

Anlagenband

zum

Abschlussbericht

im Projekt

Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten
Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in
Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben
gemäß § 113c SGB XI

(PeBeM)

SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik Institut
für Public Health und Pflegeforschung (IPP)

Institut für Arbeit und Wirtschaft (iaw)

Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (KKSB)

Bremen, August 2020



Universität Bremen

socium
Forschungszentrum
Ungleichheit und Sozialpolitik



Kompetenzzentrum für
Klinische Studien Bremen

iaw
Institut Arbeit und Wirtschaft
Universität / Arbeitnehmersenator Bremen



Anlagen zum Abschlussbericht

A 1 Endberichte

A 1.1 Empfehlungen zur Entwicklung von personellen Vorgaben für ambulante Pflegeeinrichtungen

A 1.2 Das Teilvorhaben ‚Interaktionsarbeit in der stationären Langzeitpflege‘

A 2 Projektkonzeption

A 2.1 Leistungsbeschreibung gemäß § 113 c SGB XI

A 2.2 Wissenschaftliche Konzeption

A 2.3 Protokollnotiz zum Angebot gemäß § 113 c SGB XI

A 2.4 Wissenschaftliche Konzeption zum Unterauftrag „Empfehlungen zur Entwicklung von personellen Vorgaben für ambulante Pflegeeinrichtungen“

A 2.5 Zeit- und Meilensteinplan

A 3 Projektdurchführung I

A 3.1 Darstellung der Literaturrecherchen

A 3.2 Interventionskatalog

A 3.3 Handbuch zum Interventionskatalog

A 3.4 Qualifikationsanforderungen für die fachgerechte Erbringung der Interventionen

A 4 Projektdurchführung II

A 4.1 Datenschutzkonzept

A 4.2 Studieninformation zur Rekrutierung der Einrichtungen

A 4.3 Informationsschreiben für Pflegeeinrichtungen

A 4.4 Informationsschreiben für die Mitarbeiter*innen

A 4.5 Informationsschreiben und Einverständniserklärung für die Bewohner*innen

A 4.6 Verpflichtungserklärung Datenerheber*innen

A 4.7 Handbuch zur Datenerhebung

A 4.8 Informationsschreiben über Anpassungen im Projektverlauf Datenerheber*innen

A 4.9 Informationsschreiben zur Strukturdaten- und Dienstplanerhebung

A 4.10 Zweites Anschreiben zur Strukturdaten- und Dienstplanerhebung

A 4.11 Bogen zur Strukturdatenerhebung

A 4.12 Bogen zur Dienstplanerhebung

A 4.13 Bogen zum Selbstaufschrieb

A 4.14 Anschreiben zum Feedback für die Datenerheber*innen

A 4.15 Feedbackbogen für die Datenerheber*innen

A 5 Projektdurchführung III

A 5.1 Beschlussprotokoll des Expertengremiums vom 04. bis 05.12.2018

A 5.2 Ersatzinterventionen, Ersatzzeiträume, Cut-off-Werte, Admin-Orga/Bewohner-Zuordnung und Notwendigkeit von Interventionen

A 5.3 Sensitivitätsanalyse

A 5.4 Prüfaufträge

A 6 Ergebnisse

A 6.1 Steckbriefe -vollstationär-

A 6.2 Steckbriefe -teilstationär-

A 6.3 Übersicht der Bewertungen der Teilschritte und Anforderungen aller vollstationär erbrachten Interventionen

A 6.4 Rückmeldungen der Datenerhebenden

A 7 Konzeptionelle Instrumentenerprobung

A 7.1 Interviewleitfaden

A 7.2 Exzerpte

A 8 Ergänzende Dokumente

A 8.1 Integration von Arbeitsschutzmaßnahmen in das Instrument zur Pflegepersonalmessung in der stationären Altenpflege (BGW 2019)

A 1 Endberichte

Inhalt

A 1.1 Empfehlungen zur Entwicklung von personellen Vorgaben für ambulante Pflegeeinrichtungen

A 1.2 Das Teilvorhaben ‚Interaktionsarbeit in der stationären Langzeitpflege‘



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Empfehlungen zur Entwicklung von personellen Vorgaben für ambulante Pflegeeinrichtungen

im Rahmen der „Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113 c SGB XI“

Abschlussbericht

Verfasser*innen:

**Andreas Büscher, Dorit Schröder, Eva Maria Gruber,
Marie-Theres Bäumker, Silvana Zeiser**

Hochschule Osnabrück
Caprivistraße 30a
49076 Osnabrück

Tel.: 0541 969-3591
E-Mail: A.buescher@hs.osnabrueck.de

**Unterauftrag der Universität Bremen
im Rahmen des Auftrags des Vereins Geschäftsstelle
Qualitätsausschuss Pflege e.V. für die Vertragsparteien gemäß § 113 SGB XI
Osnabrück, Januar 2020**

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	8
1.1 Aufgabenstellung des Projekts	8
1.2 Projektverlauf	10
2. Literatur- und Materialrecherche	11
2.1 Personalsituation in der ambulanten Pflege	12
2.2 Zusammenfassung der Analyse der Pflegestatistik	44
2.3 Übersicht nationaler und internationaler Ansätze zur Personalbedarfsplanung in der ambulanten Pflege	47
2.3.1 Methodisches Vorgehen	47
2.3.2 Zusammenfassende Ergebnisse der Literaturrecherche	49
2.3.4 Ansätze zur Personalbedarfsplanung in Deutschland	53
2.3.5 Internationale Ansätze zur Personalbedarfsplanung	61
2.3.6 Zusammenfassende Überlegungen zu Bestimmungsfaktoren für personelle Vorgaben in der ambulanten Pflege	86
2.4 Weitere Befunde zur Tätigkeit in der ambulanten Pflege	88
3. Expert*innenbefragung	94
3.1 Methodisches Vorgehen	94
3.1.1 Expert*inneninterview	94
3.1.2 Auswahl und Beschreibung der Stichprobe	95
3.1.3 Entwicklung des Interviewleitfadens	99
3.1.4 Durchführung der Interviews	101
3.1.5 Datenauswertung	102
3.2 Ergebnisse der Expert*innenbefragung	102
3.2.1 Personalsituation	103
3.2.2 Personalrekrutierung	104
3.2.3 Personalknappheit	112
3.2.4 Personalbedarfsplanung	119
3.2.5 Umgang mit flexiblen Anforderungen	126
3.2.6 Touren- und Einsatzplanung	130
3.2.7 Vernetzung	138
3.2.8 Personalfluktuatation	139

3.2.9 Vergütung und Rahmenbedingungen der ambulanten Pflege	141
3.2.10 Sichtweisen zur Zukunft der ambulanten Pflege und Personalfragen	151
3.3 Zusammenfassende Betrachtung der Erkenntnisse der Expert*inneninterviews zu der Personalbemessung in der ambulanten Pflege.....	159
4 Empirische Erhebung von Zeitaufwänden.....	161
4.1 Einführende Überlegungen.....	161
4.2 Rekrutierung der Pflegedienste	163
4.3 Erhebung	164
4.4 Datenauswertung/Statistische Verfahren	166
4.5 Ergebnisse.....	166
4.5.1 Beschreibung der Stichprobe	166
4.5.2 Auswertung der pflegerischen Zeitaufwände	168
4.5.3 Qualifikation der Pflegekräfte	181
4.5.4 Einflussfaktoren auf die Pflegezeit und weitere Beobachtungen	181
4.5.5 Vergütung der Pflegezeit	183
5 Diskussion und Schlussfolgerungen	185
6 Literaturverzeichnis	187
Anlagen.....	202

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verteilung der Hauptleistungsarten in den Bundesländern und deutschlandweit im Jahr 2017.....	15
Abbildung 2: Leistungsempfänger*innen der sozialen Pflegeversicherung im Jahresdurchschnitt nach Leistungsarten	16
Abbildung 3: Entwicklung der relativen Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufen unabhängig der Versorgungsart von 1999 bis 2015 in Deutschland.....	17
Abbildung 4: Entwicklung der relativen Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufen von Pflegegeldempfänger*innen zwischen 1999 und 2015 in Deutschland	18
Abbildung 5: Entwicklung der relativen Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufen von Pflegebedürftigen, die mit/durch einen ambulanten Pflegedienst in Deutschland versorgt werden von 1999 bis 2015 in Deutschland.....	19
Abbildung 6: Relative Pflegebedürftigkeit nach Pflegegraden für alle Pflegebedürftigen im Jahr 2017 in Deutschland und getrennt nach den Hauptleistungsarten	19
Abbildung 7: Entwicklung der Anzahl der Leistungsfälle der häuslichen Krankenpflege/Behandlungspflege gem. SGB V von 1993-2017 in Deutschland	20
Abbildung 8: Entwicklung der Anzahl der Leistungstage der häuslichen Krankenpflege/Behandlungspflege gem. SGB V von 1993-2017	21
Abbildung 9: Entwicklung der Leistungstage pro Leistungsfall der häuslichen Krankenpflege/Behandlungspflege gem. SGB V von 1993-2017 in Deutschland	21
Abbildung 10: Entwicklung der gesamten Ausgaben für die ambulante Pflege aller Ausgabenträger (einschließlich der häuslichen Krankenpflege nach SGB V) von 1992 bis 2017 (in Mio. €) in Deutschland	22
Abbildung 11: Anteil der Ausgaben für die ambulante Pflege an den Gesundheitsausgaben insgesamt im Zeitverlauf von 1992 bis 2016 in Deutschland.....	23
Abbildung 12: Anteile der einzelnen Ausgabenträger an den Ausgaben für die ambulante Pflege im Zeitverlauf von 1992 bis 2017 in Deutschland (*Private Krankenversicherung einschließlich privater Pflegeversicherung (ab 1995), Postbeamtenkrankenkasse und Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten)	24
Abbildung 13: Entwicklung der Pflegebedürftigen pro Pflegedienst nach Träger in Deutschland von 1991 bis 2017	29
Abbildung 14: Personal ambulanter Pflegedienste nach Beschäftigungsumfang für das Jahr 2017 in Deutschland (in %)	31
Abbildung 15: Beschäftigungsanteil der Pflegenden in ambulanten Pflegediensten in den ost- und westdeutschen Bundesländern im Jahr 2017	34
Abbildung 16: Entwicklung der Vollzeitäquivalente ambulanter Pflegedienste in Deutschland von 1999 bis 2017	35
Abbildung 17: Bundesweite Entwicklung der Vollzeitäquivalente je 100 Pflegebedürftige, die zusammen mit/durch einen ambulanten Pflegedienst betreut werden und die in Pflegeheimen versorgt werden von 1999 bis 2017 in Deutschland	36

Abbildung 18: Vollzeitäquivalente je 100 Pflegebedürftige, die zusammen mit/durch einen ambulanten Pflegedienst betreut werden, im Jahr 2017 für die Bundesländer und deutschlandweit	37
Abbildung 19: Kapazitäten der ambulanten Pflegedienste nach Bundesland im Jahr 2017 (Vollzeitäquivalente je 100 Pflegebedürftige)	39
Abbildung 20: Geschlechtsverteilung des Personals ambulanter Pflegedienste von 1999 bis 2017 in Deutschland.....	41
Abbildung 21: Altersstruktur der Pflegekräfte im ambulanten Dienst 2013, 2015 und 2017 (in %)	42
Abbildung 22: Ableitung von Zeitorientierungswerten für Leistungskomplexe.....	55
Abbildung 23: Berechnung des Personalbedarfs anhand der Anzahl und Zeitwerte der einzelnen Leistungen	55
Abbildung 24: Klientenorientiertes Konzept für die Personalbedarfsplanung	58

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Entwicklung der Anzahl der Pflegbedürftigen nach Leistungsarten von 1999 bis 2017 in Deutschland.....	14
Tabelle 2: Entwicklung der ambulanten Pflegedienste nach Größe und Trägerschaft von 1999 bis 2017 in Deutschland.....	25
Tabelle 3: Anteile der Pflegedienste nach Trägerschaft pro Bundesland und bundesweit im Jahr 2017 und Veränderung der prozentualen Anteile ambulanter Pflegedienste nach Trägerschaft zwischen 1999 und 2017.....	26
Tabelle 4: Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen nach Träger in Deutschland von 1999 bis 2017	27
Tabelle 5: Anteil der Pflegebedürftigen nach Träger pro Bundesland im Jahr 2017 ansteigend sortiert nach dem prozentualen Anteil der Pflegebedürftigen privater Träger (für Bremen fehlen die Daten der Pflegebedürftigen öffentlicher Träger).....	28
Tabelle 6: Pflegebedürftige je Pflegedienst abhängig vom Träger pro Bundesland im Jahr 2017*.....	30
Tabelle 7: Entwicklung des Beschäftigungsumfangs des Personals ambulanter Pflegedienste von 1999 bis 2017 in Deutschland*	32
Tabelle 8: Personal der ambulanten Pflegedienste nach Beschäftigungsverhältnis in den Bundesländern im Jahr 2017	33
Tabelle 9: Entwicklung der Vollzeitäquivalente je 100 Pflegebedürftige, die zusammen mit/durch einen ambulanten Pflegedienst betreut werden, zwischen 1999 und 2017 in Deutschland.....	37
Tabelle 10: Entwicklung der Vollzeitäquivalente je 100 Pflegebedürftige (Kapazität der ambulanten Pflegedienste) zwischen 1999 und 2017 in Deutschland.....	40
Tabelle 11: Anteil der Beschäftigten nach Qualifikation in den ambulanten Pflegediensten von 1999 bis 2017 in Deutschland	43
Tabelle 12: Anteil des überwiegenden Tätigkeitsbereichs von Mitarbeitenden ambulanter Pflegedienste in Deutschland im Zeitverlauf von 1999 bis 2017 (in %)	44
Tabelle 13: Suchbegriffe bei der Literaturrecherche	48
Tabelle 14: Das Grundprinzip der Personalberechnung	56
Tabelle 15: Internationale Tools zur Bestimmung des Personalbedarfs im Distrikt/Community Nursing	68
Tabelle 16: Charakteristika der in die Stichprobe einbezogenen Personen*	167
Tabelle 17: Durchschnittliche Zeit der erhobenen Pflegeleistungen (Pflegebedürftige Menschen mit Zeitleistung oder Kombination*)	168
Tabelle 18: Durchschnittszeiten nach Pflegegraden (Pflegebedürftige Menschen mit Zeitleistung oder Kombination*):	170
Tabelle 19: Abweichung nach Pflegegraden.....	172
Tabelle 20: Intrapersonelle Differenz der gemessenen Zeit zwischen den Erhebungstagen je Leistungsbereich	172
Tabelle 21: Indirekte Leistungen	174
Tabelle 22: Dauer von Pflegezeit und Fahrtzeit	174

Tabelle 23: Durchschnittliche Zeit der erhobenen Pflegeleistungen (Pflegebedürftige Menschen mit Leistungskomplexen).....	175
Tabelle 24: Durchschnittliche Zeit der erhobenen Pflegeleistungen (ausschließlich Patient*innen mit Leistungen nach SGBV)	176
Tabelle 25: Durchschnittliche Zeit der erhobenen Leistungen der Behandlungspflege nach Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege aller Teilnehmenden unabhängig der Versorgungsart.....	178
Tabelle 26: Darstellung der Maßnahmen zur Unterstützung bei krankheitsbedingten Anforderungen und Belastungen aller Teilnehmender unabhängig der Versorgungsart.....	179
Tabelle 27: Vergütungssätze der Pflegedienste.....	184

1. Einleitung

Die Personalausstattung ist eines der am drängendsten Probleme der pflegerischen Versorgung. Im Fokus der aktuellen Diskussion steht vor allem die Frage, wie in der Zukunft Pflege(fach)kräfte in ausreichender Zahl gewonnen werden können. Was jedoch als „ausreichende Zahl“ bezeichnet werden kann, ist keinesfalls eindeutig und auf breiter Ebene konsentiert. Entsprechend werden Aspekte einer adäquaten, notwendigen oder ausreichenden Personalausstattung und –bemessung in allen Bereichen der pflegerischen Versorgung diskutiert.

1.1 Aufgabenstellung des Projekts

Steht im Krankenhausbereich die Frage der Mindestpersonalausstattung in ausgewählten Bereichen im Vordergrund, so hat der Gesetzgeber in § 113c SGB XI für den Bereich der Pflegeversicherung die Diskussion um die Personalbemessung auf eine breitere Basis gestellt. Konkret sind die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI aufgefordert, „ein strukturiertes, empirisch abgesichertes und valides Verfahren für die Personalbedarfsplanung in Pflegeeinrichtungen auf Basis des durchschnittlichen Versorgungsaufwandes für direkte und indirekte pflegerische Maßnahmen sowie für Hilfen bei der Haushaltsführung unter Berücksichtigung der fachlichen Ziele und Konzeption des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu erstellen. Hierzu sind einheitliche Maßstäbe zu ermitteln, die insbesondere Qualifikationsanforderungen, quantitative Bedarfe und die fachliche Angemessenheit der Maßnahmen berücksichtigen.“ Die ebenfalls in § 113c SGB XI festgelegte Anforderung, zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit des Verfahrens fachlich unabhängige, wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige zu beauftragen, wurde durch den Auftrag zur Entwicklung des Verfahrens an die Universität Bremen erfüllt. Die Universität Bremen hat die Hochschule Osnabrück als Unterauftragnehmer mit der Erarbeitung von Empfehlungen zur Entwicklung von personellen Vorgaben für ambulante Pflegeeinrichtungen beauftragt. Der Zeitraum für die Bearbeitung des Unterauftrags erstreckt sich von Mai 2018 bis August 2019.

Die Universität Bremen und die Hochschule Osnabrück arbeiten bei der Entwicklung der Verfahren für den stationären und ambulanten Bereich eng zusammen. Wie jedoch sowohl in der wissenschaftlichen Konzeption des Gesamtprojekts als auch der Konzeption des Unterauftrags bereits ausgeführt, wird aus folgenden Gründen kein gleichartiges Personalbemessungsverfahren für ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen erarbeitet werden können:

- Ambulante Pflegedienste sind sehr viel stärker als stationäre Pflegeeinrichtungen von einer nur bedingt zu kalkulierenden Nachfrage betroffen, da sowohl die Anzahl der betreuten pflegebedürftigen Menschen wie auch der Umfang der nachgefragten Hilfen stark variieren kann. Beispielhaft ist hier die nicht planbare Einweisung der Menschen

in ein Krankenhaus, das Versterben der pflegebedürftigen Personen oder aber der Ausfall von Unterstützungsstrukturen durch das informelle Netz zu nennen. Zwar finden solche nur bedingt kalkulierbaren Änderungen der Nachfrage auch im stationären Bereich statt, allerdings haben Änderungen der Nachfrage im ambulanten Bereich deutlich stärkeren Einfluss auf die Organisation der Touren- und Einsatzplanung. Demnach kann eine plötzliche Veränderung der Nachfrage durch mehrere pflegebedürftige Menschen zur kompletten Umstrukturierung der Tourenplanung führen.

- Ambulante Pflegedienste werden in der Regel ergänzend zur Hilfe informeller, oftmals familialer Hilfen in Anspruch genommen. Art und Ausmaß der Hilfen richtet sich daher vor allem danach, welche Hilfen in einem Pflegehaushalt von den pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen für wichtig und relevant erachtet werden, nicht notwendigerweise nach einem objektiv feststellbaren Bedarf und einer pflegfachlichen Einschätzung. Darüber hinaus wird die Entscheidung, welche Maßnahmen als hilfreich betrachtet werden, durch extern vorgegebene Faktoren wie die Finanzierung der pflegerischen Handlungen beeinflusst, die fast ausschließlich durch verrichtungsorientierte Leistungskomplexe erfolgt. Art und Ausmaß der als notwendig erachteten Hilfen können somit nur vor dem Hintergrund der leistungsrechtlichen Rahmenbedingungen vereinbart werden.
- Das Leistungsgeschehen in der ambulanten Pflege orientiert sich an den zwischen dem pflegebedürftigen Menschen und dem Pflegedienst vertraglich vereinbarten Leistungen. Diese Vereinbarungen können sich trotz gleicher Pflegegrade und vergleichbarer objektiver Parameter eines Pflegearrangements aufgrund subjektiver Präferenzen sehr unterschiedlich darstellen. Zusätzlich hat auch das Ausmaß der informellen Pflege Einfluss auf den Umfang der vereinbarten Leistungen: Während bei einem pflegebedürftigen Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf ein Pflegedienst mehrfach täglich einen großen Teil der Versorgung übernimmt, ist es möglich, dass bei einem Menschen mit ähnlicher Bedarfslage die informelle Hilfe einen großen Teil übernimmt und somit der Pflegedienst ausschließlich Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege nach SGB V (z.B. Blutzuckerkontrolle) durchführt. Zudem gibt es Unterschiede in den Rahmenvereinbarungen zu den Leistungen der ambulanten Pflege zwischen den einzelnen Bundesländern.
- Da die meisten ambulanten Pflegedienste nicht nur Leistungen im Rahmen der Sozialen Pflegeversicherung, sondern auch der Häuslichen Krankenpflege im SGB V – oftmals zeitgleich während eines Einsatzes in einem Haushalt - erbringen, spielen auch in diesem Zusammenhang unterschiedliche vertragliche Rahmenbedingungen bei der Personalbemessung eine Rolle. Unter anderem kann es in diesem Zusammenhang zu unterschiedlichen Festlegungen hinsichtlich der Qualifikation der Pflegenden kommen.

Als Zielsetzung des Unterauftrags wurde daher in erster Linie die Systematisierung möglicher Ansätze zur Personalbemessung in der ambulanten Pflege festgehalten, auf deren Basis Empfehlungen für personelle Vorgaben erarbeitet werden sollen. Im Einzelnen bestehen die Ziele in:

- der Erarbeitung eines fachlich begründeten Verständnisses pflegerischen Handelns in der ambulanten Pflege, welches sich orientiert an den im Gesamtprojekt erarbeiteten Maßnahmenkatalogen sowie an der „Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ (Wingenfeld und Büscher 2017), die im Beirat nach § 18c SGB XI zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verabschiedet wurden,
- der Ermittlung von Hinweisen zum notwendigen Qualifikationsniveau für die Erbringung dieser Maßnahmen,
- der Generierung von Erkenntnissen über Zeitaufwände für die Durchführung der Maßnahmen und Aufgaben auf der Basis explorativer empirischer Datenerhebungen,
- der Erarbeitung von Empfehlungen für personelle Vorgaben oder Anhaltswerte sowie
- der Erarbeitung von Hinweisen zu einer größer angelegten Erprobung dieser Vorgaben.

Die Konzeption des Unterauftrags sieht drei parallele und sich teils überlappende Arbeitsschritte vor:

- a) eine Literatur- und Materialrecherche zu internationalen Ansätze zur Bestimmung von Personalaufwänden, Personalbemessung und Personalvorhaltung in der ambulanten Pflege
- b) eine Expert*innenbefragung zu bestehenden Ansätzen zur Bestimmung von Personalstärken und Personalmix in ambulanten Pflegediensten in Deutschland und
- c) die empirische Erhebung von Zeitaufwänden bei etwa 50 pflegebedürftigen Menschen.

1.2 Projektverlauf

Der erste Teilabschnitt des Projekts – die Literatur- und Materialrecherche zu internationalen Ansätzen zur Bestimmung von Personalaufwänden, Personalbemessung und Personalvorhaltung in der ambulanten Pflege – wurde im Anschluss an erforderliche Vorbereitungsmaßnahmen (Vertragsabschluss Unterauftrag, Einstellung wissenschaftliche Mitarbeiterinnen) im Juli 2018 begonnen. Die erste Aufarbeitung der Ergebnisse erfolgte bis November 2018 im Rahmen des ersten Zwischenberichts. Die Literaturrecherche wurde während des gesamten Projektverlaufs fortgeführt und aktualisiert.

Mit dem zweiten Teilabschnitt des Projektes - der Expert*innenbefragung zu bestehenden Ansätzen zur Bestimmung von Personalstärken und Personalmix in ambulanten Pflegediensten in Deutschland – wurde Anfang Oktober begonnen. Die Interviews sind im Zeitraum von Mitte Oktober bis Anfang Februar geführt worden. Die Ergebnisse wurden im März 2019 in einem zweiten Zwischenbericht zusammengefasst.

Der dritte Teilabschnitt des Projektes - die empirische Erhebung von Zeitaufwänden bei pflegebedürftigen Menschen - wurde im Anschluss an die Durchführung der Interviews gestartet. Die Rekrutierung der Dienste war im März abgeschlossen und die Erhebung fand im Zeitraum von Ende März 2019 bis Ende Mai 2019 statt.

Im Anschluss erfolgten die Auswertung der Ergebnisse des dritten Teilabschnitts sowie die Synthese der drei Teilabschnitte zur Ableitung von Empfehlungen zur Entwicklung von personellen Vorgaben für ambulante Pflegeeinrichtungen.

Der vorliegende Abschlussbericht führt die in den Zwischenberichten enthaltenen Arbeitsergebnisse zusammen. Sowohl das methodische Vorgehen als auch die Ergebnisse der Literatur- und Materialrecherche (Kapitel 2), der Expert*innenbefragung (Kapitel 3) und der empirischen Erhebung von Zeitaufwänden (Kapitel 4) werden dargestellt und im Anschluss zur Ableitung von Empfehlungen verwendet. Dem schließen sich eine Diskussion sowie ein Ausblick an.

2. Literatur- und Materialrecherche

Der ambulante Sektor als Ort pflegerischen Handelns nimmt bei Fragen zur Personalbedarfsplanung eine besondere Rolle ein. Durch die Verschiebung der Versorgung Pflegebedürftiger vom stationären in den ambulanten Sektor, steigt die Bedeutung dieses Settings. Gleichzeitig nimmt die Zahl der pflegebedürftigen Menschen aufgrund der demografischen Entwicklung (Statistisches Bundesamt 2017a; Rothgang et al. 2016) und der Zunahme chronischer Erkrankungen (Robert Koch-Institut 2015) zu. Vor diesem Hintergrund stellt eine sichere Personaleinsatzplanung, bei der die pflegebedürftigen Menschen die richtigen Pflegeleistungen durch eine entsprechend qualifizierte Pflegekraft zur richtigen Zeit in der eigenen Häuslichkeit erhalten, eine große Herausforderung dar (Royal College of Nursing 2010; Baldwin 2006).

Die geplante und durchgeführte Literaturrecherche wurde im Rahmen des Projekts um eine eingehende Beschäftigung mit Angaben zur ambulanten Pflege aus der Pflegestatistik sowie darauf aufbauende eigene Analysen erweitert. Diese werden nachfolgend zunächst dargestellt, um eine klarere Vorstellung der aktuellen Personalsituation in der ambulanten Pflege und ihrer Entstehung zu erhalten. Im Anschluss werden die im Rahmen der Literaturrecherche identifizierten nationalen und internationalen Ansätze zur Personalbedarfsplanung in der ambulanten Pflege dargestellt.

2.1 Personalsituation in der ambulanten Pflege

Für die Auseinandersetzung mit Fragen der Personalbedarfsplanung in der ambulanten Pflege ist es notwendig, die aktuelle Personalsituation in diesem Setting zu betrachten. Als Grundlage dieser Auseinandersetzung dient die Pflegestatistik des statistischen Bundesamtes von 1999 bis 2017 sowie weitere Studien, die sich mit Fragen des Personals ambulanter Pflegedienste auseinandersetzen.

Entwicklung der Anzahl pflegebedürftiger Menschen

Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs hat zu einem deutlichen Anstieg der Leistungsbezieher*innen in der Pflegeversicherung geführt. Bei der Betrachtung der Pflegestatistik des statistischen Bundesamtes werden die Herausforderungen, die sich für den ambulanten Sektor ergeben, deutlich. Demnach lebten in Deutschland zum Jahresende 2017 3,4 Millionen pflegebedürftige Menschen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI), von denen 76 Prozent in der eigenen Häuslichkeit versorgt wurden. Von diesen wurden 1.765.000 Pflegebedürftige in ihren Privathaushalten durch informelle Pflegenden, bei denen es sich in der Regel um Familienangehörige handelt, versorgt, die die Versorgung durch ihren eigenen Einsatz und unterstützt durch das Pflegegeld nach § 37 SGB XI sicherstellen¹. Bei 830.000 weiteren Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld erfolgte die Versorgung zusammen mit/durch einen ambulanten Pflegedienst². Entsprechend bilden Angehörige pflegebedürftiger Menschen nach wie vor eine große Säule bei der Versorgung der pflegebedürftigen Menschen in der eigenen Häuslichkeit.

Zwischen 2015 und 2017 lässt sich eine Zunahme von 19,4 Prozent der Pflegebedürftigen, die mit/durch einen ambulanten Pflegedienst in der eigenen Häuslichkeit versorgt werden, erkennen. Gleichzeitig ist auch die Anzahl derjenigen, die ausschließlich durch Angehörige versorgt werden um 27,5 Prozent gestiegen. Mit dieser zunehmenden Bedeutung der ambulanten Versorgung wuchs auch die Anzahl der ambulanten Pflegedienste in Deutschland. Mit einer Gesamtzahl von 14.050 Pflegediensten im Jahr 2017 lässt sich hier eine Zunahme von 5,5 Prozent im Vergleich zum Jahr 2015 verzeichnen.

Im Vergleich zur Versorgung in den stationären Pflegeeinrichtungen wird deutlich, dass die Pflegebedürftigen dort älter sind und die Schwerstpflegebedürftigen eher vollstationär betreut

¹ Diese Personengruppe entspricht den Empfänger*innen von ausschließlich Pflegegeld nach §37 Abs. 1 SGB XI und wird im Folgenden als „Pflegegeldempfänger*innen“ bezeichnet.

² Diejenigen, die zusammen mit/durch ambulante Pflegedienste versorgt werden, werden im Folgenden als „Empfänger*innen von Sach- und Kombileistungen“ bezeichnet.

werden. Der Anteil der Pflegebedürftigen mit dem höchsten Pflegegrad 5 betrug in der stationären Pflege 16 Prozent und bei den zu Hause Versorgten 4 Prozent (Statistisches Bundesamt 2018a).

Bevölkerung ab 65 Jahren

Neben der Anzahl der Pflegebedürftigen kann auch die Betrachtung der Altersstruktur der Bevölkerung von Relevanz für den benötigten Pflegeaufwand oder die Notwendigkeit einer ambulanten Pflegeunterstützung sein. Laut des Statistischen Bundesamtes (Statistisches Bundesamt 2013d) ist davon auszugehen, dass der Pflegeaufwand innerhalb einer Bevölkerungsgruppe mit zunehmendem Alter der Bevölkerung ansteigt und folglich die Versorgung durch ambulante Pflegedienste zunimmt. In Deutschland leben 2019 17,9 Millionen Menschen über 65 Jahre, was einem Anteil von 21,5 Prozent der Gesamtbevölkerung entspricht. In den letzten 20 Jahren ist der Anteil der älteren Menschen damit von 15,9 Prozent im Jahr 1999 um 36,8 Prozent gestiegen. Im Ländervergleich weist die Alterung der Bevölkerung eine unterschiedliche Ausprägung auf. Sie reicht von einem Anteil von 18,3 Prozent über 65-Jähriger an der gesamten Bevölkerung in Hamburg bis zu einem Anteil von 26,5 Prozent in Sachsen-Anhalt (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2019). Zu erwarten ist vor diesem Hintergrund, dass der Anstieg der Pflegebedürftigkeit regional unterschiedlich erfolgt und auch die Inanspruchnahme stationärer und ambulanter Pflegeleistungen heterogen sein wird.

Für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung sind vor allem die Entwicklungen auf lokaler oder kommunaler Ebene von Bedeutung. Auf Kreisebene sind die Daten je nach Bundesland in unterschiedlicher Genauigkeit und Aktualität dokumentiert. Dennoch zeigt sich auch dort eine starke Variation des Anteils der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung. Exemplarisch reichte dieser beispielsweise 2018 in Berlin von 7,5 Prozent in Friedrichshain-Kreuzberg bis zu 25,8 Prozent im Stadtteil Steglitz-Zehlendorf (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2018c). In Brandenburg war im Jahr 2017 eine Spannweite des Anteils der über 65-jährigen Personen an der Gesamtbevölkerung von 17,0 Prozent in Potsdam bis zu 31,5 Prozent in der Stadt Brandenburg an der Havel zu verzeichnen (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2017). Hinsichtlich eines Zusammenhangs zwischen dem Anteil der über 65-Jährigen an der Bevölkerung und dem Anteil der Pflegebedürftigen ließen sich bei den exemplarisch dargestellten Bundesländern je keine eindeutigen Zusammenhänge erkennen.

Inanspruchnahme der Leistungsarten

Die absolute Anzahl der Pflegebedürftigen ist zwischen 1999 und 2017 in allen Hauptleistungsarten (Pflegegeld, ambulante Sach- und Kombileistung und vollstationäre Pflege) gestiegen (Tabelle 1). Der größte absolute Anstieg an Leistungsempfängern und Leistungsempfängerin-

nen zeigte sich mit etwa 740.000 Pflegebedürftigen im Bereich der Pflegegeldempfänger*innen. Prozentual war der Anstieg der zusammen mit/durch ambulante Pflegedienste versorgten Pflegebedürftigen am höchsten. Diese Gruppe an Pflegebedürftigen hat sich zwischen 1999 und 2017 verdoppelt, während sich die Anzahl der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen im gleichen Zeitraum um weniger als die Hälfte erhöht hat.

Tabelle 1: Entwicklung der Anzahl der Pflegbedürftigen nach Leistungsarten von 1999 bis 2017 in Deutschland

	Pflegebedürftige insgesamt	Pflegegeldempfänger*innen		Empfänger*innen von Sach- und Kombileistungen		Vollstationär	
			In %		In %		In %
1999	2.016.091	1.027.591	51,0	415.289	20,6	573.211	28,4
2001	2.039.780	1.000.736	49,1	434.679	21,3	604.365	29,6
2003	2.076.935	986.520	47,5	450.126	21,7	640.289	30,8
2005	2.128.550	980.425	46,1	471.543	22,2	676.582	31,8
2007	2.246.829	1.033.286	46,0	504.232	22,4	709.311	31,6
2009	2.338.252	1.065.564	45,6	555.198	23,7	717.490	30,7
2011	2.501.441	1.182.057	47,3	576.264	23,0	743.120	29,7
2013	2.626.206	1.245.929	47,4	615.846	23,5	764.431	29,1
2015	2.860.293	1.384.604	48,4	692.273	24,2	783.416	27,4
2017	3.414.378	1.764.904	51,7	829.958	24,3	818.289	24,0
Veränderung 99-17	+ 1.398.287 (69,4%)	+ 737.313 (71,8%)		+ 414.669 (99,9%)		+ 245.078 (42,8%)	

Quelle: Statistisches Bundesamt 2001c, 2003c, 2005c, 2007a, 2008a, 2011a, 2013a, 2015, 2017a, 2018a

Auch in der Verteilung der Hauptleistungsarten zeigen sich im zeitlichen Verlauf von 1999 bis 2017 leichte Verschiebungen (Tabelle 1). Bei den Sach- und Kombinationsleistungen zeigt sich ein leichter Anstieg um 3,7 Prozentpunkte, während der prozentuale Anteil der vollstationär versorgten Patient*innen an den Leistungsarten bis 2007 anstieg und ab 2011 abnahm, sodass er 2017 um 4,4 Prozentpunkte geringer war als 1999. Der Anteil der Pflegegeldempfänger*innen verringerte sich zwischen 1999 und 2009 um ca. 5 Prozentpunkte und lag 2017 mit 51,7 Prozent 0,7 Prozentpunkte über dem Niveau von 1999.

Die Unterschiede in der Verteilung der Hauptleistungsarten in den einzelnen Bundesländern werden für 2017 in Abbildung 1 dargestellt. Hier zeigt sich, dass der Anteil an ambulanten Sach- und Kombinationsleistungen zwischen 18,9 Prozent in Baden-Württemberg und 30 Prozent in Hamburg variierte. Darüber hinaus werden Unterschiede zwischen den Bundesländern bezüglich des Anteils der Pflegegeldempfänger*innen deutlich. Demnach liegt dieser Anteil in Schleswig-Holstein bei 43,5 Prozent und in Baden-Württemberg bei 56,9 Prozent. Offensichtlich besteht demnach eine ungleiche Verteilung zwischen den Bundesländern hinsichtlich der

Verfügbarkeit informeller Pflege, deren Gründe sich auf Basis der Zahlen allein jedoch nicht erschließen. Für die ambulante pflegerische Versorgung, insbesondere die Nachfrage nach professioneller Pflege durch ambulante Pflegedienste können diese Unterschiede jedoch eine wichtige Bedeutung bekommen.

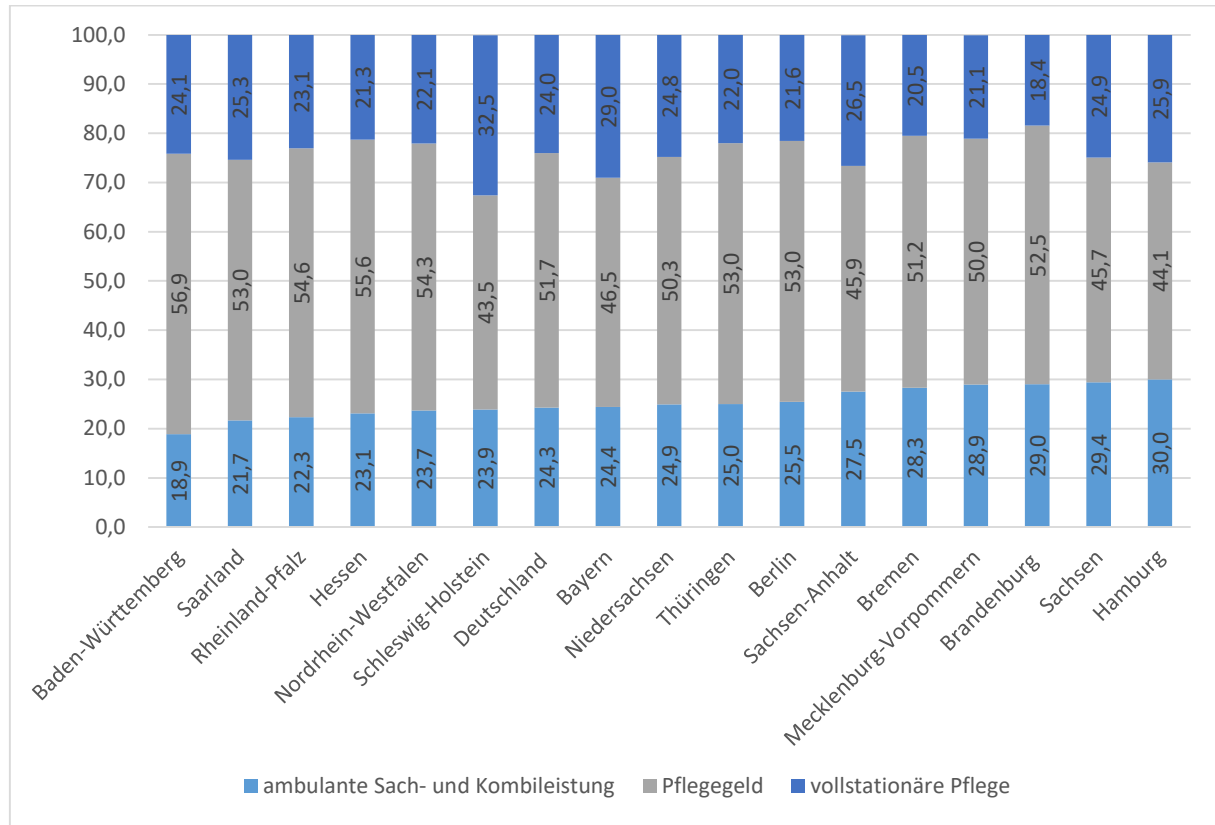


Abbildung 1: Verteilung der Hauptleistungsarten in den Bundesländern und deutschlandweit im Jahr 2017
Quelle: Statistisches Bundesamt 2018c

Neben der Erfassung der Pflegebedürftigen nach den Leistungsarten durch das statistische Bundesamt im Rahmen der Pflegestatistik, erfasst das Bundesministerium für Gesundheit Zahlen und Fakten bezüglich der Pflegeversicherung, ihren Leistungen und den Versicherten. Dadurch ist es möglich, die Anteile der Leistungsempfänger*innen der sozialen Pflegeversicherung im Jahresdurchschnitt nach Leistungsart genauer zu betrachten (Abbildung 2). Hier ist zu erkennen, dass 1995 mit 83 Prozent der größte Anteil in der Leistungsart Pflegegeld bestand. Von 1995 bis 2012 hat der prozentuale Anteil der Pflegegeldempfänger*innen an allen Leistungsempfänger*innen kontinuierlich abgenommen. Im Jahr 2012 nahmen 43,9 Prozent der Pflegebedürftigen die Leistungsart Pflegegeld in Anspruch. Dieser Anteil an Leistungsempfänger*innen steigt seit dem Jahr 2013 wieder leicht an. Im Jahr 2016 haben 46,6 Prozent der Leistungsempfänger*innen ausschließlich Pflegegeld bezogen.

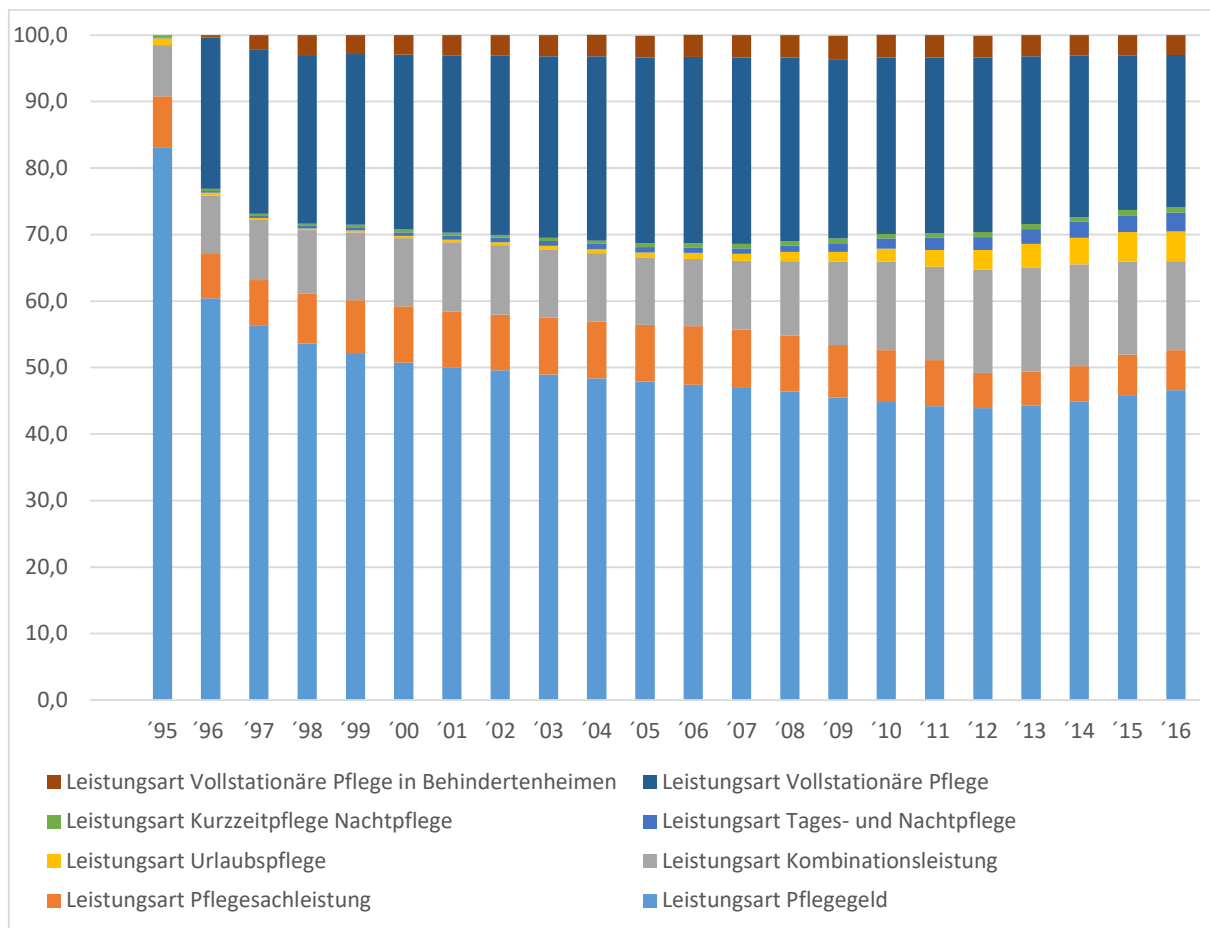


Abbildung 2: Leistungsempfänger*innen der sozialen Pflegeversicherung im Jahresdurchschnitt nach Leistungsarten

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2018

Entwicklung der Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufen

Bei Betrachtung der Entwicklung der Pflegebedürftigkeit der zu versorgenden Menschen fällt auf, dass sich der prozentuale Anteil in den einzelnen Pflegestufen unterschiedlich entwickelt hat. Während 1999 noch 46 Prozent aller pflegebedürftigen Menschen (unabhängig von der Versorgungsart) in Pflegestufe 1 eingruppiert waren, ist dieser Anteil im Jahr 2015 auf 57,2 Prozent gestiegen. Im gleichen Zeitraum verringerte sich der prozentuale Anteil der Pflegebedürftigen in Pflegestufe 2 von 38,9 auf 31,1 Prozent und in Pflegestufe 3 von 14,1 auf 11,3 Prozent (Abbildung 3).

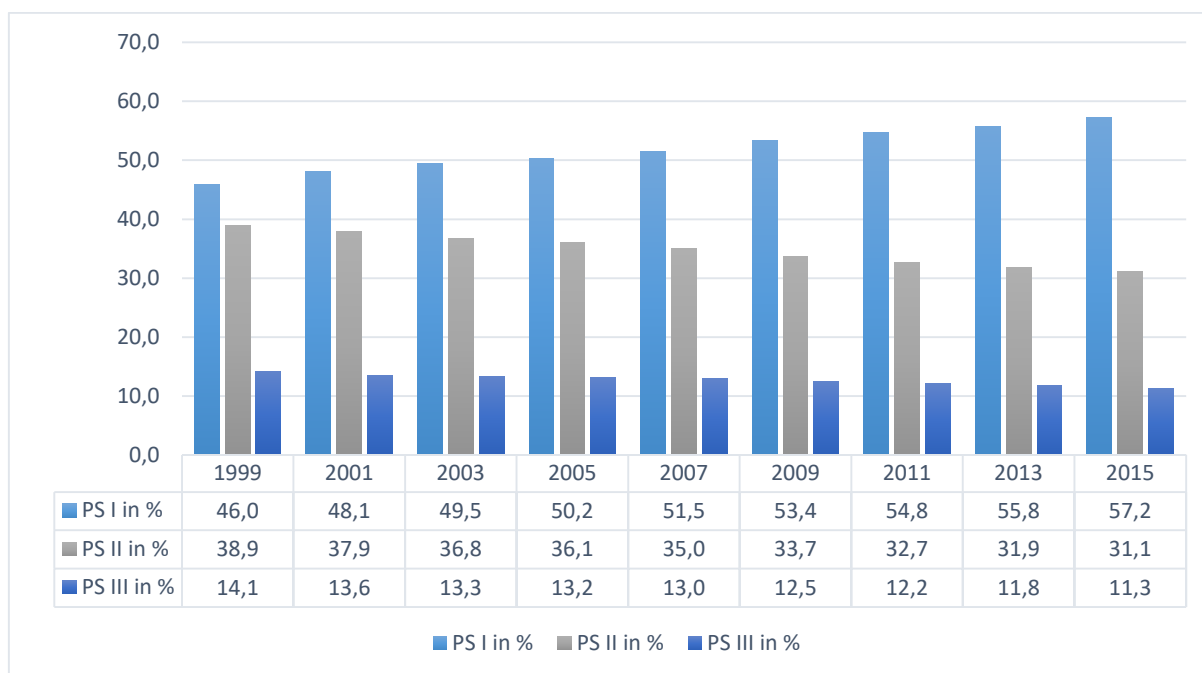


Abbildung 3: Entwicklung der relativen Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufen unabhängig der Versorgungsart von 1999 bis 2015 in Deutschland

Quelle: Statistisches Bundesamt 2001c, 2003c, 2005c, 2007a, 2008a, 2011a, 2013a, 2015, 2017a

Diese Entwicklung für alle Pflegebedürftigen unabhängig von der Versorgungsart (Abbildung 3), lässt sich auch bei den pflegebedürftigen Menschen beobachten, die allein durch ihre Angehörigen versorgt werden (Abbildung 4). Im Zeitverlauf vergrößerte sich in dieser Gruppe der Anteil der Pflegestufe 1 von 54 Prozent in 1999 auf 67 Prozent in 2015, während der Anteil der Pflegestufe 2 von 36 Prozent auf 26 Prozent und der Pflegestufe 3 von 10 Prozent auf 7 Prozent abnahm.

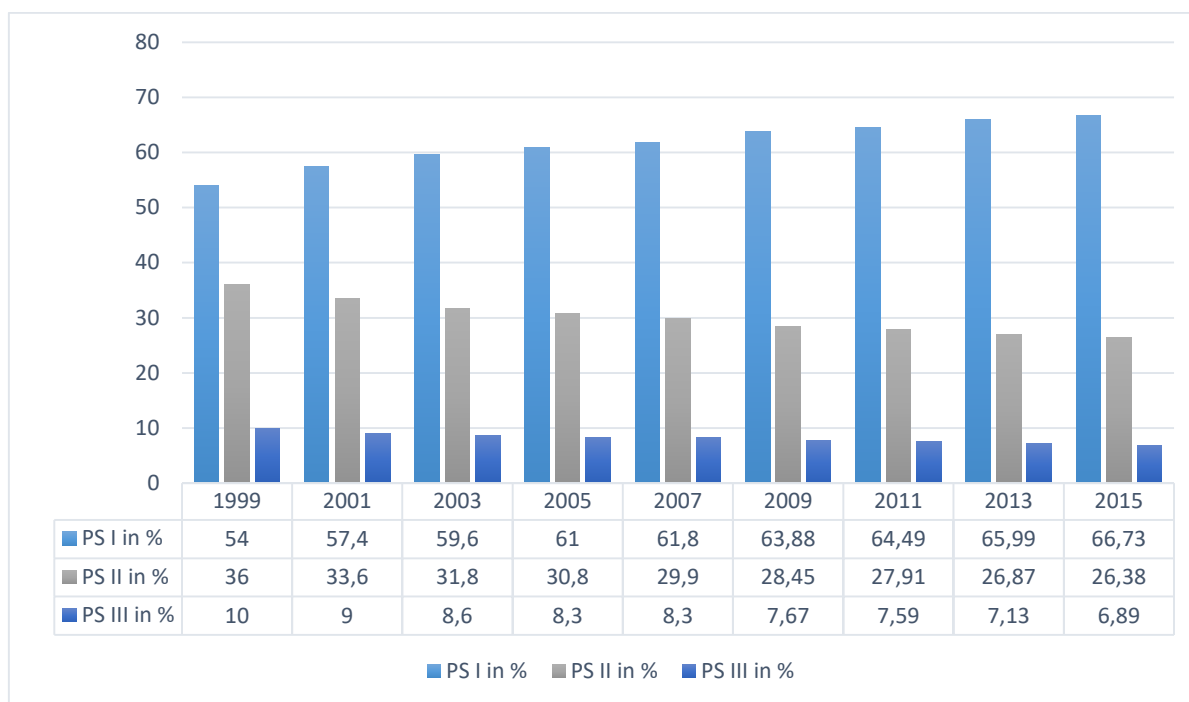


Abbildung 4: Entwicklung der relativen Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufen von Pflegegeldempfänger*innen zwischen 1999 und 2015 in Deutschland

Quelle: Statistisches Bundesamt 2001c, 2003c, 2005c, 2007a, 2008a, 2011a, 2013a, 2015, 2017a

Auch die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit nach den Pflegestufen von Pflegebedürftigen, die mit/durch einen ambulanten Pflegedienst in Deutschland versorgt werden (Abbildung 5) zeigt einen ähnlichen Verlauf. Demnach ist der relative Anteil der Pflegebedürftigen, die in Pflegestufe 1 eingruppiert sind, von 45,8 Prozent im Jahr 1999 auf 59,1 Prozent im Jahr 2015 gestiegen. Im gleichen Zeitraum ist der relative Anteil der Pflegebedürftigen in Pflegestufe 2 von 39,8 Prozent im Jahr 1999 auf 31,1 Prozent im Jahr 2015 gesunken. Der Anteil derjenigen, die in Pflegestufe 3 eingruppiert sind, ist zwischen 1999 und 2015 um 3 Prozentpunkte gesunken.

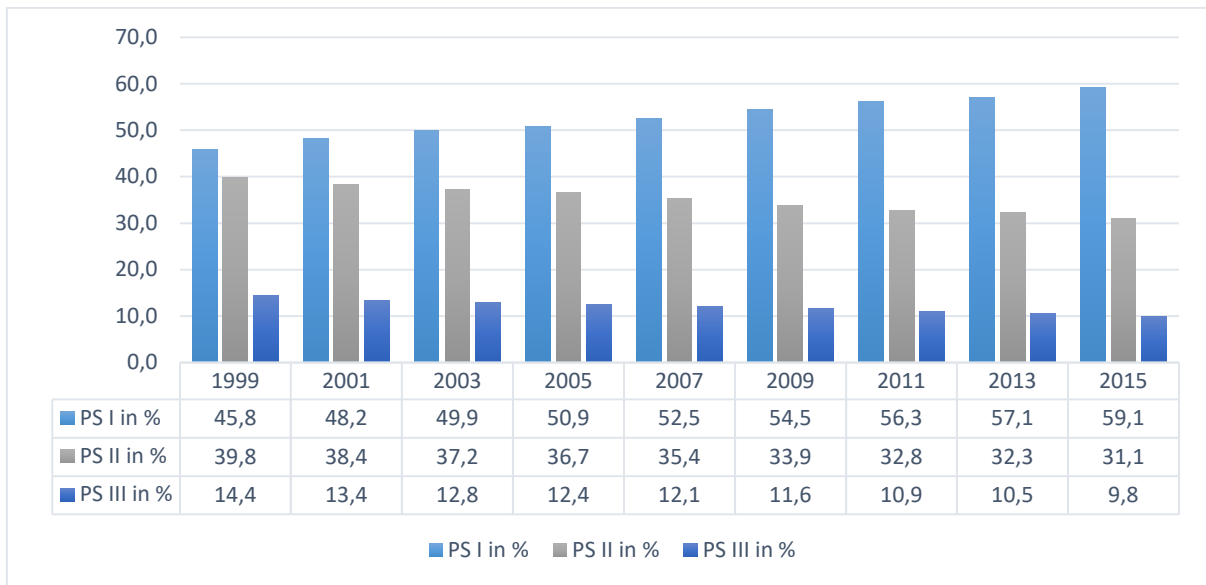


Abbildung 5: Entwicklung der relativen Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufen von Pflegebedürftigen, die mit/durch einen ambulanten Pflegedienst in Deutschland versorgt werden von 1999 bis 2015 in Deutschland

Quelle: Statistisches Bundesamt 2001c, 2003c, 2005c, 2007a, 2008a, 2011a, 2013a, 2015, 2017a

Die Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade erschwert einen direkten Vergleich zwischen 1999 bis 2015 und 2017. Abbildung 6 zeigt die Verteilung der Pflegegrade für das Jahr 2017 für alle Pflegebedürftigen, die ausschließ ich durch Angehörige versorgten Pflegebedürftigen, die mit/durch einen ambulanten Pflegedienst versorgten Personen und die Pflegebedürftigen, die vollstationär in Pflegeheimen betreut werden. Dort zeigt sich, dass der Anteil der Schwerstpflegebedürftigen mit Pflegegrad 4 und 5 im stationären Bereich deutlich höher ist, als im ambulanten Bereich oder bei den Pflegegeldempfänger*innen.

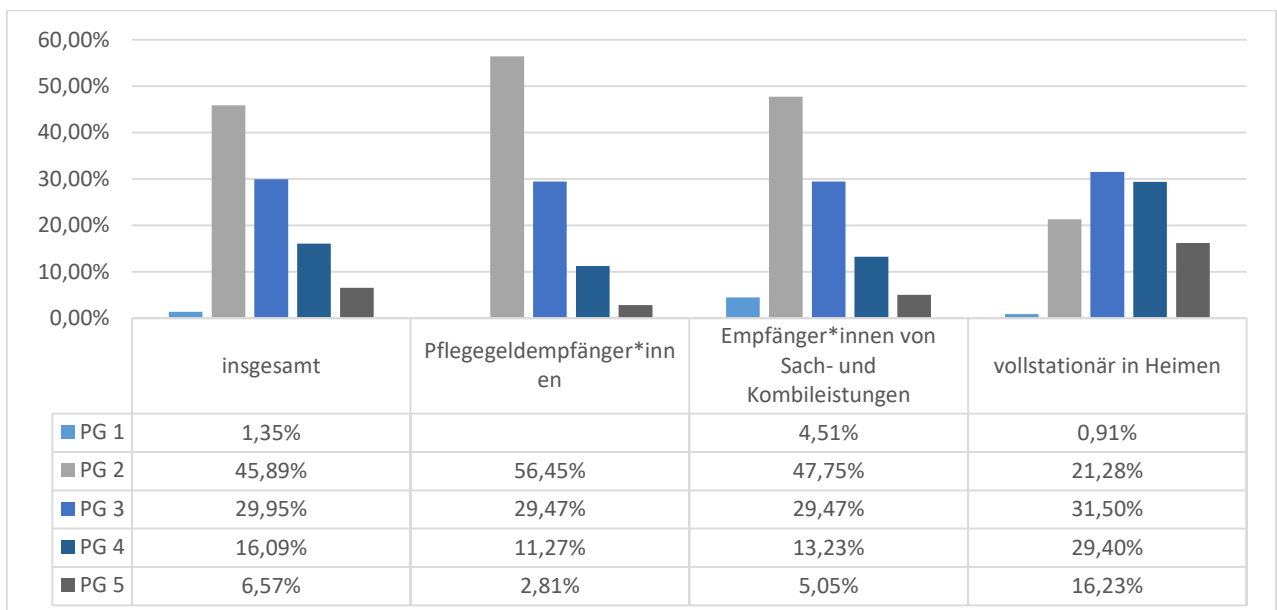


Abbildung 6: Relative Pflegebedürftigkeit nach Pflegegraden für alle Pflegebedürftigen im Jahr 2017 in Deutschland und getrennt nach den Hauptleistungsarten

Quelle: Statistisches Bundesamt 2018a

Entwicklung der häuslichen Krankenpflege

Für die Auseinandersetzung mit Fragen bezüglich der Personalsituation ambulanter Pflegedienste sind nicht nur Aspekte der Pflegeversicherung von Bedeutung, sondern ebenso die Entwicklung der häuslichen Krankenpflege, da nahezu alle Pflegedienste sowohl Leistungen nach dem SGB XI als auch häusliche Krankenpflege oder Hilfen nach dem SGB V erbringen.

Bei Betrachtung der Leistungsfälle seit 1993 zeigt sich ein schwankender Verlauf (Abbildung 7). Die Anzahl der Leistungsfälle der häuslichen Krankenpflege/Behandlungspflege gem. SGB V nahm zwischen 1993 und 1996 zunächst deutlich zu, verringerte sich dann leicht und stieg ab 2006 wieder deutlich an. 2010 wurde ein Plateau von über 3.174.019 Leistungsfällen erreicht. Nach einer anschließenden deutlichen Abnahme der Anzahl der Leistungsfälle, steigt die Anzahl seit 2015 wieder, bleibt aber mit 2.618.836 Leistungsfällen im Jahr 2017 deutlich unter dem höchsten Niveau von 2010.

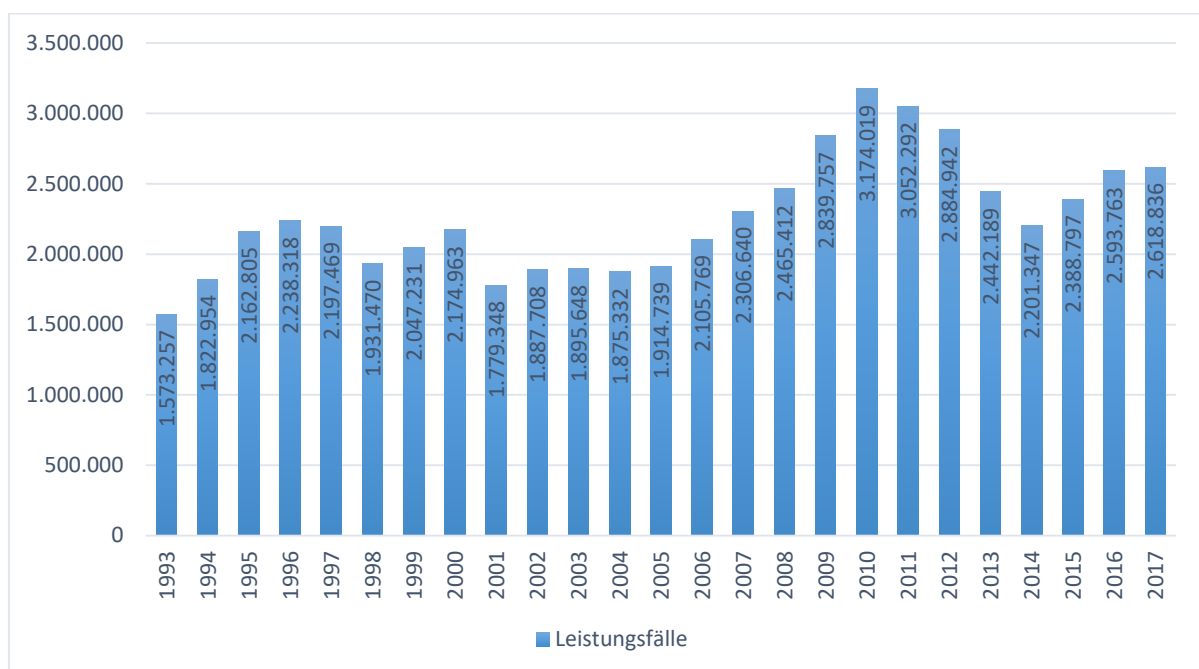


Abbildung 7: Entwicklung der Anzahl der Leistungsfälle der häuslichen Krankenpflege/Behandlungspflege gem. SGB V von 1993-2017 in Deutschland

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2018c

Bei der Betrachtung der Leistungstage der häuslichen Krankenpflege/Behandlungspflege zeigt sich zwischen 1993 und 2017 eine starke Zunahme von 158.588.678 Leistungstagen (Abbildung 8). Im Verlauf zeigen sich zwischen 1993 und 2005 leichte Schwankungen und ab 2006 eine Zunahme von 128.158.302 Tagen auf 256.312.819 Leistungstage im Jahr 2017.

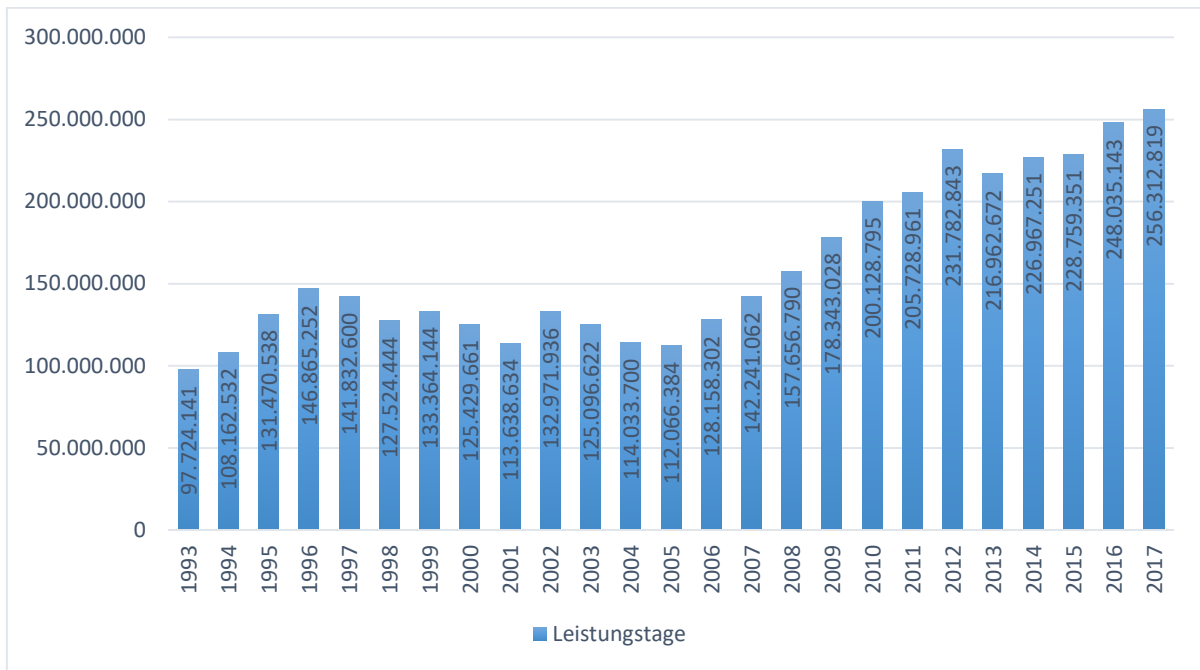


Abbildung 8: Entwicklung der Anzahl der Leistungstage der häuslichen Krankenpflege/Behandlungspflege gem. SGB V von 1993-2017

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2018c

Die Leistungstage je Fall blieben zwischen 1993 und 2011 weitestgehend konstant (Abbildung 9). Von 2011 bis 2014 zeigt sich ein deutlicher Anstieg von 67,4 auf 103,1 Leistungstage pro Fall. 2017 liegt die Anzahl der Leistungstage je Fall mit 97,87 Leistungstagen wieder etwas niedriger als 2014.

