

Forderungskatalog



Personalbedarf in der Pflege

PK
flüge
onsilium
praxisbezogen kompetent

Meine AK. Ganz groß für mich da. AK-Hotline ☎ 05 7799-0

AK 
www.akstmk.at



Die Leistungen der modernen Medizin, aber auch der Trend zu einer gesunden Lebensweise führen dazu, dass die Lebenserwartung steigt. Das ist eine gute Nachricht. Die steigende Lebenserwartung hat jedoch auch zur Folge, dass der Bedarf an Pflege- und Betreuungsleistungen steigt. Dabei geht es nicht nur um die Quantität, sondern selbstverständlich auch um die Qualität der Pflege.

Die Beschäftigten, die in diesem Sektor tätig sind, zeichnet eine hohe Motivation aus, denn im Mittelpunkt steht der Mensch. Die Beschäftigten müssen aber auch in die Lage versetzt werden, den zu Pflegenden in ausreichendem Ausmaß ihre Aufmerksamkeit zu schenken. Es ist daher notwendig, die personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen an die steigenden Anforderungen anzupassen.

Ihr

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'J. Pesserl'. The signature is stylized and cursive.

Josef Pesserl
AK-Präsident

PFLEGEKONSILIUM | PERSONALBEDARF

Stand: Februar 2013
verfasst von Mag. Alexander Gratzner

INHALTSVERZEICHNIS

A) Der Personalbedarf in den mobilen Diensten aus Sicht der Pflege	13
1. Die wichtigsten Forderungen im Überblick	15
2. Rahmenbedingungen der Personalbedarfsregelung	17
2.1. Keine Arbeitszeitsicherheit	17
2.2. Belastung durch KlientInnen-Zeitabrechnung	18
2.3. Überwälzung der Ausfallshaftung	19
2.4. Finanzierungsproblem der Gemeinden	20
2.5. Kontraproduktive Kostenbeiträge für KlientInnen	20
2.6. Nicht geförderte Teilkosten der Betreuung belasten MitarbeiterInnen	21
3. Allgemeine Grundlagen der Personalbedarfsberechnung	23
3.1. Fehlzeiten	23
3.2. Zusätzliche Zeitaufwände	25
3.2.1. Gesprächszeiten für KlientInnen	25
3.2.2. Zunahme von Anleitung, Schulung und Beratung der KlientInnen	25
3.2.3. Dokumentation	26
3.2.4. Demenzversorgung	26
3.2.5. Kulturelle Herausforderungen	27
4. Organisation	28
4.1. Kurzfristige Dienstplanänderungen	28
4.2. Leitungs- und Führungsaufgaben	28
4.3. Teamspringer	29
4.4. Rufbereitschaft für MitarbeiterInnen	30
4.5. Qualifikationsmix	31
4.6. Interdisziplinäre Zusammenarbeit	32
4.7. Sorgen mit der 24-Stunden-Betreuung	33

B) Der Personalbedarf im Krankenhaus 35

1.	Die wichtigsten Forderungen im Überblick	37
2.	Rahmenbedingungen einer Personalbedarfsberechnung aus Sicht der Pflege	39
2.1.	Ein Personalbedarfsmodell	39
2.2.	Umsetzung bestehender Normen	40
2.3.	Kontrolle bestehender Auflagen	42
3.	Allgemeine Grundlagen der Personalbedarfsberechnung	43
3.1.	Fehlzeiten besser berücksichtigen	43
3.2.	Berücksichtigung zusätzlicher Zeitaufwände	45
3.2.1.	Gesprächszeiten mit PatientInnen	45
3.2.2.	Zunahme von Anleitung, Schulung und Beratung der PatientInnen	46
3.2.3.	Beachtung des Zentralisierungsgrades	46
3.2.4.	Zusatzleistungen (Sonderklasse)	46
3.2.5.	SchülerInnen dürfen nicht in PPBB enthalten sein	47
3.2.6.	Dokumentation	47
3.2.7.	Demenzzuschlag	49
3.2.8.	Aufnahme- und Entlassungsfaktor	49
3.2.9.	Verlegungsfaktor	50
3.2.10.	Führungsaufgaben sind in den PPBB anteilmäßig abzubilden.	50
3.3.	Qualifikationsschlüssel	51
3.4.	Nachtdienst	52
3.5.	Wochenenddienst	53
3.6.	Alter(n)sgerechtes Arbeiten	54
4.	Sonderbereiche	56
4.1.	Tagesklinik	56
4.2.	Intensivbereiche	56
4.3.	Bereiche mit Arbeitsplatzberechnung	57
4.4.	Mindestbesetzung von Kleinstationen	58
5.	Organisation	59
5.1.	Mehrfachvisiten	59
5.2.	Zeiten für die Dienstübergabe	59
5.3.	Entlassungsmanagement	60
5.4.	Leistungs- und Führungsaufgaben	60
5.5.	Forschungsimplementierung	60
5.6.	Kurzfristige Dienstplanänderungen	61
5.7.	Hauswirtschaftliche Dienste und Stationssekretärin	61

C) Der Personalbedarf in Pflegeheimen	63
1. Die wichtigsten Forderungen im Überblick	65
2. Die Rahmenbedingungen für den Personalschlüssel	67
2.1. Zu wenig Zeit für eine bedürfnisorientierte ganzheitliche und aktivierende Pflege	67
2.2. Qualitätssicherung und behördliche Kontrollen	68
3. Zunahme an erforderlicher Pflegefachkompetenz	69
3.1. Höhere Pflegestufen	69
3.2. Kürzere Verweildauer im Krankenhaus	69
3.3. Zunahme von multimorbiden und gerontopsychiatrischen BewohnerInnen	69
4. Gründe für die Zunahme von Personalbedarfen/Zeit	71
4.1. Gestiegener Dokumentationsaufwand	71
4.2. Fehlzeiten/Arbeitsunterbrechungen	72
4.3. Heimaufenthaltsgesetz und OPCAT-Durchführungsgesetz	72
4.4. Pflegewissenschaft und Forschung/Assessments	73
4.5. Hygienemanagement	74
4.6. Ärztliche Visiten und interdisziplinäre Zusammenarbeit	74
4.7. Dienstübergabe	75
4.8. Personaleinsatz während der Nacht	75
4.9. Demenzzuschlag/gerontopsychiatrischer Zuschlag	77
4.10. Kurzzeitpflege	77
4.11. Mündige BewohnerInnen und Angehörige	77
4.12. Kulturelle Herausforderungen	78
4.13. Alterngerechtes Arbeiten	78
Endnoten	81

EINLEITUNG

Die Pflege- und Betreuungssituation hat sich in den vergangenen Jahren durch den ansteigenden Bedarf in der Bevölkerung und die daraus resultierenden Änderungen in der Träger- und Angebotsstruktur maßgeblich verändert. Betroffen sind alle Settings. Eine Konsequenz daraus ist, dass die bislang angewandten Personal- und Qualifikationsschlüssel immer seltener ausreichen, um die Pflege und Betreuung im erforderlichen Ausmaß erbringen zu können.

Neue Strukturen im Krankenhaus¹⁾ (z. B. tages- und wochenklinische Behandlung) und die immer kürzere PatientInnenverweildauer²⁾ führen intra- wie extramural zu komplexeren Pflege- und Betreuungssituationen und stellen auch zeitlich höhere Anforderungen an die Pflege und Betreuung³⁾. Letzteres gilt ebenso für den Langzeitpflegebereich, da sich dieser zunehmend auf PflegeheimbewohnerInnen mit hohem Pflegebedarf beschränkt⁴⁾.

Auch der Anstieg von chronischen Leiden und Mehrfacherkrankungen infolge des Alterungsprozesses der Bevölkerung erhöht das Pflegeausmaß⁵⁾. Dies gilt entsprechend auch hinsichtlich des gestiegenen Anspruchsdenkens von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen. Schließlich führen veränderte Familienstrukturen zu einem Anstieg der formellen Pflege im häuslichen Umfeld.

Die zum Teil seit vielen Jahren angewandten Mindestpersonalschlüssel bzw. Personalbedarfsberechnungen und Qualifikationsschlüssel wurden an gesellschaftliche, strukturelle, wissenschaftliche, medizinische und pflegerische Entwicklungen nicht ausreichend angepasst. Die Folge ist, dass die vorgegebenen Personalschlüssel immer seltener eine Pflege und Betreuung entsprechend der Qualitätssicherung und der Qualitätsentwicklung möglich machen.

Die Entwicklungen der letzten Jahre wurden bis heute vom Pflege- und Betreuungspersonal kompensiert. Die selbstverständliche Verpflichtung gegenüber den Pflegebedürftigen hat wesentlich zur Verdichtung der Arbeit beigetragen. Dies mit der Konsequenz, dass die Arbeitsanforderungen immer wieder zu erheblichen psychischen und physischen Belastungen sowie zu Belastungen aufgrund einer verdichteten Arbeitsor-

ganisation geführt haben⁶). Die bekannten Folgen sind die Zunahme von Krankenständen, Burn-out und kurzer Berufsverweildauer.

Aufgrund der bestehenden Rahmenbedingungen und Personalstrukturen können immer seltener jene Pflege- und Betreuungsleistungen in einem angemessenen Zeitrahmen erbracht werden, die für eine ganzheitliche Pflege und Betreuung erforderlich sind. Die Grundlagen für die Personalbedarfsberechnungen, die Mindestpersonalschlüssel und die Qualifikationsschlüssel bedürfen daher in wesentlichen Teilbereichen einer Anpassung. Die vorliegenden Forderungspapiere zum Personalbedarf analysieren die drängendsten Problembereiche in den einzelnen Settings und bieten Lösungsvorschläge an.

Im Hinblick auf das sehr umfassende Thema kann jedoch kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben werden.

MITGLIEDER DER SETTING-ARBEITSGRUPPEN:

Setting-Arbeitsgruppe „mobile Dienste“

MMag. Dr. Elisabeth Rappold, PDL Erika Wagner, PDL.Stv. Gisela Ambrosch, Vors. Beatrix Eiletz, BRV Sabine Wittmann (DGKS), BR Waltraud Stock (DGKS), Renate Schreiner (DGKS), Mag. Alexander Gratzner

Setting-Arbeitsgruppe „Krankenhaus“

Mag. Dr. Monika Hoffberger, Dir. Christa Tax, MSc, Dr. Christian Haberle, BRV-Stv. Helene Kink-Lichtenecker (DGKS), Monika Wagner MSc, Opfl. Thomas Schelischansky, MSc, Mag. Daniela Russinger (DGKS), BRV Waltraud Nutz (DMTF), BRV Dietmar Magele, Mag. Alexander Gratzner.

Setting-Arbeitsgruppe „Langzeitpflege“

Mag. Susanne Girstmayr, Mag. (FH) Martin Falinski (DGKP), PDL Waltraud Haas-Wippel, ZBRV Relly Niederl, Dir. Cäcilia Petek Bakk. phil., BR Ursula Kothgasser, Vors. Beatrix Eiletz, Mag. Alexander Gratzner.



A) Der Personalbedarf in den mobilen Diensten

1. DIE WICHTIGSTEN FORDERUNGEN IM ÜBERBLICK

Rahmenbedingungen verbessern

Die Rahmenbedingungen in den mobilen Diensten haben sich verändert. Die Pflege und Betreuung in den eigenen vier Wänden wird immer komplexer. Menschen verbleiben infolge restriktiver Heimzugänge länger zu Hause. Dies betrifft vor allem betreuungsintensive Demenzzranke. Teilweise werden notwendige klientenferne Leistungen nicht von der öffentlichen Hand gefördert, weshalb für deren Erbringung kaum Zeit bleibt. Die Leistungsverdichtung wurde in den Normkosten- bzw. Personalbedarfsmodellen bisher nur unzureichend abgebildet. Eine Anpassung ist dringend erforderlich.

Arbeitszeitsicherheit schaffen

Die per Dienstplan vereinbarten Arbeitszeiten werden regelmäßig wegen nicht vorhersehbarer KlientInnen-Neuzugänge oder MitarbeiterInnenausfällen kurzfristig abgeändert. Kurzfristige Dienstzuteilungen werden als sehr belastend empfunden. Zu deren Vermeidung sind „systemtypische“ Betreuungsschwankungen durch zusätzliches Personal auszugleichen und tatsächlich unvermeidbare mit einem Flexibilisierungszuschlag abzugelten.

Besondere Belastungen beseitigen

Die Normkosten- bzw. Personalbedarfsmodelle passen sich nur langsam an neue Entwicklungen an. Veränderungen im Berufsalltag, wie die Zunahme an Dokumentation, Hygieneanforderungen und komplexere Betreuungen, haben zu einer deutlichen Arbeitsverdichtung geführt und verringern die Zeitressourcen z. B. für das persönliche/professionelle Gespräch. Zusätzliche Zeitaufwände sind entsprechend abzubilden.

Zunahme an Fehlzeiten ausgleichen

Die Normkosten- bzw. Personalbedarfsmodelle müssen auch Zeitaufwände für Bildungsmaßnahmen, Sonderurlaube, verschiedene Projektarbeiten und qualitätssichernde Maßnahmen bis hin zu Zertifizierungen sowie sonstige Absenzen erfassen und entsprechend abbilden. Dies ist derzeit nicht der Fall.

Arbeitsplatzsicherheit gewährleisten

Die Schwankungen in der Betreuungsauslastung z. B. durch KlientInnenausfall werden über die Zahl der MitarbeiterInnen ausgeglichen. Das geschieht über den Abbau von Gutstunden und reicht bis zu Kündigungen. Die Normkostenmodelle sind dahingehend zu erweitern, dass strukturbedingte Schwankungen nicht zulasten der MitarbeiterInnen gehen.

Bedarfsorientierten Personaleinsatz ermöglichen

Infolge von zum Teil hoher Kostenbeteiligung der KlientInnen werden vielfach nur unzureichende Betreuungszeiten vereinbart. Dadurch kommen Pflegepersonen vor Ort unter Zeitdruck. Abrechnungsmodelle im Fünfminutentakt belasten zusätzlich. Ein Rechts- bzw. Sachleistungsanspruch und die Bedarfsfeststellung im Rahmen eines Assessments wären geeignet, prekären Betreuungssituationen und unzumutbaren Belastungen der Pflegepersonen zu begegnen.

2. RAHMENBEDINGUNGEN DER PERSONALBEDARFSREGELUNG

2.1. Keine Arbeitszeitsicherheit

Der arbeitszeitrechtlich zu vereinbarende Dienstplan wird regelmäßig kurzfristig durch den täglich festzusetzenden Einsatzplan abgeändert. Trotz fixer Arbeitszeiten nach Dienstplan kann das tatsächliche „Dienstende“ nicht vorausgesagt werden.

MitarbeiterInnen der mobilen Dienste müssen täglich damit rechnen, dass sie **länger als geplant im Einsatz sind**. Allfällige persönliche Vorhaben für die Zeit nach dem Dienst (z. B. Kinderbetreuung, Zweitjob, Hobby) haben „ganz selbstverständlich“ Nachrang.

Die Gründe für die kurzfristigen Abänderungen des Dienstplans liegen im außerplanmäßigen Neuzugang von KlientInnen (z. B. nach einem stationären Aufenthalt) oder in plötzlichen Absenzen von MitarbeiterInnen.

Der dadurch entstehende Arbeitsanfall wird in der Regel auf die bestehenden Stützpunktmitglieder aufgeteilt, wodurch sich deren vereinbarte Arbeitszeit kurzerhand ausdehnt. Diese Schwankungen im Arbeitsanfall sind für die Organisation „mobile Dienste“ typisch.

Es handelt sich nicht um unvorhersehbare Auslastungsschwankungen, weshalb für diese im Rahmen der Organisationsverantwortung entsprechende Personalressourcen vorzusehen sind. Diese sind auch in den Förderrichtlinien abzubilden.

Der Umstand, dass MitarbeiterInnen ständig mit der Veränderung ihrer Arbeitszeit rechnen müssen, wird als sehr belastend empfunden. Ein Teil dieser Zugangsschwankungen kann durch eine bessere Koordination und Organisation an der Schnittstelle zu den Krankenanstalten vermindert werden, etwa durch die rechtzeitige Vorankündigung bevorstehender PatientInnenentlassungen.

Letztlich kann das Gros der Betreuungsschwankungen nur durch zusätzliche MitarbeiterInnen ausgeglichen werden (z. B. Springer). Dies würde auch die Attraktivität und die Wettbewerbsfähigkeit gegenüber den anderen Settings stärken.

Forderungen:

- Die Belastung durch systemtypische Betreuungsschwankungen ist nicht dem bereits ausgelasteten Stützpunktteam aufzubürden, sondern durch den Einsatz zusätzlicher MitarbeiterInnen in einem vorzuhaltenden MitarbeiterInnenpool abzufangen.
- Krankenhaus-Entlassungsmanagements sind einzurichten und problemorientiert anzuleiten.
- PatientInnenentlassungen aus dem Krankenhaus sind den mobilen Diensten so früh wie möglich, mindestens jedoch zwei Tage vorher zu melden.

2.2. Belastung durch KlientInnen-Zeitabrechnung

Bei der Inanspruchnahme mobiler Betreuung sind zum Teil Kostenbeiträge für KlientInnen in der Höhe von einem Drittel und mehr vorgesehen. Die hohen Kostenbeteiligungen führen immer wieder dazu, dass pflege- und betreuungsbedürftige Personen nicht jenes Ausmaß an mobilen Diensten in Anspruch nehmen, das ihrem Bedarf entsprechend zweckmäßig wäre. Die Konsequenz ist, dass KlientInnen oft eine niedrigere, gerade noch leistbare Betreuungszeit vereinbaren. Das meist enge Zeitkorsett, in dem die Betreuung zu erfolgen hat, und die damit verbundene Abrechnung in Zeiteinheiten („Minutenabrechnung“) stellt für KlientInnen und Personal gleichermaßen eine hohe Belastung dar.

