- und ableitenden Systemen, Prophylaxe, **Unterstützende Zuwendung**, Unterstützung in Krisensituationen, **Aktivierende Zuwendung**, Anwendung spezieller Methoden, Vitalzeichenkontrolle, Medikamentendispensierung, **Medikamentenverabreichung**, Mitwirkung an Arztvisite, Injektionen Anhängen von Infusionen, Verbandwechsel und Wundversorgung, Notfallmaßnahmen, Betten machen, **Vorbereitung von Speisen**, Reinigungs- und Aufräumarbeiten (bewohnerfern), Reinigungs- und Aufräumarbeiten (bewohnerbezogen), Herbeischaffung Nahrungsmittel, Gebrauchsgüter, Pflege und Wartung technischer Geräte, **Dienstübergabe**, Telefonat, Besprechungen im Team (nicht bewohnerbezogen), **Besprechungen im Team (bewohnerbezogen)**, Delegation von Aufgaben, Sonstige Administrative Tätigkeiten, **Pause**

Abbildung 8. Die Vielfalt der Tätigkeiten in der stationären Langzeitpflege.

Die Strukturierung der 47 verschiedenen Teiltätigkeiten zu Tätigkeitsklassen wurde in Anlehnung an die im GuKG beschriebenen Kompetenzbereiche des gehobenen Dienstes durchgeführt. Auf diese Weise wurden die Teiltätigkeiten zunächst den Tätigkeitsklassen „Pflegerische Kompetenzen“ (§14 GuKG), „Notfallmaßnahmen“ (§14a GuKG) und „Medizinische Diagnostik und Therapie“ (§15 GuKG) zugeordnet. Da zudem auch Sozialbetreuungsberufe in der Studie untersucht wurden, die Betreuung jedoch in vielen Fällen untrennbar mit pflegerischen Tätigkeiten verbunden ist, wurde die erste Tätigkeitsklasse erweitert zu „Pflegerische Kompetenzen und Betreuung“. Eine weitere Tätigkeitsklasse „Hauswirtschaft“ wurde gebildet, um einem Kernaufgabenbereich von Heimhilfen Rechnung zu tragen. Vorwiegend organisierende und planerische Teiltätigkeiten wurden in der Tätigkeitsklasse „Organisation“ zusammengefasst. Da Pausen keine Teiltätigkeit im eigentlichen Sinn darstellen, sie aber dennoch im beruflichen Alltag eine Rolle spielen, wurden sie einer eigenen Tätigkeitsklasse „Pause“ zugeordnet, jedoch nicht weiter ausgewertet. Eine detaillierte Darstellung der Zuordnung von Teiltätigkeiten zu Tätigkeitsklassen sowie beobachtete Häufigkeiten und Zeitdauern kann in Anhang A.6 nachgelesen werden.

Pflegerische Kompetenzen und Betreuung waren die Haupttätigkeiten von PA (62%), FSBA/DSBA (60%) und DGKP (52%), während bei HH hauswirtschaftliche Tätigkeiten (52%) vor pflegerischen Kompetenzen und Betreuung (32%) lagen. DGKP verwendeten etwa ein Viertel ihrer Zeit für organisationale Tätigkeiten (26%) und ca. ein Siebtel für medizinische Diagnostik und Therapie (15%). Diese Teiltätigkeiten machten einen wesentlich geringeren Teil der Tätigkeit von FSBA/DSBA (Organisation: 19%, medizinische Diagnostik und Therapie: 7%), PA (Organisation: 13%, medizinische Diagnostik und Therapie: 9%) und HH (Organisation: 15%) aus. Auch Kompetenzüberschreitungen wurden beobachtet: Medizinische Tätigkeiten, die von HH ausgeführt wurden, umfassten die Vitalzeichenkontrolle und Medikamentenverabreichung (insgesamt 13 Episoden). Hauswirtschaftliche Tätigkeiten machten den Hauptteil der Arbeit von HH (52%) aus, zu geringeren Teilen auch von PA (17%) und FSBA/DSBA (14%). Abbildung 9 veranschaulicht diese Ergebnisse. Insgesamt wurde nur zweimal eine Notfallmaßnahme beobachtet, daher kann diese Teiltätigkeit nicht zu den alltäglichen Aufgaben der Berufsgruppen gezählt werden. Es handelte sich dabei um eine einminütige Episode (beobachtet bei einer DGKP) sowie eine 29 Minuten andauernde Episode (beobachtet bei einer FSBA). Letztere ist in Abbildung 9 zu erkennen, ist jedoch insgesamt für die Berufsgruppe zu vernachlässigen.

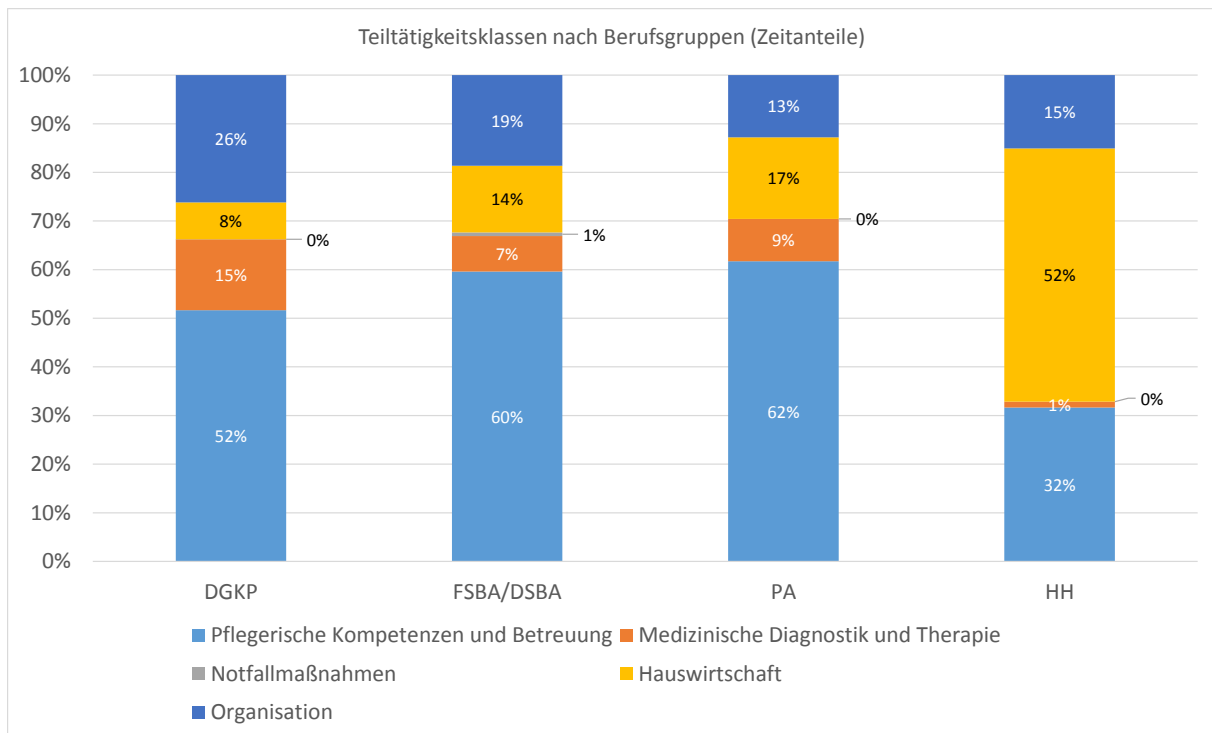


Abbildung 9. Teiltätigkeiten nach Berufsgruppen (Zeitanteile).

Die Tätigkeiten konnten von den Berufsgruppen überwiegend ohne beeinträchtigende körperliche Belastungen durchgeführt werden (vgl. Abbildung 10). Die häufigsten körperlichen Belastungen wurden bei FSBA/DSBA (16%) beobachtet, bei allen anderen Berufsgruppen traten körperliche Beeinträchtigungen in weniger als 10% der Episoden auf.

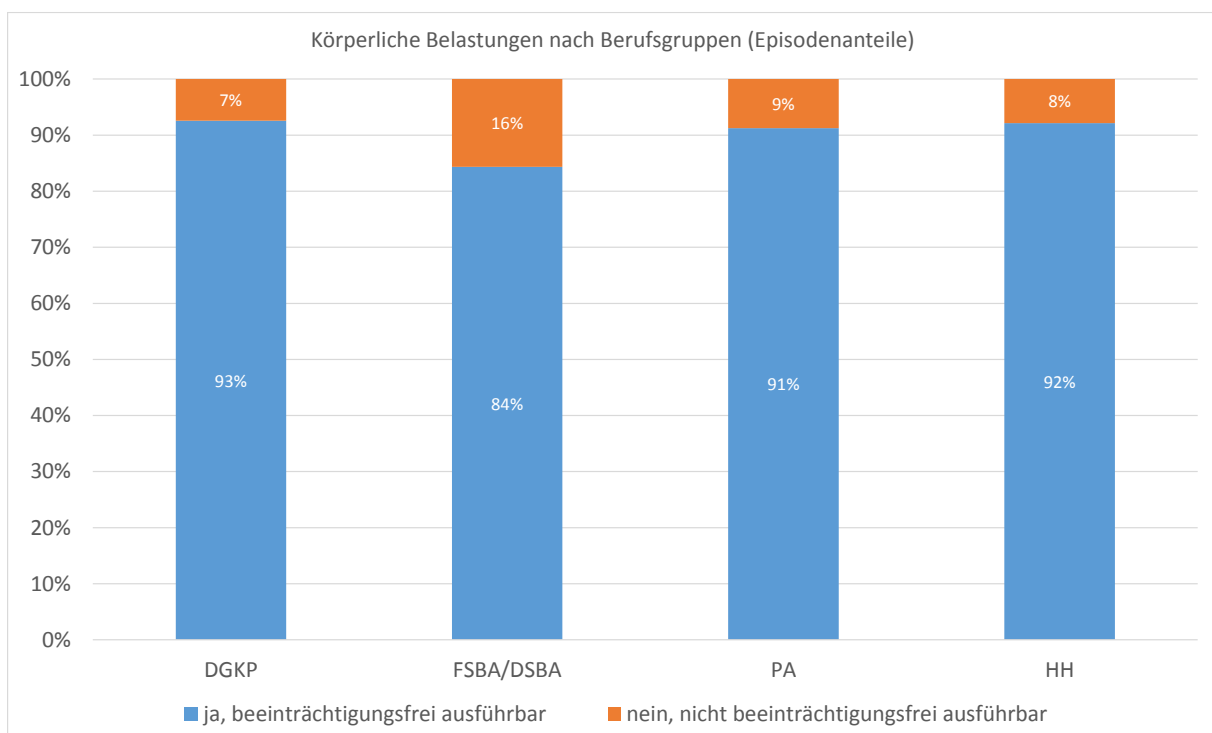


Abbildung 10. Körperliche Belastungen nach Berufsgruppen (Episodenanteile).

4.2 Betreuungstätigkeiten

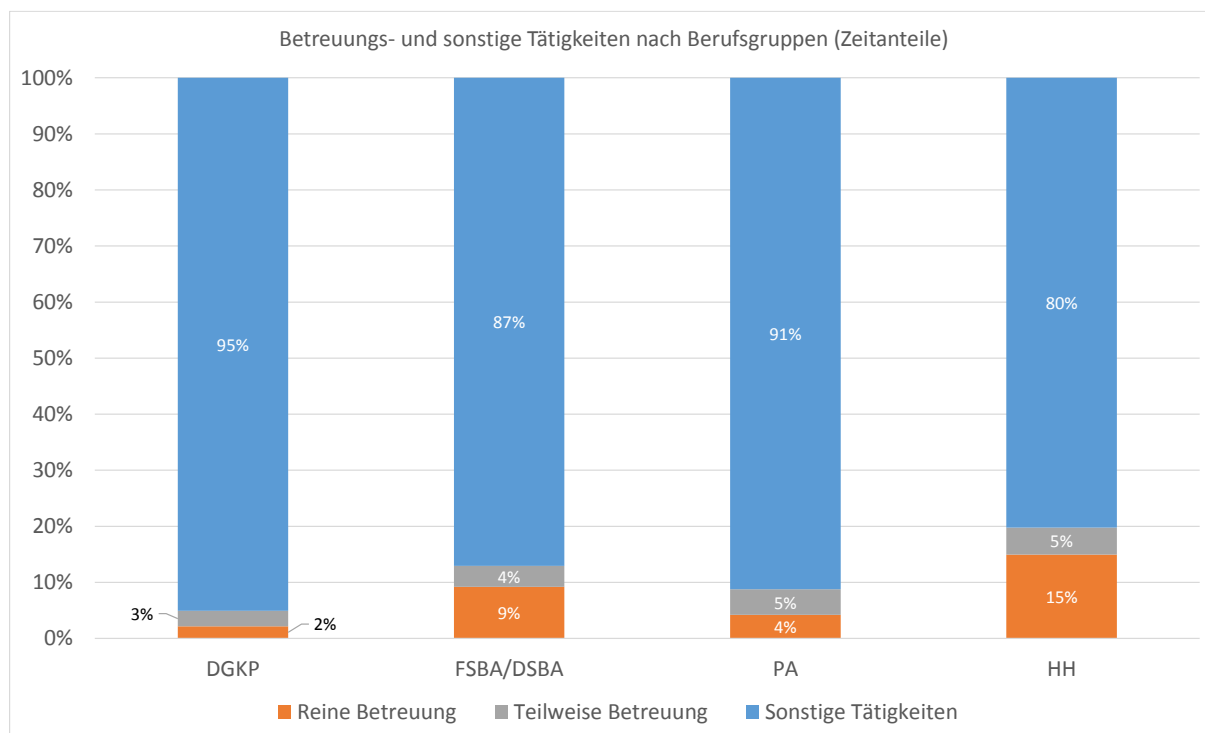


Abbildung 11. Betreuungs- und sonstige Tätigkeiten nach Berufsgruppen (Zeitanteile).

In Abbildung 11 wurden betreuende Tätigkeiten zu den übrigen Tätigkeiten der Berufsgruppen in Beziehung gesetzt. Bei den betreuenden Tätigkeiten wurde ferner differenziert, ob es sich um „reine“ Betreuungstätigkeiten handelte (z.B. Validationsanwendung; vgl. Anhang A.6, Codierung von Teiltätigkeiten mit den Nummern 120 bis 125 ohne weitere Teiltätigkeit) oder ob es sich um Tätigkeiten handelte, bei denen eine sog. „teilweise“ Betreuung parallel zu einer anderen Teiltätigkeit geschah (z.B. Anwendung von Validation während der Teilkörperpflege). Hierzu sei angemerkt, dass in dieser Studie nicht nur betreuende Teiltätigkeiten untersucht wurden, sondern auch Inhalt und Qualität jeder Interaktion unabhängig von der Art der Teiltätigkeit. Auf diese Weise konnten etwa Interaktionen mit sozioemotionalem Inhalt oder besonders empathischer Bezugnahme auch bei rein pflegerischen Tätigkeiten codiert werden, was durchaus häufig vorkam. In gleicher Weise konnte z.B. differenziert werden zwischen einer freundlichen Nachfrage, was eine Bewohnerin am gestrigen Tag erlebt habe und der bewusst gesteuerten Anwendung etwa der Validationsmethode. Letzteres, also die bewusste Anwendung betreuender Teiltätigkeiten, ist in diesem Abschnitt als Betreuung codiert. Inhalt und die Qualität der Interaktionen wurden gesondert untersucht (vgl. Abschnitt 5.4).

Betreuende Tätigkeiten machten nur einen geringen Anteil der Gesamttätigkeit aller Berufsgruppen aus. Bei HH war dieser Anteil mit 20% (rein und teilweise) betreuenden Tätigkeiten an der eigenen Gesamttätigkeit am höchsten, gefolgt von FSBA/DSBA (13%), PA (9%) und DGKP (5%). Diese Zahlen geben nur den Anteil betreuender Tätigkeiten an der Gesamttätigkeit der jeweiligen Berufsgruppe wieder – sie sagen nichts darüber aus, welche der vier Berufsgruppen insgesamt die meiste Betreuung übernahmen (dazu weiter unten, vgl. Abbildung 13). Reine Betreuungstätigkeiten machten 15% der Tätigkeit von HH, 9% der Tätigkeit von FSBA/DSBA und nur 2% der Tätigkeit von DGKP aus. Tätigkeiten, die eine Kombination aus Betreuung und anderen Tätigkeiten darstellten, machten bei allen Berufsgruppen einen sehr geringen Anteil aus (HH & PA: 5%, FSBA/DSBA: 4%, DGKP: 3%). Der überwiegende Anteil der Tätigkeiten aller Berufsgruppen war nicht-betreuenden Tätigkeiten zuzuschreiben (80%-95% der Gesamttätigkeit).

Um sichtbar zu machen, wie sich die Bedürfnisse von Bewohnerinnen und Bewohnern mit demenziellen Erkrankungen auf die Betreuung auswirken, wurde die der Abbildung 11 zugrundeliegende Analyse auf Basis der Gesamtdaten auch für die drei Heime mit der niedrigsten Demenzquote (29-30%) sowie für die drei Heime mit der höchsten Demenzquote (66-79%) durchgeführt (Abbildung 12). Es wird deutlich, dass die Demenzquote vor allem die Tätigkeit von FSBA/DSBA beeinflusst: Während in den Heimen mit geringer Demenzquote 28% ihrer Gesamttätigkeit auf Betreuungstätigkeiten entfällt, ist es in Heimen mit hoher Demenzquote die Hälfte (50%) ihrer Gesamttätigkeit. Bei den anderen Berufsgruppen erhöhen sich die Betreuungsanteile dagegen nur unwesentlich.



Abbildung 12. Betreuungs- und sonstige Tätigkeiten nach Berufsgruppen für Heime mit hoher (oben) und niedriger (unten) Demenzquote (Zeitanteile).

Da bei den Tätigkeiten insgesamt nur ein kleiner Teil auf die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner entfällt, wird in Abbildung 11 vor allem das Verhältnis zwischen Betreuung und sonstigen Tätigkeiten ersichtlich. Abbildung 13 veranschaulicht daher besser, welche Berufsgruppen welchen Anteil an Betreuungs- und sonstigen Tätigkeiten übernehmen. Hier zeigte sich, dass reine Betreuungsaufgaben hauptsächlich von FSBA/DSBA (40%) und PA (38%) erledigt wurden, weniger in Betreuung involviert waren DGKP (13%) und HH (9%). Tätigkeiten, die sowohl Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner als auch sonstige Tätigkeiten beinhalten, übernahmen ganz überwiegend PA (53%). Obwohl betreuende Tätigkeiten einen relativ hohen Anteil an der Gesamttätigkeit von HH ausmachten (s.o.), zeigt sich, dass sie insgesamt nur einen geringen Teil der Betreuung übernahmen (9% der reinen Betreuungs- bzw. 4% der teilweisen Betreuungstätigkeiten).

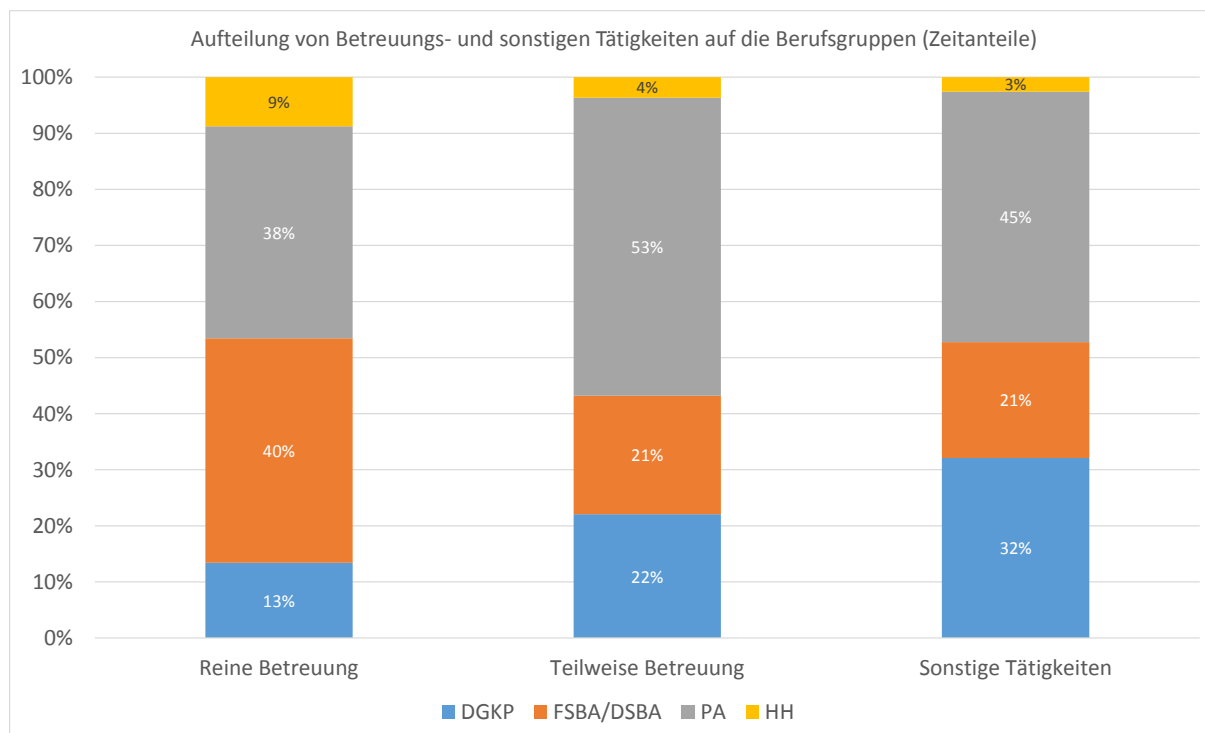


Abbildung 13. Aufteilung von Betreuungs- und sonstigen Tätigkeiten auf die Berufsgruppen (Zeitanteile).

Welche Formen von Betreuung von den Berufsgruppen in welchem Ausmaß geleistet wurden, zeigt Abbildung 14. Die verschiedenen Betreuungsformen sind in Anhang A.3 definiert (Teiltätigkeiten mit den Nummern 120 bis 125). Die Abbildung stellt eine Detailansicht der Segmente „Reine und Teilweise Betreuung“ aus Abbildung 11 dar. Es zeigt sich, dass gruppenorientierte, aktivierende Zuwendung besonders bei FSBA/DSBA und HH eine große Rolle spielte (38% bzw. 41% Anteil an der Gesamttätigkeit). Die Anwendung spezieller Methoden (z.B. Validation oder Biografiearbeit) nahm ähnlich große Anteile der Gesamttätigkeit von FSBA/DSBA, PA und HH ein (8% vs. 9% vs. 7%).

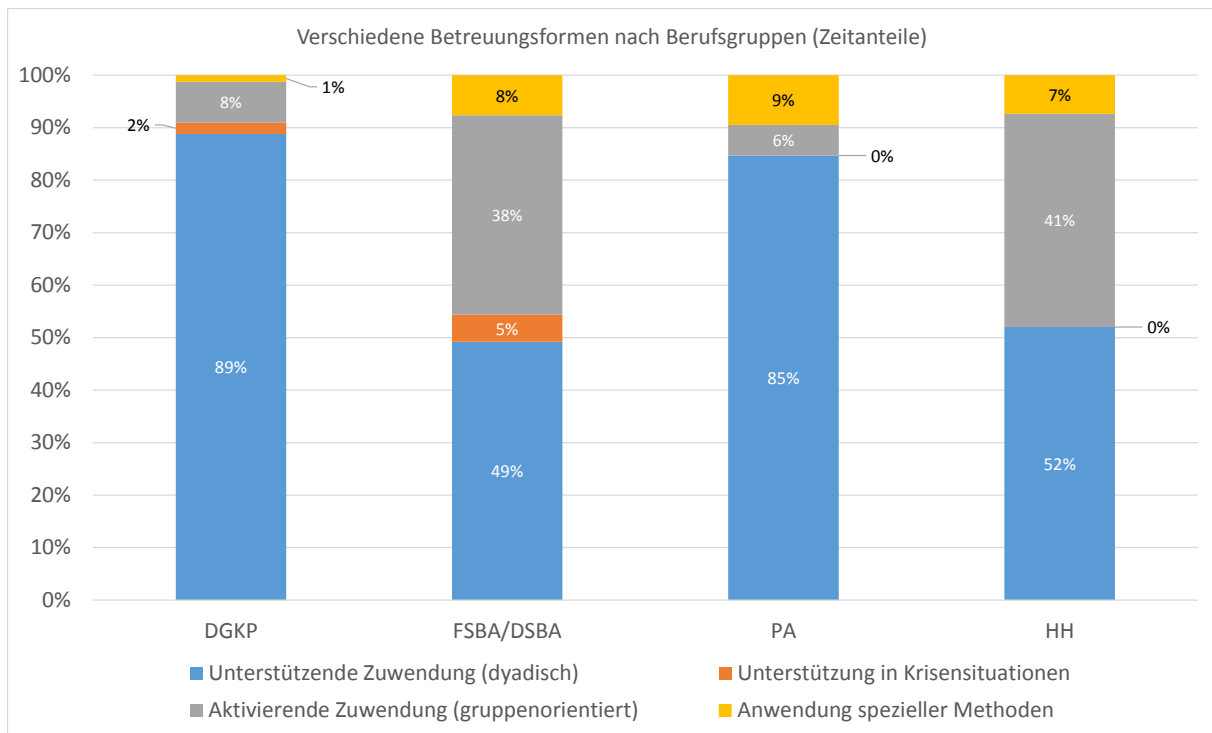


Abbildung 14. Verschiedene Betreuungsformen nach Berufsgruppen (Zeitanteile).

Eine interessante Ergänzung zur Beantwortung der Frage, welche Berufsgruppen hauptsächlich die Betreuung leisten, liefert Abbildung 15. Sie zeigt, dass FSBA/DSBA und PA die tragende Kraft bei allen beobachteten Formen von Betreuung sind (Anteile zusammengenommen von 74% bis 90%). Während PA bei der dyadischen, unterstützenden Zuwendung am stärksten vertreten waren (52%), wurde die Unterstützung in Krisensituationen deutlich überwiegend von FSBA/DSBA erbracht (82%) und gar nicht von PA. Gruppenorientierte, aktivierende Zuwendung leisteten ebenfalls primär FSBA/DSBA, gefolgt von PA und HH zu gleichen Anteilen (14%). Die Anwendung spezieller Methoden wurde bei PA am stärksten beobachtet (57%), gefolgt von FSBA/DSBA (33%).

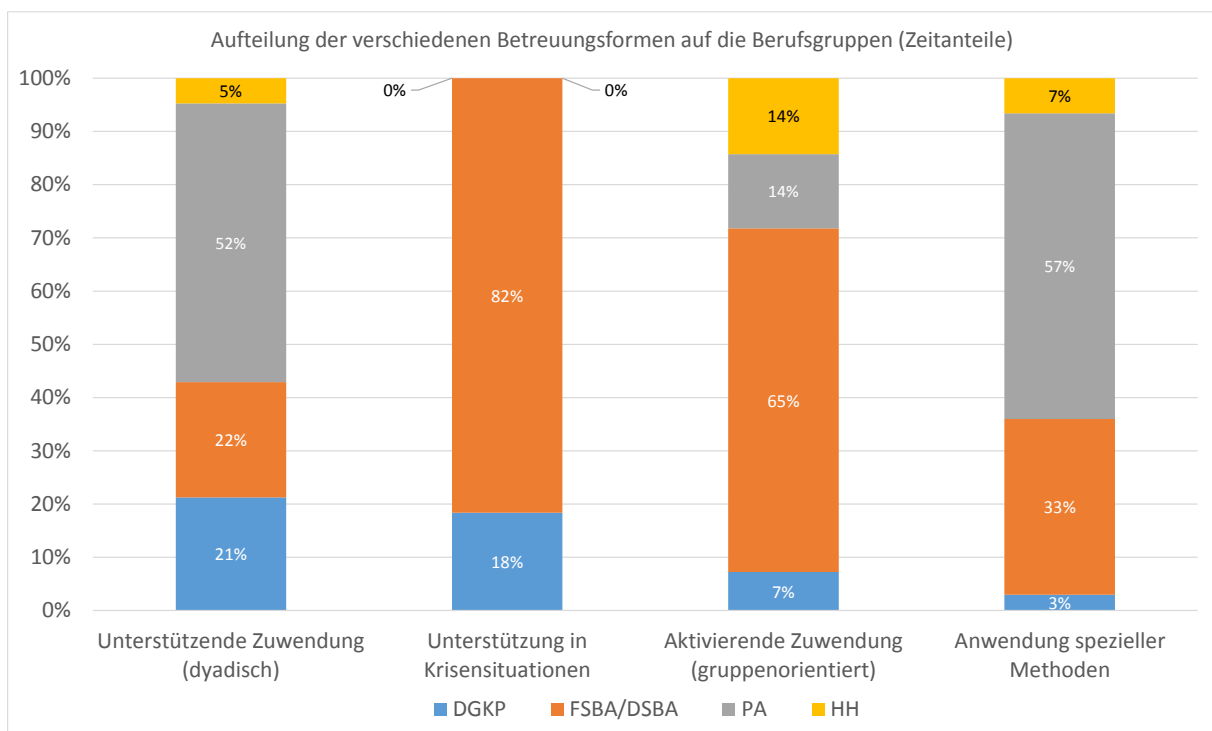


Abbildung 15. Aufteilung der verschiedenen Betreuungsformen auf die Berufsgruppen (Zeitanteile).

4.3 Objekt- vs. personenbezogene Tätigkeiten

Die ausgeführten Tätigkeiten der Berufsgruppen wurden auch hinsichtlich des Objekt- oder Personenbezuges bewertet. Hierfür wurden folgende Kategorien gebildet:

- objektbezogene Tätigkeiten (der Arbeitsgegenstand, an dem Handlungen ausgeführt werden, ist ein Gegenstand. Bsp.: Dokumentation am PC);
- personenbezogene Tätigkeiten ohne erforderliche Koproduktion (der „Arbeitsgegenstand“ ist eine Person, Koproduktion ist dabei nicht erforderlich, d.h. auch mit inaktiven Personen möglich. Bsp.: Positionieren einer Bewohnerin bzw. eines Bewohners);
- personenbezogene Tätigkeiten mit erforderlicher Koproduktion (der „Arbeitsgegenstand“ ist eine Person und Koproduktion durch eine weitere Person ist notwendig. Bsp.: Dienstübergabe, erfordert aktive Teilnahme des Interaktionspartners).

Koproduktion aus Sicht der Arbeitenden umfasst hier die Mitwirkung jeglicher Interaktionspartner, d.h. von Bewohnerinnen und Bewohnern ebenso von Fachkollegen und -kolleginnen, Angehörigen oder sonstigen Interaktionspartnern. Die Zuordnung der beobachteten Teiltätigkeiten auf diese drei Kategorien kann Anhang A.5 entnommen werden. Wie aus Abbildung 16 ersichtlich, wurden objektbezogene Tätigkeiten überwiegend bei HH (75%) beobachtet. Bei den anderen Berufsgruppen war das Verhältnis zwischen objekt- zu personenbezogenen Tätigkeiten genau umgekehrt – personenbezogene Tätigkeiten mit und ohne Koproduktion machten bei DGKP (68%), PA (63%) und FSBA/DSBA (59%) mehr als die Hälfte der Tätigkeit aus. Das Verhältnis zwischen objekt- und personenbezogener Tätigkeit ohne erforderliche Koproduktion war jedoch relativ ausgeglichen: DGKP und PA übten etwas häufiger personenbezogene Tätigkeiten aus, die keine Koproduktion erfordern, und FSBA/DSBA verrichteten etwas mehr objektbezogene Tätigkeiten. Personenbezogene Tätigkeiten, die eine Koproduktion erfordern, machten bei allen Berufsgruppen den geringsten Teil der drei Kategorien aus. Am häufigsten wurden personenbezogene Tätigkeiten, die eine Koproduktion erforderlich machen, bei DGKP (28%) gesehen.

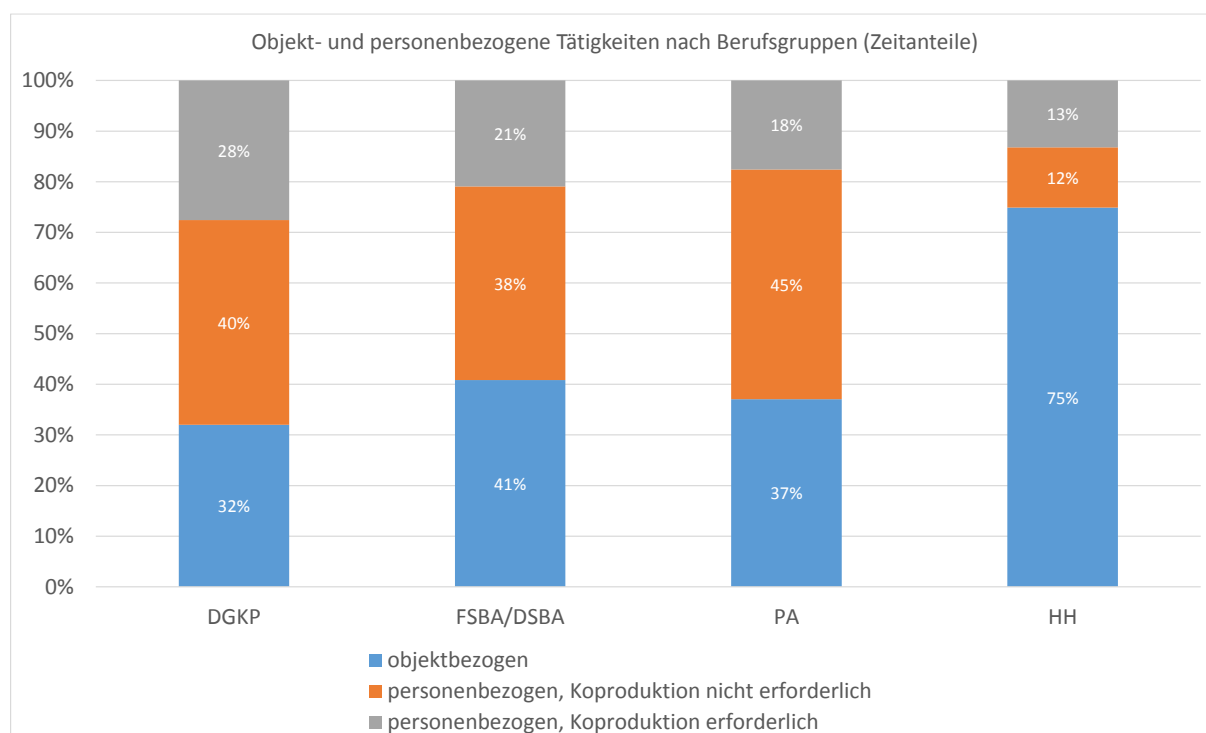


Abbildung 16. Objekt- vs. personenbezogene Tätigkeiten nach Berufsgruppen (Zeitanteile).