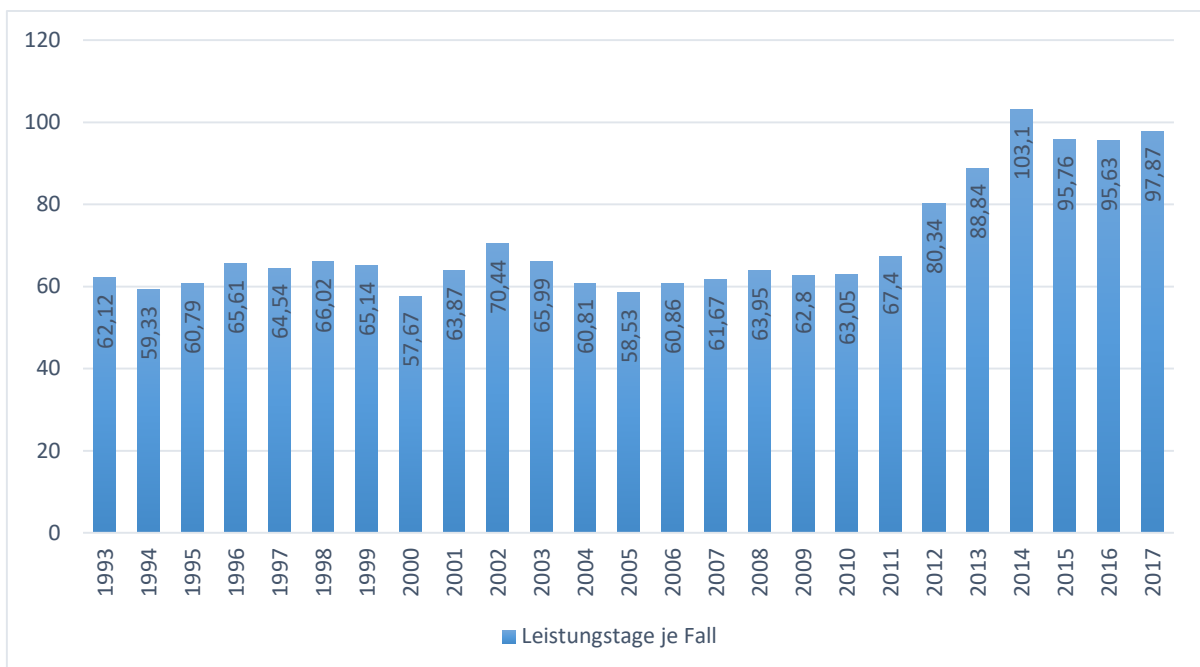


Abbildung 9: Entwicklung der Leistungstage pro Leistungsfall der häuslichen Krankenpflege/Behandlungspflege gem. SGB V von 1993-2017 in Deutschland

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2018c

Insgesamt kann in der Zeit von 1993 bis 2017 eine deutliche Zunahme der häuslichen Krankenpflege verzeichnet werden.

Entwicklung der Ausgaben der ambulanten Pflege

Um Fragen bezüglich der Personalsituation ambulanter Pflegedienste differenziert betrachten zu können, kann die Auseinandersetzung mit der Ausgabenentwicklung für die ambulante Pflege in Deutschland von Bedeutung sein.

Abbildung 10 zeigt die Ausgabenentwicklung aller Ausgabenträger für die ambulante Pflege in Deutschland von 1992 bis 2017. Dabei lässt sich seit 1992 ein stetiger Anstieg von 3.235 Millionen Euro im Jahr 1992 auf 19.389 Millionen Euro im Jahr 2017 erkennen. Dieser Anstieg um 499 Prozent ist im Verhältnis zu dem Anstieg der gesamten Gesundheitsausgaben in dieser Zeit um 135 Prozent (von 159.381 Mio. auf 375.562 Mio.) stärker und unterstreicht die kontinuierlich steigende Bedeutung der ambulanten Pflege (Abbildung 10).

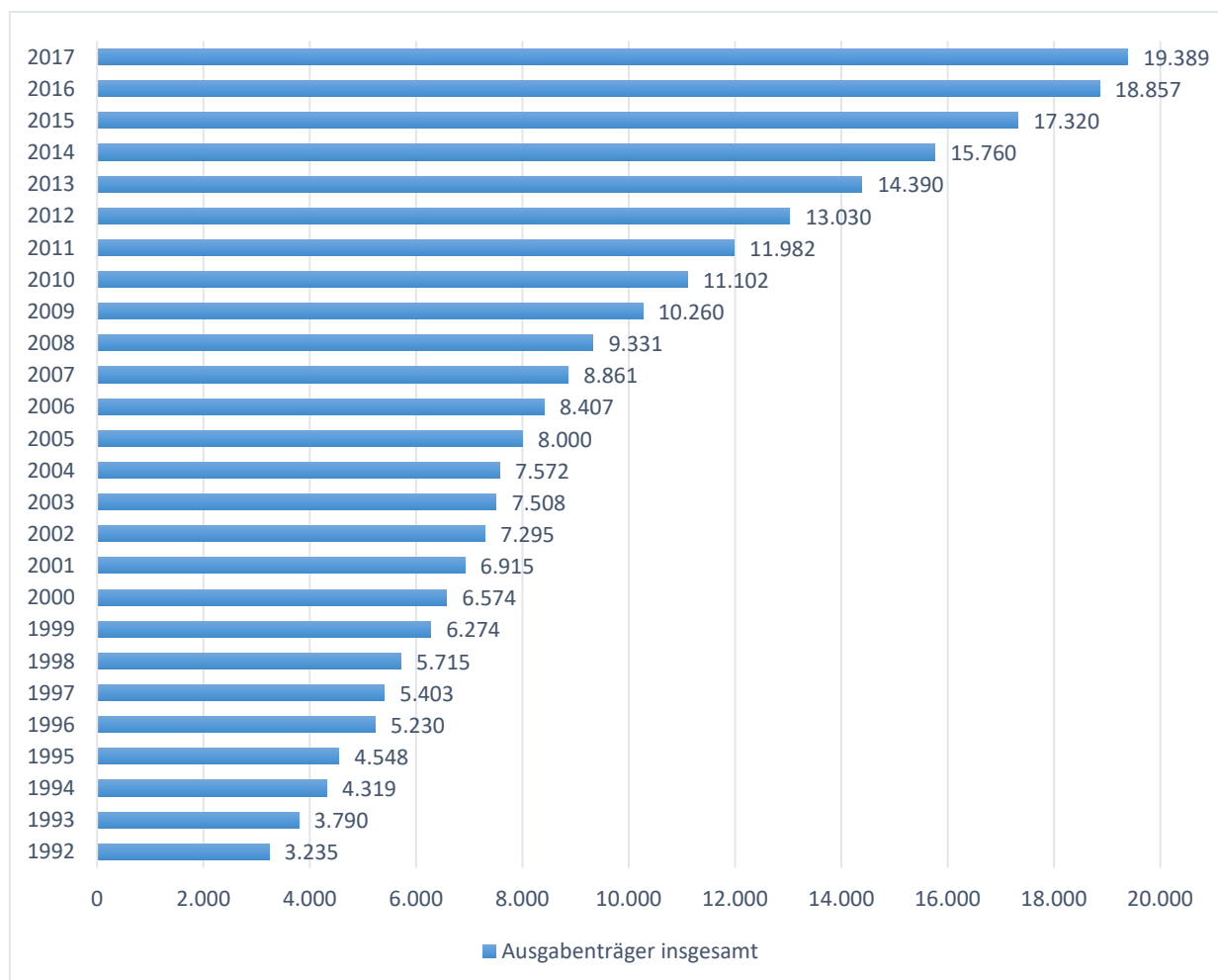


Abbildung 10: Entwicklung der gesamten Ausgaben für die ambulante Pflege aller Ausgabenträger (einschließlich der häuslichen Krankenpflege nach SGB V) von 1992 bis 2017 (in Mio. €) in Deutschland

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2018a

Abbildung 11 zeigt den Anteil der Ausgaben für die ambulante Pflege an den gesamten Gesundheitsausgaben im Zeitverlauf. Dabei zeigt sich ein kontinuierlicher Anstieg von 2,03 Prozent im Jahr 1992 auf ca. 5,16 Prozent in 2017.

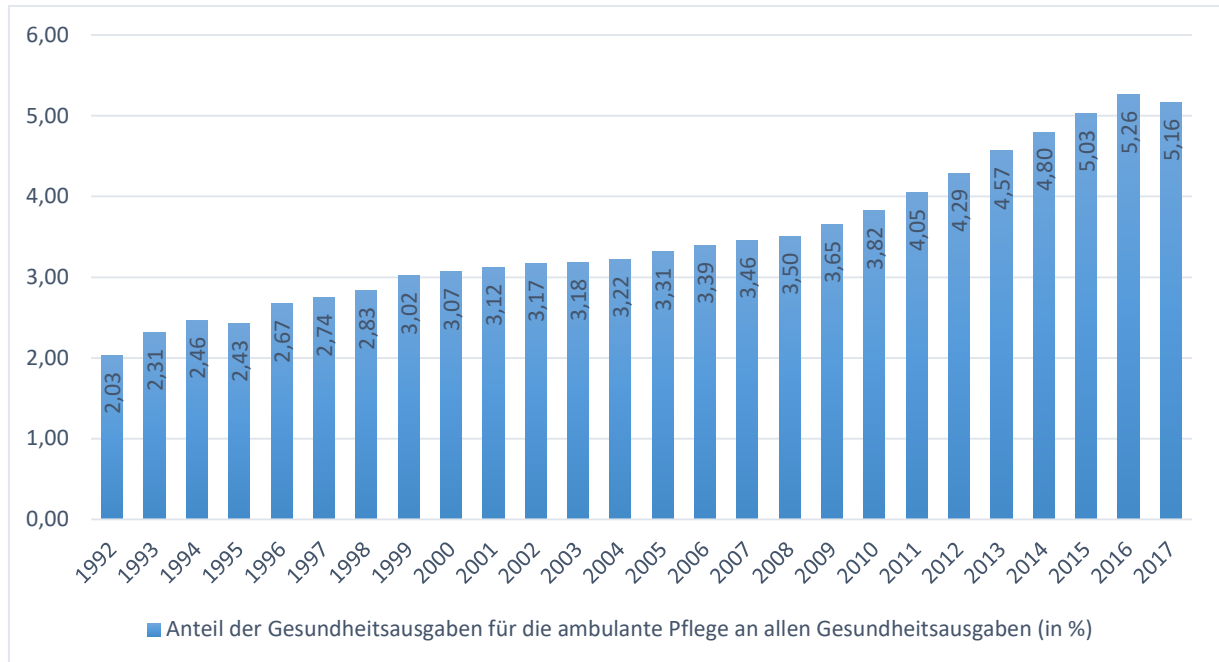


Abbildung 11: Anteil der Ausgaben für die ambulante Pflege an den Gesundheitsausgaben insgesamt im Zeitverlauf von 1992 bis 2016 in Deutschland

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2018a

In Abbildung 12 wird der prozentuale Anteil der einzelnen Ausgabenträger an den Ausgaben für die ambulante Pflege im Zeitverlauf dargestellt. Dabei zeigen sich Mitte der 90er Jahre zunächst deutliche Verschiebungen, die am ehesten durch die Einführung der Pflegeversicherung zu begründen sind. Bei der Betrachtung ab dem Jahr 2000 zeigt sich eine leichte Zunahme des Anteils der gesetzlichen Krankenversicherung und der öffentlichen Haushalte, während sich die Anteile der sozialen Pflegeversicherung und privater Haushalte verringert haben. Der Großteil der Finanzierung wird in allen Jahren durch die Pflegeversicherung, die privaten Haushalte und die gesetzliche Krankenkasse abgedeckt.

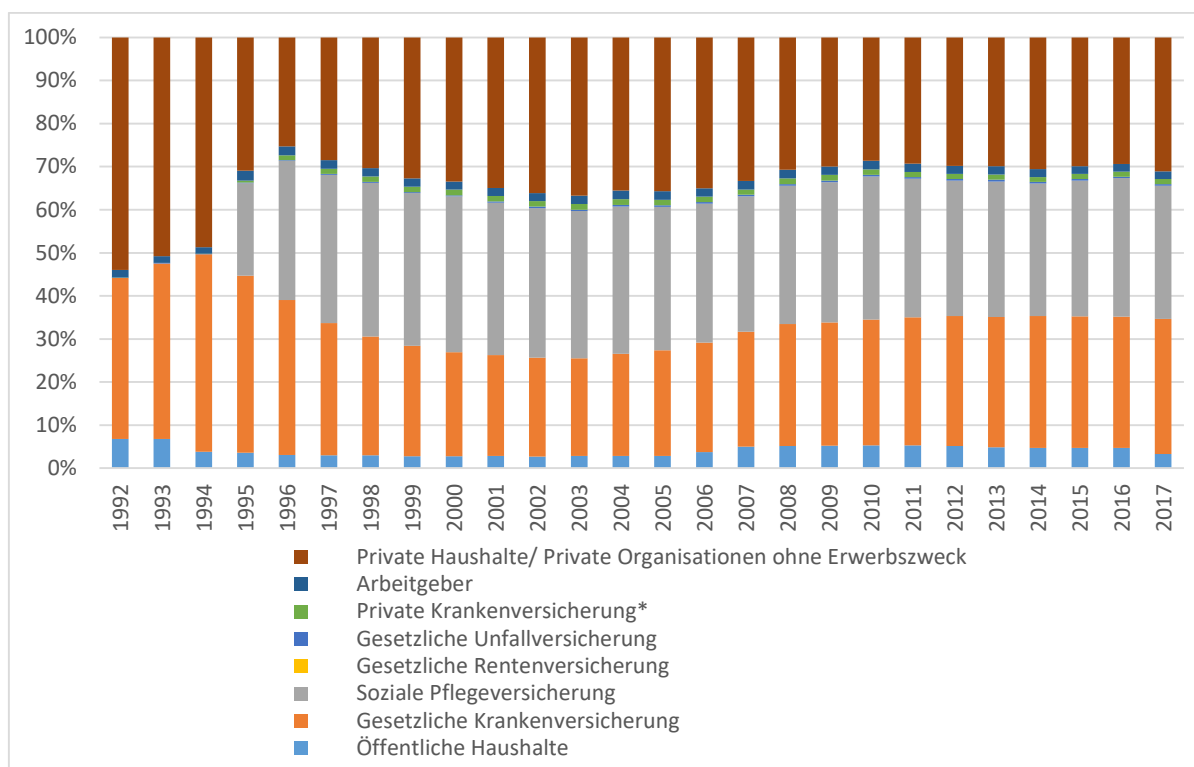


Abbildung 12: Anteile der einzelnen Ausgabenträger an den Ausgaben für die ambulante Pflege im Zeitverlauf von 1992 bis 2017 in Deutschland (*Private Krankenversicherung einschließlich privater Pflegeversicherung (ab 1995), Postbeamtenkrankenkasse und Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten)
Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2018b

Die Pflegedienste

Im Jahr 2017 hatten 14.050 ambulante Pflegedienste einen Versorgungsvertrag abgeschlossen. Während sich die Mehrzahl in privater Trägerschaft (9243 bzw. 65,8 %) befand, lag der Anteil der freigemeinnützigen Träger bei 32,8 Prozent. Die Zahl der ambulanten Pflegedienste ist im Vergleich zu 2015 um 5,5 Prozent bzw. 727 Dienste gestiegen. Gleichzeitig erhöhte sich die Anzahl der versorgten Pflegebedürftigen um 137.685 bzw. 19,9 Prozent (Statistisches Bundesamt 2018b).

Tabelle 2 zeigt die Entwicklung der Anzahl, Größe und Trägerschaft ambulanter Pflegedienste in Deutschland zwischen den Jahren 1999 bis 2017. Zwischen 1999 (10.820 Pflegedienste) und 2017 (14.050 Pflegedienste) stieg die Anzahl ambulanter Pflegedienste um 3.230 Pflegedienste (29,9 %) an. Im gleichen Zeitverlauf erhöhte sich die Anzahl der betreuten Pflegebedürftigen je ambulanten Pflegedienst um 20,6 Pflegebedürftige.

Auch die Verteilung der Pflegedienste in Bezug auf ihre Trägerschaft hat sich deutlich verändert (Tabelle 2). 1999 lag der Anteil der Pflegedienste in privater Trägerschaft bei 50,9 Prozent und machte somit einen ähnlich großen Anteil aus wie die Pflegedienste in freigemeinnütziger Trägerschaft (47,2 %). Zwischen den Jahren 1999 und 2017 kam es zu einer Steigerung des Anteils der privaten Pflegedienste um 14,9 Prozentpunkte und einer Abnahme der freigemeinnützigen Pflegedienste um 14,4 Prozentpunkte. Der Anteil öffentlicher Pflegedienste an allen

Trägern ist kontinuierlich niedrig geblieben und hat sich lediglich um 0.6 Prozentpunkte verringert.

Tabelle 2: Entwicklung der ambulanten Pflegedienste nach Größe und Trägerschaft von 1999 bis 2017 in Deutschland

	Anzahl Pflegedienste	Anzahl der betreuten Pflegebedürftigen je ambulanten Pflegedienst	Pflegedienste nach Träger		
			Priv. (Anteil in %)	Freig. (Anteil in %)	Öff. (Anteil in %)
1999	10.820	38,4	5.504 (50,9)	5.103 (47,2)	213 (2,0)
2001	10.594	41	5.493 (51,9)	4.897 (46,2)	204 (1,9)
2003	10.619	42,4	5.849 (55,1)	4.587 (43,2)	183 (1,7)
2005	10.977	43	6.327 (57,6)	4.457 (40,6)	193 (1,8)
2007	11.529	43,7	6.903 (59,9)	4.435 (38,5)	191 (1,7)
2009	12.026	46,2	7.398 (61,5)	4.433 (36,9)	195 (1,6)
2011	12.349	46,7	7.772 (62,9)	4.406 (35,7)	171 (1,4)
2013	12.745	48,3	8.140 (63,9)	4.422 (34,7)	183 (1,4)
2015	13.323	52	8.670 (65,1)	4.461 (33,5)	192 (1,4)
2017	14.050	59	9.243 (65,8)	4.615 (32,8)	192 (1,4)
Veränderung 1999 zu 2017	3.230	20,6	3.739 (+ 14,9)	-488 (- 14,3)	-21 (- 0,6)

Quelle: Statistisches Bundesamt 2001b; 2003a, 2005a, 2007c, 2008b, 2011b, 2013b, 2016a, 2017b, 2018

Für eine differenzierte Aussage über die Entwicklung ambulanter Pflegedienste werden die Anteile der Pflegedienste im Folgenden nach ihren Trägerschaften im Jahr 2017 pro Bundesland und bundesweit dargestellt (Tabelle 3). Während in Baden-Württemberg die Anteile der Pflegedienste in privater Trägerschaft (52,2 %) und der Pflegedienste in freigemeinnütziger Trägerschaft (44,5 %) fast ähnlich hoch waren, lassen sich in anderen Bundesländern deutlich andere Verteilungen feststellen (Tabelle 3). Demnach bestand 2017 in Hamburg ein Verhältnis von 76,0 Prozent privater zu 23,2 Prozent freigemeinnütziger Pflegedienste. Auch Hamburg und Hessen wiesen einen ähnlich hohen Anteil privater Dienste auf und überschritten den Bundesdurchschnitt von 65,8 Prozent damit deutlich. Demzufolge war der Anteil der freigemeinnützigen Pflegedienste in diesen Ländern am niedrigsten und unterschritt den Bundesdurchschnitt von 32,8 Prozent. Die Anteile der Pflegedienste in öffentlicher Trägerschaft lagen 2017 zwischen 0,6 (Brandenburg) und 3,4 Prozent (Hessen) und betragen im Bundesdurchschnitt 1,4 Prozent.

Tabelle 3: Anteile der Pflegedienste nach Trägerschaft pro Bundesland und bundesweit im Jahr 2017 und Veränderung der prozentualen Anteile ambulanter Pflegedienste nach Trägerschaft zwischen 1999 und 2017

	Privat (%)		Freigemeinnützig (%)		Öffentlich (%)	
		Veränderung zwischen 1999 und 2017		Veränderung zwischen 1999 und 2017		Veränderung zwischen 1999 und 2017
Baden-Württemberg	52,2	+ 31,5	44,5	-30,0	3,3	-1,6
Bayern	60,5	+ 19,8	38,5	-19,9	1,0	+ 0,1
Berlin	78,5	+ 16,9	.	.	.	.
Brandenburg	63,3	+ 4,6	36,1	-4,5	0,6	0,0
Bremen	65,0	+ 1,5	35,0	-1,5	.	.
Hamburg	76,0	+ 1,0	23,2	-1,0	0,8	-0,1
Hessen	74,4	+ 20,8	22,3	-17,4	3,4	-3,4
Mecklenburg-Vorp.	60,5	+ 6,5	.	.	.	.
Niedersachsen	67,6	+ 14,4	30,6	-13,6	1,8	-0,7
Nordrhein-Westfalen	68,3	+ 15,7	30,9	-15,5	0,8	-0,3
Rheinland-Pfalz	64,3	+ 13,5	34,9	-13,0	0,8	-0,4
Saarland	70,5	+ 11,0	.	.	.	.
Sachsen	68,7	+ 4,1	30,5	-3,8	0,8	-0,3
Sachsen-Anhalt	68,5	+ 6,1	30,3	-5,4	1,1	-0,7
Schleswig-Holstein	61,5	+ 18,6	36,0	-18,4	2,5	-0,2
Thüringen	58,0	+ 7,0	40,7	-7,3	1,3	0,2
Deutschland	65,8	+ 14,9	32,8	-14,3	1,4	-0,6

Quelle: Statistisches Bundesamt 2016a

Bei der Betrachtung der Veränderung der relativen Anteile ambulanter Pflegedienste bezüglich ihrer Trägerschaft zwischen den Jahren 1999 und 2017 für die einzelnen Bundesländer (Tabelle 3) zeigt sich, dass in fast allen Bundesländern die Anteile der Pflegedienste privater Trägerschaften mit ähnlich hohem Prozentanteil zugenommen, wie die Anteile der Pflegedienste freigemeinnütziger Trägerschaften abgenommen haben. Die Veränderung der Anteile der Pflegedienste öffentlicher Träger weicht mit Ausnahme von Hessen (- 3,4 Prozentpunkte) in allen Bundesländern nur gering von dem Bundesdurchschnitt (-0,6 Prozentpunkte) ab. Die Zunahme privater Dienste variiert hingegen stark von einem Prozentpunkt in Hamburg bis zu 31,5 Prozentpunkten in Baden-Württemberg.

Tabelle 4 zeigt die Anzahl der Pflegebedürftigen, die durch private, freigemeinnützige und öffentliche Träger betreut wurden, im Zeitverlauf von 1999 bis 2017. Hier zeigt sich der deutlichste Anstieg mit 189 Prozent bei der Anzahl der durch private Pflegedienste versorgten Pflegebedürftigen. Auch in der Betrachtung der prozentualen Anteile der Pflegebedürftigen nach Trägerschaft der Pflegedienste werden im Zeitverlauf Veränderungen deutlich. Im Jahr 2017

wurden 51,6 Prozent der Pflegebedürftigen durch private Pflegedienste und 46,7 Prozent durch freigemeinnützige Pflegedienste versorgt. Die öffentlichen Pflegedienste wiesen einen Anteil von 1,7 Prozent auf. Bei Betrachtung des Anteils der Pflegebedürftigen nach Träger im Zeitverlauf von 1999 bis 2017 wird deutlich, dass der Anteil der durch private Pflegedienste versorgten Pflegebedürftigen um 16 Prozentpunkte gestiegen und der Anteil der durch freigemeinnützige Träger versorgten um 15,8 Prozentpunkte gesunken ist. Der Anteil der Pflegebedürftigen, die von öffentlichen Trägern versorgt werden, hat sich kaum verändert.

Tabelle 4: Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen nach Träger in Deutschland von 1999 bis 2017

	Anzahl Pflegebedürftige	Pflegebedürftige nach dem Träger					
		Privat	In %	Freigemeinnützig	In %	Öffentlich	In %
1999	415.289	147.804	35,6	259.648	62,5	7.837	1,9
2001	434.679	164.747	37,9	261.365	60,1	8.567	2,0
2003	450.126	184.754	41,0	257.564	57,2	7.808	1,7
2005	471.543	203.068	43,1	259.703	55,1	8.772	1,9
2007	504.232	228.988	45,4	265.296	52,6	9.948	2,0
2009	555.198	260.871	47,0	284.271	51,2	10.055	1,8
2011	576.264	279.964	48,6	287.244	49,8	9.056	1,6
2013	615.846	304.694	49,5	300.881	48,9	10.271	1,7
2015	692.273	350.349	50,6	329.568	47,6	12.356	1,8
2017	829.958	428.159	51,6	387.423	46,7	14.376	1,7
Veränderung 1999 zu 2017	+414.669	+280.355 (+189,7 %)	+16 %	+127.775 (+49,2 %)	-15,8	+6.539 (+83,4 %)	-0,2

Quelle: Statistisches Bundesamt 2001b; 2003a, 2005a, 2007c, 2008b, 2011b, 2013b, 2016a, 2017b

Bei der differenzierteren Betrachtung der Anteile der Pflegebedürftigen nach der Trägerschaft der Pflegedienste auf Ebene der einzelnen Bundesländer für das Jahr 2017 sind große Unterschiede zwischen den Bundesländern erkennbar (Tabelle 5). Demnach reichte der Anteil der Pflegebedürftigen privater Pflegedienste im Jahr 2017 von 31,2 Prozent in Baden-Württemberg bis zu 70,7 Prozent in Hamburg. Der Anteil der Pflegebedürftigen freigemeinnütziger Träger lag entsprechend in Hamburg bei 28,9 Prozent und in Baden-Württemberg bei 64,4 Prozent. Der Anteil der Pflegebedürftigen öffentlicher Pflegedienste variierte weniger und wies eine Spannweite von 4,2 Prozentpunkten zwischen Berlin mit 0,1 und Baden-Württemberg mit 4,3 Prozent auf.

Auch die Betrachtung der Entwicklung der Anteile Pflegebedürftiger hinsichtlich der Träger ihrer Pflegedienste zwischen den Jahren 1999 und 2017 bundesweit und in den einzelnen

Bundesländern weist eindeutige Tendenzen auf (Tabelle 5). Demnach kann sowohl bundesweit als auch in den einzelnen Bundesländern die prozentuale Zunahme des Anteils Pflegebedürftiger privater Pflegedienste ungefähr durch die prozentuale Abnahme des Anteils der Pflegebedürftigen freigemeinnütziger Pflegedienste erklärt werden. Aber auch hier gibt es Unterschiede in der Veränderung dieser Anteile. Während in Hessen der Anteil der Pflegebedürftigen privater Pflegedienste eine Zunahme von 25,2 Prozentpunkten erfahren hat, weist dieser Anteil in Bremen eine Zunahme von 5,2 Prozentpunkten auf. Die Spannweite der Veränderung in dem Anteil Pflegebedürftiger öffentlicher Pflegedienste zwischen den Bundesländern kann mit 3,5 Prozentpunkten als gering eingestuft werden.

Tabelle 5: Anteil der Pflegebedürftigen nach Träger pro Bundesland im Jahr 2017 ansteigend sortiert nach dem prozentualen Anteil der Pflegebedürftigen privater Träger (für Bremen fehlen die Daten der Pflegebedürftigen öffentlicher Träger)

	Private (%)		freigemeinnützige (%)		öffentliche (%)	
		Veränderung 1999 zu 2017		Veränderung 1999 zu 2017		Veränderung 1999 zu 2017
Baden-Württemberg	31,2	19,3	64,4	-19,9	4,3	0,5
Bayern	41,9	18,7	56,4	-19,6	1,7	0,9
Rheinland-Pfalz	42,6	13,9	56,6	-13,7	0,8	-0,2
Bremen	48,4	5,2	51,6	-5,2	-	-
Thüringen	48,5	10,4	50,6	-10,4	0,9	0,0
Schleswig-Holstein	49,8	15,1	47,5	-16,0	2,7	0,9
Saarland	51,1	10,7	48,7	-8,7	0,3	-1,9
Deutschland	51,6	16,0	46,7	-15,8	1,7	-0,2
Niedersachsen	52,4	16,8	44,9	-16,2	2,7	-0,6
Nordrhein-Westfalen	54,5	13,2	44,9	-12,9	0,6	-0,2
Mecklenburg-Vorp.	54,8	12,5	44,9	-12,3	0,3	-0,2
Brandenburg	55,7	11,7	43,3	-12,0	1	0,3
Sachsen	57,8	11,0	41,2	-11,2	1	0,2
Hessen	59	25,2	36,6	-22,5	4,4	-2,6
Sachsen-Anhalt	60,7	13,8	37,2	-14,2	2,1	0,4
Berlin	70,5	19,4	29,4	-19,5	0,1	-
Hamburg	70,7	9,8	28,9	-8,0	0,4	-1,9

Quelle: Statistisches Bundesamt 2018b

Die Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen pro ambulanten Pflegedienst zwischen 1999 und 2017 (Abbildung 13) zeigt eine deutliche Zunahme von durchschnittlich 20,6 Pflegebedürftigen pro Pflegedienst: Während die Anzahl 1999 noch bei etwa 38 Pflegebedürftigen lag, versorgten die Pflegedienste 2017 durchschnittlich 59 Pflegebedürftige.

Auch wenn tendenziell von einer Zunahme der Anzahl Pflegebedürftiger pro Pflegedienst auszugehen ist, bestehen deutliche Unterschiede zwischen den Pflegediensten privater, freigemeinnütziger und öffentlicher Träger hinsichtlich der von ihnen betreuten Pflegebedürftigen. Grundsätzlich kann in allen Pflegediensten eine Zunahme der Anzahl zu betreuender Pflegebedürftiger beschrieben werden. Allerdings versorgten private Pflegedienste 2017 durchschnittlich 46,0 Pflegebedürftige. Im gleichen Jahr betreute ein Pflegedienst in freigemeinnütziger Trägerschaft mit etwa 84 fast doppelt so viele Pflegebedürftige. Während 1999 die Anzahl der zu betreuenden Pflegebedürftigen pro Pflegedienst zwischen den privaten Trägern (26,9 Pflegebedürftige) und den freigemeinnützigen Trägern (50,9 Pflegebedürftige) einen Unterschied von 24 Pflegebedürftigen pro Pflegedienste ausmachte, liegt dieser Unterschied zwischen privaten und freigemeinnützigen Pflegediensten im Jahr 2017 bei 38,0 Pflegebedürftigen pro Pflegedienst.

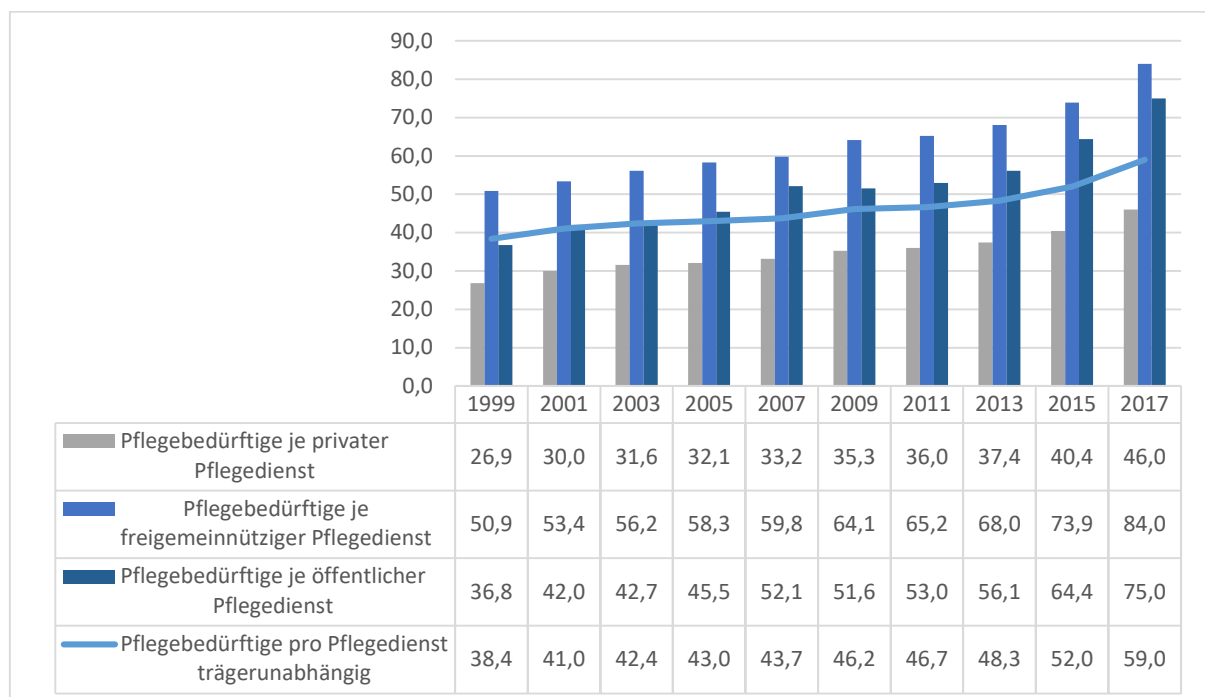


Abbildung 13: Entwicklung der Pflegebedürftigen pro Pflegedienst nach Träger in Deutschland von 1991 bis 2017
Quelle: Statistisches Bundesamt 2001b, 2003a, 2005a, 2007c, 2008b, 2011b, 2013b, 2016a, 2017b, 2018b

Die Betrachtung dieser Entwicklung Pflegebedürftiger pro ambulanten Pflegedienst nach der jeweiligen Trägerschaft kann auch auf Ebene der Bundesländer dargestellt werden (Tabelle 6). Die Anzahl der versorgten Pflegebedürftigen pro privatem Pflegedienst zeigt eine Spannweite von 24,7 Pflegebedürftigen zwischen Saarland (58,6 Pflegebedürftige) und Bayern (33,9

Pflegebedürftige). Bezüglich der Anzahl Pflegebedürftiger pro freigemeinnützigem Pflegedienst zeigt sich eine Spannweite von 52,1 Pflegebedürftigen zwischen Rheinland-Pfalz (113,0 Pflegebedürftige) und Sachsen-Anhalt (60,9 Pflegebedürftige). Besonders auffällig ist der Unterschied der Anzahl versorgter Pflegebedürftiger der öffentlichen Pflegedienste zwischen den Bundesländern. Brandenburg (100,8 Pflegebedürftige) und Niedersachsen (113,8 Pflegebedürftige) weisen eine deutliche höhere Anzahl betreuter Pflegebedürftiger pro Pflegedienst öffentlicher Träger auf und liegen damit deutlich über dem Bundesdurchschnitt von 74,9 Pflegebedürftige pro öffentlicher Pflegedienst.

Tabelle 6: Pflegebedürftige je Pflegedienst abhängig vom Träger pro Bundesland im Jahr 2017*

	Anzahl Pflegebedürftige	Anzahl Pflegedienste	Pflegebedürftige pro Pflegedienst			
			trägerunabhängig	privat	Freigemeinnützig	öffentlich
Baden-Württemberg	75.303	1.122	67,1	40,1	97,2	88,5
Bayern	97.591	1.996	48,9	33,9	71,6	81,1
Berlin	34.550	613	56,4	50,7		
Brandenburg	38.422	722	53,2	46,8	63,7	100,8
Bremen	8.210	117	70,2	52,3	103,3	
Hamburg	18.950	366	51,8	48,2	64,5	25,3
Hessen	60.501	1.186	51,0	40,4	83,9	66,7
Mecklenburg-Vorp.	26.337	489	53,9	48,8		
Niedersachsen	96.524	1.312	73,6	57,0	107,8	113,8
Nordrhein-Westfalen	182.043	2.823	64,5	51,5	93,6	50,3
Rheinland-Pfalz	35.976	516	69,7	46,2	113,0	72,5
Saarland	9.871	122	80,9	58,6		
Sachsen	60.247	1.121	53,7	45,3	72,5	67,0
Sachsen-Anhalt	30.439	613	49,7	44,0	60,9	89,3
Schleswig-Holstein	26.112	475	55,0	44,5	72,6	58,4
Thüringen	28.882	457	63,2	52,9	78,5	43,3
Deutschland	829.958	14.050	59,1	46,3	83,9	74,9

*(für Berlin, Mecklenburg-Vorpommern und dem Saarland fehlen die Daten der Pflegebedürftigen freigemeinnützig und öffentlicher Träger; für Bremen fehlen die Daten der Pflegebedürftigen öffentlicher Träger)
Quelle: Statistisches Bundesamt 2018b

Personalkennzahlen ambulanter Pflegedienste

Bei Betrachtung der Personalkennzahlen lassen sich verschiedene Entwicklungen feststellen. Ähnlich wie die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen, steigt auch die Anzahl der Beschäftigten im ambulanten Sektor. Im Folgenden werden unter Personal alle Beschäftigten der ambulanten Pflegedienste verstanden. Gesondert erfasst werden hierbei Praktikant/-in, Schüler/-in, Auszubildende/-r, Helfer/in im freiwilligen sozialen Jahr, Zivildienstleistende, Helfer/-in im Bundesfreiwilligendienst sowie Praktikant/-in außerhalb einer Ausbildung.

Betrachtet man die Beschäftigungskennzahlen von ambulanten Pflegediensten wird deutlich, dass es sich bundesweit um einen wachsenden Arbeitsmarkt handelt. So stieg die Anzahl der Beschäftigten im ambulanten Bereich von 183.782 im Jahr 1999 auf 390.322 im Jahr 2017. Dabei handelt es sich um eine Zunahme von 112,4 Prozent (Statistisches Bundesamt 2018b).

Beschäftigungsumfang

Im Jahr 2017 waren 77,6 Prozent des Personals ambulanter Pflegedienste teilzeitbeschäftigt. Der Umfang der Teilzeitbeschäftigung wird differenziert in eine Anstellung über 50 Prozent, 50 Prozent und weniger, aber nicht geringfügig beschäftigt oder geringfügig beschäftigt. 28,1 Prozent des Personals waren vollzeitbeschäftigt (Abbildung 14).

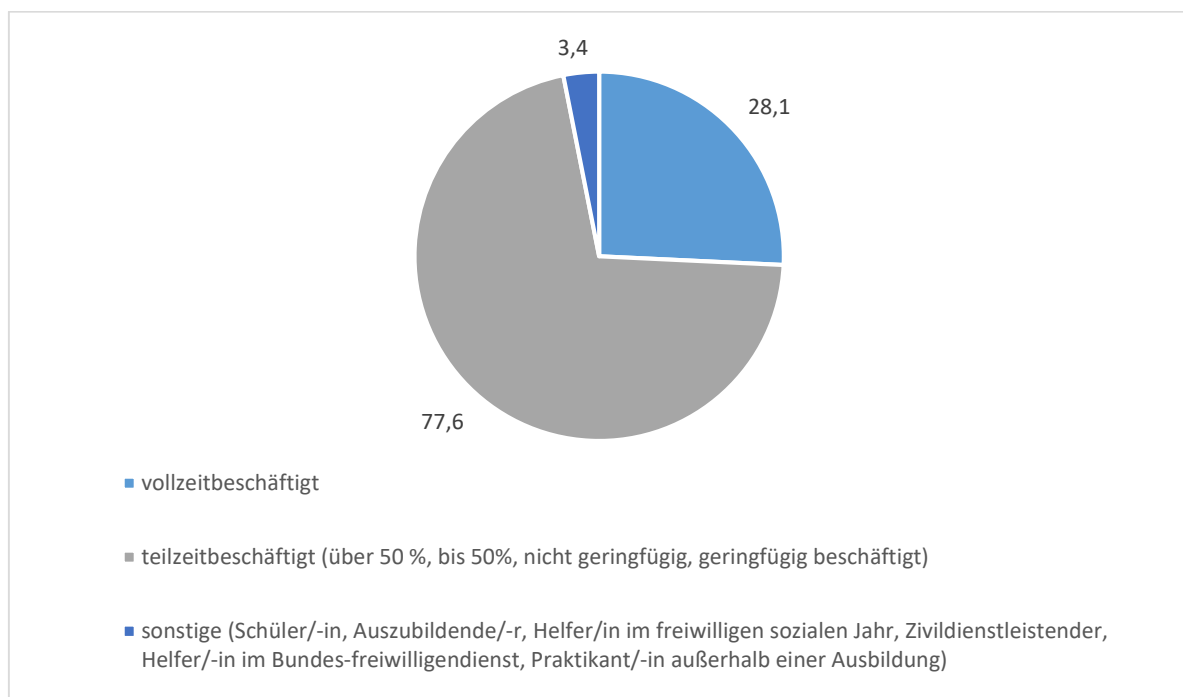


Abbildung 14: Personal ambulanter Pflegedienste nach Beschäftigungsumfang für das Jahr 2017 in Deutschland (in %)

Quelle: Statistisches Bundesamt 2018b

Neben der Zunahme des Personals im gesamten ambulanten Sektor, lässt sich eine Veränderung im Arbeitszeitanteil/ Arbeitszeitumfang erkennen (Tabelle 7). Während der Anteil der

Beschäftigten, die in Vollzeit tätig sind, um 2,9 Prozentpunkte gesunken ist, ist der Anteil derjenigen, die in Teilzeit beschäftigt sind, um 4,9 Prozentpunkte gestiegen. Unter den Teilzeitbeschäftigten ist der Anteil derjenigen, die einen Beschäftigungsumfang von mehr als 50 Prozent aufweisen, von 26,7 Prozent (1999) auf 36,6 Prozent (2017) gestiegen, während der Anteil der unter 50 Prozent und geringfügig Beschäftigten gesunken ist. Auch der Anteil der Praktikant/-innen und Auszubildenden ist um 2,2 Prozentpunkte gestiegen. Der Anteil der Helfer/-innen im freiwilligen sozialen Jahr, Zivildienstleistenden, Helfer/-innen im Bundesfreiwilligendienst sowie Praktikant/-innen außerhalb einer Ausbildung ist um 4,1 Prozentpunkte gesunken.

Tabelle 7: Entwicklung des Beschäftigungsumfangs des Personals ambulanter Pflegedienste von 1999 bis 2017 in Deutschland*

	Personal ambulant insgesamt	Davon in Voll- zeit (in %)	Davon in Teilzeit			Davon Sonstige	
			über 50 % (in %)	bis 50%, nicht geringfügig (in %)	gering- fügig (in %)	Praktikant/-in, Schüler/-in, Aus- zubildende/-r (in %)	Sonstige* (in %)
1999	183.782	31,0	26,7	15,7	21,3	1,0	4,3
2001	189.567	30,3	29,0	16,3	19,7	1,0	3,7
2003	200.897	28,6	30,2	16,3	21,2	1,2	2,4
2005	214.307	26,3	31,8	16,4	22,4	1,6	1,5
2007	236.162	26,4	32,9	15,5	22,5	1,5	1,2
2009	268.891	26,8	33,1	15,0	22,5	1,7	1,0
2011	290.714	27,4	34,6	14,6	21,2	1,8	0,3
2013	320.077	26,8	35,5	13,8	20,4	3,1	0,3
2015	355.613	27,2	36,1	13,9	19,3	3,3	0,3
2017	390.322	28,1	36,6	14,4	17,6	3,2	0,2
Veränderung 1999 zu 2017	206.540	-2,9	9,9	-1,3	-3,7	2,2	-4,1

(*Sonstige: Helfer/in im freiwilligen sozialen Jahr, Zivildienstleistende; ab 2011 inklusive Helfer/-in im Bundesfreiwilligendienst, Praktikant/-in außerhalb einer Ausbildung)

Quelle: Statistisches Bundesamt 2001b, 2003a, 2005a, 2007c, 2008b, 2011b, 2013b, 2016a, 2017b, 2018b

Bei Betrachtung des Arbeitszeitumfangs lassen sich deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern erkennen (Tabelle 8). Die größten Unterschiede in Bezug auf den Anteil der Beschäftigten, die Vollzeit tätig sind, finden sich zwischen Berlin mit 37,5 Prozent und Bremen mit 18,0 Prozent. Gleichzeitig lässt sich insgesamt ein deutlicher Unterschied zwischen Ost- und Westdeutschland erkennen: Berlin (37,5 %), Brandenburg (34,8 %), Mecklenburg-Vorpommern (35,6%), Sachsen (30,7%), Sachsen-Anhalt (37,4%) und Thüringen (36,5 %) weisen einen über dem Bundesdurchschnitt der in Vollzeit arbeitenden Beschäftigten liegenden Anteil von 28,1 Prozent auf.

Tabelle 8: Personal der ambulanten Pflegedienste nach Beschäftigungsverhältnis in den Bundesländern im Jahr 2017

	Vollzeit (in %)	über 50% (in%)	bis 50%, nicht geringfügig (in %)	geringfügig (in %)	Vollzeit- äquivalente
Baden-Württemberg	19,2	29,8	24,7	22,9	20.268,5
Bayern	25,2	31,4	17,9	23,8	32.907,9
Berlin	37,5	40,3	8,3	12,2	16.620,2
Brandenburg	34,8	50,8	5,1	7,5	13.535,0
Bremen	18,0	43,4	11,5	24,5	28.92,2
Hamburg	29,5	32,4	12,0	23,1	7.286,7
Hessen	31,4	30,0	16,2	20,1	18.979,2
Mecklenburg- Vorpommern	35,6	51,2	5,5	5,9	8.736,0
Niedersachsen	20,9	40,3	16,7	19,2	25.835,4
Nordrhein-Westfalen	28,7	30,6	14,8	20,0	53.106,4
Rheinland-Pfalz	29,4	28,1	18,3	19,3	9.743,6
Saarland	27,3	26,5	18,5	21,1	2.348,5
Sachsen	30,7	53,1	6,1	6,5	20.057,9
Sachsen-Anhalt	37,4	50,0	5,9	4,8	9.605,1
Schleswig-Holstein	22,6	38,6	17,6	19,1	8.237,2
Thüringen	36,5	47,3	6,4	6,3	9.124,7
Deutschland	28,1	36,6	14,4	17,6	259.284,1

Quelle: Statistisches Bundesamt 2018b

Eine Betrachtung der Beschäftigungsanteile der Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten in den ost- und westdeutschen Bundesländern für das Jahr 2017 macht diesen geografischen Unterschied noch deutlicher (Abbildung 15). Dabei zeigt sich, dass der Anteil der Beschäftigten mit einem Beschäftigungsumfang über 50 Prozent im Osten³ deutlich höher liegt als im Westen. Dementsprechend arbeiten im Osten nur knapp 7,8 Prozent der Beschäftigten unter 50 Prozent oder geringfügig, während diese Gruppe im Westen einen Anteil von insgesamt 38,25 Prozent ausmacht.

³ Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen
A 1.1

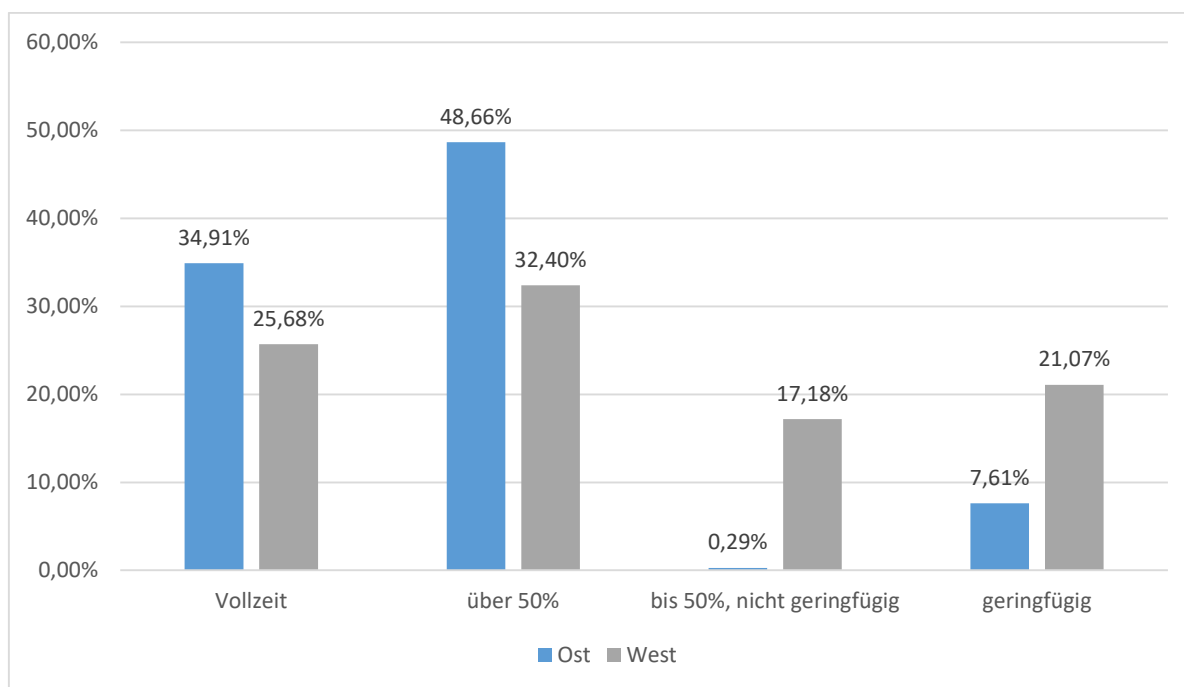


Abbildung 15: Beschäftigungsanteil der Pflegenden in ambulanten Pflegediensten in den ost- und westdeutschen Bundesländern im Jahr 2017

Quelle: Statistisches Bundesamt 2018b

Vollzeitäquivalente

Neben der Betrachtung der Personalanzahl lässt sich durch die Berechnung der Vollzeitäquivalente die Entwicklung der Personalkennzahlen differenzierter ableiten. Die einfache Betrachtung der Personalanzahl reicht nicht aus, um Aussagen über die Personalsituation ambulanter Pflegedienste treffen zu können. Für die Berechnung der Vollzeitäquivalente wurde die von Rothgang et al. (2009) vorgeschlagene Umrechnung genutzt. Die zur Umrechnung in Vollzeitäquivalente (VZÄ) verwendeten Gewichtungsfaktoren betragen für Teilzeitbeschäftigte mit über 50 Prozent der Arbeitszeit 0,75, für Teilzeitbeschäftigte mit bis zu 50 Prozent der Arbeitszeit (ohne geringfügig) 0,45 und für die geringfügig Beschäftigten 0,25 (Rothgang et al. 2009, 181 ff.).

Die Umrechnung der Beschäftigungskennzahlen in Vollzeitäquivalente zeigt eine Zunahme der VZÄ ambulanter Pflegedienste von 116.515 im Jahr 1999 auf 259.284 VZÄ im Jahr 2017, also mehr als eine Verdoppelung (Abbildung 16).

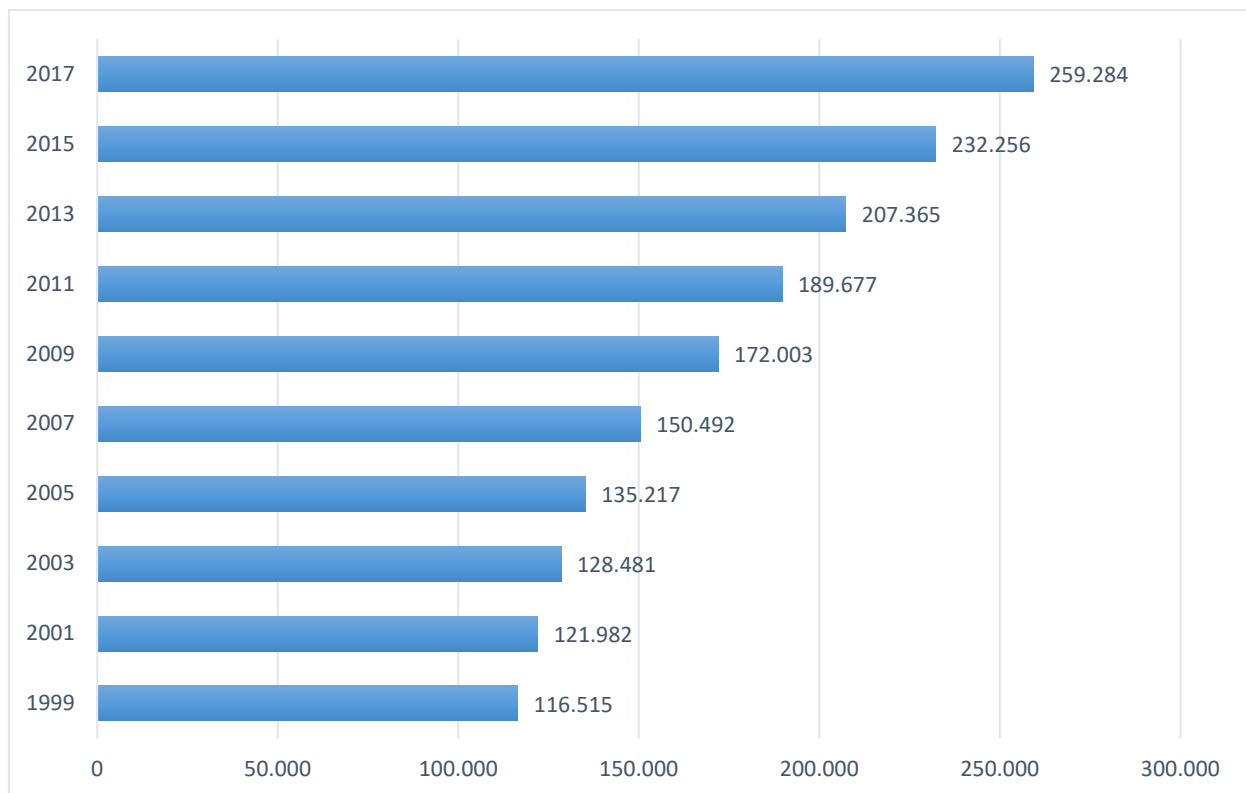


Abbildung 16: Entwicklung der Vollzeitäquivalente ambulanter Pflegedienste in Deutschland von 1999 bis 2017
 Quelle: Quelle: Statistisches Bundesamt 2001b, 2003a, 2005a, 2007c, 2008b, 2011b, 2013b, 2016a, 2017b, 2018b

Nach Betrachtung der Vollzeitäquivalente ist es möglich, diese in Relation zu der Anzahl der betreuten Pflegebedürftigen zu setzen. Abbildung 17 zeigt die bundesweite Entwicklung der VZÄ zum einen in Bezug auf je 100 Pflegebedürftige, die zusammen mit/durch ambulante Pflegedienste und zum anderen in Bezug auf je 100 Pflegebedürftige, die vollstationär in Pflegeheimen versorgt werden im Zeitverlauf von 1999 bis 2017. In Bezug auf diesen Vergleich lässt sich ein deutlicher Unterschied zwischen den VZÄ je 100 Pflegebedürftige erkennen. Während im Jahr 2017 31,2 VZÄ je 100 Pflegebedürftige, die durch ambulante Pflegedienste versorgt werden, verzeichnet werden können, liegt die Anzahl der Vollzeitäquivalente je 100 Pflegebedürftige, die vollstationär in Pflegeheimen versorgt werden, bei 63,6 Vollzeitäquivalenten (Statistisches Bundesamt 2018b, 2018d).

Die Anzahl der Vollzeitäquivalente je 100 Pflegebedürftige, die durch einen ambulanten Pflegedienst betreut werden, ist von 28,1 VZÄ im Jahr 1999 auf 33,5 im Jahr 2015 stetig gestiegen. Von 2015 auf 2017 zeigte sich ein leichter Abfall auf 31,2 VZÄ. Die Entwicklung der VZÄ je 100 Pflegebedürftige, die vollstationär in Pflegeheimen versorgt werden, zeigt im genannten Zeitraum einen wellenförmigen Verlauf. Zwischen den Jahren 1999 (56,3 VZÄ) und 2001 (57,6 VZÄ) kann eine leichte Zunahme von 1,3 VZÄ verzeichnet werden, der eine Abnahme um 2,2 VZÄ bis zum Jahr 2007 auf 55,5 folgt. Während zwischen 2007 und 2011 die Anzahl der Vollzeitäquivalente pro 100 Pflegebedürftige, die in Pflegeheimen versorgt werden, eine Zunahme

aufweist, sinkt diese zwischen 2011 (61,2 VZÄ) und 2015 (57,5 VZÄ) wieder um 3,7 VZÄ. Zu 2017 zeigt sich wieder ein Anstieg auf 63,6 VZÄ. (Abbildung 17).

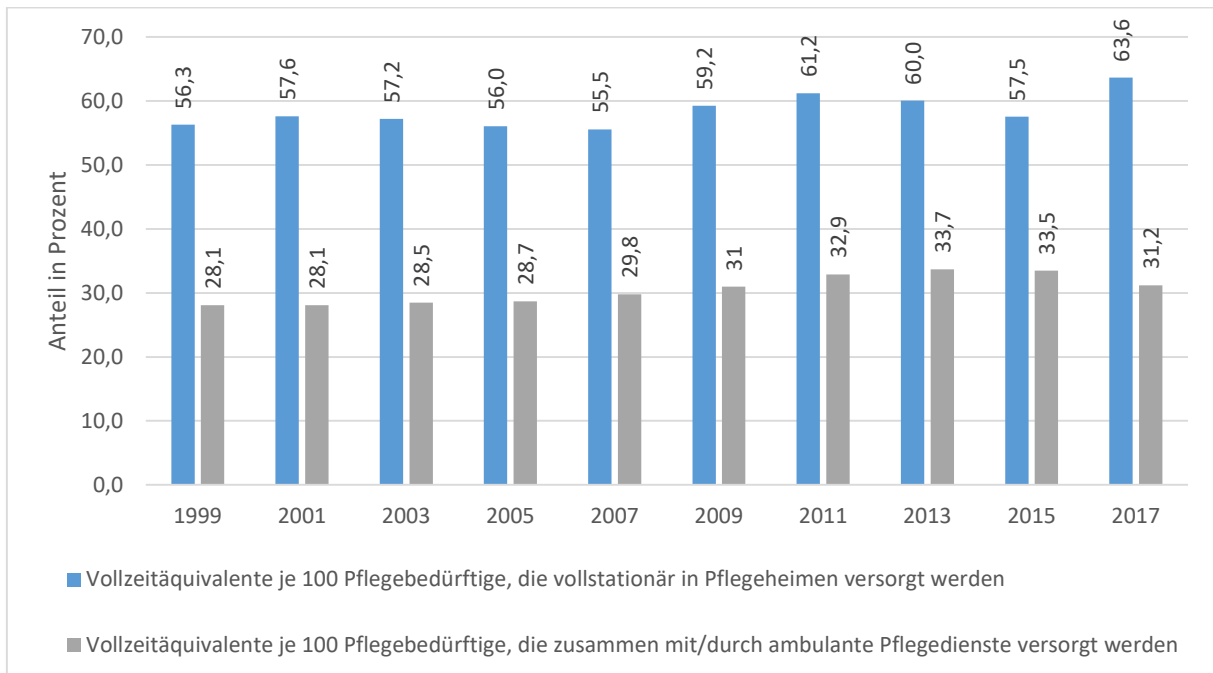


Abbildung 17: Bundesweite Entwicklung der Vollzeitäquivalente je 100 Pflegebedürftige, die zusammen mit/durch einen ambulanten Pflegedienst betreut werden und die in Pflegeheimen versorgt werden von 1999 bis 2017 in Deutschland

Quelle: Statistisches Bundesamt 2001a, 2001b, 2003a, 2003b, 2005a, 2005b, 2007b, 2007c, 2008c, 2008b, 2011b, 2011c, 2013b, 2013c, 2016a, 2016b, 2017c, 2017b, 2018b, 2018d

Interessant für Fragen des Personaleinsatzes in der ambulanten Pflege ist die Betrachtung der VZÄ je 100 Pflegebedürftige, die durch einen ambulanten Pflegedienst betreut werden, für die einzelnen Bundesländer (Abbildung 18). Hier zeigen sich starke Unterschiede zwischen den Bundesländern für das Jahr 2017. Auffällig ist die erhöhte Anzahl der VZÄ je 100 Pflegebedürftige, die durch einen ambulanten Pflegedienst betreut werden, in den Stadtstaaten Berlin (48,1 VZÄ je 100 Pflegebedürftige), Hamburg (38,2 VZÄ je 100 Pflegebedürftige) und Bremen (35,2 VZÄ je 100 Pflegebedürftige).

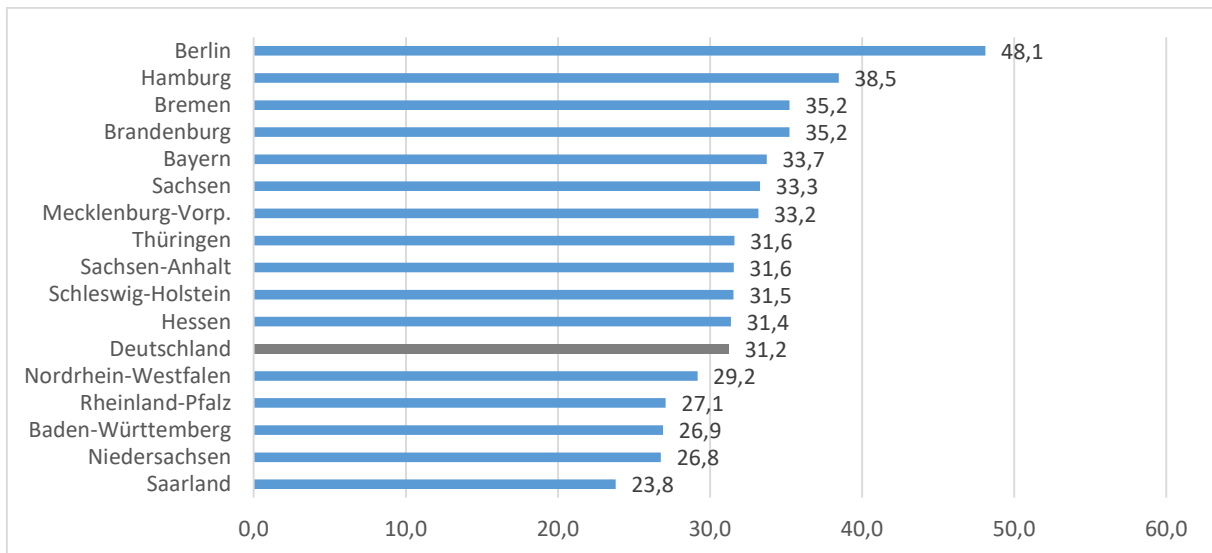


Abbildung 18: Vollzeitäquivalente je 100 Pflegebedürftige, die zusammen mit/durch einen ambulanten Pflegedienst betreut werden, im Jahr 2017 für die Bundesländer und deutschlandweit

Quelle: Statistisches Bundesamt 2018b

Tabelle 9 zeigt eine Übersicht der Entwicklung in den Bundesländern im Zeitverlauf von 1999 bis 2017. Es zeigt sich darin eine bundesweite Steigerung der VZÄ je 100 Pflegebedürftige, die durch einen ambulanten Pflegedienst betreut werden, um 3,1 VZÄ von 28,1 im Jahr 1999 auf 31,2 VZÄ im Jahr 2017. Mit Ausnahme von Hamburg, Bremen, Rheinland-Pfalz und dem Saarland zeigt sich auch in jedem Bundesland eine höhere Anzahl von VZÄ je 100 Pflegebedürftige, wobei der Anstieg mit 0,1 VZÄ in Niedersachsen und 8,6 VZÄ in Bayern unterschiedlich groß ausfällt. Insgesamt reichte die Anzahl der VZÄ pro 100 mit/durch ambulante Pflegedienste betreute Pflegebedürftige 2017 von 23,8 im Saarland bis zu 48,1 in Berlin. Der Anstieg in den einzelnen Bundesländern erfolgt jedoch nicht kontinuierlich, sondern wechselhaft. So zeigt die Betrachtung der Zahlen von 2017 im Vergleich zu 2015 einen leichten Rückgang in allen Bundesländern bis auf Hessen. Im Bundesdurchschnitt lag der Rückgang bei 2,3 VZÄ je 100 Pflegebedürftigen.