Die Vorgabe an MitarbeiterInnen, bestimmte Leistungen in zum Teil sehr knapp kalkulierten Zeiteinheiten zu erbringen, bewirkt bei allen Beteiligten einen hohen psychischen Druck. Die Klientinnen achten verständlicherweise besonders darauf, dass keine zusätzlichen Kosten durch die Überschreitung der Betreuungszeit entstehen. Die tatsächliche Bedarfsdeckung bleibt dabei häufig auf der Strecke.

Die Höhe des pauschalierten Pflegegeldes ist in der Regel nicht ausreichend, um mobile Dienste „bedarfsgerecht“ abzudecken. Studien bestätigen wiederholt, dass Pflegegeld zum Teil nicht für Pflegeleistungen verwendet wird. Beide Entwicklungen beeinträchtigen erheblich die Versorgung der Bevölkerung. Das Pflegegeld soll unabhängig von dessen Höhe eine bedarfsgerechte Versorgung durch mobile Dienste, unter Berücksichtigung der familiären Ressourcen, im Rahmen von Sachleistungen sicherstellen.

Forderungen:

- Das Bundespflegegeldgesetz soll im Rahmen eines Mischmodells sowohl Sach- als auch Geldleistungen vorsehen. Das Pflegegeld soll unabhängig von dessen Höhe, eine bedarfsgerechte Versorgung durch mobile Dienste im Rahmen von Sachleistungen sicherstellen.
- Mit jedem Pflegegeldzuspruch soll ein verpflichtendes Assessment verbunden sein, mit dem das Ausmaß der erforderlichen Sachleistungen festgestellt wird. MitarbeiterInnen der mobilen Dienste werden damit wieder in die Lage versetzt, dass sie ihre Arbeit in angemessener Zeit erbringen können.

2.3. Überwälzung der Ausfallshaftung

Die Nachfrage nach mobilen Dienstleistungen schwankt naturgemäß stärker durch unplanbare Veränderungen im Wegfall der KlientInnenanzahl (z. B. durch Krankenhausaufenthalte, stationäre Kurzzeitpflege, Pflegeheimaufenthalt, Wegfall der Pflegebedürftigkeit). Dieser Umstand erschwert es den mobilen Trägern im Unterschied zu den stationären Einrichtungen, einen gleichmäßigen KlientInnen- und MitarbeiterInnenstock zu halten. Die öffentliche Hand überwälzt das Versorgungsrisiko weitgehend auf die Trägerorganisationen und damit letztlich auf die MitarbeiterInnen.

Die Schwankungen in der Betreuungsauslastung werden mittel- und langfristig über die Zahl der MitarbeiterInnen ausgeglichen. Das geschieht über den Abbau von Gutstunden und reicht bis zur Kündigung. Schon jetzt gibt es Durchrechnungszeiträume für die Arbeitszeit von bis zu zwölf Monaten. Dadurch fallen MitarbeiterInnen regelmäßig um die Überstunden- oder Mehrleistungszuschläge um. MitarbeiterInnen bringen damit bereits ein sehr hohes Maß an Flexibilität in die Arbeit ein.

Forderung:

- Die Rahmenbedingungen (Normkostenmodelle) sind dahingehend zu erweitern, dass strukturbedingte Schwankungen nicht zulasten der MitarbeiterInnen gehen. Der kurzfristige, nicht vorhersehbare Ausfall von Betreuungsstunden und die damit vakant gewordenen Dienstzeiten bzw. -entgelte sind für eine zu bestimmende Zeit von der öffentlichen Förderung abzudecken.

2.4. Finanzierungsproblem der Gemeinden

Einzelne Gemeinden sehen sich aus budgetären Gründen immer öfter außerstande, den vorgesehenen Kostenbeteiligungen nachzukommen. Die Konsequenz ist, dass diesen Anteil entweder der Träger oder der/die KlientIn selbst übernimmt. Die immer knappere Kalkulation der öffentlichen Kostenersätze versetzt die gemeinnützigen Träger jedoch immer seltener in die Lage, Kostenausfälle der Gemeinden zu kompensieren. Den KlientInnen bleibt keine andere Wahl, als den Kostenanteil der Gemeinde selbst zu bezahlen (was in den wenigsten Fällen möglich ist) oder auf die Betreuung zu verzichten.

Forderung:

- Da die Länder die Pflege und Betreuung sicherzustellen haben, ist diesfalls eine Ausfallhaftung der Länder für ihre Gemeinden vorzusehen.

2.5. Kontraproduktive Kostenbeiträge für KlientInnen

Für die betreuungsbedürftigen Menschen gibt es keinen österreichweiten Rechtsanspruch auf mobile Betreuungsdienste. Die mobilen Dienste bieten zwar eine sehr gute Pflege- und Betreuungsqualität, die damit gewöhnlich verbundene hohe Kostenbeteiligung für KlientInnen schreckt diese aber vielfach ab. So wird beobachtet, dass KlientInnen nach der ersten Rechnung die Inanspruchnahme der Dienste wegen der enormen Kostenbeteiligung reduzieren. Einige wollen sich die Dienste nicht leisten, jedoch können sich viele diese nicht leisten. Obwohl der Betreuungsbedarf an allen Tagen gleich ist, nehmen KlientInnen eine verminderte Betreuung an den meist teureren Wochenenden (Wochenendzuschlag) in Kauf.

Der Kostenbeitrag für die mobilen Dienste ist ein typisches Beispiel für die restriktive Wirkung von Kostenbeiträgen bzw. Selbstbehalten.

Die Voraussetzung für ein Altern bei guter Gesundheit und Lebensqualität setzt den rechtzeitigen niederschweligen Zugang zu präventiven bzw. gesundheitsförderlichen Pflege- und Betreuungsmaßnahmen voraus.

Das Hinausschieben der Inanspruchnahme auf den letztmöglichen Zeitpunkt („wenn es nicht mehr anders geht“) kann nachhaltige Gesundheits-

beeinträchtigungen, den Verlust von Lebensqualität und eine vorzeitige Vollzeitpflege im Heim verursachen. Abgesehen von den genannten Konsequenzen bewirkt das Hinausschieben notwendiger Betreuungsmaßnahmen letztlich für alle Beteiligten, auch die öffentliche Hand, erhebliche Mehrkosten.

Diese Entwicklung zeigt, dass der Bedarf an mobilen Diensten in den meisten Fällen höher ist als die Leistbarkeit und die tatsächliche Inanspruchnahme seitens der Menschen. Die Nachfrage nach mobilen Dienstleistungen ist damit stark vom verfügbaren Einkommen der KlientInnen abhängig.

Forderung:

- Die Länder haben die bedarfsgerechte Versorgung in Pflege- und Betreuungsangelegenheiten sicherzustellen. Um diesen Anspruch erfüllen zu können, ist für alle Bedürftigen ein Rechtsanspruch auf mobile Dienste zu schaffen.
- Ein dadurch bedarfsgerecht zeitlich früherer Betreuungsbeginn und eine bessere Kontinuität in der Betreuung führen nicht nur zu einer besseren Versorgung der Bevölkerung, sondern beseitigen auch systembedingte Belastungen für die Beschäftigten der mobilen Dienste.

2.6. Nicht geförderte Teilkosten der Betreuung belasten MitarbeiterInnen

Die Gesamtkosten der mobilen Dienste setzen sich länderweise aus verschiedenen Kostenteilen zusammen. Die diversen Kostenmodelle kennen z. B. direkte und indirekte Pflege- und Betreuungszeiten. Die Differenzierung der Kostenteile hat zum Teil verrechnungs- oder fördertechnische Gründe. Die öffentliche Hand fördert jedoch nicht alle Kostenteile. Dazu zählen landesspezifisch unterschiedlich z. B. Wegzeiten, Besprechungen, Fortbildung, Supervision.

Vor allem jene Kostenteile, die nicht oder kaum von der öffentlichen Hand gefördert werden, machen deren Finanzierung aus Trägersicht schwierig. Dieser Umstand führt dazu, dass von MitarbeiterInnen organisationsintern erwartet wird, z. B. klientInnenferne Zeiten – die für den Dienstbetrieb zweifellos unerlässlich sind – möglichst gering zu halten. Seitens der MitarbeiterInnen besteht häufig Erklärungsbedarf für Stau-

zeiten, Dokumentationsarbeiten, für organisatorische Arbeiten oder sogar für das Anlegen von Schneeketten. Das Personal gerät damit unter Druck, die geforderte Leistung in immer knapperen Zeiteinheiten zu erbringen.

Die primär pflegeleistungsbezogene Finanzierung in den mobilen Diensten fördert einen Personaleinsatz, der stark auf die den KlientInnen direkt oder indirekt zuordenbaren Zeiten ausgerichtet ist.

Forderung:

- Es sind für die Trägerorganisationen verlässliche Finanzierungsmodelle zu schaffen, die es diesen ermöglichen, kostendeckend zu agieren und den derzeit bestehenden übermäßigen Leistungsdruck für die MitarbeiterInnen zu reduzieren.

3. ALLGEMEINE GRUNDLAGEN DER PERSONALBEDARFSBERECHNUNG

3.1. Fehlzeiten

Die Grundlage für die Feststellung des Personalbedarfs bildet die Nettoarbeitszeit. Diese ergibt sich aus der Bruttoarbeitszeit, vermindert um die Ausfalls-, Fehl- oder Abwesenheitszeiten. Die errechnete Jahres-Nettoarbeitszeit ist jenes Zeitausmaß, in der der Mitarbeiter für die unmittelbare Arbeit an den, mit oder für die KlientInnen zur Verfügung steht.

Der Wert für Fehlzeiten berücksichtigt all jene Arbeitszeiten, die nicht unmittelbar an, mit oder für KlientInnen erbracht werden. Dazu zählen z. B. die Urlaubszeit, der Pflegeurlaub, Zeit infolge Krankheit/Kur und zum Teil die Fortbildungszeit.

Die derzeit angewandten Werte für Fehlzeiten gehen zum Teil auf Berechnungen aus den 80er- und 90er-Jahren zurück und betragen zwischen 15 und 20 Prozent. Diese Werte entsprechen jedoch bei Weitem nicht mehr den tatsächlichen Gegebenheiten. Durch Struktur- und Organisationsveränderungen, neue Pflegemethoden, die Zunahme von Qualitätssicherungs-, Hygiene- und Dokumentationsstandards, die fortschreitende Arbeitsteiligkeit, den medizintechnischen Fortschritt und noch vieles mehr hat sich die Arbeit stark verändert.

Die Zeit, die „nicht“ unmittelbar an, mit oder für den/die KlientIn erbracht wird, hat mittlerweile ein Ausmaß von 24 bis 28 Prozent der Arbeitszeit erreicht. Diese Erfahrungswerte entsprechen Berichten, der Literatur und Berechnungen der AK. Die Konsequenz für Pflegepersonen ist, dass sie im Sinne der Verdichtung der Arbeit die gewohnten Pflege- und Betreuungsprozesse in immer kürzerer Zeit erbringen müssen.

Folgende Zeitaufwände im Zusammenhang mit Abwesenheits- bzw. Fehlzeiten werden bislang nicht bzw. nur unzureichend in der Personalberechnung berücksichtigt und sind daher bei der Errechnung der Nettoarbeitszeit zu berücksichtigen:

■ Teilnahme an Bildungsmaßnahmen

Ein- und mehrtägige Bildungsmaßnahmen sind unmittelbar in der Personalbedarfsplanung zu berücksichtigen. Betroffen sind gesetzliche Fortbil-

dungen, Weiterbildungen, Universitätslehrgänge, gesetzlich vorgegebene Schulungen (z. B. Brandschutz- und Arbeitnehmerschutz-Unterweisungen), Maßnahmen der Personalentwicklung, Nachwuchsförderung für Führungskräfte etc.

■ **Teilnahme an QM-Verfahren**

Qualitätssicherungsprojekte (z. B. Qualitäts-, Hygienezirkel, KTQ, EFQM etc.), Zeitaufwand im Zusammenhang mit Rezertifizierungen, interne und externe Audits, Arbeitskreis Pflegestandards, Riskmanagement

■ **Teilnahme an Projekten**

Für die Einführung und Weiterentwicklung von Konzepten, Modellen und Techniken, Kinästhetik, Heben und Tragen, Wundmanagement, Pflegedokumentation, Forschungsprojekte, Pflegekonzepte, z. B. Primary Nursing, Familien-Gesundheitspflege

■ **SchülerInnenanleitung durch PraxisanleiterIn und KollegInnen vor Ort**

Neben Pflege- und MTD-SchülerInnen sind auch StudentInnen der Pflegewissenschaften, diverser Sonderausbildungen, der Medizin etc. während der Praktikumszeit anzuleiten.

■ **Einführung neuer MitarbeiterInnen**

Für neue MitarbeiterInnen, aber auch MitarbeiterInnen, die hausintern zwischen Abteilungen wechseln

■ **WiedereinsteigerInnen-Schulung**

Nach längeren Absenzen (z. B. Karenz): Die Wissenshalbwertszeit ist systemimmanent und betrifft Änderungen von Pflegestandards, organisatorischer Belange, die Bedienung medizintechnischer Geräte, Rechtsänderungen etc.

■ **Abbau von Zeitgutschriften**

Zeitgutschriften entstehen z. B. aufgrund belastender Faktoren am Arbeitsplatz. Dazu gehören Zeitgutschriften infolge Nacht-Schwerarbeit, Strahlenarbeit, Arbeiten im Kunstlichtbereich etc., aber auch Mehrleistungs- und Überstunden. Der Abbau dieser Stunden ist im laufenden Betrieb nur schwer bzw. gar nicht möglich, da z. B. infolge bestehender Mitarbeiteranspannung nur eine geringere Personalzahl Dienst versieht und der aufrechtzuerhaltende Dienstbetrieb einen Zeitausgleich nicht zulässt.

- Zeitaufwand für Supervision
- Sonderurlaube, Behördenwege, Arztbesuche und Dienstreisen
- Bildungskarenz, Sabbatical, Familienhospizkarenz
- Altersteilzeit

3.2. Zusätzliche Zeitaufwände

3.2.1. Gesprächszeiten für KlientInnen

Die Beziehungsarbeit und Kommunikation sind die wichtigsten Arbeitsmittel in der Pflege. Diese fallen zunehmend der langjährigen Verdichtung der Arbeit zum Opfer. Diese Entwicklung macht es erforderlich, dass auch für das Naheliegendste in der Pflegearbeit, wie beispielsweise die Beziehungsarbeit und Kommunikation mit den KlientInnen, wieder explizit zeitliche Ressourcen in der Personalbedarfsplanung vorgesehen werden.

Forderung:

- In den öffentlichen Fördermodellen und den Personaleinsatzplanungen der Träger sind Zeiten für Beziehungsarbeit und Gesprächsführung gesondert in ausreichendem Ausmaß abzubilden.

3.2.2. Zunahme von Anleitung, Schulung und Beratung der KlientInnen

In den vergangenen Jahren ist ein Anstieg zeitintensiver Anleitungen und Beratungen zu beobachten. Einerseits gewinnt die Anleitung und Schulung im Rahmen der geforderten Mitwirkung der KlientInnen (Compliance) in der Pflege und Betreuung immer mehr an Bedeutung. Andererseits erfordern die komplexeren Pflegefälle infolge Multimorbidität und verkürzter Krankenhausverweildauer umfangreichere Pflegeanweisungen und Verhaltensempfehlungen. Die interdisziplinäre Betreuung ihrerseits erfordert organisatorisch eine umfangreiche Abstimmung der Gesundheits- und Sozialberufe untereinander. Davon unabhängig verlangt die allgemeine Beratung mündiger KlientInnen immer mehr Zeit.

Forderung:

- Der Zeitaufwand im Zusammenhang mit umfangreicher werdenden Anleitungen und Beratungen ist in den Personalplanungsmodellen abzubilden.

3.2.3. Dokumentation

Der Aufwand an vorgeschriebener Dokumentation hat in den letzten Jahren stark zugenommen. Rechtliche Grundlagen finden sich in nahezu allen die Pflege und Betreuung betreffenden Gesetzen. Die besondere Bedeutung der Dokumentation spiegelt sich auch in einer strikten Rechtsprechung wider („Alles, was nicht dokumentiert ist, gilt als nicht geleistet“), die eine zeitnahe Dokumentation verlangt und einen hohen Zeitaufwand erfordert.

Die Gründe für die Zunahme des Dokumentationsaufwandes sind vielfältig. Zu den wichtigsten zählen der dokumentationsintensivere KlientInnendurchlauf, der gestiegene Rechercheaufwand, Dokumentationsanforderungen nach Hygienerichtlinien, umfangreichere Dokumentationen seitens des GuKG, Dokumentation diverser Assessments im Rahmen der Qualitätssicherung, Dokumentation, um der öffentlichen Kontrolle zu entsprechen, etc. Häufig belasten auch unzureichende EDV- und Softwareressourcen das Dokumentationsverhalten. Vereinzelt wird auch Doppel- oder Mehrfachdokumentation beklagt.

Der dafür erforderliche gestiegene Zeitaufwand spiegelt sich bislang nicht bzw. nur unzureichend in den Personalschlüsseln wider.

Forderung:

- Der über die Jahre gewachsene Mehraufwand an Dokumentation ist in der Personalbedarfsberechnung zu berücksichtigen. Allgemeingültige Dokumentationsrichtlinien sollen zur rechtlichen Absicherung der MitarbeiterInnen Klarheit schaffen. Der Mehraufwand für angeordnete Doppeldokumentationen ist ebenso in der Personalbedarfsberechnung abzubilden wie umständliche (zeitaufwendige) Programmsoftware und unzureichende EDV-Ressourcen (Wartezeiten).

3.2.4. Demenzversorgung

Die Zahl an dementen KlientInnen in den mobilen Diensten nimmt zu. Betroffen sind vor allem jene Personen, die – landesspezifisch unterschiedlich – mangels ausreichender Pflegegeldstufe (meist die Pflegegeldstufe⁴) nicht die Voraussetzungen für die Aufnahme in ein Pflegeheim erfüllen und somit auf mobile Pflege und Betreuung angewiesen sind.