4.4 Bewohnernahe vs. bewohnerferne Tätigkeiten

Die Tätigkeiten wurden auch hinsichtlich ihrer Nähe zu den Pflegebedürftigen bewertet, wofür folgende Kategorien gebildet wurden:

- bewohnernahe (Teil-)Tätigkeiten, bei denen die Anwesenheit der Bewohnerin bzw. des Bewohners erforderlich ist (Bsp.: Hilfe bei Teilkörperpflege);
- bewohnerferne (Teil-)Tätigkeiten, bei denen die Anwesenheit der Bewohnerin bzw. des Bewohners im Allgemeinen nicht erforderlich ist (Bsp.: Hauswirtschaftliche Tätigkeiten);
- bewohnernahe und -ferne (Teil-)Tätigkeiten bei denen die Anwesenheit der Bewohnerin bzw. des Bewohners erforderlich sein kann (Bsp.: Pflegerisches Gespräch mit Angehörigen).

Wie die beobachteten Teiltätigkeiten diesen Kategorien zugeordnet wurden, ist Anhang A.5 zu entnehmen. Allgemein war das Verhältnis zwischen bewohnernahen und bewohnerfernen Tätigkeiten relativ ausgeglichen (siehe auch Abbildung 17). FSBA/DSBA (54%) und PA (59%) übten etwas mehr der Bewohnerin bzw. dem Bewohner nahe Tätigkeiten aus, bei HH (43%) wurden demgegenüber etwas mehr bewohnerferne Tätigkeiten beobachtet. Tätigkeiten, die sowohl als bewohnernah, als auch als bewohnerfern einzustufen waren, wurden fast nur bei HH (27%) beobachtet. Bei den anderen Berufsgruppen lag der Anteil der Tätigkeiten, die eine Kombination aus bewohnernah und bewohnerfern darstellen, unter 10%.

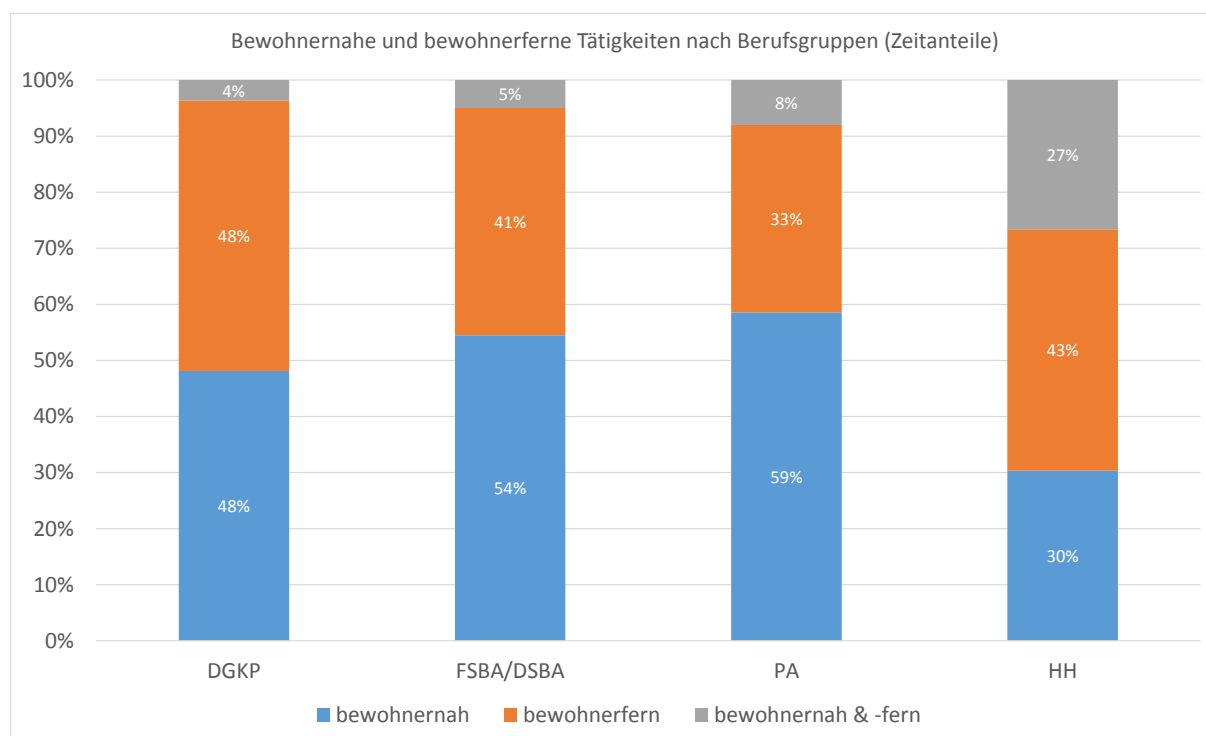


Abbildung 17. Bewohnernahe vs. bewohnerferne Tätigkeiten nach Berufsgruppen (Zeitanteile).

5 Arbeitspsychologische Analyse der Tätigkeiten

5.1 Regulationsanforderungen in der Pflege

Die psychische Regulation der Ausführung von Arbeitstätigkeiten in der Pflege kann in Anlehnung an Hacker (2009) in Regulationsphasen und Regulationsebenen gegliedert werden. Regulationsphasen beziehen sich dabei auf im Arbeitshandeln üblicherweise nacheinander ablaufende Arbeitsschritte, die sich für den Zweck dieser Studie in vorbereitende, ausführende und kontrollierende Tätigkeiten unterteilen ließen. Regulationsebenen beziehen sich dagegen auf verschiedene Denk- und Planungsanforderungen, die für die Erledigung eines Arbeitsauftrags erforderlich sind. Für diese Studie wurden die Ebenen automatisiert, wissensbasiert und intellektuell unterschieden. Nachfolgend wird auf beide Regulationsarten genauer eingegangen und diese werden zur besseren Verständlichkeit mit Beispielen aus der Pflege ergänzt.

Regulationsphasen und -ebenen sind auch die Hauptelemente des normativen Konzepts der vollständigen Tätigkeit zur Beurteilung der Gesundheitsförderlichkeit von Tätigkeiten, welches in internationale Normen (z.B. ISO 6385, International Organization for Standardization [ISO], 2016) Eingang gefunden hat. Vollständige Tätigkeiten beinhalten sowohl ausführende, als auch vorbereitende und kontrollierende Elemente (zyklisch-sequenzielle Vollständigkeit: Regulationsphasen) und enthalten Regulationsanforderungen auf mehreren, wechselnden Ebenen (hierarchisch-heterarchische Vollständigkeit: Regulationsebenen). Durch eine Analyse einer Tätigkeit hinsichtlich des Vorhandenseins aller Regulationsphasen und -ebenen lässt sich abschätzen, inwieweit diese Tätigkeit ausreichende Aktivität, eigenständige Zielbildungen, Entscheidungsverantwortung, ausreichende Denkanforderungen und Kooperation mit anderen Menschen ermöglicht und darüber hinaus auch Möglichkeiten zum Erwerb und zur Erweiterung von Kompetenzen bietet.

Da die Tätigkeit in der stationären Langzeitpflege ganz überwiegend mit und an Menschen geschieht, sind die dialogisch-interaktiven Arbeitsanforderungen ein Bereich, der besondere Beachtung verdient. Im Rahmen der Beobachtungen wurden verschiedene Aspekte dieser interaktionalen Anforderungen erhoben, die hier auch wiedergegeben werden.

5.2 Regulationsphasen

Bei den Regulationsphasen wurde zwischen vorbereitenden, ausführenden, kontrollierenden und vorbereitend-ausführenden Tätigkeiten unterschieden. *Vorbereitende Tätigkeiten* umfassen bei Pflege- und Betreuungskräften planende, organisatorische, sowie weitere vorbereitende (Teil-)Tätigkeiten (Bsp.: Pflegeziele festlegen). Als *ausführende Tätigkeiten* werden sämtliche (Teil-)Tätigkeiten bezeichnet, die der Erledigung von vorgegebenen Arbeitsaufträgen dienen (Bsp.: Hilfe bei Teilkörperpflege). *Kontrollierende Tätigkeiten* umfassen (Teil-)Tätigkeiten, bei denen die Überprüfung der eigenen Tätigkeit im Vordergrund steht (Bsp.: Pflegedokumentation). Zu den *vorbereitend-ausführenden (Teil-)Tätigkeiten* zählen jene Tätigkeiten, die sowohl der Kategorie vorbereitende (Teil-)Tätigkeit, als auch der Kategorie ausführende (Teil-)Tätigkeit zugeordnet werden können (Bsp.: Mitwirkung an Arzttätigkeiten). Wie die Teiltätigkeiten auf diese Kategorien zugeordnet wurden, ist in Anhang A.5 dargestellt.

Aus Abbildung 18 wird deutlich ersichtlich, dass der größte Teil der Tätigkeiten den ausführenden Tätigkeiten zugewiesen wurde, wobei HH (84%) den größten Anteil an ausführenden Tätigkeiten

erledigten. Vorbereitende Tätigkeiten wurden am zweithäufigsten verrichtet, hierbei übten DGKP (28%) den größten Teil aus. Kontrollierende Tätigkeiten machten ca. 10% der Tätigkeit von DGKP, FSBA/DSBA und PA aus. Vorbereitend-ausführende Tätigkeiten wurden bei allen Berufsgruppen kaum beobachtet.

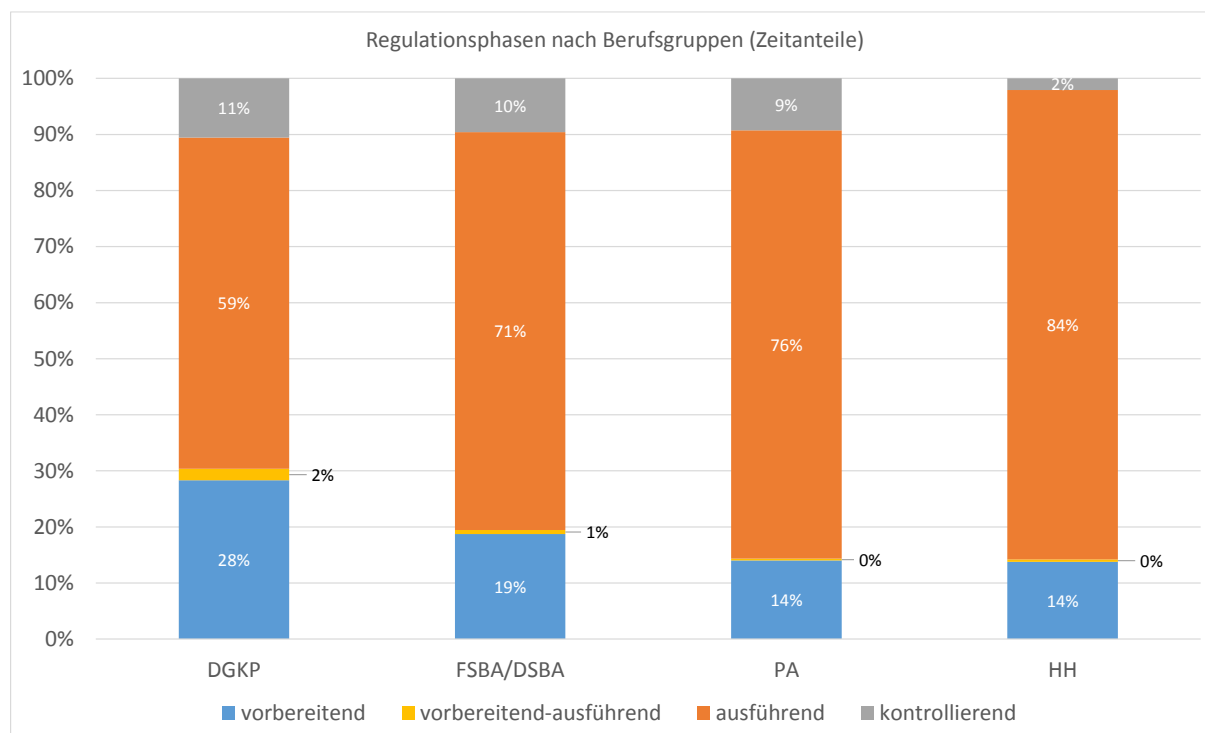


Abbildung 18. Regulationsphasen nach Berufsgruppen (Zeitanteile).

5.3 Regulationsebenen

Regulationsebenen differenzieren Tätigkeiten hinsichtlich ihrer kognitiven Anforderungen, wobei zwischen automatisierten, wissensbasierten und intellektuellen (Teil-)Tätigkeiten unterschieden wird (vgl. Hacker, 2009). Für die Tätigkeit von Pflege- und Betreuungskräften wurden diese Regulationsebenen in automatisiert-wissensbasierte (Teil-)Tätigkeiten, wissensbasierte (Teil-)Tätigkeiten und intellektuelle Tätigkeiten unterteilt. *Automatisiert-wissensbasierte (Teil-)Tätigkeiten* umfassen Tätigkeiten, die weitgehend automatisierten, sensumotorischen Operationen unterliegen, jedoch Elemente beinhalten, die den situativen Abruf von explizitem Wissen für die Handlungsregulation erfordern (Bsp.: alle grundpflegerischen Tätigkeiten). *Wissensbasierte (Teil-)Tätigkeiten*, sind jene Tätigkeiten, in denen bestimmte Merkmale von Situationen wahrgenommen und explizites Wissen abgerufen werden muss, um entsprechend zu handeln (Bsp.: Pflegerisches Gespräch, Kommunikation allgemein). *Intellektuelle (Teil-)Tätigkeiten* bedingen eine planvolle, intellektuelle Analyse bzw. gedankliches Planen sowie mentales Probehandeln und stellen somit die höchsten kognitiven Anforderungen (Bsp.: Pflegeziele festlegen). Eine initial angedachte Kategorie „automatisiert“ musste verworfen werden, da keine Teiltätigkeit durch rein sensumotorische Operationen abgebildet werden konnte. Anhang A.5 gibt Auskunft über die Zuordnung der beobachteten Teiltätigkeiten zu diesen Kategorien.

Automatisiert-wissensbasierte (Teil-)Tätigkeiten entsprachen dem Großteil der Tätigkeiten von PA (69%) und HH (63%). Ein relativ ausgeglichenes Verhältnis zwischen automatisiert-wissensbasierten und rein wissensbasierten Tätigkeiten wurde bei DGKP und FSBA/DSBA beobachtet, wobei der Anteil an automatisiert-wissensbasierten Tätigkeiten etwas höher war (FSBA/DSBA: 55%, DGKP: 48%).

Tätigkeiten, die der Kategorie intellektuell zugeordnet werden, wurden selten beobachtet, am ehesten fanden sich intellektuelle (Teil-)Tätigkeiten bei DGKP (8%). Ein Überblick über die Regulationsebenen gibt Abbildung 19.

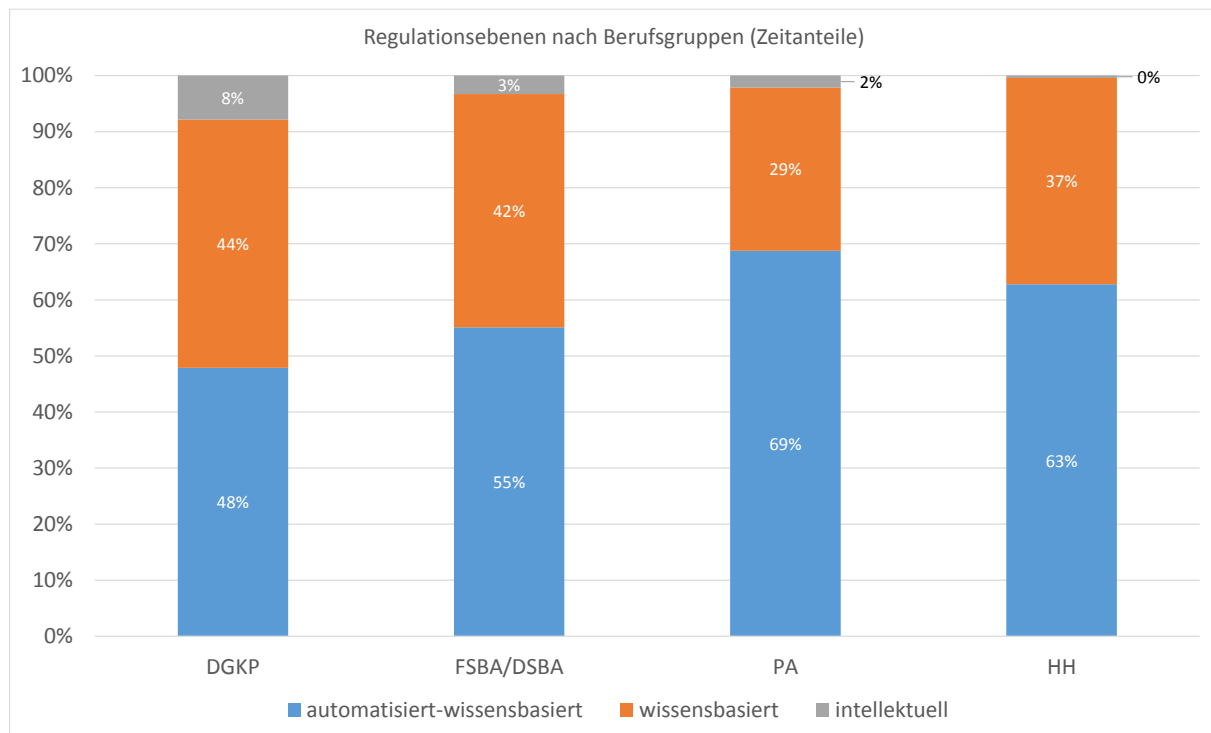


Abbildung 19. Regulationsebenen nach Berufsgruppen (Zeitanteile).

5.4 Interaktionale Anforderungen

Die Tätigkeit in der stationären Langzeitpflege wird wesentlich mit verbaler und nonverbaler Kommunikation bewältigt: 70% aller beobachteten Episoden wurden in Interaktionen bewältigt. Diese Interaktionsepisoden geschahen überwiegend mit Bewohnerinnen und Bewohnern (69%), gefolgt von Kollegen und Kolleginnen (im weiteren Sinn, d.h. inkl. Ärzten und Ärztinnen etc.; 23%) und Angehörigen (2%).

In Bezug auf die Interaktionen wurde beobachtet, von wem (Pflegerkraft, Bewohnerin/Bewohner, Angehörige, Kollege/Kollegin) die Interaktion jeweils initiiert wurde (vgl. Abbildung 20). In den meisten Fällen und bei allen Berufsgruppen ging die Interaktion von der Pflegerkraft selbst aus (PA: 85%, FSBA/DSBA: 79%, DGKP: 77%, HH: 75%). Der zweithäufigste Initiator von Interaktionen war bei allen Berufsgruppen ein Kollege bzw. eine Kollegin (HH: 17%, DGKP: 16%, PA: 11% FSBA/DSBA: 10%). Interaktionen gingen eher selten von Bewohnerinnen bzw. Bewohnern aus (FSBA/DSBA: 10%, HH: 7%, DGKP: 6%, PA: 5%). Fast keine der beobachteten Interaktion wurde von Angehörigen initiiert.

Die beobachteten Interaktionen beruhten fast ausschließlich auf Gegenseitigkeit (ohne Abbildung). Es wurden nur vereinzelte Episoden beobachtet, die als einseitige Interaktionen betrachtet wurden (12 Episoden bei FSBA/DSBA; 2 Episoden bei PA).

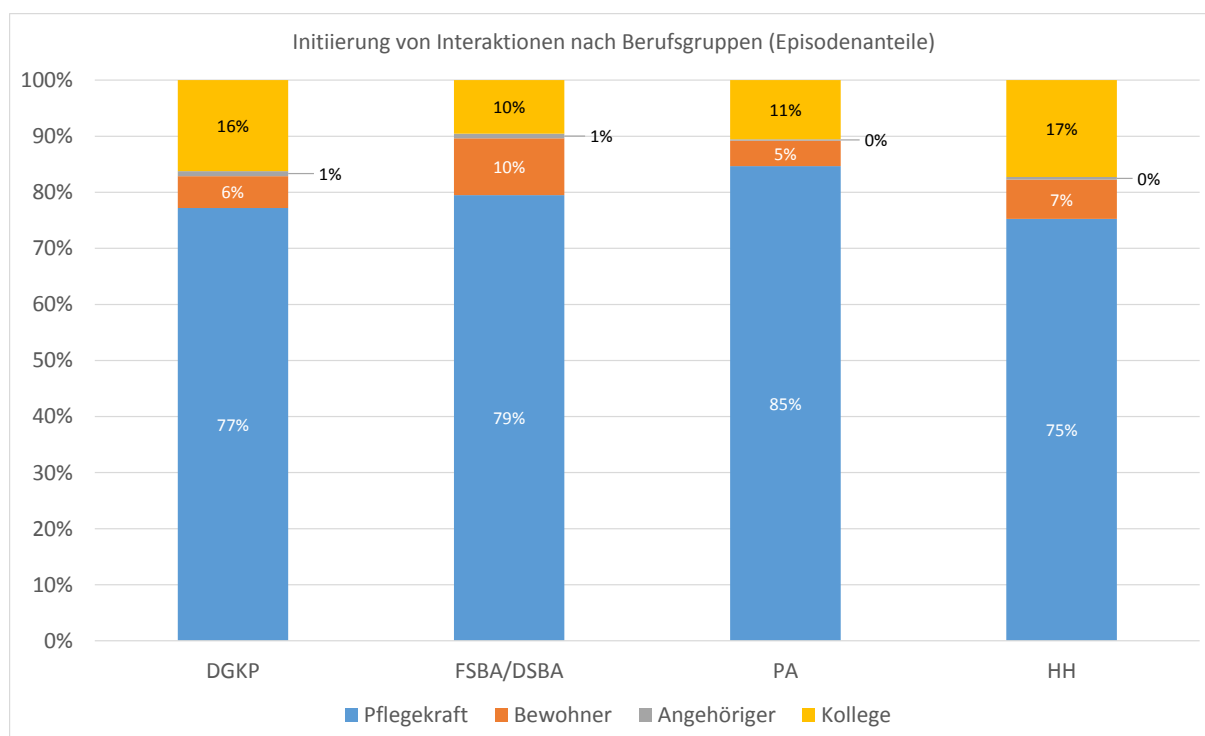


Abbildung 20. Initiierung von Interaktionen nach Berufsgruppen (Episodenanteile).

Interaktionen wurden auch dahingehend bewertet, ob sie einen sozioemotionalen, einen verrichtungsbezogenen oder eine Kombination aus beiden Inhalten umfassen (vgl. Abbildung 21). Demnach war der Inhalt bei den meisten Interaktionen bei allen Berufsgruppen verrichtungsbezogen (DGKP: 71%, PA: 62%, FSBA/DSBA: 62%, HH: 55%). Teilweise waren in den Interaktionen auch Aspekte von verrichtungsbezogenen und sozioemotionalen Inhalten zu beobachten (FSBA/DSBA: 28%, HH: 27%, PA: 26%, DGKP: 24%). Eher selten wurden Interaktionen beobachtet, die ausschließlich dem sozioemotionalen Inhalt zuzuordnen sind (HH: 18%, FSBA/DSBA: 9%, PA: 7%, DGKP: 5%).

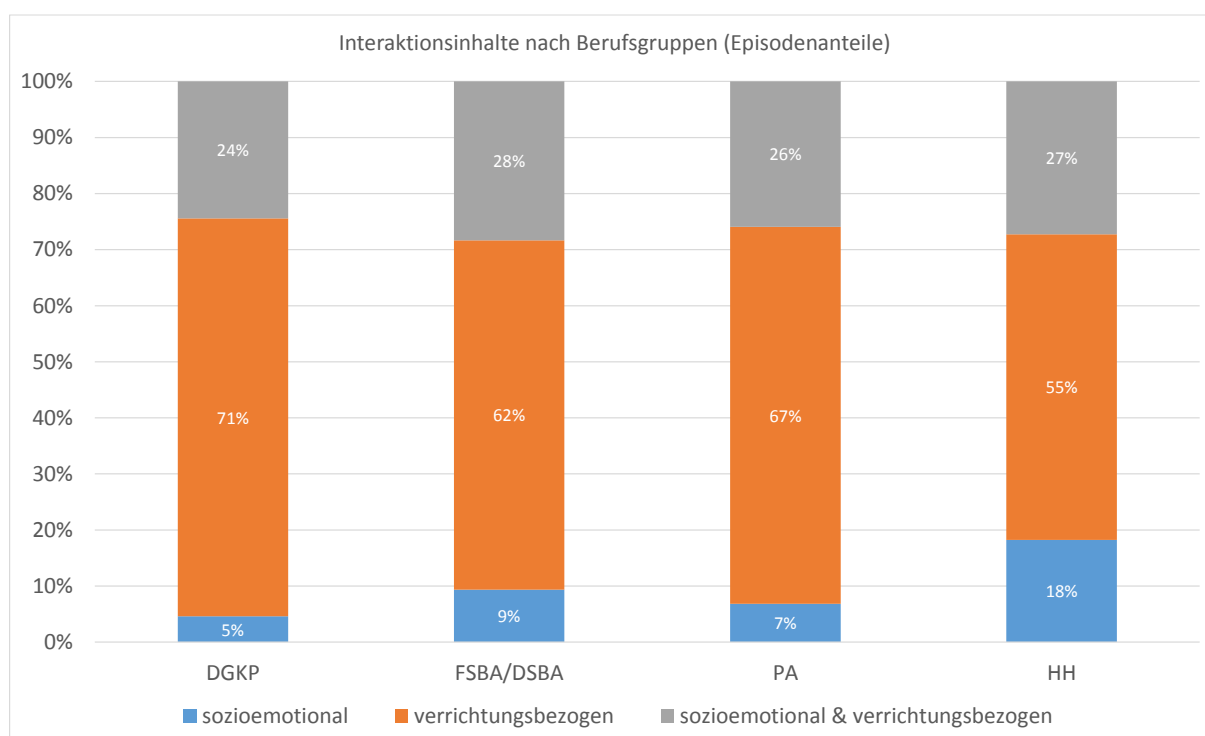


Abbildung 21. Interaktionsinhalte nach Berufsgruppen (Episodenanteile).

Interaktionsepisoden, die aufgrund einer Störung unterbrochen wurden bzw. nicht zu Ende geführt werden konnten, wurden in ca. 10% aller Interaktionsepisoden beobachtet. Dabei wurde auch auf die Ursache der Störung geachtet, wobei folgende Störursachen codiert wurden: Störung durch eine anstehende Tätigkeit (z.B. Interaktion muss unterbrochen werden, weil die nächste Aufgabe in einem anderen Raum ansteht) und Störung durch Personen (auch am Telefon, z.B. Kollegin bittet um Hilfe/Auskunft, wodurch die aktuelle Interaktion gestört wird). In der Mehrheit der Fälle und bei allen Berufsgruppen wurden Interaktionen durch Personen gestört (PA: 96%, DGKP: 91%, FSBA/DSBA: 85%, HH: 74%). Störungen der Interaktionen durch die Tätigkeit wurden vergleichsweise selten beobachtet (HH: 26%, FSBA/DSBA: 15%; DGKP: 9%, PA: 4%).

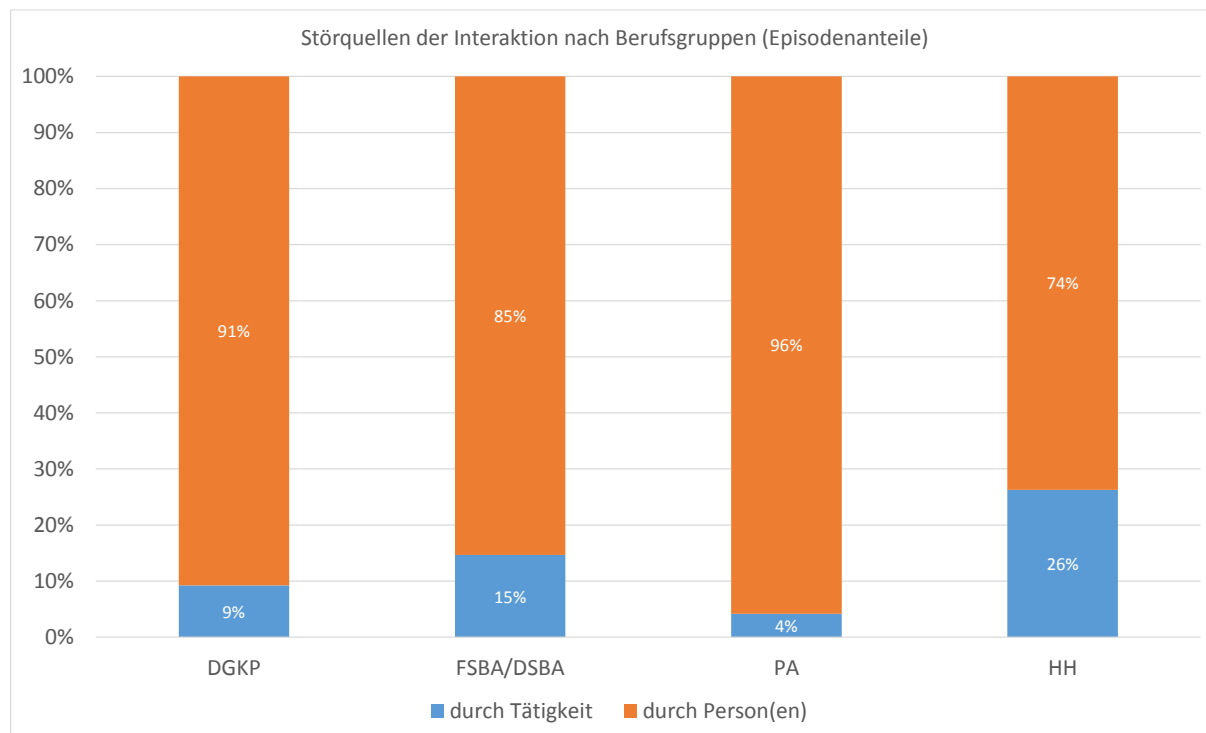


Abbildung 22. Störquellen der Interaktionen nach Berufsgruppen (Episodenanteile).

Die Interaktionen wurden auch dahingehend bewertet, wie respektvoll die Pflege- und Betreuungskräfte auf die Bewohnerinnen und Bewohner eingehen. Diesbezüglich wurden die Interaktionen in die Kategorien respektlose, respektvolle und einfühlsame Bezugnahme eingeteilt. Der einfühlsame Umgang wurde definiert als „bewusstes Einwirken auf die Gefühle des Interaktionspartners“ und damit vom gewöhnlichen, freundlich-respektvollen Umgang mit Pflegebedürftigen abgegrenzt. Wie aus Abbildung 23 ersichtlich, gingen das Pflege- und Betreuungspersonal ganz überwiegend respektvoll mit den Bewohnerinnen und Bewohnern um (DGKP: 93%, PA: 91%; HH: 90%, FSBA/DSBA: 85%). Es wurden auch einige Interaktionen beobachtet, in denen die Mitarbeitenden besonders einfühlsam auf die Bewohnerinnen und Bewohner Bezug nahmen (FSBA/DSBA: 15%, HH: 10%, PA: 9%, DGKP: 7%). Im Gegensatz dazu wurde keine einzige Interaktion beobachtet, die respektlos gegenüber den Pflegebedürftigen war.

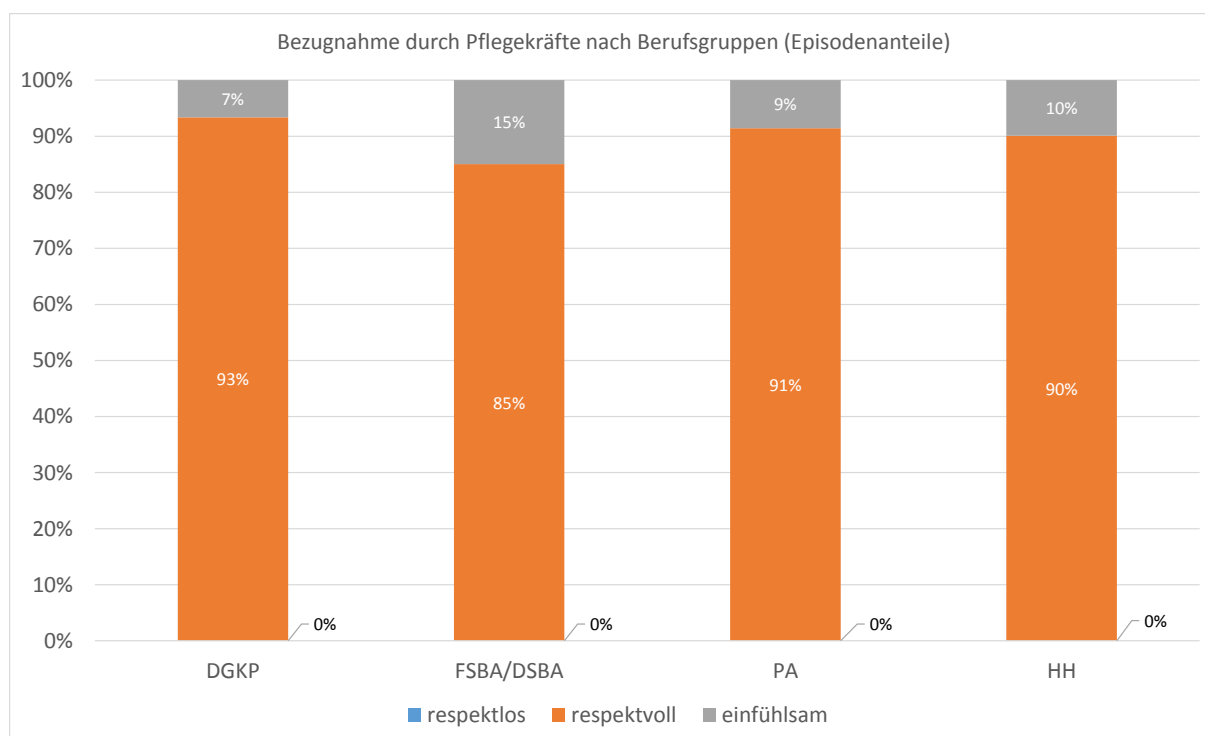


Abbildung 23. Bezugnahme durch Pflege- und Betreuungskräfte nach Berufsgruppen (Episodenanteile).