Tabelle 9: Entwicklung der Vollzeitäquivalente je 100 Pflegebedürftige, die zusammen mit/durch einen ambulanten Pflegedienst betreut werden, zwischen 1999 und 2017 in Deutschland

	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	Veränderung 1999 zu 2017
Baden-Württemberg	25,1	25,2	27,9	28,3	29,0	28,5	28,9	28,5	29,4	26,9	+1,8
Bayern	25,1	25,0	25,1	25,5	26,3	28,5	31,1	33,0	34,5	33,7	+8,6
Berlin	44,7	44,1	45,3	46,3	52,1	54,4	58,7	57,8	54,8	48,1	+3,4
Brandenburg	28,7	27,4	27,8	28,3	30,7	31,4	34,5	36,8	38,2	35,2	+6,5
Bremen	39,7	37,1	36,1	32,2	34,5	-	36,2	40,0	43,4	35,2	-4,5

Hamburg	46,3	45,0	42,2	43,2	44,6	44,8	46,9	45,2	44,2	38,5	-7,8
Hessen	26,7	26,4	27,5	27,7	28,0	28,7	29,9	30,6	31,0	31,4	+4,7
Mecklenburg-Vorp.	29,1	29,0	29,7	28,9	30,5	31,9	33,6	35,2	35,9	33,2	+4,1
Niedersachsen	26,7	26,7	26,7	25,7	26,1	26,6	28,4	28,9	27,9	26,8	+0,1
Nordrhein-Westfalen	26,1	26,3	26,3	26,6	27,5	29,2	30,6	31,4	30,9	29,2	+3,1
Rheinland-Pfalz	27,2	26,5	25,5	25,2	27,6	28,6	30,3	30,3	30,5	27,1	-0,1
Saarland	25,5	25,2	25,3	24,4	24,4	25,8	27,0	25,9	26,4	23,8	-1,7
Sachsen	26,4	28,3	31,4	32,5	34,4	34,4	38,4	38,8	36,4	33,3	+6,9
Sachsen-Anhalt	26,8	27,2	27,6	27,6	28,5	30,3	30,8	33,1	32,8	31,6	+4,8
Schleswig-Holstein	31,4	29,6	29,0	28,9	30,4	32,4	35,5	37,3	37,3	31,5	+0,1
Thüringen	30,3	30,9	29,7	28,5	29,7	31,0	33,4	34,3	35,8	31,6	+1,3
Deutschland	28,1	28,1	28,5	28,7	29,8	31,0	32,9	33,7	33,5	31,2	+3,1

Quelle: Statistisches Bundesamt 2001b, 2003a, 2005a, 2007c, 2008b, 2011b, 2013b, 2016a, 2017b, 2018b

Vollzeitäquivalente auf Kreisebene

Um noch detailliertere Aussagen über die Personalsituation in ambulanten Pflegediensten treffen zu können, kann die Betrachtung der Relation pflegebedürftiger Menschen zu vollzeitäquivalenten Pflegekräften auf Kreisebene hilfreich sein. Die Darstellung und der Umfang der dazu erforderlichen Daten variieren in den Datenbanken der Bundesländer jedoch stark, sodass die Berechnung für 2017 lediglich für Bremen, Brandenburg und Berlin darstellbar ist. Bei der durchgeführten Berechnung ist zu beachten, dass die Pflegenden, welche unter 25 Prozent beschäftigt sind, als geringfügig Beschäftigte einbezogen wurden, diese allerdings nicht grundsätzlich eine geringfügige Beschäftigung ausüben. Genauere Angaben zu dem Beschäftigungsanteil dieser Personen waren in den statistischen Datenbanken nicht erfasst. Im Bundesland Brandenburg kamen 2017 3,02 Pflegebedürftige auf eine vollzeitäquivalente Pflegekraft, in Bremen 2,74 und in Berlin 2,03. Innerhalb der Bundesländer variierten die Werte in Brandenburg zwischen 2,20 Pflegebedürftigen pro VZÄ im Landkreis Potsdam-Mittelmark und 3,98 in Cottbus. In Berlin gab es eine Spannweite von 1,64 Pflegebedürftigen pro VZÄ im Stadtteil Reinickendorf bis zu 2,54 Pflegebedürftigen pro VZÄ im Stadtteil Marzahn-Hellersdorf. In Bremen erfolgt die Unterteilung in die Stadt Bremen und Bremerhaven, wobei in Bremen 2,94 Pflegebedürftige pro VZÄ und in Bremerhaven 2,35 Pflegebedürftige pro VZÄ versorgt werden (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2018a, 2018b; Statistisches Landesamt Bremen 2018).

Neben der Betrachtung der VZÄ je 100 Pflegebedürftige, die durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt werden, ist es möglich, die Vollzeitäquivalente auf alle zu versorgenden Pflegebedürftigen zu beziehen (Abbildung 19).

So beschreiben Rothgang et al. (2016), dass zur Beurteilung der Kapazität des ambulanten Sektors die Berechnung der Relation zwischen der absoluten Kapazität in Form der Vollzeitäquivalente ambulanter Pflegedienste und der pflegebedürftigen Bevölkerung dient. Dadurch werde die Kapazität der ambulanten Pflegedienste zur Versorgung der pflegebedürftigen Bevölkerung erkennbar.

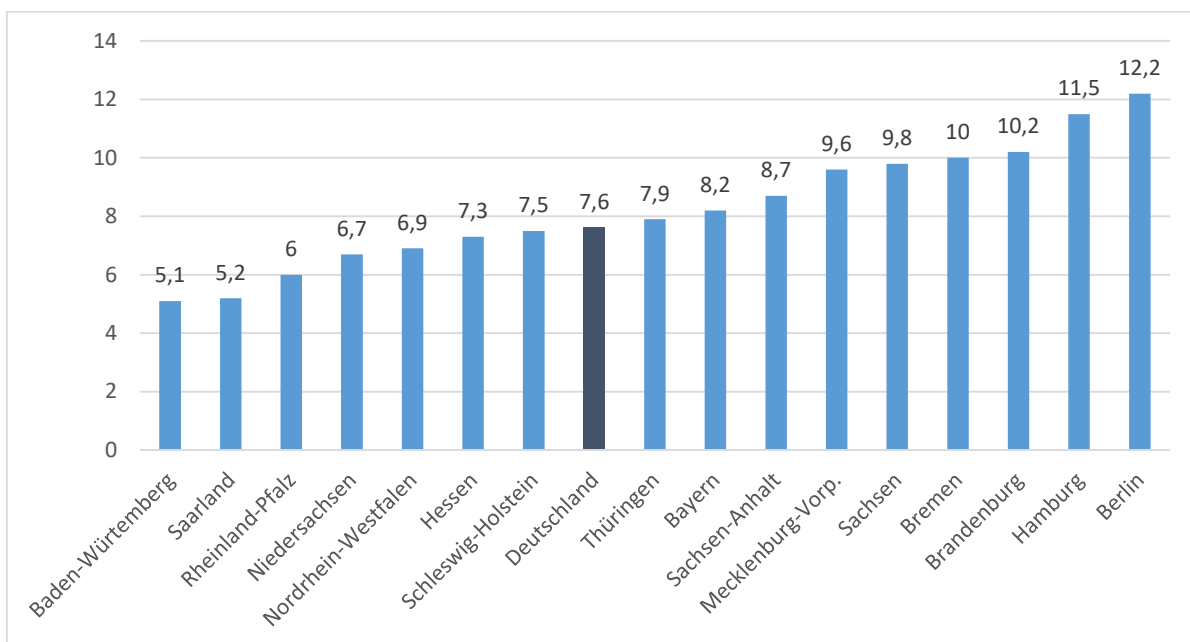


Abbildung 19: Kapazitäten der ambulanten Pflegedienste nach Bundesland im Jahr 2017 (Vollzeitäquivalente je 100 Pflegebedürftige)

Quelle: Statistisches Bundesamt 2018b

Die Ergebnisse für das Jahr 2017 zeigen auch hier deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern. Auffällig ist die hohe Anzahl der Vollzeitäquivalente je 100 Pflegebedürftige in den Stadtstaaten Berlin (12,2), Hamburg (11,5) und Bremen (10), die deutlich über dem Bundesdurchschnitt mit 7,6 Vollzeitäquivalenten je 100 Pflegebedürftige liegen.

Durch die Betrachtung dieser Kapazitäten ambulanter Pflegedienste von 1999 bis 2017 wird eine Zunahme der Relation zwischen der absoluten Kapazität in Form der VZÄ und der pflegebedürftigen Bevölkerung in allen Bundesländern bis auf Hamburg und Bremen deutlich (Tabelle 10). Die Zunahme der VZÄ je 100 Pflegebedürftige beträgt im Bundesdurchschnitt 1,8 VZÄ und variiert zwischen 0,1 in Baden-Württemberg und 3,9 in Mecklenburg-Vorpommern.

Tabelle 10: Entwicklung der Vollzeitäquivalente je 100 Pflegebedürftige (Kapazität der ambulanten Pflegedienste) zwischen 1999 und 2017 in Deutschland

	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	Veränderung 1999 zu 2017
Baden-Württemberg	5,0	5,2	5,9	5,8	5,7	5,8	6,0	6,0	5,9	5,1	+0,1
Bayern	4,8	5,0	5,1	5,4	5,8	6,6	6,9	7,5	8,2	8,2	+3,4
Berlin	10,2	10,3	10,4	11,0	12,4	14,1	14,4	14,3	14,3	12,2	+2,1
Brandenburg	6,9	7,1	7,5	7,8	8,2	9,5	10,0	10,5	11,0	10,2	+3,3
Bremen	10,5	10,0	10,2	9,4	9,9	/	10,2	11,5	12,5	10,0	-0,5
Hamburg	12,7	13,4	12,3	12,8	13,2	13,4	13,4	13,2	13,3	11,5	-1,1
Hessen	5,4	5,3	5,4	5,3	5,7	6,2	6,2	6,7	7,0	7,3	+1,8
Mecklenburg-Vorp.	5,7	6,3	7,0	7,0	7,4	8,2	8,6	9,3	9,8	9,6	+3,9
Niedersachsen	5,2	5,4	5,8	5,8	6,0	6,5	6,7	6,8	7,0	6,7	+1,5
Nordrhein-Westfalen	5,3	5,3	5,4	5,7	6,1	6,8	6,8	7,1	7,3	6,9	+1,6
Rheinland-Pfalz	5,2	5,1	5,1	5,0	5,4	5,9	6,3	6,5	6,6	6,0	+0,9
Saarland	4,9	5,0	4,7	4,8	4,9	5,6	5,7	5,5	5,5	5,2	+0,2
Sachsen	6,7	7,9	8,4	8,5	8,9	9,7	10,5	11,2	10,8	9,8	+3,1
Sachsen-Anhalt	5,7	6,1	6,4	6,7	6,9	7,8	7,9	8,2	8,6	8,7	+3,0
Schleswig-Holstein	5,9	5,9	5,8	5,9	6,3	6,8	7,1	7,6	8,2	7,5	+1,6
Thüringen	6,1	6,6	6,7	6,6	6,9	7,5	8,1	8,3	8,8	7,9	+1,8
Deutschland	5,8	6,0	6,2	6,4	6,7	7,4	7,6	7,9	8,1	7,6	+1,8

Quelle: Statistisches Bundesamt 2001b, 2003a, 2005a, 2007c, 2008b, 2011b, 2013b, 2016a, 2017b, 2018b

Die Berechnung der Vollzeitäquivalente und deren Analyse kann zusätzlich dazu dienen, die Personalsituation in der ambulanten Pflege zu betrachten. Insgesamt muss jedoch hinzugefügt werden, dass diese Berechnung durch die unterschiedlichen Stellenanteile verzerrt wird. Wie bereits beschrieben, handelt es sich um Daten, deren Grundlage die grobe Unterteilung des Personals in Gruppen je nach Stellenumfang darstellt. Somit befinden sich beispielsweise in der Gruppe derjenigen, die über 50 Prozent tätig sind, Personen mit sehr unterschiedlichem Stellenanteil von 51 Prozent bis 99 Prozent. Darüber hinaus muss bei der Interpretation der Zahlen bedacht werden, dass eine Zunahme gerontopsychiatrischer, häufig demenzkranker Patientinnen und Patienten mit spezifischem Versorgungsbedarf stattgefunden hat (Isfort et al. 2004; Klein et al. 2008). Abseits dessen kann sich auch der Umfang an Sachleistungen und der Leistungsanteil nach SGB XI unterscheiden, wodurch Betreuungsrelationen im ambulanten Bereich nur eine begrenzte Aussagekraft zukommt (Schmidt et al. 2011). Der Vergleich

A 1.1 40 von 230

bezüglich der Analyse der Vollzeitäquivalenten zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich stößt aufgrund der unterschiedlichen Rahmenbedingungen an Grenzen, gibt jedoch trotzdem wichtige Hinweise hinsichtlich der verfügbaren personellen Kapazitäten für die ambulante pflegerische Versorgung. Dass die quantitative Sicht auf die Kapazitäten allein nicht ausreichend ist, wird im weiteren Verlauf dieses Berichts im Rahmen der Darstellung der Ergebnisse der Expert*innenbefragung deutlich werden.

Geschlechterverteilung der Beschäftigten ambulanter Pflegedienste

Das Personal in ambulanten Pflegediensten ist überwiegend weiblich. Prozentual lag der Anteil im Jahr 2017 bei 86,5 Prozent. Die Verteilung der Geschlechter des Personals ambulanter Pflegedienste war zwischen 1999 und 2017 weitestgehend gleichbleibend (Abbildung 20).

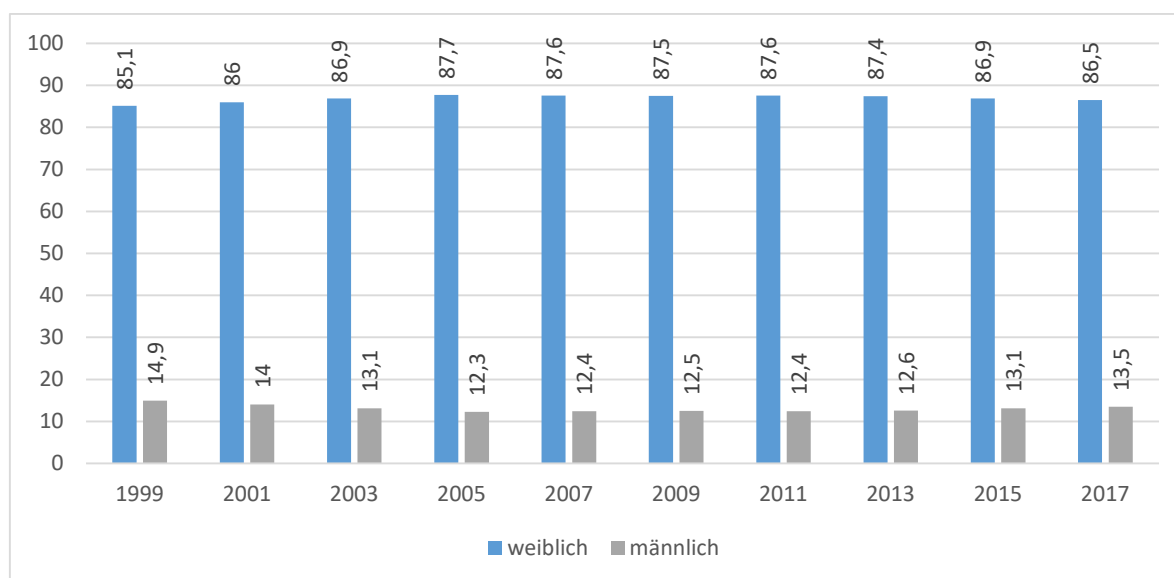


Abbildung 20: Geschlechtsverteilung des Personals ambulanter Pflegedienste von 1999 bis 2017 in Deutschland
Quelle: Statistisches Bundesamt 2001b, 2003a, 2005a, 2007c, 2008b, 2011b, 2013b, 2016a, 2017b, 2018b

Altersstruktur des Personals ambulanter Pflegedienste

Bei der Altersstruktur wird deutlich, dass das Personal im Jahr 2017 überwiegend zwischen 40 und 60 Jahren alt ist. Dabei ist mehr als jeder Dritte (39,9 %) der Beschäftigten in einem ambulanten Pflegedienst 50 Jahre oder älter (Statistisches Bundesamt 2018b).

Abbildung 21 zeigt die Altersstruktur der Beschäftigten ambulanter Pflegedienste in den Jahren 2013, 2015 und 2017⁴. Bei der Betrachtung lässt sich erkennen, dass in allen drei Jahren über 60 % der Mitarbeiter über 40 Jahre waren. Der Anteil der über 50- und über 60-jährigen

⁴ Über die Entwicklung der Altersstruktur des Personals ambulanter Pflegedienste kann nur bedingt eine Aussage getroffen werden. Hierfür liegen die Gründe in der Erhebung der Daten im Rahmen der Pflegestatistik bezüglich der Altersstrukturen durch das statistische Bundesamt, die erst ab 2013 begonnen wurde. Daten für die Altersstruktur in den vorherigen Jahren sind nicht verfügbar, sodass eine Darstellung weiterer zeitlicher Veränderungen nicht möglich ist.

hat sich zudem zwischen 2013 und 2017 leicht erhöht, ebenso der Anteil der über 65-jährigen. Der Anteil der unter 20-jährigen blieb unverändert. Bei den 20-30-jährigen und 40-50-jährigen zeigte sich eine leichte Abnahme und bei den 30-40-jährigen eine leichte Zunahme.

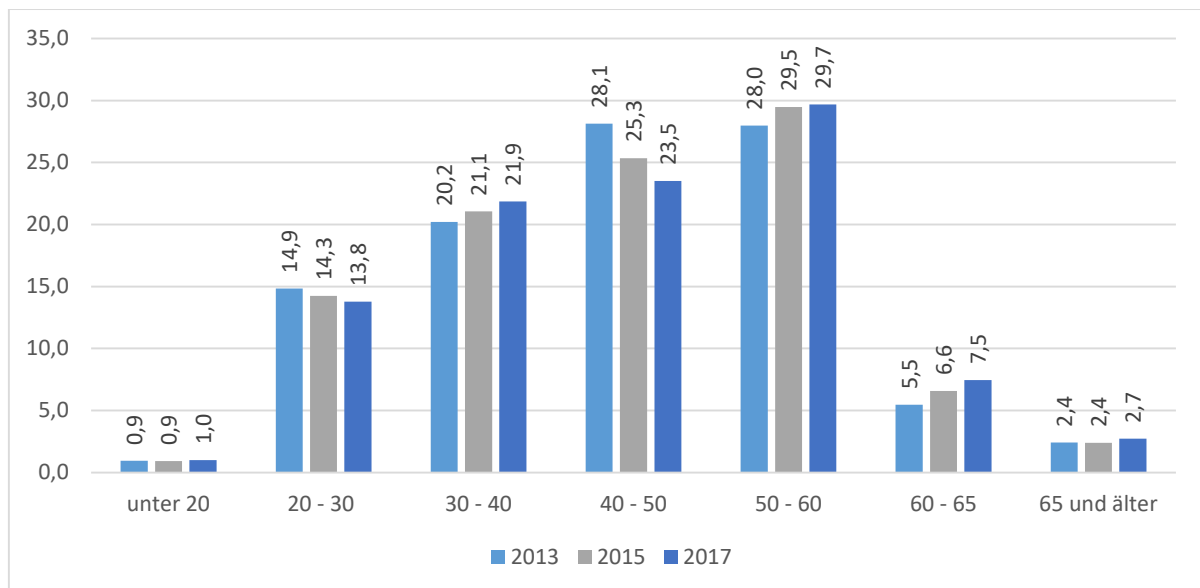


Abbildung 21: Altersstruktur der Pflegekräfte im ambulanten Dienst 2013, 2015 und 2017 (in %)

Quelle: Statistisches Bundesamt 2016a, 2017b, 2018b

Qualifikationsspektrum des Personals ambulanter Pflegedienste

Das Qualifikationsspektrum des Personals ambulanter Pflegedienste reicht von ungelerten Hilfskräften bis zu qualifizierten und spezialisierten Fachkräften. Von der gesamten Personalanzahl im Jahr 2017 waren ca. 24 Prozent staatlich anerkannte Altenpfleger*innen, 20 Prozent Gesundheits- und Krankenpfleger*innen und 2 Prozent Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*innen (Statistisches Bundesamt 2018b). Auf Basis der bisherigen Erkenntnisse stellt sich die Frage, inwieweit sich die Qualifikation der Mitarbeitenden zwischen den Jahren 1999 und 2017 verändert hat (Tabelle 11). Hier wird deutlich, dass der Anteil der staatlich anerkannten Altenpflegenden um 10,3 Prozentpunkte gestiegen, der Anteil der Gesundheits- und Krankenpflegenden um 11,5 Prozentpunkte gesunken ist. Eine solche Veränderung lässt sich in den anderen Berufsgruppen nicht feststellen. Hier ist der Anteil größtenteils gleichgeblieben.

Tabelle 11: Anteil der Beschäftigten nach Qualifikation in den ambulanten Pflegediensten von 1999 bis 2017 in Deutschland

	Anteil der Beschäftigten nach Qualifikation in %										
	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	Entwicklung 1999 zu 2017
Staatlich anerkannte/-r Altenpfleger/-in	13,9	14,9	15,8	17,0	19,0	19,7	20,5	21,4	22,0	24,1	+10,3
Staatlich anerkannte/-r Altenpflegehelfer/-in	2,1	2,3	2,4	2,3	2,6	3,2	4,1	4,4	5,0	5,4	+3,3
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	31,6	30,3	31,5	33,3	33,1	30,5	27,6	25,4	23,1	20,1	-11,5
Krankenpflegehelfer/-in	5,6	5,0	4,8	4,1	4,3	4,4	4,5	4,3	4,1	3,7	-1,8
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in	2,4	2,4	2,7	2,9	3,1	2,9	2,6	2,5	2,3	1,9	-0,5
Heilerziehungspfleger/-in, Heilerzieher/-in	0,2	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	+0,1
Heilerziehungspflegehelfer/-in	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	+0,0
Heilpädagogin, Heilpädagoge	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	+0,0
Ergotherapeut/-in	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	+0,0
Physiotherapeut/-in (Krankengymnast/-in)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	+0,1
Sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe	1,5	1,5	1,5	1,4	1,2	1,3	1,3	1,4	1,4	1,0	-0,6
Sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Berufsabschluss	0,8	0,8	0,7	0,7	0,6	0,6	0,5	0,5	0,4	0,4	-0,5
Familienpfleger/-in mit staatlichem Abschluss	1,0	1,2	1,1	0,8	0,6	0,6	0,5	0,5	0,4	0,3	-0,7
Dorfhelfer/-in mit staatlichem Abschluss	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,1
Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität	0,2	0,3	0,3	0,3	0,8	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	+0,1
Sonstiger pflegerischer Beruf	8,6	9,9	9,7	8,8	7,2	8,0	8,1	7,4	7,1	6,9	-1,7
Fachhauswirtschafter/-in für ältere Menschen	0,6	0,7	0,5	0,4	0,6	0,4	0,3	0,3	0,2	0,2	-0,4
Sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	2,2	2,2	2,0	2,1	3,9	2,5	2,2	2,0	2,1	2,1	-0,1
Sonstiger Berufsabschluss	17,5	18,0	17,9	17,0	15,7	18,1	19,8	20,7	22,3	22,6	+5,1
Ohne Berufsabschluss								5,2	5,1	7,1	-4,2
Auszubildende/-r, (Um-)Schüler/-in	11,3	10,0	8,6	8,1	6,4	6,7	6,7	3,1	3,3	3,2	+3,2
Insgesamt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	0,0

Quelle: Statistisches Bundesamt 2001b, 2003a, 2005a, 2007c, 2008b, 2011b, 2013b, 2016a, 2017b, 2018b

Tätigkeitsbereiche innerhalb des ambulanten Pflegedienstes

Neben der Betrachtung des Qualifikationsspektrums der Beschäftigten ambulanter Pflegedienste ist auch die Darstellung der verschiedenen Tätigkeitsbereiche innerhalb der ambulanten Pflegedienste für Fragen bezüglich der Personalsituation von Bedeutung.

Tabelle 12 zeigt die Entwicklung des Anteils der verschiedenen Tätigkeitsbereiche innerhalb der ambulanten Pflegedienste von 1999 bis 2017. Dabei lässt sich erkennen, dass sich der Anteil der hauswirtschaftlichen Versorgung im Zeitverlauf von 19 Prozent im Jahr 1999 auf 12,7 Prozent im Jahr 2017 am deutlichsten verringert hat. Die Anteile der Bereiche Pflegedienstleitung und Verwaltung/Geschäftsführung haben leicht abgenommen, während die Bereiche Grundpflege und sonstiger Bereich anteilmäßig leicht zugenommen haben. Zudem ist ab 2013 der Bereich der häuslichen Betreuung hinzugekommen, dessen Anteil in den darauf folgenden Jahren überwiegend gleichgeblieben ist und 2017 bei 3,8 Prozent lag.

Tabelle 12: Anteil des überwiegenden Tätigkeitsbereichs von Mitarbeitenden ambulanter Pflegedienste in Deutschland im Zeitverlauf von 1999 bis 2017 (in %)

	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	Veränderung 1999 zu 2017
Pflegedienstleitung	6,3	6,4	6,4	6,4	6,3	5,8	5,7	5,3	5,1	5,1	-1,2
Grundpflege	65	65,7	67,5	69	69,3	69,8	70,4	68,5	67,2	68,6	+3,6
häusliche Betreuung	-	-	-	-	-	-	-	3,3	4,2	3,8	-
Hauswirtschaftliche Versorgung	19	17,8	16,2	13,9	14	13,6	13,1	11,8	12,5	12,7	-6,3
Verwaltung, Geschäftsführung	5	5,1	5,2	5,4	5,2	4,9	4,9	4,8	4,7	4,7	-0,3
Sonstiger Bereich	4,8	5	4,8	5,2	5,2	5,8	5,9	6,3	6,4	5,1	+0,3

Quelle: Statistisches Bundesamt 2001b, 2003a, 2005a, 2007c, 2008b, 2011b, 2013b, 2016a, 2017b, 2018b

2.2 Zusammenfassung der Analyse der Pflegestatistik

Im Folgenden werden die Erkenntnisse der bisherigen statistischen Analyse zusammenfassend dargestellt. Zudem wird kurz auf Veränderungen durch die Einführung des neuen Begriffs der Pflegebedürftigkeit eingegangen.

Die Auswertungen der Pflegestatistiken von 1999 bis 2017 verdeutlichen die kontinuierlich steigende Bedeutung des ambulanten Sektors der pflegerischen Versorgung. Trotz des seit langem vorhergesagten Rückgangs des familiären Pflegepotenzials, ist die Anzahl der in ihrem häuslichen Umfeld versorgten pflegebedürftigen Menschen kontinuierlich gestiegen. Diese Entwicklung wird auch durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs beeinflusst: Zwischen 2015 und 2017 ist die Anzahl der Pflegegeldempfänger*innen um fast 30 Prozent gestiegen, die Anzahl der Empfänger*innen von Sach- und Kombileistungen hat sich um

20 Prozent und die Anzahl der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen um 4,5 Prozent erhöht. Folglich veränderte sich auch die Relation der unterschiedlichen Versorgungsarrangements dahingehend, dass sich der Anteil der Pflegegeldempfänger*innen an allen Pflegebedürftigen leicht erhöht hat, während der Anteil der vollstationären Pflege entsprechend zurückgegangen ist.

Gleichbleibend ist die Tendenz, dass die Inanspruchnahme professioneller Pflegeangebote mit dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit ansteigt. Es gibt keinen Automatismus zwischen Pflegestufe/grad und Inanspruchnahmeverhalten, es zeigt sich aber, dass der Anteil der Pflegegeldempfänger*innen in der Pflegestufe I deutlich höher war als in Pflegestufe III und in der vollstationären Pflege der Anteil der pflegebedürftigen Menschen in der Pflegestufe III deutlich erhöht war. Diese Tendenz findet sich auch nach Einführung des neuen Begriffs der Pflegebedürftigkeit. Die konkrete Entscheidung für das Versorgungsarrangement bleibt jedoch immer von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst.

Entsprechend der gestiegenen Bedeutung der ambulanten Pflege sind sowohl die Anzahl ambulanter Pflegedienste als auch die Anzahl der Beschäftigten dieser Dienste und die Anzahl der Vollzeitäquivalente in Relation zur Anzahl pflegebedürftiger Menschen gestiegen. Bezüglich der Pflegedienste hat es deutliche Veränderungen im Verhältnis privater und freigemeinnütziger Pflegedienste dahingehend gegeben, dass die Anzahl privater Pflegedienste deutlich gestiegen ist. Bezogen auf die Anzahl der durch die unterschiedlichen Dienste versorgten Pflegebedürftigen steht das Verhältnis zwischen privaten und freigemeinnützigen Diensten in etwa in einer Balance, aber auch dabei hat die Bedeutung privater Dienste zugenommen. Die Entwicklungen auf dem Pflegemarkt hinsichtlich der Trägerschaft ambulanter Pflegedienste verlaufen jedoch in den einzelnen Bundesländern sehr heterogen.

Grundsätzlich nimmt die Anzahl der Beschäftigten ambulanter Pflegedienste zu. Bei Betrachtung des Beschäftigungsumfangs wird deutlich, dass der Anteil der Teilzeitkräfte bundesweit steigt und der Anteil der Vollzeitbeschäftigten sinkt, wobei sich der Umfang der Teilzeitbeschäftigung erhöht hat. Auch hier zeigen sich Unterschiede zwischen den Bundesländern. Die größten Unterschiede der Vollzeitbeschäftigten liegen zwischen Berlin mit 37,5 Prozent und Bremen mit 18,0 Prozent. Insgesamt weisen die ostdeutschen Bundesländer einen höheren Anteil an Vollzeitbeschäftigten auf als die westdeutschen Bundesländer.

Auch die Kapazität des ambulanten Sektors, gemessen anhand der Relation zwischen Vollzeitäquivalenten und allen Pflegebedürftigen, hat von 1999 bis 2017 zugenommen und zeigt deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern. Demnach besteht eine hohe Anzahl vollzeitäquivalent Beschäftigter je 100 Pflegebedürftige in den Stadtstaaten Berlin (12,2), Hamburg (11,5) und Bremen (10,0) und in Brandenburg (10,2), die deutlich über dem Bundes-

durchschnitt mit 7,6 VZÄ liegen. Der geringste Anteil besteht mit 5,1 VZÄ auf 100 Pflegebedürftige in Baden-Württemberg. Die Spannweite der Zu- bzw. Abnahmen der VZÄ reicht von -1,1 in Hamburg bis +3,9 in Mecklenburg-Vorpommern, sodass 2017 nicht in allen Bundesländern wie noch im Jahr 2015 eine Zunahme der VZÄ je 100 Pflegebedürftige zu verzeichnen ist.

Das Personal ambulanter Pflegedienste ist überwiegend weiblich und zwischen 40 und 60 Jahre alt. Das Qualifikationsspektrum des Personals hat sich zwischen 1999 und 2017 verändert: der Anteil der Altenpfleger*innen steigt um den gleichen Prozentanteil, wie der Anteil der Gesundheits- und Krankenpfleger*innen sinkt. Hinsichtlich der Tätigkeitsbereiche ambulanter Pflegedienste kann festgehalten werden, dass der Anteil der hauswirtschaftlichen Versorgung, der Pflegedienstleitung sowie Verwaltung sinkt und der Anteil an Grundpflege steigt.

Neben den Entwicklungen im Bereich der Pflegeversicherung zeigen die ansteigenden Ausgaben und Fallzahlen der häuslichen Krankenpflege auch bei der pflegerischen Versorgung im SGB V einen deutlichen Bedeutungsanstieg.

Aktuelle Veränderungen nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Für die Frage zukünftiger Personalplanungen in der ambulanten Pflege sind die Ergebnisse der Pflegestatistiken zwischen 1999 und 2015 lediglich ein Ausgangspunkt, da durch die zum 01.01.2017 erfolgte Einführung des neuen Begriffs der Pflegebedürftigkeit vielfältige Veränderungen eingetreten sind, die zukünftig Berücksichtigung finden müssen. Aus diesem Grund sollen erste Erkenntnisse zu Entwicklungen der Anzahl der Leistungsberechtigten innerhalb der Pflegeversicherung und ihrer Verteilung nach Pflegegraden und Versorgungssettings kurz dargestellt werden.

Nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes (2018a, 2018b) liegen die aktuellen Zahlen der Leistungsempfänger und die Höhe der Leistungen deutlich über den prognostizierten Erwartungen. So erhalten rund 115.000 Menschen mehr Leistungen aus der Pflegeversicherung als in den Annahmen vor der Reform erwartet wurden. Die Auswertungen der Begutachtungsergebnisse zeigen, dass pflegebedürftige Menschen durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und der Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade bessergestellt werden. Des Weiteren nimmt der relative Anteil an höheren Pflegegraden zu. Neben den finanziellen Auswirkungen für die Pflegeversicherung ist für die Frage der Personalbemessung von Bedeutung, dass die Tendenz einer höheren Inanspruchnahme professioneller Pflegeleistungen bei schwerer und schwerster Pflegebedürftigkeit einen entsprechenden Bedarf erwarten lässt.

Die bisherige Verteilung pflegebedürftiger Menschen zwischen ambulanter und stationärer Pflege nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs lässt vermuten, dass der Bedarf an professioneller Unterstützung in der ambulanten Pflege höher sein könnte, da sich das Verhältnis zwischen ambulanter und stationärer Versorgung noch weiter in Richtung ambulanter Versorgung entwickelt hat. Von den Ende 2017 3,30 Millionen pflegebedürftigen Menschen in Deutschland wurden 2,52 zu Hause versorgt. Dies entspricht einem Anteil von mehr als 76 %. Im ambulanten Bereich zeigt sich nach der Umstellung von den drei Pflegestufen in die fünf Pflegegrade, dass rund 50% der Leistungsempfänger im Pflegegrad 2 eingestuft wurden. 6,5% wurde der Pflegegrad 1, 27,6% der Pflegegrad 3, 11,3% der Pflegegrad 4 und 4,3% der Pflegegrad 5 zugesprochen.

Verknüpft mit dem aufgrund demografischer Entwicklungen erwarteten Anstieg der Anzahl pflegebedürftiger Menschen lässt sich auf Basis der Zahlen ein steigender Bedarf ableiten. Im Pflegereport 2016 der Barmer GEK (Rothgang et al. 2016) wurden Berechnungen zur Darstellung der tatsächlich zu erwartenden Versorgungslücke in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland durchgeführt. Im Ergebnis zeigte sich dabei bis 2030 ein Bedarf von 276.000 Vollzeitäquivalenten in der Pflege insgesamt. Der Anteil für die ambulante Pflege daran liegt bei 99.000 VZÄ.

2.3 Übersicht nationaler und internationaler Ansätze zur Personalbedarfsplanung in der ambulanten Pflege

2.3.1 Methodisches Vorgehen

Zur Identifikation von Vorgehensweisen bezüglich der Personalvorhaltung, des Personaleinsatzes und der Personalbedarfsplanung in der ambulanten Pflege wurde eine Literatur- und Materialrecherche zu nationalen und internationalen Arbeiten durchgeführt. Die leitenden Fragestellungen für die Recherche waren darauf ausgerichtet, Hinweise auf bestehende Verfahren zur Planung des Personalbedarfs im ambulanten Bereich zu erhalten. Zwar sind die Organisation und die Akteure der ambulanten Pflege in anderen Ländern nur bedingt mit den deutschen Gegebenheiten vergleichbar, unabhängig davon stellen sich aber auch dort Fragen des Personaleinsatzes und der Personalbedarfsplanung für die Sicherstellung einer fachlich angemessenen pflegerischen Versorgung. Die entsprechenden Ansätze sollen identifiziert und hinsichtlich ihrer Aussagekraft für Empfehlungen für die deutsche Situation analysiert werden.

Die Recherche hat einen explorativen Charakter. Sie wurde in den nationalen und internationalen Datenbanken LIVIVO, Medline/Pubmed, CINAHL, Web of Science, Cochrane und

Google Scholar durchgeführt. Darüber hinaus wurden auch die Referenzen der eingeschlossenen Studien nach weiteren Artikeln durchsucht. Die initiale Recherche wurde im August 2018 durchgeführt. Zu Projektende im August 2019 wurde die Recherche aktualisiert, es konnten aber keine relevanten neuen Ergebnisse identifiziert werden.

Bei der Recherche wurden deutsch- und englischsprachige Suchbegriffe verwendet (Tabelle 13). Die einzelnen Begriffe wurden mit den Bool'schen Operatoren ‚AND‘ bzw. ‚OR‘ in verschiedenen Kombinationen miteinander verknüpft. Diese Methode ergab in den unterschiedlichen Datenbanken eine große Anzahl von Treffern, die anhand des Screenings der Titel und Abstracts auf thematisch relevante Literatur eingegrenzt wurden. Eingeschlossen wurden deutsch- und englischsprachige Arbeiten, auf die die Möglichkeit des unmittelbaren Zugriffs in Form eines Abstracts oder des Volltexts bestand. Nach Sichtung der Volltexte wurden weitere Dokumente aufgrund von fehlendem Bezug zum Thema aussortiert.

Ergänzend zu der Recherche in den Datenbanken wurde eine Freihandsuche in Suchmaschinen und Bibliothekskatalogen durchgeführt, da Informationen zur Personalbedarfsplanung in der ambulanten Pflege in wissenschaftlichen Datenbanken nur in begrenztem Umfang zu finden sind.

Tabelle 13: Suchbegriffe bei der Literaturrecherche

Kategorie Deutsch	Kategorie Englisch	Merkmal Deutsch	Merkmal Englisch
Pflege	Nursing, caring	Pflege alter Menschen	Nursing for seniors, nursing for elderly
Ambulante Pflege	Home care, ambulatory care, outpatient care, community care, services	Ambulante Pflegedienste, Gemeindepflege, Häusliche Pflege	Outpatient care, Ambulatory nursing services, home care services, home care, community nursing, community care, nursing aged service, sub-acute care, reimbursement, mobile nursing service, outpatient nursing care, mobile care service, home assistance service
Langzeitpflege	Long term care	Pflege alter Menschen zuhause	Care for older people at home
Personal	Staffing	Personal, Personalbestand, Pflegekraft-Patient-Quote, Ressourcen, Arbeitskräfte, Arbeitnehmer	Staffing, staffing levels, nurse-patient/user/consumer/resident-ratio, personnel, human resources, employees, nurses, staff requirement, personnel planning, human resource planning, manpower, staff expenses, staff costs, personnel expenditure, personnel recruitment, employee retention, personnel commitment, personnel requirement planning, human resource planning, headcount planning, personnel needs plans, manpower requirement planning, staff demand planning

Kompetenzen	Skills	Kompetenzmix, Qualifikationen, Strukturmerkmale	Skill-mix, qualification, structure criteria
Arbeitsaufwand	Workload	Arbeitsaufwand, Arbeitsfähigkeit, Belegschaft	workload, work ability, workforce

2.3.2 Zusammenfassende Ergebnisse der Literaturrecherche

Die Literaturrecherche identifizierte größtenteils Studien aus Großbritannien, Kanada und den USA, insgesamt zeigt sich jedoch eine schmale Literaturlage zu dem Themenbereich der Personalbedarfsplanung in der ambulanten Pflege. Der inhaltliche Schwerpunkt der identifizierten Studien liegt primär auf der Darstellung der Personalbelastung und -planung in den Bereichen Community Nursing und District nursing. Neben Studien, in denen einzelne Tools sowie deren Entwicklung und methodische Testung beschrieben werden, liegen auch einige Übersichtsarbeiten zu verschiedenen Instrumenten vor, welche vorrangig verschiedene Systematiken und Strategien zur Workload-/Caseloadbemessung beschreiben. Da im Verlauf dieses Projekts unterschiedliche Begrifflichkeiten Verwendung finden, die nicht immer eindeutig gebraucht werden, erfolgt vor der Darlegung der Ergebnisse eine kurze Einführung zu dem Begriffen der Personalplanung, Personalbedarfsplanung und Personalbemessung sowie bekannten Problemen in diesem Zusammenhang in der ambulanten Pflege.

Personalplanung

Allgemein wird unter dem Begriff Personalplanung die gedankliche Vorbereitung von zukünftigen personellen Maßnahmen verstanden. Die Planung soll dazu dienen, dass kurz-, mittel- und langfristig das erforderliche Personal zur Verfügung steht. Die Personalplanung enthält die Teilbereiche (Bartscher et al. 2015):

- „Ermittlung des Personalbedarfs;
- Planung der Personalbeschaffung;
- Planung der Personalentwicklung;
- Planung des Personaleinsatzes;
- Planung der Personalfreisetzung“

Personalbedarfsplanung

Die Personalbedarfsplanung kann als integraler Bestandteil eines Personalplanungssystems angesehen werden (Lindner-Lohmann et al. 2016). Sie beinhaltet „alle Maßnahmen zur Ermittlung der Art und Anzahl Personen, die zu einem künftigen Zeitpunkt in bestimmten Organisationseinheiten benötigt werden“ (Bokranz und Kasten 2003). Die Ermittlung des Personalbedarfs umfasst quantitative, qualitative, zeitliche sowie örtliche Dimensionen und wird von

zahlreichen internen und externen Faktoren, wie beispielsweise der Arbeitsaufgabe, dem Arbeitsträger und den Arbeitsbedingungen beeinflusst (Bartscher et al. 2015; Lindner-Lohmann et al. 2016).

Personalbemessung

„Als Personalbemessung werden Verfahren bezeichnet, mit denen der quantitative Personalbedarf bei vorgegebener Qualifikation zu einem bestimmten Zeitpunkt in bestimmten Organisationseinheiten ermittelt wird“ (Bokranz und Kasten 2003). Zur Personalbemessung stehen verschiedene summarische und analytische Verfahren zur Auswahl. Die Verfahren unterscheiden sich dadurch, dass bei den summarischen Verfahren auf die Analyse der zu erfüllenden Aufgaben verzichtet wird und keine Unterscheidung zwischen Grund- und Einsatzlast sowie zwischen Regelarbeitszeit und Nettokapazitätsbestand stattfindet.

Zu den summarischen Verfahren zählen beispielsweise die Schätzverfahren, bei denen eine Expert*innenbefragung durchgeführt wird. Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit der Zeitreihenverfahren, bei denen der Personalbedarf mittels Regressionsanalysen aus Vergangenheitswerten prognostiziert wird. Bei dem Stellenplan-Verfahren oder auch Arbeitsplatz-Verfahren handelt es sich um ein organisatorisches Verfahren, bei dem der Personalplan unabhängig von der Arbeitsmenge auf Basis eines vorliegenden Stellenplans bestimmt wird. Unter den sogenannten Kennzahlenverfahren werden alle Verfahren zusammengefasst, die den Personalbedarf in Abhängigkeit einer Bezugsgröße (z.B. einer direkten Arbeitsmenge oder einer Wertgröße) ermitteln (Bokranz und Kasten 2003). Darüber hinaus gibt es die monetären Verfahren, bei denen der Personalbedarf anhand der zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel bestimmt wird (Bröckermann 2016).

Bei der analytischen Personalbemessung wird der Personalbedarf anhand der Arbeitsmenge und der Zeit ermittelt. Dafür wird zunächst eine Aufgabenverteilung vorgenommen und im Anschluss den Organisationseinheiten zu allen Aufgaben, die sie zu erfüllen haben, Mengen und Zeiten zugeordnet. Auf Basis dieser Informationen wird die Einsatzlast/der Kapazitätsbedarf als Summe der Grundlast und Verteillast berechnet. Der Kapazitätsbedarf wird dann dem Netto-Kapazitätsbestand gegenübergestellt. Letzterer berechnet sich aus der Summe der Regelarbeitszeiten aller in der Organisationseinheit beschäftigten Personen abzüglich der Reserverlast (Abschlag für die mittlere Anzahl abwesender Personen, z.B. durch Krankheit und Urlaub). In einem letzten Schritt kann aus diesen Informationen der Personalbedarf und der Personalmehr bzw. Minderbedarf bestimmt werden (Bokranz und Kasten 2003).

Die Gewährleistungen einer adäquaten Personalplanung kann als Pflicht und Verantwortung des Gesundheitswesens betrachtet werden und wird in Großbritannien durch die Richtlinien

der NHS (National Health Service) festgelegt. In England gehört die Berechnung einer ausreichenden personellen Ausstattung zu einem der Standards, die jede Pflegeeinrichtung nachweisen muss, um den Vorgaben der Care Quality Commission (CQC) zu entsprechen (Royal College of Nursing 2010). Eine genaue Angabe über die „ausreichende“ Personalausstattung im ambulanten Setting lässt sich nicht identifizieren.

Aber auch wenn keine genaue Definition bezüglich einer als „ausreichend“ beschriebenen Personalausstattung vorliegt, wird von mehreren Autor*innen (Royal College of Nursing 2010; Hurst 2006; Buchan und Seccombe 2012; Smith und Jack 2012; Francis 2013; Royal Collage of Nursing 2013) auf die möglichen Auswirkungen einer unzureichenden Personalbedarfsplanung hingewiesen. Zu diesen Auswirkungen können unter anderem die Steigerung von Stress, die Reduzierung des Wohlbefindens und die daraus resultierende steigende Krankheitsrate der Beschäftigten gehören (Royal College of Nursing 2010; Hurst 2006). Vor diesem Hintergrund weist das Royal College of Nursing (2010) darauf hin, dass eine größer werdende Evidenz in Bezug auf den Zusammenhang zwischen der Personalausstattung und den Patient-outcomes (u.a. Mortalität) vor allem für den Krankenhaussektor vorliegt, für den ambulanten Bereich wurde dieser Zusammenhang bislang nicht ausreichend wissenschaftlich untersucht. Demnach können eine unzureichende Personalplanung und der damit verbundene Personalmangel Auswirkungen auf die Patientensicherheit haben. Personalmangel hat aber auch Auswirkungen auf den finanziellen Kontext. Somit können vermeidbare Komplikationen wie Druckgeschwüre zwar zu einer Kostensenkung im Gesundheitssystem führen. Diese Komplikationen lassen sich jedoch nur vermeiden, wenn eine effektive Pflege konsequent durchgeführt wird. Dafür müssen jedoch die entsprechend qualifizierten Pflegekräfte in ausreichender Menge eingesetzt werden. Somit ist eine robuste Planung der Ressourcen des Pflegepersonals unabdingbar (Royal College of Nursing 2010).

(Hurst 2006) prognostiziert, dass die Personalplanung und -entwicklung an Komplexität steigen werden, da die Variablen, die sie beeinflussen, mit dem Tempo der Dienstleistungen zunehmen werden. Die entscheidende Frage ist, wie man die Pflegekräfte in Zeiten des Wandels positiv und progressiv unterstützt und weiterbildet, um der Nachfrage gerecht zu werden, da die Bevölkerung insgesamt älter wird, länger lebt und immer komplexere Komorbiditäten aufweist (Jackson et al. 2015a). Darüber hinaus zwingen die aktuellen Erfordernisse der Gesundheitsversorgung die Verantwortlichen der Personalplanung und -entwicklung dazu, Strategien umzusetzen, die auf Effektivität, Sicherheit und Personenzentriertheit abzielen (Francis 2013).

Aus dieser beschriebenen Problemlage leiten Jackson et al. (2015a) die Forderung nach einem flexiblen und ausgewogenen Ansatz bei der Personalplanung und der Beauftragung von Dienstleistungen ab, der den sich ändernden Bedürfnissen der Patienten und ihren persönlichen Präferenzen gerecht wird. Die Notwendigkeit eines solchen Ansatzes sehen Jackson et

al. (2015a) auch in den möglichen Auswirkungen einer unangemessenen Teamgröße und -zusammensetzung: wenn das Niveau und der Personalmix nicht mit dem Bedarf abgestimmt werden, ist nicht nur das Pflegevolumen betroffen. Auch die Qualität jeder einzelnen Pflegemaßnahme und –interaktion könnte durch übermäßige Arbeitsbelastung beeinträchtigt werden. Daraus könnten erhöhter Stress, Krankheit und niedrigere Arbeitsmoral sowie eine höhere Fluktuationsrate resultieren (Jackson et al. 2015a).

Bei Betrachtung der verschiedenen Tools zur Personalbedarfsmessung in der ambulanten Pflege konnten Jackson et al. (2015b) neben dem festgestellten Mangel an entsprechenden Instrumenten verdeutlichen, dass diese sehr unterschiedlich in Bezug auf Einbindung der Mitarbeitenden, Qualität und Konsistenz der erhobenen Daten sind. Die Grundannahme der bestehenden Methoden, Pflege als lineare Reihenfolge von Aufgaben zu betrachten, führe dazu, dass die pflegerischen Tätigkeiten vereinfacht und als Aktivitätsanalyse erfasst werden. Die Komplexität der ambulanten Pflege vor dem Hintergrund von Angebot und Nachfrage werde so nicht ausreichend differenziert abgebildet. Laut Jackson et al. (2015b) zeige die Messung der Arbeitsbelastung anhand der alleinigen Zählung der Patientenkontakte nicht eindeutig die volle Arbeitsbelastung Pflegenden. Der größte Teil der Arbeit bleibe dabei „unsichtbar“.

Bei Betrachtung der internationalen Literatur wird deutlich, dass sich der ambulante Sektor auch in anderen Ländern ähnlichen Herausforderungen stellen muss, wie sie in Deutschland zu finden sind. Demnach sei auch in England zu beobachten, dass je nach geografischer Lage und Bevölkerungsmix die Pflegedienste sehr unterschiedlich sind. Diese Unterschiede ergeben sich unter anderem durch Faktoren wie die Bereitstellung von Dienstleistungen für ländliche und abgelegene Gemeinden und die Höhe der Investitionen in mobile Arbeitslösungen. Gleichzeitig bestehe ein weiteres Problem in der Verlagerung vom stationären in den ambulanten Sektor mit gleichzeitigem Rückgang der Pflegenden in der Gemeindepflege. Zusätzlich nehmen die Anzahl der Pflegebedürftigen sowie die Schwere der Pflegebedürftigkeit zu. Die höheren Abhängigkeitsniveaus erfordern wiederum ein steigendes Maß an Pflegezeit. Somit sind die Unterschiede innerhalb des „caseloads“ abhängig von den erbrachten Leistungen und der zu versorgenden Bevölkerung (Jackson et al. 2015a).

Darüber hinaus bestehe keine einheitliche Definition über die Aufgaben der Pflegenden und über die Merkmale der Pflegebedürftigen (Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit). Zusätzlich sei die Arbeitsbelastung der Dienste ungleichmäßig verteilt, einige sind überbelastet, andere unterlastet. Somit sei es nicht möglich, auf Schwankungen in der Arbeitsbelastung zu reagieren, indem die Personalressourcen dorthin umverteilt werden, wo sie am dringendsten benötigt werden. Das Risiko einer ineffizienten Dienstleistung sei dadurch erhöht (Jackson et al. 2015a).

Es bestehen erhebliche Einschränkungen der derzeitigen Erkenntnisse über den Qualifikationsmix im globalen Gesundheitspersonal, und es fehlt an spezifischer Literatur über Werkzeuge und Modelle für Pflegekräfte (Buchan und Seccombe 2012), insbesondere im Kontext der Gemeinde- bzw. ambulanten Pflege (Storey et al. 2009). Die wenigen Daten über den Personalbestand in der ambulanten Pflege können aufgrund der unterschiedlichen Studiendesigns nicht miteinander verglichen werden.

Im Rahmen der Recherche wurde auch Literatur zur Einsatz- und Tourenplanung gefunden. Da dies nicht direkt der Fragestellung dieser Arbeit entspricht, wurde diese Literatur lediglich auf Hinweise zu Determinanten, die auch für die Personalbedarfsplanung von Relevanz sein könnten, gescreent. Die betrachteten Berechnungsverfahren zur Tourenoptimierung bezogen keine Variablen mit ein, die nicht in der vorherigen Literaturanalyse bereits gefunden wurden. Hauptsächlich wurden die Qualifikation der Mitarbeiter, die geografische Lage, Arbeits- und Pausenzeiten und geplante Zeitfenster bei den Klienten mit einbezogen. Ein ähnliches Vorgehen zeigt sich auch bei einer Studie, die sich mit verschiedenen Planungsproblemen in Bezug auf die Personalbedarfsplanung in ambulanten Pflegediensten beschäftigte (Rodriguez et al. 2015). Dort wurden als zentrale Parameter die Nachfrage (geografisch und pathologisch, also die unterschiedlichen Klient*innenstrukturen), die Schätzung der Fahrtzeiten und die Zeit, welche von einer Berufsgruppe zur Behandlung der verschiedenen Pathologien benötigt wird, herausgestellt (Rodriguez et al. 2015).

Im Folgenden sind zunächst die Ansätze zur Personalbedarfsplanung (3 Dokumente) in der ambulanten Pflege in Deutschland und im Anschluss die internationalen Ansätze (30 Dokumente) dargestellt.

2.3.4 Ansätze zur Personalbedarfsplanung in Deutschland

In der Literatur zur Personalbedarfsplanung in der ambulanten Pflege im deutschsprachigen Raum wurden insgesamt drei Ansätze (Böning 2011; Sießegger 2004/2005; Kellmayer 1998) identifiziert, die nachfolgend beschrieben werden. Im Ansatz von Böning wird der ungefähre Personalbedarf über die Menge der zu erbringenden Leistungen und die kalkulatorische Durchschnittszeit dieser Leistungen mithilfe folgender Formel berechnet (Böning 2011):

$$\frac{\text{Anzahl der Leistungen im Jahr} \times \text{Durchschnittszeit der Leistung}}{\text{Nettoarbeitszeit einer Vollzeitkraft/einer Teilzeitkraft}}$$

Darüber hinaus beschreibt Böning (2011), dass die Pflegekonzeption und das Leitbild des Pflegedienstes die wichtigste Grundlage für die Ermittlung des Personalbedarfs sind, da dort die angebotenen Leistungen und deren Qualitätsniveau festgelegt werden.

Zudem erfolgt der Hinweis, dass die Mindestvorgaben für das erforderliche Personal eingehalten werden müssen, welche sich je nach Bundesland unterscheiden. Dies gilt für Fach- ebenso wie für Hilfskräfte. Ein bundeseinheitlicher Ansatz lässt sich aufgrund der Unterschiede in den Vergütungssystemen zwischen den Bundesländern und den dort vereinbarten Leistungskomplexen nicht beschreiben, da keine einheitlichen Minutenwerte hinterlegt sind, die die Durchschnittszeit der Leistung festlegen könnten.

Bei der Bestimmung des quantitativen Personalbedarfs sind darüber hinaus diese weiteren Faktoren zu bedenken (Böning 2011):

- die zu erwartende Menge an Leistungen
- saisonale Schwankungen in der Nachfrage
- Bedarf an Pflegefachpersonal und Pflegehilfpersonal
- Bedarf an sonstigem Personal
- Regionale Lage des Pflegedienstes/örtliche Ausdehnung/Straßenverhältnisse
- Kundenverteilung
- Arbeitsverhalten der Mitarbeiter

Neben den pflegerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen sind auch Wege- und Regiezeiten (Administration, Übergabe, Dokumentation, Fortbildung) bei der Kalkulation des Personalbedarfs zu berücksichtigen. Der Umfang der Zeit, die für derartige Tätigkeiten eingeplant werden muss, wird maßgeblich davon beeinflusst, ob der Tagesablauf der Pflegemitarbeiter und die Verwaltung durch den Einsatz geeigneter Software unterstützt werden. Für die Kompensierung von saisonalen Schwankungen wird in Zeiten geringerer Nachfrage statt der Entlassung von Mitarbeitern die Überbrückung der Zeit mit der Durchführung von Qualifizierungsmaßnahmen und internen Schulungen vorgeschlagen (Böning 2011).

Die den Ausführungen von Böning (2011) beigefügten Arbeitshilfen veranschaulichen noch einmal das vorgestellte Konzept zur Personalbedarfsermittlung (Abbildung 22, Abbildung 23). Dort wird die Ermittlung des Personalbedarfs anhand der Menge der zu erbringenden Leistungen beschrieben. Im Fall der Leistungskomplexe sollten aus Erfahrungswerten durchschnittliche Zeitorientierungswerte gebildet und als Rechengrundlage genutzt werden. Als weitere Möglichkeit wird aufgeführt, die Zeitwerte anhand der Bruttostundenlöhne und der Vergütung der Leistungskomplexe zu ermitteln.

Hinweise

In ambulanten Pflegediensten ermittelt man den Personalbedarf am besten anhand der Menge der zu erbringenden Leistungen.

Den Leistungskomplexen lassen sich aufgrund von Erfahrungswerten Zeitorientierungswerte zuordnen. Daraus wiederum lässt sich ein ungefährender Personalbedarf ableiten. Dabei sollte aber berücksichtigt werden, dass je nach Einzelfall die Einsatzzeiten auch stark differieren können. Zeitwerte können auch über die zu zahlenden Bruttostundenlöhne und die Vergütung der Leistungskomplexe ermittelt werden. Achtung: Hier sind die länderspezifischen Regelungen hinsichtlich des Einsatzes von Pflegefachkräften und Pflegehilfskräften zu beachten.

Berechnung der Zeitwerte:

Bruttostundenlohn (Beispiel)	40,00 Euro
Vergütung Leistungskomplex	16,53 Euro
Prozentwert des Leistungskomplexes bezogen auf eine Stunde = $(16,53 \times 100) : 40 = 41,32\%$	
Zeitwert des Leistungskomplexes = $60 \times 41,32\% = 24,79$ Minuten	

Die Nettojahresarbeitszeit wurde auf 1594,71 Stunden voreingestellt, kann jedoch variabel eingestellt werden. Ebenso der Zuschlag (Fahrt- und Wegezeiten, organisatorische Maßnahmen wie Dokumentation, Dienstbesprechungen etc.).

Berechnung der Nettojahresarbeitszeit einer Vollzeitkraft:

Bruttoarbeitstage/Jahr	251 Tage (länderrechtliche Regelungen beachten)	
Abzüge für Urlaub, Erkrankung, Kur- und Heilverfahren, Mutterschutz, Wehrübungen etc.	46,55 Tage	
Nettoarbeitstage	204,45 Tage	204,45 x 7,8 Arbeitsstunden = 1594,71 (Wochenarbeitszeit = 39 Stunden)

Teilzeitkräfte haben eine niedrigere Nettojahresarbeitszeit wegen der stärkeren Belastung mit Rüstzeiten. Deshalb verringern sich die Nettoarbeitstage um 10 % auf 184 Tage und die Nettojahresarbeitszeit entsprechend auf 1443 Arbeitsstunden.

Stellenanteile für die verantwortliche Pflegefachkraft und für die Verwaltung des Pflegedienstes sind hier nicht kalkuliert. Ebenso wenig die der Geschäftsleitung.

Die Tabellenblätter sind geschützt, der Schutz kann ohne Passwort aufgehoben werden. Ausgefüllt werden nur die weißen Felder.

Abbildung 22: Ableitung von Zeitorientierungswerten für Leistungskomplexe
Quelle: Böning (2011)

Personalbedarf ambulante Pflege

Leistung	Anzahl/Tag	Anzahl/Jahr	Zeitwert in Minuten pro Leistung	Zuschlag (Fahrt- und Wegezeiten, Dokumentation, Rüstzeiten etc.) ¹	Gesamtzeit in Stunden pro Jahr	Personalbedarf in VZS (bei Einstellung von GTK)	Anteil Pflegefachkräfte	Anteil Pflegehilfskräfte	Personalbedarf in VZS (bei Einstellung von 2 TZK pro VZS)
Große Morgen-/Abendtoilette	25	7500	24	30	3750	2,35	1,88	0,47	2,60
Kleine Morgen-/Abendtoilette	30	9000	12	15	2250	1,41	1,13	0,28	1,56
Große Morgen-/Abendtoilette mit Vollbad	28	4200	28	35	2450	1,54	1,23	0,31	1,70
Vollbad	20	780	23	29	373,75	0,23	0,19	0,05	0,26
Hilfe bei Ausscheidungen	12	7000	6	8	875	0,55	0,44	0,11	0,61
Lagern / Betten	15	9000	6	8	1125,00	0,71	0,56	0,14	0,78
Mobilisation	5	260	10	13	54,17	0,03	0,03	0,01	0,04
Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	10	6000	12	15	1500,00	0,94	0,75	0,19	1,04
Sondenkost bei PEG	12	7200	3	4	450,00	0,28	0,23	0,06	0,31
Hilfest. beim Verl. oder Wiederaufst. der Wohnung	20	1000	4	5	83,33	0,05	0,04	0,01	0,06
Begleitung bei Aktivitäten	20	500	25	31	260,42	0,16	0,13	0,03	0,18
	197	52440	143	191	13171,67	8,26	6,61	1,65	9,13

Nettojahresarbeitszeit einer Vollzeitkraft	1594,71
Nettojahresarbeitszeit bei zwei Teilzeitstellen	1443
¹ Zuschlag in %	25
Ant. Pfl.f.pers. in %	80

Wochenarbeitszeit	39
-------------------	----

VZS = Vollzeitstelle
 GTK = Ganztagskraft
 TZK = Teilzeitkraft
 Pfl.f.pers = Pflegefachpersonal
 Ant. = Anteil

Abbildung 23: Berechnung des Personalbedarfs anhand der Anzahl und Zeitwerte der einzelnen Leistungen
Quelle: Böning (2011)

Einen ähnlichen Ansatz verfolgt auch Sießegger, der als Unternehmensberater auf ambulante Einrichtungen spezialisiert ist und ein Programm zur „exakten kontinuierlichen Personalbedarfsberechnung, differenziert nach Qualifikationen“ anbietet (Sießegger 2004/2005).

Auf der Basis der tatsächlich beim Patienten verbrachten Zeit, berechnet das Programm aus Erfahrungswerten der Zeiterfassung automatisch die für zusätzliche Aktivitäten (wie z.B. Wege, Organisation und Ausfall) einzuplanende Zeit.

Dabei können entweder gleiche Zeitanteile für die Einsatz-, Wege- und Organisationszeiten für alle Qualifikationen oder, falls bekannt, unterschiedliche Zeitanteile bei den Qualifikationen zur Berechnung eingegeben werden.

Zuletzt ist für die Berechnung des Personalbedarfs für alle Patienten (nur die, die kontinuierlich und voraussichtlich für längere Zeit versorgt werden) die Eingabe der benötigten Zeit pro Einsatz und die Anzahl der notwendigen Einsätze pro Woche erforderlich. In Tabelle 14 ist das Stundenmodell abgebildet, welches der Berechnung zugrunde liegt.