Die Betreuung dementer KlientInnen ist im Vergleich zu nicht dementen KlientInnen erheblich zeitintensiver. Dies gilt generell bei der Anleitung zu

diversen Verrichtungen wie z. B. das Duschen, das Essen und bei der Gefahrenquellenbeseitigung. Es ist der Zugang zur Wohnung zu planen und der Klient auf die Abwesenheit vorzubereiten.

Bei DemenzpatientInnen ist die Einhaltung der gewohnten Betreuungszeiten besonders wichtig, ebenso der Umstand, dass nach Möglichkeit immer dieselbe Betreuungsperson als Bezugsperson vor Ort ist. Das Krankheitsbild verlangt auch eine gewisse Häufigkeit und Konstanz der Betreuungsvisiten, um nicht kontraproduktiv zu wirken.

Der Schwerpunkt der Versorgung liegt bei der Heimhilfe, da diese KlientInnen eher Betreuungsleistungen nachfragen. Aber auch die Pflegeplanung ist umfangreicher, z. B. im Zusammenhang mit der Medikamentengebung und den stark variierenden tagesabhängigen kognitiven Fähigkeiten der DemenzklientInnen.

Forderung:

- Zur Sicherung der Versorgung dementer Personen sind häufigere und längere Betreuungszeiten vorzusehen, damit die Betreuungspersonen vor Ort in der Lage sind, bedarfsgerechte Hilfe zu leisten.

3.2.5. Kulturelle Herausforderungen

MigrantInnen sind derzeit noch selten außerhalb der Familie in einem Pflegeheim untergebracht. Die Zahl jener, die schon lange in Österreich wohnhaft sind und damit auch zunehmend Versorgungsleistungen in der Pflege beanspruchen, nimmt vor allem in Ballungszentren leicht zu und wird sich mittelfristig weiter erhöhen.

Wenig überraschend erschwert die Sprachbarriere zum Teil noch immer die Pflege und Betreuung vor Ort. Die Erfahrungen zeigen, dass insbesondere das Erstellen der Pflegeanamnese und der Biografiearbeit eine besondere – auch zeitliche – Herausforderung darstellt.

Forderung:

- Die typischerweise im Zusammenhang mit MigrantInnen zeitlich aufwendigere Pflege- und Betreuungsarbeit ist bei der Personalschlüsselberechnung zu beachten.

4. ORGANISATION

4.1. Kurzfristige Dienstplanänderungen

Eine professionelle Personalbedarfsplanung stellt sicher, dass einmal vereinbarte Dienstpläne nicht kurzfristig abgeändert werden müssen. Entsprechende Personalressourcen und eine qualifizierte Personalplanung garantieren, dass der Personalbedarf für die Pflege und Betreuung gedeckt ist, ohne dass MitarbeiterInnen aus der vereinbarten Freizeit in den Dienst geholt werden müssen.

Kurzfristige Dienstplanänderungen werden von MitarbeiterInnen als äußerst belastend empfunden – „Sie haben Angst vor dem Einspringen“. Tatsache ist, dass die aktuellen Personalplanungs- bzw. Normkostenmodelle sehr knapp kalkuliert sind und nicht notwendige Dienstplanänderungen de facto mit verursachen. Ausreichende Personalressourcen stellen sicher, dass einmal vereinbarte bzw. fixe Dienstpläne im Nachhinein nicht abgeändert werden müssen.

Forderung:

- MitarbeiterInnen, die sich zur Übernahme von Diensten infolge kurzfristiger Dienstplanänderungen bereit erklären, ist zum Gehalt ein Flexibilitätszuschlag bzw. ein Dienstzeitenänderungszuschlag zu gewähren. Diese sind in den Normkosten-Finanzierungsmodellen zu berücksichtigen. Um kurzfristige Dienstplanänderungen generell zu vermeiden, sind in den Normkostenmodellen ausreichende Personalressourcen vorzusehen.

4.2. Leitungs- und Führungsaufgaben

Die Rolle der Führungskraft, insbesondere des mittleren Managements, ist im Zusammenhang mit der Dienstplangestaltung für die Arbeitszufriedenheit der MitarbeiterInnen von großer Bedeutung. Der Wunsch der MitarbeiterInnen nach vorhersehbaren Dienstzeiten, möglichst wenig geteilten Diensten und geblockten Arbeits- bzw. Freizeitphasen ist sehr gut nachvollziehbar und vor allem im Sinne nachhaltiger Erholungsphasen als Voraussetzung für einen langen Verbleib im Beruf unerlässlich.

Die Zunahme an Teilzeitkräften und Arbeitszeitmodellen einerseits sowie der knappe Personalschlüssel und die demografiebedingt knapper werdenden Personalressourcen andererseits fordern Führungskräfte bei der

Organisation der MitarbeiterInnen verständlicherweise immer wieder aufs Neue heraus.

An die Personaleinsatzplanung werden im Vergleich zum stationären Bereich besondere Anforderungen gestellt. Die Klientenbetreuung verlangt gewöhnlich eine interdisziplinäre Mitarbeiterereinsatzplanung, die wegen der besonderen Rahmenbedingungen (abseits von sicheren Strukturen vor Ort in verschiedenen Haushalten mit unterschiedlichen Hausärzten und Therapeuten) vielfältiger und umfangreicher ist als im stationären Bereich.

Führungskräfte sind daher mit speziellen Kompetenzen auszustatten, die sie bei der immer komplexer werdenden Dienstplanung benötigen (z. B. Ausbildung zum mittleren Management, Fortbildung Personalmanagement). Letztlich entsteht dadurch für alle Beteiligten (MitarbeiterInnen, PatientInnen, Führungskräfte und Unternehmen/Träger) eine Win-win-Situation.

Forderung:

- Der Gesetzgeber hat im Rahmen der Weiterbildung die Vermittlung spezieller Kompetenzen für eine bedarfsgerechte Mitarbeiterereinsatzplanung vorzusehen. Unabhängig davon haben die Unternehmen/Träger den Führungskräften in der Pflege und Betreuung alle erforderlichen Ressourcen zu gewähren, die eine optimale Personaleinsatzplanung erlauben. Dies gilt insbesondere für die Vermittlung von besonderen Qualifikationen und Kompetenzen, die für eine optimale Personaleinsatzplanung erforderlich sind. Führungskräfte sollen damit in die Lage versetzt werden, durch bestmögliche Mitarbeiterereinsatzplanung die Belastungen der Beschäftigten so gering wie möglich zu halten.

4.3. Teamspringer

Eine weitere Zusatzbelastung für MitarbeiterInnen in den mobilen Diensten besteht durch die knapp kalkulierten Personalressourcen. Vielfach gefährdet der Ausfall eines/einer Mitarbeiters/in die Versorgung vor Ort. Immer wieder kommt es vor, dass MitarbeiterInnen krank arbeiten gehen, damit die Klienten nicht unversorgt bleiben und KollegInnen nicht noch zusätzlich belastet werden. Man spricht auch von „qualitativen Fehlzeiten“, das sind Arbeitszeiten, in denen MitarbeiterInnen aus verschiedenen Gründen nicht die volle Arbeitsleistung erbringen können.

Um Ausfälle von Beschäftigten ausgleichen zu können, sind innerhalb der Organisation zusätzliche MitarbeiterInnen vorzusehen (sog. Springer). Tätigkeiten, bei denen man kurzfristig einspringen muss, gelten erfahrungsgemäß als besonders anspruchsvoll. Dies liegt daran, dass sich die einspringende Person in relativ kurzer Zeit auf wechselnde Betreuungssituationen einstellen können muss. Es ist daher geboten, diesen MitarbeiterInnen den Erwerb von speziellen Kompetenzen zu ermöglichen, die den Umgang mit ständig wechselnden Situationen erleichtern.

Die besonderen Herausforderungen dieser Tätigkeit und die zusätzlichen Kompetenzen und Fähigkeiten sind auch bei der Bezahlung zu berücksichtigen.

Forderung:

- Für den regelmäßigen Ausfall von MitarbeiterInnen ist – sowohl im Rahmen der Förderungsfinanzierung als auch bei den Trägern – eine zu bestimmende Anzahl an MitarbeiterInnen vorzusehen, die den kurzfristigen Ausfall von MitarbeiterInnen kompensieren können.

4.4. Rufbereitschaft für MitarbeiterInnen

Die Arbeit von PflegehelferInnen und Heimhilfen erfolgt grundsätzlich unter Anleitung und Aufsicht des gehobenen Dienstes (bzw. Arztes). Diese ist aber in Randzeiten (am Nachmittag, Samstag, Sonn- und Feiertag) nicht immer gewährleistet. Eine reduzierte begleitende Kontrolle – ohne die unmittelbare Anwesenheit des gehobenen Dienstes – ist gesetzlich nur unter bestimmten Voraussetzungen möglich (§ 85 Abs. 5 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz).

Eine dieser Voraussetzungen ist das Vorliegen einer Rufbereitschaft. Diese im Jahr 2010 geschaffene Rechtslage ist jedoch bei zahlreichen mobilen Dienstleistern noch nicht umgesetzt, die gebotene Rückfrage bei prekären Betreuungsfällen von PflegehelferInnen und Heimhilfen nach wie vor nicht möglich (z. B. Verschlechterung des Gesundheitszustandes). Dieser Umstand verursacht bei den betroffenen MitarbeiterInnen eine erhebliche Belastung, da ihnen in den Randzeiten – ohne entsprechende Qualifikation und gesetzliche Berechtigung – nichts anderes übrig bleibt, als über Veränderungen des Gesundheitszustandes von Klienten eigenständig zu entscheiden.

Derzeit kann auch nicht ausgeschlossen werden, dass telefonische Klientenanfragen zur allein diensthabenden Heimhilfe umgeleitet werden, für die eine gesetzliche Regelung bezüglich begleitender Kontrolle jedoch nicht besteht.

Forderung:

- Die rasche Umsetzung der Rufbereitschaft im Rahmen der mobilen Dienste ist eine systembedingt unerlässliche Maßnahme. Diese ist nicht nur berufsrechtlich Voraussetzung für ein interdisziplinäres Arbeiten in den KlientInnenhaushalten, sondern entlastet PflegehelferInnen und Heimhilfen vor Ort bei der Entscheidungsfindung. Der Aufwand ist auch in den Normkostenmodellen abzubilden.

4.5. Qualifikationsmix

Die aktuellen Qualifikationsschlüssel in den mobilen Diensten sind österreichweit sehr heterogen. Die demografische Entwicklung lässt mit einer steigenden Alterung der Bevölkerung auch einen Anstieg an Betreuungsdiensten erwarten.

Gleichzeitig sinkt die Zahl der Erwerbstätigen und damit die Zahl verfügbarer Pflege- und Betreuungskräfte. Dem bedarfsgerechten Mitarbeiter-einsatz kommt daher sehr große Bedeutung zu.

Die sinkende Verweildauer in Krankenanstalten, die Zunahme komplexer Behandlungsfälle und das vermehrte Auftreten multimorbider chronischer Krankheitsbilder verlangen auch entsprechend höhere Kompetenzen. Dies gilt im besonderen Maße für die mobilen Dienste, da deren MitarbeiterInnen meist vor Ort allein und auf sich selbst gestellt tätig werden. Entsprechende Spezialisierungen können beitragen, dass diese Anforderungen leichter bewältigt werden können.

Dies kann beispielsweise durch die Umsetzung des Kompetenzmodells für den Bereich der mobilen Dienste erfolgen. Das Kompetenzmodell enthält Zusatzqualifikationen bzw. Spezialisierungen wie z. B. Case & Care Management, Advanced Nurse Practitioner, für Demenzversorgung, das Wundmanagement, Diabetes- und Pflegeberatung. Dieses umfasst primär den gehobenen Dienst und die Pflegehilfe, nicht aber Angehörige der Sozialbetreuungsberufe. Letztere sind für die integrierte Versorgung unerlässlich.

Fach- und DiplomsozialbetreuerInnen, die auch über eine PflegehelferInnenkompetenz verfügen, sollten im Rahmen einer effektiven Bedarfsplanung auch entsprechend ihrer fachlichen Kompetenz eingesetzt werden. Ist dies der Fall, dann kommt es immer wieder vor, dass diese MitarbeiterInnen zwar als FachsozialbetreuerInnen eingesetzt werden, jedoch nur ein PflegehelferInnengehalt erhalten. Zum Teil wird diese Entwicklung durch unklare Normkostenmodelle begünstigt. Das umfangreichere Tätigkeitsfeld ist jedenfalls auch angemessen abzugelten.

Da die Settings bei der Personalsuche auch untereinander in Konkurrenz stehen werden, sind attraktive Rahmenbedingungen für die mobilen Dienste von besonderer Bedeutung, um auch in Zukunft ausreichend Personal gewinnen zu können. Neben den genannten Spezialisierungen sind vor allem attraktive Arbeitsbedingungen, Karrieremöglichkeiten und Gehaltsschemata unerlässlich, um auch in Zukunft die Versorgung im mobilen Bereich sicherstellen zu können.

Forderung:

- Um auch in Zukunft die Versorgung durch mobile Pflege- und Betreuungsdienste sicherstellen zu können, sind neben einer entsprechend spezialisierten Kompetenzvermittlung vor allem die Schaffung attraktiver Arbeitsbedingungen und angemessene Gehälter unerlässlich.

4.6. Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Leistungserbringung ist in den mobilen Diensten ein besonderes Wesensmerkmal. Pflegepersonen benötigen entsprechend ihrem Berufsrecht (GuKG) für das Erbringen medizinisch-therapeutischer Maßnahmen immer eine schriftliche ärztliche Anordnung.

Die Bedachtnahme auf diese Selbstverständlichkeit erweist sich in der Praxis nicht immer als einfach, da das ärztliche Berufsrecht eine mündliche Anordnung genügen lässt. Zwar haben ÄrztInnen sämtliche Gesetze – und damit auch das GuKG – einzuhalten, im Arbeitsalltag bedeutet dies dennoch immer wieder zeitraubenden Erklärungsbedarf vonseiten der Pflegepersonen. Häufig muss den schriftlichen Anordnungen regelrecht „nachgelaufen“ werden. Eine klare Regelung im Ärztegesetz kann die Zusammenarbeit fördern und die häufig gelebte Diskrepanz beseitigen helfen.

Eine bessere medizinische/pflegerische Betreuung kann auch erreicht werden, wenn der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege Pflegeprodukte eigenständig verordnen darf. Da diese Produkte unmittelbar von der Pflege angewandt werden, ist auch niemand besser geeignet, um über deren bedarfsgerechten Einsatz zu entscheiden. Auch die Möglichkeit einer eigenständigen Verordnung bzw. allenfalls Weiterverordnung (nach einer ärztlichen Erstverordnung) von einfachen Medizinprodukten und Medikamenten durch diplomierte Pflegekräfte ist geeignet, die Effizienz der Versorgung weiter zu heben. Damit würden – bei vorausgesetztem klarem Sachverhalt – ärztliche Pro-forma-Verordnungen vermieden und der auch von Ärzten aufgezeigte Dokumentations- und Verwaltungsaufwand reduziert.

Forderung:

- Um wiederholte bestehende Friktionen in der interdisziplinären Zusammenarbeit mit Ärzten von vornherein auszuschließen, ist es zweckmäßig, die „Schriftlichkeit“ der ärztlichen Anordnung auch im ärztlichen Berufsrecht zu verankern.
- Im Hinblick auf eine effizientere und effektivere Pflege und Betreuung ist für den gehobenen Dienst einerseits eine eigenständige Verordnungsermächtigung für Pflegeprodukte und andererseits eine eigenständige Verordnung bzw. Weiterverordnung für einfache Medizinprodukte und Medikamente vorzusehen.

4.7. Sorgen mit der 24-Stunden-Betreuung

Für das diplomierte Pflegepersonal in den mobilen Diensten ist die Kontrolle und Organisation der HausbetreuerInnen in der 24-Stunden-Betreuung eine besondere Herausforderung.