Umgekehrt wurden die Interaktionen auch mit Blick auf das Pflege- und Betreuungspersonal selbst bewertet, inwiefern den Mitarbeitenden von den Bewohnerinnen und Bewohnern mit Respekt oder Empathie begegnet wurde. Entsprechend den Beobachtungen bezüglich des Umgangs der Pflege- und Betreuungskräfte mit den Pflegebedürftigen (siehe Abbildung 23), gestaltete sich auch die Reaktion bzw. der Umgang der Bewohnerinnen bzw. Bewohner mit den Pflege- und Betreuungskräften (vgl. Abbildung 24) ganz überwiegend respektvoll (DGKP: 98%, PA: 97%, FSBA/DSBA: 93%, HH: 93%). Vereinzelt wurden auch Interaktionen beobachtet, die dem Personal von den Pflegebedürftigen Einfühlungsvermögen entgegenbrachten (FSBA/DSBA: 7%, HH: 7%, PA: 3%, DGKP: 1%). Nur vereinzelt (in insgesamt 18 Episoden, d.h. in weniger als 1% aller Episoden) wurden Interaktionen beobachtet, in denen sich die Bewohnerinnen und Bewohner dem Pflege- und Betreuungspersonal gegenüber respektlos verhielten.

Bei den Interaktionen wurde außerdem beobachtet, ob bzw. inwiefern es zu einer Koproduktion während der Interaktion kommt. D.h. widersetzt sich die Bewohnerin bzw. der Bewohner der Interaktion (z.B. Person sträubt sich vor Hygienemaßnahmen) oder kooperiert der Interaktionspartner, sodass die Pflegekraft ihr intendiertes Ziel erreicht (z.B. Bewohnerin wird beim Essen unterstützt) oder kooperiert der Interaktionspartner in einer Form, dass nicht nur das Ziel erreicht wird, sondern darüber hinaus positive Auswirkungen erzielt werden (z.B. Bewohnerin macht motiviert Gehübungen, sogar mehr als von der Pflegekraft gewünscht).

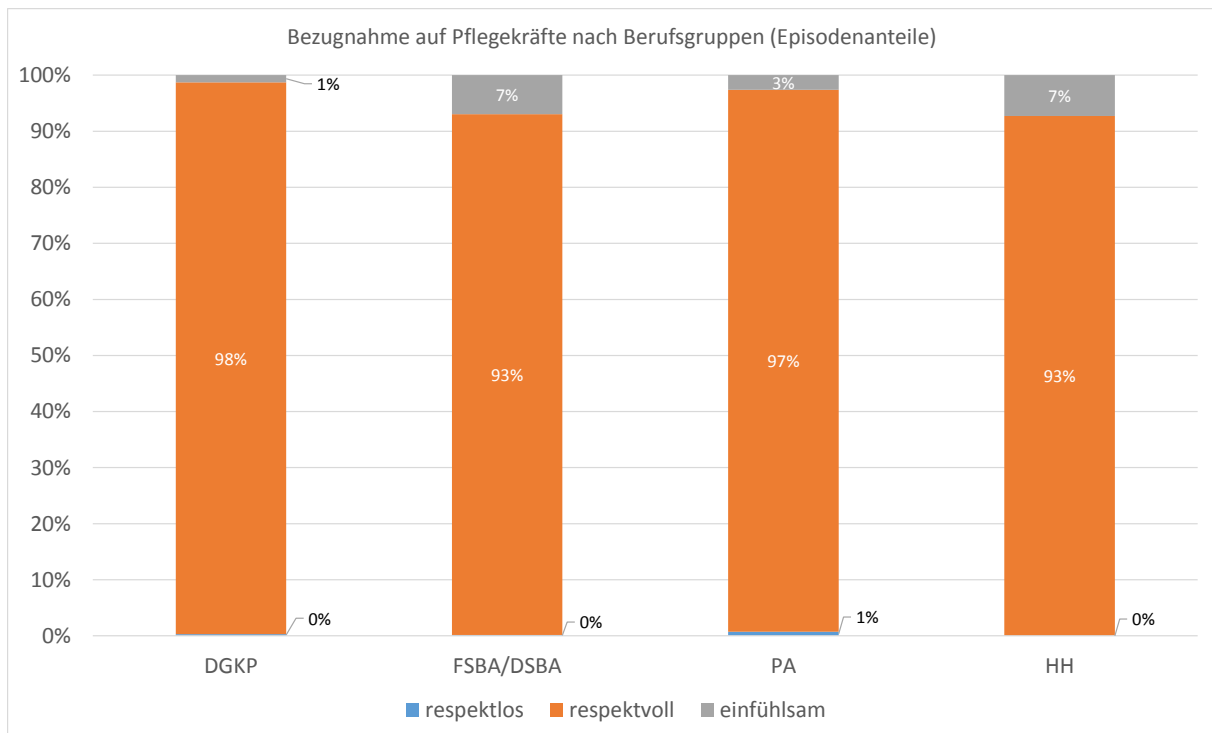


Abbildung 24. Bezugnahme auf Pflege- und Betreuungskräfte nach Berufsgruppen (Episodenanteile).

Beinahe alle Interaktionen konnten dem Bereich kooperierend 1 zugeschrieben werden (siehe Abbildung 25), das bedeutet in der Mehrheit aller Fälle konnten die Pflege- und Betreuungskräfte ihr Ziel erreichen und die Pflegebedürftigen widersetzten sich ihnen nicht (DGKP: 99%, PA: 98%, HH: 97%, FSBA/DSBA: 96%). Nur vereinzelt wurden Interaktionen beobachtet, in denen sich Bewohnerinnen bzw. Bewohner den Mitarbeitenden widersetzten. Ebenso selten wurden allerdings auch Interaktionen beobachtet, bei denen die Pflegebedürftigen besonders gut mit den Mitarbeitenden kooperierten, sodass mehr erreicht werden konnte als von den Pflegenden intendiert.

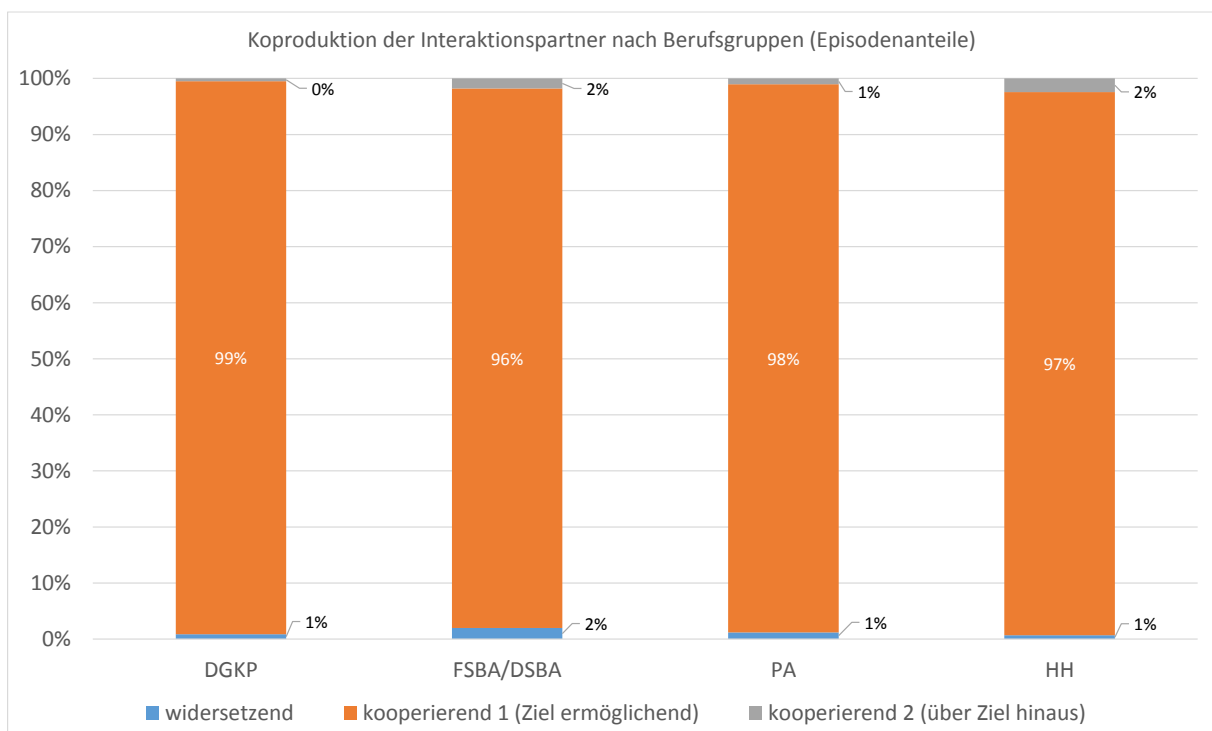


Abbildung 25. Koproduktion der Interaktionspartner nach Berufsgruppen (Episodenanteile).

6 Handlungsfelder aus Sicht der Beschäftigten

Insgesamt 82 Interviews (Führungskräfte [Heimleitungen, PDL], Mitarbeitende [DGKP, DSBA, FSBA, PA, HH, Psychologinnen und Psychologen]) wurden einer qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 1989, 2002) unterzogen. Durch induktive Kategorisierung des Textmaterials und iterative Überarbeitung konnten die initial gebildeten 110 Kategorien sukzessive auf 80, 29 und zuletzt 19 Kategorien reduziert werden. Aus dem diesen Kategorien oder Themenbereichen zugeordneten Textmaterial wurden Zusammenfassungen angefertigt, die nachfolgend wiedergegeben werden. Sie sind als Destillat relevanter Themen zu verstehen, die sich aus Gesprächen mit Mitarbeitenden aus den 18 teilnehmenden Pflegeheimen ergeben haben.

6.1 Ressourcen und positive Kommentare

„Die Bewohnerinnen und Bewohner sind anstrengend, aber man kriegt auch sehr viel zurück!“. Anhand der Bemerkung einer Haushaltshilfe wird der Konsens vieler Mitarbeitenden deutlich: Den Anstrengungen der Pfl egetätigkeit und den Belastungen die mir ihr einhergehen können, stehen positive Erlebnisse gegenüber, welche als Ressourcen wirken können. Häufig wurde dabei das Wohl der Bewohnerinnen und Bewohner genannt. Fühlen diese sich wohl und im Heim zuhause (*„des is mei Hoamat“*) oder genesen wieder nach einer schweren Krankheit, so wird das als sehr belohnend erlebt.

Auch aus den Beziehungen zu ihren Kolleginnen und Kollegen konnten einige Kraft schöpfen. Eine gute Heimleitung, welche sich durch Offenheit und Sorge um das Wohl ihrer Angestellten auszeichnet, sowie Vertrauen wurden genannt. Ein gutes Vertrauensverhältnis zu den Mitarbeitenden und Vorgesetzten war auch die Voraussetzung dafür, sich und *„seine Wünsche ausleben“* zu können. Handlungsspielräume, wie sie eine freie Diensteinteilung und Rotationssysteme ermöglichen, wurden sehr positiv erlebt. Zivildienstler und Ehrenamtliche boten eine willkommene Entlastung.

6.2 Personalschlüssel und personelle Ressourcen

Personalmangel

Personalmangel wurde sehr häufig berichtet, vor allem bei Tätigkeiten wie Unterstützung beim Essen, zu Bett gehen und besonders beim Nachtdienst. Sehr oft wurde davon berichtet, dass der Personalmangel zu Lasten einer angemessenen Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner gehe, zusätzliches (qualifiziertes) Personal sei notwendig (sowohl HH, PA, FSBA/DSBA als auch DGKP), um mehr Betreuungszeit für die Bewohnerinnen und Bewohner zu haben. Demente Pflegebedürftige hätten zudem erhöhten Betreuungsbedarf, der mit dem Personalaufkommen nicht gedeckt werden kann. Der Personalmangel werde teilweise durch Überstunden kompensiert (*„Wir sind normalerweise zu wenig Mitarbeitende, mache viele Überstunden.“*), wobei auch davon berichtet wurde, dass aufgrund des fehlenden Personals die Teilnahme an Fortbildungen nicht möglich sei (*„Manche Fortbildungen sind nicht möglich, weil wir Personalmangel haben.“*). Gründe für den Personalmangel werden einerseits an der *gesetzlichen Lage* (Personalschlüssel) und andererseits am Berufsbild (*„Kaum eine Jungschwester will gleich nach Ausbildung ins Pflegeheim“*) und der Bezahlung gesehen.

Personalschlüssel

Der Personalschlüssel wurden vielfach kritisiert, da bei der Berechnung des Personalschlüssels die *Betreuung* der Bewohnerinnen und Bewohner „*nicht berücksichtigt*“ werde und die Berechnungsgrundlage zudem zu starr und veraltet sei (Demenz, Verhaltensauffälligkeiten etc. findet keine Berücksichtigung im Personalschlüssel). Die Berechnung des Personalschlüssels auf Grundlage der Pflegestufe entspricht oftmals nicht dem realen Pflege- und vor allem Betreuungsbedarf der Pflegebedürftigen („*Aktuell ist es so, dass viele Minuten für Bewohnerinnen und Bewohner der Stufe 5 die wenigen Minuten für Bewohnerinnen und Bewohner der Stufe 2 kompensieren, in Wirklichkeit ist es oft andersrum: bettlägerige Bewohnerinnen und Bewohner mit hoher Pflegestufe haben einen geringeren Aufwand als aktiv zu pflegende Bewohnerinnen und Bewohner mit niedriger Pflegestufe.*“).

Die Betreuung der Pflegebedürftigen müsste in den Personalschlüssel eingerechnet oder ein zusätzlicher, unabhängiger „*Betreuungsschlüssel*“ geschaffen werden (siehe Unzureichende Beachtung von Betreuung im Personalschlüssel). In manchen Heimen wurden zum Ausgleich des Defizits zusätzliche Stellen geschaffen und finanziert („*Stellenplan wird nicht nach Mindestpflegeschlüssel erstellt.*“). Als weiteres großes Problem wurde die *uneinheitliche Regelung* innerhalb Österreichs gesehen, wobei öfters die Befürchtung genannt wurde, dass Bundesländer mit einem höheren Personalschlüssel eine Angleichung nach unten, anstatt einer bundesweiten Verbesserung nach oben erfahren werden.

Zu-/Abgänge von Mitarbeitenden

Neben natürlicher Fluktuation (Pension, Schwangerschaft, Wohnortswechsel, Langzeitkrankenstände) wurden bei den „*Gründen*“ für Abgänge die „*Ausbildung*“ ungelernten Personals und der „*Wechsel ins Krankenhaus*“ (vor allem bei jüngeren DGKP) genannt. Die Rekrutierung von neuen Pflege- und Betreuungskräften wurde zum Teil als eher schwierig bezeichnet, teilweise wurde die Suche nach neuem Personal aber auch als problemlos angesehen. Generell wurde wenig von Fluktuation (Zu- und Abgänge) und damit zusammenhängenden Problemen berichtet.

6.3 Qualitative und quantitative Arbeitsbelastung

Anforderungen

Die Arbeit im Heim mit Bewohnerinnen und Bewohnern sei sehr anstrengend, die Mitarbeitenden seien sehr gefordert und teilweise überfordert („*Was Mitarbeitende immer wieder sehr belastet, ist das Gefühl, ich kann nicht erreichen oder leisten, was ich sollte.*“). Eine Psychologin sah ein Problem auch darin, dass sich die verschiedenen Berufsgruppen nicht auf ihre jeweiligen Kerntätigkeiten konzentrieren („*Das DGKP Profil wird schwammiger, viele ihrer Aufgaben werden schon von PA und HH übernommen.*“) und zusätzlich Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Psychologinnen und Psychologen, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Fachsozialbetreuerinnen und Fachsozialbetreuer nötig wären. Geänderte Anforderungen (z.B. höhere Ansprüche der Bewohnerinnen und Bewohner, Hygieneformulare, Qualitätsmanagement) können vor allem für langjährige Pflege- und Betreuungskräfte eine große Herausforderung sein („*Für langjährige Mitarbeitende ist es schwer mit Änderungen umzugehen.*“). Eine Heimleitung erklärte zudem, dass ständig neue Projekte in der Pflege typisch seien. Eine Fachsozialbetreuung meinte hingegen, es gäbe wenig unbekannte Situationen.

Verantwortung

Vielfach bestätigt wurde, dass die Verantwortungsübernahme im Heim für DGKP viel höher sei als im Krankenhaus und viele diese Verantwortung nicht übernehmen wollen („Bei der Arbeit im Krankenhaus gibt es immer eine/-n Arzt/Ärztin als Ansprechpartner, daher ist die Eigenverantwortung relativ gering.“ oder „Viele junge DGKP wollen aber oft lieber mit einer Ärztin bzw. mit einem Arzt mitgehen.“). Die hohe Verantwortung sei auch belastend („Das hat nichts mit ‚sudern‘ zu tun, es ist einfach überlastend.“). Vor allem wenn man schwierige Entscheidungen treffen müsse oder verunsichert über das konkrete Vorgehen sei („Man muss wissen was man kann und was man sich zutraut, man hat nicht immer jemanden da.“). Vom Pflege- und Betreuungspersonal werde verlangt, dass sie „Allrounder“ seien, aber nicht jeder könne mit diesem Anspruch umgehen („Nicht jeder ist die eierlegende Wollmilchsau.“).

Arbeitsmenge

Viele Pflege- und Betreuungskräfte stimmten darin überein, dass der Pflegeaufwand im Laufe der Zeit höher geworden sei. Die Bewohnerinnen- und Bewohnerstruktur in den Heimen zeichne sich durch höhere Pflegestufen im Durchschnitt aus und der Mehraufwand für pflegeintensive Bewohnerinnen und Bewohner gehe zulasten der Betreuung. Zudem steige der Pflegeaufwand durch zunehmende Inkontinenzversorgung und die Zunahme dokumentierender Tätigkeiten als bürokratische Zusatzbelastung (siehe Administrativer Aufwand). Aber auch wenig pflegeintensive Bewohnerinnen und Bewohner wurden aufgrund der erforderlichen Maßnahmen zur Kompetenzerhaltung als besonders aufwandsintensiv beschrieben. Überdies wurden Generationsunterschiede bei den Pflegebedürftigen bemerkt: Jüngere Generationen hätten gegenüber den älteren höhere Anforderungen, vor allem in Bezug auf die Unterstützung bei der Ankleide („Jüngere Bewohnerinnen und Bewohner wollen mehr hergerichtet werden“) und beim Duschen. Eine Mehrbelastung ergebe sich, nach Angaben des Pflege- und Betreuungspersonals, sowohl durch die Zunahmen berufsfremder Tätigkeiten (v.a. Reinigungsarbeiten), krankheitsbedingter Ausfälle der Kolleginnen und Kollegen, und Tätigkeiten, welche „unsichtbar“ bei der Dokumentation nicht aufscheinen. Hierbei wurden Planungsaufgaben, Inkontinenzversorgung sowie die Mitarbeit in Projekten abseits der üblichen Tagesstrukturen angeführt.

Zeitmangel und Arbeitsverdichtung

Das Gros der Pflegenden empfand einen Zeitmangel und berichtete davon, es habe jetzt „weniger Zeit als früher“, dass die „Zeit einfach fehlt“ und man sich wieder „mehr Zeit“ wünsche. Es wurde bemerkt, „man müsse immer mehr Aufgaben in weniger Zeit machen“, dass sich die Arbeit also zunehmend verdichte und letztlich gehe es darum, so formulierte es eine Fachsozialbetreuerin, „mich als Ressource auszuschöpfen und meine Zeit so intensiv wie möglich auszunutzen“. Weil die zeitlichen Ressourcen für den geforderten Arbeitsaufwand stets zu knapp seien, müssen manche Tätigkeiten auf der Strecke bleiben. In der Regel sei dies die Betreuung der Pflegebedürftigen. Wenn sich zur Pfl egetätigkeit zusätzlich bürokratische Aufgaben der Dokumentation, „komplizierte Abrechnungssysteme“, oder Reinigungsaufgaben stellten, so schilderten es einige Pflege- und Betreuungskräfte, ginge das zu Lasten der Bewohnerinnen und Bewohner. Diese würden den Zeitdruck und die Hektik der Beschäftigten durchaus spüren, unruhig werden und manchmal Zuwendungen regelrecht einfordern („Jetzt gehörst mir!“). Unter dieser „vernachlässigten Betreuung“ leidet die Pflege. Ein Großteil wünschte sich mehr Zeit für die Bewohnerinnen und Bewohner und berichtete davon ein schlechtes Gewissen zu haben, wenn es lediglich darum geht, diese unter Zeitdruck abzuarbeiten.

Administrativer Aufwand

Pflege- und Betreuungsmitarbeitende berichteten mehrheitlich über *steigende Auflagen*, die höheren *Dokumentationsaufwand* und mehr *administrative* sowie *organisatorische Aufgaben* zur Folge haben. Führungskräfte bestätigten diese Entwicklung. Besonders betont wurde die Tatsache, dass Tätigkeiten, die „*nicht dokumentiert*“ wurden, „*offiziell nicht durchgeführt*“ wurden („*Was nicht geschrieben wurde, ist nicht passiert*“). Laut interviewten Personen betreffe der gesteigerte administrative Aufwand vor allem die Vertreter der Berufsgruppen der diplomierten Pflegekräfte, der Bereichsleitungen und der Pflegedienstleitungen. Aus zeitlichen Gründen sei eine zeitnahe Dokumentation oft nicht machbar, entgegen den gesetzlichen Forderungen („*Würde man nur das dokumentieren, was wichtig ist, wäre es machbar*“ / „*Dokumentation nimmt sehr viel Zeit in Anspruch*“). Mehrere Befragte gaben an, die Zeit, die für administrative Tätigkeiten aufgewendet werden müsste, fehle aufgrund der Priorität anderer Aufgaben und Zeitdruck, weswegen nicht selten *Überstunden* gemacht werden müssen um der Dokumentationspflicht nachzukommen („*Jede Pflegekraft hat drei Bewohnerinnen bzw. Bewohner zum Eintragen, das ist sehr zeitrauben und man macht immer Überstunden*“).

6.4 Arbeitszeit

Zur Arbeitszeit äußerten sich die befragten Personen zum Teil mit Zufriedenheit. Das Berufs- und Privatleben ließen sich sehr „*gut miteinander vereinbaren*“ („*Arbeitszeiten haben sehr viele Vorteile und sind familienfreundlich*“). Auf der anderen Seite wurden auch einige negative Aspekte bezüglich der Arbeitszeiten angesprochen. Besonders bemängelt wurde dabei die 40-Stunden-Woche („*Einzigster Beruf mit Vollzeit 40 Stunden statt 38,5 Stunden*“ / „*Wir sind die einzige Berufsgruppe, die immer noch eine 40-Stunden-Woche hat, und das bei dem körperlich und psychisch anstrengenden Beruf*“) und Dienstplanfluktuationen während der Ferienzeiten und während Krankenständen („*Schwierige Zeiten im Sommer, Ferienzeit, Weihnachten und Krankheitsfällen*“). Seitens befragter Führungskräfte, wurde der Bedarf nach entlastenden Arbeitszeitmodellen für Heimleitungen und Pflegedienstleitungen („*Entlastungsmöglichkeit durch Teilzeitmodelle für Führung*“) geäußert.

6.5 Nachtdienst

In einigen Heimen berichteten die Pflegepersonen von *Personalmangel im Nachtdienst*. Teilweise sei das Personal für *zu viele Bewohnerinnen und Bewohner* zuständig und müssen außerdem *Zusatzaufgaben* (z.B. Putzen, Frühstücksgeschirr für den Frühdienst vorbereiten) während des Nachtdienstes übernehmen. Darunter leide die Pflegequalität und die körperliche Gesundheit der Mitarbeitenden („*Im Nachtdienst ist man komplett auf sich selber gestellt, das ist körperlich sehr anstrengend*“ / „*Die Pflegequalität leidet darunter*“). Vertreter des gehobenen Dienstes bemängelten den Rufbereitschaftsdienst („*Rufbereitschaft im Nachtdienst ist nicht gut. DGKP sollten Nachtdienst machen und nicht PA. DGKP werden oft geweckt durch den Rufdienst*“).

In manchen Heimen wurde die Befürchtung laut, dass personelle Ressourcen, durch eine Aufstockung des Nachtdienstes, wiederum im Tagdienst fehlen könnten („*Mehr Personal im Nachtdienst würde Ressourcen für den Tagdienst wegnehmen*“) und sprachen sich daher, trotz des Bedarfs, gegen mehr Personal im Nachtdienst aus.

6.6 Arbeitsunterbrechungen

Auf das Thema Arbeitsunterbrechungen angesprochen, zeichnete sich Einstimmigkeit unter den Interviewpartnern ab. Die Pflege- und Betreuungskräfte erwähnten, besonders das häufige *Telefon-* und *Glockenläuten* als Störfaktoren zu empfinden. Obwohl diese Art der Unterbrechungen zum Beruf und Arbeitsalltag in der Pflege und Betreuung dazu gehöre, berichtete die Mehrheit, diese als nervig und irritierend wahrzunehmen („*Störungen und Unterbrechungen kommen sehr häufig vor*“ / „*Telefone sind nicht nach Geschossen getrennt*“ / „*Das gehört zum Job dazu*“). Durch die Verpflichtung, jedem Glockenruf nachzugehen und jedes Telefonat anzunehmen, komme es sehr häufig zu Unterbrechungen der Arbeit und daraus resultierendem Zeitdruck. Einige Mitarbeitende betonten, die Störungen besonders während Gesprächen (mit Kolleginnen und Kollegen, Bewohnerinnen und Bewohnern) als stressend zu erleben („*Je seltener und weniger die Störungen, desto besser kann man sich auf das Gespräch konzentrieren*“).

6.7 Angehörigenbetreuung

Die Betreuung der Angehörigen wurde als sehr zeitintensiv und häufig auch als belastend beschrieben („*Angehörigengespräche sind sehr zeitintensiv, erfordern viel Geduld, Einfühlungsvermögen und besonders Zeit*“). Schuldgefühle der Angehörigen würden auf das Pflegepersonal projiziert, indem besonders hohe Ansprüche an die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner gestellt würden. Manche wünschten sich, die Angehörigenbetreuung würde explizit als eigenes Tätigkeitsfeld begriffen und dokumentiert, um den Aufwand sichtbar zu machen und weniger unter Zeitdruck zu geraten.

6.8 Professionalisierung vs. Partialisierung

Nach Aussagen vieler befragter Personen zeichne sich ein Bild der zunehmend partialisierten Arbeitstätigkeit ab, insbesondere diplomierter Pflegekräfte. Berufsvertreter des gehobenen Dienstes seien immer weniger in der direkten Pflege an den Bewohnerinnen und Bewohnern tätig und übernehmen stattdessen vermehrt organisatorische, administrative und medizinische Verrichtungen („*Klarer Trend, es wird immer weniger Zeit mit und an Bewohnerinnen und Bewohnern verbracht, man macht meist medizinische Tätigkeiten und Organisatorisches*“). Einige Mitarbeitende gaben an, dass die *Akademisierung der Ausbildung* (laut GuKG-Novelle 2016) eine Verschiebung der Werte und Vorstellungen vom Beruf und das Verlernen der Kernkompetenzen (der direkten Pflege und Betreuung der Pflegebedürftigen) nach sich ziehen werde und eine ganzheitliche Pflege und Betreuung nicht mehr stattfinden könne („*V.a. Diplomierte Pflegekräfte arbeiten immer weniger an den Bewohnerinnen und Bewohnern, die neue Ausbildung wird das noch verschlimmern*“). Besonders betreffe dieses Thema die jungen und zukünftigen Pflege- und Betreuungskräfte („*Die neuen Schülerinnen und Schüler wollen mehr Administration*“).

Einige Stimmen sprachen sich jedoch befürwortend für diesen Trend aus, da der größere Kompetenzbereich des gehobenen Dienstes eine Überqualifizierung für viele Tätigkeiten darstelle, die von anderen, geringer qualifizierteren Berufsgruppen übernommen werden können („*Möchte keine Betreuung machen, überqualifiziert dafür*“). Das Berufsprofil der diplomierten Pflegekräfte werde, so gaben einige Interviewte an, zunehmend schwammiger, weshalb eine Konzentration der Kompetenzen, eine Professionalisierung gewünscht sei, da es manchmal auch zu Fällen der Kompetenzüberschreitung seitens nicht diplomiertem Personal komme („*Übernehmen zukünftig Heimhilfen und Pflegeassistenzen Diplomaufgaben?*“). Der Trend der Verlagerung des gehobenen Dienstes von direkten Pflege Tätigkeiten

an Bewohnerinnen und Bewohnern hin zu Management, Koordination, Administration und Organisation wurde von mehreren Pflege- Betreuungs- sowie Führungskräften berichtet.

6.9 Verhältnis von Pflege und Betreuung

Fehlende zeitliche und personelle Ressourcen

Sowohl Führungskräfte als auch Mitarbeitende berichteten von einem *Verbesserungspotential* beim Verhältnis zwischen Pflege- und Betreuungstätigkeiten. Mehrheitlich zeichnet sich ein Bild ab, welches, durch mangelnde zeitliche und personelle Ressourcen, die Betreuung in den Hintergrund rücken lässt (*„Es braucht mehr Zeit und Personal für Betreuung“*). Überwiegend fänden pflegerische Tätigkeiten statt, die *wenig Ressourcen für sozioemotional betreuende Tätigkeiten* bieten. Häufig wurde das Erfordernis für mehr Betreuungszeit betont. Seitens der Bewohnerinnen und Bewohner werde dieser Bedarf durch verbale Aufmerksamkeitssuche (*„Bewohnerinnen und Bewohner sagen oft von selbst, wenn sie mehr Aufmerksamkeit brauchen“*), nonverbale Verhaltensäußerungen (*„wirkt sich oft in Unruhe und häufiges Läuten aus“*) und vermehrtes Klagen über Schmerzen aus, welches einen höheren Medikamentenkonsum nach sich ziehen könne (*„Schmerzen als Ausdruck von Aufmerksamkeitssuche“* / *„Wenn mehr Zeit für Bewohnerinnen und Bewohner wäre, bräuchten wir wohl nur halb so viele Medikamente“*), zum Ausdruck gebracht.

Mehrere Beschäftigte schilderten, Betreuung fände häufig im Zuge von pflegerischen, hauswirtschaftlichen oder administrativen Tätigkeiten unzureichend und *nebenbei* statt (*„Man muss nebenbei betreuen, das ist nicht genug und nicht menschenwürdig“*). Aus den Interviews und den Eindrücken während den Beobachtungen wurden die Bemühungen, der Pflege- und Betreuungskräfte um adäquate Zuwendung zu den Pflegebedürftigen deutlich, die jedoch häufig aufgrund von fehlenden zeitlichen Ressourcen nicht oder nur unzureichend möglich war. Von mehreren Personen wurde auch die Wichtigkeit der Balancehaltung zwischen den eigenen Bedürfnissen als Pflegekraft, ein möglichst breites Betreuungsangebot zu gewährleisten, und jenen der Pflegebedürftigen in den Interviews thematisiert. Jede Bewohnerin und jeder Bewohner benötige und wünsche ein anders Ausmaß an Betreuung und Aktivierung.

Den Anforderungen, insbesondere bezüglich steigender Demenzrate bei Bewohnerinnen und Bewohnern und steigendem Pflege- und Betreuungsaufwand, stünden, laut befragten Personen, *mangelnde Ressourcen* gegenüber (siehe Personalmangel). Die Notwendigkeit für mehr qualifiziertes Personal, für Betreuungstätigkeiten wurde mehrmals von Führungskräften sowie Mitarbeitenden hervorgehoben. Diese würden in vielen Heimen von unqualifizierten Arbeitskräften (Zivildienstler, Praktikantinnen und Praktikanten) übernommen werden (*„Betreuung sollte in qualifizierte Hände gegeben werden, wird jedoch oft von Zivis übernommen“*). Eine Heimleitung berichtete über den Bedarf an einem höheren Betreuungsangebot im Haus, dieser könne jedoch aus finanziellen Gründen nicht gedeckt werden (*„Es wird zu wenig Betreuung angeboten, jedoch ist mehr aus finanziellen Gründen nicht möglich“*).

Unzureichende Beachtung von Betreuung im Personalschlüssel

Als unzureichend wurde die Beachtung von Betreuungstätigkeiten (z.B. emotionale Zuwendung, persönliche Gespräche mit Bewohnerinnen und Bewohnern, Durchführung von Animationsprogrammen, Begleitung bei Außenaktivitäten) im Personalschlüssel beschrieben. Die befragten Personen gaben an, die Personalschlüsselberechnung stimme nicht mit den alltäglichen Anforderungen im Heimbetrieb überein (*„Betreuung wird nicht bezahlt und deshalb aus zeitlichen Gründen vernachlässigt“*). Einige Interviewpartnerinnen und -partner äußerten den Wunsch und die

Notwendigkeit für eine, vom Pflegeschlüssel abgelöste, eigene Berechnung eines *Betreuungsschlüssels*, um den steigenden sozioemotionalen Anforderungen gerecht werden zu können („*es braucht neben dem Pflegeschlüssel auch einen eigenen Betreuungsschlüssel*“).

6.10 Verhältnis von bewohnernahen und bewohnerfernen Tätigkeiten

Das Verhältnis zwischen bewohnernahen und bewohnerfernen Tätigkeiten hänge stark von der Berufsgruppe ab. Während diplomierte Pflegekräfte häufig über mehrheitlich bewohnerferne Aufgaben sprachen („*Diplomierete Kräfte werden immer weniger in der direkten Pflege eingesetzt*“ / „*Viel mehr bewohnerferne Tätigkeiten*“), berichteten die Berufsgruppenvertreter der Heimhilfen, der Pflegeassistenten und der Fachsozialbetreuerinnen und -betreuer über überwiegend bewohnernahe Aufgaben. Dennoch wurde auch in diesen Berufsgruppen häufig die *Zunahme bewohnerferner Tätigkeiten* thematisiert, welche *Zeit* und *Kraft* raube, die eigentlich direkt an der Bewohnerin bzw. am Bewohner benötigt werde. Insbesondere, so die Befragten, seien der gestiegene *administrative Aufwand* und die damit veränderten Anforderungen ein Grund für diese Veränderung (siehe Administrativer Aufwand).