Tabelle 14: Das Grundprinzip der Personalberechnung

Das Stundenmodell, welches der Berechnung zugrunde liegt		
Die Arbeitszeit der Pflege-Mitarbeiter setzt sich z.B. folgendermaßen zusammen:		
D = Netto-Pflege Zeit	1.078 Std.	= 100%
Diese Zeit wird beim Patienten verbracht, die Minuten und Stunden werden von der Pflegedienstleitung im Rahmen der Personal-Einsatz-Planung festgelegt.		
+ Fahrt- und/oder Wege-Zeit	+ 308 Std.	+ 28,6 % *
Diese Zeit wird benötigt von einem Patienten zum anderen, von der Station zum ersten Patienten – oder vom letzten Patienten bis zur Station. Gemessen wird dies z.B. von der Haustür des letzten zur Haustür des nächsten Patienten.		
C = Einsatz-Zeit	+ 1.386 Std.	= 128,6 % *
Diese Zeit sind die Mitarbeiter im Einsatz: Sie setzt sich zusammen aus Pflegezeit und Fahrt- und/oder Wegezeit		
+ Organisations-Zeit	+ 154 Std.	+42,9 % *
Hier handelt es sich um Arbeitszeit, welche nicht Pflegezeit oder Fahrt- und/oder Wegezeit ist. Oder anders formuliert, z.B. Auto waschen, tanken, Dienstbesprechung, Übergabe, Verwaltungsarbeiten der Pflege-Mitarbeiter usw.		
B = Anwesenheits-Zeit	+ 1.540 Std.	= 142,9 % *
Diese Zeit sind die Mitarbeiter tatsächlich „im Dienst“.		
+ Ausfallzeiten für Urlaub und Krankheit	+ 385 Std.	= 78,6 % *
Diese Zeiten werden den Mitarbeitern zwar bezahlt, die Stunden stehen dem Pflegedienst aber nicht zur Verfügung		
A = Bezahlte Arbeitszeit	1.925 Std	= 178,6 % *

Das sind die Zeiten, die den Mitarbeitern für die Lohn-/Gehaltabrechnung angerechnet werden.

Diese Stunden sind gleichzeitig jene, welche im Arbeitsvertrag berücksichtigt werden müssen.

** bezogen auf die D-Std.*

Quelle: Sießegger (2004/2005)

Neben dem Programm zur „exakten kontinuierlichen Personalbedarfsberechnung“ hat Sießegger vor dem Hintergrund des ersten Pflegestärkungsgesetzes ein Programm zur „Personalbedarfsberechnung für „neue Dienstleistungen“ v.a. im Rahmen des 1. Pflegestärkungsgesetzes“ entwickelt (Sießegger 2015). Es dient dazu, den möglichen Beschäftigungsumfang für die Dienstleistungen, wie die stundenweise Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI, die Betreuungsleistungen nach § 45 b SGB XI, die Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach den §§ 45 b/c SGB XI, ermitteln zu können. Dieses basiert ebenfalls auf dem bereits vorgestellten Stundenmodell (Tabelle 14).

Sießegger beschreibt in Bezug auf das aktuelle Vergütungssystem in Deutschland zudem das Phänomen der Erlös-orientierten Personal-Einsatz-Planung. Dabei wird das Personal und vor allem auch die Zeit, die für die Ausführung der einzelnen Leistungskomplexe verwendet wird, wie auch bei Böning (2011), anhand der durch die Leistungskomplexe erzielten Erlöse geplant (Sießegger 2013). In einer aktuellen Veröffentlichung zur wirtschaftlichen Steuerung von ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten beschreibt Sießegger (2017), dass in der heutigen Zeit eine Stellenplanung und klassischen Personalbedarfsberechnung obsolet ist. Die Frage lautet heutzutage nicht mehr „wieviel Personal können wir einstellen?“, sondern vielmehr „Wo bekommen wir das Personal her, um die stetig steigende Nachfrage zufriedenzustellen?“.

Der dritte Ansatz aus dem deutschsprachigen Raum ist deutlich älter und geht zurück auf Kellmayer (1998). Sie hat die Pflegesituation und das häusliche Umfeld als wesentliche Determinanten des Mitarbeiterbedarfs untersucht und ein Konzept für die Personalbedarfsplanung sowie eine Formel zur Berechnung des Personalbedarfs für den Bereich der ambulanten Kranken- und Altenpflege von Sozialstationen entwickelt. Diese enthält einige Determinanten, die auch bereits bei Böning (2011) und Sießegger (2004/2005) beschrieben wurden, verfolgt aber einen anderen Ansatz bei der Bestimmung der benötigten Zeit. Das Konzept von Kellmayer (1998) basiert auf der Idee, eine Klassifikation der Pflegebedürftigen vorzunehmen, die einen ähnlichen Versorgungs- bzw. Zeitbedarf haben.

Um das Konzept umzusetzen, wurde anhand empirischer Daten untersucht, welche Zusammenhänge klientenbezogener Größen und dem Zeitaufwand für die Pflege bestehen und auf dieser Basis eine Klassifikation vorgenommen und Personen nach definierten Merkmalen in

Gruppen mit möglichst großer Ähnlichkeit zusammengefasst. Als Hilfsmittel diente die Clusteranalyse. Für die einzelnen Kliententypen wurde dann die durchschnittlich benötigte Zeit festgelegt. Bei den Typen und dem Zeitbedarf ist zwischen Vormittags-, Abend- und Nachtdienst unterschieden worden, da die Klienten- und Leistungsstruktur in Abhängigkeit von der Art der Schichtdienste variierte.

Für die Bestimmung der Typen wurden insbesondere die Variablen *Alter, Geschlecht, soziale Wohnsituation, Krankheiten/Beschwerden/Behinderungen, körperlicher Zustand, geistiger Zustand, Aktivitätsgrad, Beweglichkeit der Gliedmaßen, Urininkontinenz, Stuhlinkontinenz und Hilfebedürftigkeit insgesamt* zugrunde gelegt.

Das Ergebnis der Klassifikation nach dem Kriterium einer ähnlichen Pflegesituation war für den Vormittagsdienst eine Einteilung in 11 Typen, für den Abenddienst in 2 Typen und für den Wochenenddienst in 7 Kliententypen.

Mithilfe der erhobenen Daten wird in dem Konzept von Kellmayer (1998) der gesamte Zeitbedarf für die Besuche ermittelt und zusammen mit den Wegezeiten und Zeiten für sonstige Tätigkeitsbereiche lässt sich der gesamte Arbeitszeitbedarf berechnen. Durch den Abgleich mit der effektiven Arbeitszeit einer Vollzeitkraft ergibt sich so der Personal- bzw. Stellenbedarf (Abbildung 24).

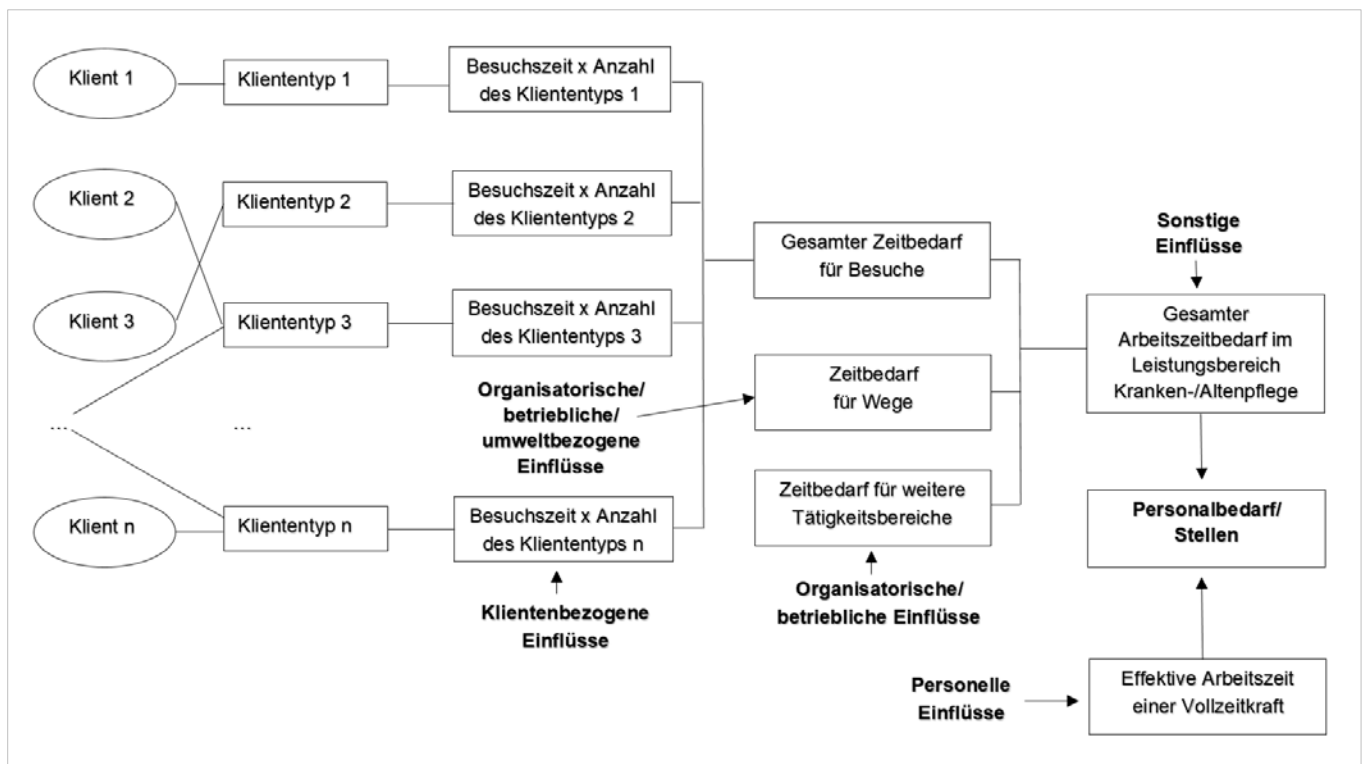


Abbildung 24: Klientenorientiertes Konzept für die Personalbedarfsplanung

Quelle: (Kellmayer 1998)

Die der Personalbedarfsermittlung (PB) zugrundeliegende Formel setzt sich wie folgt zusammen:

$$PB = \frac{\sum_{i=1}^n Li \times Mi \times Zi \times 4,79 + \sum_{i=1}^n Li \times Ni \times Zi \times 2,21 + B1 \times W1 \times 4,79 + B2 \times W2 \times 2,21}{K \times (100\% - Y)}$$

B1 = Hausbesuchszahl je Ø-Werntag

B2 = Hausbesuchszahl je Ø-Wochenend-/Feiertag

i = laufende Nummer

K = tarifliche Wochenarbeitszeit einer Vollzeitkraft inkl. Anrechnung von Feiertagen und Ausfallzeiten

Li = Kliententyp

Mi = Anzahl Hausbesuche je Kliententyp und Ø-Werntag

Ni = Anzahl Hausbesuche je Kliententyp und Ø-Wochenend-/Feiertag

n = Anzahl der auftretenden laufenden Nummern

PB = Personalbedarf (Anzahl Stellen)

W1 = Ø-Wegezeit je Hausbesuch an Werktagen

W2 = Ø-Wegezeit je Hausbesuch an Wochenend-/Feiertagen

Y = Anteil weiterer Tätigkeitsbereiche (%); die einzelnen Bereiche sind in einem Kalkulationsblatt definiert

Zi = Hausbesuchszeit je Kliententyp

Die durchgeführte Klassifikation der Pflegebedürftigen ist jedoch mit einigen Schwierigkeiten verbunden (Kellmayer 1998). Eine Problematik ist, dass die erfassten Zeiten teilweise sehr niedrig sind. Dies lässt sich damit begründen, dass die personelle Ausstattung zum Erhebungszeitpunkt sehr gering war und die Leistungen daher unter großem Zeitdruck (auch wenig Zeit für Gespräche etc.) verrichtet wurden. Darüber hinaus sind seit dem Zeitraum der Erhebung Verschiebungen in den Klienten- und Leistungsstrukturen feststellbar, die eine Erweiterung der Gruppen erforderlich machen (z.B. psychisch Kranke etc.). Ebenso gibt es durch die Verweildauer kürzung zunehmend Nachfrageverschiebungen zu mehr zeitintensiveren Fällen und auch weitere zusätzliche Leistungen wie die regelmäßige Pflegedokumentation wirken sich auf den Zeitaufwand für die Hausbesuche aus. Kellmayer (1998) weist auch darauf hin, dass die Klassifikation nicht mit Pflegestufen und den dafür berechneten Zeitwerten vergleichbar ist, da dadurch die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bestimmt wird, aber nicht die Zeit, die tatsächlich durch den ambulanten Pflegedienst abgedeckt werden muss.

Darüber hinaus beschreibt Kellmayer (1998) Schwierigkeiten der Übertragung des Zeitaufwandes in Zeitbedarf im Rahmen einer Personalbedarfsermittlung. Die reine Verwendung von empirisch gewonnenen IST-Daten zum Aufwand als Planungsgrundlage des Mitarbeiterbedarfs ist problematisch, da dies die Gefahr birgt, dass enthaltene Zustände (z.B. Zeitdruck der Pflegekräfte aufgrund personeller Engpässe) unverändert übernommen werden. Sofern IST und SOLL Zustände nicht deckungsgleich sind, besteht so die Gefahr, Mangelsituationen fortzuschreiben. Die Mittelwerte der erhobenen Zeitwerte sollten daher als Minimalwerte angesetzt werden und es muss überlegt werden, inwieweit und in welcher Höhe prozentuale Aufschläge bei bestimmten Leistungen notwendig sind. Eine Möglichkeit ist beispielsweise, SOLL-Leistungen zu definieren und auszuführen und die benötigte Zeit zu quantifizieren.

Die Überlegungen von Kellmayer basieren auf Modellansätzen zur Personalbedarfsermittlung aus verschiedenen Fachdisziplinen wie der Wirtschaftslehre, Dienstleistungsökonomik, Arbeitswissenschaft (REFA-Zeiterfassung) und Managementlehre. Diese wurden ergänzt um literaturbasierte und auf Expertenmeinungen gestützte Einflussfaktoren:

- „Klientenbezogene Determinanten
 - Anzahl an zu betreuenden Klienten je Zeiteinheit
 - Anzahl an Hausbesuchen je Zeiteinheit
 - Pflegesituation (Alter, Geschlecht, Beschwerden, Krankheiten, Behinderungen, Ausmaß an Hilfe-/Pflegebedürftigkeit, Mithilfe bei der Arbeitsdurchführung durch den Klienten selbst)
 - Häusliches Umfeld (soziale Wohnsituation, Arbeitsbedingungen in der Häuslichkeit – räumliche Verhältnisse, Wohnungsausstattung, Ausstattung mit Pflegeinventar, Mitwirkung weiterer Arbeitspersonen (Angehörige) bei der Leistungserbringung, Einsatz technischer Hilfsmittel; aber auch Einkommenslage, Art der Selbst-/Fremdversorgung, ...)
- Sozialstationsinterne Determinanten
 - Betriebliche Determinanten (Betriebsgröße, Dienstleistungsspektrum, Trägerschaft, Rechtsform, Organisationsstrukturen, Vorhandene personelle Ausstattung, Sachmittelausstattung, Unternehmensziele)
 - Personelle Determinanten (Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft der Mitarbeiter, Interessen/Bedürfnisse der Mitarbeiter, Qualifikation, fachliche und persönliche Kompetenz, Erfahrung der Mitarbeiter, Beschäftigungsumfang, Fehlzeitenquote, Fluktuation)
- Sozialstationsexterne Determinanten

- Gesetzliche und finanzielle Rahmenbedingungen (Sozial-, Arbeits-, Tarifrecht, Förderrichtlinien, Sozialstationengesetze der einzelnen Bundesländer, Landespflegegesetze)
- Allgemeine demografische Entwicklung (Altersstruktur, Anteil allein Lebender)
- Bevölkerungsstruktur im Einzugsgebiet (Einwohnerzahl, Alters-, Gesundheitsstruktur)
- Geografische und topografische Bedingungen im Einzugsgebiet
- Soziale Infrastruktur (weitere ambulante, teilstationäre, stationäre Einrichtungen im Einzugsgebiet, Ärztedichte, Kooperationen.)
- Medizinischer und technischer Fortschritt
- Gesamtwirtschaftliche Entwicklung (Arbeitsmarktlage)“

2.3.5 Internationale Ansätze zur Personalbedarfsplanung

Übersichtsarbeiten

Bei der Literaturrecherche konnten einige Übersichtsarbeiten identifiziert werden, welche zum einen eine gute Übersicht über einzelne Tools enthalten, aber vorrangig auf verschiedene Systematiken/Strategien, die zur Workload-/Caseloadbemessung verwendet werden können, hinweisen.

Insgesamt wird deutlich, dass die Systeme je nach der Menge der betrachteten Einzelheiten, von groben "Top-down"-Quoten, die das Personal mit der Gesamtbevölkerung in Beziehung setzen, bis zu Systemen, die detaillierte Daten über die Art und den Umfang des Pflegebedarfs und der Pflegeaktivitäten mit einbeziehen, variieren (Royal College of Nursing 2010).

Brady et al. (2007) führen in Bezug auf die Messung des Workloads Pflegender aus, dass es abhängigkeitsbasierte und aktivitätsbasierte Methoden gibt. Zu den aktivitätsbasierten Systemen zählen beispielsweise die Messung der Anzahl der durchgeführten Visiten sowie die Auflistung der durchgeführten Aktivitäten durch das Pflegepersonal oder eine dritte Person. Verschiedene Klassifizierungssysteme für Patienten stellen demgegenüber abhängigkeitsbasierte Systeme dar. In ihrer Arbeit weisen die Autoren auch auf die Schwierigkeiten bei der Messung pflegerischer Aufgaben hin. Die bestehenden Instrumente erfassen häufig nur die direkten Tätigkeiten Pflegender wie patientenzentrierte Aktivitäten. Indirekte Tätigkeiten, wie die Kommunikation mit anderen Berufsgruppen, werden durch die Instrumente oft nicht erfasst. Somit werden sie auch dem multidimensionalen Charakter pflegerischer Aufgaben nicht gerecht und bilden gleichzeitig ablaufende Aktivitäten Pflegender nicht realistisch ab. Gleiches kritisieren auch Walker und Hendry (2009) und betonen, dass für die genaue Messung des Workloads die Beachtung beider Systeme entscheidend ist.

Eine weitere Übersichtsarbeit nahm zudem eine Einteilung der Methoden zur Personalplanung in vier Kategorien vor (Reid et al. 2008):

- **Professional judgement / Professionelle Beurteilung** (Die Festlegung der Planung beruht auf subjektiven Entscheidungen)
Die Methode der „Professionellen Beurteilung“ besteht aus drei Schritten. Erstens werden Schätzungen der sicheren und akzeptablen Personalstärke für jeden Tag erstellt. In der zweiten Stufe werden die numerischen Personalschätzungen in Personal- und Vollzeitäquivalente übertragen. Drittens werden die tatsächlichen Zahlen und Qualifikationen des Personals zusammengefasst und entsprechende Zulagen für geschultes und festes Personal eingebaut.
- **Population and health needs-based methods / Bevölkerung und Gesundheitsbedarfsbasierte Methoden** (Berücksichtigt bei der Planung Daten zum Gesundheitszustand der Bevölkerung)
Bei dieser Methode werden empirische, gesundheitsrelevante Daten der Bevölkerung (z.B. demographische Daten, Morbidität, Mortalität, sozioökonomische Daten) als Basis für die Bestimmung des Personals und Skill-Mixes herangezogen. Beispielsweise können durch sozioökonomische Daten Gebiete mit hoher Armut identifiziert werden, was Schlussfolgerungen über höhere Level chronischer Krankheiten und damit spezielle Anforderungen an das Personal zulässt.
- **Caseload analysis / Fallbedarfsanalyse** (berücksichtigt Informationen über die Bedürfnisse der Patienten, die eine Pflegekraft zu betreuen hat)
Bei der Caseload Analyse wird zunächst betrachtet, wie sich Pflegendende ihre Zeit einteilen (Aufnahmen, direkte und indirekte Patientenversorgung, administrative Tätigkeiten, Fahrzeit und Ausfallzeiten). Im zweiten Schritt werden aktivitätsbasierte Caseloads gebildet, indem aus den erhobenen Daten Mittelwerte berechnet werden. Daraufhin können in einem dritten Schritt einzelne Caseloads mit den Modell-Caseloads verglichen werden.
- **Dependency-acuity methods / Abhängigkeits-Dringlichkeits-Methoden** (Berücksichtigt die benötigte Zeit für die Versorgung in Form von Häufigkeit und Dauer der erforderlichen Interventionen)
Bei diesem Ansatz soll nicht nur die Aktivität des Personals, sondern auch die Abhängigkeit des Patienten und die Qualität der Versorgung berücksichtigt werden. Es gibt verschiedene Modelle dazu. Das positive an den Methoden ist, dass sie beispielsweise auch das Ausmaß der informellen Pflege mit einbeziehen, um eine endgültige Klassifikation der Abhängigkeit der Patienten vorzunehmen. Als ausführliches Beispiel wird das System von Goldstone et al. (2000) (vgl. Tabelle 15) angebracht.

Roberson (2016) stellt in ihrer Übersichtsarbeit eine Tabelle mit 18 Studien zu verschiedenen Tools zum „caseload management“ aus dem Vereinigten Königreich, Irland, Kanada und Neuseeland bereit. Sie stellen die Bereiche „caseload analysis, workload measurement, work allocation, service and practice development und workforce planning“ als Hauptthemen des „caseload managements“ heraus und machen darauf aufmerksam, dass bislang kein validiertes Tool zum „caseload management“ existiert.

Aus den gefundenen Studien stellt Roberson (2016) dort diskutierte Elemente einer Analyse des Caseloads und einer Messung des Workloads dar und leitet auf dieser Basis Anforderungen an die Personalplanung ab:

Fallbedarfsanalyse:

- Umfang und Zusammensetzung der Fälle
- Abhängigkeitslevel
- Patientenbedürfnisse und erforderliche Interventionen
- Skill mix im Team
- Durchführung von Audits
- Demografische Merkmale der lokalen Bevölkerung, aus der die versorgten Fälle kommen und demografische Merkmale der Fälle
- die tatsächlichen Versorgungsprozesse (Throughput of patients through the caseload)
- Personalausstattung
- Zugänge zu den zu bearbeitenden Fällen
- Abgänge aus den bearbeiteten Fällen

Messung des Arbeitsumfangs

- Menge der pflegerischen Versorgung
- Erforderliche Fähigkeiten
- Überweisungen, Zugänge und Abgänge
- Aktivität
- Benötigte Zeit, Anwendung bestimmter Einheiten für die Messung der quantitativen Arbeitsanforderungen
- Abhängigkeit - Dringlichkeit
- Tatsächlicher und prognostizierter Arbeitsanfall
- Methoden der Datensammlung.

Walker und Hendry (2009) identifizierten die Themen Patientenabhängigkeit, Menge der direkten und indirekten Pflege-Aktivitäten, benötigte Zeit für die Ausführung der Pflegetätigkeiten, Zeit für nicht-patientenbezogene Tätigkeiten und Skill-mix des Personals als Schlüsselfaktoren zur umfassenden Messung des Workloads.

In Bezug auf die Verknüpfung der Workload- und Caseload-Analysen mit einer konkreten Personalbedarfsplanung, schlussfolgerten die Autoren der Übersichtsarbeiten, dass es einen Mangel an Primärstudien und insbesondere an aussagekräftigen Primärstudien gibt, sodass derzeit keine Evidenz gefunden werden kann, die beschreibt, wie Mindestbesetzungsgrade oder -quoten eine sichere Pflege in Community Care settings unterstützen können und wie Personalfaktoren, organisatorische Faktoren, Umweltfaktoren und Patientenfaktoren bei der Personalbedarfsplanung berücksichtigt werden sollten. Darüber hinaus sei es aus den eingeschlossenen Studien nicht möglich, belastbare Rückschlüsse darauf zu ziehen, welche Ansätze zur Beurteilung und Ermittlung des Pflegepersonals und / oder des Kompetenzmixes für die pflegerische Versorgung von Erwachsenen im Community setting wirksam sind (Field und Brett 2015). Ähnlich schlussfolgert auch das Royal College of Nursing (2010), welches sich in der „Guidance on safe nurse staffing levels in the UK“ mit der Fragestellung „What is the optimal level and mix of nurses required to deliver quality care as cost-effectively as possible?“ beschäftigt hat, dass Daten zur Personalsituation und -besetzung für den Bereich der „Community“ fehlen.

Das Queen's Nursing Institute hat eine Literaturrecherche zur Personalplanung und zu Patientenzuweisungspraktiken in District Nursing Services durchgeführt und dabei insgesamt 14 relevante Studien gefunden (The Queen's Nursing Institute 2014). Hinsichtlich der Personalplanung zeigten die Studien, dass diese eher auf Erfahrungswerten basiert und viele bislang bestehende Ansätze inkonsistent, unsystematisch und subjektiv sind. Zudem wird darauf hingewiesen, dass bei der Entwicklung neuer Systeme sicherzustellen ist, dass die Ansätze hinsichtlich der Dateneingabe, Analyse und Berichterstattung vollständig automatisiert sind. Dies stellt sicher, dass die Zeit, die benötigt wird, um genaue und angemessene Informationen zu erhalten, nicht größer ist als der erhaltene Nutzen.

Auch aufgrund der bereits beschriebenen Situation bestehender Tools zur Personalplanung hat die schottische Regierung das nationale Programm „Nursing and Midwifery Workload and Workforce Planning (NMWWP)“ eingerichtet, um die Arbeitsbelastung und den Personalbedarf für die Pflege und Hebammenarbeit zu definieren (Lockhart et al. 2010). In dem ersten von fünf Artikeln werden die Ausgangssituation, das Vorhaben sowie die Gesetzgebung beschrieben. Das NMWWP Programm wird als systematischer Ansatz zur Messung der Arbeitsbelas-

tung Pfleger und Hebammen beschrieben und basiert auf den drei Bereichen Bedarfsermittlung (Identifizieren der Arbeitsbelastung sowie Vorbereitung der Tools), Planung nach Bedarf (Entwicklung von Aus- und Weiterbildungsinitiativen für das Personal in den Bereichen Arbeitsbelastung und Personaleinsatzplanung) und Bereitstellung der richtigen Arbeitskräfte, um dem Bedarf gerecht zu werden (Information und Unterstützung der regionalen und lokalen Arbeitsbelastung und der Personalplanung zur Unterstützung der Personalbeschaffung und –bindung). Der Hintergrund zur Entwicklung eines solchen Programms liegt in der steigenden Zahl Pflegebedürftiger, die von immer weniger und älter werdenden Pflegenden und Hebammen versorgt werden müssen bei gleichzeitig festgestellter unzureichender Personaleinsatzplanung und großen Qualitätsunterschieden (Lockhart et al. 2010).

In einem zweiten von fünf Artikeln folgt eine Beschreibung, nach welchen Kriterien die Tools ausgewählt und wie sie eingeführt wurden (Flynn et al. 2010). Um settingspezifischen Anforderungen gerecht zu werden, wurden insgesamt 5 Tools nach entsprechender Recherche ausgewählt. Darüber hinaus beschreiben Flynn et al. (2010) die Schulungs- und Trainingsmaßnahmen zur Anwendung dieser Tools für Pflegenden und Hebammen. Im Rahmen dieses Projektes wurden über 900 Teilnehmer in mehr als 40 Schulungseinheiten weitergebildet (Flynn et al. 2010).

In dem dritten Artikel werden die Erstellung und die Inhalte eines Learning Tools für Pflegedienstleitungen zur Anwendung der entsprechenden Tools beschrieben (Kellagher 2010). Das Ziel besteht in der Kompetenzerweiterung der Pflegedienstleitungen für eine effektive Unterstützung und Verwaltung ihrer Personalressourcen. Mit Erstellung dieses Learning Tools verfolgt das NMWWP Programm das Ziel, Pflegedienstleitungen die Bedeutung der Messung der Arbeitsbelastung Pflegenden sowie die beeinflussenden Faktoren zu verdeutlichen. Auch die Beschreibung der Rolle von Leitungspersonen bezüglich des Managements von Veränderungen im Unternehmen und bei der Überprüfung des Skill-Mixes der Mitarbeitenden ist Bestandteil dieses Learning Tools (Kellagher 2010; NHS Education for Scotland (NES) 2013). Neben dem Auswahlprozess sowie den Schulungs- und Trainingsmaßnahmen zur Anwendung der ausgewählten Tools, ist auch der Umgang mit „Bank and Agency Staff“ im NHS ein Bestandteil des NMWWP Programms. Simpson J et al. (2010) beschreiben den Einsatz dieser Honorarkräfte und den damit verbundenen Kosten für den NHS. Darüber hinaus werden Maßnahmen beschrieben, die den Einsatz des Agency Staff verringern. Dazu gehört unter anderem die Überprüfung der Nutzung entsprechender Agenturen sowie die Entwicklung von Verträgen für Pflegenden, um den Bedarf der Nutzung zu reduzieren.

Abschließend werden in dem letzten der fünf Artikel der aktuelle Status und das weitere Vorhaben zur Weiterentwicklung des NMWWP Programm beschrieben (Lockhart 2010). Die zukünftigen Herausforderungen bestehen in der Weiterentwicklung sowie der kontinuierlichen

Implementierung des Programms, die mit Schulungsmaßnahmen verbunden sind, um das Bewusstsein der Beteiligten für die Bedeutung der Messung der Arbeitsbelastung Pflegender und Hebammen zu stärken (Lockhart 2010).

Einzelne Tools

In den identifizierten Einzelstudien werden vorrangig Tools und Methoden zur Caseload- oder Workloadbemessung beschrieben. Einige davon sind auch als Primärstudie in den bereits vorgestellten Übersichtsarbeiten zitiert worden. Teilweise gibt es in den Studien Hinweise darauf, dass die Zielsetzung der Entwicklung und zukünftigen Anwendung darin lag, evidenzbasierte Entscheidungen der Personalplanung zu treffen. In den meisten Studien wurde aber nicht detaillierter benannt, wie das Personal aufgrund der Ergebnisse bemessen wird oder werden soll. Im Zusammenhang mit Patientenklassifikationssystemen zur Bestimmung des Workloads/Caseloads im Community Nursing wird häufiger beschrieben, dass die Ergebnisse genutzt werden, um anschließend eine Umverteilung innerhalb des Services vorzunehmen.

Die Tools, die eine Verbindung zur Personalbedarfsplanung schaffen, tun dies, indem Sie den Zeitaufwand für verschieden komplexe Patienten (inklusive der Zeit für Organisationsaufwände etc.) messen oder schätzen und diesen durch die verfügbare Zeit einer Vollzeitpflegekraft teilen. Teilweise wird den Berechnungen auch die durchschnittliche Länge der Visiten zugrunde gelegt (Storfjell et al. 1997; Byrne et al. 2006; World Health Organization 2010; Bentley und Tite 2000; Thomas et al. 2006; Jones und Russell 2007; Wiseman 2010).

Einige Tools gehen so vor, dass der Zeitaufwand für einzelne Tätigkeiten und deren Häufigkeit oder die durchschnittliche Länge der Visiten auf Basis vergangener Jahre geschätzt wird. Andere messen die beim Patienten und für einzelne Aufgaben verbrachte Zeit. Bei der Messung der Daten wurde die Zeit für die direkte Pflege jedoch in keiner Studie in kleinteiligen Arbeitsschritten einzelner Pflegehandlungen gemessen. Bei der Verwendung von Daten aus vergangenen Jahren zur Schätzung der Dauer einzelner Pflegehandlungen wurde in den Beschreibungen nicht darauf eingegangen, inwieweit diese Werte von „Ist“ zu „Soll“-Werten korrigiert wurden oder werden sollten.

Die Einteilung der Patienten in verschiedene Komplexitätsgrade ist je nach Studie anhand verschiedener Faktoren/Determinanten oder Klassifikationssysteme vorgenommen worden. Beispielsweise wurden verschiedene, häufig vorkommende Krankheitsbilder, die Pflegenotwendigkeit oder die Schwere der Pflegebedürftigkeit (Abhängigkeit) als Maßstab zur Beurteilung genutzt (vgl. Tabelle 15). In einem Tool wird bei der Klassifikation der Patienten explizit erwähnt, dass Berücksichtigung findet, wie viele Aufgaben von Angehörigen, Nachbarn und Freunden übernommen werden (Goldstone et al. 2000). Dadurch kann ein Patient mit einem

objektiv sehr hohen Pflegebedarf herabgestuft werden, wenn faktisch durch den Pflegedienst nur ein kleiner Teil der Pflege übernommen werden muss. Darüber hinaus wird in diesem Tool für die verschiedenen Patientenklassifikationen erfasst, welches Qualifikationsniveau die zuständige Pflegekraft hat.

Die Messung der indirekten Pflegezeiten und weiteren Tätigkeiten wie „Management-Aufgaben“ und „Wege-Zeiten“ wurden in den Studien ebenfalls in unterschiedlichem Ausmaß und Detail vorgenommen.

Die im Rahmen der Recherche ausgewählten Studien und eine kurze Beschreibung findet sich in Tabelle 15.

Tabelle 15: Internationale Tools zur Bestimmung des Personalbedarfs im Distrikt/Community Nursing

Autor	Titel/Tool	Hintergrund / Ziel / Methode	Ergebnis/Fazit
Workload / Caseload			
Baldwin (2006), <i>Wales</i>	The Warrington workload tool: determining its use in one trust	Prüfung der einheitlichen Anwendung des Warrington workload tools (WWT) durch ein Audit (halb- strukturierte Interviews). Das WWT dient dem objektiven Assessment des Workloads der Gemeindepflege und soll zu einem adäquaten Pflegekraft-Patienten-Verhältnis führen. Die geplante und tatsächliche direkte Zeit beim Patienten werden in Einheiten von 1=15 Minuten notiert. Die geplante Zeit wird anhand eines zuvor vereinbarten Protokolls mit Zeitwerten vorausgesagt. Die direkte Patientenversorgung sollte durchschnittlich nicht mehr als 60% der Zeit des Pflegeteams betragen.	Ergebnisse des Audits: ➤ Es gab große Unterschiede in der Nutzung des Tools und der Genauigkeit der Dokumentation. ➤ Es ist wichtig, Schulungen zu der standardisierten Nutzung anzubieten und klar zu definieren, welche Tätigkeiten erfasst werden sollen. ➤ Zusätzlich benötigt das Pflegeteam ein Bewusstsein dafür, wie die Nutzung des Tools zu einer verbesserten Ressourcenverteilung führen kann.
Bentley und Tite (2000), <i>England</i>	Developing an activity measuring system in district nursing	Das von Bentley und Tite entwickelte Patientenklassifikationssystem nimmt eine Einteilung in 6 Kategorien vor: primär (Erhaltung der Gesundheit), sekundär (Gesundheit erlangen), tertiär (Beibehaltung der Gesundheit), unheilbare Krankheit, einmaliger Hausbesuch und einmaliger Klinikbesuch.	Die für die Patientenversorgung benötigte Zeit wurde wöchentlicher für jede Kategorie bestimmt. Dabei wurden die direkte und indirekte Patientenversorgung (z.B. Reise, Dokumentation, Telefonate, Administration) berücksichtigt. Diese Zeit wird im Anschluss mit der zur Verfügung stehenden Zeit des Personals verglichen.

Autor	Titel/Tool	Hintergrund / Ziel / Methode	Ergebnis/Fazit
		<p>Pflegeleistungen für Patienten der Kategorie 1 sind darauf gerichtet, Gesundheitsprobleme zu verhindern, z.B. Überwachung des Hautzustands von Patienten mit einem Score, der ein gewisses Risiko für die Entwicklung eines Druckgeschwürs anzeigt. Die Pflege für Kategorie 2 erfordert einen hohen Lehraufwand, z.B. neu diagnostizierten Diabetikern beizubringen, wie man sich selbst Insulin verabreicht und Blutzucker misst.</p> <p>Pflegeaktivitäten für Kategorie 3 sind für Patienten mit einer chronischen Krankheit oder Behinderung und umfassen z.B. Blasenkatheter-Versorgung, Bewertung und Aufklärung über Herzversagen, Unterstützung für Familien mit einem behinderten Kind. Patienten der Kategorie 4 sind Patienten mit einer terminalen Erkrankung, die palliativ behandelt werden müssen.</p> <p>Patienten der Kategorie 5 haben "einmalige" Hausbesuche, z.B. Verabreichung eines Influenza-Impfstoffs.</p> <p>Die Abhängigkeit wird in dem Klassifikationssystem anhand des Barthel scores und Waterlow pressure risk scores gemessen.</p>	

Autor	Titel/Tool	Hintergrund / Ziel / Methode	Ergebnis/Fazit
<p>Bowers und Durrant (2014), UK</p>	<p>Measuring safe staff levels in the community: the "Dominic" Workforce management tool</p>	<p>Implementierung eines elektronischen Tools zur Gewinnung von Informationen über den Caseload/ Workload und für die Personalplanung:</p> <p>Beim Erstbesuch eines Patienten wird notiert, welche klinischen Pflegebedürfnisse bestehen und wie häufig Besuche gewünscht sind. Zudem werden persönliche Daten des Patienten, die geschätzte Dauer des Besuchs, die Verweisquelle und die jeweilige Risikobewertung erfasst. Patienten kann auch ein Zeitfenster für ihre Besuche angeboten und zugeteilt werden. Schlüsselindikatoren zur Qualität und dem Pflegeergebnis werden ebenfalls notiert, wenn sie identifiziert werden. Die benötigten Fähigkeiten des Personals, um die aktuellen Bedürfnisse der Individuen zu erfüllen, werden ebenfalls eingegeben.</p> <p>Die Daten werden nach jedem Besuch aktualisiert. Erinnerungen für die nächste Pflegekraft können hinzugefügt werden. Die tatsächliche Zeit, die für den Besuch benötigt wurde, wird neben der vorhergesagten Zeit ebenfalls eingegeben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Eine Studie zur Nutzung der Tools zeigt, dass die Pflegenden die Dateneingabe als zeitaufwändig empfinden. • Das System ist transparent, sodass die Auslastung eines Teams durch andere Teams erkannt werden kann. Somit ist es möglich, dass sich die Teams untereinander unterstützen. • Das Vergessen von Besuchen oder doppelte Besuche konnten durch das System vermieden werden. • Mithilfe der Informationen kann der Dienstplan automatisch oder manuell erstellt werden. • Das Instrument fördert die Kontinuität der Patientenversorgung, die effiziente Ressourcenallokation und das Benchmarking der Versorgung. Es prognostiziert zukünftige Serviceanforderungen und misst diese mit den zur Verfügung stehenden Personalressourcen. • Dominici misst die Arbeitsbelastung vor allem durch Patientenaktivitäten. Es ist fraglich, ob man die Komplexität des District Nursing anhand von Schlüsselaktivitäten der Patientenversorgung genau messen kann.

Autor	Titel/Tool	Hintergrund / Ziel / Methode	Ergebnis/Fazit
Byrne et al. (2006), <i>Irland</i>	The Community Client Need Classification System – a dependency system for community nurses	<p>Einleitende Hinweise:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mangel an Klassifikationssystemen, die für die Personalbemessung im ambulanten Bereich verwendet werden können. Traditionell wurden Pflegekräfte im öffentlichen Gesundheitswesen in Irland pro Kopf der Bevölkerung zugewiesen. • Viele Instrumente zur Messung des Workloads beziehen sich ausschließlich auf die direkte Pflege (patientenzentrierte Aktivitäten). Dabei werden die indirekten Tätigkeiten ignoriert, die vor allem im Bereich der multidisziplinären Kommunikation, Dokumentation und Organisation unterstützender Dienstleistungen für den Pflegeberuf aufkommen. <p>In der aktuellen Studie wurde ein Tool verwendet, dass eine Modifikation des überarbeiteten Easley-Storfjell-Instruments für Caseload / Workload Analysis für den irischen Kontext darstellt. Mit Erlaubnis der Autoren wurde das Tool als Grundlage verwendet und 3 Kategorien hinzugefügt, sodass die Patienten anhand folgender Kriterien in fünf verschiedene Pflegelevels (care levels), von Level 1 (minimale Pflege) bis hin zu Level 5 (komplexe Pflege) eingestuft werden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es wurde kritisiert, dass die Ausfüllung des Tools sehr zeitaufwändig ist. • Die durchschnittliche Zeit pro Pflegelevel wurde ausgewertet. <p>➤ Das Klassifizierungssystem ist hilfreich zur Beurteilung der Bedürfnisse von neuen und bestehenden Kunden.</p> <p>➤ Es ist zudem nützlich, um Evidenz für die zukünftige Personalplanung zu sammeln.</p>

Autor	Titel/Tool	Hintergrund / Ziel / Methode	Ergebnis/Fazit
Cawthorn und Rybak (2008), Kanada	Workload Measurement in a Community Care Program	<p>Hintergrund / Ziel / Methode</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pflegerische Beurteilung • Pflegeprobleme • Anforderungen an die körperliche Pflege • Lehrbedarf • Psychologische Bedürfnisse • Fallmanagement • Unterstützung von Kindern und Familien • Gesundheitsförderung • Umweltfaktoren • Fahrzeiten <p>Einleitender Hinweis, dass die meisten Tools für das akut-stationäre Setting entwickelt wurden und sich nicht auf die häusliche Versorgung übertragen lassen. Das vorgestellte Tool wurde zur Messung des Workloads von Pflegenden in einem Gesundheitszentrum mit häuslicher Pflege entwickelt.</p> <p>Das Tool erfasst grundlegende demografische Informationen, die Diagnose, das erhaltene Programm und die Notwendigkeit einer Bestimmung der Funktionsfähigkeit. Außerdem werden das Regina Risk Inventory Tool (RRIT), der Mini-Mental-Status-Test und Informationen darüber, wie stark der Patient an</p>	<p>Jeder Pflegekraft wurde Zeit gegeben, ihre Patienten mithilfe des Tools einzustufen</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Die Implementierung des Tools hat zu einem besseren Verständnis der Arbeitsanforderungen geführt. Der Prozess der Verteilung der Fälle und der Personalarbeit sind für alle transparenter geworden. ➤ Limitationen: Das Ausfüllen des Tools beruht auf der subjektiven Einschätzung der Pflegekraft. Zudem nimmt es viel Zeit in Anspruch.

Autor	Titel/Tool	Hintergrund / Ziel / Methode	Ergebnis/Fazit
		<p>sein Haus gebunden ist, durch das Tool erfragt. Jeder Kunde wird anhand folgender Kategorien bewertet, um eine Interventionsgewichtung zu ermitteln:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifizierter Pflegebedarf • Häufigkeit (jährlich, vierteljährlich, monatlich). • Dauer des Hausbesuchs (<30 Minuten, > 30 Minuten, > 60 Minuten). • Wie weit ist der Kunde vom Home-Office entfernt (one-way)? • Koordinierungszeit jeden Monat (<1 Stunde/Monat, 1 bis 4 Stunden/Monat, 4 bis 8 Stunden/Monat, > 8 Stunden/Monat) • Stabilität des Klienten (stabil, variabel, instabil). • Die Bewältigungskompetenz des Klienten und/oder der Betreuungsperson (0 bis 1 Stunde/Monat, 1 bis 2 Stunden/Monat, 2 bis 3 Stunden/Monat, > 3 Stunden/Monat) <p>Jedem Kriterium wird eine Gewichtung zugeordnet durch deren Addition eine Einstufung des Bedarfs an Interventionen in niedrig, mittel oder hoch erfolgt.</p>	

Autor	Titel/Tool	Hintergrund / Ziel / Methode	Ergebnis/Fazit
Chapman et al. (2017), UK	Developing a caseload classification tool for community nursing	<p>Entwicklung eines Tools zur Klassifizierung der Caseloads im Community Nursing.</p> <p>Ziel: Die Nachfrage nach Pflege in der Gemeinde zu bewerten und Ressourcen effektiv zu verteilen.</p> <p>Es werde 12 verschiedene Bereiche des Pflegebedarfs und 3 Komplexitätslevel, welche auf verschiedenen Faktoren wie beispielsweise der sozialen Situation und des Umfeldes des Patienten beruhen, erfasst.</p> <p>Durch eine Verknüpfung mit der elektronischen Patientenakte waren die Informationen in „Real-time“ verfügbar und das Pflegepersonal konnte entsprechend der Qualifikation für die passenden Fälle eingeteilt werden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Die Bewertung des Tools hat gezeigt, dass die aufgezeichneten Informationen konsistenter, genauer und standardisierter sind und dass die Mitarbeiter der Ansicht sind, dass dies die Sicherheit der Patienten verbessern und die Bedürfnisse jeder einzelnen Patientengruppe deutlich veranschaulichen kann.
Goldstone et al. (2000), UK	But who will make the visits? A patient-related information system for management in district nursing	<p>Die "Kriterien für die Pflege" und die Qualitätsauditkomponente "Monitor" bilden die Grundlage für das in diesem Dokument beschriebene System, das für Pflegedienste im Distrikt angepasst wurde. Die Entwicklungssarbeiten für das System wurden in Belfast und Barnsley durchgeführt.</p> <p>Die Komponenten des Systems sind:</p>	<ul style="list-style-type: none"> Die Patienten werden anhand des durchzuführenden Bedarfs klassifiziert. Die durch Angehörige erbrachten Leistungen werden rausgerechnet. So kann die benötigte Zeit für die unterschiedlichen Grade genauer bestimmt werden. Die Informationen können vom Teamleader hinzugezogen werden, um den Personalbedarf zu bestimmen. Fehleinschätzungen in der zugrundeliegenden Klassifikation können dabei aber zu Problemen führen

Autor	Titel/Tool	Hintergrund / Ziel / Methode	Ergebnis/Fazit
Grafen und Mackenzie (2015), <i>Schottland</i>	Development and early application of the Scottish Community Nursing Workload Measurement Tool	<p>1. Ein Patientenklassifizierungssystem, das die Abhängigkeit des Patienten um einen Faktor anpasst, der die Pflege und lokale Unterstützung berücksichtigt / mit einkalkuliert.</p> <p>2. Ein Berechnungsverfahren, das basierend auf der Patientenklassifikation den Workload und Skill-Mix erstellt.</p> <p>3. Ein Qualitätsindex.</p> <p>4. Personalabwesenheits- und Umsatzstatistiken.</p> <p>Das Tool wurde im Rahmen des „Nursing and Midwifery Workload and Workforce Planning Programme“ entwickelt, und zielt darauf ab, den Workload von Pflegenden zu erfassen.</p> <p>Das Arbeitspensum wird bei jedem Patientenkontakt in 6 Kategorien erfasst:</p> <ol style="list-style-type: none"> Direkter Kontakt – alles, wenn ein Patient angewandt ist; einschließlich Dokumentation, wenn der Patient aktiv beteiligt ist Kein persönlicher Kontakt - alles ohne Anwesenheit des Patienten, was für seine Pflege relevant ist Hausbesuche und geplante Sitzungen Verbundene Arbeitsbelastung - wie Management, Verwaltung, Besprechungen und berufliche Entwicklungstätigkeit 	<p>Etwas 50% der Zeit der Pflegenden werden für direkte und nicht-direkte Kontakte und geplante Sitzungen aufgewendet; die damit verbundene Arbeitsbelastung für z.B. das Management umfasst 39%, die Fahrzeiten 11% und die Ausnahmefälle 1%.</p> <p>Etwas 45,5% der persönlichen Kontakte befinden sich auf Stufe 3 ("moderat"), 16,7% auf Stufe 4 ("komplex") und 8,5% auf Stufe 1 ("unkompliziert").</p> <p>Bezüglich der Fahrzeiten wurde festgestellt, dass die Pflegenden in ländlichen Gebieten längere Fahrten (in Meilen) haben, die in städtischen Gebieten aber, vermutlich aufgrund der Verkehrslage, mehr Fahrzeit (in Minuten) benötigen.</p> <p>➤ Die mithilfe des Tools erfassten Daten sollen evidenzbasierte Entscheidungen über den Personaleinsatz und den Personalbedarf unterstützen.</p>

Autor	Titel/Tool	Hintergrund / Ziel / Methode	Ergebnis/Fazit
Hurst (2006), UK	Primary and community care workforce planning and development	<p>5. Fahrzeiten - einschließlich Gehen, Warten und Parken</p> <p>6. Ausnahmeberichte - für seltene, außergewöhnliche Ereignisse, die im Alltag nicht vorhersehbar sind, sich aber auf die Arbeitsbelastung auswirken, z. B. durch widrige Witterungsverhältnisse und Autounfälle.</p> <p>Darüber hinaus kann die Arbeitszeit notiert werden.</p> <p>Das Tool erfasst die Arbeitsbelastung an einzelnen Tagen und nicht die übergeordnete Komplexität. Es können die 4 Interventionsstufen von „einfach“ (Ebene 1) bis „komplex“ (Ebene 4) eingeteilt werden.</p> <p>In der Arbeit von Hurst wurden verschiedene nationale Datenbanken verwendet, um workforce planning and development bezogene Daten wie demographische Daten und Daten zur Mortalität und Morbidität, sozioökonomische Daten, Leistungsdaten und Personalkennziffern zusammenzutragen und zu analysieren. Die Daten wurden zudem zu Benchmarkzwecken zwischen den Diensten verwendet und sollen für die Personalplanung nützlich sein.</p>	<p>➤ In Bezug auf die Personalbemessung ist zudem die Entwicklung eines Rechners geplant, der in Verbindung mit dem Tool genutzt werden kann</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mitarbeiterzahl und -mix sind bestenfalls historisch und irrational. Darüber hinaus wächst die Anzahl der Variablen, die die Personalbesetzung beeinflussen, wodurch die Personalplanung erschwert wird • Es ist möglich, die Größe und den Mix der Teams anhand der empirisch ermittelten Nachfrage und anhand von Leistungsvariablen, die auf sozioökonomischen Merkmalen des Gebiets basieren, zu bewerten und anzupassen

Autor	Titel/Tool	Hintergrund / Ziel / Methode	Ergebnis/Fazit
<p>Jackson et al. (2015b), <i>England</i></p>	<p>The Cassandra Project: Recognising the Multidimensional Complexity of Community Nursing for Workforce Development</p>	<p>Das Cassandra Projekt wurde vor dem Hintergrund der mangelnden Abbildung der Komplexität in der ambulanten Pflege in England durchgeführt. Zu Beginn des Projektes bestanden ähnliche Probleme, wie sie auch in Deutschland aufzufinden sind. Dazu gehören das Fehlen eines Instrumentes zur Darstellung und Messung des Personalbedarfs in der ambulanten und gemeindenahen Pflege. Die meisten vorhandenen Instrumente sind nachfrage- oder angebotsorientiert, für den Einsatz in Krankenhäusern konzipiert und nicht auf den ambulanten Kontext übertragbar. Demnach sei es notwendig, neue Modelle zu entwickeln, um standardisiert zu bestimmen, welche Patienten „komplex“ sind, um ihre Versorgung planen zu können. Die Entwicklung robuster Instrumente und Rahmenbedingungen für die Personalplanung und –entwicklung sei unabdingbar, damit die Pflegebedürftigen die richtige Pflege von der richtigen Pflegekraft mit den richtigen Fähigkeiten in der eigenen Häuslichkeit erhalten. Somit liegt die Grundannahmen der Autoren darin begründet, dass sich die Arbeit Pflegenden komplex und als nicht lineare Abfolge von Tätigkeiten darstellt.</p>	<p>Mithilfe des angepassten, webbasierten Cassandra Tools erhalten die Pflegenden die Möglichkeit, ihre täglichen Aktivitäten in „real time“ mithilfe von Computern, Handys oder Tablets zu dokumentieren. Dabei werden Interventionen, Kontext, Zeit, die beteiligten Personen sowie die nicht durchführbaren Tätigkeiten erfasst. Diese Dokumentation erfolgt in sechs Interventionskategorien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Case Managment 2. Clinical admin 3. Non-clinical admin 4. Physical 5. Psychological 6. Social <ul style="list-style-type: none"> • Das Cassandra Projekt und vor allem die Testung hat gezeigt, dass das Cassandra Tool als robustes Instrument zur Erfassung komplexer multidimensionaler Pflegetätigkeiten dienen kann. • Gleichzeitig wurde deutlich, dass die Möglichkeit Pflegenden, ihre Arbeitsbelastung selber zu erfassen, das Bewusstsein für ihre Rolle und ihren Beitrag zur Patientenversorgung in der Gemeinde und in der Primärversorgung steigert.

Autor	Titel/Tool	Hintergrund / Ziel / Methode	Ergebnis/Fazit
		<p>Die Ziele und zentralen Arbeitsschritte des Cassandra Projektes stellen sich wie folgt dar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anpassung des Cassandra Matrix Workload-Activity-tools für den ambulanten und kommunalen Pflegekontext sowie Umwandlung von papierbasierter auf webbasierte Version 2. Pilotierung des angepassten Cassandra Workload activity tools in 6 Einrichtungen 3. Entwicklung eines Mental Health Workload Conceptual Modells namens Sophia, um die Komplexität der Arbeitsbelastung in der psychiatrischen Pflege darzustellen 4. Weiterentwicklung des Shared Purpose Frameworks (Phase 1 Output) zu einem Community Nursing Career Competence Framework <p>Das Cassandra-Project verwendet einen „critical realist approach“, in Form eines Mixed Methods Ansatzes, dessen integraler Bestandteil die Theorie der emanzipatorischen Praxisentwicklung (theory of emancipatory Practice Development = ePD) darstellt. Ziel dessen ist es, die patientenzentrierte Versorgung zu verbessern, indem die Professionen befähigt werden, die Kultur und den Kontext der Versorgung zu verändern. Durch diese Strategien soll das Pflegepersonal gefördert werden, das Wissen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Die Methode der Selbstauskunft stellt aber auch forschungspraktische Probleme dar. Dazu zählen unter anderem nicht funktionierende Tablets bzw. Handys. Gleichzeitig messen die Pflegenden der Eingabe der Daten eine geringe Priorität bei. Aufgrund dessen wird an verschiedenen Stellen die Entwicklung von Weiterbildungsprogrammen für Pflegende gefordert, um die Nutzung solcher Instrumente zur fördern und das Bewusstsein der Pflegenden zu sensibilisieren.

Autor	Titel/Tool	Hintergrund / Ziel / Methode	Ergebnis/Fazit
Jones und Russell (2007), UK	Equitable distribution of district nursing staff and ideal team size	<p>und die Erfahrung der Mitarbeiter zu nutzen, um den Veränderungsbedarf zu erkennen sowie die Reflexion über und in der Praxis zu fördern.</p> <p>Das Cassandra Tool wurde ursprünglich als papierbasiertes Instrument entwickelt, um zu erfassen, in welchem Kontext Pflegende welche Aufgaben für welche Pflegebedürftigen durchführen und welche Aufgaben nicht durchgeführt werden können. Das Instrument wurde zur Erfassung der Aufgaben Pfleger im akuten onkologischen Bereich genutzt.</p> <p>Jones und Russell untersuchten den Workload/Caseload von 22 Distrikt-Pflegeteams mit dem Ziel, eine Formel zu entwickeln, um das Pflegepersonal gerecht/gleichmäßig zu verteilen.</p> <p>Die Patientenkontaktzeit pro Vollzeitäquivalent (VZÄ) wurde in 15 Minuten-"Einheiten" gemessen. Es wurden fünf Kriterien als Schlüsselindikatoren für den Workload jedes Teams identifiziert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patientenalter (über 65 Jahre) • Patientenalter (über 75 Jahre) • Anzahl der gesehenen Patienten, • Einheiten der direkten und indirekten Patientenbehandlungszeit 	<p>Es wurde eine große Diskrepanz in der Anzahl der Patienten pro VZÄ des Pflegepersonals festgestellt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dies führte zu einer Überprüfung der Teamgröße und einer Neuorganisation der Teams mit einer gleichmäßigeren Aufteilung der Caseloads ➤ Verbesserte Infrastruktur und administrativer Support für die Teams <p>Die Formel berücksichtigt nicht den Qualifikationsmix innerhalb der Teams, Fahrzeiten und qualitative Unterschiede bei den Patienten</p> <p>Die Methode eignet sich nicht, um festzustellen, wie viel Personal benötigt wird, sondern lediglich, um das vorhandene Personal umzuverteilen.</p>

Autor	Titel/Tool	Hintergrund / Ziel / Methode	Ergebnis/Fazit
Kane (2008); Kane), Kane (2014), <i>Nordirland</i>	Caseload analysis in district nursing: the impact on practice Capturing district nursing through a knowledge-based electronic caseload analysis tool (eCAT)	<ul style="list-style-type: none"> • vorhandene Fallzahl Für jeden dieser fünf Faktoren wurde ein Durchschnittswert pro VZÄ (Rate) für alle Mitarbeiter berechnet, um die Gesamtarbeitsbelastung anzugeben. Die erforderliche Anzahl von Pflegekräften, um die Patientenforderung zu erfüllen (z. B. Einheiten von direkter / indirekter Patientenbehandlungszeit usw.), wurde dann auf Basis der Durchschnittswerte für jedes Team berechnet. Wenn also im gesamten Team 1 Vollzeitkraft 350 Kontakte mit Patienten über 65 hat und Team 2 2500 Kontakte hat, berechnet sich die benötigte Anzahl an Vollzeitkräften, indem die 2500 durch 350 geteilt werden. So wird mit allen 5 Kriterien verfahren und ein Durchschnittswert berechnet.	<ul style="list-style-type: none"> • Es konnten große Unterschiede in dem Caseload pro Fachkraft erfasst und durch Umverteilung behoben werden (Kane 2008). • In einem nächsten Schritt wurde das Verfahren in elektronischer Form entwickelt und bereitgestellt (Kane 2014).

Autor	Titel/Tool	Hintergrund / Ziel / Methode	Ergebnis/Fazit
Kirby und Hurst (2014) UK	Using a complex audit tool to measure workload, staffing and quality in district nursing	<p>Audit-Tool zur Bemessung des Workloads, des Personals und der Qualität im Bereich District Nursing (Safer Nursing Care Tool (SNCT)).</p> <p>Das Instrument wurde von 394 Pflegekräften aus 46 Teams und 6 Standorten in Cumbria über einen Zeitraum von 7 Tagen geprüft und zeigte den Anteil der Zeit, die für verschiedene Aktivitäten gebraucht wurde, an. Die Patienten wurden anhand von vier Abhängigkeitsstufen (von niedrig bis hoch) klassifiziert und die Anzahl der Patienten, die von jeder Pflegekraft pro Tag gesehen wurden, wurde aufgezeichnet. Die Aktivität wurde auf verschiedene Aufgaben (Beobachtung, direkte und indirekte Pflege, Fahrtzeit und unproduktive Tätigkeiten) und zwischen Pflegekräften und Assistenten aufgeteilt.</p>	<p>➤ Die Daten wurden mit einem Datensatz aus Schottland verglichen, der darauf hindeutete, dass der Arbeitsbelastungsindex in Schottland niedriger war als bei den Cumbria-Teams, die mehr Interventionen bei Patienten mit höheren Abhängigkeiten leisteten.</p> <p>➤ Es sind mehr Audits nötig, um die Datenbasis zu vergrößern und ein besseres Verständnis für die Anforderungen an das Personal, die Qualität und die Besetzung zu bekommen.</p>
Storffell et al. (1997), USA, Kanada	Analysis and Management of Home Health Nursing Caseloads and Workloads	<p>Das Tool wurde entworfen, um Pflegeaktivitäten einfach und effektiv zu planen, zu überwachen und zu bewerten und besteht aus 2 wesentlichen Elementen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caseload-Analyse - Zusammenfassung der Merkmale der Patienten, die von einer Gemeindegeschwester betreut werden 	<p>Das Tool bewertet indirekte und direkte Tätigkeiten zur Bemessung des Arbeitspensums.</p> <p>➤ Die Easley Storffell-Instrumente für die Fall- / Arbeitslastanalyse wurden erfolgreich von Gesundheitsmanagern eingesetzt, um die Art, Quantität und Komplexität der Leistungen von Klinikern, Teams, und des gesamten Pflegepersonals zu dokumentieren.</p>

Autor	Titel/Tool	Hintergrund / Ziel / Methode	Ergebnis/Fazit
		<ul style="list-style-type: none"> • Workload-Analyse - Zusammenfassung aller Aktivitäten, die für die Pflegekraft erforderlich sind. Zur Ausfüllung des Tools sind 4 Schritte notwendig: <ol style="list-style-type: none"> 1. Jeder Fall wird analysiert, um die Anzahl der Besuche vorherzusagen, die zur Erreichung der festgelegten Ziele erforderlich sind und um die Komplexität der Pflege zu bestimmen. 2. Die Zeit (Häufigkeit der Besuche) und Komplexitätsbewertungen werden auf einem visuellen Diagramm dargestellt 3. Die Zeit für Arbeitsanforderungen oder -pflichten, die nicht im direkten Zusammenhang mit den Patienten steht (z.B. Schulungen, Krankheitsausfall), wird berechnet. 4. Die Ergebnisse werden zusammengefasst und die Anzahl der erforderlichen Besuche wird mit der gemäß der Arbeitsanalyse möglichen Anzahl verglichen. <p>Die mögliche Anzahl an Visiten einer Pflegenden wird berechnet, indem deren verfügbare Zeit durch die durchschnittliche Dauer der Visiten geteilt wird.</p>	<p>➤ Durch die Messung sowohl der zeitlichen Anforderungen als auch der Komplexität von Interventionen waren die Tools hilfreich bei der Zuweisung von Fällen, dem Management von Fall- und Arbeitsauslastungen, der Festlegung von Benchmarks und Überwachung der Produktivität.</p>

Autor	Titel/Tool	Hintergrund / Ziel / Methode	Ergebnis/Fazit
Thomas et al. (2006), <i>England</i>	Innovation and change: shaping district nursing services to meet the needs of primary health care / West Hert- fordshire Activity and Time Dependency Tool (WHATT)	(Die durchschnittliche Zeit kann aus der Literatur o- der einer eigenen Zeitmessung verwendet werden). Entwicklung eines Tools zur Workloadbemessung, welches auf dem Riverside Activity and Time De- pendency Tool basiert Messung der Abhängigkeit Pflegebedürftiger an- hand der Zeit, die die Pfleger für die Patienten benö- tigen. Kalkuliert wird in Einheiten von 15 Minuten. Die ge- samte verfügbare Zeit wird bestimmt, indem Zeiten für die Fahrt, Organisation und Treffen etc. abgezö- gen werden. Durch die Scores, die anzeigen, wie viel Zeit benö- tigt wurde und wie viel verfügbar ist, wird gut deut- lich, welche Teams Unterstützung brauchen und welche diese am Besten leisten können.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Die Services waren überladen. Es wird mehr Personal benötigt. ➤ Trotzdem führte die Anwendung des Tools zu einer gleichmäßigeren Arbeitsausstellung.
Wiseman (2010), <i>UK</i>	Wiseman Workload measure guidance notes	Das Tool misst den aktuellen und gesamten work- load. Dieser wird in dem Tool zusammengesetzt aus:	

Autor	Titel/Tool	Hintergrund / Ziel / Methode	Ergebnis/Fazit
World Health Organization (2010)	Workload indicators of staffing need	<ul style="list-style-type: none"> • Direkte Pflege (alles, was mit einem unmittelbaren und direkten Kontakt zum Nutzer verbunden ist) • Indirekte Pflege Care (alles, was keinen direkten Kontakt erfordert) • Aufgaben bezogen auf die professionelle Rolle oder den Dienst (Zeitaufwand für sonstige Verpflichtungen, die für die Leistungserbringung und –entwicklung sowie kontinuierliche professionelle Entwicklungsaufgaben • Fahrzeiten <p>Die Zeit für die jeweiligen Tätigkeiten wird in Einheiten von 1=15 Minuten gemessen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tool zur schrittweisen Personalbemessung im Gesundheitsbereich <p>Das Tool besteht aus den folgenden 8 Schritten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Einteilung des Personals in Kategorien 2. Berechnung der verfügbaren Arbeitszeit als Zeit nach Abzug von Urlaub, Krankheit, Feiertagen, Fortbildungstagen etc. 3. Bestimmung der wichtigsten Arbeitsbereiche für jede Personal-Kategorie 4. Bestimmung, wie viel Zeit die Ausführung jedes Arbeitsbereichs in Anspruch nimmt 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Methode wurde entworfen, um die Verteilung des vorhandenen Personals zu analysieren und zukünftiges Personal zu planen

Autor	Titel/Tool	Hintergrund / Ziel / Methode	Ergebnis/Fazit
		<ul style="list-style-type: none"> ○ Festlegung, wie viel Zeit für Gesundheitsleistungen und „Support“ Aktivitäten benötigt wird (Dokumentation etc.) <ul style="list-style-type: none"> ○ Wenn einzelnes Personal Sonderaufgaben erledigt, muss für diese zusätzlich festgelegt werden, wie viel Zeit dafür beansprucht wird. 5. Im Anschluss werden „Standard-workloads“ festgelegt. Das ist die Menge an Arbeit in einem Arbeitsbereich, die ein Angestellter in einem Jahr schafft. Also die verfügbare Arbeitszeit geteilt durch die Dauer der Tätigkeit. 6. Zusätzlich müssen nun noch die vorher berechneten Anteile für Support-Aktivitäten mit einberechnet werden. 7. Damit das System angewendet und das benötigte Personal berechnet werden kann, muss bekannt sein, wie sich der jährliche Workload zusammensetzt (z.B. Jahresstatistik). 8. Letzter Schritt ist die Analyse und Interpretation der Ergebnisse, z.B. Differenz zwischen vorhandenem und benötigtem Personal 	

2.3.6 Zusammenfassende Überlegungen zu Bestimmungsfaktoren für personelle Vorgaben in der ambulanten Pflege

Trotz der großen Heterogenität und Vielzahl an möglichen Einflussfaktoren der verschiedenen Ansätze zur Ermittlung von Personalvorgaben lassen sich auf einer übergeordneten Ebene zwei grundlegende, sich möglicherweise ergänzende, aber nicht notwendigerweise zusammengehörige Vorgehensweisen identifizieren: zum einen der Ansatz, über die Ermittlung von Durchschnittswerten der erbrachten Leistungen und zusätzlicher Aufwände Rückschlüsse auf den notwendigen Personalbestand zu ziehen und zum anderen die Orientierung an Bedarfslagen der zu versorgenden pflegebedürftigen Menschen oder der Pflegehaushalte und daraus abzuleitender Notwendigkeiten.