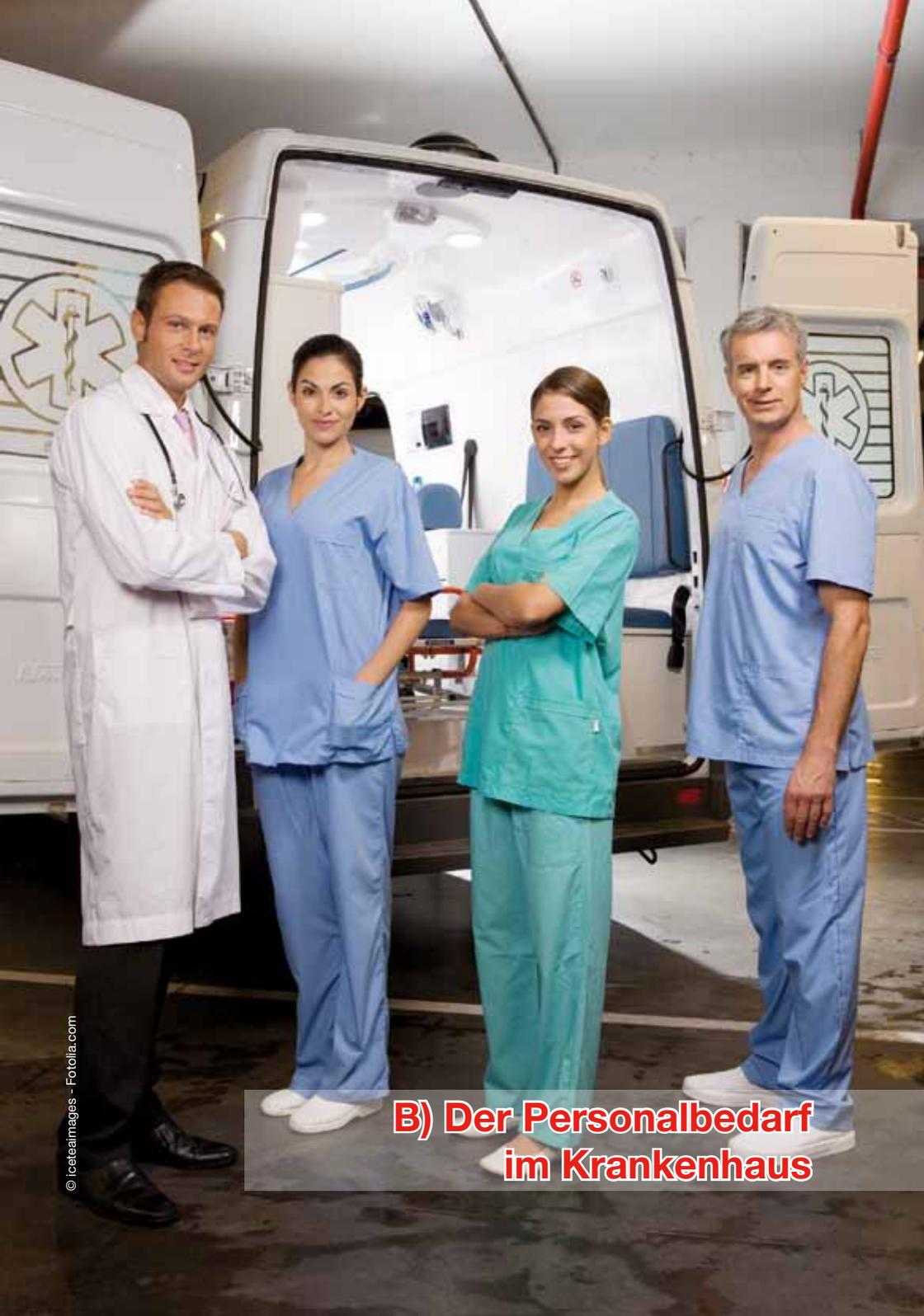
Zahlreiche Erfahrungen und Erkenntnisse zeigen, dass die Qualitätssicherung im Hinblick auf eine fachgerechte Pflege und Betreuung in der 24-Stunden-Hausbetreuung unzureichend ist. Damit verbunden sind auch ungenügende Kontroll- und Aufsichtsmöglichkeiten der verpflichtend beizuziehenden diplomierten Pflegepersonen. „Systembedingt“ müssen derart zu Hause betreute Personen immer wieder eine verringerte Lebensqualität, oftmals auch Gesundheitsbeeinträchtigungen in Kauf nehmen.

Die Kontrollpflicht des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege hinsichtlich der für die Betreuung ausreichenden Fähigkeiten der HausbetreuerInnen bringt diesen gegenüber den KlientInnen in eine prekäre Lage. Die Ablehnung von unzureichend qualifizierten HausbetreuerInnen hat den unmittelbaren, zumindest kurzfristigen Betreuungsverlust zur Folge.

Dies ist jedoch meist unzumutbar und versetzt auch die Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörige in eine äußerst missliche Lage. Dies auch vor dem Hintergrund, dass die mobilen Dienste eigentlich Vertragspartner der KlientInnen sind und deren Rechte zu wahren haben. Im Ergebnis weist die bestehende Rechtslage für den rechtskonformen Einsatz von HausbetreuerInnen nach wie vor erhebliche Mängel auf und ist für alle Beteiligten absolut unbefriedigend.

Forderung:

- Für eine sichere Versorgungssituation in der 24-Stunden-Betreuung ist es unerlässlich, dass für HausbetreuerInnen Rahmenbedingungen geschaffen werden, die einer qualitätsgesicherten fachlichen Pflege und Betreuung standhalten. Für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege sind praktikable Kontroll- und Aufsichtsmöglichkeiten vorzusehen. Es ist eine Rechtslage zu schaffen, die sowohl dem Pflege- und Betreuungspersonal als auch den KlientInnen Rechtssicherheit gibt.



**B) Der Personalbedarf
im Krankenhaus**

1. DIE WICHTIGSTEN FORDERUNGEN IM ÜBERBLICK

Realistische Pflegeminuten pro PatientIn und Tag

Im Rahmen von Pflegepersonalbedarfsberechnungen (PPBB) in Krankenanstalten sind alle von der Pflege zu erbringenden Tätigkeiten wie z. B. Aufnahme, Pflege, Entlassung, PatientInnenanleitung und -beratung sowie Dokumentation zu erfassen und zu berücksichtigen. Veränderungen durch eine immer komplexere Patientenbetreuung infolge der Verkürzung der Krankenhausverweildauer sind mit einzubeziehen.

Bekannte Belastungen beseitigen

Die PPBB-Modelle sind starr und passen sich nur langsam und unzureichend an neue Entwicklungen an. Für neu geschaffene Tages- und Wochenkliniken, Entlassungsmanagements, Nachtdienste, Kleinstationen etc. sind ausreichende Personalbesetzungen vorzusehen. Kurzfristige Dienstplanänderungen müssen vermieden und alter(n)sgerechte Arbeitsplätze geschaffen werden.

Stand der Wissenschaft

PPBB müssen anerkannte pflegewissenschaftliche Entwicklungen beachten und dadurch entstehende Mehraufwände wie z. B. für „Evidence-based Nursing“ (EBN) berücksichtigen.

Zunahme an Fehlzeiten ausgleichen

PPBB müssen Zeitaufwände für gesetzliche Fort- und Weiterbildungen, Sonderurlaube, Abbau von Zeitgutschriften, verschiedene Projektarbeiten und alle qualitätssichernden Maßnahmen, vom Risikomanagement bis hin zur Zertifizierung, erfassen und abbilden. Dies ist derzeit nicht der Fall.

Verpflichtende Umsetzung von PPBB und deren Kontrolle

Ergebnisse von PPBB sind von den Krankenhausträgern und Führungskräften zu 100% verpflichtend umzusetzen. Budget- und Personalanspannungen zulasten der MitarbeiterInnen sind gesetzlich zu unterbinden. MitarbeiterInnen müssen sicher sein, zu jeder Zeit in einem rechtlich gesicherten Rahmen arbeiten zu können. Die Einhaltung ist zu kontrollieren bzw. die Nichteinhaltung zu sanktionieren.

2. RAHMENBEDINGUNGEN EINER PERSONALBEDARFSBERECHNUNG AUS SICHT DER PFLEGE

2.1. Ein Personalbedarfsmodell

Das Personalbedarfsplanungsmodell hat im stationären Bereich große Bedeutung. Aus Sicht der MitarbeiterInnen ist es die Grundlage für eine optimale Dienstplangestaltung. Es soll Überlastungen durch unzureichenden Personaleinsatz ebenso vermeiden wie kurzfristige Dienstplanänderungen, die von MitarbeiterInnen als sehr belastend empfunden werden. Aus Sicht der Krankenhausträger sind Personalbedarfsmodelle ein Instrument zur Ressourcen- und Kostenplanung. Da der Personalaufwand mit 60 bis 70 Prozent den größten Kostenanteil in einem Krankenhausbudget einnimmt, sind Personaländerungen in hohem Maße unmittelbar budgetwirksam.

Die Personalbedarfsplanung, insbesondere die Personalbedarfsermittlung und der Personaleinsatz, hat auf Basis anerkannter Methoden zu erfolgen. Die Entwicklung dieser Methoden erfolgt weitestgehend von den Krankenhausträgern selbst. Als Folge der hohen Eigenständigkeit gibt es daher weder bundes- noch landesweit einheitliche Rahmenvorgaben zur Personalbedarfsplanung. Die Grundlage bildet in der Regel die aus Deutschland kommende Berechnung nach DK1 (1969). Diese wurde im Laufe der Zeit weiterentwickelt zur DKG (1985), PPR (1993) und PPN (2004). Welches Modell letztlich vom Träger angewandt wird, ob und in welchem Ausmaß dieses an die konkreten Umstände vor Ort adaptiert wird, ist primär eine Entscheidung der Krankenhausleitung.

Es ist jedenfalls festzustellen, dass derzeit keines der angewandten stationären Personalbedarfsberechnungsmodelle geeignet ist, alle erforderlichen Bedarfslagen abzudecken (kein 100%iges Modell). Jedes Modell hat besondere Ausprägungen. Die einzelnen Krankenanstalten wenden nach eigenen Überlegungen das für sie richtige Personalbedarfsplanungsmodell an. Es darf unterstellt werden, dass einzelne Träger, vor allem aus ökonomischen Gründen, den Umstieg auf ein neueres Modell oder notwendige Adaptierungen noch nicht vollzogen haben. Damit wurden Entwicklungen, die erfahrungsgemäß auch zu mehr Personal führen müssten, bewusst vermieden.

Die Zunahme der Leistungsdichte, die Einführung der tages- und wochenklinischen Behandlung, die Verkürzung der Verweildauer, der damit verbundene Anstieg an komplexer Patientenversorgung und die erhöhte Erwartungshaltung der PatientInnen haben die Anforderungen an die Pflegeberufe und die Arbeitsdichte enorm erhöht. Im Gleichklang mit der Reduzierung der Spitalsbetten ist die Zahl der Spitalsentlassungen gestiegen. Im Jahr 2009 lag Österreich mit 265 Entlassungen je 1.000 Einwohner weit über dem OECD- Durchschnitt von 158.

Trotz der Zunahme der Leistungsdichte ist die Versorgungsdichte an Pflegekräften in Österreich im europäischen Vergleich mit lediglich 6 pro 1.000 EinwohnerInnen sehr gering. Damit liegt Österreich mit ca. 20 Prozent deutlich unter dem EU-Schnitt.

Diese Entwicklung überrascht nicht, da sich in den letzten zehn Jahren die Zahl der nichtärztlichen Gesundheitsberufe um nur zehn Prozent, die Zahl der ÄrztInnen hingegen um 20 Prozent erhöht hat.

Das Verhältnis Arzt zu Pflege ist deshalb von besonderer Relevanz, weil der pflegerische Aufgabenbereich naturgemäß stark von ärztlichen Tätigkeiten geprägt ist. Die „unverhältnismäßige“ Zunahme von ÄrztInnen in den letzten Jahren hat zu mehr Diagnosestellungen und verordneten Therapien und damit auch zu entsprechend mehr Anordnungen an das Pflegepersonal geführt. Da das Pflegepersonal nicht im Gleichklang mit dem ärztlichen Personal gestiegen ist, verstärkte sich die Verdichtung der Pflegearbeit schleichend.

Forderung:

- Die uneinheitliche Entwicklung von Personalbedarfsberechnungsmodellen für die Pflege verlangt die Schaffung allgemeingültiger Standards und Rahmenvorgaben. Eine transparente Evaluierung und Anpassung bestehender PPBB-Modelle ist verpflichtend vorzusehen. Die Versorgungsdichte an Pflegepersonal ist auf EU-Niveau anzuheben. Die Leistungsdichte, auch im Verhältnis zur Zahl der Ärzte, ist zu beachten.

2.2. Umsetzung bestehender Normen

Die Krankenhausträger sind verpflichtet, regelmäßig den aktuellen Personalbedarf, insbesondere jenen der einzelnen Berufsgruppen, zu ermitteln. Die errechneten Personalbedarfszahlen bleiben aber in der Personalplanung letztlich bei zahlreichen Krankenhausträgern unberücksichtigt. Be-

gründet wird dies z. B. damit, dass vorgesehene Finanzmittel budgetär nicht zugeteilt wurden. Sehr oft werden offene Stellen auch nicht nachbesetzt. Dies führt bei den Beschäftigten zu einer erheblichen Arbeitsverdichtung und damit zu psychischen und physischen Überlastungssituationen mit allen bekannten Konsequenzen.

Die vollständige Umsetzung der tatsächlichen Ergebnisse von Personalbedarfsberechnungen würde aus Sicht der MitarbeiterInnen eine Vielzahl an Problemen als Folge der Personalanspannung lösen. Die Belastung würde sinken und damit auch die Zahl der Krankenstände durch psychische (Burn-out) und physische Belastungen. Auch die PatientInnen-sicherheit würde dadurch steigen.

Anhand des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes und seiner berufsrechtlichen Bestimmungen wären Pflegepersonen auch fachlich in der Lage, wesentlich mehr Tätigkeiten im mitverantwortlichen Bereich zu übernehmen, als dies bis jetzt der Fall ist (z. B. intravenöse Blutabnahme). Die derzeit angewandten Personalbedarfsplanungsmodelle haben den Wandel bezüglich der Kompetenzveränderungen bislang weitgehend außer Acht gelassen.

Der Grund liegt darin, dass für diese mit dem GuKG 1997 geschaffenen Kompetenzen bislang keine entsprechenden Zeitressourcen in den meist älteren Personalberechnungsmodellen vorgesehen sind. Dies ist weder aus gesundheitspolitischen noch aus ökonomischen Gründen verständlich.

Darüber hinaus könnten Pflegepersonen auch mehr präventive und gesundheitsförderliche Tätigkeiten erbringen, so wie dies von der Politik gefordert wird.

Forderung:

- Die Entscheidungsträger werden aufgefordert, von Budget- und Personalanspannungen zulasten der MitarbeiterInnen Abstand zu nehmen. Personalabsenzen jeder Art sind umgehend, längstens binnen einer vorzusehenden Frist, nachzubesetzen. Absehbare Absenzen sind von Führungskräften nachweisbar den Personalverantwortlichen im Voraus zu melden, um eine kontinuierliche Personalbesetzung gewährleisten zu können. Änderungen in den berufsrechtlichen Kompetenzen sind bei der Personalbedarfsplanung zu beachten.

2.3. Kontrolle bestehender Auflagen

Aus oben angeführter Darstellung ergibt sich, dass die Träger nahezu autonom „ihre“ PPBB-Modelle gestalten und umgestalten.

Die politische und rechtliche Kontrolle durch die zuständigen Länder – die gleichzeitig Krankenhausträger sind – ist derzeit nicht gegeben bzw. reicht bei Weitem nicht aus.

Bei der Umsetzung der PPBB-Modelle ist eine Kontrolle im Sinne einer Richtschnur dringend geboten. Derzeit gehen Sparmaßnahmen in der Regel auf Kosten der MitarbeiterInnen und PatientInnen.

Forderung:

- Zu fordern ist die Schaffung einer unabhängigen, neutralen Krankenhaus-Kontrolle. Dies könnte die Patientenombudschaft, der Rechnungshof, die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) oder eine sonstige öffentliche Einrichtung mit entsprechender Kompetenz sein.

3. ALLGEMEINE GRUNDLAGEN DER PERSONALBEDARFSBERECHNUNG

3.1. Fehlzeiten besser berücksichtigen

Ein wesentlicher Bestandteil jeder Pflegepersonalbedarfsberechnung (PPBB) ist die Berücksichtigung des Faktors für Fehlzeiten bei der Jahresarbeitszeit.

Der Fehlzeitenfaktor berücksichtigt all jene Arbeitszeiten, die nicht unmittelbar am, mit oder für den Patienten erbracht werden. Dazu zählen z. B. die Urlaubszeit, der Pflegeurlaub, Zeit infolge Krankheit/Kur und zum Teil die Fortbildungszeit.

Die derzeit gültigen Fehlzeitenfaktoren gehen zum Teil auf Berechnungen aus den 80er- und 90er-Jahren zurück und betragen je nach Krankenhaussträger zwischen 15 und 20 Prozent. Diese Werte entsprechen jedoch bei Weitem nicht mehr den tatsächlichen Gegebenheiten. Durch Struktur- und Organisationsveränderungen, neue Pflegemethoden, die Zunahme von Qualitätssicherungs-, Hygiene- und Dokumentationsstandards, die fortschreitende Arbeitsteiligkeit, den medizintechnischen Fortschritt und noch vieles mehr hat sich die Arbeit im Krankenhaus stark verändert.

Die Zeit, die nicht unmittelbar am, mit oder für den Patienten erbracht wird, hat mittlerweile ein Ausmaß von 24 bis 28 Prozent der Arbeitszeit erreicht. Diese Erfahrungswerte entsprechen Berichten, der Literatur und Berechnungen der AK. Die Konsequenz für Pflegepersonen ist, dass sie im Sinne der Verdichtung der Arbeit die gewohnten Pflege- und Betreuungsleistungen in immer kürzerer Zeit erbringen müssen.

Forderung:

■ Folgende Zeitaufwände im Zusammenhang mit Absenz- bzw. Fehlzeiten werden bislang nicht bzw. nur unzureichend in den PPBB-Modellen berücksichtigt und sind daher entweder konkret oder pauschal im Fehlzeiten-Faktor zu berücksichtigen:

■ **Teilnahme an Bildungsmaßnahmen**

Ein- und mehrtägige Bildungsmaßnahmen sind unmittelbar in der Personalbedarfsplanung zu berücksichtigen. Betroffen sind gesetzliche Fortbildungen, Weiterbildungen, Universitätslehrgänge, gesetzlich vorgegebene

Schulungen (z. B. Brandschutz- und Arbeitnehmerschutz-Unterweisungen), Maßnahmen der Personalentwicklung, Nachwuchsförderung für Führungskräfte etc.

■ **Teilnahme an QM-Verfahren**

Qualitätssicherungsprojekte (z. B. Hygienezirkel, KTQ, EFQM etc.), Zeitaufwand im Zusammenhang mit Rezertifizierungen, Arbeitskreis Pflegestandards, Riskmanagement

■ **Teilnahme an Projekten**

Zum Beispiel für Kinästhetik, Heben und Tragen, Wundmanagement, Pflegedokumentation, Forschungsprojekte, Einführung neuer Pflegekonzepte, wie z. B. Primary Nursing, etc.

■ **Schüleranleitung durch PraxisanleiterIn und KollegInnen vor Ort**
Neben Pflege- und MTD-SchülerInnen sind auch Studenten der Pflegewissenschaften, diverser Sonderausbildungen, der Medizin etc. während der Praktikumszeit anzuleiten.

■ **Einführung neuer MitarbeiterInnen**

Für neue MitarbeiterInnen, aber auch MitarbeiterInnen, die hausintern zwischen Abteilungen wechseln

■ **Wiedereinsteiger-Schulung**

Nach längeren Absenzen (z. B. Karenz): Die Wissenshalbwegszeit ist systemimmanent und betrifft Änderungen von Pflegestandards, organisatorischer Belange, die Bedienung medizintechnischer Geräte, Rechtsänderungen etc.