6.11 Aus- und Fortbildung, Qualifikation

Ausbildung

Zur Ausbildungssituation befragt, standen bei DGKP die *veränderten Ausbildungsbedingungen* (*Akademisierung*) und das *gewandelte Rollenverständnis* im Zentrum der Aufmerksamkeit. Die Aufgabenverschiebung von pflegenden Tätigkeiten hin zu Managementtätigkeiten wurde von älteren DGKP eher kritisch gesehen („*Wir sind Auslaufmodelle, die neuen Schülerinnen und Schüler wollen mehr Administration*“ / „*Der Kern des Berufes geht verloren*“ / „*Ich bin jetzt da, wo ich nie hin wollte*“). Dagegen begrüßten jüngere DGKP die Aufgabenverschiebung eher – sicherlich auch, da sie dies bereits bei ihrer Berufswahlentscheidung berücksichtigen konnten und somit eine höhere Motivkongruenz zum gewandelten Berufsbild besteht. An der gegenwärtigen Ausbildung kritisierten DGKP, dass zu wenig Wert auf die Ausbildung in pflegerischen Tätigkeiten gelegt werde und zu viel Wert auf akademische Leistungen, wie das Verfassen von Berichten nach wissenschaftlich anerkannten Kriterien („*Man kann ohne Erfahrung, nur mit theoretischem Wissen, nicht gut arbeiten. Im Beruf sind schnelle Entscheidungen gefragt, das ist ohne Erfahrung schwierig*“). Daraus entstehe im Verhältnis von PA und DGKP ein Missverhältnis von Erfahrung und Verantwortung („*PA sind heute das, was DGKP früher waren. PA haben aber weniger Kompetenzen und weniger Verantwortung. DGKP haben die Verantwortung, aber weniger Erfahrung*“).

Eine Heimleitung und eine PDL kritisierten an der Ausbildung aller Berufsgruppen, dass dabei zu wenig Wert auf Betreuung gelegt werde und die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner oft hinter der Anleitung zu pflegerischen Tätigkeiten zurückstehen müsse. Zusammengefasst bewegten sich die Kritikpunkte an der Ausbildung der Berufsgruppen im *Spannungsfeld* von stärkerer Spezialisierung und *Professionalisierung* vs. *stärkerer Generalisierung* und Flexibilität (siehe Professionalisierung vs. Partialisierung). Auf Trägerebene wurden ausbildungsbezogene Anstrengungen unternommen, um gutes und engagiertes Personal zu binden, etwa durch interne Aufstiegsmöglichkeiten (HH → PA → DGKP) und Ausbildungszuschüsse bei Verpflichtung der Mitarbeitenden, für einige Zeit beim Träger zu arbeiten.

Qualifikation und Fortbildung

Fort- und Weiterbildungen werden von Seiten der Heimleitungen unterstützt und gefördert. Das Pflege- und Betreuungspersonal kann dies bei Bedarf teilweise auch selbst initiieren („*Mir ist es ein persönliches Anliegen Mitarbeitende weiterzuentwickeln...Mitarbeitende können Interesse an Fortbildungen selbst bekunden.*“). Bemängelt wurde von einer Heimleitung, die fehlende Bereitschaft der Pflege- und Betreuungspersonen für Fortbildung („*Es fehlt das Verständnis dafür, dass das die eigene Arbeit erleichtern würde.*“). Andererseits wurde von einer Mitarbeiterin erwähnt, dass manche Fortbildungen aufgrund von Personalmangel nicht absolviert werden könnten. Eine Heimleitung gab diesbezüglich auch zu bedenken, dass die gestiegenen Weiterbildungsanforderungen in der Personalberechnung nicht berücksichtigt werden würden. Einige Heime bieten interne Veranstaltungen oder Workshops an.

Vielfach geäußert wurde die Zunahme an Demenz und psychiatrischen Erkrankungen bei Bewohnerinnen und Bewohnern und damit einhergehend die Notwendigkeit entsprechende Qualifikationen zu erwerben, die in der Ausbildung nicht hinreichend berücksichtigt werden („*Es braucht mehr Personal mit Fachwissen zu Demenz und psychiatrischen Erkrankungen.*“ und „*Personal ist nicht entsprechend ausgebildet, das muss akut geändert werden, denn die Herausforderungen sind zu groß und belasten das gesamte Personal, darunter leidet auch die Pflege!*“).

Außerdem gäbe es Nachholbedarf bei der Qualifizierung von unqualifiziertem Personal (Zivildienstler, Heimhilfen), denn diese erledigen einen Großteil der Betreuung („*Es braucht mehr qualifiziertes Personal, aktuell sind die Betreuungsjobs von unqualifizierten Personal besetzt.*“ oder „*Derzeit sind ‚Hausfrauen‘ in der Betreuung angestellt.*“). Vereinzelt wurde angemerkt, dass DGKP weniger praktische Erfahrung in der Pflege und Betreuung von Bewohnerinnen und Bewohnern mitbringen („*Wer trennt die Spreu vom Weizen? Theoretisch kann man sehr gut abschneiden, auch praktisch kommt man irgendwie durch, entweder man findet eine Stelle oder wird eine schlechte Führungskraft oder man findet eben keine Stelle, in keinem Fall eine befriedigende Situation.*“) und Pflegeassistenzen zu wenig fachliche Kompetenz aufweisen.

6.12 Organisation, Finanzierung, Leitung

Doppelbelastung

Beschäftigte berichteten von mehrfachen *Doppelbelastungen*. Zum einen sind hier Führungskräfte zu nennen, die die Funktionen der Heimleitung sowie der Pflegedienstleitung in Personalunion ausüben. Diese Mitarbeitende sahen einerseits den Vorteil eines guten Überblicks über relevante Prozesse, da alle Informationen an einem Punkt zusammenlaufen. Andererseits sprachen die Personen angesichts steigender Koordinationstätigkeiten auch von stetiger Arbeitsverdichtung und einer *Informationsflut*, deren Bewältigung viel Zeit erfordere und auch mit körperlichen Fehlbeanspruchung einhergehe (z.B. Stress, Burnout, Hörsturz). Wo Pflegedienstleitungen neben organisatorischen Tätigkeiten zusätzlich auch noch pflegerisch tätig sind, entsteht daraus ebenfalls eine Doppelbelastung, wobei betroffene Mitarbeitende angaben, dass hier die Arbeit an Bewohnerinnen und Bewohnern zunehmend zurückstehen müsse. Schließlich wurde auch die Anforderung, neben dem Berufsleben eine Familie zu unterhalten und Kinder zu erziehen, als doppelt belastend erlebt.

Finanzielle Ressourcen

Die eingeschränkten finanziellen Möglichkeiten wurden vielfach als problematisch erlebt. Dabei wurden die beschränkten Handlungsmöglichkeiten der Führungskräfte bzw. der Träger durchaus anerkannt („*Die können sich auch nur zum Himmel strecken*“). Gleichwohl wurde die Sinnhaftigkeit bestehender Regelungen hinterfragt und auf die demotivierende Wirkung von innovativen, aber nicht finanzierbaren Ideen hingewiesen. Beispielsweise wurde in manchen Heimen die übermäßig starke Reglementierung von Hygieneprodukten als kurzfristig beurteilt (sind die eingeplanten Einheiten aufgebraucht, müssten sich Pflegende mit anderen Hilfsmitteln behelfen, wodurch oft Mehrkosten entstünden).

Andererseits wurde von einem mitarbeiterinitiierten Projekt zur adäquateren Betreuung von dementen Bewohnerinnen und Bewohnern berichtet, welches aufgrund mangelnder finanzieller Ressourcen wieder eingestellt werden musste. In diesem Zusammenhang lobten insbesondere Führungskräfte, dass manche Bundesländer Gelder zur Förderung innovativer Projekte in der stationären Langzeitpflege zur Verfügung stellen.

Führung

Die Pflege- und Betreuungskräfte zeichneten großteils ein positives Bild von ihren Führungskräften als fachlich kompetente, engagierte und unterstützende Vorgesetzte. Flache Hierarchien, Partizipation der Mitarbeitenden an relevanten Entscheidungen (z.B. Dienstpläne, pflegerische oder betreuende Maßnahmen für Bewohnerinnen und Bewohner, Anpassung von Arbeitsabläufen) sowie fachliche und soziale Unterstützung bei Problemen wurden entweder gewünscht oder als gut funktionierend gelobt. Vereinzelt berichteten Mitarbeitende von einem Rückzug der Führungskraft aus ihrer Leitungsfunktion, was kritisch beurteilt wurde. Die Präsenz und Entscheidungsstärke der Führungskraft sowie das Vorhandensein von klaren, transparenten Regeln wurden als wichtige Voraussetzungen für ein funktionierendes Team gesehen. Aus den Beobachtungen der Studienautorinnen und -autoren ergab sich ferner der Eindruck, dass Führungskräfte mit hoher Sozialkompetenz, die sich offen für Belange des Personals zeigten und darüber hinaus die Arbeitsatmosphäre im Team aktiv pflegten, von den Mitarbeitenden besonders positiv beurteilt wurden.

Organisation und Koordination

Führungskräfte und Mitarbeitende berichteten von stetig steigendem Organisationsaufwand, der mit Zeitmangel für bewohnernahe Tätigkeiten einhergehe. Insbesondere Heimleitungen und Pflegedienstleitungen, die für mehrere Häuser zuständig waren, berichteten von zusätzlichem Koordinationsaufwand durch die Herausforderung, dauerhafte persönliche Präsenz vor Ort durch geeignete Leitlinien und anderweitige Kontaktmöglichkeiten (telefonisch, per E-Mail) zu ersetzen. Die überwiegende Mehrheit des Personals und der Führungskräfte sahen die im Vergleich mit der Tätigkeit im Krankenhaus größere Verantwortung im Pflegeheim als Herausforderung und bewerteten die damit einhergehenden Entscheidungs- und Gestaltungsspielräume als hilfreiche Ressource.

Qualitätsmanagement

Befragte Einrichtungen gaben an über ein Qualitätsmanagement zu verfügen oder hatten dies zum Erhebungszeitpunkt gerade in Planung. Teilweise kritisch gesehen wurde die Notwendigkeit des Sammelns und Rückmeldens von Kennzahlen, sofern deren Erhebung zeitaufwändig ist und diese nicht beeinflussbar oder nur wenig aussagekräftig sind. Hier wünschten sich die Befragten eine zielgerichtete Auswahl und Erfassung von Kennzahlen und Kriterien.

Wettbewerb

Führungskräfte berichteten von zunehmendem Wettbewerb öffentlicher und privater Heimträger um Bewohnerinnen und Bewohner. Als Gründe wurden ein steigendes Angebot an Pflegeplätzen genannt (*„Die Bewilligungen für neue Heime sind zu großzügig – braucht denn jede Gemeinde ein eigenes Heim?“*), einhergehend mit der Notwendigkeit, die Heime mit nahezu Vollauslastung zu betreiben, um rentabel zu sein. Der letzte Punkt gilt besonders für kleinere Heime (je nach Bundesland, Träger und heimspezifischen Strukturen unter 50-70 Bewohnerinnen bzw. Bewohnern), die weniger von Skaleneffekten profitieren als größere Heime.

Demgegenüber würden kleinere, regional verankerte Heime sowohl von Bewohnerinnen und Bewohnern, als auch von Mitarbeitenden aufgrund der Wohnortnähe und des persönlicheren Bezuges mehr geschätzt, wie die Befragten berichteten. Viele Träger verbinden die persönlichen und sozialen Vorzüge regionaler Heime mit den Skaleneffekten größerer, zentraler Heime wenigstens teilweise, indem mehrere Heime unter einer Führung, d.h. zentraler Koordination und Planung zusammengefasst werden. Die erwarteten, steigenden Ansprüche und gewandelten Bedürfnisse neuer Generationen von Pflegebedürftigen werden auch als Chance gesehen, durch maßgeschneiderte Angebote (z.B. konzeptgeleitete Betreuung und Coaching von Pflegebedürftigen) künftig Wettbewerbsvorteile zu erzielen (*„Heimbetreiber, die sich dem Trend versperren, werden mittelfristig untergehen oder Schwierigkeiten bekommen“*).

6.13 Zusammenarbeit und Kommunikation

Zusammenarbeit mit Kolleginnen, Kollegen und Führungskräften

Häufig angesprochen wurden Themen der Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Kollegen sowie der Kommunikation im Betrieb. Bezüglich der Zusammenarbeit überwiegen positive Erfahrungsberichte in welchen beispielsweise die unterstützende Funktion des Arbeitsteams bei körperlichen und psychischen Belastungen, flache Hierarchien oder die allgemeine *Eingespieltheit* als Fähigkeit zur reibungslosen Gruppenkoordination (häufig trotz unterschiedlicher Nationalitäten der Mitarbeitenden) genannt wurden. Vereinzelt wurde die Kooperation mit dem Kollegium jedoch auch als defizitär beschrieben: Zum Beispiel berichteten DGKP von ihren Kolleginnen und Kollegen in Rechtfertigungsnot gebracht zu werden, wenn sie den ihrem Kompetenzbereich zugewiesenen Aufgaben der Dokumentation, Organisation oder Administration nachgehen, also im Dienstzimmer *„rumsitzen“* anstatt bei der Pflege mitzuwirken.

Von mehreren Angestellten wurde geschildert, dass ihnen viele Freiheiten bezüglich der Ausführung ihrer Tätigkeiten eingestanden werden und dass sie dies sehr begrüßen. Herausgestellt wurde hierbei wiederholt die Bedeutung des wechselseitigen *„Vertrauens, dass richtig und gut gearbeitet wird“*.

Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen

Die Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen wurde – wo vorhanden - durchgängig positiv beschrieben. Beklagt wurde lediglich ihr Fehlen in manchen Heimen. Ehrenamtlich Engagierte bringen Abwechslung in den Alltag und ermöglichen die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Sie organisieren beispielsweise Spiele- oder Lesenachmittage, unternehmen Ausflüge mit den Pflegebedürftigen, nehmen sich Zeit für Gespräche und Einzelaktivitäten mit Bewohnerinnen und Bewohnern und unterstützen das Pflege- und Betreuungspersonal bei Veranstaltungen und Feierlichkeiten. Jedoch wurde betont, dass ehrenamtliche Mitarbeitende keineswegs die professionelle Arbeit des fachlich ausgebildeten Personals ersetzen können und lediglich eine zusätzliche Unterstützung im Heimalltag

darstellen. In einigen Einrichtungen, so die Mitarbeitenden, sehe man ehrenamtliche Kräfte teilweise als kostengünstigen „Ersatz“ für Betreuungspersonal. Die Betreuungsqualität kann somit nicht sichergestellt werden. Qualifiziertes Personal, welches über Fachwissen, Berufserfahrung und fundierte Methoden verfügt, kann und soll nicht, im Sinne der optimalen Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner, durch nicht-qualifizierte ehrenamtliche Personen ersetzt werden.

Kommunikation

Ein ambivalentes Bild ergeben die Bemerkungen bezüglich der Kommunikationsprozesse in den Heimen: Heimleitungen betonten die Relevanz von *wertschätzender* und *partnerschaftlicher* Kommunikation und Transparenz, begriffen als die Möglichkeit zum allseitigen Informationsaustausch über Hierarchieebenen hinweg. Demgegenüber beklagten andere Berufsgruppen neben Stockungen im Informationsfluss zwischen unterschiedlichen Abteilungen, dass gegenüber der Heimleitung als Autoritätsperson Probleme nicht angesprochen werden.

6.14 Bewohnerinnen und Bewohner

PflegegeldEinstufung

Das System der Pflegegeldstufen wurde häufig kritisch kommentiert. Zum einen beachte es nicht den Betreuungsaufwand adäquat. Bewohnerinnen und Bewohner, welche auf einer niedrigen Pflegestufe eingeordnet werden, hätten oftmals einen besonders hohen Betreuungsbedarf, da es gelte ihre Selbstständigkeit und Kompetenzen zu erhalten. Des Weiteren, so wurde angeführt, schaffe es ein falsches Anreizsystem. Aus wirtschaftlicher Sicht sei es für die Heime am sinnvollsten ihre *„Bewohnerinnen und Bewohner ins Bett zu pflegen“*. Der *„finanzielle Fokus“* wurde gar als *„menschenunwürdig“* beschrieben. Zudem sei der Einstufungsprozess sehr langwierig und kompliziert und reflektiere den Pflegeaufwand letztendlich nicht ausreichend. Diese Einschätzung rein aus der Perspektive der Langzeitpflege gibt leider eine oft vorfindbare subjektive Wahrnehmung der Öffentlichkeit wieder. Berücksichtigt man die Verfahren aller Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher, von denen rund 80% zu Hause gepflegt werden, beträgt die durchschnittliche Dauer der Verfahren derzeit rund 60 Tage (Auskunft des BMASGK). Zudem wurde von den Mitarbeitenden auf die Diskrepanz zwischen den offiziellen PflegegeldEinstufungen und den realen, sinnvollen Einstufungen, die den tatsächlichen Pflegeaufwand widerspiegeln, hingewiesen.

Wohlergehen, Bedürfnisse und Selbstbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner

Auf die Bedürfnisse der Menschen im Alter werde bestmöglich eingegangen (*„Der besondere Mensch mit seinen besonderen Bedürfnissen soll jetzt im Moment im Mittelpunkt stehen.“*), jedoch fehlen teilweise die Ressourcen (Zeit und Personal), um den Bewohnerinnen und Bewohnern immer das zu geben, was sie gerne hätten. Generell sollte auf die Pflegebedürftigen eingegangen werden und ihre Selbstbestimmung geachtet werden. Allerdings hätten sich die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner im Vergleich zu früher geändert (*„Bewohnerinnen und Bewohner verlangen nach Animation und fordern Computer“*) und die Ansprüche seien gestiegen (*„Früher wollten viele gar nicht duschen, heute wollen viele täglich duschen.“*), weshalb in diesem Zusammenhang auch die Idee von (Pflege-) Coaching genannt wurde.

Pflegequalität

Die Gewährleistung einer hohen Pflegequalität ist wichtig; um dies zu erreichen werden in manchen Heimen Befragungen der Angehörigen, Pflegebedürftigen, Pflege- und Betreuungskräfte usw. durchgeführt, zum Teil stellen sich die Heime auch die *Gretchenfrage* („*Wie sollte ein Heim sein, dass Du Deine Eltern dort gut aufgehoben wüsstest?*“ / „*Wir wollen so pflegen, wie wir selbst gerne gepflegt werden würden.*“). Als ein Kritikpunkt wurde dabei genannt, dass DGKP viele organisatorische Aufgaben übernehmen müssten und die Pflegeaufgaben überwiegend von PA erledigt werden („*PA sind das, was früher DGKP waren.*“), worunter auch die Qualität leide („*Distanz zwischen DGKP und Bewohnerinnen und Bewohnern sollte nicht zu groß sein.*“). Zudem wurde Pflege als zentrale Leistung der Zukunft gesehen, weshalb die Forderung nach neuen Pflegemodellen für alte und kranke Menschen genannt wurde („*Nur mehr Mitarbeitende bringt nicht automatisch mehr Qualität, es geht um würdevolles Älterwerden.*“).

6.15 Konflikte im Heim

Konflikte unter Mitarbeitenden

Konflikte unter Mitarbeitenden wurden vereinzelt bestätigt, jedoch in fast allen Fällen als nicht außergewöhnlich beurteilt („*Wir sind Alle Menschen mit Befindlichkeiten*“). DGKP berichteten vereinzelt von Rollenkonflikten. So moniert eine DGKP, dass ihre Anordnungen von PA immer wieder missachtet würden. Als Grund gab sie an, dass die im Heim geltende Maxime „*Jeder macht alles*“ einer klaren Aufgaben- und Kompetenzabgrenzung im Wege stehe, obwohl diese Abgrenzung bei der Verantwortung durchaus bestehe. Eine andere DGKP berichtete, dass ihre gestiegenen administrativen Anforderungen von Kolleginnen und Kollegen als freiwilliger Rückzug von der pflegerischen Tätigkeit interpretiert würden, wodurch diese sich von ihr im Stich gelassen fühlten. Im Umgang von Führungskräften mit Mitarbeitenden wurde gelegentlich mangelnde Sozialkompetenz im Führungsverhalten moniert, sowie von Schwierigkeiten langjähriger Mitarbeitender, sich an den Führungsstil einer neuen Heimleitung anzupassen.

Generationskonflikte

Vereinzelt berichteten Pflege- und Betreuungskräfte von Generationskonflikten. Neben mangelnder Anerkennung aufgrund der geringeren Erfahrung jüngerer Pflegekräfte („*In einem Stockwerk wollen sie mich als junge Mitarbeiterin nicht anerkennen – wenn ich Vorschläge mache, tun sie das ab und nehmen mich nicht ernst*“) bemängelten die Befragten hauptsächlich unterschiedliche Auffassungen über Vorgehensweisen. Jüngere Mitarbeitende sahen sich dabei auf dem Standpunkt, in der Ausbildung erlerntes Wissen und Techniken anwenden und auch weitergeben zu wollen, während erfahrenere Mitarbeitende Wert auf ihr Erfahrungswissen und bewährte Vorgehensweisen legten. Eine jüngere Stationsleiterin wendete eine klare Strategie im Umgang damit an („*Ich versuche die Erfahrung der Älteren mit ins Boot zu holen, setze mich aber auch durch, wenn ich will, dass es so und nicht anders gemacht wird – schließlich bin ich als Leitung verantwortlich*“). Weiters waren Unterschiede in der Zentralität von Arbeit („*Jüngere lassen sich vieles nicht gefallen – bei denen heißt es ‚arbeiten um zu leben‘ und nicht umgekehrt*“) und die Sozialisation in unterschiedlichen Heimstrukturen (z.B. vormals steile, jetzt flache Hierarchien) Anlass für Spannungen zwischen verschiedenen Generationen von Arbeitenden. Auch wurden gewandelte Berufsbilder als Ursache von Generationskonflikten genannt (z.B. Verschiebung des Tätigkeitsfeldes von DGKP hin zu administrativen Tätigkeiten) („*Sehr viele Theoretiker, die nicht richtig anpacken wollen*“ / „*Viel zu verkopft, und die Arbeit bleibt auf der Strecke*“).

Konflikte zwischen Pflege- und Betreuungskräften und Bewohnerinnen und Bewohnern

Konflikte zwischen Pflege- und Betreuungskräften und Bewohnerinnen und Bewohnern entstünden zum einen, wenn Mitarbeitende aufgrund der vielfältigen Aufgaben und infolge unvorhersehbarer Verzögerungen auf Wünsche von den Bewohnerinnen und Bewohner erst verzögert reagieren könnten. Auch der Umgang mit sich widersetzenden Bewohnerinnen und Bewohner wurde als „großer Stressfaktor“ gesehen, bei dem es auf eine Gratwanderung zwischen freundlichem Zureden und bestimmtem Auftreten ankomme, um die geforderte Pflegehandlung ausführen zu können.

Gewalt in der Pflege

Auf das Thema Gewalt in der Pflege angesprochen, schilderten viele Pflege- und Betreuungskräfte die übereinstimmende Sichtweise, dass die öffentliche Diskussion hauptsächlich um die Gewalt gegen Pflegebedürftige kreise, während Gewalt gegen Pflege- und Betreuungskräfte weitgehend tabuisiert sei, obwohl sie häufig vorkomme („*Gewalt in der Pflege? Ja, gegen uns! Das passiert sehr oft*“). Heimleitungen versuchen ihre Mitarbeitenden vor Gewalt zu schützen, etwa indem Heimmitarbeitende die Arbeit mit bestimmten Bewohnerinnen und Bewohnern verweigern dürften. Das Setzen wirksamer Maßnahmen sei jedoch oft schwierig, da zwischen Rechten der Bewohnerinnen und Bewohner und Schutzansprüchen von Mitarbeitenden abzuwägen sei („*Alle sichern sich jetzt nach allen Seiten ab, bevor man etwas ändert*“). Das Personal fühlte sich mitunter im Stich gelassen („*Ich wünsche mir mehr Rückhalt – muss immer erst Blut fließen, bis was passiert?*“ / „*Wir werden mit dem Problem alleingelassen – Schlagen und Beißen kommt vor und wird auch dokumentiert, aber es geschieht nichts. Alle schauen weg*“) und ergriffen neben proaktiven Maßnahmen des geduldigen und beruhigenden Einwirkens auf verhaltensauffällige Pflegebedürftige auch eigene Schutzmaßnahmen, z.B. durch Hinzuziehen einer Kollegin bzw. eines Kollegen zur Unterstützung der Pflegekraft bei der Arbeit mit aggressiven Bewohnerinnen und Bewohnern, sofern dies im Tagesablauf möglich ist.

Konflikte zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern und Angehörigen sowie zwischen

Angehörigen

Mitarbeitende berichteten übereinstimmend, dass Angehörige sowohl eine große Ressource, als auch eine Quelle von Stress darstellen können. Wo Angehörige oft zu Besuch kämen und eine gute Beziehung zur Bewohnerin bzw. zum Bewohner bestehe, würden Pfleg- und Betreuungskräfte direkt (z.B. durch Übernahme von Essenseingabe oder Betreuungstätigkeiten durch Angehörige) und indirekt entlastet (durch eine erhöhte Lebenszufriedenheit der Pflegebedürftigen seien diese insgesamt weniger unruhig). Wenn jedoch Konflikte zwischen Bewohnerinnen bzw. Bewohnern und Angehörigen oder unter den Angehörigen (z.B. aufgrund finanzieller Angelegenheiten) bestünden, würden sich diese oft auch im Heim bemerkbar machen.

Konflikte zwischen Pflege- und Betreuungskräften und Angehörigen

Ferner berichteten Pfleg- und Betreuungskräfte von der schwierigen Situation vieler Angehöriger, die oft von einem schlechten Gewissen geplagt würden, weil sie einen Verwandten im Heim unterbringen müssen, und sich nun sehr um das Wohlergehen des Verwandten sorgten. Pflege- und Betreuungskräfte müssten demnach immer wieder viel Zeit für Gespräche mit Angehörigen aufwenden, um ihnen Ängste und Schuldgefühle zu nehmen. Zum Teil übernahmen Heimleitungen, Pflegedienstleitungen oder Psychologinnen und Psychologen diese Aufgabe, um die Mitarbeitenden von dieser zusätzlichen und zeitraubenden Anforderung „freizuspielen“. Dennoch käme es vor, dass Angehörige die Mitarbeitende mit überhöhten, auch kompensatorischen Ansprüchen unter Druck setzten. Ein weiterer Konfliktherd sei in diesem Zusammenhang, wenn Angehörige die alters- oder krankheitsbedingt veränderten Bedürfnisse ihrer Verwandten nicht wahrhaben wollten und ihnen die eigenen Bedürfnisse überstülpen

würden (Zitat der Aussage einer Angehörigen über ihren an Demenz erkrankten, nachtaktiven Vater: „Warum liegt er denn im Bett? Da hätte ich ihn ja gleich zu Hause lassen können!“).

Konflikte zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern

Als Ursache für Konflikte zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern wurden von vielen Mitarbeitenden die unterschiedlichen Bedürfnisse von verhaltensauffälligen Pflegebedürftigen mit psychiatrischen Erkrankungen (insbesondere demenzielle Erkrankungen) und orientierten Bewohnerinnen und Bewohnern genannt. Pflege- und Betreuungskräfte berichteten häufig davon, aufkommende Konflikte durch zeitaufwändige Vermittlungsarbeit schlichten zu müssen und bei orientierten Bewohnerinnen und Bewohnern um Verständnis zu werben. In Einrichtungen, wo man auf eine räumliche Trennung von Dementen und Orientierten setze, kämen derartige Konflikte entsprechend seltener vor. Neben Argumenten für die räumliche Trennung („*Es gibt keine wirklichen Gründe für die Vermischung, das Konfliktpotenzial überwiegt total. Die orientierten Bewohnerinnen und Bewohner unterstützen die dementen Bewohnerinnen und Bewohner auch gar nicht – im Gegenteil, die Orientierten müssen zurückstecken.*“) wurden aber auch Gegenargumente genannt („*Dann hat man halt ein ‚Ghetto‘, und dort schaukelt sich das dann viel schneller auf*“).

6.16 Entlohnung und gesellschaftliches Image

Gesellschaftliches Image

Auf das Thema gesellschaftliches Image der Pflege angesprochen, berichteten viele Pflege- und Betreuungskräfte vom Gefühl, geringe Wertschätzung und geringes Ansehen seitens der Gesellschaft für den Beruf zu erhalten („*Der Pflegeberuf hat einen sehr schlechten öffentlichen Ruf, wenig Würdigung und ein falsches öffentliches Bild. Das macht den Beruf nicht attraktiv für junge Menschen*“). Insbesondere sei das Thema Tod ein Tabu in der Gesellschaft, weshalb sich die Heime in eine schwierige Rolle gedrängt sehen („*Heim als Ort, aus dem man nicht mehr raus kommt. Das wird der Pflege angelastet, ist aber natürlich*“). Durch die Medien verbreitete „Skandale“ in Pflegeheimen, die vor allem Gewalt an Bewohnerinnen und Bewohner betreffen, würden das Bild des Pflegeberufes umso mehr in ein negatives Licht gerückt werden.

Entlohnung

Unzureichende Bezahlung wurde von mehreren Interviewpartnern als ein negativer Aspekt des Pflege- und Betreuungsberufes geschildert. Der steigende Arbeitsaufwand würde nicht adäquat entlohnt werden („*Bessere Vergütung für immer mehr Arbeitsaufwand wäre endlich angebracht*“).

6.17 Arbeitsumgebung

Arbeitsmittel

Benötigte (technische) Hilfsmittel werden vielfach zur Verfügung gestellt und vom Pflege- und Betreuungspersonal in Anspruch genommen. Zudem berichten Mitarbeitende, dass sie auf die Unterstützung von Kolleginnen und Kollegen bei körperlich schwerer Arbeit zurückgreifen können. Vereinzelt wurden Sparmaßnahmen beklagt (z.B. schlechte Qualität von Arbeitsmitteln oder eingeschränkte Verfügbarkeit), die entweder auf gesundheitliche Kosten der Pflege- und Betreuungskräfte oder der Bewohnerinnen und Bewohner gehe („*Die Abwägung Wohl der Bewohnerin bzw. des Bewohners versus Kostenreduzierung geht zulasten des Bewohnerwohls*“ / „*Wir haben ein Budget pro Tag pro Bewohnerin bzw. Bewohner für Einlagen und diese müssen wir jetzt abzählen.*“)

Arbeitsumgebung

Zum Thema Arbeitsumgebung wurde vereinzelt von einem hohen Lärmpegel und schlechten Lichtverhältnissen berichtet („Viel Lärm und Gewusel, sodass man sich nicht auf die Bewohnerinnen und Bewohner konzentrieren kann.“ / „Die Lichtverhältnisse im Haus sind sehr schlecht.“). Andere wiederum beschrieben ihre Arbeitsumgebung positiv („Wir haben einen schönen großen Garten und eine lichtdurchflutete Eingangshalle als Gemeinschaftshalle.“).

EDV

Die EDV wurde mehrfach als langsam, mühsam und zeitraubend beschrieben. Zum Teil seien die Programme auch störanfällig und besonders die Umstellung auf (neue) Programme oder die Dienstübergabe koste Zeit, die nicht angemessen eingeplant werde. Nur eine DGKP bestätigte, dass sie gut mit der Software zurechtkomme.

6.18 Beanspruchung

Arbeitszufriedenheit

Ein Teil der Befragten berichteten, dass sie mit ihrer Arbeit zufrieden seien und gerne zur Arbeit gingen, andere gaben an, dass sie den Beruf nicht bis zur Pension ausüben möchten oder jetzt schon eine neue berufliche Herausforderung suchen würden. Von Seiten der Heimleitungen wurde bemerkt, dass viele Mitarbeitende unzufrieden seien u.a. durch die fehlende Anerkennung („*Personal erwartet viel mehr Dankbarkeit und fühlt sich immer als arm und zurückgestellt.*“ / „*Mehr Jammern als in der Pflege gibt es nicht.*“). Eine Krankenschwester nannte die gewandelte Rolle von DGKP und veränderte Motive von jungen im Vergleich zu älteren DGKP als möglichen Grund für Arbeitszufriedenheit („*Ich brauche den menschlichen Kontakt, viele junge Leute machen den Beruf oft aus anderen Gründen, z.B. sicherer Job, Verdienst, das wäre mir aber zu wenig.*“). Um Unzufriedenheit abzufangen berichtete eine Heimleitung von der Einführung eines Postkastens für anonyme Anregungen, die in den monatlichen Teamsitzungen besprochen werden würden („*Wir müssen in Personal investieren, dann geht es auch den Bewohnern gut.*“).

Wohl der MA

Das Wohl der Mitarbeitenden sei ein integraler Bestandteil der Pflege, denn nur wenn es ihnen gut gehe, dann gehe es auch den Menschen im Alter gut („*Als Heimleitung oder Pflegedienstleitung zuerst auf Mitarbeitende schauen, dann geht es auch den Bewohnerinnen und Bewohnern gut.*“). Führung ist dabei ein wichtiges Thema, denn mitarbeiterorientierte Führung wirkt sich wie eine positive Wirkkette von der Heimleitung, über die Stationsleitung auf das Personal und schließlich auf die Bewohnerinnen und Bewohner aus.

Körperliche und psychische Fehlbelastungen

Mehrfach wurde berichtet, dass die körperlichen Belastungen der Pflgetätigkeit dank neuer technischer Hilfsmittel, wie z.B. Hebehilfen, rückläufig und gut zu bewältigen seien. Auch ein Belastungswandel wurde beschrieben: War früher die körperliche Belastung maßgeblich, so sei es heute die psychische Belastung. Der Tod der Bewohnerinnen und Bewohner und die Sterbebegleitung wurden häufig als psychisch besonders belastend geschildert, da viele Mitarbeitende eine enge Bindung zu ebenjenen entwickelten. Häufig bliebe keine Zeit zum Abschied oder zur Trauerarbeit. Entsprechend schwierig gestalte es sich für viele Mitarbeitende sich von den belastenden Ereignissen in den Heimen abzugrenzen. Viele berichteten, es sei schwierig die richtige Balance zwischen Zuwendung und

Abgrenzung zu finden. Immerhin wolle man „*mitfühlen, aber nicht mitleiden*“. Mancher erläuterte, dass man mit der Zeit abstumpfe und sich in sich zurückziehe.

Weitere psychische Belastungen waren ein hoher Verantwortungsdruck von DGKP sowie hohe Selbstansprüche, welchen man nicht gerecht werden könne („*Ich kann nicht erreichen, was ich eigentlich will*“). Um den Erwartungen an sich selbst doch genügen zu können, berichteten Einige freiwillig Überstunden in Kauf zu nehmen. Einzelne schilderten allgemeiner die Gefahr einer Selbstausbeutung als Folge der Erwartungshaltung und der Unmöglichkeit dieser gerecht zu werden.