Hinsichtlich der Übertragbarkeit der internationalen Systeme auf die Situation in Deutschland sind, wie zuvor erläutert, die großen Unterschiede der Organisationsstrukturen und Akteure zu beachten. Dennoch ist die Mehrzahl der Einflussgrößen, die in den identifizierten Studien zur Workloadbemessung verwendet wurden, auch hierzulande von Relevanz. Am häufigsten wurden direkte und indirekte Pflegetätigkeiten sowie Wege- und Organisationszeiten bedacht. Im Folgenden sind alle im Rahmen der Recherche identifizierten Faktoren zusammengefasst:

Netto-Pflegezeit

- Art und Umfang / zu erwartende Menge der Pflegeleistungen, beeinflusst durch:
 - Anzahl an zu betreuenden Klienten
 - Pflegesituation (Alter, Geschlecht, Beschwerden, Krankheiten, Behinderungen, Ausmaß an Hilfe-/Pflegebedürftigkeit, Pflegeprobleme, Anforderungen an die körperliche Pflege, psychologische Bedürfnisse, Beratungsbedarf, Fallmanagement; Komplexität)
 - Häusliches Umfeld (soziale Wohnsituation, häusliche Arbeitsbedingungen
 - räumliche Verhältnisse, Wohnungsausstattung, Ausstattung mit Pflegeinventar, Mitwirkung weiterer Arbeitspersonen (Angehörige) bei der Leistungserbringung, Einsatz technischer Hilfsmittel; aber auch Einkommenslage, Art der Selbst-/Fremdversorgung)

Organisationszeiten / Indirekte Pflegetätigkeiten

- Dienstbesprechung, Übergabe, Verwaltungsarbeiten, Administration, Übergabe, Dokumentation, Fortbildung, Ordnungsmanagement, Telefonate und Koordination, Auto waschen, tanken

Fahrt-/Wegezeit

Interne Determinanten des Pflegedienstes

- Betriebliche Determinanten (Betriebsgröße, Dienstleistungsspektrum, Trägerschaft, Rechtsform, Organisationsstrukturen, vorhandene personelle Ausstattung, Sachmittelausstattung, Unternehmensziele)
- Personelle Determinanten (Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft / Arbeitsverhalten der Mitarbeiter, Interessen/Bedürfnisse der Mitarbeiter, Qualifikation / Skill Mix (Bedarf an Pflegefachpersonal, Pflegehilfspersonal, sonstigem Personal), fachliche und persönliche Kompetenz, Erfahrung der Mitarbeiter, Beschäftigungsumfang, Fehlzeitenquote, Fluktuation)
- Wöchentlich verfügbare Arbeitszeit (Urlaub, Krankheit, Feiertage, Fortbildungstage, sonstiges)
- Geografische Lage, regionale Lage des Pflegedienstes/örtliche Ausdehnung/Straßenverhältnisse
- Anzahl Neuaufnahmen, Entlassungen in bestimmten Zeitrahmen

Externe Determinanten

- Gesetzliche und finanzielle Rahmenbedingungen
- Allgemeine demografische Entwicklung (Altersstruktur, Anteil allein Lebender)
- Bevölkerungsstruktur im Einzugsgebiet (Einwohnerzahl, Alters-, Gesundheitsstruktur)
- Geografische und topografische Bedingungen im Einzugsgebiet (u.a. Straßenverhältnisse)
- Soziale Infrastruktur (weitere ambulante, teilstationäre, stationäre Einrichtungen im Einzugsgebiet, Ärztedichte, Kooperationen)
- Medizinischer und technischer Fortschritt
- Gesamtwirtschaftliche Entwicklung (Arbeitsmarktlage)
- Saisonale Schwankungen der Nachfrage

Die Nutzung von Klassifikationssystemen zur Bestimmung von Abhängigkeiten, funktionellen Beeinträchtigungen oder anderen Aspekten, die einen Hilfebedarf nach sich ziehen, ist eine Möglichkeit, den Arbeitsaufwand in der ambulanten Pflege zu quantifizieren und auf dieser Basis den Personalbedarf zu bestimmen. In diesem Zusammenhang wurden in der Literaturübersicht dieser Arbeit teilweise Patientenklassifikationssysteme vorgestellt, wenn die Autoren diese im größeren Zusammenhang der Personalplanung oder Workload / Caseloadbemessung in der ambulanten pflegerischen Versorgung thematisiert haben. Insgesamt zeigt sich eine große Vielfalt von Verfahren zur Beschreibung der Bedarfslagen pflegebedürftiger

A 1.1

Menschen. Für den deutschen Kontext empfiehlt sich zunächst eine Orientierung am neuen Begriff der Pflegebedürftigkeit. Fachlich integriert der neue Begriff der Pflegebedürftigkeit die Ansätze verschiedener pflegewissenschaftlicher Systematisierungsansätze (Wingenfeld et al. 2007; Wingenfeld et al. 2008). Die Orientierung am gesetzlich festgeschriebenen Begriff der Pflegebedürftigkeit bietet den nicht zu unterschätzenden Vorteil, ein weitgehend einheitliches Verständnis der individuellen Beeinträchtigung der Selbständigkeit bundesweit zu gewährleisten. Somit lassen sich auf breiter Ebene Parallelen und Unterschiede in den Bedarfslagen und darin erforderlichen und vereinbarten pflegerischen Handlungen herausarbeiten.

2.4 Weitere Befunde zur Tätigkeit in der ambulanten Pflege

Als Ergänzung zu den Ergebnissen der Literaturrecherche zu Personalbemessungsansätzen werden im Folgenden noch Erkenntnisse aus dem Pflege-thermometer des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung (dip) e.V., zu Tätigkeitsmerkmalen der ambulanten Pflege sowie zu Erkenntnissen zur beruflichen Belastung und Arbeitsfähigkeit skizziert.

Ergebnisse des Pflege-thermometers

Auch das Pflege-thermometer von 2015 beschäftigt sich mit unterschiedlichen Herausforderungen und Trends im ambulanten Sektor (Isfort et al. 2016). Das Pflege-thermometer ist eine bundesweite Querschnittstudie mittels Fragebogenerhebung von Führungskräften, die in regelmäßigen Abständen durch das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) durchgeführt wird. Hierbei werden jeweils verschiedene Themen und Settings betrachtet. Aus den Ergebnissen der Befragung der Führungskräfte hinsichtlich der Situation in der ambulanten Pflege ergeben sich einige Hinweise, die für die Empfehlung zur Entwicklung von personellen Vorgaben für ambulante Pflegeeinrichtungen von Bedeutung sein könnten. Die in diesem Zusammenhang wichtigsten Befunde sind nachfolgend stichpunktartig zusammengefasst:

- Hinsichtlich der Bezahlung der Beschäftigten gab ein Drittel der Befragten an, nicht tariflich gebunden zu sein. 24,4% verfügten über einen eigenen Haustarif. Somit besteht bei mehr als der Hälfte der Befragten eine hohe Individualität hinsichtlich der Vergütung. 31,9% der befragten Dienste gaben an, dass durch die tarifliche Entlohnung der Mitarbeitenden für sie ein Wettbewerbsnachteil entsteht, da ihre eigenen Leistungen teurer sind. Zwar sollten die Vergütungsverträge bei wirtschaftlicher Betriebsführung eine Refinanzierung ermöglichen, allerdings können nur etwa 25,6% der befragten Dienste angeben, dass Personalkostensteigerungen in den Vergütungsverhandlungen geltend gemacht werden konnten.

- Daraus ergibt sich für die ambulanten Pflegedienste ein erhebliches finanzielles Risiko, dass durch andere Einnahmen ausgeglichen werden muss. 41,5% der Befragten sehen dadurch bedingt eine hohe Leistungsverdichtung für die Beschäftigten. In diesem Zusammenhang liegt die Vermutung nahe, dass die Aufnahme neuer Kunden und damit verbundene Möglichkeiten zur Erlössteigerung zu weiteren Verdichtungen führen könnten, da eine Aufstockung des Personals unrealistisch erscheint.
- Dennoch berichteten 49,9% von einer Steigerung der Erlöse und dadurch bedingten Überlegungen zu einem Ausbau durch Übernahme weiterer Klienten und einer Aufstockung des Personals. Diese Planungen standen jedoch im Widerspruch zur Tatsache, dass 51,9% der Dienste im Jahr 2015 Anfragen von Klienten aufgrund von Personal-mangel ablehnen mussten und Expansionsüberlegungen nicht realisiert werden konnten.
- Die Dienste berichteten von verschiedenen Problemen in der Refinanzierung ihrer Leistungen. Als problematisch wurde von 67% die Unterfinanzierung von Leistungen in Krisenzeiten der pflegebedürftigen Menschen bezeichnet. Probleme wurden zudem bei Einsätzen mit einer Anfahrtszeit von mehr als 25 Minuten und den Beratungsbesuchen nach § 37 Abs. 3 SGB XI berichtet. Die ambulanten Dienste gaben im Durchschnitt an, dass ihre Klienten 16,4 km vom Büro des ambulanten Dienstes entfernt wohnen.
- Probleme können zudem in der Refinanzierung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch lange Zeiträume zwischen der ärztlichen Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkasse entstehen, da die Leistungserbringung in diesem Fall auf unsicherer Basis erfolgt und die Genehmigung nicht immer der Verordnung entspricht.
- 48,9% der Befragten gaben einen Mehrbedarf an Personal an. Dieser bezog sich auf dreijährig ausgebildete Pflegende, pflegerische Assistenzberufe und die Hauswirtschaft. Am höchsten wird der Bedarf zur Erbringung behandlungspflegerischer Leistungen eingeschätzt.
- Im Durchschnitt war in jedem befragten Dienst eine Stelle für Gesundheits- und Krankenpflege oder Altenpflege zu besetzen.
- Unter Abwägung verschiedener Aspekte wird ein Bedarf von 23.500 Stellen in der ambulanten Pflege bis 2026 konstatiert.
- Aus Sicht der befragten Führungskräfte sollte der Anteil an Teilzeitbeschäftigten im ambulanten Setting durchschnittlich zwischen 55 und 60% liegen.

Merkmale der Tätigkeit in der ambulanten Pflege

In der Literatur wird Pflege als eine interaktionsbezogene Dienstleistung mit existenzieller Bedeutung verstanden. Hierbei gibt es im Wesentlichen viele Übereinstimmungen im stationären und im ambulanten Bereich. Als Interaktionsarbeit wird der Umstand beschrieben, dass es sich beim Arbeitsgegenstand nicht um ein Objekt, sondern um einen Menschen mit individuellen Bedürfnissen und Empfindungen handelt und dass das tatsächliche Pflegegeschehen von der Interaktion der Pflegenden und Gepflegten beeinflusst wird (Becke et al. 2013).

Jedoch gibt es auch wesentliche Aspekte, die die Tätigkeit von Pflegenden im ambulanten Sektor von denen im stationären Bereich unterscheiden. So arbeiten Pflegende in ambulanten Pflegediensten überwiegend alleine. Außerdem arbeiten sie im häuslichen Umfeld des Patienten oder pflegebedürftigen Menschen, was wiederum ein hohes Maß an Flexibilität verlangt. Angehörige der pflegebedürftigen Menschen leben häufig mit ihnen zusammen und erfordern ein hohes Maß an Aufmerksamkeit und Integration in den pflegerischen Prozess. Um die Menschen in ihrem häuslichen Umfeld erreichen zu können, sind Pflegende in der Regel auf ein Auto angewiesen. Diesbezüglich wird eine Vielzahl an Strecken zu unterschiedlichen Tageszeiten gefahren. Hinzu kommt, dass der Zeitumfang, in dem ein Kontakt zum Pflegebedürftigen stattfindet begrenzt ist und je nach Leistungsart variiert (Becke et al. 2013).

Die Arbeitssituation gestaltet sich als sehr komplex, da die Tätigkeit nicht nur vor Ort bei Patienten oder pflegebedürftigen Menschen, sondern auch unterwegs und im Büro durchgeführt wird. Der Kern der Tätigkeit in ambulanten Pflegediensten liegt jedoch bei der Arbeit im Haushalt der Patienten und Pflegebedürftigen. Diese Tätigkeit erfordert ein hohes Einfühlungsvermögen, Verlässlichkeit, aber auch Motivation und Respekt in Bezug auf die Menschen und ihre Lebensumstände. Zudem erfordert es ein hohes Maß an Selbstständigkeit, da die Tätigkeiten alleine durchgeführt werden und nur ein geringes Maß an Hilfe von außen zulassen. Diesbezüglich wird die Komplexität der Arbeit durch immer wieder wechselnde Settings für die Pflegenden erhöht. Um eine gewisse Routine zu ermöglichen werden daher Stammtouren eingerichtet. Dies ist jedoch aufgrund der geringen Anzahl an Personal nicht immer möglich (Becke et al. 2013).

Becke et al. (2013) beschreiben weiter, dass ungefähr 30% der Arbeitszeit Wegzeiten sind. Somit stellt ein Auto auch eine Art Arbeitsraum für Pflegende dar. Neben vereinzelt Pausen werden hier auch Telefonate mit dem Büro oder anderen Pflegenden oder Ärzten durchgeführt.

Die Arbeitszeiten erfordern, dass Pflegende auch in den frühen Morgenstunden oder am späten Abend in Wohngebiete fahren müssen, die als unsicher wahrgenommen werden. Außerdem bedeutet es, dass Patienten und pflegebedürftige Menschen zu jeder Jahreszeit versorgt

werden müssen. So kann es sein, dass Pflegende auch mit wetterbedingten schlechten Straßenverhältnissen konfrontiert werden. Des Weiteren können Zeitverzögerungen aufgrund von mangelnden Parkmöglichkeiten entstehen (Becke et al. 2013).

Im Vergleich zur Tätigkeit in stationären Einrichtungen findet zwischen den Schichten kein direkter Kontakt zwischen den Pflegenden statt. Das Büro wird genutzt, um vor Dienstbeginn die Tour vorzubereiten und sich möglicherweise mit anderen Pflegenden auszutauschen. In ambulanten Pflegediensten wird in der Regel ein Zwei- oder ein Dreischichtbetrieb durchgeführt. Neben dem Arbeiten im Schichtrhythmus lässt sich die Arbeitssituation weiter in drei unterschiedliche Bereiche aufteilen. Das bedeutet, dass auch Wochenend- und Bereitschaftsdienste von Pflegenden geleistet werden müssen.

Ausstiegsgründe und nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit

Ergebnisse aus der europäischen NEXT Studie

In der europäischen NEXT Studie (nurses´early exit study) wurden neben Daten aus Altenheimen und Krankenhäusern auch Daten aus dem ambulanten Sektor einbezogen. Im Rahmen der Studie wurden europaweit mittels einer quantitativen Erhebung Fragen der Arbeitsbelastung in der Pflege sowie der Ausstieg und die Ausstiegsabsicht von Pflegenden aus ihrem Beruf untersucht. Aufgrund des Erscheinungsjahres ist die Aktualität der Studie zwar in Frage zu stellen, jedoch geben die Ergebnisse neben Erkenntnissen aus dem stationären Bereich auch einen Aufschluss über positive und ungünstige Arbeitsbedingungen in ambulanten Pflegediensten. Insgesamt war die Arbeitszufriedenheit dort gering. Die Gründe hierfür waren zum Teil auf die meist erschwerten Arbeitsbedingungen zurückzuführen.

Auswertungen für Deutschland konnten darüber hinaus aber zeigen, dass Pflegende in ambulanten Pflegediensten dennoch zufriedener mit ihrer Arbeit sind als in Pflegeheimen oder Krankenhäusern (Hasselhorn et al. 2005). Dies zeigt sich auch in den Ergebnissen im Bereich des persönlichen Burnouts. Bei Pflegenden in ambulanten Pflegediensten trat dieses weniger auf, als bei Pflegenden, die in Pflegeheimen oder Krankenhäusern tätig waren. Möglicherweise kann dieses mit dem hohen Maß an Unabhängigkeit in der ambulanten Pflege begründet werden, obwohl die Arbeitsbelastung nicht als gering eingeschätzt wird. Jedoch sind in fast allen teilnehmenden Ländern, außer in den Niederlanden, hohe Werte in Bezug auf ein persönliches Burnout bei Pflegenden verzeichnet.

Besonders in der ambulanten Pflege wurden von den Pflegenden die geringen Gestaltungsmöglichkeiten von Arbeit und Dienstplänen kritisiert. Dabei ist dieses ein entscheidender Faktor für eine hohe Arbeitszufriedenheit.

In der NEXT Studie konnte belegt werden, dass es signifikante Zusammenhänge zwischen den unterschiedlichen Arbeitszeitorganisationen und der Absicht, den Beruf zu verlassen, gibt. Dabei zeigt sich, dass Probleme in der Regel nicht ausschließlich durch das Schichtsystem entstehen, sondern vielmehr an der Vereinbarkeit von Bedürfnissen und Wünschen des Individuums und der konkreten Dienstplangestaltung liegen (Hasselhorn et al. 2005).

Weiter zeigen die Ergebnisse der NEXT Studie, dass Deutschland im europäischen Vergleich mit 18,4% einen hohen Anteil an Pflegenden hatte, die erwogen haben, den Pflegeberuf zu verlassen. Dabei wurden zwei Gruppen voneinander unterschieden. Zum einen die motivierten Aussteiger, die in der Regel jung und gut ausgebildet sind und zum anderen die resignierten Aussteiger, die einen schlechten Gesundheitszustand haben und eine niedrige Arbeitsfähigkeit. In Deutschland zeigte sich jedoch auch eine starke Bindung von Pflegenden zu ihrem Beruf (Hasselhorn et al. 2005).

Ergebnisse des Verbundprojektes Zukunft:Pflege

Das Forschungszentrum Nachhaltigkeit der Universität Bremen hat sich im Verbundprojekt „Zukunft:Pflege“ das Ziel gesetzt, Konzepte zur Gestaltung einer nachhaltigen ambulanten Pflege auf betrieblicher aber auch überbetrieblicher Ebene zu entwickeln.

In den Ergebnissen des Forschungsprojektes ist die nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit das Kernthema der ambulanten Pflege. Laut Bleses und Ritter (2013) gilt dieses als Chance für ambulante Pflegedienste den Personalbedarf auf betrieblicher Ebene sicherzustellen.

Bleses und Ritter definieren nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit „[...] als eine Eigenschaft von Personen, dauerhaft und über sich wandelnde berufliche oder private Anforderungen und Widrigkeiten hinweg in einem gewählten Berufs- oder Tätigkeitsfeld verbleiben zu können“ (Becke et al. 2013, S. 8; Bleses und Ritter 2013, S.8). Weiter beschreiben Bleses und Ritter es als Eigenschaft von Pflegenden, langfristig ihren Beruf ausüben zu können und zu wollen.

Neben den individuellen Eigenschaften von Personen spielen auch Einflüsse aus organisationaler, tätigkeitsbezogener, gesellschaftlicher und politischer Perspektive eine wesentliche Rolle. Hierunter fallen Arbeitsbelastungen aber auch die Unternehmenskultur und die Stellung des Berufes in der Gesellschaft. Bleses und Ritter unterscheiden zwei Dimensionen der Beschäftigungsfähigkeit. Zum einen gibt es die motivationale Dimension, in der betrachtet wird, ob eine Person in einem Berufsfeld verbleiben möchte (wollen). Zum anderen gibt es die sachliche Dimension, bei der angeschaut wird, ob die Person im Berufsfeld überhaupt verbleiben kann (können).

Dabei sind die Dimensionen „Wollen“ und „Können“ beeinflussbar. Hierbei stellt sich die Frage, ob Personen mit den Arbeitsbelastungen, die sich im Berufsalltag ergeben, zurechtkommen können. Falls eine Bewältigung der Arbeitsbelastungen durch individuelle Ressourcen nicht möglich ist, kann es Auswirkungen auf die gesundheitliche Situation der Arbeitnehmer haben. Hinzu kommt, dass das Risiko für gesundheitliche Schäden durch andauernde Überforderungen aufgrund von beispielsweise fehlender Qualifikation steigt. Es entsteht ein Kreislauf, der sich auch auf betrieblicher und organisationaler Ebene bemerkbar macht. Denn Arbeitnehmer mit gesundheitlichen Einschränkungen sind für Unternehmen schwieriger einsetzbar. Ein weiterer wesentlicher Punkt einer nachhaltigen Beschäftigungsfähigkeit ist die Mitarbeiterzufriedenheit. Diese steht in einem engen Zusammenhang mit den Arbeitsbedingungen, der Zusammenarbeit mit Kollegen und Führungskräften aber auch mit der Wertschätzung der Tätigkeit auf betrieblicher sowie auf gesellschaftlicher Ebene. In der nachhaltigen Beschäftigungsfähigkeit geht es darum, dass sich Arbeitnehmer in ihrem Beruf „[...] gesund, zufrieden und kompetent fühlen“ (Bleses und Ritter 2013, S. 9).

Es werden unterschiedliche Handlungsfelder auf die nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit in einzelnen Leitfäden dargestellt. Im Mittelpunkt stehen die Themenfelder Arbeitsorganisation, Gesundheit, Qualifikation, überbetriebliches Netzwerk und die Wirtschaftlichkeit. Dabei wurden verschiedene Leitfäden entwickelt, die Instrumente und Ansätze zur möglichen Sicherstellung einer guten Arbeitsqualität beitragen sollen. Im Bereich der Arbeitsorganisation werden Ansätze beschrieben, die zur Kommunikation und der Gestaltung von Schnittstellen durch Möglichkeiten zur Tourenplanung und Dienstplangestaltung beitragen sollen. In dem Leitfaden Gesundheit werden die Zusammenhänge von Arbeit und Gesundheit von Pflegenden beschrieben. Er zeigt auf, wie auf betrieblicher Ebene Überforderungen erkannt und gesundheitliche Ressourcen der Pflegenden gestärkt werden können. Zudem werden Hinweise für den Aufbau eines Qualitätsmanagements gegeben und Möglichkeiten für überbetriebliche Netzwerke aufgezeigt. Im Bereich der Wirtschaftlichkeit werden eine effiziente und effektive Gestaltung der Instrumente und deren Nutzen für ambulante Pflegedienste thematisiert (Bleses und Ritter 2013).

3. Expert*innenbefragung

Die Zielsetzung der Expert*innenbefragung bestand in der Gewinnung von Erkenntnissen, auf welcher Basis Fragen des Personaleinsatzes und der Personalbemessung derzeit in ambulanten Pflegediensten entschieden werden. Die verlässliche und nachvollziehbare Personalvorhaltung und –einsatzplanung gehört zu den wesentlichen Existenzbedingungen eines ambulanten Pflegedienstes. Nach welchen Prinzipien diese erfolgt, ist bislang weitgehend unerforscht. Daher sollten aus den Erfahrungen ausgewiesener Expert*innen Einsichten gewonnen werden, die für die Ableitung von Empfehlungen zu Personalfragen in der ambulanten Pflege genutzt werden können. Vor Beginn der Befragung der Expert*innen wurde ein Antrag zur ethischen Begutachtung des methodischen Vorgehens und datenschutzrechtlicher Fragen an die Ethikkommission der Hochschule Osnabrück gestellt. Das ethische Clearing erfolgte Anfang Oktober 2018.

3.1 Methodisches Vorgehen

Im folgenden Kapitel wird das methodische Vorgehen der Expert*innenbefragung dargestellt. Zunächst erfolgen Angaben zur Entwicklung des Interviewleitfadens sowie zur Rekrutierung und Auswahl der Teilnehmer*innen. Anschließend wird die Vorgehensweise bei der Datenerhebung und -auswertung erläutert.

3.1.1 Expert*inneninterview

Die Zielsetzung von Expert*inneninterviews besteht in der Gewinnung von Erkenntnissen, die über eine Analyse vorhandener Literatur und andere Formen der empirischen Untersuchung nicht gewonnen werden können. Konkret dienen sie dazu, den Forschenden exklusives Wissen über bestimmte Sachverhalte zugänglich zu machen (Meuser und Nagel 2009; Pfadenhauer 2009). Der Status der Expert*innen wird abhängig von der Fragestellung und dem Handlungsfeld durch die Forschenden verliehen (Helfferich 2009). Im Gespräch fungiert der Experte / die Expertin als Informationsquelle über Fachwissen, das den Forschenden anders nicht zugänglich ist. Die Person selbst steht nicht im Vordergrund, sondern ihr/sein fachliches und abstraktes Wissen zu einer Thematik (Helfferich 2009). Die befragte Person wird hier nicht als Einzelfall sondern als Repräsentant*in einer Gruppe in die Untersuchung einbezogen (Mayer 2013). Die Durchführung von Expert*inneninterviews ist im vorliegenden Projekt eine angemessene Herangehensweise, da Fragen der Personalplanung und –bemessung in der ambulanten Pflege in Deutschland täglich bei mehr als 14.000 Pflegediensten erfolgen, jedoch wenig dazu publiziert wurde. Zudem bietet diese Form der Befragung die Möglichkeit nicht nur

Informationen im Sinne von Fakten zu erhalten, sondern darüber hinaus auch fachlich begründete Einschätzungen und Bewertungen zu weiteren Aspekten. In der Regel sind Expert*inneninterviews eher der qualitativen Sozialforschung zuzurechnen, da es um die vertiefende Einsicht in Sachverhalte geht. Auch in diesem Projekt erfolgten die Interviews als qualitative, leitfadengestützte Interviews.

3.1.2 Auswahl und Beschreibung der Stichprobe

Als Expert*innen wurden im Rahmen des vorliegenden Projektes Personen angesprochen, die in einzelnen Pflegediensten, bei den freigemeinnützigen oder privaten Verbänden der Leistungserbringer oder als Unternehmensberater*innen mit Fragen des Personalmanagements in der ambulanten Pflege befasst sind. Ergänzend wurden Personen befragt, die über eine Expertise zu Fragen des Personalmanagements in anderen Bereichen verfügen. Sie wurden insbesondere zu Aspekten der Übertragbarkeit von Personalbemessungs-, Personaleinsatz- und Personalgewinnungsstrategien aus anderen Wirtschaftsbereichen befragt.

Die konkrete Auswahl der Expert*innen erfolgte über die folgenden Aspekte:

- Es wurden Personen angesprochen, die zu Fragen der Personalplanung in der ambulanten Pflege in Fachzeitschriften publiziert haben und die den Unterauftragnehmern entweder bereits im Vorfeld bekannt waren oder auf die sie im Laufe der Literatur- und Materialrecherche aufmerksam geworden sind.
- Eine weitere Gruppe von Personen bestand aus Vertreterinnen und Vertretern der Verbände der privaten und freigemeinnützigen Leistungserbringer, die im Steuerungskreis des Projekts vertreten sind oder sich in anderen Zusammenhängen in den vergangenen Jahren zu Aspekten der Personalplanung in der ambulanten Pflege geäußert haben. Oftmals erfolgte über diese Gruppe eine Kontaktaufnahme zu weiteren Personen, insbesondere zu einzelnen Pflegediensten.
- Qualitative Forschungsansätze streben nicht nach einer Repräsentativität in der Stichprobe, sondern einer Repräsentativität der identifizierten Konzepte und konzeptionellen Überlegungen. Aus diesem Grund gestalten sich die Stichproben eher heterogen, um ein möglichst breites Spektrum an Einschätzungen und unterschiedliche Perspektiven zu erhalten. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, wurden zur Gewinnung von Interviewpartner*innen Vertreter*innen privater und freigemeinnütziger Pflegedienste und Trägerverbände angesprochen und es wurde darauf geachtet, auch regional eine breite Verteilung zu erreichen, nicht zuletzt aufgrund unterschiedlicher, auf Landesebene existierender Rahmenbedingungen. Für die Gruppe der Unternehmensberater*innen war dieses Kriterium nicht zutreffend, da alle Befragten in einem weiten

Umkreis bei unterschiedlichen Pflegediensten und Trägerverbänden tätig sind. Gleiches gilt für die Gruppe der befragten Personalexpert*innen.

Auf diese Weise wurden 33 Expert*innen ermittelt, die telefonisch oder per E-Mail kontaktiert und nach ausführlicher Information über die Studie um Teilnahme gebeten wurden. Nach einem grundsätzlich geäußerten Interesse, sich an der Befragung zu beteiligen, wurden den Personen ein Informations- und Einwilligungsschreiben sowie der Interviewleitfaden zugesandt (siehe Anhang A und B).

Über die 33 Anfragen konnten 30 Interviews realisiert werden. Die drei nicht realisierten Interviews lagen darin begründet, dass eine Person nach Durchsicht des Interviewleitfadens zu der Einschätzung gelangt ist, keine wirkliche Expertise zu den Fragen zu besitzen. Bei den beiden anderen Personen war es einmal eine Ablehnung der Anfrage und im anderen Fall konnte das Interview zeitlich nicht realisiert werden. Von den 30 interviewten Expert*innen machten mit 21 Personen die Pflegedienstleiter*innen und Mitglieder von Verbänden die größte Gruppe aus. Sechs Personen sind der Gruppe der Berater*innen und drei der Gruppe der Expert*innen im Personalmanagement zuzuordnen.

Zu Beginn der Interviews wurden die Expert*innen gefragt, für wie viele Pflegedienste sie zuständig sind beziehungsweise mit wie vielen ambulanten Pflegediensten sie zusammenarbeiten. Das Spektrum reichte dabei von einem bis zu mehreren hundert Diensten. Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass Erfahrungen aus der Begleitung und Beratung sowie der unmittelbaren Praxis von deutlich mehr als 1.000 Pflegediensten eingeflossen sind. Geografisch weisen die Expert*innen Bezüge zu Pflegediensten in Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen, Berlin, Sachsen, Thüringen, Bremen, Bayern, Sachsen-Anhalt, Baden-Württemberg, Schleswig-Holstein und Rheinland-Pfalz auf. Als Vertreter spezialisierter Pflegedienste waren Geschäftsführer*innen von zwei Kinderkrankenpflegediensten sowie von einem ambulanten psychiatrischen Pflegedienst beteiligt. Das angestrebte Ziel, eine möglichst heterogene Stichprobe zu befragen, konnte somit erreicht werden.

Wie bereits beschrieben, werden für Expert*inneninterviews Personen angesprochen, denen eine Expertise für den Untersuchungsgegenstand zugesprochen wird. Oftmals sind sie in diesem Zusammenhang nicht nur den Forschenden bekannt, sondern stehen auch in ihrer üblichen Rolle für das entsprechende Thema. Aus diesem Grund wurden die Interviewteilnehmer*innen gefragt, ob sie mit der Nennung ihres Namens im Rahmen des Berichts einverstanden sind. Die nachfolgende Liste in alphabetischer Reihenfolge gibt einen Überblick über die

befragten Personen, ihre Funktion und institutionelle Zugehörigkeit⁵. Die institutionelle Zugehörigkeit bezieht sich auf den Zeitpunkt des Interviews, etwaige Veränderungen im Anschluss an das Interview wurden nicht berücksichtigt⁶:

Expert*innengruppe Pflegedienstleiter*innen und Verbände

Bernards, René	Fachreferent ambulante pflegerische Dienste (Westfalen-Lippe), Der Paritätische, Nordrhein-Westfalen, Dortmund
Block, Stefan	Geschäftsführer ASB Ambulante Pflege GmbH, Bremen
Brauner, Christoph	Landessekretär, AWO Niedersachsen Landesarbeitsgemeinschaft, Hannover
Brieskorn, Dirk	Geschäftsführer Familien- und Krankenpflege e.V., Essen
Colicelli, Adelina	Mitarbeiterin DBfK Südost, Bayern und Mitteldeutschland e. V. – Referat Ambulante Dienste & Beratung, München
Dehn, Andre	Pflegedienstleiter Gemeinnützige Gesellschaft der Franziskanerinnen zu Olpe mbH, Ambulante Pflege, Olpe
Drube, Pia	Mitarbeiterin DBfK Nordwest, Regionalvertretung Nord, Bad Schwartau
Fuhrmann, Andreas	Geschäftsführer Jung und Alt – Ambulante Soziale Hilfe e.V., Marienmünster
Große, Daniel Kunze, Matthias Richter, Britta	Der Paritätische Wohlfahrtsverband (Der Paritätische) Landesverband Thüringen e.V., Nesse-Apfelstädt Große, Daniel, Referent Strategische Entgeltberatung, Kunze, Matthias, Referent Pflege, Hospiz und Seniorenwirtschaft, Richter, Britta, Referentin Pflege, Hospiz und Seniorenwirtschaft
Haase-Kolkowski, Gudrun	Bereichsleiterin „Pflege“ der Ambulanten Psychiatrischen Pflege, Verbund für Psychosoziale Dienstleistungen gGmbH, Monheim
Kirchner, Uta	Geschäftsführerin Care4Me. Ambulante Pflege für selbstbestimmte Menschen, Berlin
Köckemann, Margarethe	Caritasverband für die Diözese Münster, Münster
Köster, Christina	Referentin ambulante Pflege, Diakonie Württemberg, Stuttgart
Kösling, Sabine	Geschäftsführerin VITAL Pflegeteam GmbH, Aschersleben
Liczewski, Sabine	Referentin für ambulante Pflegedienste der Arbeiterwohlfahrt, AWO Bezirksverband Unterfranken e.V., Würzburg

⁵ Die Nennung des Namens erfolgt, sofern die Teilnehmenden zugestimmt haben. Andernfalls wird eine anonyme Kennzeichnung vorgenommen.

⁶ Die hier aufgeführte Reihenfolge der Expert*innen entspricht nicht den Quellenangaben in den zitierten Aussagen der Expert*innen.

Märten, Andreas	Leiter ServicePfleger, Service- & Krankenpflegedienst Andreas Märten, Leipzig
Matzker, Eva-Maria	Caritasverband für die Diözese Münster, Münster
Sander, Gunnar	Geschäftsführer Sander Pflege GmbH, Emsdetten
Schülke, Petra	Geschäftsführerin Pflege, CarePool Hannover GmbH, stellvertretende Bundesvorsitzende des VDAB, Hannover
Weber, Sabine	Geschäftsführerin Altenhilfe, DIOS-Diakonie Osnabrück Stadt und Land gemeinnützige GmbH, Osnabrück
Witte, Heike	Geschäftsführerin, Ambulante Kinderkrankenpflege Krank und Klein – bleib daheim GmbH, Sulingen

Expert*innengruppe Berater*innen

Bleses, Peter, Dr.	Forschungsleiter am Institut Arbeit und Wirtschaft der Universität Bremen, Bremen
Gruß, Mathias Erdmeier, Dietmar	ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Berlin Gruß, Mathias, Gewerkschaftssekretär, Fachbereich Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen, Betriebs- und Branchenpolitik Erdmeier, Dietmar, Team Gesundheitspolitik, Themenschwerpunkte: EU-Politik, Berufsgenossenschaft, Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
Heiber, Andreas	Geschäftsführer, SysPra (System & Praxis Unternehmensberatung), Bielefeld
Henrichs, Claudia	Unternehmensberaterin, PFLEGE ambulant: leichter beraten verkaufen führen, Köln
Wawrik, Peter	Wawrik Pflege Consulting, Unternehmens- und Organisationsberatung im Pflegenetzwerk ambulant, Wohngemeinschaften und Tagespflegen, Bad Sassendorf
*	Repräsentant*in eines Verbandes

Expert*innengruppe Personalmanagement

Gorschlüter, Petra, Prof. Dr.	Professorin für allgemeine BWL und Management von Einrichtungen des Gesundheitswesens, Hochschule Osnabrück
Oswald, Julia, Prof. Dr.	Professorin für Betriebswirtschaftslehre, insbesondere Krankenhausfinanzierung und Management, Hochschule Osnabrück

3.1.3 Entwicklung des Interviewleitfadens

Die Expert*inneninterviews wurden als teilstrukturierte, leitfadengestützte Interviews geführt. Diese zeichnen sich dadurch aus, dass bereits vorhandenes Hintergrundwissen thematisch strukturiert und organisiert werden kann (Gläser und Laudel 2010). Der Interviewleitfaden wird auf Basis einer intensiven Auseinandersetzung mit dem Untersuchungsgegenstand entwickelt. Die Fragen des Leitfadens sind offen gestellt und geben den Interviewpartner*innen im Gespräch die Möglichkeit, weitere Aspekte zu thematisieren. Auch die Reihenfolge der Fragen ist in dem offenen Gesprächsverlauf nicht vorgegeben. Dennoch stellt der Interviewleitfaden einen Orientierungsrahmen dar und bietet die Möglichkeit, das Gespräch auf gewünschte Themen zurückzuführen (Flick 2011; Gläser und Laudel 2010). Darüber hinaus wird bei der Auswertung durch den Leitfaden eine inhaltliche Vergleichbarkeit der Interviews sichergestellt (Pickel et al. 2009).

Die Erstellung des Leitfadens hat bei Expert*inneninterviews eine wichtige Bedeutung. Der Interviewleitfaden für die Befragung ist vor dem Hintergrund der dargestellten Ergebnisse der Literatur- und Materialrecherche erstellt worden. Mithilfe des Leitfadens sollten im Rahmen der Befragungen Erkenntnisse darüber gewonnen werden, auf welche Überlegungen sich derzeit die Fragen der Personalbemessung und Personaleinsatzplanung in der ambulanten Pflege stützen. Darüber hinaus sollten weitere Aspekte, die aus Sicht der verschiedenen Expert*innen insgesamt zu dem Themenbereich wichtig erscheinen, berücksichtigt werden. Das Ziel war es, Einsichten in die Personalplanung zu gewinnen, die für die Ableitung von Empfehlungen zum Personalmanagement und zur Personalvorbehaltung genutzt werden können.

Die Fragen des Leitfadens wurden verschiedenen Themenkomplexen zugeordnet und in übergeordnete Fragen und untergeordnete Nachfragen eingeteilt, welche je nach Gesprächsverlauf gestellt wurden. Im Anschluss an eine Einstiegsfrage zur allgemeinen Beurteilung der Personalsituation im ambulanten Bereich, umfasste der erstellte Leitfaden folgende Themenkomplexe.

Personalrekrutierung

In diesem Themenkomplex wurde erfragt, welche Strategien die ambulanten Pflegedienste entwickelt haben und aktuell nutzen können, um Personal zu rekrutieren. Mithilfe der Nachfragekategorien sollten dabei auch Probleme und Veränderungen, die sich in den letzten Jahren hinsichtlich der Personalrekrutierung ergeben haben, erfasst werden.

Personalknappheit

In diesem Themenkomplex werden verschiedene Aspekte möglicher Personalknappheit behandelt. Zum einen wurde erfragt, ob die Pflegedienste Schwierigkeiten haben, offene Stellen zu besetzen und welches Personal entsprechend der Qualifikation ihnen fehlt. Darüber hinaus wurde die Frage nach dem Umgang der Dienste mit der Personalknappheit gestellt. Auch die Vorgehensweisen bei einem plötzlichen Ausfall von Mitarbeiter*innen wurden thematisiert.

Personalplanung

Dazu gehören Aspekte der Planung des Personalbedarfs und darauf einwirkender Einflussfaktoren. In diesem Zusammenhang wurde auch die Rolle indirekter und nicht patientenbezogener Pflegetätigkeiten angesprochen. Ebenso wurden Referenzwerte für einzelne Leistungen und deren Nutzung für die Personalplanung thematisiert und erfragt, nach welchen Kriterien die Dienste über ihren Personal-Mix entscheiden.

Umgang mit flexiblen/variierenden Anforderungen in der ambulanten Pflege

Dieser Themenkomplex zielt darauf ab zu erfahren, welche Strategien der Personalvorhaltung und –planung Pflegedienste nutzen, um auf die ständig wechselnden Anforderungen und die hohe Flexibilität in der ambulanten Pflege zu reagieren. Dabei wurde als Beispiel der hohe Anteil an Teilzeitkräften mit aufgenommen. Zudem wurde erfragt, wie Pflegedienste auf Zeiten reagieren, in denen Pflegebedürftige kurzfristig aus der Versorgung rausfallen.

Personalfluktuatation

Unter diesem Stichwort wurde der Einfluss häufiger Personalwechsel auf die Personalplanung erfragt. Zudem wurde die Frage nach Kündigungen von Mitarbeiter*innen in der Probezeit angesprochen und mögliche Gründe sowie eigene Erfahrungen aus Sicht der Expert*innen erfragt.

Touren- und Einsatzplanung

Im Rahmen des Themenkomplexes Touren- und Einsatzplanung wurde thematisiert, wie die Einsätze der Mitarbeiter*innen (Dienst- und Tourenplan) geplant werden. Dabei wurde im Detail nach festen Rhythmen der Planung und der Vorausplanung gefragt. Zudem ist die Ermittlung der kürzesten Wege bei den Touren ein Thema dieser Kategorie. Ein weiterer Punkt war die Berücksichtigung der Wünsche Pflegebedürftiger bei der Tourenplanung.

Vernetzung mit anderen Pflegediensten

Mit dieser Frage sollte in Erfahrung gebracht werden, welche Formen der Vernetzung Pflegediensten zur Verfügung stehen und welche in der Praxis genutzt werden.

Zusammenhang des Vergütungssystems

Dieser Themenkomplex enthält Fragen zum Einfluss des Vergütungssystems auf die Personalplanung. Ebenso wurde um subjektive Einschätzungen zu der Vergütung nach Zeit und nach Leistungskomplexen gebeten.

Personalplanung und Arbeitsbedingungen / -anforderungen.

In diesem Bereich wurde gefragt, inwiefern sich die Arbeitsbedingungen und -anforderungen in den letzten Jahren in der ambulanten Pflege verändert haben.

Wünsche / Erwartungen

Im Rahmen des letzten Themenkomplexes des Leitfadens hatten die Teilnehmer*innen die Möglichkeit, themenspezifische Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge zu machen. Dabei wurde konkret gefragt, was aus ihrer Sicht die wichtigste Frage der Personalbedarfsplanung darstellt, was passieren müsste, um die Personalsituation in der ambulanten Pflege zu verbessern und was sie sich in diesem Zusammenhang für die Zukunft wünschen.

Abschluss

Zum Abschluss der Befragung erhielten die Interviewteilnehmer*innen die Möglichkeit, Themen anzusprechen, die bislang im Interview noch nicht zur Sprache gekommen sind.

Die Fragen wurden möglichst neutral und offen formuliert. Je nach Expert*innengruppe (Pflegedienstleiter*innen und Verbände / Berater*innen / Expert*innen im Bereich des Personalmanagements) wurden leichte Anpassungen in den einzelnen Themenkomplexen vorgenommen, sodass insgesamt drei Versionen des Leitfadens entwickelt wurden (siehe Anhang A).

3.1.4 Durchführung der Interviews

Alle Teilnehmer*innen haben vor der Befragung ein Informationsschreiben und eine Einwilligungserklärung erhalten und konnten im Voraus offene Fragen stellen. Eine informierte Zustimmung wurde direkt vor dem Interview eingeholt und die schriftliche Einwilligungserklärung durch die Teilnehmenden unterzeichnet. Die Interviews wurden durch Mitarbeitende des Osnabrücker Forschungsteams entweder persönlich (12) in den Räumlichkeiten der Hochschule Osnabrück bzw. der jeweiligen Gesprächspartner*innen oder telefonisch (17) durchgeführt und nach erfolgter Zustimmung der Interviewpartner*innen mit einem Tonbandgerät aufgezeichnet. In einem Fall erfolgte eine schriftliche Rückmeldung zu den Themenkomplexen des Leitfadens. An manchen Interviews nahmen mehrere Personen teil. Die Dauer der Interviews variierte zwischen 27 und 113 Minuten und lag durchschnittlich bei 60 Minuten. Während der Interviews kam es zu keinen größeren Störungen und die Gesprächsverläufe waren fließend.

3.1.5 Datenauswertung

Die Analyse erfolgte durch inhaltsanalytische Verfahren, die ausführliche Aussagen zu den Kategorien des Interviewleitfadens ermöglichen und Raum für weitere Aspekte lassen, die von den Expert*innen angesprochen wurden, jedoch nicht expliziter Bestandteil des Leitfadens waren.

Zur Vorbereitung der Analyse erfolgte die Transkription der aufgezeichneten Interviews. Dabei wurden Eigennamen oder geografische Beschreibungen entfernt, um eine mögliche Zuordnung von Zitaten zu den Teilnehmenden zu verhindern. Darüber hinaus ist auch die Sprache geglättet worden (z.B. angefangene Sätze, Umlaute), solange der Inhalt dadurch nicht verändert wurde. Dieses Vorgehen ist bei dem vorliegenden Projekt unproblematisch, da der Forschungsinhalt keine sprachanalytischen Auswertungen umfasst. Die Transkription erfolgte in Anlehnung an die Transkriptionsregeln nach Dresing und Pehl (2018).

Die inhaltsanalytische Auswertung wurde in Anlehnung an Mayring (2015) durchgeführt. Als Basis wurden der Analyse einem deduktiven Verfahren entsprechend die Kategorien aus dem Leitfaden zugrunde gelegt. Bei der näheren Aufsplittung und der Erstellung der Unterkategorien wurde anschließend induktiv vorgegangen und es wurden auch neue Kategorien gebildet.

Im Sinne der Herstellung von Intersubjektivität bei der Datenanalyse wurden zu Beginn der Auswertung zwei Interviews exemplarisch von allen Mitarbeitenden des Forschungsteams Os-nabrück analysiert und im Anschluss die Ergebnisse der Analyse abgeglichen und diskutiert. Auf diese Weise wird gewährleistet, dass interpersonelle Differenzen bei der Kategorienbildung vermindert werden. Diese erste Auswertung diente als Basis für die Auswertung der weiteren Interviews, bei der ebenfalls einzelne Abschnitte und Passagen im Team besprochen, kodiert und ausgewertet wurden. Zur Unterstützung der Auswertung wurde das Programm MAXQDA verwendet.

3.2 Ergebnisse der Expert*innenbefragung

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Expert*innenbefragung anhand der Themenkomplexe des Leitfadens (Personalsituation, Personalknappheit, Personalrekrutierung, Personalplanung, Umgang mit flexiblen Anforderungen, Touren- und Einsatzplanung, Personalfluktuations, Vernetzung und Vergütung und Rahmenbedingungen) dargestellt. Viele der Interviewinhalte gingen deutlich über die unmittelbaren Fragen der Personalbemessung hinaus, weisen jedoch einen eindeutigen Zusammenhang dazu auf. Die Ergebnisdarstellung verfolgt daher in erster Linie das Ziel die vielfältigen Sichtweisen der befragten Expert*innen analytisch zusammenzufassen und damit das gesamte Spektrum der relevanten Aspekte für Fragen der Personalplanung in der ambulanten Pflege aufzuzeigen.

3.2.1 Personalsituation

Die Beurteilung der Personalsituation durch die Expert*innen war in hohem Maße übereinstimmend und spiegelt auch den durch die Literaturrecherche gewonnenen Eindruck wider. So ist die derzeitige Personalsituation in ambulanten Pflegediensten insgesamt sehr kritisch und angespannt.

"Also im Moment wirklich dramatisch, würde ich sagen. Und zwar wirklich ohne das übertreiben zu wollen." [Interview 3; Position: 3-3]⁷

Etwas konkreter stellt sich die Situation so dar, dass der Bedarf an ambulanten Pflegeleistungen schneller gewachsen ist und auch noch weiter wächst, als das zur Verfügung stehende Personal. Die Pflegedienste können daher ihren Personalstamm der Nachfrage nicht anpassen.

Neben der von den Expert*innen insgesamt als hoch problematisch eingeschätzten Personalsituation wurde auch auf mögliche regionale Unterschiede hinsichtlich des Ausmaßes hingewiesen. Diese werden sowohl im Stadt-Land-Verhältnis gesehen wie auch im Hinblick auf einzelne Regionen, in denen aufgrund hoher Ausbildungskapazitäten zwischenzeitlich eine höhere Anzahl von Pflegekräften verfügbar ist. Diese werden jedoch als vereinzelte Ausnahmen bezeichnet, die an der Gesamtsituation, dass so gut wie alle ambulanten Pflegedienste Schwierigkeiten haben, Personal einzustellen, nichts ändert.

Zentrale Faktoren, die einen Einfluss auf das Ausmaß der Personalsituation haben, sind die Betriebsgröße sowie Stadt-Land-Unterschiede. So berichten einige der Experten*innen, dass die Situation insbesondere für kleine Dienste schwierig ist, da diese nicht so viel Spielraum haben und auch schnell an existentielle Grenzen kommen, wenn sie Personal verlieren und die gesetzlichen Rahmenvorgaben nicht mehr erfüllen können. Größere Dienste haben im Gegenzug mehr Möglichkeiten hinsichtlich des Personalmanagements und können flexibler auf Ausfälle reagieren.

Hinsichtlich der Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Regionen wurde ausgeführt, dass die Situation in den Städten aufgrund der Konkurrenzsituation mit anderen Beschäftigungsmöglichkeiten für Pflegekräfte (z. B. in Krankenhäusern, Pflegeheimen oder anderen Einrichtungen) problematisch ist. Zwar ist potentiell mehr Personal vorhanden, die ambulanten Pflegedienste stehen aber in einem Wettbewerb mit Konkurrenten, gegenüber denen sie hinsichtlich ihrer Anreizmöglichkeiten vielfach benachteiligt sind. Im ländlichen Raum ist die Konkurrenzsituation nicht so ausgeprägt, aber es sind schlicht nicht so viele Fach- und andere Kräfte verfügbar. Darüber hinaus bestehen regionale Unterschiede in der

⁷ Die Angaben zu den Interviews entsprechen nicht der Reihenfolge der Expert*innen in der oben stehenden Tabelle.

soziodemografischen Struktur, was sich sowohl auf das Angebot an Mitarbeiter*innen als auch auf die Nachfrage nach Pflegeleistungen und damit auf die Personalsituation auswirkt.

In Bezug auf die Entwicklung der Personalsituation und Veränderungen in den letzten Jahren wurde eine sich anbahnende, aber in den letzten Jahren sich deutlich verschärfende Entwicklung benannt. Verantwortlich dafür sind in nicht unerheblichem Maß die beschlossenen Leistungsausweitungen in der ambulanten Pflege, die einerseits begrüßt werden, andererseits Probleme mit sich bringen, da der deutlichen Ausweitung der Leistungen keine entsprechende Kapazität an Personal gegenübersteht, wodurch nicht alle Leistungen in Anspruch genommen werden können.

„Das, was wir in den letzten Jahren gehabt haben, die Leistungsansprüche der Pflegebedürftigen wurden ausgeweitet, aber es wurden nicht die professionellen Kapazitäten gestärkt, um das auch zu befriedigen. Das ist so. Also die Leute können ja gar nicht alle ihre Leistungen in Anspruch nehmen, weil es gar niemanden gibt, der es macht. Der ganze Bereich der Entlastungsleistungen, sie finden weder niederschwellig, noch ehrenamtlich oder (...) aus dem professionellen Bereich finden sie da genügend Leute. Aber Ansprüche hat jeder und die verfallen dann irgendwann.“ [Interview 11; Position: 125-125]

3.2.2 Personalrekrutierung

Das Thema der Personalrekrutierung erhält vor dem Hintergrund der Personalknappheit eine zunehmend wichtige und zentrale Bedeutung. Es ist zu einem dominanten Thema auf allen Ebenen der ambulanten Pflegedienste geworden. Deutlich wurde in den meisten Interviews, dass es nicht nur um die Gewinnung, sondern auch den Verbleib von Mitarbeiter*innen geht.

„Und was machen wir heute? Personal, Personal, Personal. Also der Tag dreht sich immer darum, wie können wir nochmal akquirieren, wie können wir nochmal Situationen für Mitarbeiter verbessern, wo ist das Problem am größten? Also es ist ein ganz dominierendes Thema geworden.“ [Interview 29; Position: 15-15]

Grundsätzlich gibt es für ambulante Pflegedienste vielfältige Möglichkeiten, um Personal zu rekrutieren, von denen die einzelnen Dienste mal mehr und mal weniger Optionen nutzen. Die Strategien lassen sich in nach außen, also an die Öffentlichkeit gerichtete, und nach innen gerichtete Maßnahmen unterteilen. Die nach innen gerichteten Maßnahmen sind darauf ausgerichtet, ein positives Arbeitsumfeld zu schaffen, in dem Mitarbeiter*innen gerne arbeiten. Im Folgenden werden zunächst die nach außen gerichteten Maßnahmen dargestellt.

Stellenanzeigen und Werbung (Homepage, Portale, Social Media)

Als nach außen gerichtete Maßnahme stehen den Diensten unter anderem die klassischen Stellenanzeigen in der Tageszeitung oder anderen Zeitschriften zur Verfügung. Stellenanzeigen als Rekrutierungsstrategie werden häufig angewendet, allerdings in ihrer Wirksamkeit von den Gesprächspartnern unterschiedlich beurteilt. Während einige Dienste von guten Erfolgen berichten, teilen andere mit, dass sie auf Stellenanzeigen in Zeitungen teilweise gar keine

Rückmeldungen erhalten. Darüber hinaus greifen viele Dienste zu der Veröffentlichung von Anzeigen und Werbung im Social Media Bereich (Facebook, Instagram etc.) und auf ihrer Homepage. Aus Sicht der Pflegedienste sind Aktivitäten und ein für die Zielgruppe ansprechender Auftritt in diesem Bereich in der heutigen Zeit von hoher Bedeutung. Auch andere Portale wie das der Bundesagentur für Arbeit oder eBay Kleinanzeigen werden zur Ausschreibung von Stellenanzeigen genutzt. Die Werbung auf den Fahrzeugen der ambulanten Pflegedienste ist ebenfalls eine klassische Methode, die angewendet wird.

Zielgruppenspezifisches Marketing

Im Zusammenhang mit den Stellenausschreibungen und Anzeigen wird von den Expert*innen betont, dass es sehr auf die Art der Formulierung ankommt und hier ein Umdenken stattgefunden hat oder haben sollte. Die Anzeigen werden individueller formuliert und mehr auf die Bewerber*innen ausgerichtet anstatt auf den Dienst. Es soll durch die Gestaltung der Eindruck vermittelt werden, dass man sich als Dienst bei den potentiellen Mitarbeitenden bewirbt.

Aber nicht nur eine zielgruppenspezifische Ansprache ist mittlerweile von hoher Bedeutung, sondern generell ein zielgruppengerechtes Marketing. Dazu zählt ebenfalls, potentielle Bewerber*innen zu kennen und zu wissen, welche Werte ihnen wichtig sind und auf welche Art und Weise sie rekrutiert werden können. Danach sollte ausgewählt werden, wie und wo geworben wird. Bei dem zielgruppenadäquaten Marketing können gegebenenfalls auch generationsspezifische Aspekte und Lebensphasen, zu denen auch unterschiedliche Werte verschiedener Generationen gehören, eine Rolle spielen. So müssen sich die Dienste genau überlegen, welche Zielgruppe sie ansprechen wollen und worauf diese Wert legt. Beispiele für spezielle Zielgruppen sind Wiedereinsteiger oder Pflegende, die aus der Elternzeit zurückkehren.

„Also ich empfehle zielgruppenadäquates Marketing und zwar genau auf den Plätzen, wo sich die Menschen, die Sie finden wollen, auch aufhalten. Und ich empfehle immer sehr stark zu unterscheiden, suche ich jetzt jemanden, der wiedereinsteigt und gegebenenfalls die kostenfreie Wochenblattzeitung liest oder suche ich jüngere Leute, die sich auf facebook, snapchat und instagram aufhalten.“ [Interview 2; Position: 14-14]

Auszubildende werben

Neben der gezielten Ansprache von Pflegenden, die wiedereinsteigen oder aus der Elternzeit wieder ihre Berufstätigkeit aufnehmen, hat auch das Anwerben von neuen Auszubildenden und deren Bindung an den Betrieb einen hohen Stellenwert. Dazu nutzen Betriebe die Möglichkeit, Praktika anzubieten und gezielte Informationsveranstaltungen für Auszubildende durchzuführen. Ebenso wird versucht, den Interessierten die Hürde einer Bewerbung zu nehmen. Hier liegen die Möglichkeiten in der Vereinfachung des Bewerbungsverfahrens sowie im niedrigschwelligen Zugang zu Ansprechpersonen und einem Probearbeiten. Eine andere Idee besteht darin, die Attraktivität des eigenen Betriebs zu steigern und sich gegenüber anderen

abzugrenzen, indem zum Beispiel die Ausbildung mit der Durchführung interessanter Projekte verknüpft wird.

Regionale Vernetzung und Erhöhung des Bekanntheitsgrades

Ebenso wird beschrieben, dass eine regionale Vernetzung und Kontaktaufnahme zu Berufsbildungswerken und besonders auch zu Schulen sowie Ausbildungsbetrieben wichtig für das Anwerben interessierter Auszubildender sowie potentieller neuer Mitarbeiter*innen ist. Als weitere Möglichkeit wurde eine Zusammenarbeit mit der Agentur für Arbeit oder anderen Arbeitsvermittlungsagenturen erwähnt, die aus der Erfahrung heraus jedoch als wenig hilfreich wahrgenommen wird.

Auch Tage der offenen Tür sowie die Teilnahme an Messen können zur Rekrutierung von Auszubildenden und Mitarbeitenden beitragen. Ebenso hilft es, den Bekanntheitsgrad des Dienstes auf unterschiedliche Weise zu erhöhen. Dazu zählen auch die Vernetzung mit anderen Organisationen und das Halten von Vorträgen. Die Etablierung eines „guten“ Rufs sowie die Steigerung der Bekanntheit für eine hohe Pflegequalität werden von den Pflegediensten angestrebt, um Mitarbeitende zu gewinnen. Neben den positiven Aspekten verschiedener Vernetzungsaktivitäten bei der Personalgewinnung wurde auf den hohen Aufwand hingewiesen, der mit entsprechenden Aktivitäten verbunden ist.

„Ja genau mit dem Aufwand, den es braucht. Das ist ne ganze Menge, Netzwerken ist halt sehr zeitintensiv. Und vor allen Dingen, das hat ja nicht sofort ein Ergebnis, also Netzwerkarbeit braucht zwei Jahre Vorlauf, so pi mal Daumen. Manchmal auch fünf.“ [Interview 9; Position: 17-17]

Aktiv auf Bewerber*innen zugehen

Insbesondere die Berater*innen und Expert*innen im Bereich des Personalmanagements haben zudem angesprochen, dass die Dienste selbst aktiv werden und auf Bewerber*innen zugehen müssen. Die Dienste, die umgedacht haben und entsprechende Maßnahmen umsetzen, seien gleichzeitig häufig die, die keine Probleme haben, Personal zu finden. In diesem Zusammenhang wurde auch exemplarisch darauf hingewiesen, dass einige Unternehmen anderer Branchen bereits Stellen ausschließlich für die Personalrekrutierung besetzt haben, um aktiv auf geeignete/qualifizierte Mitarbeitende zuzugehen. Dieses Vorgehen setzen einzelne ambulante Dienste bereits um und beschäftigen Personen, die sich ausschließlich um die Akquise neuer Mitarbeiter*innen und den Verbleib des aktuellen Personals kümmern. Einige Dienste machen auch Gebrauch von Headhuntern, um Personal zu finden.

Positive Außendarstellung

Als weitere Maßnahme wurde die positive Außendarstellung zur Anwerbung neuer Mitarbeiter*innen benannt. Einige Expert*innen beschreiben, dass sich Pflege teilweise selbst zu schlecht darstellt. Stattdessen sollten eher die Vorteile und Alleinstellungsmerkmale sowie

die konkreten Visionen einer guten Versorgung herausgestellt werden. Einige Dienste versuchen, eine Art Markenbewusstsein mit bestimmten Eigenschaften aufzubauen, die mit Ihnen verbunden werden sollen.

Monetäre Anreize

Im Zuge der zunehmenden Personalknappheit wird zudem der Trend beobachtet, dass Dienste vermehrt mit monetären Anreizen, wie einer hohen Vergütung oder hohen Wechselprämien werben. Teilweise werden sehr hohe Abwerbprämien gezahlt, was in der Branche kritisch gesehen wird und es insbesondere kleinen Diensten mit weniger Mitteln schwermacht, ihr Personal zu halten. Zudem ist der Effekt auch häufig nur kurzfristig und kann zu hoher Fluktuation führen. Insbesondere, wenn es zu einer Ungleichbezahlung innerhalb der Teams kommt, sind interne Probleme zu erwarten. In anderen Interviews wurde berichtet, dass das Bemühen, nach Tarif zu zahlen, nicht von allen Pflegediensten umgesetzt werden kann und einige dieser Dienste versuchen, die fehlenden materiellen Anreize durch immaterielle zu ersetzen.

Pflegekräfte aus dem Ausland rekrutieren

Ein weiterer Trend, der beschrieben wird, ist die Rekrutierung von Pflegekräften aus dem Ausland. Diese Rekrutierungsstrategie wird jedoch durch einige bürokratische Hürden, wie lange Wartezeiten für einen Termin bei der Botschaft oder Schwierigkeiten bei der Anerkennung des Abschlusses erschwert und verzögert. Die teilweise fehlende Anerkennung der Berufsausbildung führt dazu, dass die Bewerber*innen weniger Aufgaben übernehmen dürfen als sie in ihrem Herkunftsland durchgeführt haben. Dadurch ist aus Sicht einiger Pflegenden aus dem Ausland die Arbeit in Deutschland weniger attraktiv. Zudem ist auch die Einarbeitung mit einigen Hürden verbunden, da der ambulante Einsatz ein sehr eigenständiges Arbeiten erfordert. Insbesondere Verständigungsschwierigkeiten fallen daher im ambulanten Bereich auch stärker ins Gewicht als im stationären Bereich.

Mund-zu-Mund Propaganda / Mitarbeiter werben Mitarbeiter

Als ein sehr wichtiger und häufig sogar wirkungsvollster Baustein der Personalrekrutierung wird die Mund-zu-Mund-Propaganda genannt. Diese ergibt sich meistens von alleine, wenn die Beschäftigten sich wohl fühlen und positiv über ihren Arbeitgeber sprechen. Teilweise wird sie aber auch gezielt von den Diensten hervorgerufen oder unterstützt. So gibt es Programme, wie „Mitarbeiter werben Mitarbeiter“, bei denen die Mitarbeitenden eine Prämie erhalten, wenn sie Freunde oder Bekannte für den Dienst gewinnen.

Ebenso werden auch die sozialen Medien genutzt, damit Mitarbeiter*innen über ihre Accounts Werbung für den Pflegedienst teilen und verbreiten können. Bei kleinen oder seit langer Zeit bestehenden Teams kann das Werben von Freunden und Bekannten jedoch auch an seine Grenzen kommen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt hinsichtlich der Personalrekrutierung ambulanter Pflegedienste besteht darin, ein proaktives Personalmarketing zu betreiben. Das bedeutet, dass nicht nur externe Maßnahmen hinsichtlich der Personalrekrutierung betrieben werden müssen. Vielmehr ist es notwendig, dass vorhandene Personal wertzuschätzen.

„[...] das externe Personalmarketing, das ist so vielfach, was Krankenhäuser jetzt auch schon machen, schicke Werbeflyer, tollen Internetauftritt, funktioniert aber nur, wenn ich intern auch gut bin, nur wenn ich es schaffe, dass meine aktuellen Mitarbeiter, also die, die ich schon habe, die muss ich verstehen als Schatz, ich kriege auch keine anderen mehr, ja, das ist mein Schatz. So und mit denen muss ich gut umgehen, die muss ich glücklich und zufrieden machen, weil wenn die glücklich und zufrieden sind, dann bin ich auch attraktiv für andere.“ [Interview 7; Position: 65-65]

Im Folgenden wird auf die nach innen gerichteten Maßnahmen eingegangen, die ambulanten Pflegediensten zur Verfügung stehen.