■ **Abbau von Zeitgutschriften**

Zeitgutschriften entstehen z. B. aufgrund belastender Faktoren am Arbeitsplatz. Dazu gehören Zeitgutschriften infolge Nacht-Schwerarbeit, Strahlenarbeit, Arbeiten im Kunstlichtbereich etc., aber auch Mehrleistungs- und Überstunden. Der Abbau dieser Stunden ist im laufenden Betrieb nur schwer bzw. gar nicht möglich, da z. B. infolge bestehender MitarbeiterInnenanspannung nur eine geringere Personalzahl Dienst versieht und der aufrechtzuerhaltende Dienstbetrieb einen Zeitausgleich nicht zulässt.

- Zeitaufwand für Supervision
- Sonderurlaube, Behördenwege und Dienstreisen
- Regelmäßige (Team-)Besprechungen
- Bildungskarenz, Sabbatical, ev. auch Familienhospizkarenz
- Altersteilzeit

3.2. Berücksichtigung zusätzlicher Zeitaufwände

Die derzeit angewandten Personalbedarfsberechnungsmodelle bzw. einzelne Teile davon basieren noch immer auf bereits überholten Grundlagen aus den 80er- und 90er-Jahren.

Das Krankenhaus und seine Personalsituation haben sich jedoch in den letzten Jahren erheblich verändert (siehe oben). Wesentlichen Anteil daran haben Struktur- und Organisationsveränderungen, neue Pflegemethoden, die Zunahme von Qualitätssicherungs-, Hygiene- und Dokumentationsstandards, die fortschreitende Arbeitsteiligkeit, der medizintechnische Fortschritt und andere Entwicklungen mehr.

Forderung:

- Folgende Arbeitsaufwände, die in den letzten Jahren deutlich zugenommen haben und aus dem Krankenhausalltag nicht (mehr) wegzudenken sind, werden bislang nicht bzw. nur unzureichend in den PPBB-Modellen berücksichtigt. Sie sind daher entweder konkret oder pauschal bei der Personalbedarfsberechnung zu berücksichtigen.

3.2.1. Gesprächszeiten mit PatientInnen

Die Beziehungsarbeit und die Kommunikation sind eine wichtige Säule in der Pflege. Diese Zeitressourcen fallen zunehmend der langjährigen Verdichtung der Arbeit zum Opfer.

Forderung:

- Diese Entwicklung macht es erforderlich, dass zeitliche Ressourcen auch für das Naheliegendste in der Pflegearbeit, wie die Beziehungsarbeit und Kommunikation mit den PatientInnen, in den PPBB-Modellen berücksichtigt werden.

3.2.2. Zunahme von Anleitung, Schulung und Beratung der PatientInnen

Die Einbindung von PatientInnen und pflegenden Angehörigen hat im Rahmen der Compliance erheblich an Bedeutung gewonnen und verlangt deutlich mehr Zeitressourcen als noch vor einigen Jahren.

Es ist in den vergangenen Jahren auch ein genereller Anstieg von zeitintensiven Anleitungen und Beratungen von PatientInnen und Angehörigen zu beobachten. Begründet wird diese Entwicklung allgemein mit besser informierten PatientInnen und mit komplexer werdenden Pflegefällen, vor allem als Folge der Verweildauerverkürzung. Zudem sind mit dem oder für die PatientInnen immer häufiger auch organisatorische Belange zu klären.

Forderung:

- Der Zeitaufwand im Zusammenhang mit umfangreicher werdenden Anleitungen und Beratungen ist in den Personalbedarfsmodellen entsprechend abzubilden

3.2.3. Beachtung des Zentralisierungsgrades

Der Zentralisierungsgrad beschreibt unter anderem die Belastung und den Zeitaufwand beim Zurücklegen von Wegstrecken innerhalb des Krankenhauses. Zwischen Bett und Stationsstützpunkt können trotz moderner Stationen, z. B. vor allem bei großzügiger Bauweise, lange Wegstrecken von 60 und mehr Metern liegen, die unzählige Male am Tag zurückzulegen sind.

Forderung:

- Der Aufwand im Zusammenhang mit langen Wegstrecken ist in den PPBB-Modellen zu berücksichtigen.

3.2.4. Zusatzleistungen (Sonderklasse)

SonderklassepatientInnen sind auf nahezu allen Stationen untergebracht. Im Zusammenhang mit interdisziplinären SonderklassepatientInnen fallen vermehrte Visitenzeiten und eine aufwendigere Betreuung an, die bislang nicht in den PPBB Berücksichtigung finden (z. B. „PatientIn läutet für ein Glas Wasser“, „Fenster auf, Fenster zu“, TV-Geräte-Erklärung, Kaffeeservice).

Forderung:

- Der Mehraufwand für SonderklassepatientInnen ist in allen PPBB-Modellen zu bewerten und einzubeziehen. Zu beachten ist, dass Pflegefachpersonen nicht für Dienstleistungen betreffend die Hotelkomponente herangezogen werden.

3.2.5. SchülerInnen dürfen nicht in PPBB enthalten sein

Die Einbeziehung der SchülerInnen wird immer wieder damit begründet, dass diese auch eine Leistung erbringen. SchülerInnen (PraktikantInnen, HospitantInnen) nehmen de facto aber keine fachliche Arbeit ab, vielmehr müssen sie vom gehobenen Dienst gemeinsam mit den PraxisanleiterInnen angeleitet, begleitet und beaufsichtigt werden, weshalb SchülerInnen nachvollziehbar einen erheblichen Arbeitsmehraufwand verursachen. Einen weiteren hohen Arbeitsaufwand verursacht die Einarbeitung von neuen MitarbeiterInnen.

Forderung:

- SchülerInnen dürfen nicht in der Personalbedarfsplanung berücksichtigt werden. Der zeitliche Aufwand für die Anleitung und Aufsicht ist in den PPBB abzubilden.

3.2.6. Dokumentation

Der Aufwand an vorgeschriebener Dokumentation hat seit der Etablierung der Personalbedarfsberechnungsmodelle stark zugenommen. Rechtliche Grundlagen finden sich in nahezu allen Gesetzen. Die Dokumentation ist auch von einer strikten Rechtsprechung geprägt, die eine zeitnahe Dokumentation verlangt und einen hohen Zeitaufwand erfordert.

Die Gründe für die Zunahme des Dokumentationsaufwandes sind vielfältig. Zu den wichtigsten zählen der dokumentationsintensivere Patientendurchlauf, der gestiegene Rechercheaufwand und häufig unzureichende EDV-Ressourcen.

Ausmaß der Dokumentation

Inhaltlich ist nur die relevante und unbedingt notwendige Dokumentation von MitarbeiterInnen zu erfassen. Unklar ist vielfach, welche Informationen in die Dokumentation aufzunehmen sind. Hilfreich wären klare Do-

kumentationsstandards. Bei tagesklinischen PatientInnen soll ein zielgerichtetes Aufnahme-Assessment in Kurzform möglich sein.

Kommunikationsaufwand für Dokumentation

Bislang unbeachtet blieb vielfach, dass mit der zunehmenden Dokumentation ein immer umfangreicherer Kommunikationsaufwand verbunden ist. Die steigende Komplexität der Betreuungsfälle verlangt in den meisten Fällen eine mehrmalige Rücksprache mit KollegInnen, ÄrztInnen, Angehörigen und/oder Behörden. Dies gilt insbesondere auch im Zusammenhang mit externen Befunden, der Rückfrage bei Erstaufnahmen etc.

Aufwand an EDV-Dokumentation

Der Doku-Aufwand ist auch stark abhängig vom verwendeten EDV-Programm. Zum Teil werden veraltete und äußerst komplexe bzw. umständliche und damit zeitaufwendige Programme verwendet.

Zum Teil gibt es zu wenige EDV-Zugänge (Notebooks, PC), sodass das Personal immer wieder längere Warte- bzw. Stehzeiten verzeichnen muss. In diesem Fall ist auch eine zeitnahe Dokumentation nicht gewährleistet.

Doppelte Dokumentation

Als belastend wird auch empfunden, dass Dokumentationsmaßnahmen in einzelnen Häusern immer wieder doppelt durchzuführen sind, handschriftlich und elektronisch. Als Begründung wird meist die notwendige rechtliche Absicherung angegeben. Nicht gemeint sind Übergangphasen während einer Systemänderung, die eine doppelte Dokumentation selbstredend notwendig machen.

Forderung:

- Der über Jahre gewachsene Mehraufwand an Dokumentation ist in der Personalbedarfsberechnung zu berücksichtigen.
- Zur rechtlichen Absicherung des Pflegepersonals sind allgemeingültige Dokumentationsrichtlinien zu schaffen, die Inhalt und Umfang der jeweils notwendigen Dokumentation klarstellen.
- Auch der mit der Dokumentation verbundene Kommunikationsaufwand mit Dritten ist im Rahmen der PPBB zu bewerten.
- Der Mehraufwand infolge umständlicher bzw. zeitaufwendiger Programmsoftware oder unzureichender EDV-Ressourcen ist ebenfalls in den PPBB abzubilden.

- Doppelte Dokumentation, die noch immer vereinzelt vorkommt, darf nicht zulasten von MitarbeiterInnen und PatientInnen gehen und ist in den PPBB zu berücksichtigen.

3.2.7. Demenzzuschlag

Die Zahl an dementen PatientInnen nimmt zu. Der betreuende Aufwand im Zusammenhang mit DemenzpatientInnen ist im Vergleich zu nicht-dementen PatientInnen deutlich erhöht. Dieser zusätzliche Aufwand ist derzeit in den österreichischen PPBB-Modellen nicht abgebildet. Dieses Problem wurde in Deutschland durch eine neue PatientInnenkategorie gelöst (A4-PatientInnen).

Forderung:

- Es ist aufgrund der beschriebenen Entwicklung zweckmäßig, dass die im Zusammenhang mit Demenz stehenden erhöhten Pflege- und Betreuungsaufwände auch in den Personalbedarfsberechnungs-Modellen abgebildet werden.

3.2.8. Aufnahme- und Entlassungsfaktor

Die Verweildauer im stationären Bereich hat stark abgenommen. Auf manchen Stationen beträgt diese in der Mehrzahl der Fälle nur noch 2 bis 3 Tage (Augen, Geb, Gyn, HNO ...).

Der Zu- und Abgang von Patienten ist jedoch immer mit erheblichem zeitlichem Mehraufwand verbunden. Der Grund dieser Entwicklung liegt aber nicht nur in der verkürzten Verweildauer, sondern auch in der Schaffung von tages- und wochenklinischem Leistungsangebot. Diese noch junge Entwicklung ist in den aktuellen PPBB-Modellen bislang unberücksichtigt geblieben. Tatsache ist, dass infolge der immer kürzeren Verweildauer der damit verbundene Zeitfaktor in den bereits vorgesehenen Aufnahme- und Entlassungsfaktoren nicht mehr hinreichend abgebildet wird.

Für die Entlassung bzw. Aufnahme wird im PPR- und PPN-Modell derzeit nur ein Wert von 70 Minuten pro Fall (PatientIn) berücksichtigt. Bei intensiven Beratungen reicht dieser Wert nicht mehr aus. Diese ergeben sich z. B. aufgrund von umfangreicheren Pflegeanweisungen, Verhaltensempfehlungen, organisatorischen Belangen, Miteinbeziehung von Angehörigen etc.

Forderung:

- Die derzeitigen Werte der Aufnahme- und Entlassungsfaktoren in den Personalbedarfsberechnungsmodellen sind zeitgemäß anzupassen bzw. zu erhöhen.

3.2.9. Verlegungsfaktor

Eine Vielzahl an PatientInnen wird krankenhausintern auf eine andere Station verlegt (z. B. von der Intensiv- auf die Normalstation). Der Zeitaufwand im Zusammenhang mit internen Patientenverlegungen bleibt derzeit in der Personalbedarfsberechnung außer Acht, es gibt keinen Verlegungsfaktor. Tatsache ist, dass aufgrund der hohen Spezialisierung und Arbeitsteiligkeit in der Behandlung interne Verlegungen zunehmen.

Verlegungen sind gewöhnlich mit einem höheren Pflege- und Organisationsaufwand verbunden, da auf der jeweiligen Station zum Teil die gleiche Arbeit anfällt wie bei der Aufnahme bzw. Entlassung (z. B. fachliche Übergabe, Reinigung und Desinfektion des PatientInnenumfeldes, administrative Tätigkeiten).

Forderung:

- Der dargestellte Mehraufwand im Zusammenhang mit PatientInnenverlegungen ist mittels eines eigenen Verlegungsfaktors in den PPBB-Modellen zu berücksichtigen.

3.2.10. Führungsaufgaben sind in den PPBB anteilmäßig abzubilden

Leitungs- und Führungsaufgaben werden bislang nicht bzw. nur teilweise in den PPBB abgebildet. Da Personen in Leitungs- und Führungsfunktion in der Regel nicht mit der unmittelbaren PatientInnenbetreuung betraut sind, sondern vorwiegend organisatorische Aufgaben erfüllen, sind diese im Ausmaß ihrer Leitungs- und Führungsaufgaben in der Pflegepersonalbedarfsberechnung herauszurechnen bzw. gesondert zu berücksichtigen. Aliquot ist der Anteil des Pflegepersonals direkt am Patienten zu erhöhen.

Forderung:

- Das Personal in Leitungs- und Führungsaufgaben ist in der Personalbedarfsberechnung gesondert abzubilden. Dem Anteil entsprechend ist der Pflegepersonaleinsatz zu erhöhen.

3.3. Qualifikationsschlüssel

Immer wieder wird der aktuelle Qualifikationsschlüssel von 70 Prozent gehobener Dienst zu 30 Prozent Pflegehilfe (70 : 30) infrage gestellt. Der derzeit angewandte Personalschlüssel hat sich jedoch bewährt. Eine Unterschreitung ist aus mehreren Gründen bedenklich, insbesondere wäre eine qualitative, dem Stand der Wissenschaft erforderliche pflegerische Versorgung der PatientInnen gefährdet. Für bestimmte Abteilungen, wie z. B. die Psychiatrie, ist selbst dieser Schlüssel unzureichend.

Durch die Verweildauerverkürzung der vergangenen Jahre hat die durchschnittliche medizinische bzw. pflegerische Komplexität der PatientInnenversorgung deutlich zugenommen. Die Betreuung der „verbliebenen“ PatientInnen ist in Summe aufwendiger und pflegeintensiver als noch vor Jahren. Diese Entwicklung ist auch bei der Berechnung des Qualifikationsschlüssels mit einzubeziehen.

Im Interesse der PatientInnensicherheit, aber auch im Interesse der schon derzeit angespannten Situation der Beschäftigten in der Pflege ist daher zumindest die Beibehaltung des aktuellen Qualifikationsverhältnisses von 70 : 30 außer Streit zu stellen. Es ist vielmehr zu überlegen, ob nicht die dargestellten Umstände (Verweildauerverkürzung, durchschnittlich komplexere Betreuungssituation) eine gezielte Erhöhung der derzeitigen Kompetenzen verlangen.

Eine Verminderung der Quote für das diplomierte Personal hätte eine Verlagerung der Arbeit auf alle übrigen am Pflegeprozess Beteiligten zur Folge. Neben einer erheblichen Arbeitsverdichtung führt dies bei diesen mangels entsprechender Qualifikationen letztlich auch zu Überforderung mit den bekannten Konsequenzen.

Forderung:

- Eine Verminderung des aktuellen Mitarbeiterqualifikationsschlüssels, der für die Pflege und Betreuung auf „Regelstationen“ den Einsatz von 70 Prozent diplomiertem Krankenpflegepersonal und 30 Prozent PflegehelferInnen vorsieht, ist aus Gründen der Sicherung der Versorgungsqualität abzulehnen. Mit der generell komplexer werdenden Pflege und Betreuung ist vielmehr das Gegenteil erforderlich, nämlich die Anhebung der Kompetenzquote und damit die Anzahl des diplomierten Pflegepersonals. Eine Reduzierung zulasten des gehobenen Dienstes ist daher abzulehnen.

- Zukünftig muss entsprechend dem individuellen Pflege- und Betreuungsbedarf in der PatientInnenversorgung mehr Bedacht auf die erforderliche Qualität und die Kompetenzen der eingesetzten Pflegepersonen gelegt werden. Daher ist es notwendig, dass der Qualifikationsschlüssel in den einzelnen Bereichen gesondert anhand von nachvollziehbaren und transparenten Kriterien festgelegt wird.
- Bei Mindestbesetzungen (z. B. auf Kleinstationen) ist ein entsprechend höheres Qualifikationsprofil vorzusehen, da aufgrund einer verminderten Teammitarbeiterzahl die fachlichen Anforderungen für jedes Teammitglied höher sind. Die Qualifikationsschlüssel sind diesfalls pro Station bzw. Fachrichtung festzulegen.

3.4. Nachtdienst

Es gibt kein Personalbedarfsberechnungsmodell, das qualitativ oder quantitativ den Personaleinsatz während der Nacht vorschreibt.

Der Nachtdienststandard wird derzeit von jedem Träger selbstständig festgesetzt. Allgemeine Vorgaben gibt es nicht.

Durch kürzere Verweildauer und komplexere Patientenbetreuung sind die fachlichen Anforderungen während der Nacht stark gestiegen. Es ist zur Verlagerung z. B. von Kontrolltätigkeiten, dem Dispensieren und von Hygienetätigkeiten in die Nacht gekommen. Auch wird die nächtliche Zeit im Vergleich zu früher für die Vorbereitung von Protokollen, nächtliche Visiten, den Verbandwechsel, die Informationsbeschaffung, die Angehörigenbetreuung und anderes mehr genutzt. Zum Teil erfolgt auch die Mitbetreuung von Ambulanzen.

Berichtet wird, dass immer wieder Grundpflege während der Nacht- und sehr frühen Morgenstunden geleistet wird. Dies widerspricht eindeutig dem Recht der PatientInnen auf eine Leistungserbringung im möglichst üblichen Lebensrhythmus.