Es wurde berichtet, dass manche Angehörige Schuldgefühle und Gewissenskonflikte gegenüber ihren pflegebedürftigen Verwandten auf den Rücken der Pflege- und Betreuungskräfte austragen würden, in dem sie besonders hohe Anspruchshaltungen hätten. Dies wurde als belastend erlebt (siehe Angehörigenbetreuung).

Als psychisch belastend wurden zudem demente und psychisch kranke Pflegebedürftige, und die vielfachen kleineren Unannehmlichkeiten („*daily hassles*“), wie zum Beispiel die Einhaltung der zahlreichen Hygienevorschriften, beschrieben.

Der Wunsch nach Unterstützung bei der Bewältigung der angeführten psychischen Belastungen in Form einer Supervision wurde mehrmals ausgesprochen. Allerdings müsse diese leistbar sein. Heimleitungen bemerkten hingegen, dass entsprechende Angebote nicht genutzt würden.

6.19 Bewohnerinnen und Bewohner unter 60 Jahren im Alten- und Pflegeheim

In 13 Heimen waren aus verschiedenen Gründen jüngere Bewohnerinnen und Bewohner mit einem Alter unter 60 Jahren untergebracht (vgl. Abschnitt 3.1). Auf diese Fälle angesprochen, zeigten die Heimleitungen, dass sie sich der besonderen Bedingungen einer Unterbringung von jüngeren Personen im Heim bewusst waren und orientierten sich in ihren Entscheidungen erstrangig am Wohl dieser Menschen. In manchen dieser Fälle wurde die Unterbringung im Heim von den Betroffenen selbst gewünscht, etwa um weiter in die Dorfgemeinschaft integriert zu sein, um Zugang zu adäquater pflegerischer Versorgung zu haben oder um soziale Isolation zu überwinden. Wo Pflegestufen zu gering für eine Aufnahme ins Heim waren, wurde dies von der Bezirkshauptmannschaft genehmigt (soziale Indikation). In anderen Fällen wünschten die Betroffenen eine anderweitige Unterbringung, was aber aus verschiedenen Gründen nicht möglich war (keine Institutionen im Bundesland für junge Vollpflegefälle aufgrund geringer Fallzahlen; Härtefallregelung für Aufnahme ins Landespflegeheim nicht greifend; Unterbringung im Behindertenheim nur bis zu bestimmtem Pflegeaufwand möglich; Unterbringung zu Hause nicht mehr möglich, da Wohnung anderweitig vermietet). Wo die Pflegebedürftigen mit ihrer Unterbringung unzufrieden waren, hatten die Heimleitungen durchgängig verschiedene alternative Lösungen gesucht oder waren noch auf der Suche (mit offenem Ausgang).

7 Diskussion

Die vorliegende Studie hatte zum Ziel, eine arbeitswissenschaftlich fundierte Argumentationsgrundlage zu schaffen für einen Orientierungsrahmen für Mindestparameter in der stationären Langzeitpflege. Dabei galt zu klären, mit welchen unterschiedlichen Aufgaben (Teiltätigkeiten) die Berufsgruppen konfrontiert sind, wie häufig diese Teiltätigkeiten im Alltag vorkommen und welche Anteile an der Gesamttätigkeit sie einnehmen. Im Rahmen von psychologischen Arbeitsbeobachtungen von 81 Pflege- und Betreuungskräften aus vier Berufsgruppen (DGKP, FSBA/DSBA, PA, HH), verteilt über 18 Einrichtungen der stationären Langzeitpflege (zwei je Bundesland), wurden insgesamt 6.203 Episoden registriert. 47 verschiedene Teiltätigkeiten konnten identifiziert werden, die hinsichtlich Häufigkeit und Dauer charakterisiert wurden. Diese Teiltätigkeiten wurden ferner hinsichtlich verschiedener Kriterien aggregiert, um den Arbeitsalltag der beobachteten Berufsgruppen quantitativ und qualitativ zu konkretisieren und die Berufsgruppen miteinander zu vergleichen. Ergänzend wurden 82 Interviews mit beobachteten Personen und Führungskräften geführt, die mittels qualitativer Inhaltsanalysen zu 19 Themenbereichen reduziert wurden. Diese Aussagen zu diesen Themenbereichen geben die Handlungsfelder aus Sicht der Beschäftigten verdichtet wieder. Umfassende Angaben zu den beobachteten Heimen vervollständigen das Bild der Arbeit in der stationären Langzeitpflege. Nachfolgend werden die wesentlichen Erkenntnisse der Studie in verdichteter Form zusammengefasst.

7.1 Berufsgruppen im Vergleich

Zusammenfassung der berufsgruppenspezifischen Tätigkeitsprofile

Die berufsgruppenspezifischen Auswertungen lassen sich zu Tätigkeitsprofilen zusammenfassen. So machten bei DGKP organisierende Tätigkeiten im Vergleich mit den übrigen Berufsgruppen den relativ größten Anteil (26%) der Gesamtarbeitszeit aus. Da diese organisierenden Tätigkeiten meist im Austausch mit anderen geschehen, war bei ihnen im Berufsgruppenvergleich sowohl der höchste Anteil an personenbezogenen Tätigkeiten mit Koproduktion (28%), als auch der geringste Anteil an objektbezogenen Tätigkeiten zu beobachten (32%). In Bezug auf bewohnernahe bzw. -ferne Tätigkeiten hielten sich beide Bereiche die Waage (je 48%; 4% gemischte Tätigkeiten). Hinsichtlich der Regulationsanforderungen zeigte sich bei DGKP im Vergleich mit den übrigen Berufsgruppen noch das variabelste Bild im Sinne unterschiedlicher Regulationsphasen (insbesondere mit vergleichsweise hohen Anteilen vorbereitender Tätigkeiten; 28%) und Regulationsebenen (mit ausgeglichenen Anteilen automatisiert-wissensbasierter bzw. rein wissensbasierter Regulation; 48% vs. 44%). Dennoch war auch bei DGKP eine Dominanz ausführender Tätigkeitsphasen (59%) und ein Mangel an intellektuellen Regulationsanforderungen (8%) festzustellen.

Die Tätigkeiten von FSBA/DSBA und PA wiesen deutliche Ähnlichkeiten auf. So arbeiteten FSBA/DSBA und PA überwiegend im Bereich der Pflege und Betreuung (60% bzw. 62% ihrer Gesamtarbeitszeit). Auch das Verhältnis von objekt- und personenbezogenen Tätigkeiten lag bei beiden Berufsgruppen bei etwa 40:60, wobei FSBA/DSBA nur minimal mehr personenbezogene Tätigkeiten als PA ausführten (21% vs. 18%). Mehr als die Hälfte der Gesamtarbeitszeit beider Berufsgruppen entfiel auf bewohnernahe Tätigkeiten, wobei PA etwas länger Tätigkeiten am Bewohner ausführten (59% vs. 54%). Der Anteil der rein bewohnerfernen Tätigkeiten war dagegen bei FSBA/DSBA größer als bei PA (41% vs. 33%). Die Tätigkeit von FSBA/DSBA und PA war stark durch ausführende Tätigkeitsphasen gekennzeichnet (71% vs. 76%) mit geringen Anteilen vorbereitender (19% vs. 14%) oder kontrollierender Phasen (10% vs. 9%). Unterschiede waren bei den Regulationsebenen festzustellen: während PA überwiegend automatisiert-wissensbasierte Regulationsanforderungen

bewältigten (69%) mit geringeren Anteilen rein wissensbasierter Regulation (29%), war dieses Verhältnis bei FSBA/DSBA ausgeglichener (55% vs. 42%). Beide Berufsgruppen wurden selten mit intellektuellen Regulationsanforderungen konfrontiert (3% vs. 2%).

Bei Heimhilfen machten hauswirtschaftliche Tätigkeiten den größten Anteil (52%) aus, und zwar sowohl im Vergleich mit den anderen Berufsgruppen als auch im Vergleich mit anderen Tätigkeitsklassen innerhalb ihrer Berufsgruppe. Auch medizinische Tätigkeiten (Vitalzeichenkontrolle und Medikamentenverabreichung) wurden vereinzelt von HH durchgeführt, obwohl diese nicht für derartige Tätigkeiten qualifiziert sind. Drei Viertel der Arbeitszeit von HH bestanden aus objektbezogenen Tätigkeiten. HH arbeiteten überwiegend bewohnerfern (43% der Gesamtarbeitszeit) und weniger als ein Drittel der Zeit (30%) an Bewohnerinnen und Bewohnern; jedoch machten gemischte Tätigkeiten (bei denen die Anwesenheit eines Bewohners oder einer Bewohnerin erforderlich sein kann) einen fast ebenso großen Anteil aus (27%). Die Regulationsanforderungen von HH zeichneten im Vergleich mit den übrigen Berufsgruppen das unausgewogenste Bild. 84% der Gesamtarbeitszeit wurde für rein ausführende Tätigkeitsphasen verwendet, vorbereitende Phasen machten 14% aus, kontrollierende Phasen gar nur 2%. Dementsprechend einseitige Regulationsanforderungen waren zu beobachten (zu zwei Dritteln automatisiert-wissensbasiert, zu einem Drittel rein wissensbasiert). Weniger als 1% intellektuelle Anforderungen wurden beobachtet.

Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Tätigkeitsprofilen

Wie erwartet, zeigen sich in den Beobachtungen Schwerpunkte der berufsrechtlichen Kompetenzbereiche: DGKP waren mehr als alle anderen Berufsgruppen mit organisierenden Tätigkeiten beschäftigt, FSBA/DSBA und PA waren hauptsächlich in Pflege und Betreuung tätig und HH überwiegend mit hauswirtschaftlichen Tätigkeiten befasst. Daneben wurde jedoch auch eine Reihe von bemerkenswerten Unterschieden und Gemeinsamkeiten beobachtet.

Zum einen wendeten alle Berufsgruppen etwa ein Siebtel bis ein Viertel ihrer Gesamtarbeitszeit für organisierende Tätigkeiten auf. Aufgrund des ständigen Zeitdrucks stellt sich hier die Frage nach dem Aufwand und der Angemessenheit vieler organisierender Tätigkeiten. Damit zusammenhängend kann auch der Befund genannt werden, dass es – bei allen Unterschieden – auch viele fragwürdige Gemeinsamkeiten zwischen den Berufsgruppen gab. So wendeten DGKP 8% ihrer Gesamtarbeitszeit für hauswirtschaftliche Tätigkeiten auf, bei FSBA/DSBA und PA war es etwa doppelt so viel Zeit (14% bzw. 17%). Auch wenn viele hauswirtschaftliche Tätigkeiten Hand in Hand mit pflegerischen Tätigkeiten gehen, stellt sich dennoch die Frage, ob die Berufsgruppen ihren Kompetenzen entsprechend eingesetzt werden.

Teilweise konnten in den Beobachtungen der Tätigkeiten verschiedener Berufsgruppen – trotz unterschiedlicher Kompetenzen – nur geringe Unterschiede festgestellt werden. Am deutlichsten zeigte sich dies an den wenig unterschiedlichen Tätigkeitsprofilen von FSBA/DSBA und PA. Obwohl auch Unterschiede im Bereich der Betreuung festgestellt wurden (vgl. Abschnitt zu Sozialbetreuungsberufen weiter unten), weisen die Ähnlichkeiten auf eine eher geringe Berücksichtigung der spezifischen betreuenden Kernkompetenzen von FSBA/DSBA hin. Da die Ausbildung zur FSBA die Ausbildung zur PA beinhaltet, wurden FSBA/DSBA häufig ganz genauso wie PA in der Pflege eingesetzt, ggf. ergänzt um ein (meist geringes) Betreuungscontingent. Eine überwiegende oder gar reine Anstellung von FSBA/DSBA zur Betreuung war die Ausnahme. Diese bedauerliche Entwicklung wird weiter unten im Abschnitt zu den Sozialbetreuungsberufen gesondert aufgegriffen.

Körperliche Belastungen

Körperliche Belastungen, die nicht beeinträchtigungsfrei ausgeführt werden konnten (d.h. körperliche Fehlbelastungen), wurden relativ selten beobachtet, lediglich bei FSBA/DSBA trat dies bei etwa einer von sieben beobachteten Episoden auf (16%; übrige Berufsgruppen 7-9%). In fast allen Fällen wurde bestätigt, dass es Unterstützungsmöglichkeiten durch Kollegen oder Kolleginnen gebe und auch technische Hilfsmittel zur Verfügung stünden. Auch wenn die Arbeitenden sich durchgängig sensibilisiert für körperliche Fehlbelastungen (meist kurzes Heben von Bewohnerinnen oder Bewohnern) zeigten, wurden diese punktuell dennoch in Kauf genommen und auf Nachfrage meist mit bestehendem Zeitdruck begründet.

7.2 Stellenwert der Betreuung

Betreuung, Interaktion und Kommunikation

Um den Bewohnerinnen und Bewohnern von Einrichtungen der stationären Langzeitpflege ein Altern in Würde zu ermöglichen, ist die adäquate pflegerische Versorgung gemäß der Maxime „warm, satt, sauber“ nicht ausreichend. Vielmehr kommt guten zwischenmenschlichen Beziehungen zu Pflegenden, Angehörigen und anderen Personen (z.B. ehrenamtlichen Mitarbeitern) eine zentrale Bedeutung zu, wenn es um die Beurteilung der Lebensqualität seitens der Bewohnerinnen und Bewohner geht.

Die überragende Bedeutung von Interaktion und Kommunikation in den Einrichtungen zeigt sich auch in den Ergebnissen dieser Studie. So enthielten 70% aller beobachteten Episoden kommunikative Aspekte, d.h. verbale und nonverbale Interaktionen begleiteten einen Großteil der Tätigkeit aller untersuchten Berufsgruppen. Bei der Charakterisierung dieser interaktionalen Anforderungen zeigten sich berufsgruppenübergreifend sehr ähnliche Ergebnisse. Interaktionen wurden meist (bei 75%-85% aller Interaktionsepisoden) von den Pflegenden selbst initiiert, selten (bei 5%-10% aller Interaktionsepisoden) von den Bewohnerinnen und Bewohnern. Während etwa ein Zehntel aller Interaktionsepisoden von FSBA/DSBA und PA durch Kollegen oder Kolleginnen initiiert wurde, lag dieser Anteil höher bei DGKP (16%, inhaltlich vermehrt Nachfragen oder Rückmeldungen umfassend) und auch bei HH (17%, inhaltlich vorwiegend Bitten und Anweisungen umfassend). Beinahe alle Interaktionen geschahen wechselseitig, d.h. mit verbalem oder nonverbalem Austausch von Signalen. Etwa zwei Drittel aller Interaktionen hatten rein verrichtungsbezogene Inhalte und in etwa einem Viertel aller Interaktionen wurden gemischte Interaktionen mit verrichtungsbezogenen und sozioemotionalen Anteilen beobachtet. Rein sozioemotionale Inhalte wurden bei weniger als 10% aller Interaktionen von DGKP, FSBA/DSBA und PA beobachtet – lediglich die Interaktionen von HH wiesen mit 18% einen höheren Anteil sozioemotionaler Inhalte auf. Störungen traten in etwa 10% aller Interaktionsepisoden auf, die überwiegend durch andere Kollegen oder Kolleginnen (telefonisch oder persönlich) geschahen (74% bis 91%).

Die gegenseitige Bezugnahme zwischen Pflegenden und Bewohnerinnen und Bewohnern war durchgängig von freundlich-respektvollem (bei 85% bis 98% aller Episoden) oder gar besonders einfühlsamem Umgang (bei 1% bis 15% aller Interaktionen) geprägt. FSBA/DSBA bezogen sich häufiger als die übrigen Berufsgruppen auf besonders einfühlsame Weise auf Bewohnerinnen und Bewohner (bei 15% aller Interaktionen). Respektlose Interaktionen seitens der Pflegenden wurden gar nicht, seitens der Bewohnerinnen und Bewohner nur sehr vereinzelt beobachtet. Die Interaktionen liefen fast ausschließlich reibungslos ab, sodass das intendierte Ziel der Episode erreicht werden konnte. Auch wenn diese Ergebnisse sicherlich durch die Beobachtungen selbst in Richtung sozial erwünschter Verhaltensweisen verzerrt sind, charakterisieren sie Interaktionen als wesentliches Arbeitsmittel der Pflegenden, das diese situationsadäquat und effektiv einzusetzen wissen. Aufgrund der

Verzerrungstendenzen ist ferner nicht davon auszugehen, dass Interaktionen in der stationären Langzeitpflege immer problemlos ablaufen. Jedoch zeigen die sehr überwiegend respektvoll-positiv verlaufenden Interaktionen ein hohes Maß an Kompetenz der Pflegenden, ihre eigenen Emotionen situationsangemessen zu steuern (sog. Emotionsarbeit; Hochschild, 1979), und dadurch auch die Emotionen der Bewohnerinnen und Bewohner erfolgreich im Dienste der Haupttätigkeit zu regulieren (sog. Gefühlsarbeit; Strauss, Farahaugh, Suczec & Wiener, 1980).

Selbst erlebte Gefühle mit den für die erfolgreiche Bewältigung der Situation erforderlichen Gefühlen in Einklang zu bringen und diese zu zeigen, stellt hohe Anforderungen an die individuelle Selbstregulation. Gelingende Emotions- und Gefühlsarbeit kann positive Folgen haben wie die Steigerung von Bewohner- und Bewohnerinnenwohl, Arbeitszufriedenheit und Sinnerleben, während das Misslingen negative Konsequenzen wie verminderte Qualität der Beziehungen zu Bewohnerinnen und Bewohnern und Burnouterleben haben kann (Dutton, Workman & Hardin, 2014; Zapf, 2002). Nach dem „Detached Concern“-Konzept kann erfolgreiche Emotionsregulation als Ergebnis des stetigen Ausbalancierens von emotionaler Anteilnahme und Abgrenzung auf hohem Niveau gesehen werden (Lampert & Glaser, 2016). Aufgrund des Fokus der Studie, die Gesamttätigkeit der Berufsgruppen zu untersuchen, konnten Aspekte der Emotions- und Gefühlsarbeit nicht oder nur ansatzweise in Interviews berücksichtigt werden. Gleichwohl stellen Untersuchungen und Interventionen auf diesem Gebiet eine lohnende Investition dar – ist es doch offensichtlich, dass das Ge- oder Misslingen dieser Arbeit die Wahrnehmung sowohl von Pflegenden hinsichtlich einer erfolgreichen und erfüllenden Tätigkeit, als auch von Bewohnerinnen und Bewohnern hinsichtlich ihrer Beziehungs- und Lebensqualität wesentlich mitbestimmt.

Sozialbetreuungsberufe in der stationären Langzeitpflege

Bei der Beziehungs- und Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner ist das Ausmaß von Betreuung ein entscheidender Faktor. In der Studie zeigt sich, dass nur 5% der gesamten Arbeitszeit von DGKP aus betreuenden Tätigkeiten bestand, bei PA waren dies 9%, bei FSBA/DSBA 13% und bei HH überraschenderweise 20%. Betreuende Tätigkeiten wurden dennoch zum größten Teil von FSBA/DSBA und PA geleistet (78% der rein betreuenden Tätigkeiten und 74% der teilweise betreuenden Tätigkeiten entfielen auf diese beiden Berufsgruppen). Interessanterweise übernahmen FSBA/DSBA weniger teilweise betreuende Tätigkeiten als PA (32% weniger) und nur geringfügig mehr rein betreuende Tätigkeiten (2% mehr), obwohl die Betreuung zu den Kernkompetenzen von FSBA/DSBA gehört.

Unterschiede im Bereich der Betreuung zwischen FSBA/DSBA von PA zeigten sich dennoch, etwa bei spezifischen Schwerpunkten in verschiedenen Formen der Betreuung. Während PA besonders große Anteile bei der vorwiegend dyadischen, unterstützenden Zuwendung sowie der Anwendung spezieller Methoden hatten, waren FSBA/DSBA am meisten gefragt bei Unterstützung in Krisensituationen und gruppenorientierter, aktivierender Zuwendung. Dies zeigt, dass FSBA/DSBA ihre Kompetenzen besonders in schwierigen zwischenmenschlichen Situationen und bei der Durchführung von Aktivierungsprogrammen für Gruppen anwenden können. Dass PA bei dyadischer Zuwendung stärker vertreten waren, kann teilweise der Tatsache geschuldet sein, dass sie häufiger Gelegenheit dazu haben, weil sie im Rahmen der Pflege intensiven persönlichen Kontakt mit einzelnen Bewohnerinnen und Bewohnern haben (vgl. bewohnernahe Tätigkeiten der Berufsgruppen in Abbildung 17).

In diesem Zusammenhang ist auf die Kompetenzunterschiede hinzuweisen, die letztlich der längeren Ausbildungsdauer und des Ausbildungsschwerpunktes von FSBA/DSBA zuzuschreiben sind. Neben den pflegerischen Kompetenzen, die im Zuge der grundlegenden einjährigen Pflegeausbildung erworben werden, zählt zum Kompetenzbereich der FSBA/DSBA ein eigenverantwortlicher Bereich (Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern über Sozialbetreuungsberufe, BGBl. I 55/2005, Anlage 1). Dieser besteht in der möglichst umfassenden

Begleitung, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen, einzeln oder in Gruppen, abgestimmt auf ihren Bedarf und gestützt auf wissenschaftliche Erkenntnisse. Ihre Betreuungskompetenzen können FSBA/DSBA in der Praxis jedoch häufig nicht richtig anwenden, da sie oft nur wenig spezifisch für betreuende Tätigkeiten eingesetzt werden. Dies ist auch an der gängigen Praxis in vielen Pflegeeinrichtungen zu erkennen, FSBA/DSBA und PA hinsichtlich Aufgabenbereich und Entlohnung gleichwertig zu behandeln. Zum Teil schlagen sich FSBA und DSBA gar nicht erst in der Personalausstattung nieder. Beispielsweise waren in den Häusern in Wien und Steiermark zum Zeitpunkt der Datenerhebung (mit Ausnahme einer FSBA in TZ), trotz Ausbildungsangebot in beiden Bundesländern, weder FSBA noch DSBA angestellt und konnten somit nicht in den Beobachtungen berücksichtigt werden. Der qualifikationsunspezifische Einsatz der Sozialbetreuungsberufe ist wiederum nicht den Heimleitungen anzulasten, denen durch enge personelle Vorgaben kaum Spielräume ermöglicht werden, sondern ist als systeminhärentes Problem zu betrachten. Auch die spärlich vorzufindenden DSBA, die aus finanziellen Gründen oft nur als FSBA angestellt werden können, zeigt dies auf (von fünf beobachteten Personen mit einer Ausbildung zur DSBA waren drei als solche angestellt, eine als FSBA und eine als PA). So bleibt die eigentlich höherwertige Ausbildung zur DSBA/FSBA für viele Mitarbeitenden ein „Privatvergnügen“, die sich oft weder finanziell noch im Kompetenzbereich niederschlägt.

Die generell geringe Bedeutung, die der Betreuung im Personalschlüssel beigemessen wird, wurde auch in Interviews bemängelt. Durch Zeit- und Personalmangel werden betreuende Tätigkeiten wie z.B. emotionale Zuwendung und Validationsarbeit in den Hintergrund gedrängt, da deren Nichterledigung nicht die gleichen unmittelbaren Konsequenzen mit sich bringt wie die Nichterledigung von pflegerischen Tätigkeiten wie z.B. Körperhygiene. Betreuende Tätigkeiten sind in dieser Hinsicht gewissermaßen das „erste Opfer“ mangelnder zeitlicher und personeller Ressourcen. Die Pflegenden können betreuende Arbeit oft gar nicht oder nur „nebenher“ und zulasten der zwischenmenschlichen Beziehungs- und Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner leisten. In der Folge werden Bewohner unruhiger und fordern Aufmerksamkeit durch vermehrtes Betätigen der Glocke ein, was für Pflegende unnötige Unterbrechungen und Zusatzaufwand bedeutet. Auch der steigende Anteil demenzieller Erkrankungen unter den Bewohnerinnen und Bewohnern signalisiert für sich genommen schon einen steigenden Betreuungsbedarf dieser phasenweise sehr aktiven, desorientierten Personen. In den Interviews wurde außerdem erhöhter Medikamentenkonsum mit geringer Betreuung in Verbindung gebracht, was als ärztlich vermittelte Bewältigung mangelhaften emotionalen Kontakts gesehen werden kann.

Insgesamt kann gesagt werden, dass der in Heimen häufig anzutreffende Mangel an zeitlichen Ressourcen der Mitarbeitenden einer adäquaten Betreuungsleistung wenig zuträglich ist. Die Förderung der Kommunikation mit und auch zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern ist ein wichtiges Mittel, um dem Abbau von kognitiven und körperlichen Kompetenzen (z.B. Gedächtnis, Sinneseinschränkungen) sowie sozialer Isolation und Vereinsamung entgegenzuwirken. Laut Pflegefondgesetz § 3a Abs. 7 haben die Länder darauf hinzuwirken, dass stationären Einrichtungen über Qualitätssicherungssysteme verfügen und deren Anteil im Jahr 2021 einen Zielwert von min. 50% erreicht. Das Ziel des Gesetzgebers, die Zahl der mit Qualitätssicherungssystemen ausgestatteten Häuser in den Bundesländern zu erhöhen und damit die individuelle Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner über die Erfüllung gesetzlicher Voraussetzungen hinaus zu erhöhen, erfordert die Bereitstellung von mehr personellen Ressourcen. Ein konzeptgeleitetes Wechselspiel von Fördern und Fordern durch ausgebildete Betreuungsberufe ist vor diesem Hintergrund umso wichtiger.

7.3 Arbeitspsychologische Bewertung

Ein differenziertes Modell zur Bewertung von Arbeitstätigkeiten (Hacker & Richter, 1980; Ulich, 2011) geht von vier hierarchisch gegliederten Bewertungsebenen aus. Diese reichen von *Ausführbarkeit* (d.h. forderungsgerechtes, langfristiges Ausführen der Tätigkeit) auf der untersten Ebene über *Schädigungslosigkeit* (d.h. Ausführbarkeit ohne Gesundheitsschädigungen) und *Beeinträchtigungsfreiheit* (d.h. Ausführbarkeit ohne Befindensbeeinträchtigungen und Leistungsminderungen) bis zur *Persönlichkeitsförderlichkeit* (d.h. Erhaltung und Weiterentwicklung von Fähigkeiten und Fertigkeiten) auf der obersten Ebene. Dabei schließen die höheren Stufen niedrigere Stufen ein und stellen zunehmend höhere Anforderungen an die Arbeitsgestaltung.

Bei den in dieser Studie beobachteten Tätigkeiten war die Ausführbarkeit ausnahmslos gegeben. Die Schädigungslosigkeit kann mit Ausnahme der beobachteten körperlichen Fehlbelastungen ebenfalls als gegeben angenommen werden. Je nach Häufigkeit des Auftretens körperlicher Fehlbelastungen sind mittel- und langfristige Gesundheitsschädigungen nicht auszuschließen. Das Kriterium der Beeinträchtigungsfreiheit schließt psychische und psychosoziale Belastungen ein, denen im Zuge des fundamentalen Belastungswandels in der Arbeitswelt (von physischen hin zu psychischen Belastungen) eine besondere Bedeutung zukommt. Die Tätigkeit aller vier Berufsgruppen ist durch vielfältige finanzielle, personelle und organisatorische Einschränkungen und Engpässe gekennzeichnet. Zusätzlich stellt die Tätigkeit hohe emotionale Anforderungen an die Arbeitenden. Pflegende finden sich im Österreichischen Arbeitsgesundheitsmonitor unter den Berufsgruppen mit der höchsten gesundheitlichen Belastung (Institut für empirische Sozialforschung, 2014) und Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen wiesen im gesamten Beobachtungszeitraum des Arbeitsklima Index (2008-2017) höheren psychischen Stress auf als die Gesamtbevölkerung (AK Oberösterreich, 2018). Daraus resultiert ein im Vergleich mit anderen Berufsgruppen erhöhtes Erkrankungsrisiko für Arbeitende in pflegerischen Berufen: So wiesen Mitarbeitende im Krankenpflegedienst 2015 die höchsten Krankenstände der Bundesbediensteten auf (Bundeskanzleramt, 2016). Angesichts dieser empirischen Befunde kann die Beeinträchtigungsfreiheit bestenfalls als teilweise gegeben angesehen werden. Dementsprechend kann das darauf aufbauende Kriterium der Persönlichkeitsförderlichkeit nur als punktuell erfüllt gelten.

Dem Konzept vollständiger Tätigkeiten als Grundlage für langfristige Persönlichkeits- und Kompetenzentwicklung, Gesundheit und Arbeitsfähigkeit folgend, sollte die Gesamttätigkeit wechselnde Anforderungen auf allen Regulationsphasen (vorbereitend, ausführend, kontrollierend) und allen Regulationsebenen (automatisiert, wissensbasiert, intellektuell) bieten. **Aus arbeitspsychologischer Sicht muss über alle Berufsgruppen hinweg ein Mangel an intellektuellen Regulationsanforderungen festgestellt werden**, der zwar bei DGKP mit einem Anteil von 8% an der Gesamtarbeitszeit noch am höchsten, aber auch dort sehr gering ausfiel. Automatisiert-wissensbasierte Regulationsebenen waren über alle Berufsgruppen hinweg am stärksten vertreten. Damit zusammenhängend zeigte sich bei allen Berufsgruppen eine starke Dominanz rein ausführender Tätigkeiten; vorbereitende und kontrollierende Elemente waren in der Minderheit.

Im Vergleich der Berufsgruppen wies die Tätigkeit von DGKP die größte Variabilität bei Regulationsebenen und -phasen auf und kann damit am ehesten als vollständig im arbeitspsychologischen Sinn bezeichnet werden. Von FSBA/DSBA über PA hin zu HH zeigte sich hingegen eine zunehmend einseitige Belastung der Arbeitenden durch rein ausführende, automatisiert-wissensbasierte Tätigkeiten mit wenig Möglichkeiten zu vorbereitenden oder kontrollierenden Tätigkeiten oder intellektuellen Anforderungen. Aus arbeitspsychologischer Perspektive ergibt die Reihung der Berufe „DGKP → FSBA/DSBA → PA → HH“ somit eine Rangfolge von größerer hin zu geringerer Kompetenz- und Gesundheitsförderlichkeit.

Es stellt sich ferner die Frage, ob die von den Berufsgruppen sehr erwünschte Professionalisierung mit spezifischen Tätigkeitszuschnitten nicht auch einer gewissen Einseitigkeit bei den Tätigkeiten (= Partialisierung) Vorschub leistet. Dies könnte dann der Fall sein, wenn Professionalisierung die erneute Einführung der Trennung von Kopf- und Handarbeit bedeutet. Wird die Pflege also künftig so organisiert, dass wenige DGKP als „teure“ Managerinnen und Manager einer großen Zahl von kostengünstigeren, weil „ausführenden“ Berufsgruppen gegenübergestellt werden, kann tatsächlich von einem Spannungsfeld zwischen Professionalisierung und Partialisierung gesprochen werden. Dies ist jedoch keine zwangsläufige Entwicklung. Durch die Anwendung erprobter Konzepte, z.B. der Aufgabenanreicherung um vorbereitende und kontrollierende Elemente mit Denk- und Planungsanforderungen, können auch in bestehenden Arbeitssystemen Tätigkeiten vollständiger gestaltet werden.

In diesem Zusammenhang sei auf den mit der GuKG-Novelle 2016 eingeführten Beruf der Pflegefachassistenz (PFA) mit (im Vergleich zur PA; vgl. § 83a GuKG) vertiefenden und erweiterten Qualifikationen und Befugnissen zur Entlastung des gehobenen Dienstes sowie der Ärztinnen und Ärzte hingewiesen. Die Implementierung der neuen Berufsgruppe birgt die Gefahr der Reduktion der DGKP aus Kostengründen. PFA erwerben während ihrer zweijährigen Ausbildung Qualifikationen zur eigenverantwortlichen Durchführung von Tätigkeiten gem. §14 und §15 GuKG (z.B. Legen und Entfernen nasogastralen Sonden, Setzen und Entfernen transurethralen Kathetern) auf Anordnung und ohne Aufsicht. Der Kompetenzbereich der PFA ist aufgrund der um ein Jahr längeren Ausbildungsdauer breiter als der Kompetenzbereich der PA, entspricht jedoch nicht dem Gesamt-tätigkeits- und Befugnisbereich der DGKP, welche eine dreijährige (seit der GuKG-Novelle 2016 flächendeckend tertiäre) Ausbildung absolvieren müssen. Die Personalkosten für PFA sind demnach geringer als die für DGKP, weshalb die Befürchtung laut wird, DGKP durch PFA aus Kostengründen zu ersetzen. Laut AK Steiermark (2016) befürchten Kritiker, dass der gehobene Dienst erheblich von den schlechter bezahlten PFA abgelöst wird.

Dies könnte insbesondere aufgrund der Gefahr der Verstärkung der Kompetenzschwierigkeiten und der Kompetenzüberschreitungen ein Problem darstellen und die Pflege- und Versorgungsqualität mindern. Auch in dieser Studie wurden Kompetenzüberschreitungen festgestellt. Die Ausführung von Tätigkeiten, die über dem eigenen Kompetenzbereich liegen, ist in Gesundheits- und Sozialberufen weitverbreitet, wie eine Studie der AK Steiermark (Dressler, Schmid & Stross, 2014) belegt. Die zunehmenden Pflegestufen der Bewohnerinnen und Bewohner sorgen einerseits dafür, dass deren höhere Bedürfnisse die Kompetenzbereiche der geringer qualifizierten Berufsgruppen überschreiten. Kommt es andererseits vermehrt zum Einsatz von „günstigeren“, geringer qualifizierten Berufsgruppen, nimmt damit auch die Wahrscheinlichkeit von Kompetenzüberschreitungen zu. Subjektiv sind sich Mitarbeitende oft gar nicht der Kompetenzüberschreitungen bewusst, oder sie nehmen es in Kauf, um die mit einer angespannten Personalsituation verbundene Arbeitsverdichtung bewältigen zu können.

Untersuchungen haben gezeigt, dass die über die Jahre hinweg stattfindende Arbeitsverdichtung zum Ausbau der DGKP-Stellen führen sollte und nicht zu deren Abbau. Eine Evaluierung dieser Entwicklung ist auf jeden Fall notwendig und wurde vom Gesetzgeber schon angekündigt (AK Steiermark, 2016). In einer Aussendung an die Presse fordert die AK Steiermark aus Qualitäts- und Transparenzgründen eine Nachjustierung der Neuorganisation der Pflegeberufe.