Interne Arbeitsbedingungen und Strukturen

Im Zusammenhang mit der Mund-zu-Mund-Propaganda wird deutlich benannt, dass diese nur stattfindet, wenn weitere interne Faktoren, wie die Arbeitsorganisation, die Personalentwicklungsmöglichkeiten, die Führung und die Stimmung im Team zufriedenstellend sind. Derartige Faktoren sind demnach zentral für einen erfolgreichen Dienst. Denn mit den Strukturen, die es schaffen, das vorhandene Personal zufrieden zu stellen und zu halten, genießt der Betrieb gleichzeitig einen guten Ruf und ist attraktiv für neue Mitarbeiter*innen. Bei der Frage nach der Rekrutierung wurde daher auch sehr häufig angesprochen, dass neben der Rekrutierung der Verbleib des vorhandenen Personals höchste Priorität hat. Die Dienste müssen reagieren und sich um ihre Beschäftigten kümmern, insbesondere auch deswegen, weil diese heutzutage im Vergleich zu früher die Freiheit haben, überall anfangen und den Arbeitsplatz sofort wechseln zu können.

Eine positive Arbeitsstimmung und Zufriedenheit mit der Arbeit werden aufgrund der vielen Wahlmöglichkeiten immer bedeutsamer, trotzdem wird der wichtige Einflussfaktor der Unternehmenskultur und Zufriedenheit von einigen Diensten vernachlässigt. Um Arbeitsbedingungen und Strukturen zu schaffen, die sowohl dazu beitragen, Mitarbeitende zu halten, als auch neue zu gewinnen, werden von den Expert*innen verschiedene Ansatzpunkte aufgeführt.

Personalentwicklung

Als ein Faktor, um Personal zu halten und zu rekrutieren, spielt die Personalentwicklung eine wichtige Rolle. Bewerber*innen fragen bereits bei der Einstellung nach den Perspektiven im Betrieb. Fortbildungen, Weiterbildungen und Weiterqualifizierungen haben demnach eine hohe Bedeutung. Dabei bieten Dienste auch Kräften, die bislang beispielsweise ausschließlich

in der Hauswirtschaft tätig waren, eine Nachqualifizierung an. Einige Dienste reagieren zudem auf den Mangel an qualifizierten Bewerbern, indem sie Pflegehelfer*innen ausbilden.

Rolle der Führungskraft

Eine besondere Bedeutung wird der Qualifizierung und Schulung von Führungskräften zugeschrieben. Diese wird von vielen Expert*innen als wichtig angesehen, da der Erfolg eines Dienstes maßgeblich von den Führungsqualitäten der Leitung abhängt.

Auch losgelöst von der Thematik der Schulungen wird sehr stark betont, welche wichtige Rolle den Führungskräften in Bezug auf das Halten von Mitarbeitenden zukommt. Hierbei besteht die Anforderung an die Führungsperson darin, eindeutige Werte und Vorstellungen davon zu haben, wie Pflege erfolgen sollte, diese im Betrieb vorzuleben und auch entsprechende Arbeitsbedingungen zu schaffen. Gleichzeitig müssen aber auch umfassende betriebswirtschaftliche Kenntnisse vorhanden sein. Ebenso sollten die Mitarbeiter*innen das Gefühl haben, von der Führungsperson verstanden zu werden. Die Fähigkeit und die Qualität zu führen, ist jedoch nicht jedem gegeben und es ist schwierig, eine qualifizierte und den Anforderungen entsprechende Führungskraft zu finden. Um die Ziele und Vorstellungen in Bezug auf die Führung zu verankern, kann auch ein Führungsleitbild erstellt werden.

Wertschätzung der Mitarbeitenden und Steigerung der Eigenverantwortung

Mit der besonderen Bedeutung der Qualifizierung des Leitungspersonals ist auch die Wertschätzung der Mitarbeitenden verbunden, die besonders wichtig ist, um Personal zu halten. Ebenso wurde als zentral benannt, Einwände und Probleme der Mitarbeitenden ernst zu nehmen und nach Lösungen zu suchen. Als Beispiel ist unter anderem beschrieben worden, dass Mitarbeiter*innen in einem Dienst keine Teildienste mehr machen wollten und diese daraufhin abgeschafft wurden. Supervisionen oder andere Formen eines regelmäßigen Austauschs im Team, die eine Reflexion ermöglichen und Raum geben, um Probleme zu thematisieren, können in diesem Zusammenhang hilfreich sein. Auch regelmäßige Einzelgespräche mit den Mitarbeiter*innen können dazu beitragen, den Austausch kontinuierlich aufrechtzuhalten.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist der Umgang mit Fehlern und Neuerungen. Ein Experte hat beispielsweise beschrieben, wie ein Dienst eine Fehlerkultur aufgebaut hat, um aus Fehlern zu lernen und Prozesse anzupassen, anstatt sie zu ignorieren. Hier kann es ebenfalls hilfreich sein, die Mitarbeitenden miteinzubeziehen und mitgestalten zu lassen.

Auch die Steigerung der Eigenverantwortung kann Wertschätzung ausdrücken und die Kompetenz und damit auch die Zufriedenheit und Begeisterung für den Beruf fördern. So können den Mitarbeiter*innen beispielsweise zusätzliche Aufgaben anvertraut und gewisse Freiräume bei der Arbeitsgestaltung gegeben werden.

„Wir haben vor 2 Jahren (...) überlegt, wie wir unsere Arbeit neu strukturieren können und haben erstmal aus einem Team 2 gemacht (...) und haben aber auch Aufgaben, die vorher die Pflegedienstleitung hatte, an die einzelnen Pflegekräfte delegiert, das heißt, wir machen eine reine Bezugspflege, das heißt jeder Mitarbeiter ist zuständig für die Versorgung des Klienten. Was Medikamente angeht, das Verordnungsmanagement, die Pflegeplanung usw. und es muss sich jeder um seine, also bei einer Vollzeitstelle sind das 10-12 Klienten, muss er sich kümmern und die Pflegedienstleitung ist im Grunde dafür zuständig zu gucken, klappt das, unterstützt dabei usw.“ [Interview 14; Position: 9-9]

Darüber hinaus kann es auch von Vorteil sein, Hintergrundwissen z.B. über Abrechnungsgrundlagen an die Mitarbeiter*innen weiterzugeben. Die Förderung der Kenntnisse über die Strukturen und Prozesse der ambulanten Pflege kann helfen, das gesamte Verständnis für Abläufe und Prozesse zu erhöhen und das gemeinschaftliche Arbeiten zu verstärken. Auch Medien wie eine Mitarbeiterzeitschrift können genutzt werden, um das Personal zu informieren.

Stärkung des Teamzusammenhaltes

Ein weiterer wichtiger Aspekt der Personalrekrutierung ist der Zusammenhalt im Team. Dabei ist es nicht zielführend, jegliche Unstimmigkeiten vermeiden zu wollen. Wichtig ist jedoch der Umgang damit und dass die Grundstimmung im Team gut ist. Es sollte grundsätzlich eine Einigkeit über die Arbeitsweise und die Richtung bestehen, die gemeinsam angestrebt wird. So können dann auch einzelne Krisen vom gesamten Team abgedeckt werden.

Der Teamzusammenhalt kann ebenfalls durch die bereits angesprochene regelmäßige offene Kommunikation erhalten und gestärkt werden. Ebenso können auch gemeinsame Unternehmungen außerhalb der Arbeit dazu beitragen, das Team zu stärken.

Extraleistungen

Um sich von der Konkurrenz abzuheben, bieten manche ambulanten Dienste ihren Mitarbeiter*innen Extraleistungen an. Diese umfassen beispielsweise Rabatte oder die kostenlose Nutzung verschiedener Leistungen. Dazu können unter anderem die kostenlose Nutzung einer Ferienwohnung, das Werben mit Firmenfahrzeugen, Rabatte für Werkstattleistungen am Privatwagen oder vergünstigte Essensangebote zählen. Wertschätzung kann dabei gemäß den Expert*innen auch durch kleine Aufmerksamkeiten ausgedrückt werden und erfordert nicht direkt eine deutliche Lohnerhöhung. Beispiele sind Maßnahmen, wie das zur Verfügung stellen von kostenfreiem Obst oder Kaffee sowie das Verteilen von anlassbezogenen Aufmerksamkeiten (z.B. zu Weihnachten).

Eine gute Bezahlung wird dennoch in der heutigen Zeit als harter Faktor zu einem immer wichtigeren Kriterium. Denn die Mitarbeiter*innen sind schneller bereit als früher, den Arbeitsplatz zu wechseln und haben mehr Möglichkeiten, einen neuen Arbeitsplatz zu finden. Während sich die Expert*innen einig sind, dass Geld nicht das einzige Kriterium ist, um Mitarbeitende

zu gewinnen und vor allem zu halten, wird aber auch von Fällen berichtet, in denen das Gehalt das ausschlaggebende Kriterium bei der Wahl einer Stelle war.

Eine andere Form von Extraleistungen, die zunehmend angeboten werden, sind Maßnahmen zur Gesundheitsprävention. Diese reichen von Gutscheinen für einzelne Gesundheitspräventionsmaßnahmen, wie Massagen oder Sportkurse, über die Kooperation mit Physiotherapeuten und Ärzten, bis zum Aufbau eines umfassenden betrieblichen Gesundheitsmanagements. Darüber hinaus nutzen Dienste flexible Arbeitszeiten und Arbeitszeitmodelle, um Mitarbeiter*innen zu werben. Ein häufiges Beispiel in diesem Zusammenhang sind spezielle, später beginnende Touren für Mütter.

Bewerbungsprozess intern strukturieren

Insgesamt wird in Bezug auf die Rekrutierung darauf hingewiesen, dass es sinnvoll ist, den gesamten Bewerbungsprozess zu durchdenken und neu zu strukturieren, da dieser oft nicht an die aktuellen Bedürfnissen des potentiellen Personals angepasst ist. Dies schließt auch die Auswahl der Bewerber*innen und die Probezeit mit ein. Bei Verbänden oder großen Zusammenschlüssen empfiehlt sich zudem eine interne Bewerber*innendatenbank anzulegen, auf die man zurückgreifen kann.

Keine Erfolgsgarantie der Rekrutierungsmaßnahmen

Insgesamt zeigen die Ausführungen, dass eine Vielzahl an Strategien zur Personalrekrutierung bestehen und genutzt werden. An einigen Stellen wurde aber auch bereits darauf hingewiesen, dass die genannten Maßnahmen in den Diensten zu unterschiedlichen Erfolgen führen können oder bereits geführt haben. Die aufgeführten Strategien sind demnach kein Garant für Erfolg. Es gibt auch Betriebe, die damit keinen Erfolg hatten. Ebenso ist es nie eine einzelne Maßnahme, die zum Erfolg führt, sondern stets die Kombination. Darüber hinaus haben verschiedene Faktoren wie die regionalen Gegebenheiten, Konkurrenz, Altersstruktur der Gesellschaft etc. einen Einfluss auf die Umsetzungsmöglichkeiten und Erfolge der Rekrutierungsstrategien. Einige Dienste berichten beispielsweise, dass sie nur Personal kriegen, wenn andere Dienste schließen oder die Konkurrenz schlecht mit ihrem Personal umgeht. Und auch die Dienste, die noch Bewerber*innen haben, berichten, dass sich das qualifizierte Personal häufig in einer anderen Anstellung befindet.

Zusammenfassung der Veränderungen

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Frage der Personalrekrutierung und –gewinnung ein zentrales Thema für die ambulanten Pflegedienste ist. Die Gewinnung neuer Maßnahmen und Maßnahmen zum Verbleib bereits beschäftigter Mitarbeiter*innen scheinen sich zunehmend die Waage zu halten. Festzustellen ist eine Art Paradigmenwechsel dahingehend, dass sich die Pflegedienste bei den potenziellen Mitarbeiter*innen bewerben und nicht umgekehrt. In diesem Zusammenhang werden nicht nur die Ansprache bei Ausschreibungen und

Anzeigen geändert, sondern auch die Orte und Art der Werbung an die potentiellen Bewerber*innen angepasst. In diesem Verlauf hat sich auch die Werbung über soziale Netzwerke verstärkt. Der zweite Baustein, der immer deutlicher wird, ist die Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Bedingungen, die Betriebe ihren Mitarbeiter*innen bieten. Dabei kommt es sowohl auf Faktoren wie Geld und freie Tage, als auch auf andere Aspekte wie Entwicklungsmöglichkeiten, die Qualifizierung der Führungskraft und das Arbeitsklima an. Insgesamt lässt sich festhalten, dass sich die Dienste zunehmend auf die Bedürfnisse der Mitarbeiter*innen einstellen müssen, um Personal zu rekrutieren und zu halten.

3.2.3 Personalknappheit

Zum Thema der Personalknappheit wurden verschiedene Aspekte in den Interviews angesprochen. Neben Einschätzungen zu Erkenntnissen aus der Pflegestatistik wurden die Konkurrenzbeziehungen zwischen ambulanten Pflegediensten und anderen Einrichtungen der pflegerischen Versorgung beschrieben. Aufbauend auf der Beschreibung der Ursachen, Facetten und Ausmaße der Personalknappheit werden nachfolgend die Strategien herausgearbeitet, wie Pflegedienste mit der Personalknappheit umgehen.

Verhältnis Pflegekraft - Pflegebedürftige

Die Expert*innen wurden im Rahmen der Interviews um eine mögliche Erklärung für die Verbesserung des Verhältnisses von Pflegefachpersonen zur Anzahl pflegebedürftiger Menschen, die aus der Bundespflegestatistik (s. Kapitel 2.1 Personalsituation in der ambulanten Pflege hervorgeht, gebeten. Insgesamt äußerten die Expert*innen, dass eine Verbesserung dieses Verhältnisses aus ihrer Perspektive heraus nicht spürbar ist. Gründe für die Verbesserung des Verhältnisses sowie für die Differenz zwischen dem wahrgenommenen und dem tatsächlichen Verhältnis von Pflegenden zur Anzahl der pflegebedürftigen Menschen werden auf gesellschaftlicher Ebene, auf Leistungsebene sowie auf organisatorischer Ebene vermutet.

Auf gesellschaftlicher Ebene wird eine veränderte Einstellung vieler Menschen bei der Inanspruchnahme fremder Hilfe als mögliche Ursache benannt. Im Vergleich zum Zeitpunkt der Einführung der Pflegeversicherung musste erst gelernt werden, fremde Hilfe bei vorliegender Pflegebedürftigkeit anzunehmen.

Sehr viel umfangreicher fielen die Einschätzungen zu Gründen auf der Leistungsebene aus. Auf dieser Ebene wurden als mögliche Gründe genannt, dass der Versorgungsaufwand und damit die Zeit pro Pflegebedürftigen gestiegen und die Anzahl pflegebedürftiger Menschen gesunken sind. Beispielsweise werden aus Sicht der Expert*innen heute mehr schwerstpflegebedürftige und an fortgeschrittener Demenz erkrankte Menschen versorgt. Diese zunehmende Intensität der Versorgung wird auch durch die Veränderung des Budgets verstärkt,

wodurch pflegebedürftige Menschen mehr Pflegesachleistungen abrufen. Es folgt eine Zunahme der Anzahl an Leistungen, die ein pflegebedürftiger Mensch in Anspruch nimmt. Diese Veränderung des Leistungsumfangs führe somit zu einer Leistungsausweitung pro pflegebedürftigem Menschen.

Ein weiterer Grund für die Veränderung des Verhältnisses von Pflegefachpersonen zur Anzahl der pflegebedürftigen Menschen wird auch in der Zunahme der Leistungen nach SGB V vermutet. Mit der zunehmenden Leistungsmenge aus dem Bereich der häuslichen Krankenpflege werden mehr Pflegefachpersonen zur Erbringung dieser Leistungen benötigt. Eine Ursache für die Zunahme dieser Leistungen liegt auch in der Veränderung des Krankenhausfinanzierungssystems durch die DRG's. Die dadurch angestrebten frühzeitigen Entlassungen erhöhen den Nachsorgebedarf und damit die Behandlungspflege im ambulanten Pflegesetting. Viele Leistungen aus dem Bereich von SGB V bedingen kürzere Einsätze. Unabhängig davon werden auch Veränderungen der HKP-Richtlinie als mögliche Ursache für die Veränderung des Verhältnisses von Pflegenden zur Anzahl pflegebedürftiger Menschen vermutet.

Die Kombination von Leistungen aus dem Bereich SGB V und SGB XI wird von den Pflegediensten zunehmend häufiger erbracht. Durch die Verbindungen der Leistungen aus den verschiedenen Finanzierungsbereichen kann der Einsatz bei dem pflegebedürftigen Menschen verlängert werden, ohne wirtschaftliche Einbußen in Kauf nehmen zu müssen. Neben der Steigerung der Komplexität an Leistungen steigt somit auch die Zeit pro Einsatz im Haushalt der pflegebedürftigen Menschen. Die daraus resultierende Abnahme der zu versorgenden Menschen pro Stunde kann auch dazu dienen, die Ressourcen der Pflegekräfte zu schonen.

Als weitere mögliche Ursache für die Arbeitsverdichtung wird angesehen, dass die Leistungsentgelte nicht im gleichen Maße gestiegen sind wie die Gehälter. Ambulante Pflegedienste haben dann nur die Möglichkeit über eine Verdichtung von Arbeit diesen Mehraufwand zu refinanzieren.

Neben der wahrgenommenen Arbeitsverdichtung erleben die Pflegenden auch zunehmend das Dilemma, „heimliche Leistungen“ zu erbringen. Pflegenden stehen dabei zwischen der Durchführung dieser Leistungen „[...] auf Basis ihres Helfer- und Schwesternherzes“ [Interview 2; Position: 43-43] und den Anforderungen, nur die vereinbarten Leistungen zu erbringen. Dieses Dilemma werde durch den veränderten Anspruch pflegebedürftiger Menschen hin zu einem Vollversorgungssystem verstärkt, in dem mehr Leistungen erbracht werden als eigentlich gebucht wurden.

Der Einfluss der informellen Pflege auf die Veränderung des Verhältnisses der Pflegenden zur Anzahl der pflegebedürftigen Menschen wird unterschiedlich wahrgenommen. Auf der einen Seite wird eine Abnahme des Anteils informeller Pflege als Grund für den erhöhten Aufwand

pro pflegebedürftigen Menschen wahrgenommen. Daraus resultiert ein Anstieg von Nebentätigkeiten, die von Pflegenden im Rahmen des familiären Systems übernommen werden. Beispielsweise sind hierbei die Übernahme der vermittelnden Rolle bei familiären Konflikten sowie die Zunahme der Beratungseinsätze. Dabei wird eine Veränderung des Engagements der Familie rund um die Pflegesituation wahrgenommen.

„Und die melden flächendeckend zurück, dass, also ich will das nicht kleinreden, was Familien leisten, aber das, was an Engagement rund um die Pflegesituation war, dass das früher größer war, als es heute ist. Und dass sich wahrscheinlich diese Differenz dadurch erklärt, dass einfach mehr Zeit benötigt wird, um die Pflegesituation stabil zu halten. Der Aufwand ist gestiegen.“
[Interview 10; Position: 36-36]

Auf der anderen Seite findet jedoch eine Verkürzung der Versorgungsdauer pflegebedürftiger Menschen statt: Während die Pflegebedürftigen früher über viele Jahre auch bei geringerem Pflegebedarf durch ambulante Pflegedienste betreut wurden, wird heute die Pflegesituation lange Zeit von der Familie getragen und es werden nur unterstützende Leistungen wie Hauswirtschaft, soziale Betreuung oder Verhinderungspflege in Anspruch genommen. Der Zeitpunkt bis die pflegerische Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst übernommen wird, hat sich verschoben und verkürzt somit die Dauer der gesamten Versorgung.

Als dritte Ebene zur Erklärung der Zahlen aus der Pflegestatistik wurden organisatorische Aspekte benannt. So wird ein Grund für die Veränderung des Verhältnisses von Pflegefachperson zur Anzahl pflegebedürftiger Menschen in der Zunahme der patientenfernen Tätigkeiten vermutet, die wiederum Personalkapazitäten binden. Die steigenden Anforderungen liegen in den Bereichen Qualitätsmanagement, Expertenstandards, organisatorische Anforderungen durch unterschiedliche leistungsrechtliche Veränderungen sowie erhöhte Dokumentationsanforderungen. Trotz Entbürokratisierungsbemühungen wird eine Zunahme dieser Aufgaben, die nicht refinanziert werden, wahrgenommen. Aus Sicht der Pflegenden wird weniger die Verdichtung der pflegerischen Tätigkeiten, sondern vielmehr die der organisatorischen Anforderungen als belastend empfunden.

Auswirkungen auf der Organisationsebene hat auch die seit Einführung der Pflegeversicherung und dem damit verbundenen Finanzierungssystem zunehmende Ökonomisierung der Pflege. Die ambulanten Pflegedienste stehen vor der Herausforderung, die Touren möglichst einnahmeoptimierend zu planen, sodass der Aufwand für die Leistungen und die patientenfernen Tätigkeiten durch die Leistungen gedeckt werden. Diese bereits dargestellten zusätzlichen Aufgaben im Rahmen von Dokumentation, Qualitätsmanagement u.a. müssen über die Leistungsentgelte refinanziert werden und stehen somit in direkter Konkurrenz zu der angesetzten Zeit der Leistungserbringung.

„Also ich bekomme wirklich nur das im Grunde refinanziert, also ein Mitarbeiter ist nur lohnenswert, wenn er vor Ort Pflege betreibt, dass ich auch einen Leistungsnachweis mache,

auch einsetzen kann. Und dadurch verkürzt sich im Prinzip die einsetzbare Zeit immer weiter.“
[Interview 25; Position: 33-33]

Hinzu kommt, dass lange Wegezeiten zwischen den Haushalten nicht refinanziert werden und somit der Weg teilweise über das Leistungsentgelt finanziert werden muss. Das führt zu einer Verschärfung der Finanzierung der sowieso schon als gering wahrgenommenen Vergütung von Leistungen. Während im städtischen Bereich die Fahrtzeiten zwischen den Einsätzen durch Baustellen usw. verlängert werden, liegt der Grund im ländlichen Bereich eher in der langen Fahrstrecke zwischen den Haushalten. Darüber hinaus führt eine Zunahme der Leistungen aus dem SGB V Bereich zu einer Steigerung der (kurzen) Einsätze und somit entstehen teilweise lange Anfahrten für kurze Zeitfragmente.

Aus diesen Aspekten folgt, dass die Referenzwerte für die Zeiten, die für eine Leistung bei den pflegebedürftigen Menschen zur Verfügung stehen, nicht aus pflegfachlicher, sondern aus betriebswirtschaftlicher Perspektive festgelegt werden.

„Ja, also das ist das Eine, also diese Frage der Ökonomisierung und wir versuchen alles bis zur letzten Minute schon betriebswirtschaftlich zu bewerten und auch zu analysieren und zu sagen, so das und das darf nur so und so lange dauern. Das alles geschieht aber nicht aus pflegfachlicher Perspektive, sondern aus rein betriebswirtschaftlicher Blickrichtung.“ [Interview 28; Position: 33-33]

Die intern vergebenen Referenzwerte für die Zeiten pro Leistung werden von den Mitarbeitenden als Zeitdruck wahrgenommen. Es kommt zu einem Konflikt zwischen den betriebswirtschaftlich festgelegten Zeitvorgaben und der benötigten Zeit aus pflegfachlicher Perspektive, der zu einer „*minutengetakteten Rennpflege*“ [Interview 2; Position: 39-39] führt.

Darüber hinaus wird dieser wahrgenommene Zeitdruck zusätzlich verstärkt: Aus dem Gefühl des Zeitdrucks heraus beginnen einige Mitarbeiter*innen ihre Tour frühzeitiger, kommen dementsprechend früher bei den Kunden an, die sich an frühere Zeiten gewöhnen und dann verwundert sind, wenn der nächste Mitarbeiter, der nach Plan fährt, später kommt. Die daraus resultierende Ermahnung des Kunden, die früheren Zeiten einzuhalten, verstärkt den ohnehin bestehenden Zeitdruck. Im Hinblick auf den Umgang mit Zeitdruck und vor allem die Weitergabe an den Kunden würden aber Unterschiede zwischen den Mitarbeiter*innen bestehen.

Konkurrenz um Personal zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen

Im Zuge der zunehmenden Personalknappheit verstärkt sich nicht nur die Konkurrenz unter den Pflegediensten um Personal, sondern insbesondere auch die Konkurrenz um Personal zwischen ambulanten Pflegediensten und stationären Einrichtungen. Ein großes Problem stellt in diesem Zusammenhang das starke Gefälle des Gehalts von Pflegekräften im Krankenhaus, in Pflegeheimen und in ambulanten Pflegediensten dar. Dieses Problem wird aktuell durch das Pflegepersonalstärkungsgesetz und die Finanzierung der Pflege-Personalkosten außerhalb des DRG-Systems im Krankenhaus noch verstärkt. Durch die Gehaltsschere wird nach

Auffassung vieler Interviewpartner*innen ein Sog-Effekt angestoßen, der die Pflegekräfte aus dem ambulanten Bereich in die stationären Einrichtungen abwandern lässt.

Der ambulante Bereich weist aber im Hinblick auf die Arbeitsbedingungen gewisse Besonderheiten auf, die dazu führen, dass Pflegekräfte dennoch im ambulanten Bereich bleiben oder dort arbeiten wollen. Dazu zählen laut Aussagen der Expert*innen beispielsweise die autonome Arbeitsweise, flexible Arbeitszeiten und ein verhältnismäßig – trotz der genannten Verdichtungen der Arbeit - geringerer Zeitdruck im Vergleich zum Krankenhaus. Die zunehmend auseinandergehende Gehaltsschere erschwert es den ambulanten Diensten aber, ihr Personal zu halten und macht es insbesondere zunehmend problematisch, neues Personal zu gewinnen. Insbesondere jüngere Menschen oder Personen mit Familie sind häufig auf ein höheres Gehalt angewiesen. Ein Beispiel ist eine Frau, die bei einem Pflegedienst in Form eines Minijob-Verhältnisses und hauptberuflich im Krankenhaus tätig ist und gerne Vollzeit im Pflegedienst arbeiten würde, es sich aber aus wirtschaftlichen Gründen nicht leisten kann.

Neben dem stationären Bereich stellen auch andere Arbeitstellen, wie der MDK oder Tagespflegeeinrichtungen eine Konkurrenz für die ambulanten Dienste dar, weil dort eine 5-Tage-Woche realisiert werden kann, die vielen Menschen immer wichtiger wird. Insbesondere in Bezug auf ungelernte Kräfte besteht zudem eine Konkurrenz auch mit Unternehmen, die nicht im Pflegebereich tätig sind und höhere Gehälter zahlen können.

Fehlende Qualifikationen

Bei den fehlenden Qualifikationen spiegeln sich die Aussagen zur Personalsituation wider und es wird deutlich, dass auch hier regionale Unterschiede bestehen. Es gibt insbesondere einen Mangel an 3-jährig ausgebildeten Fachkräften, welche in nahezu allen Regionen schwer zu finden sind. Es gibt aber auch einzelne Regionen, in denen aufgrund eines sehr umfangreichen Angebotes an ausbildenden Einrichtungen ein Überhang an qualifizierten Auszubildenden besteht. In Bezug auf die anderen Qualifikationen zeigt sich ein geteiltes Bild. In einigen Gebieten herrscht ein Mangel aller Qualifikationen, während anderorts angegeben wird, dass es mit abnehmender Qualifikation noch leichter ist, Personal zu finden. Speziell bei den Hauswirtschaftskräften gibt es ebenfalls Unterschiede. So können einige Dienste aufgrund der stark gestiegenen Nachfrage an Hauswirtschaftsleistungen die Nachfrage kaum noch bedienen, während bei anderen keine Probleme im Bereich von Hauswirtschaftskräften bestehen. Daraus wird deutlich, dass sich der Mangel an spezifischen Qualifikationen ebenso wie die gesamte Personalsituation zwischen einzelnen Betrieben und Regionen unterscheidet. Insbesondere bei Hilfskräften kommt es auch noch auf verschiedene Faktoren an. Da die Qualifikationsanforderungen für die Leistungserbringung zwischen den Bundesländern variieren, füh-

ren Hilfskräfte unterschiedliche Tätigkeiten durch. Dadurch kann es in Bundesländern, in denen Hilfskräfte mehr Leistungen durchführen, auch dazu kommen, dass die Nachfrage steigt und ein Personalmangel an Hilfskräften vorherrscht.

Fehlender Nachwuchs

Neben den bereits beschriebenen Facetten der Personalknappheit, stellt auch der Nachwuchs an Personal in den Pflegediensten ein Problem dar. Einige Expert*innen berichten, dass ihr Pflegedienst durch einen hohen Altersdurchschnitt gekennzeichnet ist und Nachwuchs an jungem Personal ausbleibt. Hier besteht die Sorge vor allem, dass der Rentenübergang der älteren Mitarbeitenden zu offenen Stellen in der Zukunft führt.

„Und das Problem ist natürlich auch, dass in den nächsten Jahren also 30 Prozent der Mitarbeiter dann weg sind. Weil die dann 50 plus sind.“ [Interview 26; Position: 11-11]

Aus der Perspektive der Berater*innen kann dem nur durch eine frühzeitige Nachbesetzung der Stellen Rechnung getragen werden. Allerdings sei diese Nachbesetzung aufgrund des Personalmangels nur schwierig umzusetzen. Ein Problem, welches diese Situation verschärft, ist zudem, dass die Mitarbeitenden unter den aktuellen Arbeitsbedingungen häufig nicht bis zum Rentenalter im Betrieb bleiben.

Umgang mit / Konsequenzen der Personalknappheit

Die Dienste haben verschiedene Strategien entwickelt, um mit der Personalknappheit umzugehen. Dabei kann zwischen generellen strukturellen Anpassungen auf die Situation der Personalknappheit und Reaktionen auf spontane Personalausfälle aufgrund von Krankheit unterschieden werden. In diesem Kapitel soll es zunächst um strukturelle Anpassungen gehen. Die Strategien sind je nach Dienst verschieden und hängen von unterschiedlichen Faktoren wie zum Beispiel der Altersstruktur ab.

Als eine Strategie versuchen die Dienste, trotz Personalknappheit noch Personal zu bekommen und gehen dabei auch Kompromisse ein. Zur Abfederung der Personalknappheit wird beispielsweise der Anteil an Hilfskräften ausgebaut. Zudem wird auch Bewerber*innen eine Chance gegeben, die die Dienste unter anderen Umständen nicht einstellen würden.

Eine weitere Reaktion ist, dass Personal im Ausland rekrutiert wird. Dies erfordert jedoch ein hohes Maß an Integrationsarbeit und Teams vertragen auch nur einen gewissen Anteil an Mitarbeiter*innen, die sie mittragen und mitcoachen müssen. Weitere mögliche Hindernisse der Rekrutierung von Pflegekräften im Ausland wurden bereits thematisiert (Kapitel 3.2.2).

Eine andere Option, die – falls überhaupt - nur sehr zurückhaltend in Anspruch genommen wird, ist die Beschäftigung von Leiharbeitskräften. Dies ist aber häufig zu teuer, bedeutet hohe Einarbeitungszeiten und es besteht die Gefahr, dass eigenes Personal abgeworben wird und zu der Leiharbeitsfirma wechselt.

Hinsichtlich des bestehenden Personals versuchen Pflegedienste die Organisation der Touren und Abläufe noch stärker als ohnehin schon zu optimieren. Beispielsweise haben einige Dienste gezielte Aushilfspools für die Wochenenden etabliert, um auf Personalknappheit reagieren zu können.

Bei Verbänden ist es so, dass teilweise Mitarbeiter*innen aus dem teilstationären oder stationären Bereich als Unterstützung in den Diensten eingesetzt werden. Dies kann sowohl längerfristig passieren, als auch um kurzfristige Ausfälle zu kompensieren. Ebenso kann versucht werden, aus anderen Pflegediensten personelle Unterstützung zu bekommen oder mit diesen zu kooperieren. Letzteres kann insbesondere genutzt werden, um 24-Stunden- / Intensivversorgungen sicherzustellen. Teilweise müssen auch Angehörige mehr übernehmen.

Eine Reaktion auf die Personalknappheit ist auch, dass Auszubildende als vollwertige Arbeitskraft eingesetzt werden und nicht, wie vorgesehen, eine Anleitung bekommen. Oft springt auch die Leitung ein oder fährt regelmäßig in der Versorgung mit. Eine weitere Konsequenz, wenn der Personalausfall zeitlich begrenzt ist, sind Mehrarbeitsstunden des vorhandenen Personals. Zudem kommt auch eine Aufstockung von Teilzeitstellen in Frage, wenn das Personal dazu bereit ist.

Häufig kommt es zur Ablehnung einzelner Leistungen oder auch zu einer Ablehnung von Patienten. Absagen sind seit einiger Zeit ein typisches Phänomen der ambulanten Pflege und kommen oft täglich vor. Es gibt in einigen Diensten komplette Aufnahmestopps oder es wird sehr genau selektiert, welche Pflegebedürftigen noch aufgenommen werden können. Eine letzte Option ist es, den Pflegevertrag mit den vorhandenen Pflegekund*innen zu kündigen oder aber einen Dienst ganz schließen zu müssen. Beide Situationen kommen vor.

Bei einer drohenden Kündigung der versorgten Pflegehaushalte wird versucht, einen anderen Dienst für diese zu finden. Häufig sind auch die Pflegekassen bei der Suche nach Diensten für ihre Mitglieder involviert und auch Krankenhäuser haben zunehmend Schwierigkeiten, eine ambulante Betreuung für ihre Patient*innen zu finden. Viele Dienste führen Wartelisten.

Eine andere Konsequenz des Personalmangels ist eine Schrumpfs- und Verkleinerungstendenz bei ambulanten Pflegediensten. Diese erfolgt durch eine – in der Regel – unfreiwillige Verkleinerung des Personalbestands oder durch eine Verkleinerung des Auftragsradius/Einzugsgebietes.

Ein Vorgehen im Zuge der Personalknappheit ist auch, die Situation im Team zu besprechen und gemeinsam abzusprechen, wie mit der Situation umgegangen werden kann, was es für Möglichkeiten gibt und was noch zu leisten ist. Wie sich aus den angegebenen Strategien zeigt, führt die Personalknappheit teilweise auch zu einer Begrenzung der fachlichen Ansprüche im Rahmen der Möglichkeiten, die das System hergibt.

3.2.4 Personalbedarfsplanung

Der nächste Themenbereich des Interviewleitfadens befasst sich mit Fragen der Personalbedarfsplanung in ambulanten Pflegediensten. Dazu zählen Aspekte der Betriebsgröße, der quantitativen Personalbedarfsplanung und der Planung des Personal- und Qualifikationsmixes. Einige der Expert*innen äußerten sich zur Frage der Entwicklung eines Personalbemessungsinstrumentes. Ihre Aussagen werden in einem Unterkapitel zusammengefasst. Abschließend wird auf vergleichbare Branchen hinsichtlich der Anforderungen an die Personalplanung eingegangen.

Betriebsgröße

Die Betriebsgröße ambulanter Pflegedienste wird aufgrund der angespannten Personalsituation maßgeblich durch das verfügbare Personal bestimmt.

„Also heutzutage stellt sich kaum noch die Frage will ich wachsen, sondern wie bekomme ich das Personal (...).“ [Interview 4; Position: 37-37]

Das Personalangebot entscheidet demnach über Wachstum oder Stagnation der ambulanten Dienste. Eine Expansion kann kaum geplant werden, da sie sich häufig aus Mangel an Personal nicht umsetzen lässt. Selbst größere Pflegedienste können oft lediglich ihre Betriebsgröße aufrechterhalten. Ein Grund hierfür liegt in der Personalfluktuaton: Selbst wenn ein Pflegedienst neue Mitarbeiter*innen gewinnen kann, sorgt die Fluktuation dafür, dass an anderer Stelle ein Mitarbeiter / eine Mitarbeiterin den Dienst verlässt. Einige Dienste sind daher auch gezwungen, sich aus Gründen des Personalmangels zu verkleinern. Eine Möglichkeit trotz Personalknappheit zu wachsen, sind Fusionen mit anderen Diensten oder eine Übernahme von Pflegediensten, die schließen.

Unabhängig von Problemen der Personalverfügbarkeit wurde in den Interviews benannt, dass sowohl kleine als auch große Pflegedienste Vorteile haben und jeder Dienst hinsichtlich der angestrebten Betriebsgröße ein anderes Ziel verfolgt. Große Pflegedienste haben mehr Möglichkeiten, können ihr Personal flexibler einsetzen, Ausfälle eher abfangen und mehr in das Personalmanagement und die Personalentwicklungsmöglichkeiten investieren. Kleine Dienste können teilweise sehr effizient arbeiten, weil sie kurze Absprachen treffen können, weniger Koordinationsaufwand haben und sich jeder einzelne Mitarbeitende eventuell wichtiger/mehr gebraucht fühlt. So gibt es einige Pflegekräfte, die sich mit einem ambulanten Pflegedienst selbstständig machen und bewusst klein bleiben wollen. Auch größere Dienste setzen teilweise auf kleinere Teams und dezentralisieren sich. Über individuelle Managemententscheidungen hinaus wird die Betriebsgröße zudem von den Mindestvorgaben in den Bundesländern beeinflusst.

Insgesamt ist die angestrebte Betriebsgröße individuell und unterscheidet sich zwischen den Pflegediensten. Häufig ist die aktuelle Betriebsgröße jedoch keine bewusste Entscheidung, sondern hat sich historisch aus der Menge der Kundenanfragen ergeben. Im Gegensatz dazu wird die Betriebsgröße heute durch die Menge des verfügbaren Personals reguliert.

Quantitativer Personalbedarf

Hinsichtlich der Personalbedarfsplanung wurden in den letzten Jahren einige Veränderungen wahrgenommen. In der Vergangenheit haben sich die Dienste an der Anzahl der Kund*innenanfragen orientiert. Die Anfragen konnten bedient werden, weil immer Mitarbeiter*innen für eine kurzfristige Einstellung auf dem Markt verfügbar waren. Heute ist eine umgekehrte Planung erforderlich, die sich an der Personalkapazität orientiert und durch diese limitiert wird.

Daher wird eine Personalbedarfsplanung im eigentlichen Sinne als nicht existent oder obsolet beschrieben. Denn auf Basis der genannten Situation ist die Strategie fast aller ambulanten Pflegedienste, jede geeignete Kraft einzustellen und den Kundenstamm entsprechend an das Personal anzupassen. Vereinzelt wird die Personalbedarfsplanung eher als zurückhaltend beschrieben, da das Risiko des spontanen Ausfalls pflegebedürftiger Menschen dauerhaft besteht. Auf der anderen Seite wird auch von der Erfahrung berichtet, noch nie zu viel Personal für die zu versorgenden Menschen vorgehalten zu haben.

„Ich würde auch Personal auf Vorrat einstellen. Muss ich ehrlich sagen. Ich habe noch nie zu viel Personal gehabt. Nicht in den letzten 5 Jahren sagen wir mal so, nicht in den letzten 5 Jahren.“ [Interview 8; Position: 12-12]

In diesem Fall ist es dennoch für die Planung von Bedeutung, wie viele Patient*innen bzw. wie viele Patient*innenstunden mit dem verfügbaren Personal versorgt werden können. Die zentrale Planungsgrundlage stellen der Umsatz und die Wirtschaftlichkeit dar. Um diese zu beurteilen, werden nach Aussage verschiedener Expert*innen die Nettoarbeitszeit und noch konkreter die produktive Arbeitszeit bestimmt. Mit letzterer ist die effektive Pflegezeit gemeint, die beim pflegebedürftigen Menschen verbracht wird. Diese produktive Einsatzzeit ist ein zentrales Element der Personalbedarfsplanung, weil mit ihr alle Einnahmen erwirtschaftet und Kosten abgedeckt werden müssen. Die produktive Arbeitszeit entspricht der gesamten Arbeitszeit abzüglich der Nichtpflegezeiten. Zu den Nichtpflegezeiten zählen neben Urlaub und Krankheit auch Sitzungen, Wegezeiten, Koordinations- und Organisationszeiten etc. Es ist wichtig, die produktive Arbeitszeit individuell pro Mitarbeiter*in zu bestimmen, weil eine Pflegedienstleitung oder auch Pflegefachkräfte mit einem Zusatzauftrag oder einer Zusatzqualifikation durch die Übernahme von Verantwortung für Pflege- und Organisationsprozesse weniger produktive Einsatzzeiten haben. Als Parameter, die bei der Personalbedarfsplanung relevant sind, wurden im Verlauf der verschiedenen Interviews folgende genannt:

- Dauer einer qualitativen und vertraglich vereinbarten Leistungserbringung pro Pflegebedürftigen und Tour (aktuell)
- Fehlzeitenkalkulation
- Wegezeiten
- Rüst- und Organisationszeiten
- Zeiten für dienstliche Besprechungen, Übergabezeiten, Fallbesprechungen
- Fort- und Weiterbildungen
- Qualitätszirkel, Qualitätsentwicklung, Qualitätssicherung
- Erstellung und Evaluierung der Pflegeprozessplanung
- Individuelle Organisationszeiten der Mitarbeitenden, auch unter Beachtung von Sonderaufgaben
- Tankzeiten

Anhand der Informationen über die produktive Arbeitszeit, lässt sich ein Stundenumsatz bestimmen, der an effektiver Pflege geleistet werden muss, um alle Kosten eines Dienstes abzudecken. Mit dem Stundenumsatz oder der entsprechenden Anzahl an Punkten, die man erhält, wenn der Stundenumsatz durch den Punktwert geteilt wird, kann dann kalkuliert werden. Vor und gegebenenfalls nach einer Tour werden die geplanten und tatsächlichen Zeiten kontrolliert und im Bedarfsfall angepasst, um sicherzustellen, dass der Stundenumsatz ausreicht, um betriebswirtschaftlich auszukommen. Dabei kann nicht jede Tour immer wirtschaftlich geplant werden, aber die Informationen über die wirtschaftliche Deckung jeder Tour sind für den gesamten Überblick wichtig.

Der Anteil der Zeiten, die nicht am pflegebedürftigen Menschen verbracht und damit nicht abrechenbar sind, variiert je nach Kund*innenstruktur, Vergütung, Größe und Aufbau des Dienstes etc. Für die Zeitwerte dieser indirekten Pflegeleistungen werden Anteile von 32% bis 45% genannt. Jeder Dienst hat auch individuelle Richt- und Erfahrungswerte, was beispielsweise die Mindestmengen an Personal angeht, die nötig sind, um eine Pflegedienstleitung oder die Gemeinkosten finanzieren zu können.

Einen grundsätzlichen Rahmen für die Personalbedarfsplanung stellen die Vorgaben aus den Verträgen mit den Kranken- und Pflegekassen dar, die eingehalten werden müssen. Unterschiede in der Vergütung, insbesondere auch im SGB V Bereich zwischen den Bundesländern, beeinflussen die Auswahl der Kundschaft und damit ebenfalls die Personalplanung. Einem Experten zufolge werden die Verordnungen bevorzugt gewählt, deren Einsatz überschaubar und deren Umsatz akzeptabel ist.

Ein Anhaltspunkt für die Planung des Personalbedarfs können Daten abgelaufener Perioden oder des vorherigen Jahres sein. Aufgrund von Veränderungen der Rahmenbedingungen handelt es sich hierbei jedoch um keine ganz exakte Grundlage. So haben beispielsweise auch die Schließung oder Neueröffnung einer Arztpraxis oder einer Klinik sowie die Ausweitung der Tagespflege Auswirkungen auf die Patient*innenstruktur und Personalverfügbarkeit. Ebenso nehmen veränderte politische Maßnahmen Einfluss. Ein Experte beschreibt die Zusammenhänge folgendermaßen:

„Also wenn ich jetzt einen neuen Pflegedienst anfangen, habe ich noch Vorgaben, dann muss ich ja (...) meine 2-3 Fachkräfte haben plus eine Pflegekraft und dann fange ich an und dann gucke ich, wie ich damit hinkomme und dann lasse ich erstmal die Leute aus, die ich habe. Also das heißt je kleiner die Pflegedienste sind, desto potentiell höher ist dann anfangs erstmal die Fachkraftquote. Und irgendwann gucke ich, wen ich noch kriege oder wen ich noch brauchen kann. Aber alles, was danach passiert, ist aus meiner Sicht und aus meiner Erfahrung chaotisch. Also es ist nicht irgendwie systematisch entwickelt (...), sondern ergibt sich per Zufall. Welche Kunden kriege ich, welche Bewerbungen kriege ich und wenn ich eine Fachkraft habe, dann nehme ich auf einmal neue Kunden auf und der kann gut Wunden versorgen, dann mache ich mehr Wunden, was zu finanziellem Chaos führt und so weiter. Aber so entwickelt sich das, also viel weniger rational als Sie denken.“ [Interview 4; Position: 87-87]

Einige Dienste machen auch keine richtige Planung, sondern entscheiden bei Anfragen nach der Auslastung der Mitarbeiter*innen, ob neue Kunden und Kundinnen aufgenommen werden können oder nicht. Auch der Gebrauch von Kennzahlen und die Genauigkeit des Controllings sind in den Diensten unterschiedlich stark ausgeprägt.

Die Personalbedarfsplanung steht in einem engen Zusammenhang mit der Tourenplanung. Dort wird entschieden, welcher Mitarbeiter / welche Mitarbeiterin mit welcher Qualifikation wann und wie lange zu welchen pflegebedürftigen Menschen fährt. Ein zentraler Planungsparameter sind die geplanten Referenzwerte für die Einsatzzeit bei dem Kunden / bei der Kundin, da sich aus diesen die produktive Arbeitszeit ergibt. Ausführliche Erläuterungen zu deren Festlegungen sind in Kapitel 3.2.6 aufgeführt.

Insgesamt lässt sich zur Frage der quantitativen Personalbedarfsplanung in ambulanten Pflegediensten festhalten, dass diese im eigentlichen Sinne vor dem Hintergrund der Personalknappheit nicht stattfindet. Es ist eher so, dass das Personal der bestimmende Faktor ist und wie viele pflegebedürftige Menschen mit diesem Personal versorgt werden können. Dafür müssen Pflegedienste anhand verschiedener Faktoren wie Fehlzeiten und Organisationzeiten kalkulieren, wie viel produktive Arbeitszeit sie haben. Darüber hinaus muss eine Einschätzung erfolgen, wie viel Zeit für die einzelnen Kund*innen eingeplant werden muss und inwieweit der Einsatz damit wirtschaftlich ist. Diese Zeiten können aufgrund der vielen Einflussfaktoren zwischen den Diensten variieren. Einige Dienste nutzen beispielsweise Referenzwerte, die von den Verbänden zur Verfügung gestellt werden, andere leiten Zeiten aus der Vergütung ab und wieder andere nehmen von Referenzwerten eher Abstand und

sagen ihren Mitarbeiter*innen deutlich, dass dies nur Anhaltswerte sind (vgl. auch Kapitel 3.2.6).

Qualitativer Personalbedarf / Personal- Qualifikationsmix

Der Personal- und Qualifikationsmix unterscheidet sich stark zwischen den verschiedenen Diensten und es besteht eine hohe Spannweite hinsichtlich der Fachkraftquote. So gibt es Dienste, die bewusst ausschließlich Fachkräfte einsetzen. Sie möchten damit eine hohe Qualität gewährleisten und die Fluktuation bei den Kund*innen sowie die Restriktionen bei der Dienstplanung gering halten. Insbesondere bei komplexen Versorgungssituationen wird der Aufwand der Tourenplanung und der Einarbeitung von Hilfskräften als zu groß angesehen. Andere Dienste suchen zwar hauptsächlich nach Fachkräften, stellen aber aus der Personalnot heraus auch vermehrt Hilfskräfte ein, teilweise aber mit der Vorgabe, dass diese eine Weiterbildung absolvieren sollen. Ebenso versuchen einige Pflegedienste Hilfskräfte mit Blick auf die notwendige Profession gezielt in die Versorgung zu integrieren. In diesem Zusammenhang wird auch darauf hingewiesen, dass dies ein Umdenken erfordert und der zunehmende Einsatz von Hilfskräften einen Umbruch darstellt. Einige Pflegedienste arbeiten mit speziellen Fachkraft- und Hilfskrafttouren. Zudem gibt es Unterschiede im Umgang mit Betreuungsleistungen. Diesbezüglich herrscht einerseits die Meinung, dass diese zunehmend von separaten Betreuungsdiensten übernommen werden können und andererseits erweitern einige Dienste ihr Personalspektrum, um unterschiedliche Segmente bedienen zu können. In diesem Zusammenhang erfolgte zudem der Hinweis, dass vor diesem Hintergrund der Personalmix schlecht vergleichbar sei, weil einige Dienste Betreuungs- und Beratungsteams separat betrachten.

Es gibt verschiedene Einflussfaktoren, die sich auf die Fachkraftquote auswirken. Neben den bereits genannten teilweise ideellen Vorstellungen der Pflegedienste, werden die Möglichkeiten der Personalauswahl auch durch diverse äußere Rahmenbedingungen limitiert beziehungsweise vorgegeben. Ein entscheidender Faktor ist auch in dem Zusammenhang das verfügbare Personal. Viele Dienste planen gar nicht konkret, welche Qualifikationen sie brauchen, sondern schauen sich ihren Personalbestand an und planen danach die Kund*innen und Touren. Umgekehrt kann auch die vorhandene Kund*innenstruktur ausschlaggebend dafür sein, welches Personal benötigt wird. Sehr entscheidend für die Wahl der Qualifikation sind in diesem Zusammenhang die Vorgaben in den Rahmenverträgen auf Länderebene darüber, für welche Leistungen welche Qualifikation benötigt wird. Darüber hinaus ist die Vergütung ein maßgeblicher Einflussfaktor dafür, welches Personal ein Dienst einstellen kann. Ebenso bekommen einige Dienste Personalschlüssel von einer höheren Leitungsebene vorgegeben und können nicht selbst entscheiden, welche Qualifikation angemessen wäre. Dadurch beruht auch die Zusammensetzung des vorhandenen Personals nicht

(ausschließlich) auf strategischen Entscheidungen, sondern ergibt sich historisch aus verschiedenen Ursachen.

Aus rein wirtschaftlicher Sicht lässt sich nicht pauschal sagen, ob ein höherer oder ein niedrigerer Anteil an Fachkräften vorteilhafter ist. Hierbei spielt auch das geografische Gebiet eine Rolle. Beispielsweise macht dort, wo die Wege länger sind, eine höhere Personalqualifikation mehr Sinn, als dort, wo die Wege sehr kurz sind und Kund*innen auch gut von zwei verschiedenen Pflegekräften angefahren werden können. Ebenso ist es stark abhängig vom Mischungsverhältnis der zu erbringenden Leistungen nach SGB V und SGB XI. Feste Vorgaben hinsichtlich des Personalmixes sind daher wenig sinnvoll. Es kann sowohl ein Schlüssel von 20 Prozent als auch von 60 Prozent wirtschaftlich sein. Entscheidungen müssen immer unter Berücksichtigung derartiger Rahmenbedingungen getroffen werden, welche sich von Dienst zu Dienst unterscheiden. Dazu zählt auch, dass wenn nur wenige Fachkräfte verfügbar sind, reine Fachkrafttouren teilweise die einzige Möglichkeit darstellen, um die Verträge einhalten zu können.

Für die gesamte Diskussion um die Planung des Personal- und Qualifikationsmixes ist es aber wichtig, den Fachkräfteanteil nicht (vorab/grundsätzlich) zu niedrig anzusetzen. Gründe dafür sind, dass die Pflegequalität nur durch einen gewissen Personalmix gewährleistet werden kann und eine Fachkraft mit ihrer pflegfachlichen Einschätzung dafür unerlässlich ist. Der hohe Einsatz von Pflegehelfern und Pflegehelferinnen kann in diesem Zusammenhang den Erhalt der Fachlichkeit gefährden. Zudem ist zu erwarten, dass zukünftig eher mehr Fachverantwortung und komplexe Versorgungssituationen auf die Pflegedienste zukommen, die das Wissen einer Fachkraft erfordern. Ebenso ist die Beratung ein sehr wichtiger und zunehmend an Bedeutung gewinnender Bestandteil der Pflegeleistung, welcher ebenfalls fachliche Kompetenz voraussetzt.

Entwicklung Personalbemessungsinstrument

Im Rahmen der Thematik der Personalbedarfsplanung wurde in einigen Interviews auch auf die Entwicklung eines Personalmessungsinstruments eingegangen. In diesem Zusammenhang wurde zunächst erläutert, dass in der Betriebswirtschaft grundsätzlich verschiedene Verfahren zur Personalbedarfsermittlung zur Verfügung stehen. Dazu zählen Schätzverfahren, wie beispielsweise eine Expert*innenbefragung, statistische Verfahren, Kennzahlenmethoden (z.B. Personalschlüssel), organisatorische Verfahren, wie Stellenpläne und monetäre Verfahren. Bei letzteren wird von einem festen Personalkostenbudget ausgegangen und ein gewisser Anteil des Umsatzes für Personal ausgegeben. Darüber hinaus gibt es Personalbemessungsmethoden, die im Fall der ambulanten Pflegedienste den Bedarf anhand der vorgegebenen Pflegeminuten und der Anzahl der pflegebedürftigen Menschen berechnen würden.

Theoretische Vorschläge für die Umsetzung einer Personalbemessung in ambulanten Pflegediensten gingen in die Richtung, Zeiten für einzelne Pflegeleistungen oder Komplexe zu messen und daraus Durchschnittswerte zu bilden. Ebenso wurde vorgeschlagen, verschiedene Gruppen pflegebedürftiger Menschen zusammenzufassen und für diese Gruppen Aufwände zu bestimmen. In eine ähnliche Richtung geht der Vorschlag, analog zu Behandlungspfaden im Krankenhaus „typische“ Versorgungsverläufe zu beschreiben und die notwendigen Ressourcen zu bestimmen.

Als eine sehr ungewisse und problematische Komponente wurden die Wegezeiten gesehen, die je Dienst sehr verschieden sind. Auch Fehlzeiten sind ein wichtiger Faktor, der sich stark zwischen den Diensten unterscheiden kann, für eine Personalbemessung aber zentral ist. Hierfür müsste demnach ebenfalls eine Kalkulation mit Durchschnittswerten erfolgen. So könnte eine Formel mit wichtigen Parametern erstellt werden, in die Pflegedienste zur Kalkulation des Personalbedarfs ihre individuellen Parameter einsetzen müssten. Ein anderer Vorschlag besteht darin, eine Berechnung über den Umsatz vorzunehmen. Dahinter steht die Argumentation, dass der Umsatz den Bedarf viel eher trifft als beispielsweise die Patient*innenzahlen, weil ein Patient / eine Patientin einen ganz unterschiedlichen Aufwand bedeuten kann. Es gab zudem den Hinweis, dass auch der Pflegegrad nicht als aussagekräftiger Parameter verwendbar ist, da dieser nicht mit der zu erbringenden Leistung gleichgesetzt werden kann. Diese hängt stark davon ab, ob und falls ja, welche Aufgaben von den Angehörigen übernommen werden.

Vor diesem Hintergrund wird die konkrete Entwicklung eines Personalbemessungsinstrumentes aus verschiedenen Gründen mehrheitlich kritisch gesehen. Es sei im ambulanten Bereich kompliziert und der Markt lasse keine Personalbemessung wie im stationären Bereich zu.

„Die Besonderheit der ambulanten Pflege, das ist ja auch die Krux mit der Personalplanung, ist ja nicht, dass ich sage, ein Pflegebedürftiger braucht X Mitarbeiter um ihn zu betreuen, sondern das hängt davon ab, welchen Auftrag ich habe. Im ambulanten Bereich bin ich rein auftragsbezogen. Und deshalb ist jede Personalbemessungsgrundlage Unsinn.“ [Interview 4; Position: 35-35]

Bei dem Vorhaben einer Entwicklung müsse ebenfalls bedacht werden, dass die Dienste keine festen Anhaltspunkte dafür haben, wie viele Menschen sie versorgen werden. Erfahrungswerte, auf deren Basis geplant werden kann, bieten keinen Garantie. Sie können sich leicht aufgrund äußerer Umstände ändern, die nicht beeinflussbar sind. Darüber hinaus besteht die Gefahr bei der Entwicklung eines Personalbemessungssystems darin, Zeiten aus dem aktuellen System in ein zukünftiges zu übertragen. Viele Pflegedienste würden sicher noch nicht komplett im Sinne des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs handeln. Weiterhin ist wichtig, die Leistungen einheitlich zu definieren, weil sonst eine Vergleichbarkeit erschwert

wird. Beispiele sind Definitionsfragen dahingehend, was wo mit eingerechnet wird und ab wann ein Einsatz beginnt.

Insgesamt muss bei der Debatte auch zwischen der Personalbemessungsmethode und dem Verantwortungsträger bzw. Management unterschieden werden. Personalbemessungsinstrumente müssen gewisse Spielräume für Entscheidungen lassen. Auch sollte bedacht werden, dass die Vorgaben der Bundesländer zu Mindestvorgaben an Fachkräften ebenfalls entscheidend für die Personalplanung sind.

Vergleichbare Branchen

Um Anhaltspunkte für eine Personalplanung oder auch mögliche Personalbedarfsermittlung aus anderen Bereichen zu kommen, wurden die Expert*innen im Bereich Personalmanagement nach vergleichbaren Branchen zur ambulanten Pflege gefragt. Im Ergebnis zeigt sich, dass es zwar Branchen gibt, die einzelne Aspekte der ambulanten Pflege abdecken, aber keine, die alle Bereiche umfasst.

In Bezug auf organisatorische Rahmenbedingungen bestehen hinsichtlich der Wegezeiten, der Einsatzplanungen und des Besuchs verschiedener häuslicher Umgebungen Ähnlichkeiten zu Berufen des Handwerks oder des Rettungsdienstes. Diese Branchen haben jedoch im Unterschied zur ambulanten Pflege keine zeitliche Restriktion und auch keine Unsicherheit, ob der Einsatz refinanziert wird. Darüber hinaus handelt es sich in diesen Branchen nicht um regelmäßige Einsätze.

Neben den Unterschieden hinsichtlich der organisatorischen Rahmenbedingungen ergeben sich auch in Bezug auf die durchgeführten Tätigkeiten Alleinstellungsmerkmale der ambulanten Pflege. Zum einen besteht dauerhaft eine gewisse Ungewissheit, wie der Einsatz verlaufen wird. Auch wenn das Eindringen in die Privatsphäre auch durch Berufe wie die der Haushaltskräfte erfolgt, zeichnet sich die Pflegesituation darüber hinaus durch ein hohes Maß an Intimität aus.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Vergleich zu anderen Branchen nicht in Gänze vorgenommen werden kann. Anhaltspunkt hinsichtlich der Personalbedarfsplanung können somit nur bedingt aus anderen Branchen für die ambulante Pflege übernommen werden.

3.2.5 Umgang mit flexiblen Anforderungen

Die ambulante Pflege ist von flexiblen, häufig variierenden und im Tagesverlauf ungleich verteilten Anforderungen geprägt und muss auf diese mit einer entsprechenden Personalvorhaltung und Planung reagieren. Ebenso gibt es verschiedene Strategien, um auf spontane Ausfälle von Pflegebedürftigen oder Mitarbeitenden zu reagieren.

Beschäftigungsumfang

Hinsichtlich der Vollzeit- und Teilzeitquote gibt es deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Pflegediensten. Trotz der insgesamt weit verbreiteten Teilzeitbeschäftigung in der ambulanten Pflege gibt es Dienste, die fast ausschließlich mit Vollzeitkräften arbeiten. Ebenso wie die tatsächlichen Unterschiede gehen auch die Meinungen zur Angemessenheit von Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigung auseinander.

Eine hohe Anzahl von Teilzeitbeschäftigten gilt für den ambulanten Bereich als vorteilhaft, da es dem Dienst einen flexibleren Personaleinsatz ermöglicht, die Arbeitsspitzen besser bedient und auch krankheitsbedingte Ausfälle besser kompensiert werden können. Vollzeitkräfte sind dahingehend eine unflexiblere Lösung. Ebenso geht das Angebot von Vollzeitstellen häufig mit geteilten Diensten oder zu vielen Arbeitstagen einher. Daraus ergeben sich auf Dauer Arbeitsbedingungen, die bei vielen Mitarbeiter*innen zu Überlastung führen und krank machen können. Wenn eine Vollzeitstelle mit geteilten Diensten einhergeht, ist es daher teilweise auch nicht im Sinne der Geschäftsführung oder des Betriebsrates, dass diese den Mitarbeitenden angeboten werden. Andere Pflegedienste haben ihre Dienstzeiten so angepasst und verlängert, dass sie Vollzeitstellen auch ohne geteilte Dienste anbieten. Das wird beispielsweise möglich, indem Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI oder andere Aufgaben wie Dokumentation oder Qualitätssicherung integriert werden. Eine Verlängerung der Dienstzeiten wird aber auch von manchen Expert*innen kritisch gesehen, da sie anzweifeln, ob die Versorgung dann noch im Sinne der pflegebedürftigen Menschen erfolgt.

Auch die Wunschstellenanteile unterscheiden sich je nach Mitarbeiter*in. So gibt es einige Teilzeitbeschäftigte, die auch auf Nachfrage gar nicht Vollzeit arbeiten möchten. Viele sind vor allem deshalb in der ambulanten Pflege tätig, weil sich die Arbeitszeiten gut mit Familie, Studium o.ä. vereinbaren lassen. Die sehr flexiblen Arbeitszeitmodelle stellen demnach auch einen großen Vorteil der ambulanten Pflege für die Mitarbeitenden dar und sind teilweise ausschlaggebend dafür, dass Menschen sich für die Arbeit im ambulanten Pflegedienst entscheiden. Einige nutzen die Tätigkeit im ambulanten Dienst auch als Zusatzverdienst zu ihrer festen Stelle im Krankenhaus. Viele Dienste lassen den Mitarbeiter*innen die Wahl, wie viel sie arbeiten möchten. Einige geben aber auch an, dass es sein kann, dass ein Teil der Beschäftigten aufgrund der unbefriedigenden Option, geteilte Dienste machen zu müssen, nicht Vollzeit arbeiten möchte. Als ein Argument für mehr Vollzeitstellen wird insbesondere auf junge Menschen hingewiesen, die gerade ihren Abschluss haben und für die ein Teilzeitjob in ihrer Lebenssituation keine Option und Perspektive ist. Auch hier besteht aber keine Einigkeit, dass dies alle jungen Menschen betrifft. Einige Mitarbeitende würden auch gerne etwas weniger arbeiten, weil sie ein sehr ausgeprägtes Verständnis von Work-Life-Balance haben. Trotzdem wird auch angebracht, dass das Problem nicht nur ein auf den Moment bezogenes sei und eine dauerhafte Anstellung in Teilzeit Jahre später zu Altersarmut führen kann. Zu

beachten ist bei der Diskussion auch, dass manche Mitarbeiter*innen in Teilzeit Stellenanteile über 30 Stunden und teilweise sogar 35 Stunden haben, wobei 36 Stunden in anderen Berufen schon als Vollzeit zählen. Als Erklärung für die höhere Vollzeitbeschäftigung in Ostdeutschland, welche sich aus den Daten der Pflegestatistik ergibt, vermuten die Expert*innen das niedrigere Lohnniveau bzw. die niedrigere Entlohnung und ein aus der Historie gewachsenes Phänomen.

Ungeplante Veränderungen der Touren

Eine Anforderung an ambulante Pflegedienste besteht darin in den vorgesehenen Touren auf ungeplante Veränderungen zu reagieren. Diese entstehen beispielsweise durch Krankenhausaufenthalte pflegebedürftiger Menschen oder die kurzfristige Übernahme von Pflegetätigkeiten durch Angehörige. Hierfür stehen den Pflegediensten verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung. In der derzeitigen angespannten Personalsituation wird die Situation zum Abbau von Überstunden genutzt und stellt für die meisten Pflegedienste kein Problem dar. Die Tour wird dann beispielsweise zusammengeschoben und früher beendet. Wenn die Mitarbeiter*innen keine Überstunden abbauen, gibt es verschiedene Optionen die Zeit anderweitig zu nutzen. Eine Möglichkeit ist es, einen Patienten / eine Patientin aus einer anderen Tour aufzunehmen, wenn diese eventuell vorher überladen war. So können andere Mitarbeiter*innen entlastet werden. Eine weitere Option ist zudem, die Zeit mit anderen Aufgaben, wie zum Beispiel Dokumentation oder Qualitätsentwicklung zu verbringen. Ebenfalls kann geschaut werden, ob man einem anderen Kunden / einer anderen Kundin für die Zeit des Ausfalls mehr Leistungen anbietet, wie beispielsweise die Organisation einer Verhinderungspflege. Wenn Pflegebedürftige über längere Zeit ausfallen, wird auch erwogen, neue pflegebedürftige Menschen aufzunehmen. Dies ist aber oft schwierig zu planen, wenn man die genaue Länge des Ausfalls nicht kennt. Eine andere Option bei etwas längeren Ausfällen ist es, den Mitarbeitenden in der Zeit Schulungen und Weiterbildungen anzubieten.