Die Beachtung der PatientInnenrechte bei Organisation und Betrieb eines Krankenhauses sind zwingend und können indirekt Nachtdienste für MitarbeiterInnen positiv beeinflussen.

Zum Ausgleich nächtlicher Spitzen findet vereinzelt ein „Sitzwache-Pool“ nach Schweizer Modell Anwendung. Qualifizierte MitarbeiterInnen in Ka-

renz erklären sich z. B. für zwei Nächte pro Monat im Rahmen einer geringfügigen Beschäftigung bereit, „Sitzwache“ bei einem frisch operierten Patienten zu halten.

Das Modell wird gut angenommen. Es nimmt Druck vom diensthabenden Personal und vermindert Fehlerquellen, die durch betreuungsintensive PatientInnen im Regelbetrieb entstehen können. Durch die Kurzzeitjobs wird die Planbarkeit der Dienstzeiten erleichtert, und Dienstplanunterschreitungen können verhindert werden. MitarbeiterInnen in Karenz können so den Kontakt zu ihrem Dienstgeber pflegen.

Insgesamt wurden während der letzten Jahre die Nachtdienste aus den dargestellten Gründen deutlich arbeitsintensiver, weshalb die zum Teil überholten Mindestbesetzungsberechnungen unzureichend sind.

Forderung:

- Der Gesetz- bzw. Ordnungsgeber wird aufgefordert, konkrete Vorgaben und Modelle für geregelte fachbezogene Nachtdienstbesetzungen inklusive eines Mindestqualifikationsschlüssels verpflichtend vorzuschreiben.

3.5. Wochenenddienst

In den Personalbedarfsberechnungsmodellen findet sich derzeit ein Wochenendreduktionsfaktor. Dieser verliert aber immer häufiger seine Berechtigung.

Durch die Verkürzung der Verweildauer, die gestiegene Altersstruktur der PatientInnen, die Zunahme von DemenzpatientInnen auch auf Allgemeinstationen und den Verbleib von vergleichsweise schweren und betreuungsintensiven PatientInnen von der Wochenklinik hat sich die Betreuungssituation an Wochenenden stark gewandelt.

Im Sinne einer effizienten Krankenhaus- und Ressourcenplanung werden Operationen mittlerweile auch an Freitagen und am Wochenende durchgeführt. Die dafür notwendige pflegerische Betreuung unterscheidet sich daher nicht mehr von den Anforderungen an Wochentagen. Die generelle Wochenendreduktion ist nicht mehr gerechtfertigt. Wenn Effizienzsteigerung auch die Einbeziehung von bisherigen Randzeiten bedeutet, dann ist für eine sichere Betreuung am Wochenende auch das entsprechende Personal vorzuhalten.

Forderung:

- Im Hinblick auf die geänderten Krankenhausstrukturen ist von der Anwendung des in den Personalbedarfsberechnungsmodellen vorgesehenen Wochenendreduktionsfaktors Abstand zu nehmen.

3.6. Alter(n)sgerechtes Arbeiten

Der Anteil an älteren MitarbeiterInnen steigt demografiebedingt an. Das Durchschnittsalter beträgt teilweise 50 Jahre. In der Pflege gewinnen zudem Spät- und QuereinsteigerInnen immer mehr an Bedeutung. Es ist dafür Sorge zu tragen, dass die wertvolle Ressource „ältere/r MitarbeiterIn“ lange gesund im Erwerbsleben verbleiben kann. Die Notwendigkeit alter(n)sgerechten Arbeitens ist auch vor dem Hintergrund zu sehen, dass Beschäftigte infolge des sich ändernden Pensionsrechts länger im Erwerbsleben stehen müssen.

Die Personalschlüssel basieren in der Regel auf der Nettoarbeitszeit. Diese ist um einen transparenten Altersfaktor zu erweitern, der mit dem 20. Lebensjahr beginnt und zunehmend ansteigt.

Bei einem höheren Alter der Pflegeteams wird damit automatisch eine höhere Mitarbeiterzahl vorgehalten. Diese erlaubt es, dass altersbedingte Belastungen, kurzfristige Zusatzdienste und belastende Nachtdienste auf ein gesundheitlich erträgliches Maß reduziert werden können.

Generell soll für ältere MitarbeiterInnen die rechtliche Option bestehen, dass sie keine über die vereinbarte Arbeitszeit hinausgehenden Zusatzdienste leisten müssen und sich zeitlich begrenzt (z. B. für ein Jahr) vom Nachtdienst befreien können. Die Erfahrung zeigt auch, dass eine über viele Jahre ausgeübte, vielleicht auch einseitig belastende Tätigkeit die Arbeitsplatzzufriedenheit der MitarbeiterInnen und mittelfristig auch deren Gesundheit beeinträchtigen kann. Psychische Über-, Unter- und Fehlbelastungen verbunden mit der Zunahme von Krankenständen können die Folge sein. Vielfach bleibt als Ausweg nur ein Arbeitsplatzwechsel. Dies erweist sich jedoch immer wieder als nahezu unmöglich. Das Recht der MitarbeiterInnen auf einen optionalen Arbeitsplatzwechsel innerhalb des Unternehmens wäre geeignet, Abhilfe zu schaffen. Dabei ist auf das langjährige Erfahrungswissen Bedacht zu nehmen und das bisherige Einkommensniveau zu sichern.

MitarbeiterInnen in der Pflege und Betreuung soll im Hinblick auf die besondere Arbeitsplatzsituation auch ein Recht auf Altersteilzeit zugestanden werden. Die dadurch geregelte Arbeitszeitreduzierung sichert den Lebensstandard und ermöglicht vielfach erst ein gesundheitsförderliches Arbeiten im Alter.

Forderung:

- Vorgeschlagen wird das Vorsehen eines Altersfaktors, der mit dem 20. Lebensjahr beginnt. Ältere MitarbeiterInnen sollen auch die rechtliche Option erhalten, sich von Zusatzdiensten und zeitlich befristet von Nachtdiensten befreien zu lassen. Für langjährige MitarbeiterInnen sind das Recht auf einen optionalen Arbeitsplatzwechsel und das Recht auf Altersteilzeit zu verwirklichen.

4. SONDERBEREICHE

4.1. Tagesklinik

Mit der Tages- und Wochenklinik wurden in Österreich neue Behandlungsstrukturen geschaffen. Die Tendenz zu diesen neuen klinischen Leistungen nimmt zu. Erste Erfahrungen zeigen, dass vor allem die tagesklinische Leistungserbringung im Vergleich zur bisherigen Normalstation nicht nur organisatorisch sehr zeitaufwendig, sondern auch sehr pflege- und betreuungsintensiv ist.

Derzeit werden tagesklinische Leistungen zum Teil vom Personal der Normalstation erbracht, wobei die tagesklinische Fallbetreuung auf Normalstationen generell zunimmt. Damit werden Normalstationen zusätzlich mit aufwands- und betreuungsintensiven PatientInnen belastet.

Tagesklinische Strukturen verursachen Aufwände und Wechselwirkungen in nahezu allen Krankenhausbereichen, z. B. Rückfrage auf Normalstation, Fachstation, Blutbank, Labor etc. Dieser zusätzliche Aufwand ist auch in den PPBB dieser Abteilungen abzubilden.

Forderung:

- Die neu geschaffenen Strukturen in der stationären Versorgung sind zum Teil sehr personalintensiv. Die Personalbedarfsberechnungen haben auf die neuen Entwicklungen noch nicht entsprechend reagiert. Zusatzaufwände durch die tages- oder wochenklinische PatientInnenbetreuung sind auf allen Stationen zu berücksichtigen. Insgesamt erscheint die Schaffung eigener tagesklinischer Strukturen bzw. Stationen zweckmäßig.

4.2. Intensivbereiche

Auf Intensivstationen erfolgt die Personalbedarfsberechnung auf Basis des in die Jahre gekommenen „TISS-28-Punkte-Modells“. Die TISS-Punkte geben den Grad der notwendigen Pflegemaßnahmen an. Abhängig von der vollständigen Dokumentation der TISS-Punkte errechnet sich das Pflegepersonal. Dieses Modell spiegelt überwiegend die medizinischen, jedoch kaum die pflegerischen Leistungen wider. Nicht enthalten sind Tätigkeiten wie Waschen, das Betten, Durchführen von Abführmaßnahmen, Wechsel von Infusionssystemen sowie die psychosoziale Betreuung.

Die Grundlage der TISS-28-Berechnung basiert auf Grundlagen aus den 80er-Jahren. Die pflegerischen Aufgaben sind stark von der vollständigen ärztlichen Dokumentation abhängig und vielfach unzureichend. Insgesamt erweist sich das TISS-28-Modell für die Feststellung des Pflegebedarfs als unzureichend.

TISS 28 wurde vom Bund 2012 ausgesetzt. Das derzeitige System TISS-A lässt ebenfalls keinen Rückschluss auf den Personalbedarf in der Pflege zu.

Forderung:

- Das auf Intensivstationen angewandte Personalbedarfsmodell TISS 28 bzw. TISS-A ist um Pflegeleistungen zu erweitern. Der Pflegeaufwand ist primär unabhängig von ärztlichen Leistungen abzubilden.

4.3. Bereiche mit Arbeitsplatzberechnung

Arbeitsplatzberechnungen finden überall dort statt, wo allgemeine PPBB nicht angewendet werden können, siehe z. B. in Ambulanzen, Operationsbereichen bzw. Funktionsbereichen. Dies ist immer dann der Fall, wenn die Leistungserfassung schwer fassbar ist. Immer dann, wenn Richtlinien für die notwendige Anzahl der MitarbeiterInnen fehlen, ist das Durchführen einer Arbeitsablaufanalyse erforderlich.

PatientInnenverdichtung, Veränderungen der PatientInnenströme, Samstag, Sonn- und Feiertag, Nachtdienst, Erhöhung der Angebote haben zu Veränderungen in diesen Bereichen geführt. Die Anzahl der erforderlichen MitarbeiterInnen wurde in den letzten Jahren nicht evaluiert. Dazu bedarf es einer Arbeitsablaufanalyse, die den Funktionsbereich konkret bewertet und den Anstieg der PatientInnenfrequenzen mit einbezieht.

Forderung:

- Regelmäßige Evaluierung, Durchführung einer Arbeitsablaufanalyse und Neuberechnung der MitarbeiterInnenzahl

4.4. Mindestbesetzung von Kleinstationen

Es zeigt sich, dass auf Kleinstationen mit bis zu 25 Betten die allgemeinen Personalbedarfsberechnungsmodelle nicht anwendbar sind. Der höhere Personalbedarf im Vergleich zu Normalstationen ist erforderlich (nicht nur beim Nachtdienst), damit die Betreuung rund um die Uhr sichergestellt werden kann.

Eine eigene transparente Arbeitsplatzbedarfsberechnung für Kleinstationen ist unerlässlich. Damit soll letztlich auch vermieden werden, dass fremde Abteilungen durch das Abziehen von MitarbeiterInnen belastet werden, um den unzureichenden Personalstand andernorts auszugleichen. Wenn dies dennoch erforderlich ist, dann ist dies in der Personalbedarfsberechnung der fremden Station zeitgerecht zu berücksichtigen.

Forderung:

- Für Kleinstationen mit Mindestbesetzung ist eine transparente Arbeitsplatzberechnung verpflichtend vorzusehen.

5. ORGANISATION

5.1. Mehrfachvisiten

Der Zeitaufwand, der sich aus interdisziplinären Mehrfachvisiten ergibt, wird derzeit nicht bzw. absolut unzureichend in den PPBB-Modellen abgebildet. Einerseits zeigen Entwicklungen in den berufsrechtlichen Kompetenzen und dem Ausbau der Qualitätssicherung, dass gesonderte Pflegevisiten zweckmäßig wären. Andererseits verlangt die interdisziplinäre Betreuung von PatientInnen die Bereitstellung hoher Zeitressourcen für tägliche Visiten, für jene in der Sonderklasse in einem noch größeren Ausmaß. Der zeitliche Aufwand für diese Visiten beträgt Berichten zufolge organisationsabhängig täglich bis zu 3 ½ Stunden.

Auch die zeitliche Planung und Koordination der Visiten ist jeden Tag eine neue Herausforderung und besonders zeitintensiv.

Forderung:

- Der steigende Zeitaufwand für interdisziplinäre Mehrfachvisiten, insbesondere im Zusammenhang mit SonderklassepatientInnen, ist in den Personalbedarfsberechnungsmodellen zu berücksichtigen.

5.2. Zeiten für die Dienstübergabe

In den PPBB-Modellen werden schon jetzt Zeiten für die Dienstübergabe abgebildet, allerdings mittlerweile in einem bei Weitem unzureichenden Ausmaß. Täglich erfolgen auf einer Station, abhängig vom Dienstplan, mehrere Dienstübergaben.

In den PPR/DKG/PPN-Berechnungen werden für sämtliche im Tagdienst anfallenden Dienstübergaben auf einer Pflegestation nur 30 Minuten veranschlagt. Dieser Wert ist nicht mehr zeitgemäß. Der Aufwand im Rahmen der Dienstübergabe hat vor allem im Zusammenhang mit der Verkürzung der Verweildauer, die immer komplexere Betreuungssituationen schafft, und der Zunahme unterschiedlicher Dienstzeitenmodelle zugenommen.

Forderung:

- Bei einer Regeldienstzeit von 8 Stunden sind drei Dienstübergaben auf einer Station mit je einem Pauschalwert von 30 Minuten vorzusehen. Dieser ist transparent in der Personalbedarfsberechnung auszuweisen.

5.3. Entlassungsmanagement

Derzeit wird pro Aufnahme bzw. Entlassung ein Aufwand von 70 Minuten veranschlagt. Die Entlassung von PatientInnen mit komplexer Betreuungssituation (z. B. infolge der Altersstruktur, von Mehrfacherkrankungen, des Wegfalls der Familienpflege) verlangt zum Teil auch höhere Zeitaufwände. Dieser veränderte Aufwand wurde bislang in keinem PPBB-Modell angepasst.

Forderung:

- Der gestiegene Aufwand im Zusammenhang mit der Aufnahme bzw. Entlassung der PatientInnen verlangt auch die Anpassung bei der Personalbedarfsberechnung. Als zweckmäßig wird erachtet, dass je nach Hausgröße zusätzliche Dienstposten für die Aufnahme und Entlassung eingerichtet werden.

5.4. Leitungs- und Führungsaufgaben

Die Rolle der Führungskraft im Zusammenhang mit der Dienstplangestaltung ist für die Arbeitszufriedenheit der MitarbeiterInnen von großer Bedeutung. Die große Zahl an Arbeitszeitmodellen und der mittlerweile immer knapper werdende Personalstand fordern die Führungskräfte bei der Personalplanung verständlicherweise immer wieder aufs Neue heraus. Der Wunsch der MitarbeiterInnen nach möglichst wenig geteilten Diensten und geblockter Arbeits- bzw. Freizeit ist aber auch sehr gut nachvollziehbar und vor allem im Sinne nachhaltiger Erholungsphasen unerlässlich. Letztlich entsteht dadurch für alle Beteiligten eine Win-win-Situation.

Forderung:

- Alle Führungskräfte sind bei ihrer Arbeit bestmöglich zu unterstützen. Dies gilt insbesondere für die Vermittlung der besonderen Qualifikationen und Kompetenzen, die für eine optimale Personaleinsatzplanung erforderlich sind. Die Führungskräfte sollen damit in die Lage versetzt werden, durch bestmögliche Mitarbeitereinsatzplanung die Belastungen der Beschäftigten so gering wie möglich zu halten.

5.5. Forschungsimplementierung

Die Implementierung von Forschungsergebnissen in den Berufsalltag ist noch am Anfang. Es zeigt sich jedoch, dass die Umsetzung des wissenschaftlichen Erfahrungswissens in den Arbeitsalltag sehr zeitintensiv ist.

Die Anwendung modernster Methoden kommt primär dem Krankenhaus-träger und seinen PatientInnen zugute, weshalb die Verlagerung von Forschungsarbeit auf Ruhezeiten (z. B. während der Nacht) oder sogar die Freizeit tunlichst zu vermeiden ist.

Forderung:

- Für die Forschungsimplementierung sind die dafür notwendigen Ressourcen und im Zusammenhang mit der Personalbedarfsplanung vor allem die dafür erforderliche Zeit sicherzustellen.

5.6. Kurzfristige Dienstplanänderungen

Eine professionelle Personalbedarfsplanung stellt sicher, dass einmal vereinbarte Dienstpläne nicht kurzfristig abgeändert werden müssen. Entsprechende Personalressourcen und eine qualifizierte Personalplanung garantieren, dass der Personalbedarf auf den Stationen gedeckt ist, ohne dass MitarbeiterInnen aus der vereinbarten Freizeit in den Dienst geholt werden müssen.

Kurzfristige Dienstplanänderungen werden von MitarbeiterInnen als äußerst belastend empfunden – „Sie haben Angst vor dem Einspringen“. Tatsache ist, dass die aktuellen PPBB-Modelle zu knapp kalkulieren und nicht notwendige Dienstplanänderungen de facto verursachen. Eine moderne Personalplanung stellt sicher, dass einmal vereinbarte bzw. fixe Dienstpläne im Nachhinein nicht abgeändert werden müssen.

Forderung:

- Es ist sicherzustellen, dass die kurzfristige Abänderung von Dienstplänen auch für Vertragsbedienstete nur im Rahmen des Arbeitszeitgesetzes möglich ist. Darüber hinaus sind Dienstplanänderungen auf unabwendbare bzw. nicht planbare Einzelfälle zu beschränken. In diesem Fall ist den MitarbeiterInnen ein Anspruch auf einen Flexibilitätszuschlag bzw. einen Dienstzeitenänderungszuschlag einzuräumen. Auch der Einsatz von Springerdiensten kann Abhilfe schaffen.