Als Fazit kann festgehalten werden: Die Bereitschaft mancher Arbeitenden, (oft systeminhärente) Mängel der Arbeitsorganisation durch Gefährdung der eigenen psychischen und physischen Gesundheit zu kompensieren, zeugt von Engagement und Leistungsbereitschaft, sollte jedoch im eigenen Interesse strikt abgelehnt werden. Letztlich dient derartiges kompensatorisches Verhalten auch der

Aufrechterhaltung der systemeigenen Defizite und steht somit einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Weg.

7.4 Weitere Themenfelder

Demenzielle und andere psychiatrische Erkrankungen

Die steigende Lebenserwartung der Österreicherinnen und Österreicher geht gleichzeitig mit steigender Multimorbidität und psychiatrischen Erkrankungen, insbesondere Demenz, einher. Die wachsende Anzahl der demenziell erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen hat zu einer Verdichtung der Betreuungs- und Pflegearbeit geführt. Mitarbeitende in der Pflege und Betreuung sehen sich zunehmend mit Herausforderungen in der Arbeit mit Demenzkranken konfrontiert. Die Ergebnisse dieser Studie deuten darauf hin, dass der erhöhte Betreuungsaufwand in Heimen mit hoher Demenzquote hauptsächlich von FSBA/DSBA getragen wird, indem diese beträchtlich mehr Zeit für Betreuungsteiltätigkeiten aufbringen. Auch in den Interviews wurde bestätigt, dass die Pflege und Betreuung dieser Bewohnerinnen und Bewohner sehr zeitintensiv sei, viel Geduld und Flexibilität erfordere und ein weiteres potenzielles Konfliktpotential mit nicht-dementiell Erkrankten darstelle. Der (zeitliche) Mehraufwand bei Personen mit Demenz findet jedoch mangelnde Berücksichtigung in den Personalschlüsseln (vgl. Staflinger, 2016). In Österreich lebten laut österreichischem Demenzbericht des Sozialministeriums 2014 bis zu 130.000 Menschen mit irgendeiner Form der Demenz von denen ca. 15 bis 20 Prozent in einer vollstationären Einrichtung versorgt wurden. Aufgrund der demographischen Entwicklungen sind die Zahlen bis heute gestiegen und werden stetig weiter steigen. In Österreich lebten laut Pflegevorsorgebericht 2016 ca. 115.000 bis 130.000 Menschen, die von einer dementiellen Beeinträchtigung betroffen waren. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung ist absehbar, dass sich diese Zahl bis 2050 verdoppeln wird. Im stationären Bereich haben bereits in allen Bundesländern einzelne Alten- und Pflegeheime spezielle Betreuungsangebote für Menschen mit Demenz eingerichtet. In den meisten Einrichtungen werden sowohl dementiell erkrankte Bewohnerinnen und Bewohner wie auch Nicht-Erkrankte gemeinsam gepflegt und betreut. Erste Forschungsergebnisse legen jedoch nahe, dass das Wohlbefinden der Demenzkranken in milieutherapeutisch orientierten Konzepten höher ist als das Wohlbefinden jener, die in traditionellen Einrichtungen wohnen (Deufert et al., 2013). Zudem stellten Nobil et al. (2008) häufigere soziale Kontakte zu den Pflegepersonen, seltenere Fixierungen und vermehrte Aktivierungsangebote in „Spezialstationen für Demenzkranke“ fest. Natürlich ist die Errichtung spezieller Demenzstationen bzw. -bereiche nicht jeder Einrichtung – aus baulichen, finanziellen oder anderen Gründen – möglich, weshalb die Wichtigkeit betont wird, den Fokus bei Personalschlüsselfragen auf die erhöhten Anforderungen bei der Arbeit mit dementen Bewohnerinnen und Bewohnern zu lenken.

Berufsgruppen im Mindestpflegepersonalschlüssel

Personalberechnungsvorgaben obliegen den einzelnen Bundesländern und weisen demnach eine große Varianz auf, welche einen direkten Vergleich der bundeslandspezifischen Vorgaben erschwert (siehe Staflinger, 2016; Volksanwaltschaft, 2016). Wie den Ergebnissen der Organisations screenings zu entnehmen ist, werden alle in der stationären Langzeitpflege tätigen Pflege- und Betreuungsberufsgruppen, sofern diese im jeweiligen Bundesland vertreten sind, in die Personalberechnung einbezogen. Jedoch finden zum Teil auch Führungskräfte, ehrenamtliche Mitarbeitende, Verwaltungspersonal oder Reinigungspersonal Einzug in den Personalschlüssel, der grundsätzlich der Abdeckung der Pflege- und Betreuungspersonalausstattung dienen soll. Insbesondere bezüglich der Einberechnung von Führungskräften mangelt es an verbindlichen und einheitlichen Vorgaben seitens der Länder. In vielen Heimen werden Führungskräfte (HL, PDL, WBL) zur Gänze oder prozentual im Pflegepersonalschlüssel berücksichtigt, was weniger Zeitressourcen für

Führungsaufgaben (z.B. Dienstpläne schreiben, Mitarbeitergespräche führen, Qualitätsmanagement koordinieren, etc.) zur Folge hat. Explizite zeitliche Freiräume für Führungsaufgaben könnten geschaffen werden, indem eine (teilweise) Herausrechnung von Leitungspositionen aus dem Pflegepersonalschlüssel vorgenommen wird.

Zudem deuten die Ergebnisse der Organisations screenings auf ein oftmals unscharfes Bild hinsichtlich der Einberechnung von Personen hin, welche nicht explizit zum Pflege- und Betreuungspersonal gezählt werden (z.B. Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Ehrenamtliche, Servicemitarbeitende). Diese Personengruppen sind zwar wichtiger und unerlässlicher Bestandteil für eine ganzheitliche und adäquate Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern, sollten jedoch aufgrund fehlender Pflege- und Betreuungskompetenzen nicht im Mindestpflegepersonalschlüssel berücksichtigt werden. Dadurch würden mehr Ressourcen für Berufsgruppen der Pflege und Betreuung geschaffen werden, welche sowohl Mitarbeitenden als auch Bewohnerinnen und Bewohnern zugutekämen. An dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, dass die Einberechnung nicht pflegerischer, nicht betreuender oder leitender Berufsgruppen (z.B. Servicemitarbeitende, Heimleitung) nicht auf gesetzliche Vorgaben zurückzuführen ist, sondern heimspezifischen Regelungen in der Praxis zugrunde liegt. Ein österreichweit einheitlicher, bedarfsgerechter und transparenter Personalberechnungsstandard könnte die Berücksichtigung von fachlich ausgebildetem Pflege- und Betreuungspersonal verbindlich regeln.

Ehrenamtliche Mitarbeitende

Die Unterstützung durch ehrenamtliche Helferinnen und Helfer, insbesondere in der Betreuung wird in den meisten Heimen gefördert und als Entlastung für das Pflege- und Betreuungspersonal gesehen. Ehrenamtliche übernehmen häufig Tätigkeiten, für die das Heimpersonal keine Ressourcen zur Verfügung hat. Beispielsweise werden mit den Bewohnerinnen und Bewohnern Spielenachmittage oder Backnachmittage veranstaltet; Ausflüge in naheliegende Cafés und Parks unternommen; Feste gestaltet und organisiert und gemeinsame Kirchenbesuche gemacht. Den Pflegebedürftigen wird die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben und somit die Befriedigung sozialer Bedürfnisse, auch außerhalb der Pflegeeinrichtung, ermöglicht. Durch die Entlastung des Pflege- und Betreuungspersonals durch ehrenamtliche Helferinnen und Helfer können zudem Kosten für qualifiziertes Personal eingespart werden. Eine Tatsache, die auch negative Aspekte mit sich bringt. Ehrenamtliche sind in der Regel keine ausgebildeten Pflege- bzw. Betreuungskräfte, weswegen eine adäquate und professionelle Betreuung nicht gewährleistet werden kann. Die Mitarbeitenden der stationären Langzeiteinrichtungen kennen, durch die tägliche Arbeit an und mit den Pflegebedürftigen, diese und ihre Bedürfnisse am besten und wissen, aufgrund ihrer Profession, über Pflege- und Betreuungsmaßnahmen am besten Bescheid. Ehrenamtliche Helferinnen und Helfer können in vielen Fällen, insbesondere bei personellen Engpässen, unterstützend und entlastend sein, die sozialen Kontakte der Bewohnerinnen und Bewohner fördern und erhalten und eine Abwechslung in die Tagesroutinen der Pflegeheime bringen, ersetzen jedoch keineswegs die professionelle Betreuung durch fachlich qualifiziertes Personal. Organisatorische Maßnahmen, welche beispielsweise Ressourcen für eine Ehrenamtskoordination verfügbar machen, könnten hier von Vorteil sein, um die Zuständigkeiten und Tätigkeitsbereiche ehrenamtlicher Kräfte klar zu regeln und zu koordinieren. Bei jeder organisatorischen Maßnahme sollte man darauf Bedacht nehmen, dass die Grenzen zwischen dem expliziten Ausbau professioneller Personalressourcen und der Förderung des Ehrenamtes nicht fließend werden.

Pflegegeldstufen

Die demographische Entwicklung Österreichs und die damit zusammenhängende Alterung der Gesellschaft ist längst kein neues Phänomen mehr (Statistik Austria, 2016). Auffallend ist jedoch die Tatsache, dass trotz des immer höheren Eintrittsalters der Bewohnerinnen und Bewohner in stationäre Einrichtungen, welches höhere Pflegebedürftigkeit nach sich zieht, die Pflegegeldstufen nicht proportional steigen. Höhere Pflegegeldstufen bedeuten höhere Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit und hätten eine Aufstockung der personellen Ressourcen zur Folge. Mehrere Heime gaben an, trotz Indikation keinen Erhöhungsantrag für Pflegebedürftige zu stellen, damit die bestehende Personalsituation erhalten bleiben kann. Die Erfüllung der gesetzlichen Personalschlüssel liegt im Mittel bei knapp über 100%. D.h. die Mehrheit der erhobenen Einrichtungen erfüllt bereits das Maximum der landesspezifischen Vorgaben zum Mindestpflegepersonalschlüssel. Finanzielle Spielräume für mehr Personal sind demnach kaum vorhanden. Aus diesem Grund wird die Vernachlässigung der Erhöhungsantragsstellung als bewusstes Steuerungsinstrument genutzt, um im personellen Finanzrahmen zu bleiben. Für das Personal der stationären Langzeitpflege bedeutet das jedoch, dass die Pflegebedürftigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner trotzdem steigt. Beispielsweise könnte eine Bewohnerin oder ein Bewohner offiziell der Pflegegeldstufe 3 zugeteilt sein, benötigt jedoch aufgrund ihres körperlichen und geistigen Abbaus Pflegeaufwand, der einer Pflegegeldstufe 4 oder 5 entsprechen würde. Zeitliche und personelle Ressourcenknappheit sind Folgen dieses „Trends“. Auf Landesebene gibt es teilweise bereits Rechtsgrundlagen, welche die Berechnung des Mindestpflegepersonalbedarfs an der durchschnittlichen Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner je Pflegestufe vorsieht und dabei betont, dass bei der Berechnung von einem aktuellen und realistischen Pflegebedarf auszugehen ist (z.B. § 16 Oö. Alten- und Pflegeheimverordnung).

Zusätzlich wurde ein weiteres Dilemma von mehreren Mitarbeitenden geschildert: Um die maximalen Finanzmittel ausschöpfen zu können, müsste man als Pflegekraft bemüht sein, die Pflegebedürftigen „ins Bett hinein zu pflegen“. D.h. die körperlichen und geistigen Fähigkeiten weitestgehend nicht zu fördern und somit die Pflegegeldstufen zu erhalten oder in weiterer Folge die finanziellen Mittel zu erhöhen. Dies lasse sich jedoch aus (berufs-)ethischen Gründen in der Praxis nicht umsetzen, weshalb die aktuelle Pflegegeldstufenregelung von Mitarbeitenden als „falsche Anreizpolitik“ angesehen wird.

Dieses geschilderte Dilemma rein aus der Sichtweise der stationären Langzeitpflege ist zwar nachvollziehbar, ihm kann jedoch nicht mit einer Diskussion über die Pflegegeldeinstufung begegnet werden. Der Hauptzweck des Pflegegeldes und seiner 7 Stufen lag und liegt in der Abgeltung der Grundpflege. Mit der Einführung des Bundespflegegeldgesetzes (BGBl. Nr. 110/1993) wurde das Pflegegeld an den Pflegebedarf gekoppelt, welcher sich aus „Betreuung“ und „Hilfe“ bemisst. § 2 Abs. 1 der Einstufungsverordnung zum Bundespflegegeldgesetz (BGBl. II Nr. 37/1999) definiert Hilfe als aufschiebbar Verrichtungen, „die den sachlichen Lebensbereich betreffen und zur Sicherung der Existenz erforderlich sind“ (z.B. Reinigung und Einkaufen). § 1 Abs. 1 definiert Betreuung als notwendige Verrichtungen, „die vornehmlich den persönlichen Lebensbereich betreffen und ohne die der pflegebedürftige Mensch der Verwahrlosung ausgesetzt wäre“. In § 1 Abs. 2 werden diese Verrichtungen konkretisiert als „insbesondere solche beim An- und Auskleiden, bei der Körperpflege, der Zubereitung und Einnahme von Mahlzeiten, der Verrichtung der Notdurft, der Einnahme von Medikamenten und der Mobilitätshilfe im engeren Sinn“. Daraus ist ersichtlich, dass das Pflegegeld nicht alle pflegerischen und betreuenden Leistungen abdeckt, sondern nur solche, die zur Existenzsicherung und zum Schutz vor Verwahrlosung notwendig sind. Durch das Pflegegeld wird die Wahlfreiheit verbessert, wo und in welchem Setting die Pflege und Betreuung durchgeführt werden soll. Die Verknüpfung von Personalschlüsseln mit den Pflegegeldeinstufungen hat vielfach zum (falschen) Bewusstsein beigetragen, dass das Pflegegeld die gesamte Pflege und Betreuung abdeckt und nicht, wie es in Realität der Fall ist, „nur“ einen Beitrag zu den pflegebedingten Mehraufwendungen darstellt. Die

Differenz zwischen der Grundpflege und der tatsächlichen „Gesamtpflege“ inkl. des damit verbundenen Betreuungsaufwandes muss zukünftig stärker thematisiert werden. Der Ansatz zur Lösung dieses Problems liegt daher wohl in einer grundsätzlichen Diskussion über die Grundlagen des zu entwickelnden Personalschlüssels.

Pflegekonzepte und -modelle

Pflegemodelle setzen die professionelle Pflege in Bezug zur Bewohnerin bzw. zum Bewohner, dem Gesundheitszustand sowie dem sozialen Umfeld. Sie dienen als Basis für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Pflegekonzepts (Kostka, 2000). Nach Angaben der 18 Einrichtungen orientieren sich diese an verschiedensten, teilweise widersprüchlichen Modellen (z.B. Pflegemodell nach Orem) und Konzepten (z.B. Hausgemeinschaftskonzept), welche sich teilweise auch in den Leitbildern niederschlagen. Im Alltag kommt die praktische Umsetzung jedoch zu kurz. Grund dafür sind fehlende Ressourcen. Personal- und Zeitmangel machen es dem Pflege- und Betreuungspersonal schwer, theoriegeleitete Modelle und Konzepte im Pflege- und Betreuungsalltag umzusetzen und an den Bewohnerinnen und Bewohnern anzuwenden. Zudem sind Heime sehr bemüht, neue Konzepte aufzunehmen, weswegen häufig ein Konzeptmix entsteht, dessen dauerhafte Umsetzung jedoch nicht möglich ist. Es fehlen diesbezüglich klare Qualitätsstandards, an denen sich die Heime orientieren können. Eine einheitliche, von den Ländern vorgegebene Qualitätssicherung für Heimkonzepte könnte klar definieren, ab wann ein Konzept nur als theoretisches Konzept und ab wann es als tatsächlich gelebtes Konzept zu verstehen ist, welches im Pflege- und Betreuungsalltag um- und eingesetzt werden kann. Während der Datenerhebung konnte eine PDL beobachtet werden, die eine klare und strukturierte Vorstellung der Kompetenzbereiche der einzelnen Berufsgruppen, einen systemischen Blick für Teamdynamiken hatte und konzeptorientiert Validation an Bewohnerinnen und Bewohnern angewendet hatte. Die qualitativ sehr gute Betreuung konnte der Strukturiertheit und der erkenntnis- und wissensbasierten Anwendung der Validation zugesprochen werden. Zudem betonte die Pflegekraft, dass eine klare Zuteilung der Tätigkeiten nach jeweiligen Kompetenz- und Qualifikationsbereichen der einzelnen Berufsgruppen für die Erhaltung der Pflege- und Betreuungsqualität von großer Bedeutsamkeit sei („es soll und kann nicht jeder alles machen“).

Dokumentationsaufwand

„Was nicht dokumentiert wurde, wurde nicht gemacht.“ – So die Stimmen vieler Mitarbeitenden. Der hohe Dokumentationsaufwand – in der Studie verbrachten die Berufsgruppen im Mittel 9% ihrer Arbeitszeit damit – stellt das Pflege- und Betreuungspersonal vor eine große Herausforderung. Die Verpflichtung zur Dokumentation wird zum einen gesetzlich durch das GuKG, zum anderen durch Pflegeheimregelungen der Länder, einrichtungsinterne Vereinbarungen und trägerbestimmte Anforderungen geregelt. Beispielsweise sieht das GuKG laut §§ 14-16 sowie 17ff. neben der Dokumentation pflegerischer Kernkompetenzen die Dokumentation des gesamten Kompetenzbereiches vor. Die Betreuungs- und Pflegedokumentation stellt grundsätzlich einen rechtsgültigen Beweis für geleistete Pflege dar und wird u.a. von Sachverständigen, Anwaltschaften, Versicherungen und Gerichten zur Klärung von z.B. Pflegegeldeinstufungen oder zur Beurteilung der Voraussetzung einer Sachwalterbestellung herangezogen und dient primär dazu, die Qualität der Pflege sicherzustellen, pflegerisches Handeln nachvollziehbar und somit überprüfbar zu machen (Heimaufsicht, 2012). Zudem erleichtert qualitätsvolle Dokumentation die Zusammenarbeit und stellt die Grundlage für das interne Qualitätsmanagement und die externe Qualitätskontrolle dar. Dass der Dokumentation eine herausragende Rolle zukommt, steht außer Frage. Das Ausmaß und die Häufigkeit der Dokumentation sollte jedoch immer wieder kritisch hinterfragt werden, sonst kann für Mitarbeitende leicht der falsche Eindruck entstehen, „mehr“ sei automatisch „besser“. In diesem Zusammenhang sei auf die „Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017“ der GÖG verwiesen (Rappold & Aistleithner, 2017), die einen Handlungsrahmen vorgibt, der einerseits eine qualitätsvolle Dokumentation sicherstellt und andererseits

Pflegenden und Auszubildenden Klarheit und Sicherheit in der Erfüllung der Dokumentationspflicht gibt.

Arbeitsunterbrechungen

Bewohnerinnen und Bewohner klingeln, das Telefon läutet, eine Kollegin benötigt Unterstützung beim Bewohnertransport. Beispiele von Situationen, die zu Arbeitsunterbrechungen führen und zum Pflege- und Betreuungsalltag dazugehören. Entscheidend ist, wie man mit Arbeitsunterbrechungen umgeht. Pflege- und Betreuungskräfte sind einer ständigen Abwägung der Tätigkeitsprioritäten ausgesetzt. Trotz der Tatsache, dass Störungen, insbesondere durch Glockenrufe, unerlässlich sind, empfinden viele Pflegende diese als belastend und betonen die negative Auswirkung von Unterbrechungen auf die Pflegequalität. Persönliche Strategien sowie angepasste organisatorische Rahmenbedingungen können eine Hilfestellung bei häufig auftretenden Störungen bieten. Beispielsweise können Bewohnerglocken und Telefone nach kleineren Wohnbereichen aufgeteilt werden, anstatt mit dem gesamten Haus verbunden zu sein. Zudem wäre die explizite Zuteilung einer für Unterbrechungen verantwortlichen Person vor Dienstbeginn ein möglicher Lösungsansatz, um anderen Kolleginnen und Kollegen ein ungestörtes Arbeiten zu ermöglichen und diese zu entlasten.

Dienstübergaben

Dienstübergaben, beispielsweise vom Nacht- an den Tagdienst oder nach Mittagspausen, dienen essentiell der Informationsweitergabe bezüglich der Bewohnerinnen und Bewohner, besonderer Vorkommnisse und des Tagesablaufs und bieten einen guten Rahmen zur Begegnung und zum Austausch zwischen den Pflege- und Betreuungskräften. Dienstübergaben erfolgen, je nach Einrichtung und deren strukturellen und personellen Rahmenbedingungen, auf unterschiedliche Weisen. In den meisten Einrichtungen gehört die mündliche, persönliche Dienstübergabe zum fixen Tagespunkt, in vielen Fällen sogar mehrmals täglich. In einigen Heimen werden die wichtigsten Informationen schriftlich über Computersysteme an Kolleginnen und Kollegen weitergeleitet. Insbesondere wird diese Methode in Einrichtungen mit nicht überlappenden Diensten praktiziert. Die zunehmende Komplexität der Pflegefälle, die Zahl der Pflegebedürftigen, die Anzahl ausländischer Pflege- und Betreuungskräfte und das Ausmaß an Teilzeitdiensten und geteilten Diensten haben Einfluss auf den Inhalt und den Umfang der Dienstübergaben (Gratzer, 2014). Somit steigert das die Notwendigkeit zur Informationsweitergabe. Jedoch müssen Dienstübergaben häufig aufgrund hoher Arbeitsmengen, Zeitdruck und der Priorität anderer Aufgaben (z.B. Grundpflege einer Bewohnerin bzw. eines Bewohners zu Ende bringen) in der Freizeit, nach Dienstschluss bzw. während der Pausenzeiten durchgeführt werden. Die Entwicklungen in der Pflege sollten daher auch bezüglich der Dienstübergaben bei der Mindestpflegepersonalschlüsselberechnung stärker berücksichtigt werden und ausreichend Zeitressourcen für einen lückenlosen und innerhalb der Arbeitszeit stattfindenden Informationsaustausch geschaffen werden.

Pausen

Auf die Einhaltung der Pausenzeiten wurde seitens der Führungskräfte und der Pflege- und Betreuungskräfte generell geachtet. Dabei wurden oft flexible Pausenregelungen praktiziert (z.B. mehrere kurze Pausen statt einer längeren Pause), um Stoßzeiten besser abfedern zu können. Bei sog. „Pausen“ während des Nachtdienstes zeigte sich, dass diese oftmals eigentlich Vorhaltdienste und keine Pausen waren, da den Arbeitenden eine Bereitschaft abverlangt wurde, auf etwaige Glockensignale o.ä. zu reagieren – auch wenn dies in einem gewissen Zeitfenster eher unwahrscheinlich war. Aufgrund der knappen personellen Besetzung während der Nachtdienste war eine wirkliche Pause im eigentlichen Sinn, die nur möglich ist, wenn ein Kollege oder eine Kollegin den Dienst in der Zwischenzeit übernimmt, in beinahe allen Einrichtungen nicht oder nur sehr schwer zu realisieren.

Bewohnerinnen und Bewohner unter 60 Jahren im Alten- und Pflegeheim

In 13 beobachteten Heimen waren insgesamt 30 Personen unter 60 Lebensjahren in geriatrischen Wohnbereichen untergebracht. Die Unterbringung von jüngeren Menschen in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege stellt immer eine provisorische Lösung dar, die in den meisten Fällen nicht optimal ist. Andererseits ist die Unterbringung oft ohne Alternative oder eine Alternative wäre für die betroffene Person eine noch ungünstigere Lösung. Eine Bewohnerin z.B. hätte aufgrund ihrer Erkrankung um Unterbringung in einem Landespflegeheim ersuchen können, wäre dadurch aber aus der Dorfgemeinschaft gerissen worden. Für einen sehr jungen Bewohner, der aufgrund Drogenmissbrauchs pflegebedürftig wurde, hätte es im betreffenden Bundesland aufgrund der seltenen Fallzahlen gar keine geeignete Langzeitpflegeeinrichtung gegeben, sodass nur die Unterbringung in einem Altenpflegeheim als einzige Alternative verblieb. Die Heimleitungen waren sich dieser besonderen Situationen bewusst und bemühten sich um eine Unterbringung, die der Lebenssituation der Betroffenen entgegenkommt. Falls es überhaupt Alternativen gibt, besteht in vielen Fällen nur die Wahlmöglichkeit zwischen allesamt nicht zufriedenstellenden Lösungen. In diesen Fällen wären alternative Unterbringungsformen, die sich an den Prinzipien der UN-Behindertenrechtskonvention orientieren, im Sinne der Lebensqualität der betroffenen Menschen wünschenswert.

Bauliche Infrastruktur

Die Wohnsituation für Bewohnerinnen und Bewohner zeigt erfreulicherweise einen Trend hin zu Einzelzimmern: 14 der 18 beobachteten Heime hatten einen Doppelzimmeranteil von nicht mehr als 15%, in den übrigen vier Heimen lag er zwischen 27% und 54%. Zimmer mit mehr als zwei Bewohnerinnen oder Bewohnern wurden gar nicht angetroffen. Oft wird bei der Planung von Neu- und Anbauten von vornherein vollständig oder ganz überwiegend auf Einzelzimmer gesetzt, während Doppelzimmer in Altbauten weiterhin genutzt werden können. Auf diese Weise kann z.B. auch den Wünschen von älteren Paaren entsprochen werden, ein gemeinsames Zimmer zu bewohnen. Dieser Wandel von Mehrbett- zu Einzelzimmern mit den damit einhergehenden baulichen Veränderungen bedeutet für die Pflegepersonen vielfach längere Geh- und Transportwege bei unveränderten Personalstrukturen. Da die Pflegenden nunmehr die einzige Ansprechperson im Zimmer der Bewohnerinnen und Bewohner sind, werden tendenziell häufigere und längere Interaktionen erforderlich, wodurch der Betreuungsaufwand steigt. Dieser – in einer konkreten Situation gering erscheinende, in der Summe jedoch gewichtige – Zusatzaufwand sollte bei einer Neuregelung des Personalberechnungsstandards mitberücksichtigt werden.

8 Fazit

Pflegepersonen in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege zählen zu den gesundheitlich am stärksten belasteten Berufsgruppen in Österreich. Ein maßgeblicher Faktor für diese Belastungen ist die Diskrepanz zwischen den im Wandel begriffenen Rahmenbedingungen der Tätigkeit, der Berufsbilder, Kompetenzbereiche und auch der Bedürfnisse von Bewohnerinnen und Bewohnern einerseits, und den finanziellen und personellen Möglichkeiten der Einrichtungen andererseits.

Auch in dieser Studie zeigten sich Risiken für Beeinträchtigungen der Gesundheit oder des Befindens etwa durch Zeit- und Personalmangel oder den betreuungsintensiven Umgang mit Bewohnerinnen und Bewohnern mit demenziellen Erkrankungen. Die für jede Berufsgruppe erwarteten Tätigkeitsschwerpunkte (DGKP: organisierende Tätigkeiten, PA und FSBA/DSBA: pflegerische und betreuende Tätigkeiten, HH: hauswirtschaftliche Tätigkeiten) konnten überdies nicht nur bestätigt werden, sie hatten auch erheblichen Einfluss auf die arbeitspsychologische Bewertung der Tätigkeiten. Vollständige (d.h. wenig einseitige) Tätigkeiten liegen am ehesten bei den am besten ausgebildeten Berufsgruppen mit den umfassendsten Kompetenzbereichen vor.

Durch die GuKG-Novelle 2016 wurde die Professionalisierung der Berufsgruppen im Sinne einer stärkeren Herausbildung von eigenständigen Kernkompetenzbereichen weiter befördert. Diese Professionalisierung darf nicht verkürzt als Argument für eine Verfestigung einseitiger Tätigkeitszuschnitte aus Kostenersparnisgründen herangezogen werden. Fachliche Kompetenzschwerpunkte zur Abgrenzung unterschiedlicher Berufsgruppen sind mit fordernden und förderlichen Tätigkeitsbedingungen innerhalb jeder Berufsgruppe prinzipiell vereinbar, sofern arbeitspsychologische Grundsätze in der Arbeitsgestaltung berücksichtigt werden.

Die geringe Differenzierung in Heimen zwischen den Berufsgruppen der FSBA/DSBA und der PA mit den resultierenden, ähnlichen Tätigkeitszuschnitten zeigt den noch zu geringen Stellenwert der Betreuung bei der Personalbemessung auf. Dabei erfordern es gerade die veränderten Bedürfnisse betreuungsintensiver Bewohnerinnen und Bewohner, neben der pflegerischen Versorgung die Betreuung durch fachlich ausgebildete Personen stärker in den Fokus zu rücken. Es ist unverständlich, wenn Menschen in unterschiedlichen Sozialbetreuungsberufen ausgebildet werden und diese Ressourcen dann nicht bestmöglich genutzt werden. Zur adäquaten Ausübung berufsspezifischer Tätigkeiten der Sozialbetreuungsberufe – welche ihre Kompetenzen gegenwärtig wenig zur Geltung bringen können – benötigt es zeitliche und personelle Ressourcen, ein Herausstellen der Relevanz von Betreuung für die Beziehungs- und Lebensqualität von Bewohnerinnen und Bewohnern und strukturelle Rahmenbedingungen, die eine konzeptgeleitete und professionelle Betreuung ermöglichen. Eine stärkere Berücksichtigung der Sozialbetreuungsberufe und ihrer berufsspezifischen Kompetenzen in Personalbemessungsfragen ist daher unerlässlich.

Ehrenamtlich Mitarbeitende bereichern durch die Ermöglichung der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben und Befriedigung sozialer Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner den Heimalltag und unterstützen Pflege- und Betreuungsfachkräfte bei der Betreuung der Pflegebedürftigen. Die unterstützende Tätigkeit Ehrenamtlicher muss jedoch als Zusatzleistung zur professionellen Pflege und Betreuung durch ausgebildetes Fachpersonal und nicht als Ersatz für ebendiese herausgestellt werden. Organisationale Maßnahmen sollten daher unter Berücksichtigung der Grenzziehung zwischen explizitem Ausbau professioneller Personalressourcen und der Förderung des Ehrenamtes geschehen.

Steigende Zahlen von Demenz Betroffener und die damit einhergehenden Herausforderungen für Pflege- und Betreuungskräfte erfordern zudem eine stärkere Berücksichtigung erhöhter Anforderungen in der Arbeit mit dementiell erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern bei Personalbemessungsfragen.

Bislang findet das Thema Demenz unzureichende Beachtung sowohl in Pflegegeldstufen als auch in Mindestpflegepersonalschlüsseln, weshalb Pflege- und Betreuungskräfte häufig an ihre psychischen und physischen Grenzen stoßen.

Die aktuellen Pflegegeldstufen spiegeln, entgegen der Annahme vieler, nicht den gesamten Pflege- und Betreuungsaufwand wider und stellen daher keine günstige Grundlage zur Personalbemessung dar. Darüber hinaus fördert die Koppelung zwischen Pflegegeldstufungen und Mindestpflegepersonalschlüssel eine falsche Anreizpolitik, entgegen (berufs-)ethischen Grundsätzen, die Bewohnerinnen und Bewohner „ins Bett hinein zu pflegen“ um die maximalen Finanzmittel ausschöpfen zu können. Eine Entkoppelung der Pflegegeldstufen von der Personalbedarfsberechnung zusätzlich zu Einstufungen, die sich an den realen psychischen und physischen Konstitutionen der Pflegebedürftigen orientieren, wäre wünschenswert und notwendig.

Die Vielfalt und der uneinheitliche Mix an Pflegekonzepten und -modellen machen klare und einheitliche Qualitätsstandards erforderlich, an denen sich stationäre Langzeitpflegeeinrichtungen orientieren können. Die hohe Arbeitsdichte, verbunden mit häufigen Arbeitsunterbrechungen, lässt jedoch wenig Raum für die praktische Umsetzung theoriegeleiteter Konzepte, den Erfahrungsaustausch unter Kollegen und Kolleginnen oder die Anleitung von Auszubildenden. Zeitliche und organisatorische Freiräume für Wissenserwerb und -transfer – nicht nur im Rahmen von Fortbildungen, sondern auch in Form von informellem Erfahrungsaustausch, Praxisanleitung oder Supervision – bieten die Möglichkeit, Neues zu lernen, aber auch die eigene Arbeit und die damit einhergehenden Herausforderungen und Belastungen zu reflektieren, um der Gefährdung der psychischen und physischen Gesundheit entgegenzuwirken. Derartige Freiräume können nur durch eine Berücksichtigung bei der Personalplanung geschaffen werden und sollten daher im Mindestpflegepersonalschlüssel verankert sein.

Ein weiterer Faktor, der zur Arbeitsverdichtung beiträgt, ist der steigende Dokumentationsaufwand. Die eminent wichtige Dokumentation der geleisteten Tätigkeiten darf nicht dazu führen, blind immer mehr und immer ausführlicher zu dokumentieren. Vielmehr ist eine stetige kritische Reflektion des Dokumentationszwecks notwendig, um die Pflicht der Dokumentation auf die essentiellen Bestandteile zu konzentrieren und durch technische Möglichkeiten soweit wie möglich zu automatisieren. So würde z.B. die Reduktion der Dokumentation auf Ereignisse, die über Routinetätigkeiten hinausgehen, Ressourcen frei machen.