Auch wenn die ungeplanten Veränderungen für die meisten ambulanten Pflegedienste aktuell kein größeres Problem darstellen, so kann vor allem für kleine oder spezialisierte Pflegedienste der ungeplante Ausfall mit erheblichen Problemen einhergehen, da der Ausfall der Tour gleichbedeutend mit einem Einnahmeverlust ist, der je nach Ausmaß und Dauer auch finanzielle Probleme aufwerfen kann.

Spontaner Ausfall der Mitarbeiter*innen

Krankheitsbedingte Ausfälle von Mitarbeiter*innen sind ein großes und durchgängiges Problem in ambulanten Pflegediensten. Insbesondere spontane Ausfälle erfordern dabei eine schnelle Reaktion der Pflegedienste. Teilweise wird in diesem Zusammenhang von Extremfällen berichtet, bei denen nachts um drei oder vier Uhr der Frühdienst für den nächsten Tag abgesagt wird.

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, um auf spontane Krankheitsausfälle zu reagieren. Eine Reaktion auf einen kurzfristigen Ausfall ist, dass die Tour von anderen Mitarbeiter*innen übernommen wird. Um Ersatz zu finden, gibt es verschiedene Optionen und auch Grenzen, die sich jeder Dienst selbst setzt. Einige rufen alle Mitarbeiter*innen an und setzen auf Freiwilligkeit. Andere fragen alle an, bis auf diejenigen, die Urlaub haben. Einige Dienste nutzen auch spezielle Tandems, also zwei Mitarbeitende, die sich immer gegenseitig vertreten. Ebenso wird häufig angestrebt, dass die Pflegekräfte sich selbst organisieren und bei Krankheit in ihrem Team eine Vertretung suchen. Dieser Ansatz setzt auf eine stärkere Selbststeuerung der Mitarbeiter*innen durch intensivere Kommunikation ohne Einschaltung der Leitungsebene. Dieser Ansatz geht auch mit der Erwartung einher, dass das individuelle Verantwortungsbewusstsein für eine Krankmeldung wächst. Andere, insbesondere große Pflegedienste, haben ein Ausfallmanagement und arbeiten z.B. mit Springern oder Bereitschaftsdiensten. Einige haben auch Mitarbeiter*innen eingestellt, die keinem Team zugeordnet und ausschließlich als Springer einsetzbar sind. Bei größeren Verbänden kann auch die Anstellung von Springern auf Trägerebene ein Mittel sein, um kurzfristigen Personalausfällen entgegenzuwirken. Ein derartiges Ausfallmanagement kann jedoch die Wirkung haben, dass die Schwelle der Mitarbeitenden sinkt, sich krank zu melden.

In Verbänden ist es beispielsweise auch denkbar, dass Kolleg*innen aus dem stationären oder teilstationären Bereich sowie aus der Tagespflege die Tour übernehmen. Ebenso ist es möglich, dass Kolleg*innen aus dem Büro einspringen oder die Pflegedienstleitung. Letzteres wird allerdings von vielen kritisch gesehen. Es können auch Mitarbeiter*innen aus anderen benachbarten Diensten angefragt werden, was aber oft wenig erfolgreich ist.

Wenn Kolleg*innen aus dem eigenen Dienst einspringen, wird der Einsatz über Arbeitszeitmodelle und Mehrarbeitsstunden abgepuffert. Das funktioniert jedoch nur in einem gewissen Rahmen, weil viele Mitarbeiter*innen verlässliche Gehälter und eine zuverlässige Grundstruktur haben wollen.

Eine weitere Möglichkeit ist es, Zeitarbeit in Anspruch zu nehmen. Bei kurzfristigen Ausfällen ist dies jedoch oft nicht möglich. Zudem wird Zeitarbeit von den Diensten nur im äußersten Notfall oder gar nicht in Anspruch genommen, da die Kosten immens sind (vgl. auch Kapitel 3.2.3).

Eine andere Möglichkeit, einen spontanen Krankheitsausfall aufzufangen, ist eine Umstellung der Touren und Verteilung der pflegebedürftigen Menschen auf andere Touren. Diese Touren dauern dann entsprechend länger und es bedarf der Information der Pflegehaushalte, dass der Hausbesuch sich zeitlich verschieben wird. Sind die Mitarbeiter*innen nicht persönlich erkrankt, sondern ihre Kinder, kann auch versucht werden, Dienste bzw. Schichten zu

tauschen. Für die Kund*innen bedeuten Krankheitsausfälle häufig, dass Wunschzeiten oder Sonderwünsche bezüglich des eingesetzten Personals nicht mehr realisiert werden können.

Wird kein personeller Ersatz gefunden oder lassen sich die Einsätze nicht vollständig auf andere Touren verteilen, müssen Einsätze abgesagt oder einzelne Leistungen auf das nötigste gekürzt oder ganz gestrichen werden, um die Einsatzlänge zu reduzieren. Auch die Übernahme von pflegerischen Aufgaben durch Angehörige kann angeregt werden und ein Mittel zur Überbrückung von Personalengpässen sein. Insbesondere bei großen Stundenanteilen und Intensivversorgungen, kann es vorkommen, dass Patient*innen nicht anders versorgt werden können und ins Krankenhaus aufgenommen werden müssen.

Viele Dienste handhaben die Regelung von Krankheitsausfällen so, dass sie die Mitarbeiter*innen darüber entscheiden lassen und im Team besprechen, wie mit der Situation umgegangen werden kann. Denn es erhöht die Akzeptanz und Bereitschaft einzuspringen, wenn ein Mitspracherecht besteht und nach der Variante gehandelt wird, für die sich die Mitarbeiter*innen selbst entschieden haben.

Flexibilität des Personals

Wie aus den Ausführungen deutlich wird, ist die Flexibilität der Mitarbeiter*innen ein wichtiger Bestandteil einiger Strategien zum Umgang mit der Personalknappheit, wie beispielsweise eines spontanen Auf- und Abbaus von Überstunden. Einzelne Expert*innen haben in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass dabei darauf geachtet werden müsse, die Flexibilität nicht auszunutzen. Zudem werden auch Unterschiede und Veränderungen in der Flexibilität der Mitarbeiter*innen beschrieben, die teilweise auf eine veränderte Einstellung der neuen Generation und ein ausgeprägtes Verständnis von der Vereinbarkeit von Arbeit und Leben zurückgeführt werden.

„Auch was sich verändert hat, ist diese Work-Life-Balance, also der private Bereich steht stärker im Vordergrund. Also ich sag mal wo man noch vor Jahren gesagt hätte, also die privaten Belange ordnen sich den dienstlichen unter und damit meine ich nicht Vereinbarkeit von Familie und Beruf, sondern Freizeit, allgemeine Freizeitgestaltung. Da ist der Anspruch jetzt eher umgekehrt bei einigen, die dienstlichen Belange haben sich an den privaten zu orientieren.“
[Interview 11; Position: 21-21]

3.2.6 Touren- und Einsatzplanung

In der ambulanten Pflege muss zwischen der Dienstplanung und der Tourenplanung differenziert werden. Die Dienstplanung umfasst die Festlegung der Arbeitszeiten der Mitarbeitenden und wird zumeist ein bis zwei Monate im Voraus erstellt. Die Tourenplanung enthält hingegen den genauen Plan, wann welcher Kunde / welche Kundin versorgt wird. Sie wird meist kurzfristig für die Folgeweche erstellt und gegebenenfalls täglich angepasst.

Die Dienstplanung wird häufig durch die Pflegedienstleitung vorgenommen und Mitarbeitende können Wünsche für freie Tage angeben. Diese Wünsche haben in den meisten Diensten höchste Priorität und ihre Beachtung wird insbesondere auch im Zuge der Personalknappheit immer wichtiger. In einigen Diensten tragen die Teams die Verantwortung für die Dienstplanung auch selber und stimmen sich gegenseitig ab. Teilweise werden für die Dienstplanerstellung vorgegebene Bausteine genutzt, wie beispielsweise Dienste an jedem zweiten oder dritten Wochenende, sodass die Mitarbeiter*innen schon ein Jahr im Voraus wissen, wie sie arbeiten müssen. Es gibt auch Modelle, bei denen an einem Wochenende mehr Arbeitsstunden und dafür an einem zweiten Wochenende nur eine Hintergrundbereitschaft geleistet wird. Wenn mehrere Optionen möglich sind, kann es hilfreich sein, die Mitarbeiter*innen mit entscheiden zu lassen, welche sie bevorzugen. In der Dienstplanung werden auch Fortbildungen, Urlaub, freie Tage durch Überstunden und gegebenenfalls Zeit für Supervisionen und Fallbesprechungen berücksichtigt.

Die Planung der einzelnen Touren ist ein komplexes Vorgehen, bei dem eine Reihe von Faktoren beachtet und abgewogen werden müssen. Die letztendliche Planung ist immer ein Kompromiss aus fachlichen Anforderungen, Wünschen der Pflegebedürftigen, Wünschen der Pflegenden und der Wirtschaftlichkeit.

Wirtschaftlichkeit

Der Aspekt der Wirtschaftlichkeit bei der Tourenplanung ist zentral für das Bestehen eines ambulanten Pflegedienstes und muss demnach immer im Blick behalten werden. Die unternehmerische Herausforderung besteht darin, dass die entstehenden Kosten der Touren durch die vorhandenen Erlöse gedeckt werden. Die meisten Pflegedienste nutzen eine Software als Arbeitshilfe für die Tourenplanung. Teilweise prüfen die Dienste bereits vor der Aufnahme eines neuen Pflegebedürftigen mittels einer Simulation in der Software, ob die Tour wirtschaftlich wäre. Um das Controlling zu erleichtern, nutzen einige Dienste auch die mobile Datenerfassung über das Smartphone.

Expert*innen aus der Gruppe der Unternehmensberater*innen merken zudem an, dass Vergütungsverhandlungen notwendig sind, wenn die Touren- und Einsatzplanung korrekt vorgenommen wird und ein Pflegedienst trotzdem keine kostenneutralen Ergebnisse erzielen kann. Denn während die Qualität der Leistung fest ist, sei die Vergütung der eigentlich flexible Faktor. Einige Pflegedienste setzen daher für die Leistungsbereiche, in denen sie Freiheiten in der Preisvorgabe haben, höhere Stundensätze an, um Defizite, die sie bei den Leistungskomplexen machen, auszugleichen.

Wegezeit

Ein zentraler Faktor der Wirtschaftlichkeit ist die auf den Touren verbrachte Wegezeit. Für die Wegezeit erhalten die Pflegedienste eine Pauschale. Die Wegezeit wird als unwirtschaftlich

betrachtet, wenn die für die Wege benötigte Zeit die Pauschale überschreitet. Aus wirtschaftlicher Perspektive ist hier vor allem das Verhältnis von Wegezeit und Einsatzzeit entscheidend. Aus diesem Grund können kombinierte Einsätze aus SGB XI und SGB V wirtschaftlicher sein.

Um die kürzesten Wege zu finden, können Online-Kartendienste wie Google Maps oder eine entsprechende Software mit visualisierter Tourenplanung genutzt werden. Dabei ist jedoch die Nutzung von Software-Programmen noch nicht weit verbreitet. Teilweise ist jedoch nicht die kürzeste Strecke die wirtschaftlichste und schnellste. So werden auch Kenntnisse des Gebietes und die Expertise der Beschäftigten vor Ort eingebunden, um die schnellste Route und damit eine optimale Tour zu planen. Auch der Straßenverkehr, Baustellen und die Parkplatzsituation können durch Ortskundige besser eingeschätzt werden.

Die durchschnittliche Wegezeit von ambulanten Diensten liegt zwischen 20 und 25 Prozent der Arbeitszeit. Es gibt aber auch Dienste, die deutlich darunter oder darüber liegen. Zudem gibt es auch Pflegedienste, die zu Fuß gehen können oder mit dem Fahrrad unterwegs sind. Insgesamt haben ambulante Dienste aber durch die Marktorientierung einen hohen Fahraufwand und lange Strecken. Teilweise werden aus diesem Grund auch Gebietsabsprachen getroffen, die eigentlich nicht im Sinne der freien Marktorientierung, aber aus wirtschaftlichen Gründen sinnvoll sind. Dabei geht es darum, dass Pflegedienste sich bezüglich bestimmter Gebiete bzw. Stadtteile absprechen und die Versorgung der dort wohnhaften pflegebedürftigen Menschen aufteilen. Allerdings schränkt ein solches Vorgehen die Wahlfreiheit der pflegebedürftigen Menschen ein.

Einsatzzeit beim pflegebedürftigen Menschen

Prioritär für die Tourenplanung sind die individuellen pflegerisch bedingten, vertraglich vereinbarten und ärztlich angeordneten Maßnahmen, die bei den pflegebedürftigen Menschen zu erbringen sind. Die Leistungserbringung muss jederzeit bedarfs- und qualitätsgerecht erfolgen.

Trotzdem werden für die Erbringung der Leistungen im Rahmen der Touren Zeitwerte angesetzt und es muss auf die Wirtschaftlichkeit der Einsätze geachtet werden. Diese Referenzwerte können auf unterschiedliche Weise bestimmt werden und variieren von Dienst zu Dienst. Teilweise setzen Pflegedienste diese selbst fest oder legen Zeiten zugrunde, die von externen Anbietern bereitgestellt werden. Beispielsweise nutzen viele Dienste die Empfehlungen, die in ihrer Planungssoftware hinterlegt sind. Auch einzelne Trägerverbände stellen Referenzwerte zur Verfügung.

Hauptsächlich werden die Referenzwerte aus der Vergütung abgeleitet. Weitere Einflussfaktoren sind die Höhe der Overheadkosten eines Dienstes, die Personalzusammensetzung, Wegezeiten, die Kund*innenstruktur und auch die Definition, wann eine Leistung beginnt und

endet. Wichtig ist zudem die Verständigung innerhalb eines ambulanten Pflegedienstes, worin die eigentliche Aufgabe beziehungsweise Leistung besteht und was genau dazu gehört, da auch das Verständnis der Leistung die benötigte Zeit wesentlich beeinflusst.

"Ja, aber wenn ich dann (...) beispielsweise eine Formulierung habe Teilwaschung und da ist keinerlei Erklärung drin. Wie viele Teile gehören zur Teilwaschung? Wenn ich jetzt Insulinspritzen nehme, da haben 20 Kollegen immer die gleiche Zeit. Sobald ich sage Teilwaschung, haben wir 20 verschiedene. Das heißt Behandlungspflegen sind Standards, aber Körperpflegen, Grundpflegen eben nicht. Und wenn ich das natürlich nicht im Team kläre, dann reden wir aneinander vorbei, ohne es zu merken. Und es gibt viele Kataloge, die so missverständlich formuliert sind. Und daraus resultieren in der Konsequenz viele andere Sachen." [Interview 4; Position: 25-25]

Diese verschiedenen Faktoren führen dazu, dass sich die Referenzwerte von Dienst zu Dienst unterscheiden und auch bei gleichen Trägern und Verträgen variieren. Die anzusetzenden Referenzwerte unterscheiden sich ebenso, je nachdem, ob zwei Kund*innen in einem oder in zwei verschiedenen Haushalten versorgt werden. Als mögliche Lösung hierfür wird eine Hausbesuchsgrundpauschale genannt. Ebenfalls unterscheiden sich die Referenzwerte einer Leistung ggf. auch, je nachdem, ob die Leistung einzeln oder in Kombination mit anderen Leistungen beim pflegebedürftigen Menschen erbracht wird. Die Individualität und der Spielraum bei der Leistungserbringung sind aber nicht nur von den Kund*innen abhängig, sondern auch von der Schnelligkeit der Pflegekraft. In dieser Hinsicht kann es also ebenfalls zu Abweichungen kommen.

Der Umgang mit Referenzwerten bedeutet immer eine Balance zwischen Erfahrungswerten und Vergütung. Über die genaue Ausgestaltung entscheidet dabei jeder Dienst individuell. So gibt es einerseits ein rein einnahmeorientiertes Vorgehen, wo die Pflegefachlichkeit nach Ansicht der Expert*innen teilweise hinterfragt werden muss. Auf der anderen Seite gibt es den Ansatz, dass eine Leistung so lange dauert, bis die ordnungsgemäße, qualitätsgerechte und vertragskonforme Leistung erbracht wurde. Ziel sollte es dabei dennoch sein, dass die Gesamtheit der Leistungserbringung pro Tour erstens fachgerecht und ordnungsgemäß erbracht ist und zweitens der Zeitaufwand der Leistungserbringung die Summe der Referenzwerte nicht wesentlich und nicht dauerhaft überschreitet. Einige Pflegedienste setzen Referenzwerte aber auch fern von jeglicher pflegefachlichen Orientierung oder betriebswirtschaftlichen Bewertung fest.

Die erstmalige Festsetzung der Referenzwerte erfolgt beim Erstbesuch häufig durch die Pflegedienstleitung und wird im weiteren Verlauf kontrolliert und ggf. angepasst. Wie bindend die Referenzwerte bei der Leistungserbringung für die Mitarbeiter*innen sind, unterscheidet sich ebenfalls zwischen den Diensten. Während einige Dienste keine Zeitvorgaben bei der Tour

machen bzw. bewusst betonen, dass es sich um Anhaltswerte handelt und ihren Mitarbeiter*innen große Freiräume lassen, machen andere Pflegedienste deutlich bindendere Vorgaben.

"Die gibt es für die Planung im Grunde solche Zeitkorridore, wobei das eben dadurch lebt, dass die Mitarbeiter diese Parameter, die ich Ihnen grade aufgezählt habe, kennen und wissen, es geht nicht darum, bei jedem Patienten für die Leistung X die gleiche Zeit zu verwenden. Sondern dass im Grunde klar ist, die Tour ist wirtschaftlich, so wie sie geplant ist. Ob man bei dem einen Patienten länger und bei dem anderen vielleicht mal kürzer braucht, das müssen die Mitarbeiter entscheiden. Das ist ja sehr Tagesform abhängig. Und sie wissen auch, es gibt natürlich multimorbide Patienten bei denen die Planzeiten, die jetzt als Durchschnittswert auch immer wieder überprüft werden und auch stimmig ist, wo aber klar ist, da kommen wir mit der Planzeit nicht hin. Also diskutieren wir jetzt nicht mit jedem Mitarbeiter nach dem Einsatz, hier warum hast du beim Duschen von Frau Dingenskirchen fünf Minuten länger gebraucht. Sondern das ist im Grunde die Verantwortung der Mitarbeiter, das sind ja alles Fachkräfte, zu entscheiden, wo wird im Grunde der Ausgleich geschaffen." [Interview 19; Position: 41-41]

Eine restriktive Vorgabe von Durchschnittswerten für Leistungskomplexe in der Planung aus wirtschaftlichen Gründen ist selten zielführend und kann sogar einen umgekehrten Effekt hervorrufen: Werden Durchschnittswerte fest vorgegeben, bleiben die Mitarbeiter*innen auch entsprechend lange bei dem pflegebedürftigen Menschen und sobald ein Kunde / eine Kundin aufwändiger ist und mehr Zeit benötigt, handelt es sich nicht mehr um eine kostenneutrale Tour. Aus Sicht einzelner Unternehmensberater*innen besteht jedoch auch teilweise eine Unwissenheit auf Seiten der Mitarbeiter*innen über die Referenzwerte, die eher ein planerisches Instrument darstellen, von dem je nach Anforderung vor Ort abgewichen werden kann.

"Also es gibt ja immer noch ganz viele Mitarbeiter, die glauben, dass der Gesetzgeber vorgibt, dass eine große Körperpflege 17,5 Minuten dauern muss. Das wissen die gar nicht, dass das ein planerisches Instrument ist, was durchaus je nach Anforderung vor Ort länger oder kürzer sein kann." [Interview 2; Position: 41-41]

Um fortlaufend Anhaltspunkte zur Angemessenheit der Referenzwerte zu erhalten, werden in einigen Diensten die Mitarbeiter*innen aufgefordert, Begründungen für Abweichungen von den Referenzwerten festzuhalten. Diese können beispielsweise darin liegen, dass zusätzliche Leistungen erbracht und nicht abgerechnet werden. Berichtet wurde auch von der Begleitung von Mitarbeiter*innen, um herauszufinden, warum es zu starken Abweichungen von den Referenzwerten kommt.

Neben der Vorabplanung ist das stetige Controlling der Touren im Hintergrund durch die Pflegedienstleitungen daher sehr zentral, um zu prüfen, ob die Zeiten, die in der Tourenplanung angesetzt wurden, realistisch sind. Sollten sich die Zeiten als unrealistisch erweisen, haben die Pflegedienstleitungen die Aufgabe, nach Ursachen zu suchen und gegebenenfalls Anpassungen vorzunehmen.

Insgesamt lässt sich die Frage nach der Angemessenheit der Referenzwerte nur schwer beantworten, da die Problemlagen und der Unterstützungsbedarf der pflegebedürftigen

Menschen unterschiedlich sind. So kann die Versorgung beispielsweise bei Menschen, die hilfs- und pflegebedürftig, jedoch in vielen Tätigkeiten noch selbstständig sind, deutlich mehr Zeit in Anspruch nehmen, weil die erhaltene Selbständigkeit nur auf Basis einer langsameren Durchführung von Aktivitäten erfolgt. Diese individuellen Bedürfnisse sind unter einer betriebswirtschaftlichen Betrachtungsweise kaum darstellbar.

Qualifikation der Mitarbeiter

Ein weiterer Faktor, der bei der Planung der Touren bedacht werden muss, ist die Qualifikation der Mitarbeiter*innen. Dabei müssen die vorgeschriebenen Anforderungen beispielsweise für die Erbringung der Behandlungspflege eingehalten und bei der Planung berücksichtigt werden. Die weitere Planung der erforderlichen Qualifikation liegt im Ermessen der Pflegedienste. Teilweise ist die Wahl der Qualifikation dabei auch aufgrund wirtschaftlicher Restriktionen oder aus Gründen der Personalknappheit eingeschränkt. So kann es sein, dass ein Dienst aus Mangel an Fachkräften oder um Kosten zu sparen, gezwungen ist, eine Aufsplittung in SGB-V und SGB-XI Einsätze vorzunehmen.

Wünsche der pflegebedürftigen Menschen

Die Wünsche von pflegebedürftigen Menschen in Bezug auf die Tourenplanung können verschiedene Aspekte umfassen. Zentral ist zunächst die Uhrzeit des Einsatzes. Häufig können die vom Pflegebedürftigen gewünschten Einsatzzeiten vom Pflegedienst nicht angeboten werden. Insbesondere zu den Stoßzeiten zwischen 7 und 9 Uhr morgens können Wunschzeiten nur schwer erfüllt werden. Im Unterschied zu früheren Zeiten ist die Situation mittlerweile bei allen Diensten ähnlich, sodass für pflegebedürftige Menschen keine wirklichen Alternativen bestehen und sie letztendlich auch eine Zeit für den Besuch des Pflegedienstes akzeptieren, die nicht ihrer Wunschzeit entspricht. Die Alternative wäre, keine Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst zu erhalten. Viele Dienste gehen so vor, dass sie dem pflegebedürftigen Menschen ehrlich und umfassend die Situation erläutern und ihm anschließend die Wahl lassen. Dadurch soll einer falschen Erwartungshaltung vorgebeugt werden.

Einerseits bietet diese Position den Diensten Freiheiten in der Planung, andererseits besteht aber auch ein Konflikt mit der eigentlichen Intention einer individuellen Versorgung im Sinne der pflegebedürftigen Menschen.

„Ne, das ist egal, Hauptsache sie kommen. Das haben wir mehr als früher. Auf der anderen Seite ist es eigentlich nicht das, was wir wollen. Also wir haben ja die Philosophie, dass Leute auch wirklich selbstbestimmt bleiben sollen und wenn ich mich nach einer fremden Struktur zu 100 Prozent organisieren soll aufgrund meiner Pflegebedürftigkeit, dann kann ich auch ins Heim gehen. Und natürlich ist das so, dass je selbstverständlicher es wird, umso mehr sie das auch mitkriegen (...), dass Leute da schon eine Antenne für haben und denken, ja die nutzen ihre Situation jetzt auch gut aus. Das versuchen wir zu verhindern. Weil die Wünsche der Patienten sind ja nicht ungerechtfertigt, das ist ja ihre Lebensgewohnheit. Und die richtet sich ja nicht nach Algorithmen und Paradigmen der Einsatzplanung.“ [Interview 19; Position: 69-69]

Wenn ein Kunde / eine Kundin aufgenommen wird, bestehen zudem häufig Wünsche dahingehend, ob die Versorgung durch eine männliche oder weibliche Pflegeperson erbracht werden soll. Auch zwischenmenschliche Aspekte wie Sympathie können Grund für besondere Wünsche auf Seiten des pflegebedürftigen Menschen sein. Zuverlässige Versorgungszeiten und möglichst eine feste Bezugspflegeperson sind weitere Wünsche der Pflegebedürftigen und Anspruch der meisten Pflegedienste. Es wird versucht, die Wünsche der pflegebedürftigen Menschen im Rahmen des Möglichen zu erfüllen und bei der Tourenplanung zu beachten. Häufig sind derartige Wünsche aber auch das erste, was gestrichen werden muss, wenn Pflegekräfte ausfallen und Personalknappheit herrscht.

Wünsche der Mitarbeiter*innen

Die Wünsche der Mitarbeiter*innen, wie beispielweise ein späterer Dienstbeginn, werden zunehmend bedacht und realisierbar gemacht. Aufgrund der Personalknappheit versuchen die Dienste, durch individuelle Vereinbarungen und Kompromisse Personal zu werben oder zu halten. Dies bedeutet aber auch, dass individuelle Zeiten bei der Tourenplanung eingeplant werden müssen und beispielsweise spezielle „Müttertouren“ erstellt werden, die erst um 8 Uhr beginnen. Ebenso wird angebracht, dass auch die Verlässlichkeit der Einsatzplanung des vorhandenen Personals wichtig sei. Die Gefahr einer unzuverlässigen Einsatzplanung mit häufigen spontanen Einsätzen besteht darin, dass sich die Mitarbeiter*innen eine andere Arbeitsstelle suchen.

Bezugspflege/hohe Versorgungskontinuität

Eine hohe Versorgungskontinuität ist sowohl für die pflegebedürftigen Menschen als auch für die Zufriedenheit der Mitarbeiter*innen von Bedeutung. Diesbezüglich gibt es aber auch unterschiedliche Vorgehensweisen. Während in einigen Pflegediensten einzelne Mitarbeiter*innen einen festen Kundenstamm dauerhaft versorgen, planen andere Pflegedienste ganz gezielt die Aufteilung der Versorgungen auf mehrere Mitarbeiter*innen. Allerdings bleibt das Ziel einer kontinuierlichen Versorgung der pflegebedürftigen Menschen durch einen bestimmten Mitarbeiterstamm bestehen.

„Personalwechsel innerhalb der Klienten zum Beispiel und bei den Klientenansätzen, da muss ich sagen, das ist schon schwierig. Also wenn ich jeden einfach wie einen Springer einsetzen muss, dann muss ich mir schon Gedanken darüber machen, ob meine Fluktuation nicht einfach steigt, weil die Leute unzufriedener werden und da ist auch ein Qualitätsproblem dahinter. Ab und zu muss man schon mal wechseln, weil die emotionale Belastung auch ein wichtiger Faktor ist, der berücksichtigt werden sollte. Also ich kann nicht jemanden über Jahre bei dem gleichen Klienten einsetzen. Das geht mal gut, mal aber auch nicht.“ [Interview 25; Position: 60-60]

Verantwortlichkeit für die Tourenplanung

Die Touren werden zumeist sehr kurzfristig für die Woche vorgeplant und dann gegebenenfalls täglich angepasst. Dabei fällt die Tourenplanung vor allem in den Verantwortungsbereich der

Pflegedienstleitung. Es gibt jedoch auch Pflegedienste, die den Pflegekräften mehr Eigenverantwortung für die Touren zuschreiben. In einigen Diensten gibt es auch bereits Ansätze, dass die Teams die Tourenplanung eigenständig gestalten. Ebenso haben Pflegekräfte im Rahmen der vorgeplanten Tour teilweise große Gestaltungsfreiheiten bezüglich der Einsatzzeiten und bezüglich der Reihenfolge der Pflegekund*innen. Bei Krankheitsfällen organisieren die Teams eine Vertretung oder einen Tausch zunächst unter sich.

Als grundsätzlich bemerkenswert wurde zudem angesprochen, dass die Einarbeitung in die Tourenplanung häufig durch „learning-by-doing“ erfolgt oder von dem Vorgänger / der Vorgängerin übernommen wird. Daraus können unsystematische und unregelmäßige Planungen mit nicht erwünschten Auswirkungen für die Beschäftigten oder die pflegebedürftigen Menschen resultieren.

Inhaltliche Gestaltung der Touren

Neben der Einsatz- und Fahrzeit werden in den Tourenplänen auch Organisationszeiten mit einem Zeitwert eingeplant. Dazu können beispielsweise das Abholen einer Verordnung oder die Rüstzeiten vor Beginn der Tour zählen.

Aufgrund der typischen Stoßzeiten in der ambulanten Pflege morgens und abends, häuft sich zu diesen Zeiten der Personalbedarf, der zu den restlichen Tageszeiten wesentlich geringer ist. Insbesondere hohe Beschäftigungsumfänge der Mitarbeiter*innen sind daher kaum anders als mit geteilten Diensten realisierbar. Die zunehmende Personalknappheit erfordert jedoch eine Ausweitung der Zeiten und flexiblere Einsätze im Laufe des Tages, um möglichst viele Kund*innen versorgen zu können. Das Missverhältnis von Pflegebedürftigen und Mitarbeiter*innen lässt es häufig nicht mehr zu, dass alle Pflegebedürftigen zu den gleichen Zeiten versorgt werden. Eine erste Konsequenz ist, dass die Zeiten, in denen die tägliche Versorgung stattfindet, sich ausdehnen.

Als Möglichkeit, die intensiven Zeiten zu entzerren, gehen einige Pflegedienste dazu über, die Leistungen anders über den Tag zu verteilen oder einen anderen „Leistungsmix“ aus Leistungen der Pflege, Betreuung und ärztlich verordneten Maßnahmen zu planen. Die Möglichkeiten dazu sind jedoch begrenzt, da einige Leistungen, wie beispielsweise das Anziehen von Kompressionsstrümpfen oder die Gabe von Insulin aus medizinischen Gründen nur zu gewissen Zeiten sinnvoll sind und daher nicht wahllos verschoben werden können. Oft wird gezielt bei den pflegebedürftigen Menschen nachgefragt, ob bestimmte Behandlungen oder Leistungen auch nachmittags erbracht werden können, die sonst vormittags erledigt wurden. Tageszeitgebundene Aktivitäten können so morgens durchgeführt und ein Bad auf den Mittag oder Nachmittag verlegt werden. Auch Betreuungsmaßnahmen sind Leistungen, die gut über den

Tag verteilt angeboten werden können. Ebenso kann Beratung eingebaut werden, welche außerhalb der üblichen Stoßzeiten eines ambulanten Pflegedienstes möglich ist. Auf diese Weise kann Mitarbeiter*innen eine Vollzeitbeschäftigung ohne geteilte Dienste ermöglicht werden.

„Genau, entweder eine Mittagstour machen oder dann eben administrative Aufgaben, wie Pflegeplanung, das mit dranplanen auch, das muss ja auch irgendwann gemacht werden. Das wird häufig nicht mit geplant, dass wir Sonderaufgaben haben im Bereich der Medikamentenversorgung für bestimmte Mitarbeiter, die dann dafür die Aufgaben übernehmen.“ [Interview 19; Position: 24-25]

Ein Vorschlag aus den Interviews bestand auch darin, begleitende Projekte einzuplanen, in denen beispielsweise aktuelle Neuerungen bearbeitet oder auch Themen wie die Gestaltung des Bewerbungsprozesses fokussiert werden.

3.2.7 Vernetzung

Berichtet wurde von unterschiedlichen Formen und Intensitäten der Vernetzung zwischen einzelnen Pflegediensten. Selten war dabei eine Vernetzung in der Form, dass gemeinsame Touren geplant werden bzw. eine gemeinsame Versorgung von pflegebedürftigen Menschen stattfindet. Stattdessen kann es vorkommen, dass reine SGB XI und SGV V Anbieter in der Versorgung kooperieren. Zudem sind Pflegedienste in der Form vernetzt, dass sie sich gegenseitig empfehlen, wenn im eigenen Dienst keine Kapazitäten bestehen, um weitere Kund*innen anzunehmen oder sich bei Personalknappheit gegenseitig mit Mitarbeitenden aushelfen. Letzteres findet aber selten statt und eher bei Diensten, die dem gleichen Träger angehören, da die Dienste in Konkurrenz um Personal stehen und Angst haben, dass Mitarbeitende abgeworben werden.

Vernetzung wird auch dazu genutzt, sich wechselseitig zu beraten und über Fachfragen auszutauschen. Die Zusammenlegung der Kompetenzen ist dabei sowohl fachlich hilfreich als auch wirtschaftlich, da bei gemeinschaftlichen Ausarbeitungen von den Erkenntnissen oder Entwicklungen anderer profitiert werden kann. Ebenso schließen sich Dienste für die Durchführung von Schulungen zusammen. Eine weitere Art der Vernetzung, die genannt wurde, ist der Zusammenschluss für gemeinsame Verhandlungen mit den Kostenträgern. Innerhalb von Verbänden werden zudem auch einzelne Mitarbeiter*innen an andere Dienste verwiesen, wenn sie beispielsweise nach einer anderen Position suchen, die im aktuellen Dienst nicht umsetzbar ist. Auch werden gegenseitige Hospitationen in der Verwaltung durchgeführt, um voneinander zu lernen. Darüber hinaus kann die Notwendigkeit und der Nutzen einer solchen Vernetzung in der Erweiterung des eigenen Kenntnisstandes liegen.

Während viele Möglichkeiten der Vernetzung von Verbänden ausgehen und entstehen, gibt es auch Initiativen einzelner Pflegedienste für Zusammenschlüsse und gemeinsame Projekte.

Einige Expert*innen berichteten, dass es im Zuge der Personalknappheit unter einzelnen Diensten zu Gebietsabsprachen kommt, um Wegezeiten zu reduzieren.

Darüber hinaus gibt es auch Beispiele im Rahmen der Quartiersentwicklung, bei denen Pflegedienste mit verschiedenen ortsansässigen Akteuren zusammenarbeiten, um die persönlichen Netzwerke der Pflegekund*innen zu stärken und zu fördern. In Bezug auf eine Vernetzung mit anderen Akteuren wurde zudem berichtet, dass es bei Trägern stationärer und ambulanter Einrichtungen, Formen der Kooperation gibt, bei denen das Personal an den Stellen eingesetzt wird, an denen es gerade gebraucht wird. Teilweise hätten Mitarbeiter*innen sogar zwei Arbeitsverträge. In diesem Zusammenhang wird auch von Vernetzungen zwischen Krankenhäusern und Diensten berichtet, die nicht aus einem Verbund kommen. Darüber hinaus wurde unter dem Punkt der Vernetzung die Zusammenarbeit und Vernetzung mit anderen Anbietern wie Ärzten und Apotheken angesprochen und als selbstverständlich und sehr wichtig für die tägliche Arbeit des Pflegedienstes betont.

3.2.8 Personalfluktuatation

Die Häufigkeit und Stärke der Personalfluktuatation variiert stark zwischen den Diensten. Einige Expert*innen berichten, dass sie in ihren Diensten eine sehr geringe Personalfluktuatation haben. Als eine Ursache für eine geringe Fluktuatation wurden eine hohe Identifikation mit dem Dienst und das Bewusstsein der eigenen Bedeutung für den Betrieb genannt. Auf der anderen Seite wurde aber auch von Diensten berichtet, deren Personal einen überdurchschnittlich hohen Kündigungsgedanken hat und die regelmäßig Probleme mit einer hohen Fluktuatation haben.

Einigkeit herrscht über die Einschätzung, dass eine hohe Personalfluktuatation sehr schädlich für den Dienst ist. Zum einen entstehen hohe Kosten für die Suche und Einarbeitung neuer Mitarbeiter*innen und zum anderen ist ein häufiger Wechsel schlecht für das Team, den Zusammenhalt und die Qualität.

„Wenn sie jemanden neu einarbeiten, haben sie Leerlaufzeiten, Doppelarbeiten, Schulungsaufwand. Also das ist glaube ich schon nicht zu unterschätzen, was es bedeutet, wenn man ständig neues Personal hat (...). Klar, (...) ich glaube für ein funktionierendes Team braucht man Kontinuität, damit die Menschen sich kennenlernen, damit Vertrauen entsteht. Und da wo wir einen hohen Personalwechsel haben, ist immer eine gewisse Grundunzufriedenheit, würde ich es mal nennen (...). Und das hat letztendlich immer auch Auswirkungen auf die Qualität.“ [Interview 29; Position: 103-103]

Fluktuatation kann dadurch bedingt sein, dass Mitarbeiter*innen selbst kündigen oder gekündigt werden. Eine häufige Ursache hoher Fluktuationsraten sind Fehler bei der Personalauswahl und bei der Gestaltung des Bewerbungsprozesses. Dabei wird insbesondere betont, dass

Dienste häufig aus der Not heraus und aus Mangel an Alternativen unpassende Bewerber*innen einstellen, die sie sonst nicht eingestellt hätten. Trotz intensiver Einarbeitung und Mühe entsteht dann häufig keine erfolgreiche Zusammenarbeit. Einige Pflegedienste haben daher für sich entschieden, lieber eine Stelle unbesetzt zu lassen, als einen unpassenden Bewerber einzustellen.

Ein wichtiger Faktor, der als Ursache von Fluktuation genannt wird, ist eine falsche Vorstellung von der Arbeit in ambulanten Diensten. Insbesondere Mitarbeiter*innen, die vorher stationär gearbeitet haben, kommen häufig mit verzerrten Erwartungen und sind von dem unterschiedlichen Anforderungsprofil überfordert. In diesem Zusammenhang ist es auch wichtig, als Dienst im Bewerbungsgespräch ehrlich zu sein, die Erwartungen und Anforderungen klar zu benennen und keine falschen Versprechungen zu machen. Ein sehr entscheidender Faktor, um die Fluktuation gering zu halten, ist zudem eine gute Einarbeitung. Als weitere Maßnahmen der Leitungsebene zur Verhinderung einer hohen Fluktuationsrate werden gezielte Mitarbeiterjahresgespräche, eine vernünftige Personalentwicklung und eine gewisse Karriereplanung im Rahmen des Möglichen genannt. Häufig wird darüber hinaus thematisiert, dass Fluktuation viel von der Führungskraft und dem damit verbundenen Arbeitsklima abhängt. So wird eine hohe Fluktuation in vielen Fällen mit einer schlechten Führung assoziiert. Teilweise wurde auch angemerkt, dass Pflegedienste kein professionelles Personalmanagement haben und einige Probleme „hausgemacht“ sind.

Die zunehmend angespannte Personalsituation führt zudem dazu, dass der Druck von außen erhöht wird und Mitarbeiter*innen von anderen Diensten oder Einrichtungen, die attraktivere Arbeitszeitmodelle oder mehr Gehalt bieten können, abgeworben werden. Einige wechseln aufgrund der besseren Rahmenbedingungen zu Zeitarbeitsfirmen. Manche Mitarbeiter*innen verlassen die Pflege auch ganz oder kommen nach dem Mutterschutz nicht in den Dienst zurück. Bei einigen besteht neben den Arbeitsbedingungen der Grund auch darin, dass die geforderte Arbeitsweise nicht mehr mit den eigenen Ansprüchen an die Versorgung zu vereinbaren ist.

Kündigung in der Probezeit

Auf der anderen Seite kommt es auch zu Kündigungen in der Probezeit durch die Einrichtungen. Die Ursachen überschneiden sich größtenteils mit denen, die auch allgemein zu einer hohen Fluktuation in den Diensten führen. Am häufigsten wurde benannt, dass eine zu schnelle Auswahl und Einstellung stattfindet und aus Mangel an Alternativen ungeeignete Bewerber*innen eingestellt werden. Oft stellt sich dann noch in der Probezeit heraus, dass eine problematische Arbeitseinstellung, fehlende Qualifikation oder falsche Vorstellungen von einer Tätigkeit in der ambulanten Pflege nicht durch eine intensive Einarbeitung aufgefangen werden können.

In diesem Zusammenhang wird auch konkret benannt, dass es in Zeiten der Personalknappheit meistens Gründe dafür gibt, warum Bewerber*innen länger auf dem freien Markt verfügbar sind.

„Das hat damit zu tun, dass sich auf dem Markt eben nicht so die ganz guten Bewerber bewegen, sondern, dass im Grunde Mitarbeiter, die so jetzt irgendwie schwierig zu vermitteln sind, schwierig in der Arbeitsweise, vielleicht nicht gut in Teams passen, dass das die sind, die sich auf dem Markt so bewegen und die dann häufiger gekündigt werden oder beendet werden, weil es einfach nicht passt.“ [Interview 29; Position: 105-105]

Zudem wird häufig berichtet, dass viele Bewerber*innen eine falsche Einstellung zu der Arbeit und dem Beruf haben, die nicht zu der Philosophie des Unternehmens passt. Auch Auszubildende hätten häufig eine andere Einstellung (z.B. hinsichtlich Work-Life-Balance) als früher. Ebenso wird wahrgenommen, dass den Auszubildenden teilweise gewisse Grundtugenden fehlen. Dies erschwert die Auswahl, erfordert andere Einarbeitungskonzepte sowie Schwerpunkte und führt teilweise auch zu einer Kündigung, wenn die Defizite nicht durch eine entsprechende Einarbeitung kompensiert werden können.

3.2.9 Vergütung und Rahmenbedingungen der ambulanten Pflege

Viele Aspekte der Personalplanung sind eng mit allgemeinen Rahmenbedingungen und der Vergütungs- bzw. Finanzierungssystematik der Pflege verknüpft. Einige Aspekte und auch die unterschiedlichen Sichtweisen der Expert*innen zu dieser Thematik werden im Folgenden dargestellt.

Vergütungssystem

In Deutschland werden die Leistungen ambulanter Pflegedienste größtenteils über Leistungskomplexe vergütet, in einigen Bundesländern besteht zudem die Möglichkeit einer Vergütung nach Zeit. Bei der Frage nach dem geeigneten Vergütungssystem zeigten sich unter den Expert*innen unterschiedliche Präferenzen und Ansichten. Sowohl die Finanzierung über Leistungskomplexe als auch die Zeitvergütung bringen Vor- und Nachteile mit sich, die in den Interviews diskutiert wurden und im Folgenden aufgeführt werden.

Finanzierung über Leistungskomplexe

In dem aktuellen System der Leistungskomplexe besteht „ein Solidarsystem im Solidarsystem“ [Interview 24; Position: 56-56]. Aufwändigere Patient*innen können dadurch zu gleichen Preisen mitversorgt werden, weil bei anderen Kund*innen Zeit eingespart wird. Andererseits haben diese weniger aufwändigen Patient*innen unter Umständen andere, nicht so sichtbare Bedarfe, für die dann die Zeit fehlt oder nicht verwendet werden kann. In anderen Interviews wurde ausgeführt, dass Leistungskomplexe nicht mit dem heutigen Pflegeverständnis vereinbar sind und zu einer verrichtungsorientierten Pflege führen.

„(...) und es ist ihnen auch aus meiner Sicht über mindestens zwei Jahrzehnte abgewöhnt worden mit Leistungskomplexsystemen, die eben dem Mitarbeiter oder der Mitarbeiterin gesagt haben, guten Tag, bitte nicht nachdenken und schon gar nicht pflegfachlich begründet reden hier, sondern einfach Komplexe abarbeiten, abhaken und entsprechend in der Dokumentation eintragen, damit die Kasse das auch hübsch überprüfen kann. Also Überprüfung ist wichtig, nicht falsch verstehen, (...), nur eben diese Art der Leistungsausgestaltung hat ja nicht dazu geführt, dass die Menschen, die Fachkräfte meine ich jetzt, darüber nachgedacht haben und sich mit dem Pflegehaushalt strukturiert auseinandergesetzt haben, zu wie muss hier eigentlich Pflege gemacht werden und was müssen wir denn eigentlich machen.“ [Interview 28; Position: 47-47]

An Leistungskomplexen wird zudem durch einige Expert*innen kritisiert, dass das Angebot zu kompliziert und für Pflegekund*innen und Angehörige kaum überschaubar ist. Ebenso sei sowohl der Kundschaft als auch den Mitarbeiter*innen bei der Umsetzung von Leistungskomplexen teilweise nicht klar, was diese genau beinhalten. Das kann zu Missverständnissen führen. Ein häufiges Problem in diesem Zusammenhang ist die Erbringung heimlicher Leistungen. Das heißt, dass zusätzliche Leistungen erbracht, aber nicht korrekt oder gar nicht abgerechnet werden, was zu finanziellen Verlusten führt. Ebenso sei die Dokumentation sehr kompliziert und fehleranfällig. Dies schürt Fehler bei der Abrechnung und Vorwürfe des Abrechnungs Betrugs.

Auf der anderen Seite geben die Leistungskomplexe aber sowohl den Diensten als auch den Pflegebedürftigen durch ihre klare Abgrenzung eine Planungssicherheit und Garantie über die vereinbarte Leistung. Zudem wird angebracht, dass einige Dienste in den Leistungskomplexen einen gewissen Gestaltungsspielraum sehen, der insbesondere aufgrund der Unterfinanzierung des Systems wichtig ist. Für die Pflegedienste kann sich darüber hinaus aus der Addition der Leistungskomplexe bei richtiger Erbringung teils eine bessere Vergütung ergeben, als über eine Zeitvergütung. Trotzdem wird an anderer Stelle auch angemerkt, dass die finanzielle Bewertung der Komplexe willkürlich gewählt wurde und intransparent ist.

„Und die Leistungskomplexe sind nicht, die sind auch vom Himmel gefallen vor 20 Jahren und die sind nicht pflegfachlich begründet in ihrer Zusammenstellung und auch nicht in ihrer Bewertung, also was die für einen Wert haben für die einzelnen Komplexe. Ja, also die sind mit so Punktzahlen hinterlegt und diese Punktzahlen sollen Verhältniszahlen sein, nur die sind gegriffen, die sind nie kalkuliert worden.“ [Interview 28; Position: 115-115]

Nach Ansicht eines Experten, der sich für das Leistungskomplexsystem ausgesprochen hat, könnte durchaus über eine andere Ausgestaltung oder auch Ergänzung des Katalogs nachgedacht werden: *„also welche Leistungen man wie definieren kann, welche nicht und wie man das so formulieren kann, dass das sachgerecht ist“* [Interview 4; Position 79-79]. Ebenso muss bei der Diskussion über die geeignete Vergütung auch differenziert werden, um welche Leistungen es sich handelt. Viele Befürworter*innen von Leistungskomplexen präferieren das System insbesondere für den Bereich der Körperpflege. Für Hauswirtschafts- und Betreuungsleistungen wird hingegen oftmals eine Zeitvergütung als die sinnvollste Variante angesehen.

„Ja ich wäre für eine Flexibilisierung, also ich würde mir noch zusätzliche Leistungskomplexe wünschen, die das drumherum ein bisschen besser abbilden. Diese Leistungskomplexe (...) der häuslichen Betreuung, der hilft uns jetzt schon, etwas flexibler zu sein, aber da könnte man durchaus noch mal dran und Vorschläge gibt es ja auch schon, wie man etwas besser gestalten kann.“ [Interview 18; Position: 68-68]

Zeitvergütung

Neben der Finanzierung über Leistungskomplexe rechnen ambulante Pflegedienste ihre Leistungen nach Zeit ab, sofern es dafür eine vertragliche Grundlage mit den Pflegekassen gibt. Im Rahmen der Interviews äußerten sich die Expert*innen zur Zeitvergütung hinsichtlich der Leistungsgestaltung, des Zeitdrucks und der Wirtschaftlichkeit.

Leistungsgestaltung

Ein zentrales Argument für die Zeitvergütung ist, dass die Patient*innenautonomie und Flexibilität in der Leistungserbringung gefördert werden und die variable Leistungserbringung eher dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff entspricht. Bei einer Vergütung nach Zeit wird der pflegebedürftige Mensch im Rahmen der Leistungserbringung weniger bevormundet. Zudem sei es in erster Linie wichtig, dass den Pflegekund*innen eine Fachperson mit einem gewissen Zeitkontingent zur Verfügung steht, da der Bedarf nicht jeden Tag identisch ist. Einige Patient*innen hätten auch Bedarfe, die nicht durch Leistungskomplexe abgedeckt werden können und die auch nur bei genauerer Auseinandersetzung mit dem Betroffenen sichtbar werden. Viele Angehörige und Pflegebedürftige würden sich auch explizit wünschen, dass sie von jemandem mit einem gewissen Zeitkontingent versorgt werden.

„Uns wäre es eigentlich lieber, dass wir dem Impuls von Pflegenden und auch Pflegebedürftigen folgen. Die kommen nämlich zu uns und sagen, meine Mutter braucht morgens eine Stunde Hilfe. Und was man da macht, kann auch jeden Morgen etwas anderes sein.“ [Interview 19; Position: 79-79]

Ein Argument für Zeitvergütung ist zudem, dass die Arbeit auch für die Pflegekräfte erfüllender und motivierender ist, wenn sie selber mehr mitdenken müssen. Von einem Experten wird jedoch auch darauf hingewiesen, dass es bei diesem flexiblen Vorgehen nicht so leicht sei, eine vernünftige Pflegeplanung zu machen. Gleichzeitig betont er aber, dass auch eine Planung nach Leistungskomplexen nicht immer planmäßig umsetzbar ist.

Ebenso wurde angebracht, dass der Vorstellung einer komplett individuellen Versorgung im Rahmen einer Zeitvergütung auch Grenzen gesetzt sind. Diese bestehen unter anderem bei der Organisation der Touren. Denn durch die komplette Individualisierung der Versorgung und auch der Einsatzdauer kann es zu Verschiebungen im Ablauf der Touren kommen.

„Diese Wunschvorstellung, die viele Leute hinter dieser Zeitvergütung sehen, ist ja, dann kann ich ganz individuell arbeiten. Dann fahre ich morgens zu einem Patienten und der sagt mir dann plötzlich, wissen sie was, ich will heute gar nicht gewaschen werden, ich würde gerne meine Frau auf dem Friedhof besuchen. Das Waschen hätte eine halbe Stunde gedauert, der Friedhofsbesuch dauert eine Stunde. Kriegt das der Mitarbeiter in seiner Tour hin? Der ist doch gar nicht so flexibel, um dann sagen zu können, ja können wir jetzt machen, fahren wir mal zum Friedhof. Was macht dann Frau Meyer, die dann nach diesem Einsatz kommt? Die sitzt doch auf heißen Kohlen und wartet auf den Pflegedienst und der läuft auf dem Friedhof rum.“
[Interview 18; Position: 66-66]

Zeitdruck

Der Zeitdruck, der durch die Dienste an die Mitarbeitenden weitergegeben wird, würde sich in einem System mit Zeitvergütung vermutlich verringern, da es für die Dienste finanziell unerheblich ist, wie viele pflegebedürftige Menschen in einer Stunde versorgt werden, weil die Stundenvergütung festgelegt ist. Unterschiedliche Ansichten und Erfahrungen gibt es hingegen zum Umgang der Kund*innen und Angehörigen mit der Zeitvergütung. Die Leistung nach Zeit ist für den pflegebedürftigen Menschen transparenter, weil er sie selbst einkauft und bestimmt. Die unterschiedliche Schnelligkeit einzelner Mitarbeiter*innen bekommt daher bei einer Vergütung nach Zeit eine neue Bedeutung, da sich die benötigte Zeit unmittelbar auf die Kosten der pflegebedürftigen Menschen auswirkt. Es kann das Problem auftreten, dass die Kund*innen den Pflegenden Druck machen bzw. nur noch die aus ihrer Perspektive schnellen Kräfte anfordern. Das Auftreten solcher Konflikte wird aus der Erfahrung der Expert*innen sehr unterschiedlich, als existierend oder nicht vorhanden bewertet. Von einer Expert*in wurde aus Erfahrung berichtet, dass in der Praxis kein Problem aufkommt, wenn der Einsatz mal etwas länger oder kürzer dauert, insbesondere, wenn zuvor richtig beraten worden ist. Ebenso wurde berichtet, dass eine solche Diskussion bei Leistungskomplexen häufiger sei. Eine These ist auch, dass insbesondere bei einer minutengenauen Abrechnung Druck durch die Angehörigen aufkomme.

„Ja, aber nur, wenn wir halbe Stunde/Stunde machen wie beim Handwerker, nicht die Minutenpflege. Weil da habe ich eine große Sorge, dass wir dann von den Angehörigen einen massiven Druck bekommen. Ihr wart nur 22 Minuten da, habt aber 24 Minuten abgerechnet. Also das wäre auch nicht positiv für die Mitarbeiter, weil dann wirklich wieder dieser Druck ausgeübt wird. Wo ich angefangen habe 1995 mit einem anderen Pflegedienst, (...), da hatten wir diese halbe Stunde/Stunde Geschichte. Das war einfach, auch für den Pflegebedürftigen und auch für die Pflegekraft, weil man dann individuell auch auf die Bedürfnisse des einzelnen besser eingehen konnte.“ [Interview 12; Position: 100-100]

In diesem Zusammenhang wurde ebenso darauf hingewiesen, dass Angehörige bei der flexiblen Anwendung von Zeitvergütung wenig Kostenkontrolle haben. Auf der anderen Seite wird in einer fest vereinbarten Zeitbegrenzung wieder eine Ähnlichkeit zu Leistungskomplexen gesehen, bei denen Dienste auch oft fixe Zeiten hinterlegen.

Wirtschaftlichkeit

Nach Ansicht einiger Expert*innen wird die Abrechnung und Planung durch eine Zeitvergütung vereinfacht. Vorteile in finanzieller Hinsicht werden darin gesehen, dass ein Dienst genau kalkulieren kann, welchen Preis er pro Stunde braucht, um seine gesamten Kosten zu decken. Insbesondere bei Menschen mit einem komplexen Pflegebedarf ist die Zeitvergütung eine Möglichkeit, die benötigte Zeit kostendeckend erbringen zu können.

„Die Zeitleistungen sind, wenn sie gut geplant sind, ein effizientes Instrument, wo wir hoffentlich irgendwann mal eine Kalkulationsbasis haben, auf der man auch vernünftig an die Kassen ranreten kann.“ [Interview 17; Position: 68-68]

Auf der anderen Seite können Dienste, wenn sie keinen ausreichenden Stundenumsatz erhalten, im Rahmen einer Zeitvergütung nicht kostendeckend arbeiten und haben keinen Puffer, wie bei den Leistungskomplexen. Dadurch, dass der Puffer wegfällt, wird auch die individuelle Vergütungsverhandlung bei Zeitabrechnung noch entscheidender als bei Leistungskomplexen. Gleiches gilt für die Wegepauschale, da dort ebenfalls der Gestaltungsspielraum entfällt. Eine vergleichbare finanzielle Schwierigkeit entsteht, wenn ein Dienst sich bei der Berechnung des benötigten Stundensatzes verkalkuliert. Dann besteht keine Option, betriebswirtschaftlich oder finanziell einen Ausgleich zu schaffen. Eine Problematik hinsichtlich der Kostendeckung ist zudem, dass der Stundensatz auf einer Mischkalkulation verschiedener beruflicher Qualifikationen basiert.

Es wird auch angebracht, dass aufgrund eines fehlenden Spielraums, Ausfälle von Einsätzen vergütet werden müssten. Ebenso fällt für die Pflegedienste Einkommen weg, wenn die Versorgung eines Kunden / einer Kundin kürzer dauert, als geplant. In diesem Fall müssen die Dienste selbst gegensteuern und ggf. eine neue Zeit vereinbaren.

„Man muss natürlich gegensteuern, wenn man merkt, es sind irgendwie 50 Minuten gebucht und der Mitarbeiter wird nach 20 Minuten rausgeschickt und das passiert dreimal hintereinander, dann muss man mit dem Patienten reden, ob generell 20 Minuten reichen.“ [Interview 19; Position: 83-83]

Eine ähnliche Situation entsteht auch, wenn 30 Minuten eingekauft wurden und die Pflegekraft nach dieser Zeit noch nicht fertig ist. Die Kunden müssten in diesem Fall flexibel sein und einer längeren Betreuung zustimmen. Andernfalls macht der Pflegedienst Verlust, insofern er den Patienten / die Patientin nicht „unfertig“ sitzen lassen will.

Wahlfreiheit

Manche Träger haben sowohl Pflegedienste, die Zeitvergütung anwenden, als auch Pflegedienste, die nach Leistungskomplexen arbeiten und berichten, dass sich im Hinblick auf die wirtschaftliche Aufstellung keine Unterschiede zeigen. Ebenso wurde verdeutlicht, dass sich

auch die einzelnen Vor- und Nachteile beider Vergütungsvarianten je nach Dienst unterschiedlich darstellen können. Einige Expert*innen sind daher der Auffassung, dass die beste Option eine Wahlfreiheit zwischen beiden Systemen darstellt.

„Also beispielsweise bei psychisch Kranken oder Dementen ist ein Leistungskomplex Schwachsinn. Da ist die Zeitabrechnung das Richtige. Aber für bestimmte Leistungsarten wie Betreuung oder Hauswirtschaft ist die Zeitabrechnung die einzige richtige Variante, da brauchen wir nicht drüber diskutieren. Aber bei der Körperpflege ist es manchmal einfacher, ich habe einen festen Preis und es kann mir keiner reinreden, wie lange ich da wirklich brauche. Dann kann ich auch wirklich mit meiner Fachlichkeit sagen, ich brauche jetzt 25 Minuten und habe hinterher nicht den Ärger dazu. (...) Aber deshalb wäre für mich die bessere Variante, wir bieten beides parallel an. Ich habe einmal ein Festpreissystem und ich habe einmal eine Zeitabrechnung.“ [Interview 1; Position: 47-47]

Die Befürchtung, dass es bei gleichzeitigem Bestehen zu einer „Rosinenpickerei“ in der Form kommt, dass die unaufwändigen Patient*innen die Zeitabrechnung wählen und die aufwändigeren, die Leistungskomplexe, lässt sich in der Praxis nach Aussage eines Experten bislang nicht beobachten.

Ökonomisierung der Pflege / Unterfinanzierung

Seit der Einführung der Pflegeversicherung hat eine massive Ökonomisierung der Pflege stattgefunden. Diese hat sich aus Sicht einiger Expert*innen unabhängig vom Vergütungssystem entwickelt und es wird beschrieben, dass sowohl bei Leistungskomplexen als auch bei der Vergütung nach Zeit die zentrale Frage stets die nach den Kosten sei. Die Entwicklungen der Pflegevergütungen sind weit hinter der Entwicklung der pflegerelevanten Kosten zurückgeblieben. Im ambulanten Bereich hat das zu einer massiven Arbeitsverdichtung geführt. Aufgrund der knappen Vergütung wurden die Einsatzzeiten bei den Pflegebedürftigen zunehmend gekürzt, um finanziell auskömmlich zu sein. Die Unterfinanzierung der Leistungen schränkt auch den Handlungsspielraum der Leistungserbringung stark ein. Die Finanzierung reicht oft nicht für Gewinne, sondern es werden teilweise Verluste gemacht. Insbesondere auch bei den Hauswirtschafts- und Betreuungsleistungen werden sehr geringe Stundensätze angesetzt. Eine Problematik wird in der restriktiven Bewertung der einzelnen Leistungskomplexe (Punktzahlen) und der Nicht-Berücksichtigung einer Wegepauschale sowie der nicht ausreichenden Berücksichtigung bestimmter Leistungen wie dem Erstellen und Evaluieren von Pflegeplanungen, Dokumentationszeiten, Zeiten zur Fahrt an die Tankstelle, Autopflege, etc. gesehen. Eine entsprechende Anpassung der Punktzahlen wurde im Laufe der Jahre trotz steigenden Anforderungen nicht oder kaum durchgeführt.

„Der Wettbewerb in der Pflege ist ein Wettbewerb um den Preis und nicht um die Qualität, der faktisch auf dem Rücken der Pflegefachkräfte durch Lohndumping, extreme Arbeitsverdichtung und geteilte Dienste ausgetragen wird.“ [Interview 27; Position: 40-42]

Der Preiswettbewerb und die Unterfinanzierung führten neben der Arbeitsverdichtung auch zu einem massiven Druck auf die Löhne. Einige Pflegekräfte sind in der Gehaltsklasse so niedrig eingestuft, dass sie „ein echtes Geldproblem“ haben. Auch im Vergleich zu manchen anderen Branchen sei es erschreckend, wie im Pflegebereich gespart wird. Es zeigen sich zwar in einigen Aspekten Besserungen, beispielsweise dahingehend, dass Tariflöhne über die Kostenträger refinanziert sind (Anerkennung der Gehälter bis zur tariflichen Höhe), aber nichts desto trotz, habe die Kostendeckelung nach Aussage eines Experten *„uns ja zum Teil auch dahin gebracht, wo wir jetzt sind“* [Interview 18; Position: 72-72].

Vergütungsverhandlungen

Es bestehen große Unterschiede in den Vergütungen zwischen den Bundesländern und auch zwischen einzelnen Pflegediensten, die teilweise einfach nur *„Willkür und Unsinn“* [Interview 4; Position: 85-85] sind. Der Punktwert für die einzelnen Leistungen unterscheidet sich von Bundesland zu Bundesland und auch Pflegedienste haben einen pflegedienstindividuellen Punktwert. Historisch gesehen wird von einem Experten vermutet, dass zu der Zeit, als der Kampf noch um die Patienten stattfand, viele Einrichtungen gedacht hätten, es wäre strategisch ein Vorteil, einen niedrigen Preis zu haben.

Viele Dienste trauen sich nicht, Einzelverhandlungen zu führen. Dies wird aber, wenn möglich, allen Diensten empfohlen. Oft können Pflegedienste in den Vergütungsverhandlungen genau aufschlüsseln, welche Stundensätze sie für eine Refinanzierung benötigen, bekommen diese aber nicht durchgesetzt.

„Ich sehe, dass das von den Kosten her ein Problem ist, ich verstehe nur nicht, dass bei (...) 42, 43, 44 Euro möglich sind und bei uns nicht. Das will in meinen Kopf nicht rein und das geht auch teilweise unter die Gürtellinie.“ [Interview 23; Position: 81-81]

Es wird dennoch für wichtig erachtet, dass die Dienste bei den Verhandlungen für ihre Forderungen einstehen, denn:

„[...] gemäß § 84 SGB XI und § 89 SGB XI müssen Pflegesätze leistungsgerecht sein und der Pflegeeinrichtung bzw. dem Dienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, den Versorgungsauftrag zu erfüllen. Leistungsgerecht bedeutet, dass die Vergütung sowohl der Leistungsmenge als auch deren Qualität gerecht wird. Infolge der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vom 14.12.2000 verstetigte sich die negative Entwicklung einer ausschließlich preis- und marktorientierten Kostenträgerverhandlung, die sowohl Qualitätsentwicklungen als auch tatsächlich notwendige Bezahlungen von qualifizierten MitarbeiterInnen zunehmend ausblendete.“ [Interview 27; Position: 40-42]

Positiv im Hinblick auf die Verhandlungsmacht können sich die Größe des Dienstes und ein Tarifvertrag auswirken. Ein wichtiger Schritt für die Verhandlungen war in diesem Zusammenhang die Anerkennung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglicher Vergütungen. Als großes Problem in Bezug auf die Vergütungsverhandlungen wurde beschrieben, dass sonstige Leistungen, die viel Zeit benötigen, nicht geltend gemacht werden können.