5.7. Hauswirtschaftliche Dienste und Stationssekretärin

Im Krankenhausalltag kommt es immer wieder vor, dass der gehobene Dienst mit langwierigen organisatorischen Aufgaben und qualifizier-

te PflegehelferInnen für reine Haushaltsarbeiten eingesetzt werden. Im Hinblick auf die MitarbeiterInnenzufriedenheit und die allgemein knappen Personalressourcen in der Pflege ist dieser Personaleinsatz ineffizient.

Erfahrungen zeigen, dass im Zusammenhang mit der Aufnahme, der Entlassung und der (internen) Verlegung von PatientInnen organisatorische Arbeiten anfallen, die zum überwiegenden Ausmaß von zuarbeitenden Stationssekretärinnen abgedeckt werden können (viele der Anrufe betreffen organisatorische Belange und erfordern keine Fachpflegekompetenz). Es widerspricht dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit, für diese Tätigkeiten gut bezahltes Fachpflegepersonal einzusetzen. Dies gilt ebenso für qualifizierte PflegehelferInnen, die überwiegend für hauswirtschaftliche Tätigkeiten und Hol- bzw. Bringdienste eingesetzt werden. Dafür bietet sich der Einsatz eines hauswirtschaftlichen Dienstes (HWD) an.

Durch die Entlastung der PflegehelferInnen von hauswirtschaftlichen Tätigkeiten könnten diese ihrer Fachkompetenz entsprechend am Patienten eingesetzt werden. Innerhalb des Reinigungspersonals könnten wünschenswerte Tätigkeitskarrieren etabliert werden. Damit würde wiederum für alle am Prozess beteiligten Personen eine Win-win-Situation geschaffen.

Forderung:

- Die allgemein knappen Personalressourcen verlangen einen effizienten Personaleinsatz, der vor allem unter Bedachtnahme auf die jeweiligen Fachkompetenzen zu erfolgen hat. Primär berufsfremde Tätigkeiten, die von einer anderen Berufsgruppe effizienter erbracht werden können, sind auf diese zu übertragen.



C) Der Personalbedarf in Pflegeheimen

1. DIE WICHTIGSTEN FORDERUNGEN IM ÜBERBLICK

Anpassung der Personalschlüssel an geänderte Rahmenbedingungen

Neue Gesetze (z. B. Heimaufenthaltsgesetz, Pflegeheimgesetz) und veränderte Rahmenbedingungen (z. B. Zunahme von Demenz- und Mehrfacherkrankungen) haben die Pflege und Betreuung in Pflegeheimen stark verändert und verursachen erheblichen Mehraufwand in der Pflege. Die derzeitigen Personalschlüsselverordnungen tragen diesen Entwicklungen nur unzureichend Rechnung. Der gestiegene Aufwand für eine zeitgemäße und professionelle Pflege muss in den Personalschlüsseln berücksichtigt werden.

Beachtung der Zunahme von Fehlzeiten/Arbeitsunterbrechungen im Personalschlüssel

Die Personalschlüssel müssen Zeitaufwände für gesetzliche Fort- und Weiterbildungen, Sonderurlaube, Abbau von Zeitgutschriften, verschiedene Projektarbeiten und alle qualitätssichernden Maßnahmen bis hin zur Zertifizierung erfassen und abbilden. Dies ist derzeit nicht der Fall.

Mehr Fachpersonal

Die Pflege- und Betreuungssituation wird immer komplexer. Einerseits wird der Heimzugang immer öfter an höhere Pflegegeldstufen geknüpft, andererseits erfordert die Verkürzung der Krankenhausverweildauer einen höheren Versorgungsgrad im Pflegeheim. Die sich dadurch verändernde Bewohnerstruktur stellt höhere Kompetenzanforderungen an die Pflege und erfordert damit eine entsprechende Erhöhung der Personal- und Qualifikationsschlüssel.

Stand der Wissenschaft

Die professionelle Pflege hat sich auf Basis von Wissenschaft und Forschung weiterentwickelt, die Personalschlüssel jedoch kaum. Dadurch wird die Erfüllung zeitgemäßer Pflegemethoden (z. B. gerontopsychiatrische Kompetenzen) immer schwieriger. Die Personalschlüssel müssen anerkannte pflegewissenschaftliche Entwicklungen beachten und dadurch entstehende Mehraufwände berücksichtigen.

Einheitlicher Personalschlüssel

Die Personalschlüssel sind bundesländerweise sehr unterschiedlich und passen sich nur langsam und unzureichend an neue Entwicklungen an. Damit Pflegepersonen zu jeder Zeit in einem rechtlich gesicherten Rahmen eine zeitgemäße Pflege leisten können, ist für ganz Österreich ein einheitlicher Personalschlüssel mit gesetzlichen und fachlichen Standards zu schaffen.

2. DIE RAHMENBEDINGUNGEN FÜR DEN PERSONALSCHLÜSSEL

2.1. Zu wenig Zeit für eine bedürfnisorientierte ganzheitliche und aktivierende Pflege

Die Zeit für die Umsetzung zeitgemäßer Pflegekonzepte für bedarfsorientierte therapeutische Pflegemaßnahmen und die Befriedigung sozialer Bedürfnisse der BewohnerInnen ist in den aktuellen Pflegeheim-Personalschlüsseln nicht oder nur unzureichend abgebildet. Die bedarfsorientierte Versorgung stößt immer wieder an ihre Grenzen.

Die professionelle Pflege hat sich auf Basis der Wissenschaft und Forschung weiterentwickelt, die gesetzlichen Personalschlüssel jedoch kaum. Langzeitpflege hat unter Beachtung des Prinzips der Ganzheitlichkeit und des Prinzips der Normalität zu erfolgen. Die Anwendung moderner Pflegekonzepte erfüllt zeitgemäße BewohnerInnenbedürfnisse und ist für die Lebensqualität in Pflegeheimen ganz wesentlich. Die gedeihliche Umsetzung dieser modernen Konzepte ist auch für die MitarbeiterInnenzufriedenheit von großer Bedeutung. Zeitintensive Pflegemaßnahmen können jedoch aus Zeitgründen vielfach nicht durchgeführt werden.

Die aktuelle Entwicklung im Pflegealltag zeigt, dass in kürzeren Zeiteinheiten immer mehr an Leistung abverlangt wird. Diese Entwicklung geht ganz wesentlich an den Bedürfnissen der HeimbewohnerInnen vorbei. Tatsache ist, dass bei BewohnerInnen im Alter eine Verlangsamung eintritt, demgegenüber wird jedoch von den Pflegepersonen verlangt, ihre Arbeit zu beschleunigen und immer mehr in kürzerer Zeit zu erledigen. Ein Eingehen auf individuelle Bedürfnisse ist dadurch nahezu unmöglich.

Forderung:

- Der gestiegene Aufwand für eine zeitgemäße und professionelle Pflege ist zu evaluieren und in den Personalschlüsselberechnungen zu berücksichtigen. Zeitressourcen im Zusammenhang mit der beispielsweise zeitintensiveren Hospiz- und Palliativpflege sind gesondert auszuweisen und erhöhen den Personalschlüssel. Pflegepersonen mit erforderlichen Zusatzqualifikationen (z. B. für Wundmanagement, gerontopsychiatrische Kompetenzen) sind entsprechend einzusetzen und in den Qualifikationsschlüsseln gesondert abzubilden.

2.2. Qualitätssicherung und behördliche Kontrollen

Die Qualität der Langzeitpflege ist von den Ländern sicherzustellen, gleichzeitig obliegt ihnen auch die Kontrolle der Heime. Die Anzahl der Pflegeheime ist in den letzten Jahren stark gestiegen, nicht jedoch die notwendigen Ressourcen für die Heimkontrolle, die auch eine wesentliche Qualitätssicherungsmaßnahme darstellt.

Die effektive Kontrolle der Qualitätsstandards und der Personalschlüssel ist geeignet, Belastungen der MitarbeiterInnen und unzureichenden Ressourceneinsatz rechtzeitig zu erkennen. Die Effizienz der Kontrolle kann durch unangemeldete Kontrollen gesteigert werden.

Für die Kontrolle der Personalausstattung und der Nettoarbeitszeiten bedarf es auch „einheitlicher Kontrollstandards“. Diese sollten sich anhand von Qualitätsrichtlinien am Nationalen Qualitätszertifikat (NQZ) orientieren. Ziel ist, einheitliche Strukturqualitätskriterien für alle Pflegeheime in Österreich festzuschreiben.

Maßgeblich ist auch, dass Prüforgane Zugang zu gesundheitsbezogenen Sozialversicherungs- und Beschäftigtendaten erhalten. Damit sollen einerseits aktuelle Betreuungsaufwände, die sich aus verordneten Bewohnertherapien ergeben, leichter nachvollzogen werden können. Andererseits sollen DienstnehmerInnenmeldedaten der Gebietskrankenkasse Rückschluss auf Art und Ausmaß der Beschäftigung geben. Diese sind für die Personalplanung, insbesondere die Dienstplanerstellung, von besonderer Bedeutung. Wesentlich ist auch, dass schon derzeit bestehende Kontrolleinrichtungen, wie z. B. das Arbeitsinspektorat und die Sozialversicherung, mit Kontrollen befasst sind. Derzeit fehlt es an rechtlichen Grundlagen, damit die verschiedenen bereits bestehenden behördlichen Kontrollorgane effektiv und effizient „zusammenarbeiten“ können.

Forderung:

- Die öffentliche Hand hat für eine ausreichende und einheitliche Kontrolle zu sorgen. Es sind einheitliche Kontrollstandards auf Basis von Qualitätsrichtlinien (NQZ) zu schaffen. Insbesondere soll sichergestellt sein, dass die Kontrollen unangemeldet durchgeführt werden. Die Grundlage für eine Zusammenarbeit aller Kontrollorgane soll gewährleistet werden.

3. ZUNAHME AN ERFORDERLICHER PFLEGEFACHKOMPETENZ

Es gibt zahlreiche Gründe, weshalb der bestehende Personaleinsatz und die eingesetzten Kompetenzen nicht mehr den aktuellen Bedarf decken können und die Anzahl der MitarbeiterInnen und ihrer Kompetenzen zunehmen muss.

3.1. Höhere Pflegestufen

Bislang gab es in den Pflegeheimen einen Mix aus allen Pflegestufen. In den letzten Jahren knüpften immer mehr Bundesländer den Zugang zum Pflegeheim an die Pflegegeldstufe 4. Dadurch kommt es zu einer erheblichen Zunahme an zu erbringenden Pflege- und Betreuungsleistungen. Die Personalausstattung in den Heimen ist seit dieser Zeit nahezu gleichgeblieben, weshalb eine deutliche Verdichtung an Pflege- und Betreuungsarbeit beobachtet werden kann.

3.2. Kürzere Verweildauer im Krankenhaus

Durch die kürzere Verweildauer im Krankenhaus kommen die HeimbewohnerInnen viel früher und mit einem höheren Grad an medizinisch/pflegerischer Versorgungsnotwendigkeit (zurück) ins Pflegeheim. Diese im stärkeren Umfang zu pflegenden HeimbewohnerInnen (eigentlich noch PatientInnen) erfordern einen höheren Arbeitsaufwand und eine höhere Pflegekompetenz.

Dieser veränderte Aufwand wird derzeit in der Personalausstattung nur unzureichend berücksichtigt.

3.3. Zunahme von multimorbiden und gerontopsychiatrischen BewohnerInnen

Die steigende Alterung der Gesellschaft, insbesondere der Hochbetagten, hat Auswirkungen auf die Betreuung in Pflegeheimen. So ist zu beobachten, dass die Bevölkerung insgesamt zwar gesünder altert, aber mit dem Fortschreiten des Alters chronische Leiden, Mehrfacherkrankungen sowie gerontopsychiatrische Krankheitsbilder (z. B. Demenz) und körperliche Funktionseinschränkungen zunehmen. Die bisher im Rahmen des Alterungsprozesses erbrachten Pflege- und Betreuungsmaßnahmen erweitern sich kontinuierlich um zusätzliche „Behandlungsmaßnahmen“.

Für die Betreuung in Pflegeheimen bedeutet dies einen wesentlich höheren Pflege- und Betreuungsaufwand.

Forderung

- Der beschriebene Mehraufwand durch Strukturveränderungen und die Auswirkungen des gesellschaftlichen Wandels sind neu zu bewerten und bei der Personalausstattung in Pflegeheimen (Personalschlüssel und Qualifikationsschlüssel) zu berücksichtigen.

4. GRÜNDE FÜR DIE ZUNAHME VON PERSONALBEDARFEN/ZEIT

Die allgemeinen Grundlagen, die den seinerzeitigen Berechnungen der Personalschlüssel zugrunde lagen, haben sich erheblich verändert. Eine Vielzahl an gesellschaftlichen, strukturellen und organisatorischen Veränderungen hat zu einem unübersehbaren Wandel in der Pflege- und Betreuungssituation geführt. Zahlreiche gesetzliche Auflagen verschärfen und belasten die Pflege zusätzlich. Faktum ist, dass die in den Personalschlüsseln vorgesehenen Personalzahlen für eine zeitgemäße Pflege und Betreuung nicht ausreichen.

Im Folgenden werden als Beispiel Entwicklungen dargestellt, die die Arbeit im Pflegeheim nachhaltig verändert haben und das Vorsehen zusätzlicher Zeitressourcen für das Pflegepersonal notwendig machen.

4.1. Gestiegener Dokumentationsaufwand

Der Dokumentationsaufwand hat sich in den letzten Jahren stark verändert. Die Dokumentation ist Arbeitsmittel, Beweismittel und dient als Leistungs- und Qualitätsnachweis. Die verpflichtende Dokumentation hat in allen Arbeitsbereichen der Pflege stark zugenommen („Alles, was nicht dokumentiert ist, gilt als nicht geleistet“). Rechtliche Grundlagen sind in nahezu allen Gesetzen und Richtlinien enthalten (z. B. Hygienerichtlinien, GuKG, Pflegeheimgesetz, diverse Assessments im Rahmen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements, Heimaufenthaltsgesetz, ArbeitnehmerInnenschutzvorschriften, Datenschutzgesetz).

Die Dokumentation ist auch von einer strikten Rechtsprechung geprägt, die eine zeitnahe Dokumentation verlangt und einen hohen Zeitaufwand erfordert. Der gestiegene Zeitaufwand spiegelt sich bislang nicht bzw. nur unzureichend in den Personalschlüsseln wider.

Forderung:

- Der über die Jahre gewachsene Mehraufwand an Dokumentation ist in der Personalschlüsselberechnung zu berücksichtigen.

4.2. Fehlzeiten/Arbeitsunterbrechungen

In den aktuellen Personalausstattungsverordnungen sind Arbeitsunterbrechungen infolge von Urlaub, Pflegeurlaub, Krankheit/Kur und Fortbildung nicht transparent abgebildet.

Die den Personalschlüsselberechnungen zugrunde liegenden Rahmenbedingungen haben sich durch neue Pflegemethoden, Strukturveränderungen, höhere Qualitätssicherungs- und Hygienestandards, die gestiegene Arbeitsteiligkeit und den technischen Fortschritt stark verändert.

Zu den bekannten Arbeitsunterbrechungen sind weitere hinzugekommen: gesetzlich verpflichtende Fortbildung, Weiterbildung, Universitätslehrgänge, gesetzlich vorgegebene Schulungen (Brandschutz, Arbeitnehmerschutz-Unterweisungen etc.), SchülerInnenanleitung, Einführung neuer MitarbeiterInnen, insbesondere der Spät- und WiedereinsteigerInnen, Sonderurlaube, Qualitätssicherungsprojekte, Dienst- und Fallbesprechungen, Abbau von Zeitgutschriften und NSchG-Stunden, Projekte, Supervision und Coaching, Bildungskarenz, Sabbatical, Familienhospizkarenz, Altersteilzeit usw. Neu hinzugekommen ist auch die gesetzliche Fortbildung für die Pflegehilfe.

Diese „Fehlzeiten“ sind arbeitsbedingt und daher Arbeitszeit, verringern aber die unmittelbare Arbeit am, mit oder für den/die HeimbewohnerIn. Durch die dargestellten Veränderungen haben Fehlzeiten mittlerweile ein Ausmaß von 24 bis 28 Prozent der Nettoarbeitszeit erreicht, das bei den Personalschlüsselberechnungen bislang nicht berücksichtigt wird. Diese Erfahrungswerte entsprechen auch der Literatur und den Berechnungen der AK.

Forderung:

- Die als Beispiel beschriebenen Fehlzeiten sind in den Personalschlüsseln im tatsächlichen Ausmaß zu berücksichtigen. Die Darstellung hat transparent und nachvollziehbar zu erfolgen.

4.3 Heimaufenthaltsgesetz und OPCAT-Durchführungsgesetz

Die verständlichen Anforderungen an eine Freiheitsbeschränkung wurden über die Jahre hin ausgedehnt, der organisatorische Aufwand wurde sukzessive der Pflege übertragen. Allein die vorgesehenen Zeitressourcen

reichen für die übertragenen Zusatzarbeiten nicht mehr aus. Eine Berücksichtigung in den Personalschlüsselberechnungen hat seither nicht bzw. nur unzureichend stattgefunden.

Seit dem Jahr 2005 sind Freiheitsbeschränkungen nur unter Beachtung des Heimaufenthaltsgesetzes möglich. Im Jahr 2010 wurde die Verantwortung hinsichtlich des Anordnens von Freiheitsbeschränkungen im Rahmen der Pflege zweckmäßigerweise der Pflege übertragen.

Seit dem 1.7.2012 ist auch das OPCAT-Durchführungsgesetz (Übereinkommen der Vereinten Nationen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlungen) im Zusammenhang mit Freiheitsbeschränkungen anzuwenden.

Das neue OPCAT-Durchführungsgesetz regelt die Kontrolle von Einrichtungen, in denen Freiheitsbeschränkungen potenziell möglich sind, dazu zählen auch Pflegeheime.