Diese Studie lieferte einen Überblick über die Vielfalt der täglich anfallenden Aufgaben und Herausforderungen in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege. Die nach Berufsgruppen gegliederten Analysen der beobachteten Teiltätigkeiten bilden eine Grundlage für eine evidenzbasierte Argumentationshilfe in Fragen der Personalbemessung. In Kombination mit Daten aus Interviews und den Organisationsscreenings wurde eine Reihe von Faktoren identifiziert, die bei einer künftigen Überarbeitung der Personalberechnung berücksichtigt werden können und hier noch einmal in apodiktischer Form aufgelistet werden:

- Das Verhältnis von *Pflege* und *Betreuung* ist aus dem Gleichgewicht geraten. Mangelnde Ressourcen gehen zu Lasten des Faktors „Betreuung“, sodass die Gefahr besteht, dass die als überwunden geglaubte Leitlinie „Warm-Satt-Sauber“ quasi durch die „Hintertür“ zur Geltung kommt.
- Eine *Verknüpfung mit den Pflegegeldstufen* fördert eine nicht gerechtfertigte Unterstellung, dass mit dem Pflegegeld „alles“ bestritten werden kann. Hauptzweck des Pflegegeldes ist die Abgeltung der Grundpflege und es ist ein Beitrag zu den pflegebedingten Mehraufwendungen. Darüber hinaus zementiert ein solcher Zugang die Zurückdrängung des Faktors „Betreuung“.
- Die Verdichtung der Anforderungen und der damit verbundene zeitliche Mehraufwand, der aus der wachsenden Anzahl von *dementen* Bewohnerinnen und Bewohnern resultiert, soll bei den Berechnungen berücksichtigt werden.
- Damit *Führungskräfte* wirklich führen können, sollen ihnen entsprechende zeitliche Ressourcen eingeräumt werden, indem Leitungspositionen entweder ganz oder teilweise nicht der direkten Pflege und Betreuung zugeordnet werden.
- Die Notwendigkeit der *Dokumentation* der Tätigkeit steht außer Frage. Das Ausmaß und die Häufigkeit sollen jedoch kritisch reflektiert werden, um allenfalls unter Zuhilfenahme automationsunterstützter Lösungen Ressourcen zu Gunsten anderer Tätigkeitsbereiche frei zu bekommen.
- Sosehr die derzeitigen vielfältigen und unterschiedlichen *Qualitätsstandards* zu begrüßen sind, so sehr fehlen die Ressourcen, ihre praktische Umsetzung laufend zu reflektieren – allenfalls auch mit Kolleginnen und Kollegen aus anderen Häusern. Dazu notwendige zeitliche Freiräume tragen nicht nur zur Qualitätssicherung bei, sondern erhöhen auch die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.
- Der begrüßenswerte Trend zu mehr *Einzelzimmer* und die damit einhergehenden baulichen Veränderungen bewirken längere Geh- und Transportwege.
- Die Kommunikation mit den *Angehörigen* ist oft zeitintensiv und kann angesichts einer angespannten Arbeitssituation als störend empfunden werden. Sie ist jedoch eine wichtige Voraussetzung für gelingende Pflege und Betreuung und sollte einen größeren Stellenwert bekommen.
- *Dienstübergaben* und die damit notwendige einhergehende mündliche Kommunikation und Informationsweitergabe stehen immer mehr im Spannungsfeld anderer Prioritäten bis hin zur Verlagerung in Pausenzeiten oder gar nach Dienstschluss.
- Die Tätigkeit *Ehrenamtlicher* ist eine willkommene Ergänzung zur Auflockerung des Alltags der Bewohnerinnen und Bewohner, darf jedoch professionelle Pflege und Betreuung nicht ersetzen.
- *Sonstige Berufsgruppen* (z.B. Ehrenamtliche, Verwaltung oder Reinigung) sollen im Sinne einer professionellen Betreuung nicht berücksichtigt werden.
- Bewohnerinnen und Bewohner, die nicht zur Zielgruppe der Pflegeheime gehören, sollten im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention (Art. 19) in alternativen Wohnformen untergebracht werden.

Eine Anpassung der Personalberechnungsvorgaben an die gewandelten Rahmenbedingungen in der stationären Langzeitpflege obliegt den einzelnen Bundesländern. Jedoch ist es im Sinne einer konstanten Pflege- und Betreuungsqualität auf hohem Niveau wünschenswert und sinnvoll, einen einheitlichen, bedarfsgerechten und transparenten Personalberechnungsstandard als Referenz für ganz Österreich (und darüber hinaus) zu etablieren.

Literaturverzeichnis

- AK Oberösterreich. (2018). Arbeitsklima Index Datenbank. Abgerufen am 22.02.2018 unter <http://db.arbeitsklima.at/>
- AK Steiermark. (2016). Die drei Säulen der Gesundheits- und Krankenpflege. Abgerufen am 25.01.2018 unter https://stmk.arbeiterkammer.at/beratung/arbeitsrecht/gesundheitsberufe/Die_drei_neuen_Saeulen_der_Gesundheits-_und_Krankenpflege.html
- Arbeitsklima Index. (2014). *Der Österreichische Arbeitsgesundheitsmonitor: Die Jobs mit den geringsten und höchsten Belastungen*. Pressekonferenz. Wien.
- BGBI. I Nr. I 55. (2005). *Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern über Sozialbetreuungsberufe*. Abgerufen am 22.02.2018 unter <https://www.ris.bka.gv.at/eli/bgbl/I/2005/55>
- BGBI. I Nr. 58. (2011). *Pflegegeldreformgesetz 2012*. Abgerufen am 25.01.2018 unter https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2011_I_58/BGBLA_2011_I_58.pdf
- BGBI. I Nr. 75. (2016). *GuKG-Novelle 2016. Gesetzestext inklusive Vorblatt und Erläuterungen*. Abgerufen am 25.01.2018 unter https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/I/I_01194/index.shtml
- BGBI. II Nr. 37. (1999). *Einstufungsverordnung zum Bundespflegegeldgesetz*. Abgerufen am 22.02.2018 unter https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1999_37_2/1999_37_2.pdf
- BGBI. Nr. 110. (1993). *Bundespflegegeldgesetz*. Abgerufen am 22.02.2018 unter https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1993_110_0/1993_110_0.pdf
- BGBI. Nr. 457. (1993). *Änderungen des Bundespflegegesetzes*. Abgerufen am 25.01.2018 unter https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1993_457_0/1993_457_0.pdf
- BGBI. Nr. 866. (1993). *Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern gemäß Art. 15 a B-VG über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen samt Anlagen*. Abgerufen am 25.01.2018 unter https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1993_866_0/1993_866_0.pdf
- Böhle, F. & Glaser, J. (2006). *Arbeit in der Interaktion - Interaktion als Arbeit: Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bundeskanzleramt. (2016). *Gesundheitsmanagement und Fehlzeiten 2015 im Bundesdienst. Daten und Fakten*. Abgerufen am 25.01.2018 unter https://www.oeffentlicherdienst.gv.at/Gesundheitsmanagement_Fehlzeiten_2015.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium. (2014). *Österreichischer Demenzbericht*. Abgerufen am 25.01.2018 unter

<https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/6/4/5/CH1513/CMS1436868155908/demenzbericht2014.pdf>

Bundespflegegeldgesetz. (BPGG). *Bundesgesetz in der Fassung des Jahres 2014*. Abgerufen am 25.01.2018 unter <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008859>

Bundeszielsteuerungsvertrag 2013-2016. (B-ZV). *Zielsteuerung Gesundheit. Vertrag aus dem Jahr 2014*. Abgerufen am 25.01.2018 unter https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/6/0/5/CH1443/CMS1371563907633/b-zv_urschrift.pdf

Dutton, J. E., Workman, K. M. & Hardin, A. E. (2014). Compassion at work. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 1(1), 277–304.

Deufert, D., Mantovan, F., Huber, S., Knitel-Grabher, E. & Fritz, E. (2013). Wohnen mit Anleitung: Evaluierung einer speziellen Betreuungseinheit für Menschen mit Demenz in Südtirol. *Pflegewissenschaft*, 15, 145–151.

Dressler, S., Schmid, T. & Stross, B. (2014). *Arbeitsbedingungen in den Gesundheits- und Sozialberufen in der Steiermark. Eine Studie im Auftrag der Kammer für Arbeiter und Angestellte für die Steiermark* (Bd. 1: Endbericht). Wien: Sozialökonomische Forschungsstelle.

Famira-Mühlberger, U. & Firgo, M. (2014). Die Entwicklung des öffentlichen Aufwandes für Pflegedienstleistungen. *WIFO-Monatsberichte*. (87), 643–652.

Glaser, J. & Höge, T. (2005). *Probleme und Lösungen in der Pflege aus Sicht der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Glaser, J., Lampert, B. & Weigl, M. (2008). *Arbeit in der stationären Altenpflege - Analyse und Förderung von Arbeitsbedingungen, Interaktion, Gesundheit und Qualität*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

Gratzer, A. (2014). *Pflegekonsilium: Forderungskatalog Personalbedarf in der Pflege*. Graz: AK Steiermark.

Grossmann, B. & Schuster, P. (2017). *Langzeitpflege in Österreich: Determinanten der staatlichen Kostenentwicklung*. Wien: Fiskalrat.

Hacker, W. (2009). *Arbeitsgegenstand Mensch: Psychologie dialogisch-interaktiver Erwerbsarbeit: Ein Lehrbuch*. Lengerich: Pabst.

Hacker, W., & Richter, P. (1980). Psychologische Bewertung von Arbeitsgestaltungsmaßnahmen. Ziele und Bewertungsmaßstäbe. In W. Hacker (Hrsg.), *Spezielle Arbeits- und Ingenieurpsychologie in Einzeldarstellungen* (Bd. 1). Berlin: Deutscher Verlag der Wissenschaften.

Heimaufsicht. (2012). *Themenkatalog 2011*. Linz: Land Oberösterreich

- Hochschild, A. R. (1979). Emotion work, feeling rules, and social structure. *American Journal of Sociology*, 85(3), 551–575.
- Institut für empirische Sozialforschung. (2014). Der Österreichische Arbeitsgesundheitsmonitor: Die Jobs mit den geringsten und den höchsten Belastungen. Abgerufen am 22.02.2018 unter <https://www.ifes.at/aktuelles/arbeitsgesundheitsmonitor-berufe-mit-geringsten-hoechsten-belastungen>
- International Organization for Standardization. (2016). *Grundsätze der Ergonomie für die Gestaltung von Arbeitssystemen* (ISO Standard No. 6385). Verfügbar unter <https://www.beuth.de/de/norm/din-en-iso-6385/250516638>
- Kostka, U. (2000). *Der Mensch in Krankheit, Heilung und Gesundheit im Spiegel der modernen Medizin: Eine biblische und theologisch-ethische Reflexion*. Münster: Lit Verlag.
- Lampert, B. & Glaser, J. (2016). Detached concern in client interaction and burnout. *International Journal of Stress Management*. Advance online publication.
- Lingenhel, D. (2007). Die Versorgung von unheilbar kranken PatientInnen in Pflegeheimen in Österreich. In M. Deutmeyer & A. Thiekötter (Eds.), *Aktuelle Entwicklungen im österreichischen Gesundheits- und Pflegemanagement: Probleme - Analysen - Perspektiven* (pp. 12–40). Wien: Facultas.
- Mayring, P. (1989). Qualitative Inhaltsanalyse. In G. Jüttemann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 187-211). Heidelberg: Aspanger.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Nobil, A., Piana, I., Balossi, L., Pasina, L., Matucci, M., Tanrantola, M., . . . Tettamanti, M. (2008). Alzheimer special care units compared with traditional nursing home for dementia care: Are these differences at admission and in clinical outcomes? *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 22(4), 352–361.
- Rappold, E., Aistleithner, R. (2017). *Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen* (3. Aufl.). Wien: Gesundheit Österreich GmbH. Abgerufen am 22.02.2018 unter <https://jasmin.goeg.at/47/>
- Sozialministerium. (2016). *Österreichischer Pflegevorsorgebericht*. Wien: Sozialministerium
- Staflinger, H. (2016). *Der OÖ. Mindestpersonalschlüssel für Alten- und Pflegeheime auf dem Prüfstand: Grundlagen, Herausforderungen, Entwicklungsbedarf*. Linz: AK Oberösterreich.
- Statistik Austria. (2016a). *Bevölkerungsprognose*.
- Statistik Austria. (2016b). *Pflegedienstleistungsstatistik 2016*.
- Strauss, A., Fagerhaugh, S., Suczek, B. & Wiener, C. (1980). Gefühlsarbeit. Ein Beitrag zur Arbeits- und Berufssoziologie. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 32(4), 629–651.
- Ulich, E. (2011). *Arbeitspsychologie* (7. Aufl.). Stuttgart: Schäffer-Poeschel.

- Volksanwaltschaft. (2016). *Bericht der Volksanwaltschaft an den Nationalrat und an den Bundesrat: Band Präventive Menschenrechtskontrolle.*
- Wallner, J. (2008). Zukunft der Pflege und Betreuung älterer Menschen. *NÖ Edition Patientenrechte.*
- Zapf, D. (2002). Emotion work and psychological well-being: A review of the literature and some conceptual considerations. *Human Resource Management Review, 12*(2), 237–268.
- Zimber, A., Albrecht, A. & Weyerer, S. (1999). Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in der stationären Altenpflege. In A. Zimber & S. Weyerer (Hrsg.), *Arbeitsbelastungen in der stationären Altenpflege* (S. 185–199). Göttingen: Hogrefe.

A Anhang

A.1 Beschreibung der Datentransformation

Aufgrund der unterschiedlich vielen Personen, die im Tagesverlauf beobachtet wurden, lassen sich Fragen nach den relativen Anteilen verschiedener Tätigkeiten an der Gesamttätigkeit der Berufsgruppen, wie sie in den Abschnitten 4 und 5 gestellt werden, nicht ohne Weiteres beantworten. Dies soll an einem Beispiel verdeutlicht werden.

Tabelle 11. Hypothetische Beobachtungsdaten zur Veranschaulichung der Datentransformation.

Person	Teiltätigkeit	Zeitfenster
PA 1	Verteilung von Speisen	11-12 Uhr
PA 2	Verteilung von Speisen	11-12 Uhr
PA 2	Verteilung von Speisen	11-12 Uhr
PA 3	Verteilung von Speisen	11-12 Uhr
PA 4	B. ins Bett bringen	18-19 Uhr
PA 4	B. ins Bett bringen	18-19 Uhr

Angenommen, es seien insgesamt vier PA beobachtet worden (PA 1-4, vgl. Tabelle 11). Bei drei PA sei insgesamt viermal die Teiltätigkeit „Verteilung von Speisen“ im Zeitraum von 11 bis 12 Uhr beobachtet worden. Bei einer PA sei zweimal die Teiltätigkeit „Bewohnerin bzw. Bewohner ins Bett bringen“ im Zeitraum von 18 bis 19 Uhr beobachtet worden. Dies seien alle verfügbaren Beobachtungen; weitere Beobachtungen werden der Einfachheit halber ausgeblendet.

Die zu beantwortende Frage „Welchen Anteil haben die Teiltätigkeiten an der Gesamttätigkeit der PA?“ wäre auf Basis dieser Daten wie folgt zu beantworten:

- Die Teiltätigkeit „Verteilung von Speisen“ wurde insgesamt viermal beobachtet; insgesamt wurden sechs Episoden aufgezeichnet, daher beträgt der Anteil $4/6 = 66\%$.
- Die Teiltätigkeit „Bewohnerin bzw. Bewohner ins Bett bringen“ wurde insgesamt zweimal beobachtet; insgesamt wurden sechs Episoden aufgezeichnet, daher beträgt der Anteil $2/6 = 33\%$.

Bei dieser Vorgehensweise wird jedoch nicht berücksichtigt, dass zwischen 11 und 12 Uhr drei Personen beobachtet wurden, während zwischen 18 und 19 Uhr nur eine Person beobachtet wurde. Somit hatten Teiltätigkeiten, die zwischen 11 und 12 Uhr stattfanden, eine dreimal höhere Wahrscheinlichkeit, beobachtet zu werden, als Teiltätigkeiten, die zwischen 18 und 19 Uhr stattfanden. Auf Basis der obigen Daten kann man nämlich annehmen, dass die Teiltätigkeit „Bewohnerin bzw. Bewohner ins Bett bringen“ auch entsprechend häufiger beobachtet worden wäre, wenn man zwischen 18 und 19 Uhr ebenfalls drei Personen beobachtet hätte.

Die Transformation korrigiert die in einem bestimmten Zeitfenster gemachten Beobachtungen (genauer, deren Anzahl und Dauer) an der Anzahl unterschiedlicher Beobachtungen, die für dieses Zeitfenster vorliegen. Wurde ein Zeitfenster viele Male beobachtet, werden die gemachten Beobachtungen eher

hinunterskaliert. Demgegenüber werden die Beobachtungen aus einem Zeitfenster, das nur wenige Male beobachtet wurde, eher hinunterskaliert.

Dies geschieht anhand eines Referenzwerts. Dieser Referenzwert muss von Null verschieden sein, kann aber sonst beliebig gewählt werden. Die Transformation für ein bestimmtes Zeitfenster wird nach folgender Formel durchgeführt:

$$\text{Transformierte Episodenanzahl} = \text{originale Episodenanzahl} \times \frac{\text{Referenzwert}}{\text{Anzahl beobachteter Personen}}$$

Der Referenzwert sei 3. Auf das obige Beispiel angewendet, ergeben sich die folgenden, transformierten Werte:

- Teiltätigkeit „Verteilung von Speisen“ im Zeitfenster 11-12 Uhr:

$$4 \text{ Episoden} \times \frac{3}{3 \text{ Personen im Zeitfenster}} = 4 \text{ Episoden}$$

- Teiltätigkeit „B. ins Bett bringen“ im Zeitfenster 18-19 Uhr::

$$2 \text{ Episoden} \times \frac{3}{1 \text{ Person im Zeitfenster}} = 6 \text{ Episoden}$$

Die oben gestellte Frage „Welchen Anteil haben die Teiltätigkeiten an der Gesamttätigkeit der PA?“ wäre auf Basis der transformierten Daten nunmehr wie folgt zu beantworten:

- Die Teiltätigkeit „Verteilung von Speisen“ wurde insgesamt viermal beobachtet; insgesamt wurden zehn Episoden aufgezeichnet, daher beträgt der Anteil $4/10 = 40\%$.
- Die Teiltätigkeit „Bewohnerin bzw. Bewohner ins Bett bringen“ wurde insgesamt sechsmal beobachtet; insgesamt wurden zehn Episoden aufgezeichnet, daher beträgt der Anteil $6/10 = 60\%$.

Mit dieser Transformation wurden die Häufigkeiten der Teiltätigkeiten so transformiert, als wären in den beiden Zeitfenstern jeweils drei Personen (= Referenzwert) beobachtet worden. Da im Zeitfenster 11-12 Uhr tatsächlich drei Personen beobachtet wurden, wurde keine Korrektur vorgenommen. Im Zeitfenster 18-19 Uhr wurde jedoch nur eine Person beobachtet, daher wurden die beiden Beobachtungen dieser Person um den Faktor drei nach oben korrigiert. Die Wahl des Referenzwertes ist beliebig: Jeder andere Referenzwert führt zu denselben transformierten Anteilen (im Beispiel 40% und 60%).

Die Transformation kann daher Verzerrungen in den relativen Anteilen von Teiltätigkeiten korrigieren, die dadurch entstehen, dass in verschiedenen Zeitfenstern unterschiedlich viele Personen beobachtet wurden und dadurch bestimmte Teiltätigkeiten eine höhere Wahrscheinlichkeit hatten, beobachtet zu werden. Dabei wird angenommen, dass die Anzahl und Dauer beobachteter Teiltätigkeiten in einem Zeitfenster repräsentativ ist – d.h., dass man im Mittel ähnliche Episoden und Zeitdauern beobachten würde, wenn man viele weitere Beobachtungen vornehmen würde. Beim obigen, zu Anschauungszwecken konstruierten Beispiel ist diese Annahme offensichtlich unrealistisch. Bei dem umfassenden Datenmaterial und den vielen überlappenden Beobachtungen dieser Studie ist diese Annahme aber näherungsweise gegeben und kann daher sinnvoll zur Korrektur der Verzerrungen eingesetzt werden.

Für Aussagen, die relative Anteile verschiedener Tätigkeiten zueinander betreffen, wurde die beschriebene Transformation auf Basis der in Abbildung 1 dargestellten, im Tagesverlauf unterschiedlichen Häufigkeiten der Beobachtungen innerhalb jeder Berufsgruppe vorgenommen. Als

Referenzwert wurde der Median der im Tagesverlauf schwankenden Häufigkeiten der Beobachtungen innerhalb jeder Berufsgruppe herangezogen. Die in jedem Stundenintervall beobachteten Häufigkeiten und Zeitdauern jeder Teiltätigkeit wurden sodann proportional zum Referenzwert herauf- bzw. hinunterskaliert. Nach dieser Transformation entsprechen die absoluten Werte der Häufigkeiten und Zeitdauern der Teiltätigkeiten nicht mehr den real beobachteten Werten. Die relativen Anteile dieser Werte zueinander basieren nun jedoch auf einer rechnerisch gleichen Wahrscheinlichkeit für jede Teiltätigkeit, im Tagesverlauf beobachtet zu werden. Alle Aussagen in diesem Bericht, die sich auf relative Anteile von Teiltätigkeiten oder Tätigkeitsklassen beziehen, basieren auf diesen „entzerrten“, transformierten Werten (vgl. Anhang A.7, wo die relativen Anteile aller Teiltätigkeiten basierend auf transformierten Werten wiedergegeben werden). Alle Aussagen, die sich auf absolute Häufigkeiten beziehen, geben dagegen die real beobachteten Werte wieder (dies gilt insbesondere für Anhang A.6, wo die Häufigkeiten und Zeitdauern aller beobachteten Teiltätigkeiten wiedergegeben werden). Ein Vergleich der in den Abschnitten 4 und 5 dargestellten relativen Anteile von transformierten Werten mit beobachteten Werten ergab eine mittlere Abweichung von -3.10% für die Teiltätigkeitshäufigkeiten bzw. -2.31% für die Teiltätigkeitsdauern, was dafür spricht, dass die beobachteten Tätigkeitskategorien insgesamt nicht nennenswert von den gewichteten Tätigkeitskategorien abweichen. Ein Vergleich der Analysen, die auf beobachteten Werten basieren, mit Analysen, die auf transformierten Werten basieren, zeigte darüber hinaus, dass beide Analysen – trotz Abweichungen in den einzelnen prozentualen Werten – dieselben Kernaussagen stützten.

A.2 Eingesetzte Instrumente

A.2.1 Gesprächsleitfaden für Führungskräfteinterviews

1 Einleitung

- 1.1 Projektvorstellung
- 1.2 Ziele des Interviews
- 1.3 Datenschutz und Anonymität

2 Allgemeine Themen

Allgemeine / offene Fragen zu folgenden Themen (bei Bedarf präzisieren):

- 2.1 Arbeitsteilung
- 2.2 Koordination
- 2.3 Zusammenarbeit
 - 2.3.1 zwischen den Berufsgruppen
 - 2.3.2 hierarchieübergreifend

3 Kommunikation / Klima / Pflegequalität

- 3.1 Wie würden Sie die Kommunikation / das Klima im Heim beschreiben?
- 3.2 Gibt es aktuell Konflikte im Heim?
- 3.3 Gibt es aktuell besondere Vorkommnisse im Heim?
- 3.4 Nach welchen Kriterien kann die Pflegequalität beurteilt werden? Wie lässt sich die Pflegequalität messen (PDL)?
- 3.5 Stimmen die Ziele / Werte des Heims mit der Realität überein (HL, PDL)?
Mögliche Themen sind z.B. (bei Bedarf präzisieren bzw. erweitern)
 - 3.5.1 Pflegequalität (PDL)
 - 3.5.2 Personalausstattung & -verteilung (HL, PDL)
 - 3.5.3 Verhältnis bewohnernahe und bewohnerferne Tätigkeiten (PDL)
 - 3.5.4 Verhältnis Pflege & Betreuung (PDL)
- 3.6 Weitere / offene Themen

4 Ergänzende / offene Fragen zum Organisationscreening

Gemeinsame Sichtung des Fragebogens, Möglichkeit bieten auf offene Fragen der FK einzugehen & ergänzende / offene Fragen an FK stellen

- 4.1 Angaben zum Heim:

Nähere Informationen bezüglich:

 - 4.1.1 Wie ist die Heimstruktur aufgebaut (HL)?
 - 4.1.2 An welchem Pflegemodell / Pflegekonzept orientiert sich das Heim (HL, PDL)?
 - 4.1.3 Gibt es bzgl. des Qualitätsmanagements bestimmte Trägervorgaben? Wenn ja, welche (HL)?
 - 4.1.4 Wie ist das Qualitätsverständnis des Trägers (HL, PDL)?
 - 4.1.5 Wie ist Ihr persönliches Qualitätsverständnis (HL, PDL)?
 - 4.1.6 Gibt es derzeit laufende Projekte (bzgl. QM, Gütesiegel, etc.) (HL)?
 - 4.1.7 Gibt es im Heim separate Aktivierungsangebote? Von welchen Berufsgruppen wird dies angeboten? Führt dies zu einer Entlastung der in der Pflege angestellten Mitarbeitenden?
 - 4.1.8 Mögliche weitere Themen sind z.B. (bei Bedarf präzisieren):
 - 4.1.8.1 Leistungsspektrum des Heims (HL)
 - 4.1.8.2 Leitbild (HL)
 - 4.1.8.3 Besonderheiten des Heims (HL, PDL)
- 4.2 Angaben zu Bewohnern
 - 4.2.1 Zusätzliche Unterbringung von anderen Personen < 60 Jahre
- 4.3 Angaben zu den Mitarbeitenden (HL, PDL):
 - 4.3.1 Ausfälle
 - 4.3.2 Fluktuation, insbesondere Gründe für Fluktuation
- 4.4 Angaben zum Mindestpflegepersonalschlüssel (HL):
 - 4.4.1 Nach welcher Methode / welchen Kriterien wird der Schlüssel berechnet?
 - 4.4.2 Falls gesetzliche Vorgaben vorhanden sind:
 - 4.4.2.1 Wie werden die Vorgaben hinsichtlich Mindestpflegepersonalschlüssel erfüllt (%-Angabe präzisieren) (HL, PDL)?
- 4.5 Kennzahlen
- 4.6 Fehlen hier wichtige / weitere Angaben?

A.2.2 Gesprächsleitfaden für Beobachtungsinterviews

1 Einleitung

- 1.1 Projektvorstellung
- 1.2 Ziele des Interviews
- 1.3 Datenschutz und Anonymität

2 Arbeitstätigkeiten / Zuständigkeiten

- 2.1 Gab es besondere Vorkommnisse (z.B. Ausfälle, org. Änderungen) an diesem Tag?
- 2.2 Vertieftes Eingehen auf konkrete Beobachtungen:

Mögliche Themen sind z.B. (bei Bedarf präzisieren bzw. erweitern):

 - 2.2.1 Zuständigkeiten:
 - 2.2.1.1 Fallen die Aufgaben / Tätigkeiten in Ihr Aufgabengebiet?
 - 2.2.1.2 Haben Sie Aufgaben / Tätigkeiten von anderen Berufsgruppen übernommen?
 - 2.2.1.3 Haben Sie Ihre Aufgaben / Tätigkeiten an andere Berufsgruppen übergeben?
 - 2.2.1.4 Sind / waren die Zuständigkeiten klar?
 - 2.2.2 Zeitdauer der Teiltätigkeiten – übliche Zeitdauer oder ungewöhnlich kurz / lang
 - 2.2.3 Übliche Tätigkeiten oder ungewöhnliche Tätigkeiten (z.B. mehr / weniger / „fremde“)
 - 2.2.4 Üblicher oder unüblicher Ablauf
 - 2.2.5 Eingehen auf beobachtete Auffälligkeiten / besondere Vorkommnisse
 - 2.2.6 Eingehen auf Unklarheiten / offene Fragen
- 2.3 Nicht beobachtete Tätigkeiten:

- 2.3.1 Welche Tätigkeiten fallen üblicherweise noch an, die heute nicht beobachtet wurden?
- 2.3.2 Welche Tätigkeiten sind sich nicht ausgegangen / hätten Sie heute gerne noch gemacht?
- 2.3.3 Aus welchen Gründen sind sich Tätigkeiten nicht ausgegangen?
- 2.3.4 Was hätten Sie benötigt um alle Aufgaben / Tätigkeiten vollständig ausführen zu können?
- 2.3.5 Kommt es häufiger vor, dass sich Aufgaben / Tätigkeiten nicht ausgehen?

2.4 Zeitliche Anteile:

- 2.4.1 Wie schätzen Sie die zeitlichen Anteile von Pflege und Betreuung ein?
- 2.4.2 Wie schätzen Sie die zeitlichen Anteile von bewohnernahen und -fernen Tätigkeiten ein?

3 Anforderungen:

3.1 Regulationsanforderungen:

- 3.1.1 Einschätzung der Tätigkeiten
- 3.1.2 Abgleichen mit beobachteter Einschätzung
- 3.1.3 *Ggf. Themengebiet erweitern*

3.2 Körperliche Anforderungen & Unterstützung (durch andere Personen, technische Hilfsmittel):

- 3.2.1 Bei welchen Tätigkeiten hätten Sie Unterstützung benötigt?
- 3.2.2 Besteht immer die Möglichkeit Unterstützung zu erhalten?
- 3.2.3 Wann besteht die Möglichkeit nicht?
- 3.2.4 Welche körperlichen Tätigkeiten empfinden Sie als besonders belastend?

4 Betreuung / Interaktion

4.1 Häufigkeit der Interaktionen

- 4.1.1 Wer initiiert?
- 4.1.2 Richtung der Interaktionen?
- 4.1.3 Inhalt der Interaktionen?

4.2 Häufigkeit der Störungen?

- 4.2.1 Gründe?
- 4.2.2 Wie wirken sie Störungen auf die Qualität der Interaktionen aus?

4.3 Interaktionsqualität:

- 4.3.1 Subjektive Einschätzung der Qualität der beobachteten Interaktionen erfragen
- 4.3.2 Woran merken Sie, dass eine Interaktion gelungen ist?
- 4.3.3 Woran merken Sie, dass eine Interaktion misslungen ist?
- 4.3.4 *Ggf. Themengebiet erweitern*

A.2.3 Organisationscreening



Projekt

Psychologische Aufgabenanalysen in der stationären Langzeitpflege

– Basisangaben zum Heim –

Mit diesem Fragebogen werden im Vorfeld **objektive Basisdaten** und **strukturelle Informationen** über das Heim erhoben. Diese Daten sind wichtig, um die in späteren Beobachtungen gewonnenen Erkenntnisse **angemessen interpretieren** zu können. Die Daten dieses Fragebogens geben uns gleichzeitig einen **Orientierungsrahmen für vertiefende Interviews**.

Es ist daher wichtig, **vollständige Informationen** zu erhalten. Wir bitten Sie, **alle Fragen zu beantworten** und ggf. **fehlende Informationen einzuholen**. Bitte beziehen Sie sich bei der Beantwortung der Fragen auf die **derzeitige Situation im Heim**. Eventuelle Unterschiede zur Situation während der Beobachtungen werden wir in den späteren Interviews klären.

Ihre Angaben behandeln wir **streng vertraulich**. Die Daten des Heims werden nur vom Forscherteam zur Vorbereitung auf die Interviews verwendet. Zusammengefasste Daten von mehreren Heimen werden zur Interpretation der Ergebnisse herangezogen. Wir stellen sicher, dass durch weitergegebene oder veröffentlichte Informationen keinesfalls einzelne Heime oder Personen identifiziert werden können.

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung:

Jürgen Glaser
Matea Prskalo
Christian Seubert

E-Mail: arbeitsforschung-psychologie@uibk.ac.at
Teil.: 0512 507 56045

Angewandte Psychologie
Institut für Psychologie
Universität Innsbruck
Innrain 52f (Büro: Maximilianstr. 2)
A-6020 Innsbruck

Anmerkung: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verzichten wir auf gendergerechte Schreibweise. Wo nicht explizit auf ein bestimmtes Geschlecht Bezug genommen wird, sind stets Frauen und Männer gleichermaßen angesprochen.

Angaben zum Heim

H1. Welche Organisation ist der **Träger** des Heims?

H2. Ist der Träger ...

- ... eine **Profit**-Organisation?
 ... eine **Non-Profit**-Organisation?

H3. Heimstruktur: Bitte leiten Sie ein aktuelles **Organigramm** des Heims an uns weiter!

Falls dies nicht möglich ist, tragen Sie bitte die **Organisationseinheiten** (OE; also Bereiche, Stationen, auch nichtpflegerische) mit **Kopffzahlen der Führungskräfte und Mitarbeiter** in die folgende Tabelle ein:

	Bezeichnung	Führungskraft/-kräfte	Anzahl Mitarbeiter
OE 1:			
OE 2:			
OE 3:			
OE 4:			
OE 5:			
OE 6:			
OE 7:			
OE 8:			
OE 9:			
OE 10:			
OE 11:			
OE 12:			
OE 13:			
OE 14:			
OE 15:			
OE 16:			

H4. Nach welchem/n **Pflegemodell/en** bzw. **Pflegekonzept/en** wird das Heim geführt?

Falls möglich, leiten Sie bitte verfügbares **Infomaterial** für eine Dokumentenanalyse an uns weiter!

H5. Bitte geben Sie die Zahl der **Bewohnerplätze** im Heim an, gestaffelt nach **Einzelzimmer/Doppelzimmer (EZ/DZ)** und **Bereichen/Stationen!**

	Bezeichnung	Anzahl Einzelzimmer	Anzahl Doppelzimmer	Anzahl Bewohner
Bereich 1:				
Bereich 2:				
Bereich 3:				
Bereich 4:				
Bereich 5:				
Bereich 6:				
Bereich 7:				
Bereich 8:				
Bereich 9:				
Bereich 10:				

H6. Wie ist die **Auslastung** des Heims? Bitte geben Sie die aktuellsten Zahlen an, über die Sie verfügen.

Auslastung: _____ % Wann wurde die Auslastung erhoben? _____

H7. Welche **Kennzahlen** müssen ans Land gemeldet werden?
Bitte leiten Sie die **zuletzt gemeldeten Daten** nach Möglichkeit an uns weiter!

Angaben zu den Heimbewohnern

B1. Wie viele Personen wohnen derzeit im Haus?

_____ Heimbewohner, davon _____ Frauen und _____ Männer.

B2. Altersdurchschnitt der Bewohner: _____ Jahre

B3. Wie viele Bewohner unter 60 Jahren leben im Heim? _____ Bewohner

B4. Durchschnittliche **Verweildauer** der Bewohner im Heim: _____ Jahre und _____ Monate

B5. Wie viele Bewohner weisen welche **Pflegestufen** auf?

- Kein Pflegegeld: _____ Bewohner
- Pflegestufe 1: _____ Bewohner
- Pflegestufe 2: _____ Bewohner
- Pflegestufe 3: _____ Bewohner
- Pflegestufe 4: _____ Bewohner
- Pflegestufe 5: _____ Bewohner
- Pflegestufe 6: _____ Bewohner
- Pflegestufe 7: _____ Bewohner

B6. Wie viele Bewohner gibt es im Heim ...

- ... mit **psychiatrischen Erkrankungen**? _____ Bewohner
- ... mit **demenziellen Erkrankungen**? _____ Bewohner
- ... in **Kurzzeitpflege**? _____ Bewohner
- ... in **Tagespflege**? _____ Bewohner

Angaben zu den Mitarbeitern (inkl. Führungskräften) in Pflege und Betreuung

Bitte machen Sie die folgenden Angaben für jede Berufsgruppe separat!

	DGKP	FSB/A	Pflege-assistenz	Heimhilfe	Sonstige*
M1. Anzahl der Mitarbeiter (Köpfe) im Heim:					
M2. Anzahl der Vollzeitäquivalente im Heim:					
M3. Altersdurchschnitt der Mitarbeiter:					
M4. Anzahl der männlichen Mitarbeiter :					
M5a. Anzahl der Zugänge im letzten Jahr:					
M5b. Anzahl der Abgänge im letzten Jahr:					
M5c. Anzahl der derzeit unbesetzten Stellen (inkl. karezierte Schwangere und Langzeitkranke):					
M6. Anzahl der derzeit nichtkarenzierten Schwangeren unter den Mitarbeitern:					
M7. Anzahl der Leih- oder Poolarbeiter im Heim:					
M8. Anzahl der Mitarbeiter mit einem befristeten Arbeitsvertrag :					
M9a. Anzahl der in Vollzeit angestellten Mitarbeiter:					
M9b. Anzahl der in Teilzeit angestellten Mitarbeiter:					
M9c. Anzahl der geringfügig angestellten Mitarbeiter:					

*: Hier sind nur sonstige Berufsgruppen gemeint, die mit Pflege und Betreuung in Verbindung stehen (also nicht Küche, Verwaltung, etc.).

M10. Anzahl der **unterschiedlichen Nationalitäten** unter den Mitarbeitern: _____ Nationalitäten

Angaben zum Mindestpflegepersonalschlüssel

P1. Nach welcher **Methode** bzw. welchen **Kriterien** wird der Schlüssel berechnet? Gibt es eine **Landes- bzw. Trägervorgabe**?

P2. Welche **Berufsgruppen** werden in den Schlüssel eingerechnet?

P3. Wie werden **Führungskräfte** in den Schlüssel eingerechnet?

- Genauso wie andere Mitarbeiter
- Es gibt folgende Unterschiede (z.B. zu wieviel %):

P4. Wie werden **ältere Mitarbeiter** in den Schlüssel eingerechnet?

- Genauso wie andere Mitarbeiter
- Es gibt folgende Unterschiede (z.B. zu wieviel %):

P5. Wie werden nichtkarenzierte **schwängere Mitarbeiter** in den Schlüssel eingerechnet?

- Genauso wie andere Mitarbeiter
- Es gibt folgende Unterschiede (z.B. zu wieviel %):

P6. Wie werden **begünstigte behinderte Mitarbeiter** in den Schlüssel eingerechnet?

- Genauso wie andere Mitarbeiter
- Es gibt folgende Unterschiede (z.B. zu wieviel %):

P7. Wie werden **Auszubildende** in den Schlüssel eingerechnet?

- Genauso wie andere Mitarbeiter
- Es gibt folgende Unterschiede (z.B. zu wieviel %, nach welcher Zeit):

P8. Wie werden **Fehlzeiten** der Mitarbeiter aus dem Schlüssel herausgerechnet?

- Gar nicht
- Auf folgende Weise (z.B. zu wieviel %, nach welcher Zeit):

P9. Werden **krankte Mitarbeiter** aus der Berechnung des Schlüssels herausgenommen?

- Nein, gar nicht
- Ja, sofort
- Ja, aber erst nach _____ Wochen durchgehender Krankmeldung
- Sonstige Berücksichtigung kranker Mitarbeiter im Schlüssel, und zwar:

P10. Wie werden **Krankheitsrückkehrer** in den Schlüssel eingerechnet?

- Sofort nach ihrer Rückkehr in den Dienst zu 100%
- Sofort nach Rückkehr in den Dienst, aber zunächst im reduzierten Umfang
- Erst nach einiger Zeit, dann aber zu 100%
- Erst nach einiger Zeit, und dann zunächst im reduzierten Umfang

P11. Welche **Stundenzahl** wird im Schlüssel als **Vollzeitäquivalent** gerechnet? _____ Stunden/Woche

	DGKP	FSB/A	Pflege- assistenz	Heimhilfe
P12. Wie viele Mitarbeiter jeder Berufsgruppe sind im Schlüssel für Nachdienste eingeplant?				

P13. Falls gesetzliche Vorgaben vorhanden sind:
Wie werden die **gesetzlichen Vorgaben** hinsichtlich des Mindestpersonalschlüssels erfüllt? Zu _____ %

Sonstige Angaben

Gibt es für Sie **weitere Daten zum Heim und seiner Struktur**, die uns bekannt sein sollten und in diesem Fragebogen noch nicht zur Sprache gekommen sind? Selbstverständlich besteht in den Interviews die Möglichkeit, das ausführlicher zu besprechen.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit !

A.3 Klassifizierung und Legende der beobachteten Teiltätigkeiten

1	Pflegerische Kompetenzen und Betreuung	Erläuterung
101	(Hilfe bei der) Teilkörperpflege	Waschen & Pflege von Teilen des Körpers (z.B. Gesicht, Oberkörper, Kämmen, Zähneputzen), im Bett oder im Bad
102	(Hilfe bei der) Ganzkörperpflege	Waschen, Duschen oder Baden des gesamten Körpers, im Bett, in der Dusche oder im Pflegebad (bei Ganzkörperpflege im Bett inkl. Bett machen)
103	Begleitung bei Toilettengang	Begleitung auf Toilette, Unterstützung beim im Grunde selbständigen Toilettengang
104	Inkontinenzversorgung	Vorlagen wechseln, anlegen, entfernen, inkl. Reinigung des Intimbereichs
105	Beobachtung und Überwachung des (Gesundheits-) Zustandes	Kontrollgänge im Rahmen der Bewohnerbeobachtung (Aufsuchen des Bewohners, z.B. im Zimmer oder im Gemeinschaftsraum, mit dem Ziel, sich zu vergewissern, dass alles in Ordnung ist - d.h. ohne Absicht, konkrete Handlungen durchzuführen)
106	Bewohnertransfer und Mobilisation	B aus einer statischen Position in eine mobile Position bringen (z.B. beim Aufstehen aus dem Bett unterstützen, beim Wechsel vom Esstisch in Rollstuhl unterstützen)
107	Hilfe beim An- und Auskleiden inkl. Bereitstellen der Kleidung	An- und Auskleiden des B bzw. Hilfe dabei, sofern ein Kleidungswechsel beinhaltet ist (Entkleidung zum Toilettengang ist hier nicht enthalten); Heraussuchen von Kleidung für B
108	Bewohner ins Bett bringen	B aus einer mobilen Position in eine ruhende Position im Bett bringen oder einen im Bett liegenden B in eine andere Position bringen
109	Bewohnerbegleitung im Haus	Begleitung eines B durchs Haus, Selbst- oder Fremdfortbewegung (z.B. vom Zimmer in Essensraum) oder außerhalb des Hauses (z.B. zur Kapelle im Ort, zum Arzt, fliehenden B zurückbringen)
110	Hilfe bei Nahrungsaufnahme / Trinkaufnahme	Unterstützung des B beim Essen oder Trinken (z.B. Essen und Getränke anreichen)
111	Theorie- und konzeptgeleitete Gesprächsführung und Kommunikation mit Bewohnern	Gespräch mit B, bei dem Informationsübermittlung oder Unterweisung im Vordergrund stehen
112	Theorie- und konzeptgeleitete Gesprächsführung und Kommunikation mit Angehörigen	Gespräch mit A, bei dem Informationsübermittlung im Vordergrund steht
114	Pflegeziele festlegen	Pflegeplanung: Festlegung von Pflegediagnosen, Problem-Ressource-Zielanalyse, gem. GuKG § 14 (1) Ziffer 2
115	Pflegemaßnahmen festlegen, Behandlungsaufträge schreiben	Ableitung von Maßnahmen aus der Pflegeplanung: Festlegen von Pflegemaßnahmen, gem. GuKG § 14 (1) Ziffer 2
116	Pflegedokumentation	Dokumentation jeglicher durchgeführten Tätigkeiten, gem. GuKG § 14 (1) Ziffer 2
117	Anleitung, Begleitung und Überwachung von Auszubildenden und Freiwilligen- und Zivildienstleistenden	Anleitung, Begleitung und Überwachung von Auszubildenden, Unterstützungskräften und Personen gemäß § 14 (2) 10, 11; Gespräche und exemplarische Handlungsausführung mit dem Ziel, Auszubildende, Freiwilligen- und Zivildienstleistende zu unterrichten

118	Pflege von zu- und ableitenden Systemen	Pflege, Reinigung und Kontrolle von zu- und ableitenden Systemen (z.B. Kanülen, Sonden, Anus Praeter)
119	Prophylaxe	Prophylaktische Pflegemaßnahmen gegen Thrombose, Dekubitus am Körper des B durchführen (z.B. Stützstrümpfe anlegen, Haut eincremen)
120	Unterstützende Zuwendung (vorwiegend dyadisch)	verbale, nonverbale und körperliche Zuwendung mit der Absicht sozioemotionale Sorge und Zuneigung zu signalisieren (z.B. Gespräch mit primär sozioemotionalem Bezug, Umarmung, tröstende Worte)
121	Unterstützung in Krisensituationen	verbale, nonverbale und körperliche oder organisatorische Unterstützung in akuten und nichtakuten Krisensituationen (z.B. Todesfall eines Angehörigen, Krankheitsdiagnose) -> Def. "Krise", z.B. individuell-soziale Krise, emotionaler Ausnahmezustand -> Schildern an den konkreten Situationen, die beobachtet wurden (7 Episoden)
123	Aktivierende Zuwendung (vorwiegend gruppenorientiert)	Durchführung von Animations- und Aktivierungsprogrammen (z.B. Gedächtnistraining durchführen, mit Bewohnern Singen, Kinoabend veranstalten)
125	Anwendung spezieller Methoden, aufbauend auf Pflege-/Betreuungskonzepten	Anwendung und Durchführung von Methoden nach speziellen Pflegemodellen / Pflege-theorien (z.B. Validation, Biographiearbeit)
2	Medizinische Diagnostik und Therapie	
201	Vitalzeichenkontrolle	Kontrolle der lebenswichtigen Körperfunktionen (z.B. Bewusstsein, Puls, Blutdruck, Blutzucker) und weiterer körperlicher Vitalzeichen (Gewicht)
202	Medikamentendispensierung	Medikamentenmanagement (Bestellung, Organisation der Beschaffung, Kontrolle, Verwaltung, Schachtelung, laufende Bestandskontrolle, Rezeptverwaltung)
203	Medikamentenverabreichung	Abgabe und Unterstützung bei der Einnahme von Medikamenten (ohne Injektionen und Infusionen)
204	Mitwirkung an Arztvisite	Unterstützende Mitwirkung während Arztvisiten (z.B. Mithilfe während der Visite)
205	Injektionen	Vorbereitung und Verabreichung von subkutanen und intramuskulären Injektionen
206	Anhängen von Infusionen	Anlegen von Infusionen
207	Verbandwechsel und Wundversorgung	Einschätzung und Versorgung von Wunden; Anlegen und Wechsel von Verbänden und Pflastern
3	Notfallmaßnahmen	
301	Notfallmaßnahmen	Erkennen und Einschätzen von Notfällen und Setzen entsprechender Maßnahmen; gem. §14a GuKG
4	Hauswirtschaft	
401	Betten machen	Bett machen, abziehen, beziehen
402	Vorbereitung / Verteilung von Speisen / Getränken	Zubereitung & Verteilung von Nahrungsmitteln für/an B (Zubereitung: z.B. Brote schmieren, Essen schöpfen, Saft einschenken; Verteilung: z.B. an Tisch oder auf Zimmer bringen)
403	Reinigungs- und Aufräumarbeiten (bewohnerfern)	Erledigung von hauswirtschaftlichen Tätigkeiten (z.B. Waschmaschine, Müll, Lüften) ohne Bezug zu bestimmtem Bewohner
404	Reinigungs- und Aufräumarbeiten (bewohnerbezogen)	Durchführung von Reinigungs- und Aufräumarbeiten mit Bezug zu bestimmtem Bewohner (z.B. dreckige Wäsche nach Umkleiden wegbringen)

405	Herbeischaffung Nahrungsmittel, Gebrauchsgüter	Herbeischaffung von Nahrungsmitteln, Medikamenten, Gebrauchsgütern, Hilfsmitteln, Arbeitsmaterialien innerhalb und außerhalb des Hauses (z.B. Warenannahme von Lieferanten, Material aus dem Lager holen)
406	Pflege und Wartung technischer Geräte	Hinweis, dass es sich hierbei nicht um Geräte des Medizinproduktegesetzes handelt
5	Organisation	
502	Dienstübergabe (bewohnerbezogen)	Dienstübergabe zwischen Mitarbeitenden (sowohl mit mehreren Mitarbeitenden oder zu zweit; geplant oder spontan; verschiedene Auslöser: Dienstende, Dienstbeginn, Bereichswechsel)
503	Telefonat	jegliches Klingeln eines Telefons, für das die Mitarbeitenden verantwortlich sind (ein- und ausgehende Telefonate (angenommen & nicht angenommen))
504	Besprechungen im Team bzw. mit anderen Kollegen (nicht bewohnerbezogen)	Gespräche mit einem oder mehreren Kollegen, inhaltlich nicht auf Bewohner bezogen (d.h. sonstiger verrichtungsbezogener oder sozioemotionaler Inhalt)
505	Besprechungen im Team bzw. mit anderen Kollegen (bewohnerbezogen)	Gespräche mit einem oder mehreren Kollegen, inhaltlich auf einen oder mehrere Bewohner bezogen (verrichtungsbezogener oder sozioemotionaler Inhalt)
506	Delegation von Aufgaben	Anweisung an weisungsgebundene Personen zur Übernahme von Tätigkeiten oder Bitte an nicht weisungsgebundene Kollegen, Tätigkeit zu übernehmen
507	Sonstige Administrative Tätigkeiten	Jegliche administrativen Tätigkeiten, die nicht Pflegeplanung, Pflegemaßnahmen und -dokumentation betreffen (z.B. Organisation von Veranstaltungen & Reparaturen)
6	Pause	
601	Pause	arbeitszeitgesetzliche Pausen (gem. AZG) einschließlich Kurzpausen

A.4 Klassifizierung und Legende nicht beobachteter Teiltätigkeiten

1	Pflegerische Kompetenzen und Betreuung	Erläuterung
113	Einzug / Auszug des Bewohners	[nicht beobachtet] Aufnahme eines neuen B, Entlassung eines B aus dem Heim oder Tätigkeiten im Zusammenhang mit einem Sterbefall
122	Sterbebegleitung	würde- und respektvolle Begleitung in der letzten Lebensphase
124	Konzeption von gruppenorientierter, aktivierender Zuwendung	Konzeption (Ausdenken, Entwerfen, Planen) von Animations- und Aktivierungsprogrammen
...
2	Medizinische Diagnostik und Therapie	
...
3	Notfallmaßnahmen	
...
4	Hauswirtschaft	
...
5	Organisation	
...
6	Pause	
...

A.5 Weitere Klassifizierungen der Teiltätigkeiten

Teiltätigkeitskategorien		objekt- vs. pers.-bezogen	bewohner- nah vs. -fern	Regulations- phasen	Regulations- ebenen
Nr.	Bezeichnung				
1 Pflegerische Kompetenzen und Betreuung					
101	(Hilfe bei der) Teilkörperpflege	pers	nah	ausf	aut-wiss
102	(Hilfe bei der) Ganzkörperpflege	pers	nah	ausf	aut-wiss
103	Begleitung bei Toilettengang	pers-kop	nah	ausf	aut-wiss
104	Inkontinenzversorgung	pers	nah	ausf	aut-wiss
105	Beobachtung und Überwachung des (Gesundheits-) Zustandes	pers	nah	ausf	aut-wiss
106	Bewohnertransfer und Mobilisation	pers	nah	ausf	aut-wiss
107	Hilfe beim An- und Auskleiden inkl. Bereitstellen der Kleidung	pers	nah	ausf	aut-wiss
108	Bewohner ins Bett bringen	pers	nah	ausf	aut-wiss
109	Bewohnerbegleitung im Haus	pers	nah	ausf	aut-wiss
110	Hilfe bei Nahrungsaufnahme / Trinkaufnahme	pers	nah	ausf	aut-wiss
111	Theorie- und konzeptgeleitete Gesprächsführung und Kommunikation mit Bewohnern	pers	nah	ausf	wiss
112	Theorie- und konzeptgeleitete Gesprächsführung und Kommunikation mit Angehörigen	pers-kop	nah-fern	vorb-ausf	wiss
114	Pflegeziele festlegen	obj	fern	vorb	intel
115	Pflegemaßnahmen festlegen, Behandlungsaufträge schreiben	obj	fern	vorb	intel
116	Pflegedokumentation	obj	fern	kontr	wiss
117	Anleitung, Begleitung und Überwachung von Auszubildenden und Freiwilligen- und Zivildienstleistenden	pers-kop	fern	vorb	intel
118	Pflege von zu- und ableitenden Systemen	pers	nah	ausf	aut-wiss
119	Prophylaxe	pers	nah	ausf	aut-wiss
120	Unterstützende Zuwendung (vorwiegend dyadisch)	pers	nah	ausf	wiss
121	Unterstützung in Krisensituationen	pers-kop	nah	ausf	wiss
123	Aktivierende Zuwendung (vorwiegend gruppenorientiert)	pers-kop	nah	ausf	wiss
125	Anwendung spezieller Methoden, aufbauend auf Pflege-/Betreuungskonzepten	pers	nah	ausf	wiss
2 Medizinische Diagnostik und Therapie					
201	Vitalzeichenkontrolle	pers	nah	ausf	aut-wiss
202	Medikamentendispensierung	obj	fern	vorb	wiss
203	Medikamentenverabreichung	pers	nah	ausf	aut-wiss
204	Mitwirkung an Arztvisite	pers-kop	nah	vorb-ausf	intel
205	Injektionen	pers	nah	ausf	aut-wiss
206	Anhängen von Infusionen	pers	nah	ausf	aut-wiss
207	Verbandwechsel und Wundversorgung	pers	nah	ausf	aut-wiss
3 Notfallmaßnahmen					
301	Notfallmaßnahmen	pers	nah	ausf	aut-wiss
4 Hauswirtschaft					
401	Betten machen	obj	nah-fern	ausf	aut-wiss
402	Vorbereitung / Verteilung von Speisen / Getränken	obj	nah-fern	ausf	aut-wiss
403	Reinigungs- und Aufräumarbeiten (bewohnerfern)	obj	fern	ausf	aut-wiss
404	Reinigungs- und Aufräumarbeiten (bewohnerbezogen)	obj	fern	ausf	aut-wiss
405	Herbeischaffung Nahrungsmittel, Gebrauchsgüter	obj	fern	ausf	aut-wiss
406	Pflege und Wartung technischer Geräte	obj	fern	ausf	aut-wiss
5 Organisation					
502	Dienstübergabe (bewohnerbezogen)	pers-kop	fern	vorb	wiss
503	Telefonat	pers-kop	fern	ausf	wiss
504	Besprechungen im Team bzw. mit anderen Kollegen (nicht bewohnerbezogen)	pers-kop	fern	vorb	wiss
505	Besprechungen im Team bzw. mit anderen Kollegen (bewohnerbezogen)	pers-kop	fern	vorb	wiss
506	Delegation von Aufgaben	pers-kop	fern	vorb	intel
507	Sonstige Administrative Tätigkeiten	obj	fern	vorb	wiss
6 Pause					
601	Pause	---	---	---	---

A.6 Häufigkeit und Dauer der beobachteten Teiltätigkeiten

Nr.	Bezeichnung	Gesamt			DGKP			D/FSBA			PA			HH		
		Episoden	Dauer (Min.)	Ø Dauer (Min.)	Episoden	Dauer (Min.)	Ø Dauer (Min.)	Episoden	Dauer (Min.)	Ø Dauer (Min.)	Episoden	Dauer (Min.)	Ø Dauer (Min.)	Episoden	Dauer (Min.)	Ø Dauer (Min.)
1 Pflegerische Kompetenzen und Betreuung																
101	(Hilfe bei der) Teilkörperpflege	201	741	3,7	56	227	4,1	46	112	2,4	91	381	4,2	8	21	2,6
102	(Hilfe bei der) Ganzkörperpflege	24	201	8,4	6	60	10,0	1	8	8,0	15	115	7,7	2	18	9,0
103	Begleitung bei Toilettengang	192	441	2,3	50	113	2,3	39	100	2,6	93	203	2,2	10	25	2,5
104	Inkontinenzversorgung	157	417	2,7	33	85	2,6	35	120	3,4	82	192	2,3	7	20	2,9
105	Beobachtung und Überwachung des (Gesundheits-) Zustandes	343	476	1,4	71	122	1,7	95	114	1,2	169	224	1,3	8	16	2,0
106	Bewohnertransfer und Mobilisation	153	368	2,4	40	82	2,1	30	109	3,6	68	142	2,1	15	35	2,3
107	Hilfe beim An- und Auskleiden inkl. Bereitstellen der Kleidung	183	476	2,6	66	177	2,7	27	50	1,9	83	229	2,8	7	20	2,9
108	Bewohner ins Bett bringen	129	358	2,8	33	107	3,2	28	81	2,9	64	156	2,4	4	14	3,5
109	Bewohnerbegleitung im Haus	331	622	1,9	104	184	1,8	90	179	2,0	98	169	1,7	39	90	2,3
110	Hilfe bei Nahrungsaufnahme / Trinkaufnahme	120	496	4,1	34	136	4,0	39	153	3,9	35	175	5,0	12	32	2,7
111	Theorie- und konzeptgeleitete Gesprächsführung und Kommunikation mit Bewohnern	290	530	1,8	82	146	1,8	61	136	2,2	78	128	1,6	69	120	1,7
112	Theorie- und konzeptgeleitete Gesprächsführung und Kommunikation mit Angehörigen	64	127	2,0	25	47	1,9	19	40	2,1	14	26	1,9	6	14	2,3
114	Pflegeziele festlegen	8	115	14,4	6	98	16,3	1	16	16,0	1	1	1,0	0	0	
115	Pflegemaßnahmen festlegen, Behandlungsaufträge schreiben	57	334	5,9	47	271	5,8	4	12	3,0	6	51	8,5	0	0	
116	Pflegedokumentation	198	1386	7,0	102	547	5,4	36	327	9,1	55	461	8,4	5	51	10,2
117	Anleitung, Begleitung und Überwachung von Auszubildenden und Freiwilligen- und Zivildienstleistend	52	177	3,4	22	90	4,1	23	75	3,3	6	11	1,8	1	1	1,0
118	Pflege von zu- und ableitenden Systemen	48	124	2,6	13	23	1,8	8	12	1,5	27	89	3,3	0	0	
119	Prophylaxe	142	295	2,1	37	79	2,1	32	59	1,8	72	156	2,2	1	1	1,0
120	Unterstützende Zuwendung (vorwiegend dyadisch)	271	655	2,4	64	145	2,3	74	153	2,1	59	157	2,7	74	200	2,7
121	Unterstützung in Krisensituationen	7	23	3,3	1	10	10,0	6	13	2,2	0	0		0	0	
123	Aktivierende Zuwendung (vorwiegend gruppenorientiert)	51	530	10,4	2	37	18,5	37	338	9,1	3	29	9,7	9	126	14,0
125	Anwendung spezieller Methoden, aufbauend auf Pflege-/Betreuungskonzepten	22	129	5,9	3	4	1,3	8	50	6,3	4	46	11,5	7	29	4,1
2 Medizinische Diagnostik und Therapie																
201	Vitalzeichenkontrolle	48	105	2,2	24	45	1,9	4	8	2,0	19	47	2,5	1	5	5,0
202	Medikamentendispensierung	39	194	5,0	31	168	5,4	3	13	4,3	5	13	2,6	0	0	
203	Medikamentenverabreichung	388	883	2,3	206	467	2,3	61	128	2,1	109	267	2,4	12	21	1,8
204	Mitwirkung an Arztvisite	22	145	6,6	22	145	6,6	0	0		0	0		0	0	
205	Injektionen	18	58	3,2	9	30	3,3	1	3	3,0	8	25	3,1	0	0	
206	Anhängen von Infusionen	11	36	3,3	7	25	3,6	2	5	2,5	2	6	3,0	0	0	
207	Verbandwechsel und Wundversorgung	57	211	3,7	30	103	3,4	13	66	5,1	12	35	2,9	2	7	3,5
3 Notfallmaßnahmen																
301	Notfallmaßnahmen	2	30	15,0	1	1	1,0	1	29	29,0	0	0		0	0	
4 Hauswirtschaft																
401	Betten machen	66	179	2,7	21	46	2,2	2	3	1,5	35	93	2,7	8	37	4,6
402	Vorbereitung / Verteilung von Speisen / Getränken	530	1543	2,9	97	212	2,2	86	231	2,7	133	323	2,4	214	777	3,6
403	Reinigungs- und Aufräumarbeiten (bewohnerfern)	244	789	3,2	29	67	2,3	33	102	3,1	60	164	2,7	122	456	3,7
404	Reinigungs- und Aufräumarbeiten (bewohnerbezogen)	325	742	2,3	74	113	1,5	73	153	2,1	106	191	1,8	72	285	4,0
405	Herbeischaffung Nahrungsmittel, Gebrauchsgüter	168	381	2,3	59	102	1,7	24	120	5,0	46	78	1,7	39	81	2,1
406	Pflege und Wartung technischer Geräte	18	58	3,2	6	19	3,2	1	2	2,0	6	20	3,3	5	17	3,4
5 Organisation																
502	Dienstübergabe (bewohnerbezogen)	62	725	11,7	22	264	12,0	11	119	10,8	24	270	11,3	5	72	14,4
503	Telefonat	251	443	1,8	141	286	2,0	56	80	1,4	36	46	1,3	18	31	1,7
504	Besprechungen im Team bzw. mit anderen Kollegen (nicht bewohnerbezogen)	168	484	2,9	58	229	3,9	35	79	2,3	35	81	2,3	40	95	2,4
505	Besprechungen im Team bzw. mit anderen Kollegen (bewohnerbezogen)	536	1419	2,6	238	700	2,9	69	231	3,3	148	308	2,1	81	180	2,2
506	Delegation von Aufgaben	119	180	1,5	60	92	1,5	28	50	1,8	21	24	1,1	10	14	1,4
507	Sonstige Administrative Tätigkeiten	88	418	4,8	52	221	4,3	19	114	6,0	2	3	1,5	15	80	5,3
6 Pause																
601	Pause	73	1294	17,7	21	400	19,0	14	314	22,4	27	353	13,1	11	227	20,6

A.7 Relative Anteile der beobachteten Teiltätigkeiten (transformierte Werte)

Nr.	Bezeichnung	Gesamt		DGKP		D/FSBA		PA		HH	
		Episoden	Dauer (Min.)	Episoden	Dauer (Min.)	Episoden	Dauer (Min.)	Episoden	Dauer (Min.)	Episoden	Dauer (Min.)
1 Pflegerische Kompetenzen und Betreuung											
101	(Hilfe bei der) Teilkörperpflege	3,0%	3,8%	3,0%	3,5%	2,9%	2,8%	3,0%	4,6%	0,6%	0,4%
102	(Hilfe bei der) Ganzkörperpflege	0,3%	0,8%	0,3%	0,8%	0,0%	0,1%	0,4%	1,2%	0,2%	0,4%
103	Begleitung bei Toilettengang	4,1%	3,1%	2,1%	1,6%	3,3%	2,7%	5,7%	4,6%	1,1%	0,7%
104	Inkontinenzversorgung	4,5%	4,1%	4,0%	3,6%	3,2%	3,8%	5,5%	4,9%	0,8%	0,6%
105	Beobachtung und Überwachung des (Gesundheits-) Zustandes	12,1%	5,9%	4,5%	3,6%	15,3%	6,5%	15,9%	7,7%	1,1%	0,5%
106	Bewohnertransfer und Mobilisation	2,0%	1,7%	1,5%	1,1%	1,7%	2,2%	2,4%	1,8%	1,7%	1,1%
107	Hilfe beim An- und Auskleiden inkl. Bereitstellen der Kleidung	2,9%	2,7%	3,4%	3,1%	1,9%	1,2%	3,2%	3,3%	0,6%	0,5%
108	Bewohner ins Bett bringen	3,2%	3,2%	2,3%	2,8%	2,6%	2,5%	4,2%	4,1%	0,4%	0,5%
109	Bewohnerbegleitung im Haus	3,8%	2,4%	3,5%	2,1%	4,8%	3,1%	3,4%	2,2%	4,6%	3,1%
110	Hilfe bei Nahrungsaufnahme / Trinkaufnahme	1,4%	2,0%	1,2%	1,5%	2,1%	3,0%	1,1%	2,0%	1,5%	1,1%
111	Theorie- und konzeptgeleitete Gesprächsführung und Kommunikation mit Bewohnern	4,1%	2,9%	5,1%	3,9%	4,4%	3,2%	3,4%	2,1%	6,7%	3,2%
112	Theorie- und konzeptgeleitete Gesprächsführung und Kommunikation mit Angehörigen	0,7%	0,5%	0,9%	0,6%	1,0%	0,7%	0,5%	0,3%	0,7%	0,4%
114	Pflegeziele festlegen	0,1%	0,4%	0,2%	0,9%	0,1%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
115	Pflegemaßnahmen festlegen, Behandlungsaufträge schreiben	0,8%	1,7%	1,6%	3,2%	0,4%	0,4%	0,4%	1,5%	0,0%	0,0%
116	Pflegedokumentation	3,6%	9,0%	5,4%	10,1%	2,8%	9,0%	3,0%	8,8%	0,8%	1,9%
117	Anleitung, Begleitung und Überwachung von Auszubildenden und Freiwilligen- und Zivildienstleistenden	0,6%	0,7%	0,7%	1,0%	1,3%	1,4%	0,3%	0,2%	0,1%	0,0%
118	Pflege von zu- und ableitenden Systemen	1,2%	1,1%	0,8%	0,5%	1,5%	0,7%	1,2%	1,7%	0,0%	0,0%
119	Prophylaxe	4,7%	3,4%	4,9%	3,5%	5,2%	3,3%	4,7%	3,5%	0,1%	0,0%
120	Unterstützende Zuwendung (vorwiegend dyadisch)	2,8%	2,8%	2,2%	1,6%	3,8%	3,3%	2,5%	3,0%	7,2%	5,8%
121	Unterstützung in Krisensituationen	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,2%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
123	Aktivierende Zuwendung (vorwiegend gruppenorientiert)	0,4%	1,6%	0,1%	0,4%	1,6%	4,9%	0,1%	0,5%	1,5%	8,0%
125	Anwendung spezieller Methoden, aufbauend auf Pflege-/Betreuungskonzepten	0,2%	0,5%	0,1%	0,0%	0,3%	0,8%	0,2%	0,6%	0,9%	1,2%
2 Medizinische Diagnostik und Therapie											
201	Vitalzeichenkontrolle	0,7%	0,5%	1,3%	0,9%	0,3%	0,2%	0,5%	0,5%	0,3%	0,4%
202	Medikamentendispensierung	0,5%	0,8%	1,0%	1,6%	0,3%	0,5%	0,4%	0,5%	0,0%	0,0%
203	Medikamentenverabreichung	7,0%	6,0%	8,8%	6,9%	7,0%	4,7%	6,0%	6,3%	1,0%	0,5%
204	Mitwirkung an Arztvisite	0,2%	0,4%	0,6%	1,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
205	Injektionen	0,3%	0,4%	0,4%	0,7%	0,2%	0,2%	0,3%	0,4%	0,0%	0,0%
206	Anhängen von Infusionen	0,3%	0,4%	0,6%	1,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,0%	0,0%
207	Verbandwechsel und Wundversorgung	1,0%	1,0%	1,8%	1,5%	1,1%	1,2%	0,5%	0,5%	0,2%	0,2%
3 Notfallmaßnahmen											
301	Notfallmaßnahmen	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%	0,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
4 Hauswirtschaft											
401	Betten machen	1,0%	1,0%	1,0%	0,8%	0,1%	0,0%	1,4%	1,5%	0,6%	0,7%
402	Vorbereitung / Verteilung von Speisen / Getränken	5,3%	4,8%	3,1%	2,2%	4,9%	4,0%	6,1%	5,8%	22,5%	23,5%
403	Reinigungs- und Aufräumarbeiten (bewohnerfern)	2,4%	2,5%	1,1%	0,8%	2,3%	2,7%	2,9%	2,9%	13,1%	13,6%
404	Reinigungs- und Aufräumarbeiten (bewohnerbezogen)	5,1%	3,5%	3,3%	1,7%	6,1%	4,3%	5,7%	4,0%	7,5%	7,7%
405	Herbeischaffung Nahrungsmittel, Gebrauchsgüter	2,0%	1,6%	2,2%	1,4%	1,3%	1,8%	2,0%	1,5%	4,4%	2,3%
406	Pflege und Wartung technischer Geräte	0,3%	0,2%	0,8%	0,4%	0,1%	0,0%	0,2%	0,2%	0,4%	0,3%
5 Organisation											
502	Dienstübergabe (bewohnerbezogen)	1,2%	4,4%	1,2%	4,5%	1,1%	4,5%	1,3%	4,5%	0,5%	1,6%
503	Telefonat	4,2%	2,5%	7,5%	4,6%	4,8%	2,6%	1,9%	1,0%	2,0%	1,2%
504	Besprechungen im Team bzw. mit anderen Kollegen (nicht bewohnerbezogen)	1,7%	1,7%	2,3%	2,8%	1,7%	1,4%	1,3%	1,1%	4,2%	3,2%
505	Besprechungen im Team bzw. mit anderen Kollegen (bewohnerbezogen)	7,1%	6,5%	10,6%	9,1%	4,3%	5,8%	6,1%	5,2%	8,5%	4,8%
506	Delegation von Aufgaben	1,3%	0,7%	2,0%	1,1%	1,6%	0,9%	0,7%	0,3%	1,0%	0,4%
507	Sonstige Administrative Tätigkeiten	1,0%	1,5%	2,1%	3,0%	1,3%	2,4%	0,1%	0,1%	1,8%	2,7%
6 Pause											
601	Pause	1,0%	5,0%	0,8%	4,5%	0,9%	5,7%	1,3%	4,8%	1,2%	7,6%