Das Setzen von Freiheitsbeschränkungen bedarf in jedem Fall erheblicher Zeitaufwände im Zusammenhang mit dem umsichtigen Abwägen, der umfassenden Begründung und der fortwährenden Kontrolle der Maßnahme. Die gerichtlichen bzw. behördlichen Verfahren sind infolgedessen sehr zeitaufwendig (z. B. sind pro BewohnerIn mehrere Kontakte mit ÄrztInnen, Bewohnervertretung und Bezirksgericht erforderlich).

Forderung:

- Der im Jahr 2005 erstmals vorgeschriebene und seither maßgeblich gestiegene Organisationsaufwand im Zusammenhang mit dem Vorsehen notwendiger Freiheitsbeschränkungen ist in den Personalschlüsselberechnungen abzubilden.

4.4. Pflegewissenschaft und Forschung/Assessments

Die Etablierung pflegewissenschaftlicher Universitäten erfolgte in Österreich erst in der Mitte des vergangenen Jahrzehnts. Seither gewinnt die Implementierung von evidenzbasiertem und interdisziplinärem Wissen in die berufliche Praxis an Bedeutung. Gemeinsam mit der steigenden Professionalisierung der Pflege bewirkt die Umsetzung pflegewissenschaftlicher Ergebnisse die Anwendung verschiedener Assessmentinstrumente (z. B. für die Risikoeinschätzung im Zusammenhang mit Sturzprophylaxe, Mangelernährung, Hautschäden). Dadurch wird der geforderten Qualitätssicherung in der BewohnerInnenbetreuung entsprochen.

Die Implementierung und Anwendung neuer Maßnahmen in der Pflege erfordert jedoch Zeitressourcen, die bislang nicht in den Personalschlüsseln abgebildet sind.

Forderung:

- Der zeitliche Mehraufwand in Verbindung mit der Implementierung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse und deren Umsetzung in die Praxis ist in die Personalschlüssel aufzunehmen.

4.5. Hygienemanagement

Ein Teil der Dienstleistungen im Pflegeheim entfällt auf Hygienemaßnahmen. Diese haben aufgrund immer umfangreicherer Hygienebestimmungen stark zugenommen (z. B. Einführung der SID-Hygienemappe in der Steiermark). Hygienemaßnahmen sind für die Qualitätssicherung und die BewohnerInnensicherheit von großer Bedeutung.

Die steigenden Zeitaufwände, die im Zusammenhang mit dem Hygienemanagement anfallen, wurden bislang jedoch nicht entsprechend in den Personalschlüsseln abgebildet.

Forderung:

- Der steigende zeitliche Aufwand, der für die Erfüllung vorgeschriebener Hygienestandards erforderlich ist, ist auch bei der Neuberechnung der Personalschlüssel zu beachten.

4.6. Ärztliche Visiten und interdisziplinäre Zusammenarbeit

ÄrztInnen/WahlärztInnen betreuen ihre langjährigen PatientInnen teils auch während der Zeit im Pflegeheim weiter. Die zeitliche Koordination und Organisation der einzelnen VertrauensärztInnen der HeimbewohnerInnen erweist sich jedoch oft als schwierig und zeitintensiv. Unterschiedliche Ordinationszeiten und Erreichbarkeit der ÄrztInnen erschweren die Abstimmung der Visitenzeiten. Dies bedeutet für den gehobenen Dienst eine hohe Entscheidungskompetenz, Flexibilität und medizinisch-therapeutische Verantwortung.

Die Beachtung der Prinzipien der Ganzheitlichkeit und der Normalität verlangt im Rahmen der interdisziplinären Versorgung auch die Einbeziehung

weiterer nichtärztlicher Gesundheits- und Sozialberufe. Auch die diesbezügliche Abstimmung verlangt entsprechende Zeitressourcen, die anzuerkennen sind.

Forderung:

- Die zunehmende Komplexität in der pflegerischen Versorgung verlangt ein interdisziplinäres Betreuungsmanagement. Der hierfür erforderliche Zeitaufwand ist im Personalschlüssel zu berücksichtigen.

4.7. Dienstübergabe

Eine Pflegeheimversorgung ohne Dienstübergabe zwischen den jeweils wechselnden MitarbeiterInnen ist unvorstellbar. Das Ausmaß und die Häufigkeit der Dienstübergaben haben sich jedoch über die Jahre verändert. Wie bereits dargestellt, hat die Komplexität der Pflegefälle zugenommen. Auch die Zunahme der BewohnerInnenzahl, die Anzahl der Teammitglieder, die Anzahl der ausländischen Pflegekräfte, das Ausmaß an Teilzeitdiensten und geteilten Diensten beeinflussen Inhalt und Umfang der Dienstübergaben. Je umfassender und arbeitsteiliger (und damit zum Teil effektiver) die Versorgung erfolgt, desto umfangreicher ist auch das notwendige Ausmaß an Informationsweitergabe. Der Informationsaustausch braucht aber seine Zeit.

Die strukturbedingten Veränderungen bei den Dienstübergaben wurden bislang nicht ausreichend in der Personalschlüsselberechnung berücksichtigt.

Forderung:

- Da der vorgesehene Zeitwert für Dienstübergaben nicht mehr ausreicht, ist für jede Dienstübergabe (Tag/Nacht oder Nacht/Tag) jeweils ein Mindestwert von 30 Minuten (vergleichbar mit dem Krankenhaus) vorzusehen.

4.8. Personaleinsatz während der Nacht

Der Personaleinsatz in Pflegeheimen während der Nachtstunden ist österreichweit weitestgehend unregelt.

Konsolidierungs- und Sparmaßnahmen der letzten Jahre haben dazu geführt, dass der Personaleinsatz während der Nachtstunden reduziert wurde.

Eine aktuelle Erfahrung, die bislang unwidersprochen zur Kenntnis genommen wird, zeigt: „Derzeit wird darauf geachtet, dass während der Nacht so wenig Personal wie möglich eingesetzt wird, damit tagsüber die Pflege auf Basis des Mindestpersonalschlüssels gewährleistet werden kann.“

Tatsache ist, dass z. B. in einem Pflegeheim mit 125 BewohnerInnen zwei Pflegepersonen bzw. in einem 40-Betten-Haus oftmals nur eine Pflegeperson Nachtdienst verrichtet. Durch einen derartig geringen Personaleinsatz kann eine bedarfsgerechte und sichere Pflege und Betreuung nicht gewährleistet werden. Dadurch entstehen für das Personal unzumutbare Belastungen.

Bei der Feststellung des Personalbedarfs und der Qualifikationsanforderungen der MitarbeiterInnen während der Nachtdienste sind folgende Aspekte zu beachten:

- Die Zahl der BewohnerInnen und deren Pflege- und Betreuungsbedarf (Pflegestufen).
- Personen, die allein Nachtdienst versehen, können weder die arbeitszeitrechtlichen Bestimmungen, z. B. Pausenzeitregelung, einhalten noch Hilfe bei einem eventuellen Arbeitsunfall anfordern.
- Verschiedene Pflegetätigkeiten bei HeimbewohnerInnen können nicht von Einzelpersonen professionell erbracht werden.
- Die Zahl an pflegerischen Tätigkeiten, die dem Nachtdienst übertragen werden, ist vielfältig und nimmt stark zu.
- Notfälle/Unfälle können jederzeit eintreten, aber nicht allein bewältigt werden. Während der Notfallbetreuung können berechnete Bedürfnisse anderer BewohnerInnen nicht erfüllt werden. Personen, die allein Dienst versehen, unterliegen oft dem ethischen Dilemma, dass sie unaufschiebbare Bedürfnisse mehrerer HeimbewohnerInnen nicht gleichzeitig befriedigen können und eine Reihung vornehmen müssen.

Forderung:

- Zur Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung während der Nachtstunden ist ein gesonderter Personalschlüssel für den Nachtdienst festzusetzen.

4.9. Demenzzuschlag/gerontopsychiatrischer Zuschlag

Die Zahl an dementen PatientInnen nimmt zu. Der Pflege- und Betreuungsaufwand im Zusammenhang mit DemenzpatientInnen ist im Vergleich zu nichtdementen PatientInnen erwiesenermaßen deutlich erhöht. Dieser zusätzliche Aufwand ist derzeit in den österreichischen Personalschlüsselberechnungen nicht abgebildet und führt bei Beschäftigten in der Pflege und Betreuung zu einer erheblichen Anspannung.

Forderung:

- Die Zunahme an demenzerkrankten BewohnerInnen verlangt, dass der damit im Zusammenhang erhöhte Pflege- und Betreuungsaufwand auch in den Personalschlüsselberechnungen abgebildet wird.

4.10. Kurzzeitpflege

Die Kurzzeitpflege (bis maximal 6 Wochen) hat in den vergangenen Jahren kontinuierlich zugenommen. Bei der Personalplanung blieb jedoch bislang unbedacht, dass der Betreuungsbedarf bei Kurzzeitpflege im Vergleich zu „normalen“ HeimbewohnerInnen erhöht ist. Die Anwendung des allgemeingültigen Personalschlüssels bewirkt beim Pflege- und Betreuungspersonal eine erhebliche Verdichtung der Arbeit.

Dies gilt in verstärktem Ausmaß für „PatientInnen“, die infolge der verkürzten Verweildauer im stationären Bereich unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt Kurzzeitpflege benötigen. Während der Kurzzeitpflege sind die Pflegeintensität und der administrative Aufwand höher als im Vergleich zu „normalen“ HeimbewohnerInnen.

Forderung:

- Da der Pflege- und Betreuungsaufwand bei KurzzeitbewohnerInnen im Vergleich zu LangzeitbewohnerInnen höher ist, muss der Personalschlüssel für KurzzeitbewohnerInnen einen höheren Personaleinsatz vorsehen.

4.11. Mündige BewohnerInnen und Angehörige

BewohnerInnen und Angehörige sowie die Gesellschaft insgesamt sind über die Jahre hin mündiger und damit auch anspruchsvoller geworden und definieren Pflege und Betreuung für sich neu. Für Pflegeheime bedeutet dies, dass von den BewohnerInnen generell mehr Leistungen eingefordert werden.

Das Anspruchsdenken wird durch zunehmende Kostenbeteiligungen und den vereinzelt wieder eingeführten Pflegeheimregress verstärkt. Aus dem steigenden Anspruchsdenken ergibt sich ein erheblich höherer Zeitaufwand für Informations- und Konfliktgespräche bzw. die Notwendigkeit eines professionellen Beschwerdemanagements.

Forderung:

- Der zeitliche Aufwand für Informations- und Konfliktgespräche bzw. ein professionelles Beschwerdemanagement ist in der Personalschlüsselberechnung abzubilden.

4.12. Kulturelle Herausforderungen

MigrantInnen sind derzeit noch selten außerhalb der Familie in einem Pflegeheim untergebracht. Die Zahl jener, die schon lange in Österreich wohnhaft sind und damit auch zunehmend Versorgungsleistungen in der Pflege in Anspruch nehmen, nimmt vor allem in Ballungszentren leicht zu und wird sich mittelfristig weiter erhöhen. Die Erfahrung zeigt, dass die Pflegeanamnese und die Biografiearbeit bei Personen mit MigrantInnenhintergrund in der Regel zeitaufwendiger sind. Neben Sprachbarrieren gestaltet sich insbesondere die für eine erfolgreiche Betreuung erforderliche Biografiearbeit zum Teil schwieriger.

Forderung:

- Die typischerweise im Zusammenhang mit MigrantInnen zeitlich aufwendigere Pflege- und Betreuungsarbeit ist bei der Personalschlüsselberechnung zu beachten.

4.13. Alternsgerechtes Arbeiten

Der Anteil an älteren MitarbeiterInnen steigt demografiebedingt an. Das Durchschnittsalter beträgt teilweise 50 Jahre. In der Pflege gewinnen zudem Spät- und QuereinsteigerInnen immer mehr an Bedeutung. Es ist dafür Sorge zu tragen, dass die wertvolle Ressource „ältere/r MitarbeiterIn“ lange gesund im Erwerbsleben verbleiben kann. Die Notwendigkeit alternsgerechten Arbeitens ist auch vor dem Hintergrund zu sehen, dass Beschäftigte infolge des sich ändernden Pensionsrechts länger im Erwerbsleben stehen müssen.

Die Personalschlüssel basieren in der Regel auf der Nettoarbeitszeit. Diese ist um einen transparenten Altersfaktor zu erweitern, der mit dem 20. Lebensjahr beginnt und zunehmend ansteigt. Bei einem höheren Alter der Pflegeteams wird damit automatisch eine höhere MitarbeiterInnenzahl vorgehalten. Diese erlaubt es, dass altersbedingte Belastungen, kurzfristige Zusatzdienste und belastende Nachtdienste auf ein gesundheitlich erträgliches Maß reduziert werden.

Generell soll für ältere MitarbeiterInnen die rechtliche Option bestehen, dass sie keine über die vereinbarte Arbeitszeit hinausgehenden Zusatzdienste leisten müssen und sich zeitlich begrenzt (z. B. für ein Jahr) vom Nachtdienst befreien können. MitarbeiterInnen in der Pflege und Betreuung soll im Hinblick auf die besondere Arbeitsplatzsituation auch ein Recht auf Altersteilzeit zugestanden werden. Die dadurch geregelte Arbeitszeitreduzierung sichert den Lebensstandard und ermöglicht vielfach erst ein gesundheitsförderliches Arbeiten im Alter.

Forderung:

- Vorgeschlagen wird das Vorsehen eines Altersfaktors, der mit dem 20. Lebensjahr beginnt. Ältere MitarbeiterInnen sollen auch die rechtliche Option erhalten, sich von Zusatzdiensten und zeitlich befristet von Nachtdiensten befreien zu lassen. Ein Recht auf Altersteilzeit ist zu verwirklichen.

ENDNOTEN

¹ Österreichischer Strukturplan 2006, 3. Version, Stand 2010, ergänzt um die Regionalen Strukturpläne der Länder; FORBA-Forschungsbericht 5/2011 Umstrukturierungen im Krankenhaus und ihre Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen“

² FORBA-Forschungsbericht 5/2011

³ Österreichischer Pflegebericht 2007, ÖBIG im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend, S. 38

⁴ z. B. § 13 Stmk. Sozialhilfegesetz

⁵ Der Europäische Gesundheitsbericht 2009 (2010), Gesundheit und Gesundheitssysteme, WHO; Maudrey, Sigrid: Pflegende Angehörige zwischen Last und Belastbarkeit. In Demenz, Dokumentation der Jahreskonferenz 2004 des Österreichischen Komitees für Soziale Arbeit; S. 41; Gesundheitsbericht an den Nationalrat 2009 (2010), GÖG/ÖBIG

⁶ Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in den Gesundheitsberufen in Wien und Niederösterreich, Studie der Sozialökonomische Forschungsstelle (2010)

Meine AK. Ganz groß für mich da.



Frauen | Konsument | Jugend | **Arbeitsrecht** | Bildung

„Wir haben was gegen Unternehmer,
die Ausnehmer sind.“

Auskünfte arbeits- und sozialrechtliche Fragen	☎ 05 7799-0.....	Fax: 05 7799-2403
Auskünfte Wirtschaftspolitik und Statistik	☎ 05 7799-2501.....	Fax: 05 7799-2528
Auskünfte zu Konsumentenschutzfragen	☎ 05 7799-0.....	Fax: 05 7799-2521
Auskünfte in Betriebsratsangelegenheiten und in ArbeitnehmerInnenchutzfragen	☎ 05 7799-2448.....	Fax: 05 7799-2499
Auskünfte Bildung, Jugend und Betriebssport	☎ 05 7799-0.....	Fax: 05 7799-2420
AK-Saalverwaltung	☎ 05 7799-2267.....	Fax: 05 7799-2256
AK-Broschürenzentrum	☎ 05 7799-2296.....	Fax: 05 7799-2223
Präsidialbüro/Presse	☎ 05 7799-2205.....	Fax: 05 7799-2232
Marketing und Kommunikation	☎ 05 7799-2234.....	Fax: 05 7799-2223
Bibliothek und Infothek	☎ 05 7799-2371.....	Fax: 05 7799-2394

AUSSENSTELLEN

8600 Bruck/Mur , Schillerstraße 22.....	☎ 05 7799-3100.....	Fax: 05 7799-3109
8530 Deutschlandsberg , Rathausgasse 3.....	☎ 05 7799-3200.....	Fax: 05 7799-3209
8330 Feldbach , Ringstraße 5.....	☎ 05 7799-3300.....	Fax: 05 7799-3309
8280 Fürstenfeld , Hauptplatz 12.....	☎ 05 7799-3400.....	Fax: 05 7799-3409
8230 Hartberg , Ressavarstraße 16.....	☎ 05 7799-3500.....	Fax: 05 7799-3509
8430 Leibnitz , Karl-Morré-Straße 6.....	☎ 05 7799-3800.....	Fax: 05 7799-3809
8701 Leoben , Buchmüllerplatz 2.....	☎ 05 7799-3900.....	Fax: 05 7799-3909
8940 Liezen , Ausseer Straße 42.....	☎ 05 7799-4000.....	Fax: 05 7799-4009
8850 Murau , Bundesstraße 7.....	☎ 05 7799-4100.....	Fax: 05 7799-4109
8680 Mürzzuschlag , Bleckmannngasse 8.....	☎ 05 7799-4200.....	Fax: 05 7799-4209
8570 Voitsberg , Schillerstraße 4.....	☎ 05 7799-4300.....	Fax: 05 7799-4309
8160 Weiz , Birkfelder Straße 22.....	☎ 05 7799-4400.....	Fax: 05 7799-4409
8740 Zeltweg , Hauptstraße 82.....	☎ 05 7799-4500.....	Fax: 05 7799-4509

AK-VOLKSHOCHSCHULE

Hans-Resel-Gasse 6, 8020 Graz.....	☎ 05 7799-5000.....	Fax: 05 7799-5009
------------------------------------	---------------------	-------------------

OTTO-MÖBES-AKADEMIE

Stiftingtalstraße 240, 8010 Graz.....	☎ 05 7799-6000.....	Fax: 05 7799-6009
---------------------------------------	---------------------	-------------------

SIE KÖNNEN SICH AUCH AN IHRE GEWERKSCHAFT WENDEN!