„Andererseits haben wir die Problematik, wir stecken da relativ viel Zeit rein in diesen Bereich, der aber bei einer Nettoarbeitszeitberechnung nicht mit berücksichtigt wird und auch in Vergütungsverhandlungen nicht geltend gemacht werden kann. Und zwar gilt in den Vergütungsverhandlungen einmal, das ist auch immer wieder Ergebnis der Schlichtung, wenn wir welche haben, dass so 1600 Stunden als betriebswirtschaftliche Grundlage als Nettoarbeitszeit geltend gemacht werden können. Im ambulanten Bereich habe ich das Problem, ich kann meine Besprechungszeiten, meine Qualitätsentwicklung, Qualitätssicherung genauso wie gewisse Übergabezeiten oder Fallbesprechungen, die wirklich der Qualität dienen und in vielen Bereichen das Leben leichter macht, die treten in direkte Konkurrenz mit Leistungsansatzzeiten. Also ich bekomme wirklich nur das im Grunde refinanziert, also ein Mitarbeiter ist nur lohnenswert, wenn er vor Ort Pflege betreibt, dass ich auch einen Leistungsnachweis mache, auch einsetzen kann. Und dadurch verkürzt sich im Prinzip die einsetzbare Zeit immer weiter.“ [Interview 25; Position: 33-33]

Vergütung der Wegezeiten

Wenn die ambulanten Pflegedienste für die Wegezeiten eine Pauschale erhalten, die nicht kostendeckend ist, müssen die Wegekosten aus den Leistungsentgelten mitfinanziert werden. Ebenso problematisch ist die Bewertung der Wegezeiten in ländlichen und städtischen Regionen. So wird ein kürzlich festgelegter Zuschlag für Wegezeiten in ländlichen Regionen mit gemischten Gefühlen gesehen. Einerseits wird eine solche Vereinbarung für richtig erachtet, auf der anderen Seite wird argumentiert, dass es auch im städtischen Bereich entsprechender Vereinbarungen bedarf, da dort die Fahrtzeit trotz kürzerer Strecken bedingt durch Baustellen, die Parkplatzsituation und Staus sogar länger sein kann. Die Autos erzeugen vermutlich auch mehr Kosten, weil sie beispielsweise mehr abgebremst werden. Zudem werden Kunden, die weit abgelegen wohnen, häufig gar nicht mehr oder nur von wenigen Diensten angefahren, wodurch sich auch die Fahrtzeiten in ländlichen Regionen reduzieren.

Durch die Marktorientierung werden insgesamt größere Strecken gefahren als früher und die Mobilitätskosten machen einen entscheidenden Anteil der Kosten aus. Dazu kommt, dass die Versicherung der Autos sehr teuer ist. Einige Dienste verfolgen die Strategie, möglichst viele Standorte zu haben, damit die Wege nicht so weit sind.

Sicherstellung der Versorgung

Teilweise kann durch Vergütungsregelungen und falsche Anreizsetzung auch die Sicherstellung der Versorgung gefährdet werden. So wurde auf die Festsetzung eines Einheitspreises für HKP-Leistungen in einem Bundesland und die damit zusammenhängende Problematik hingewiesen. Dadurch, dass die Nachfrage mittlerweile das Angebot deutlich übersteigt, führt eine solche Regelung zu einer Positivselektion von verhältnismäßig wenig aufwändigen Leistungen wie der Medikamentengabe. Aufwändige Wundversorgungen werden hingegen kaum noch angenommen.

„Weil einfach, es ist Portversorgung, es ist Wundversorgung, es gibt einfach Leistungen, wo man nachvollziehen kann, dass es sich für den Pflegedienst nicht rechnet. Das dürfte er

natürlich nicht sagen, es ist ja eine Mischkalkulation, aber wenn er 5 Anfragen hat, kann er sich halt aussuchen, welche er davon nimmt. Aber das sind eben alles die Punkte, warum ich glaube, dass wir vor so einem Versorgungskollaps stehen.“ [Interview 15; Position: 75-75]

Das Problem stellt sich auch in anderen Teilen Deutschlands und es wird kritisiert, dass einige Leistungen wie eine aufwändige Wundversorgung grundsätzlich nicht durch den Preis refinanziert sind.

Zudem gibt es Beobachtungen, dass Menschen mit sehr geringen Pflegegraden im Heim versorgt werden, die gut ambulant betreut werden könnten. Gründe dafür sind einerseits, dass es zunehmend schwieriger wird, Dienste zu finden, die noch Kapazitäten haben und andererseits, dass aufgrund einer starken Unterfinanzierung teilweise nicht die passenden Leistungen angeboten werden können. Eine große Kritik ist in diesem Zusammenhang auch, dass nicht reichsübergreifend und nachhaltig gedacht wird.

„Man kann auch sagen, in Deutschland ist uns die Pflege nichts wert oder soll so günstig wie möglich sein. Mit den entsprechenden Folgen, dass halt in anderen Bereichen dann die Kosten auftauchen. Wir gucken ja nicht volkswirtschaftlich auf Pflege.“ [Interview 24; Position: 92-92]

Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ist mit einer Ausweitung der anspruchsberechtigten Menschen und einem größeren Leistungsangebot einhergegangen. Insbesondere die niedrigschwelligen Leistungen wie Betreuung und Hauswirtschaft werden stark nachgefragt. Häufig steht der Nachfrage aber kein entsprechendes Angebot gegenüber, sodass Leistungen verfallen. Als Gründe werden fehlende professionelle Kapazitäten sowie eine nicht auskömmliche Finanzierung dieser Dienste genannt.

An der praktischen Tätigkeit bzw. der Einstellung der Pflegekräfte habe der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff in den meisten Fällen kaum Veränderungen bewirkt. Einige hätten jedoch auch vorher schon nach den Prinzipien gearbeitet und tun das weiterhin. Es wird aber auch von Diensten berichtet, die im Zuge des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs angefangen haben, mehr Beratung zu machen. Dabei werden Probleme aufgedeckt, die ohne diese Beratung nicht wahrgenommen worden wären. Zudem hat es auch zu einem anderen Verhältnis zu den Pflegebedürftigen und deren Angehörigen beigetragen und den Pflegekräften wurde mehr Wertschätzung entgegengebracht. Der Beziehungsanteil an der Pflege ist demnach ein sehr zentraler Bestandteil von Pflege.

Auch von anderen Expert*innen wurde angesprochen, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff mehr erfordert, als die Erbringung von Grund- und Behandlungspflege. Als Beispiel werden präventive Hausbesuche benannt, die helfen können, Bedarfe der Pflegekunden abzumildern oder gar nicht erst entstehen zu lassen.

„Und der neue Pflegedürftigkeitsbegriff oder eine Anwendung des Strukturmodells beispielsweise, erfordert einen ganz anderen Zugang zu meinem Fallverstehen, zu wie gehe ich mit dem Pflegeprozess um. Viele können das im Moment nicht. Wir erleben jetzt erst irgendwie nach einer Zeit, wo wir das umgesetzt haben und seit zwei Jahren machen, dass wir da positive und vorteilhafte Effekte haben, wo wir auch das Leben wirklich einfacher machen können.“ [Interview 25; Position: 35-35]

Pflegefachlichkeit(Qualität)

Die Qualität der Leistungserbringung wird oft durch das verfügbare Leistungsentgelt begrenzt. So wird durch den Punktwert bzw. Preis beispielsweise vorgegeben, wie teuer und damit auch qualifiziert das zuständige Personal sein kann. Faktisch geht es in Deutschland oft nicht um Qualität, sondern um Geld.

In dem Zusammenhang wird zudem angemerkt, dass das eigene pflegfachliche Mitdenken der Pflegefachkräfte und entsprechende Gestaltungsspielräume vom System nicht unterstützt bzw. sogar verhindert werden. Zudem wird die Haltung zum Beruf dadurch verstellt, dass *„immer nur die Frage nach der Refinanzierbarkeit gestellt wird“* [Interview 2; Position: 125-125]. Trotzdem gebe es aber auch Dienste, die es in dem aktuellen System schaffen, Menschen wieder zu mobilisieren, zur Selbstständigkeit zu begleiten und in dem vorgegebenen Rahmen auf die Bedürfnisse einzugehen. Das ist aber nicht bei allen Patienten möglich, sondern die Dienste müssen gezielt abwägen, bei welchen Kunden sie ihre erwirtschafteten Zeitressourcen einsetzen.

„Genau, und um das zuende zu führen, es geht natürlich vor diesem Hintergrund nicht um Pflegequalität, sondern um das, was in der Verrichtung beschrieben wird, zu erbringen. Das soll aber nicht heißen, dass die Pflege nicht gut ist. Weil ich kenne eine Reihe an Pflegediensten, die es trotzdem in dem System schafft, gute Pflege zu leisten und für Pflegekräfte gute Arbeitsbedingungen zu schaffen.“ [Interview 24; Position: 57-57]

Eine Problematik in Bezug auf die Qualität und Pflegfachlichkeit ist auch, dass eine hochwertige Pflege viel Personalentwicklung notwendig macht, die aktuell nicht refinanziert wird. Zudem ist es schwierig, wenn jeder Leistungsbereich am Kunden von anderen Personen erbracht wird.

Buurtzoorg-Ansatz

Bei der Diskussion um die Organisation und Rahmenbedingungen der Pflege wurde in einigen Interviews auch das in den Niederlanden verbreitete System „Buurtzorg“ thematisiert, bei dem die Mitarbeitenden die Versorgung in kleinen Teams autonom regeln und das oft als Positivbeispiel für eine gelungene ambulante Versorgung angebracht wird.

Es wurde von den Expert*innen auf einige Grundsätze aufmerksam gemacht, die eine Übertragbarkeit auf das deutsche System erschweren und auch die Vergleichbarkeit einschränken.

So gibt es in den Niederlanden kein Pflegegeld und die zuständige Pflegekraft legt alle notwendigen Leistungen fest und trägt die Verantwortung für die Organisation des Pflegeprozesses. In Deutschland geben hingegen der Pflegebedürftige bzw. die Angehörigen vor, welche Leistungen erbracht werden sollen und der Pflegedienst kann nur das machen, wofür er beauftragt wird. Darüber hinaus unterscheidet sich auch die Ausgangsqualifikation der Mitarbeitenden. In den Niederlanden haben über die Hälfte der Pflegekräfte einen Bachelorabschluss.

Dennoch gibt es auch in Deutschland bereits Pflegedienste, die nach ähnlichen Grundprinzipien oder bereits als tatsächliches Buurtzorg-Team arbeiten und Pflegebedürftige entsprechend versorgen. Vor diesem Hintergrund wird es als wichtig angesehen, Rahmenbedingungen zu schaffen, die es allen Pflegediensten ermöglichen, nach diesen Prinzipien zu arbeiten.

Bürokratie/Dokumentation

Als häufiger Kritikpunkt in Bezug auf die Rahmenbedingungen der ambulanten Pflege wurde der „Bürokratiewahnsinn“ im System, der viele Kosten zur Folge hat und zusätzliche Personalkapazitäten erfordert, genannt. Versuche einer Entbürokratisierung seien bislang erfolglos gewesen und über eine „echte Entbürokratisierung“ [Interview 17; Position: 89-89] mache sich niemand Gedanken. Die Menge der angeforderten Daten steige eher.

„Und bei allen Lippenbekenntnissen darüber, dass man entbürokratisiert, sind ganz viele Lösungen eher mehr ist mehr. Also noch einmal etwas dokumentieren, was eigentlich nicht zu dokumentieren ist. Nochmal Qualitätssicherung betreiben, die nochmal weitere Ressourcen verbraucht, die nicht refinanziert ist.“ [Interview 25; Position: 33-33]

Häufig würden Daten sowohl digital als auch in Papierform angefordert. Dies entspricht nicht den heutigen Möglichkeiten und bedeutet einen deutlichen zeitlichen Mehraufwand für die Pflegedienste. Auch die Verhältnismäßigkeit von Aufwand und Ertrag der MDK Prüfungen wird in diesem Zusammenhang hinterfragt. Zudem sei das Dokumentationssystem kompliziert und fehleranfällig. Das schürt Fehler bei der Abrechnung und Probleme mit den Kassen. Nicht zuletzt wird beschrieben, dass die Pflege durch die Abrechnung und damit verbundene Dokumentationspflichten bestimmt und eingeschränkt wird.

„Problem ist, früher konnte man tatsächlich an dem Bedarf sagen, jetzt bin ich da, jetzt mache ich das, was du brauchst und nicht, ich muss mit oder ohne Zähne, weil das hast du gebucht oder nicht gebucht, das ist ein Problem. Sodass ich wirklich die Menschen in ihrer Ganzheitlichkeit wirklich bedienen kann ohne mir darüber Gedanken zu machen, habe ich das jetzt akkurat im Maßnahmenplan oder ist das eine abrechnungstechnische Möglichkeit, nach den Kompressionsstrümpfen ziehe ich ihm gleich noch die Socken drüber, nein, weil das wäre ja An- und Auskleiden, anderes System, anderer Pflegegrad.“ [Interview 16; Position: 73-73]

3.2.10 Sichtweisen zur Zukunft der ambulanten Pflege und Personalfragen

In Bezug auf die Zukunft nahmen die Expert*innen Stellung zu unterschiedlichen Aspekten der Zukunft der ambulanten Pflege und der Personalsituation in ambulanten Pflegediensten. Im

Zentrum standen dabei Maßnahmen zur Schaffung von Rahmenbedingungen, die die ambulante Pflege als Berufsfeld attraktiver machen und dazu beitragen, dass das vorhandene Personal im Beruf gehalten werden kann. Darüber hinaus wurde eine Verbesserung der Rahmenbedingungen für sinnvoll erachtet, um Menschen für die Pflege zurückzugewinnen, die aus unterschiedlichen Gründen den Pflegeberuf verlassen haben. Nicht zuletzt wurde darauf hingewiesen, dass Maßnahmen erforderlich sind, um durch eine Steigerung der Attraktivität dazu beizutragen, Auszubildende nach ihrem Examen für eine weitere Tätigkeit in der Pflege zu gewinnen und junge Menschen für eine pflegerische Ausbildung zu gewinnen.

Umstrukturierung des Finanzierungssystems

Aufgrund des vorrangigen Einflusses der Refinanzierungsbedingungen auf Fragen der Personalbemessung bzw. Personalbedarfsplanung in der ambulanten Pflege weisen einige Expert*innen darauf hin, dass Pflegedienste wegen der zu niedrigen Vergütungen für die Leistungen aus betriebswirtschaftlicher Sicht überlegen müssen, ob eine Versorgung erbracht werden kann. Auf der anderen Seite führt diese Situation dazu, dass die pflegebedürftigen Menschen sich oftmals nur die Leistungen einkaufen können, die zwingend erforderlich sind und weitere pflegerische Tätigkeiten durch informelle Helfer*innen (z.B. Familienangehörige, Nachbarn*innen) übernommen werden (müssen). Hier liegt die Problematik hauptsächlich im Teilleistungssystem der Pflegeversicherung, sodass die Expert*innen eine Umstrukturierung des Finanzierungssystems anregen. Das Ziel einer solchen Umstrukturierung sollte darin bestehen, eine vollständige Refinanzierung der Entstehungskosten der Leistungserbringung zu erreichen. Einer der Vorschläge geht in die Richtung des derzeit diskutierten „Sockel-Spitzen-Tausches“ in der Finanzierung, nach dem der pflegebedürftige Mensch einen maximalen Festbetrag zahlen müsste und die weiteren Kosten dann durch die Pflegeversicherung finanziert werden.

Auf der Ebene des Leistungsrechts wird angeregt, ein System der selbstbegründeten Zeitvergütung ohne Leistungskomplexe zu entwickeln. Dieses könne auf gutachtenähnlichen Fallkonstellationen basieren, in deren Rahmen der Pflegebedarf begründet erhoben und als Zeitwert komplett ausgefüllt wird. Dabei wäre es die fachliche Aufgabe der Pflege als Profession, ihre Leistungen und den Bedarf entsprechend zu begründen. Aus dieser Perspektive ergibt sich die ergänzende Forderung, die pflegerische Profession stärker in die Reformprozesse einzubeziehen.

Abseits dieser Vorschläge einer möglichen Umstrukturierung des Finanzierungssystems sollte auch der Inhalt der Leistungen verändert werden. Diesbezüglich sei es notwendig, dass die *„Grundlage der Leistungserbringung [...] inhaltlich um den Pflegebedürftigkeitsbegriff definiert/beschrieben werden und wirtschaftlich auskömmlich bewertet/finanziert“* [Interview 27; Position: 89-89]. Im gleichen Zusammenhang wird jedoch auch davor gewarnt, die Anzahl und

das Ausmaß weiterer möglicher Leistungen weiter zu erhöhen, weil dadurch Erwartungen geweckt werden könnten, für deren Erfüllung die ambulanten Pflegedienste nicht über die notwendigen Kapazitäten verfügen.

Als wichtig wird erachtet, bei der Veränderung der Rahmenbedingungen nicht mehr weiter in den einzelnen Sektoren der gesundheitlichen Versorgung zu denken, sondern Zusammenhänge in den Blick zu nehmen. So schaffen die Veränderungen im stationären Bereich eine Verschiebung der Probleme in die anderen Sektoren. Der Mangel an Pflegenden auf dem Arbeitsmarkt sowie die Verbesserungen der Rahmenbedingungen im stationären Bereich führen also nur zu einer Verschiebung der Personalkapazität aus dem ambulanten in den stationären Bereich. Auch hinsichtlich der Durchlässigkeit des Gesundheitssystems aus Sicht der pflegebedürftigen Menschen ist es notwendig, alle Bereiche gleichermaßen zu betrachten. Expert*innen beobachten hier oft einen Bruch in der Versorgung, wenn der pflegebedürftige Mensch aus dem Krankenhaus entlassen wird und anschließend im Rahmen von Kurzzeitpflege oder der ambulanten Pflege versorgt werden soll.

Abseits dieser Vorschläge zur Umstrukturierung des Finanzierungssystems fordern die Expert*innen den Einbezug von Vertreter*innen aus der Profession der Pflege bei der Entwicklung politischer Rahmenbedingungen.

„Das große Problem habe ich einfach, dass diejenigen, die am Tisch sitzen und die Leistungskataloge verhandeln dahinter in der Regel diese Komplexität und auch die Professionalität nicht anerkennen und das ständig versuchen in betriebswirtschaftliche Kennzahlen übersetzen zu wollen. Und das gelingt einfach nicht.“ [Interview 25; Position: 70-70]

Leistungsgerechte Vergütung der Mitarbeiter*innen

Eng verbunden mit der Umstrukturierung des Finanzierungssystems besteht eine weitere Forderung darin, Rahmenbedingungen zu schaffen, durch die Pflegedienste ihre Mitarbeiter*innen leistungsgerecht entlohnen können. Beispielhaft wird die Vergütung des Personals nach einem Tarifvertrag genannt, die häufig im Krankensektor, jedoch nur selten im ambulanten Bereich refinanziert werden kann. Daraus resultiert ein Sogeffekt des potentiellen Personals aus dem ambulanten in den stationären Bereich. Uneinigkeit besteht unter den Expert*innen darin, ob es einen Branchentarifvertrag für die Pflege geben soll, der vergleichbare Löhne für die Pflege festschreiben und als Grundlage für Verhandlungen genutzt werden kann. Zwar gab es eine verbreitete Zustimmung zu diesem Ansatz, es wurde jedoch auch explizit dagegen argumentiert, da die Trägerstrukturen bundesweit, aber auch auf Länderebene sehr heterogen sind und Spielraum für individuelle Verhandlungen bestehen bleiben soll. Ein Experte spricht sich eher gegen mögliche Branchentarifverträge und für die Implementierung der Anerkennung tariflicher Entlohnungen in den Sozialgesetzbüchern durch den Gesetzgeber aus.

*„Entscheidend bei der erfolgreichen Umsetzung zur Verbesserung der Entlohnungsbedingungen ist die verpflichtende Refinanzierung dieser Kosten durch den jeweiligen Kostenträger.“
[Interview 27; Position: 24-24]*

Ein weiterer Experte beschreibt in diesem Zusammenhang, dass häufig der Geschäftserfolg und auch der Wettbewerb des Pflegedienstes über die Gehälter der Mitarbeitenden gesteuert werden. Daher fordert er, dass das Erzielen von finanziellen Gewinnen nicht über die Senkung von Gehältern, sondern über die Steigerung der Leistungskosten erzeugt werden sollte.

*„So, die sollen von mir aus 20% Gewinn machen, das ist nicht mein Thema, nur dann sollen die sich die Kundschaft besorgen, die eben bereit sind 20% Gewinnaufschlag zu zahlen. Und nicht Personal ausbeuten oder Pflegehaushalte ausbeuten oder ausquetschen durch eben Zeitvorgaben oder der Gleichen, nur damit sie dann da entsprechend Gewinne abschöpfen können.“
[Interview 28; Position: 119-119]*

Einigkeit besteht darin, dass die Attraktivität des Berufsfeldes nicht nur von der Höhe der Vergütung abhängig ist. Genannte weitere Aspekte werden im Folgenden dargestellt.

Mehr Eigenverantwortung für Pflegende

Damit die Attraktivität wieder steigt, wird es als notwendig erachtet, dass Pflegedienste den Mitarbeiter*innen mehr Eigenverantwortung und Freiheit geben, sodass die Tätigkeit durch ein höheres Maß an Selbststeuerung geprägt ist.

„Und da ist, würde ich sagen, was die höchste Arbeitsbelastung ausmacht ist, dass wir eigentlich nicht wirklich unsere Arbeit machen können in der Pflege. Also wir kriegen engmaschige Vorgaben, die eben auch mit durch unser leistungsrechtliches System bedingt sind und arbeiten irgendetwas ab, anstatt selber wirklich, wie wir das eigentlich wollen, Bedarf zu erheben und auf der Grundlage frei zu entscheiden und zu agieren. Und das ist sicherlich auch die Kunst, die vielleicht einige Pflegedienste auch besser können als andere, dass sie irgendwie einen Weg finden, ihren Mitarbeitern mehr Eigenverantwortlichkeit und Freiheit zu geben, dann können sie auch anders agieren.“ [Interview 15; Position: 79-81]

Durch eine Zunahme der Eigenverantwortung werden Pflegende in ihrem Handeln selbstbewusster und in die Lage versetzt, Leistungen zu hinterfragen. Ein Beispiel besteht in der Gesundheitsförderung der pflegebedürftigen Menschen: Während ein pflegebedürftiger Mensch über Jahre hinweg täglich Insulingabe erhält, wird eine mögliche Verhaltensänderung des Betroffenen durch Beratung und Schulung Pflegender nicht angestrebt. Damit verbunden ist die Forderung, dass Pflegende nicht nur einer fremdbestimmten Tätigkeitsverrichtung dienen, sondern im Gesundheitssystem als Ressource wahrgenommen werden, die durch Beratung und Schulung die Gesundheit der Betroffenen fokussieren und Folgekosten reduzieren kann. Ein solches Verständnis sei in anderen Ländern bereits stärker verbreitet.

Der Mangel an Eigenverantwortung spiegelt sich im bestehenden Leistungssystem wider, sodass Pflegende die Verordnung eines pflegerischen Hilfsmittels beim Arzt anfordern und verordnen lassen müssen. Diese Einschränkung in der Entscheidung über pflegerisch relevante Maßnahmen habe auch Auswirkungen auf die Profession der Pflege.

„Warum muss ich als Krankenschwester zum Arzt gehen und sagen, der braucht ein Pflegebett? Der Arzt hat keine Ahnung. Ich brauche einen Toilettensstuhl. Warum gehe ich damit zum Arzt? Der Arzt hat keine Ahnung. Der nickt das entweder ab oder ist zickig und macht das eben nicht, weil er das nicht versteht, aber wir werden damit in unserer Profession ja beeinflusst.“ [Interview 14; Position: 87-87]

Die Eigenverantwortung der Pflegenden kann auch durch eine betriebliche Mitbestimmung gestärkt werden. Hierbei könnte die Einführung von Betriebsräten mit pflegerischen Vertreter*innen dazu dienen, dass die Etablierung kollektiver Regelungen in Bezug auf Arbeitsbedingungen unterstützt wird.

Mehr Wertschätzung für die ambulante Pflege

Auf Seiten der Expert*innen besteht der Wunsch nach mehr Wertschätzung der pflegerischen Arbeit durch alle beteiligten Akteure. Auch wenn die Mitarbeiter*innen von den pflegebedürftigen Menschen wertgeschätzt werden, steht bei der Versorgung dauerhaft der Preis für die Leistungen im Vordergrund. Die Frage, wie viel die Mitarbeiter*innen kosten, ist von vorrangiger Bedeutung, da dadurch entschieden wird, wie viele Leistungen durch die Mitarbeiter*innen sich die pflegebedürftigen Menschen leisten können.

Die Forderung nach der Etablierung einer Wertschätzungskultur richtet sich jedoch nicht nur an die Kund*innen, sondern auch an alle weiteren beteiligten Akteure. Hierbei sei bisher zu beobachten, dass Pflegekund*innen, die Kassen, die Politik, aber auch die Bürger*innen im Allgemeinen die Pflege als ein Ehrenamt und nicht als einen Beruf wahrnehmen. Daher besteht die Forderung, dass in die ambulante Pflege *„ein bisschen mehr Dienstleistungsqualität reinkäme und nicht diese Helfermentalität doch wieder gefunden wird“* [Interview 26; Position: 128-128].

Umstrukturierung der pflegerischen Aus-, Fort- und Weiterbildung

Hinsichtlich der Personalbedarfsplanung nimmt auch die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Pflegenden eine besondere Bedeutung ein. Grundsätzlich ist es notwendig, klare qualifikationsbezogene Grundlagen / Vorgaben für den Pflegeprozess bundesweit zu etablieren. Die bisher bestehenden Vorgaben und Richtlinien hinsichtlich der Qualifikationsanforderungen sind zwischen und innerhalb der Bundesländer in großer Vielzahl vorhanden und weisen unterschiedliche Inhalte auf. Daher sei es notwendig, einheitliche Vorgaben hinsichtlich der Qualifikationsanforderung für das pflegerische Handeln bundeseinheitlich zu etablieren.

„Dennoch könnte ich mir vorstellen, dass wir da noch ein paar Schritte weitergehen können, also noch klarer sagen müssen: Für Pflege ist das, das und das nötig und mit der und der Grundqualifikation und nicht irgendwie mit Hilfskräften oder irgendwelchen Menschen, die da von der Straße kommen.“ [Interview 28; Position: 117-117]

Darüber hinaus besteht grundsätzlich die Sorge, dass die Altenpflege und auch die ambulante Pflege unter anderem durch die bevorstehende Generalisierung der pflegerischen Ausbildung weiter an Fachkräften verliert, die dann durch pflegerische Assistenzkräfte ersetzt werden.

„Ich hab ein bisschen Sorge, dass der gesamte Altenpflegebereich eher Richtung Assistenz umschwenkt und das ein wenig, also, dass der Mittelbau, also der Fachkräftemittelbau in der Altenpflege eher ein Problem werden wird.“ [Interview 3; Position: 105-107]

Unter anderem aufgrund dieser Besorgnis wird es als notwendig erachtet, ein bundeseinheitliches Qualifikationssystem zu schaffen, das eine Durchlässigkeit des Bildungssystems von der pflegerischen Assistenz hin zur Fachkraft und Akademisierung ermöglicht. Die Betrachtung und Förderung der individuellen Entwicklungsmöglichkeiten kann eine Ressource für die Personalsituation in der Pflege darstellen. Daraus kann abgeleitet werden, dass die Voraussetzung der Generalistik darin besteht, alle Bereiche gleichrangig zu betrachten.

Drüber hinaus sei es nach Angaben eines / einer Expert*in notwendig, eine differenzierte Auswahl der Menschen zu treffen, die eine pflegerische Ausbildung beginnen möchten.

„Und die Ausbildung und dass nicht jeder sozusagen reingesteckt wird, der zwei Beine und einen Kopf und zwei Arme hat.“ [Interview 26; Position: 138-138]

Neben den genannten Aspekten führt auch die Qualitätssteigerung der Aus-, Fort- und Weiterbildungen dazu, dass Pflegende besser auf die Aufgaben in der ambulanten Pflege vorbereitet sind. Denn die Tätigkeit im ambulanten Setting erfordert eine hohe Verantwortung, da Entscheidungen oft eigenständig getroffen werden müssen. Zur Weiterentwicklung der Aus-, Fort- und Weiterbildung zählt auch die Kompetenzerweiterung, die benötigt wird, um mit dem oben geforderten höheren Maß an Eigenverantwortung und nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff pflegen zu können.

Darüber hinaus führt die fehlende Möglichkeit, die Pflege nach der in Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen erlernten Art und Weise durchzuführen, zu Frust und reduziert die Attraktivität der (ambulanten) Pflege. In diesem Zusammenhang spielt auch das Ziel einer ausgeglichenen Work-Life-Balance eine Rolle. Aus Sicht der Expert*innen ist die vor allem von jungen Menschen aktiv angestrebte Work-Life-Balance nicht nur abhängig von der Arbeitszeit der Mitarbeitenden. Vielmehr sei hier die Frage von hoher Bedeutung, ob die Arbeit auch mit dem Lebenskonzept und dem Selbstkonzept der Mitarbeiter*innen übereinstimmt. Sollte das der Fall sein, wird die Arbeit weniger als Belastung empfunden, sodass auch die Work-Life-Balance mit beeinflusst wird.

Als weiterer Aspekt gewinnt die Qualifizierung des Führungspersonals an Bedeutung. Die Anforderungen liegen nicht nur auf betriebswirtschaftlicher Ebene, sondern auch im Bereich der Personalführung. Daraus ergeben sich besonders im ambulanten Bereich hohe Managemen-

tanforderungen an die Führungsperson. Die Anpassung der Strukturen des eigenen Pflegedienstes an Modernisierungen in Bereichen wie Social Media, Digitalisierung, Elektromobilität usw. stellt eine weitere Herausforderung dar. Häufig verfügen die Leitungspersonen nicht über eine betriebswirtschaftliche Ausbildung, sondern stammen aus dem pflegerischen Bereich. Dadurch werden die Fähigkeiten häufig durch das unmittelbare Anwenden erlernt, im Sinne von Learning by Doing. Aufgrund dessen sei es notwendig, die Führungspersonen für die Anforderungen an ihre Tätigkeit besser zu qualifizieren.

„Weil ich brauche auch als Pflegedienstleitung eine strategische Komponente, die darüber hinaus geht, Prozente aus einer Excelltabelle ablesen zu können.“ [Interview 2; Position: 127-129]

Image verbessern / Außendarstellung

Eine weitere Möglichkeit die ambulante Pflege als Arbeitsplatz attraktiver zu gestalten, besteht darin, darzustellen, was die ambulante Pflege als Berufsfeld auszeichnet. Hierbei kann es hilfreich sein, die besondere Dimension der ambulanten Pflege mit den Vor- und Nachteilen herauszustellen. Auch das Herausstellen der Alleinstellungsmerkmale ambulanter Pflege wie beispielsweise die Eins-zu-Eins-Betreuung in der direkten Pflegesituation kann dabei helfen, Mitarbeitende für diesen Tätigkeitsbereich zu gewinnen. Aus Sicht einiger Expert*innen ist auch die Bereitschaft, eine Ausbildung im Pflegeberuf zu machen, höher. Dahinter steckt auch die Motivation, dass es sich bei Berufen im Pflegebereich um eine sichere und sinnstiftende Tätigkeit handelt.

Hinsichtlich der Darstellung des Pflegeberufes in den Medien wurden in der Vergangenheit vermehrt die negativen, als die positiven Entwicklungen in diesem Bereich dargestellt. Beispielsweise wurden in einer Region Aufnahmestopps in einzelnen Pflegeheimen ausgesprochen. Und obwohl die restlichen Einrichtungen eine Versorgung gewährleisten konnten, wurde in den Medien ausschließlich über den Aufnahmestopp in den einzelnen Betrieben berichtet.

Darüber hinaus beschreiben Expert*innen auch die negativen Auswirkungen der vergangenen Berichterstattung, die stärker von negativen als von positiven Ereignissen gekennzeichnet war. Dieses negativ dargestellte Bild der ambulanten Pflege wird den Einrichtungsleitungen durch Außenstehende widergespiegelt.

„[...] was hier momentan passiert ist, wenn ich irgendwo hinkomme und sage, ich habe einen ambulanten Pflegedienst, dann bin ich eine Verbrecherin, dann bescheiße ich grundsätzlich, ich behandle meine Menschen schlecht und gemein, ich bezahle sie nicht angemessen und wenn man Kunde sein möchte, wenn man anruft, dann wird man abgebügelt.“ [Interview 9; Position: 103-105]

Daraus ergibt sich die Forderung an die Presse und Politik, auch oder zunächst die positiven Aspekte darzustellen. Dies könne auch als Unterstützung und Wertschätzung des Pflegebe-

rufes dienen. Ein solches Vorgehen der zuständigen Akteure könne auch zu einer Anerkennung der ambulanten Pflege entsprechend deren Leistungen sowie zur Verbesserung des Rufes führen.

Aber nicht nur die Darstellung des Pflegeberufes in der Presse hat Auswirkungen auf das Image des Tätigkeitsfeldes. Auch die eigene Berufsgruppe hat in der Vergangenheit dazu beigetragen, dass beispielsweise Auszubildende ihre berufliche Zukunft nicht im Pflegeberuf sehen, sondern direkt über eine weitere Qualifizierung außerhalb der Pflege nachdenken. Hier sei es unbedingt notwendig, die bereits angesprochene Hervorhebung der Alleinstellungsmerkmale der Pflege mit allen Vor- und Nachteilen auch auf betrieblicher Ebene umzusetzen. Aus der Darstellung heraus, welche Aspekte bei der Arbeit in der ambulanten Pflege besonders bereichernd sind, kann auch eine Argumentation seitens der Pflegenden aufgebaut werden, was benötigt wird, um nach ihren Vorstellungen pflegen zu können.

Das Ziel besteht also darin, die Attraktivität des Pflegeberufes zu steigern, indem die Vielseitigkeit und Einzigartigkeit des Berufs hervorgehoben wird.

„Ja ganz allgemein müssen wir natürlich sehen, dass wir aus dieser Schmutzlecke raus kommen. [...] Also mir begegnen immer noch viele Leute, die den Beruf der Pflegefachkraft reduzieren auf Waschen, Arsch abputzen, diese üblichen Klischees, die man da immer hört. Ich glaube, wenn uns das gelingt, dann ist es auch so, dass wir genügend Nachwuchs rekrutieren können.“ [Interview 18; Position: 70-70]

Nur so kann es gelingen, das bestehende Personal zu halten, Pflegenden wieder in den Pflegeberuf zu holen, Auszubildende nach dem Examen an den Betrieb zu binden und Menschen für den Pflegeberuf zu begeistern und somit Nachwuchs zu sichern.

Digitalisierung

Mit Blick auf die Zukunft werden auch Handlungsempfehlungen im Bereich der Digitalisierung deutlich. So können weitere Möglichkeiten der Digitalisierung ausgeschöpft werden. Ein Beispiel ist die Nutzung von Assistenzsystemen zur Organisation der Abläufe (z.B. digitale Erfassung der Zeiten beim pflegebedürftigen Menschen mithilfe eines Endgerätes). Allerdings besteht in diesem Zusammenhang auch die Forderung darin, dass die Systeme überdacht und an aktuelle Änderungen im Gesundheitssystem angepasst werden sollten. Die zunehmende Kontrolle durch eine elektronische Datenerfassung wird als zentral für eine wirtschaftliche Planung gesehen und kann Mitarbeiter*innen davor schützen, zusätzliche Leistungen beim Kunden zu erbringen. Andererseits wird aber auch auf die negativen Effekte einer derartigen minutiösen Kontrolle hingewiesen. Unter anderem verschwinden durch die Transparenz Variabilität und Freiräume bei der Pflege. Die Förderungen der Digitalisierung sind zudem oft falsch angelegt. Beispielsweise werden Beratertage finanziert und nicht das Geld für eine neue Software.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass alle genannten Maßnahmen darauf abzielen, die Attraktivität des Berufsfeldes der ambulanten Pflege zu steigern. Dahinter steckt die Bestrebung, bestehendes Personal halten und potentiell Personal für die ambulante Pflege gewinnen zu können. Aus den Forderungen der Expert*innen wird deutlich, dass alle beteiligten Akteure an diesen Bestrebungen beteiligt sein müssen. Somit stellt sich die Frage, wie viel Pflege „wert“ ist, nicht nur aus einer gesamtgesellschaftlichen Perspektive. Auch die politischen Entscheidungsträger haben die Aufgabe, Rahmenbedingungen zu entwickeln, durch die Pflegedienste zunehmend in der Lage sind, einen attraktiven Arbeitsplatz gestalten zu können. Darin enthalten ist auch die Forderung weiterhin Fragen der Personalbedarfsplanung und der Festlegung einer Fachkraftquote in den Blick zu nehmen. Neben der Umstrukturierung des Finanzierungssystems kann auch die Etablierung von Tarifverträgen dem Sogeffekt des Personals aus der ambulanten in die stationäre Pflege entgegenwirken. Aber auch die nicht monetären Aspekte können dazu beitragen, dass bestehendes Personal im Betrieb gehalten und neues gewonnen werden kann. Dazu gehört neben der Steigerung einer eigenverantwortlichen Arbeitsweise und der Wertschätzung gegenüber der Pflegenden auch die Weiterentwicklung der Aus-Fort- und Weiterbildung. Aber nicht nur politische Entscheidungsträger*innen und Pflegedienstleiter*innen, sondern auch die Pflegenden können zu einer verbesserten Außen- darstellung und somit zur Rekrutierung von neuen Kolleg*innen beitragen.

3.3 Zusammenfassende Betrachtung der Erkenntnisse der Expert*inneninter- views zu der Personalbemessung in der ambulanten Pflege

Viele der in der Literatur genannten Aspekte, wie z.B. die Vielzahl an Einflussfaktoren auf die Personalbedarfsplanung im ambulanten Bereich wurden auch von den Expert*innen aufgegriffen. Auch wurde betont, dass eine Personalbedarfsplanung nicht stattfindet, sondern vielmehr eine Planung, wie viele Patienten mit dem vorhandenen Personal versorgt werden können. Denn die Nachfrage nach Pflegeleistungen ist größer als das Angebot und so wird in nahezu allen Pflegediensten jede verfügbare, geeignete Arbeitskraft eingestellt. Hinsichtlich der Planung beschreiben einige Expert*innen ein erlösorientiertes Vorgehen, was sich im Detail folgendermaßen darstellt: Es wird die produktive Zeit, also die effektiv am Patienten verbrachte Pflegezeit bestimmt. Diese entspricht der gesamten Arbeitszeit abzüglich der Nicht- pflegezeiten wie z.B. Urlaub oder Koordinations- und Organisationszeiten. Hierbei wurde wie in der Literatur darauf hingewiesen, dass sich die produktive Arbeitszeit je nach Qualifikation und Aufgabenbereich zwischen den Mitarbeitenden unterscheidet und am besten individuell berechnet wird. Anhand der Informationen über die produktive Arbeitszeit lässt sich dann ein Stundenumsatz bestimmen, der an effektiver Pflege geleistet werden muss, um alle Kosten eines Dienstes abzudecken. Mit dem Stundenumsatz oder der entsprechenden Anzahl an

Punkten, die man erhält, wenn der Stundenumsatz durch den Punktwert geteilt wird, kann dann kalkuliert werden. Wichtig ist zudem, dass teils ein Spannungsfeld zwischen der wirtschaftlichen Planung und der Planung nach dem Bedarf besteht, mit dem jeder Pflegedienst anders umgeht. Möglichkeiten, um bei unveränderten Preisen wirtschaftlicher zu werden, sind beispielsweise eine niedrigere Qualifikation anzusetzen oder die Versorgungszeiten zu kürzen. In der Praxis besteht eine sehr enge Verbindung zwischen der Personalbedarfsplanung und der Tourenplanung, da dort festgelegt wird, welcher Mitarbeitende, mit welcher Qualifikation wann und wie lange zu welchem pflegebedürftigen Menschen fährt.

Nicht vergessen werden dürfen in diesem Zusammenhang die sehr heterogenen Vergütungsvereinbarungen für die ambulante Pflege in Deutschland. Heiber und Nett (2018b, 2018a) haben bereits 2003 die Situation in den einzelnen Bundesländern analysiert und ihre Recherche kürzlich aktualisiert. Sie können aufzeigen, dass es erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern hinsichtlich der Preise für gleiche Leistungen, der Wegepauschalen und anderer Aspekte gibt. Sie können aufzeigen, dass zum Teil 28 unterschiedliche Preise für gleiche Leistungen in Deutschland bestehen. Angesichts eines bundesgesetzlich vorgesehenen Sachleistungsspektrums nach § 36 SGB XI ist diese Variabilität weder nachvollziehbar noch zu rechtfertigen.

Darüber hinaus erhalten die Feststellungen jedoch vor dem Hintergrund der Aussagen in den Expert*inneninterviews zusätzliche Bedeutung. Da offensichtlich die verfügbaren Vergütungen in hohem Maße, zum Teil sogar ausschließlich entscheidend für Personalfragen in der ambulanten Pflege sind, produzieren die unterschiedlichen Vergütungssätze in hohem Maße Ungleichheiten in der pflegerischen Versorgung. Für die Bevölkerung besteht mittlerweile das Risiko, dass national vorgesehene Leistungen von unterschiedlichen Personen mit unterschiedlichen Qualifikationen und ggf. unterschiedlichen Zeitressourcen erbracht werden. Der Wohnort hat somit vermutlich einen Einfluss auf den Umfang und die Qualität der Leistung. Hinzu kommt der Aspekt, dass ggf. manche Leistungen in einigen Regionen zu unterschiedlich hohen Preisen erbracht werden.

Insgesamt wurde zur der Thematik der Personalbedarfsplanung in den Interviews angebracht, dass diese in der Praxis häufig weniger geplant erfolgt, sondern aus Rahmenbedingungen, wie Vorgaben der Bundesländer zu Personalmindestmengen und erforderlichen Qualifikationen, sowie dem verfügbaren Personal resultiert. Die Entwicklung eines Personalbemessungsinstrumentes sehen einige Experten vor dem Hintergrund der großen Heterogenitäten und geringen Vorausplanungsmöglichkeiten als problematisch an.

4 Empirische Erhebung von Zeitaufwänden

4.1 Einführende Überlegungen

Die Konzeption des Unterauftrags sieht die empirische Erhebung von Zeitaufwänden in der ambulanten Pflege vor. Im Blickpunkt sollen dabei Aufgaben der ambulanten Pflege stehen, die der Intention des neuen Begriffs der Pflegebedürftigkeit entsprechen. Das Ziel dieser Erhebung besteht darin, Einsichten in realistische und notwendige Zeitaufwände zu erhalten, die für entsprechende Aufgaben und daraus resultierende Leistungen erforderlich sind.

Zum Zeitpunkt der Erstellung der wissenschaftlichen Konzeption des Unterauftrags war noch nicht abzusehen, wie sich die Verhandlungen der Vertragsparteien auf Landesebene zu den Rahmenverträgen für das Leistungsgeschehen in der ambulanten Pflege entwickeln würden. Der Gesetzgeber hat zum 01.01.2017 nicht nur den Begriff der Pflegebedürftigkeit verändert, sondern ebenso in § 36 SGB XI den Inhalt der Sachleistungen konkretisiert, die die Aktivitäten und Lebensbereiche berücksichtigen sollen, die für die Bestimmung der Pflegebedürftigkeit maßgeblich und im Neuen Begutachtungsinstrument zur Bestimmung der Pflegebedürftigkeit enthalten sind. Der Gesetzgeber hat damit konsequent die bisherige Logik der Pflegeversicherung fortgeführt, nach der die Kriterien zur Bestimmung der Pflegebedürftigkeit einen Einfluss auf den Inhalt der verfügbaren Sachleistungen haben. So führte der alte Begriff der Pflegebedürftigkeit mit seinem verrichtungsorientierten Ansatz zu einem verrichtungsorientierten Leistungsspektrum, welches sich in den Rahmenvereinbarungen zu ambulanten Pflegeleistungen niedergeschlagen hat. In der Konsequenz des neuen Begriffs der Pflegebedürftigkeit wäre somit nun ein erweitertes Leistungsspektrum zu erwarten, welches sich bislang in den Rahmenvereinbarungen auf Länderebene nur bedingt bis gar nicht niederschlägt. Das Bundesministerium für Gesundheit hat diesen Prozess durch die Beauftragung einer Expertise zur „Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ (Wingenfeld und Büscher 2017) flankiert.

Für Forschungs- und Entwicklungsarbeiten, die sich auf den neuen Begriff der Pflegebedürftigkeit beziehen, besteht somit die Herausforderung, Annahmen treffen zu müssen, wie sich bestimmte Aspekte der pflegerischen Versorgung entwickeln sollten und werden und auf dieser Basis Festsetzungen vorzunehmen und empirische Erhebungen durchzuführen. Für das bestehende Leistungsgeschehen erscheinen Zeiterhebungen nur bedingt sinnvoll, da a) davon ausgegangen werden kann, dass viele ambulante Pflegedienste und ihre Verbände eine Vorstellung davon haben, welcher Zeitaufwand für die vertraglich vereinbarten Leistungen erforderlich ist beziehungsweise durchschnittlich erbracht wird und b) diese Zeitaufwände maßgeblich durch die vereinbarten Vergütungssätze auf Landesebene beeinflusst werden, die sich für gleiche oder zumindest vergleichbare Leistungen erheblich voneinander unterscheiden

(Heiber und Nett 2018a, 2018b). In diesem Zusammenhang wären also keine weiteren Zeiterhebungen erforderlich, da die Information über Zeitaufwände über andere Wege bezogen werden können.

Für die Zeiterhebung in der ambulanten Pflege bedarf es zudem einiger Voraussetzungen, die in der stationären Pflege nicht erforderlich sind. Im Einzelnen:

- Einer fachlich begründeten Vorstellung eines Leistungsgeschehens in der ambulanten Pflege, die dem Inhalt und der Intention des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs entspricht. In diesem Projekt wird dafür auf die genannte Expertise zur „Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben (...)“ (Wingenfeld und Büscher 2017) – im folgenden BMG-Expertise – zurückgegriffen.
- Ebenso wichtig ist die Verfügbarkeit einer Grundlage der Leistungserbringung für die am Projekt beteiligten ambulanten Pflegedienste. Die Auftragnehmer haben sich dazu entschieden, aus pragmatischen Gründen mit Pflegediensten zusammenzuarbeiten, die die Möglichkeit einer Zeitvergütung vereinbart haben. Diese Entscheidung wird nachfolgend kurz begründet:
 - Die Zeitvergütung bietet die Möglichkeit einer flexibleren Vereinbarung von Leistungen mit dem Pflegehaushalt, die sich nicht allein auf verrichtungsorientierte Tätigkeiten beziehen. Eine Vereinbarung von Leistungen im Sinne der Aufgaben aus der BMG-Expertise ist unter diesen Voraussetzungen aus Sicht der Auftragnehmer möglich und würde eine ausreichende Grundlage für die Erhebung von Zeitaufwänden bieten.
 - Die Möglichkeit zur Nutzung der Modellklausel nach § 113c Abs. 1 Satz 6 SGB XI würde ebenso eine tragfähige Grundlage für die Datenerhebung bieten. Allerdings wäre es dazu erforderlich, eine entsprechende Vereinbarung, die im Projekt tatsächlich lediglich dem Zweck dient, Grundlage für eine Datenerhebung zu sein, abzuschließen. Neben der nicht einfach zu entscheidenden Frage, wer für welchen Bereich eine solche Vereinbarung abschließen sollte und könnte, ist die weitaus komplexere Herausforderung, eine solche Vereinbarung inhaltlich auszugestalten. Aus den Erfahrungen um die Diskussionen zu möglichen zukünftigen pflegerischen Leistungen im Rahmen der Entwicklung des neuen Verfahrens zur Qualitätsprüfung sowie des Diskussionsprozesses in verschiedenen Bundesländern um neue Rahmenvereinbarungen ist den Unterauftragnehmern bekannt, dass es sich um komplexe Verhandlungsprozesse mit einem erheblichen Verständigungs- und Klärungsbedarf handelt, die im Rahmen eines sechzehnmonatigen Projekts nicht zu leisten sind. Zwar ist es nicht die Aufgabe des Projekts, ein Muster für neue Rahmenvereinbarungen zu

erarbeiten, aber es liegt die Vermutung nahe, dass diese vor allem im Hinblick auf zukünftige Festschreibungen und Möglichkeiten des Leistungsrechts diskutiert werden würden und weniger im Hinblick auf den Zweck im Rahmen dieses Projektes, Grundlage für eine empirische Datenerhebung zu sein.

- Zusammenfassend sind die Auftragnehmer daher der Auffassung, dass die Möglichkeit der Zeitvergütung als Grundlage für die Zeiterhebungen ausreichend ist. Diese Entscheidung ist nicht gleichzusetzen mit einer Aussage darüber, dass aus Sicht der Auftragnehmer die Zeitvergütung die einzige Möglichkeit wäre, um ein Leistungsgeschehen in der ambulanten Pflege auf Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu gestalten.

4.2 Rekrutierung der Pflegedienste

Entsprechend der theoretischen Überlegungen wurden für die Erhebung von Zeitaufwänden ambulante Pflegedienste gesucht, die über die Möglichkeit der Zeitvergütung verfügen. Nach Rücksprache mit Vertreter*innen der Pflegekassen und Leistungserbringer besteht diese Möglichkeit in den Bundesländern Bayern, Bremen, Hamburg und in Niedersachsen sowie für einzelne Pflegedienste in Nordrhein-Westfalen. Die Suche wurde in einem engen Zusammenhang mit der Gewinnung von Expert*innen für die Expertenbefragung vorgenommen. Diese wurden neben ihrer Bereitschaft für ein Experteninterview gefragt, ob sie einen Kontakt zu ambulanten Pflegediensten vermitteln könnten, die Interesse hätten und bereit wären, sich an dem Projekt zu beteiligen.

Auf diesem Wege wurden Kontaktdaten von 18 Pflegediensten zur Verfügung gestellt, die potentiell für die geplante Erhebung in Frage kommen. Die von den Expert*innen vermittelten Pflegedienste wurden schriftlich und telefonisch durch Mitarbeitende des Forschungsteams der Hochschule Osnabrück kontaktiert und über die Ziele und Inhalte des Projektes informiert. Zusätzlich wurde ein Informationsschreiben (vgl. Anhang D) versendet. Nach der Zustimmung zu einer Beteiligung an dem Projekt, wurden konkrete Termine für die Datenerhebung vereinbart.

Insgesamt nahmen 14 der 18 ambulanten Pflegedienste an der Erhebung teil - einer aus Bayern, 5 aus Niedersachsen, 3 aus Bremen, 2 aus Hamburg und 3 aus Nordrhein-Westfalen. Zwei Dienste lehnten eine Beteiligung ab. Einer aufgrund fehlender personeller Kapazitäten und einer, weil aus grundsätzlichen Erwägungen eine Begleitung von Touren abgelehnt wird. Bei einem weiteren der 18 vorgeschlagenen Dienste stellte sich im Vorgespräch heraus, dass kaum Kunden mit Zeitleistungen betreut werden und mit einem Dienst kam es zu keiner erfolgreichen Terminabsprache.

4.3 Erhebung

Inhalt der Erhebung

In die Zeiterhebung sind sämtliche Aktivitäten im Haushalt des pflegebedürftigen Menschen und die Aktivitäten, die im Zusammenhang mit den ausgewählten Pflegebedürftigen außerhalb der Haushalte erfolgen, eingeflossen. Grundlage für die strukturierte Beobachtung der Aktivitäten und der Zuordnung von Zeitaufwänden war die im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erstellte Expertise zur „Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ – im Folgenden: BMG-Expertise (Wingenfeld und Büscher 2017). Darin erfolgt eine Differenzierung der Aufgaben in übergreifende pflegerische Aufgaben, Aufgaben im Zusammenhang mit den Aktivitäten und Lebensbereichen, die für die Bestimmung von Pflegebedürftigkeit maßgebend sind und indirekten Aufgaben, zu denen Maßnahmen und Leistungen gehören, die nicht im Beisein des pflegebedürftigen Menschen durchgeführt werden.

Im Einzelnen wurden berücksichtigt:

- Bereichsübergreifende pflegerische Aufgaben:
 - Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses
 - Beobachtung spezifischer Aspekte der Pflegesituation
 - Abwehr von gesundheitlichen Risiken
 - Kommunikation im Sinne von Absprachen und Aushandlungen
- Aufgaben im Zusammenhang mit den Aktivitäten und Lebensbereichen, die für die Bestimmung der Pflegebedürftigkeit maßgebend sind
 - Hilfen, Aufklärung, Beratung und Anleitung sowie zielgerichtete Ressourcenförderung bei beeinträchtigter Mobilität
 - Hilfen, Aufklärung, Beratung und Anleitung sowie zielgerichtete Ressourcenförderung hinsichtlich kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten
 - Umgebungsbezogene Maßnahmen, unmittelbar verhaltensbezogene Maßnahmen und Alltagsgestaltung bei psychischen Problemlagen und Verhaltensweisen sowie die Aufklärung, Beratung und Anleitung von Angehörigen in diesem Zusammenhang
 - Hilfen, Aufklärung, Beratung und Anleitung sowie zielgerichtete Ressourcenförderung im Bereich der Selbstversorgung bei der Ernährung, Körperpflege, Ausscheidung und des Sich-Kleidens

- Unterstützung im Bereich des Umgangs mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (darunter fallen Maßnahmen zur Unterstützung des Selbstmanagements ebenso wie viele verordnungsfähigen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege)
- Hilfen sowie Aufklärung, Beratung und Anleitung bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte
- Hilfen sowie Aufklärung, Beratung und Anleitung bei der Haushaltsführung
- Unterstützung pflegender Angehöriger zur Verbesserung der Pflegekompetenz und Reduzierung pflegebedingter Belastungen
- Indirekte Leistungen

Leistungsbeschreibung

Eine ausführliche Beschreibung der Leistungen, welche die Grundlage für die Zeiterhebung darstellte, findet sich in Anhang E. Ergänzend zur BMG- Expertise wurden bei der Erstellung konzeptionelle Überlegungen zur Beschreibung fachlicher Anforderungen aus dem Vorschlag für das zukünftige Verfahren für Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI in der ambulanten Pflege (Büscher et al. 2018) sowie Erkenntnisse aus dem laufenden Projekt „Förderung der Ergebnisorientierung in der ambulanten Pflege“ (IPW 2019) und einem vor längeren abgeschlossenen Projekt zu Finanzierungsfragen der häuslichen Pflege (Büscher et al. 2007) herangezogen. Die Reihenfolge der Leistungsbeschreibungen orientiert sich an der BMG-Expertise.

Erhebungsbogen

Auf Basis der Leistungsbeschreibung wurde auch der Erhebungsbogen (vgl. Anhang F) erarbeitet. Dieser ist im Sinne des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bewusst nicht auf Einzelverrichtungen fokussiert, sondern enthält beschreibbare Aufgaben, die aufgrund einer individuell beeinträchtigten Selbständigkeit im Umgang mit den Folgen von Krankheit und funktionellen Beeinträchtigungen zu bewältigen sind. Anhand des Erhebungsbogens sollen Daten darüber generiert werden, wie viel Zeit durchschnittlich für die einzelnen Leistungsbereiche benötigt wird.

Im Anschluss an die Erhebung wird die/der Mitarbeitende des Pflegedienstes gefragt, ob mehr Zeit notwendig gewesen wäre und wodurch sich ein höherer Aufwand begründen würde. Zudem werden durch das Team aus Osnabrück Auffälligkeiten angesprochen und festgehalten. Sollten Abweichungen von der Leistungsbeschreibung (Soll-Vorstellung) erfolgen oder andere Auffälligkeiten bestehen, werden diese mit den Mitarbeiter*innen der Pflegedienste erörtert und nach Gründen gefragt.

Zur Beschreibung des Patientenkollektivs wurden darüber hinaus pseudonymisierte Informationen über Alter, Pflegegrad, Geschlecht und die vereinbarten Leistungen erhoben. Zudem ist notiert worden, ob Angehörige in die Versorgung eingebunden sind.

Ablauf der Erhebung

Der Erhebungszeitraum belief sich von Mitte März bis Ende Mai 2019. In dieser Zeit wurden Daten in 129 Haushalten erhoben. Die Zeiterfassung erfolgte im Rahmen der Begleitung der Pflegekräfte bei einzelnen Touren durch Mitglieder des Projektteams in Osnabrück. Die beteiligten ambulanten Pflegedienste haben geeignete Touren ausgewählt, in denen mehrere pflegebedürftige Menschen versorgt werden, mit denen eine Zeitvergütung vereinbart ist. Häufig waren sowohl Zeitleistungen als auch Leistungskomplexe vereinbart, sodass letztere in diesen Fällen miterhoben wurden. Die pflegebedürftigen Menschen wurden im Vorfeld durch die Pflegedienste über das Projekt informiert und um ihre Einwilligung zu der Teilnahme an der Erhebung gebeten. Sie haben dazu die vorbereiteten Informations- und Einwilligungsschreiben erhalten (Anhang C). Bei pflegebedürftigen Menschen, die der Anwesenheit der Mitarbeiter*innen der Hochschule Osnabrück nicht zustimmten, wurde außerhalb des Haushalts gewartet und im Anschluss an den jeweiligen Einsatz die Begleitung der Tour fortgesetzt.

Vorgesehen war, jede Tour an zwei aufeinanderfolgenden Tagen zu begleiten, sodass die beteiligten Pflegehaushalte zweimal besucht werden und die Erhebung der Zeitaufwände zu zwei verschiedenen Zeitpunkten erfolgt. In der Praxis war dies nicht immer umsetzbar, da viele Kunden nicht an allen Wochentagen betreut werden.

4.4 Datenauswertung/Statistische Verfahren

Die Daten wurden deskriptiv ausgewertet. Es erfolgte eine Berechnung von Durchschnittswerten in Form des Mittelwertes und der Standardabweichung und/oder des Medians. Zudem wurden der minimale und der maximale Wert ausgewiesen. Auf weitergehende Analysen und Signifikanztests wurde aufgrund der geringen Fallzahl in den Untergruppen sowie der hohen Heterogenität der Daten verzichtet.

4.5 Ergebnisse

4.5.1 Beschreibung der Stichprobe

Die Stichprobe besteht aus insgesamt 129 pflegebedürftigen Menschen (Tabelle 16). Da die Pflegedienste ihre Touren bzw. Einsätze nicht künstlich für Projektzwecke verändern sollten, A 1.1

fand häufig eine Kombination aus Zeitleistungen und Leistungskomplexen und/oder Behandlungspflege/SGB V Leistungen statt: Bei 89 Personen beziehungsweise 69 Prozent aller erhobenen Teilnehmenden war mit dem Pflegedienst eine Zeitvergütung oder eine Kombination aus Zeitvergütung und Leistungskomplexen/SGBV Leistungen vereinbart. 23 Pflegebedürftige (17,8 %) erhielten ausschließlich Leistungen nach dem SGB V und 17 Kund*innen (13,2 %) wurden nach Leistungskomplexen vergütet.

69 Prozent der Proband*innen waren weiblich und das Durchschnittsalter lag bei 79 Jahren. Die Pflegegrade teilen sich in 6,2 Prozent Grad 1, 33,3 Prozent Grad 2, 34,9 Prozent Grad 3, 9,3 Prozent Grad 4 und 7,8 Prozent Pflegegrad 5 auf. Damit entspricht die Stichprobe in etwa der Verteilung, die auch für die gesamten Pflegebedürftigen in Deutschland in der Pflegestatistik aufgeführt wird (s. Kapitel 2.1). 56,6 Prozent der pflegebedürftigen Menschen wurden durch Angehörige bei der Versorgung unterstützt. Für 42,6 Prozent der Probanden liegt eine Erhebung an zwei aufeinanderfolgenden Tagen vor. Die restlichen pflegebedürftigen Menschen wurden lediglich an einem Tag begleitet.

Tabelle 16: Charakteristika der in die Stichprobe einbezogenen Personen*

	Alle (n=129)	Zeitleistung o- der Kombina- tion* (n=89)	Leistungs-kom- plexe (n=17)	SGB V - Leis- tungen (n=23)
Geschlecht, n (%)				
w	89 (69,0)	64 (71,9)	11 (64,7)	14 (60,9)
m	40 (31,0)	25 (28,1)	6 (35,3)	9 (39,1)
Alter MW ± SD (min, max)	79 ± 13 (19-98)	80 ± 13 (19-98)	79 ± 11 (54-95)	73 ± 16 (28-93)
Pflegegrad, n (%)				
1	8 (6,2)	4 (4,5)	0 (0)	4 (17,4)
2	43 (33,3)	35 (39,3)	5 (29,4)	3 (13,0)
3	45 (34,9)	33 (37,1)	5 (29,4)	7 (30,4)
4	12 (9,3)	9 (10,1)	3 (17,6)	0 (0)
5	10 (7,8)	7 (7,9)	3 (17,6)	0 (0)
Keinen	11 (8,5)	1 (1,1)	1 (5,9)	9 (39,1)
Angehörige einbezo- gen, n (%)				
Ja	73 (56,6)	60 (67,4)	8 (47,1)	5 (21,7)
Nein	52 (40,3)	28 (31,5)	9 (52,9)	15 (65,2)
unbekannt	4 (3,1)	1 (1,1)	-	3 (13,0)
Art der pflegerischen Leistung, n (%)				
Nur Zeitleis- tung	66 (51,2)	66 (74,2)	-	-
Kombinati- onsleistung*	23 (17,8)	23 (25,8)	-	-
Nur LK	17 (13,2)	-	17 (100)	-
Nur SGBV	23 (17,8)	-	-	23 (100)
An 2 Tagen besucht	55 (42,6)	35 (39,3)	4 (23,5)	16 (69,6)

* Kombination der Zeitleistung mit Leistungskomplex und/oder SGB V Leistung

4.5.2 Auswertung der pflegerischen Zeitaufwände

Im Folgenden werden die mittleren Zeitwerte zunächst für die Gruppe der Personen mit Zeitleistungen beziehungsweise mit Kombinationsleistungen aus Zeit und Leistungskomplexen und/oder SGB V Leistungen dargestellt. Die Pflegebedürftigen, welche ausschließlich Leistungskomplexe oder ausschließlich SGB V Leistungen erhielten, wurden von dieser Auswertung ausgeschlossen und gesondert aufgeführt. Darüber hinaus wurden auch die erhobenen indirekten Zeiten gesondert dargestellt.

Zeitleistungen

Die durchschnittlichen Zeiten, die für die einzelnen Bereiche der pflegerischen Leistungen erhoben wurden, sind in Tabelle 17 abgebildet. Bei allen Werten zeigt sich eine große Spannweite, wodurch die hohe Individualität der benötigten Versorgung unterstrichen wird. Beispielsweise variierte die Kommunikation zwischen einer Dauer von 17 Sekunden und 53 Minuten und die Unterstützung bei der Selbstversorgung reichte ebenfalls von wenigen Sekunden bis zu 44 Minuten. Die gesamte Dauer der Besuche betrug im Mittel 28 Minuten und lag zwischen 4 Minuten und einer Stunde, 19 Minuten.

Einige Leistungsbereiche kamen in der Erfassung nicht oder lediglich vereinzelt vor. In diesen Fällen handelt es sich teils um Leistungen, die vorwiegend gesondert von den normalen Besuchen durchgeführt werden, wie Maßnahmen der Pflegeplanung und -evaluation. In den Gesprächen mit den Pflegekräften wurde aber deutlich, dass Zeit für derartige Maßnahmen eingeplant wird. Beispielsweise wurde von einer Pflegekraft erläutert, dass die Pflegemaßnahmen mindestens halbjährig überarbeitet werden und dazu ein Kontrollbesuch stattfindet. Zudem wurden Maßnahmen, die im Rahmen der Betreuung stattfinden, unterrepräsentiert erhoben, da der Großteil der Erhebung körperliche Pflegemaßnahmen umfasste.

Tabelle 17: Durchschnittliche Zeit der erhobenen Pflegeleistungen (Pflegebedürftige Menschen mit Zeitleistung oder Kombination*)

Pflegerische Aufgabe/Maßnahme/Leistung	ZeitTag 1: MW ± SD (Spannweite)	ZeitTag 2: MW ± SD (Spannweite)
Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses	N=3 12:34 ± 10:24 (02:00 - 26:43)	N=2 08:38 ± 08:20 (00:18 - 16:58)
- Einschätzung		
- Planung und Vereinbarung		
- Durchführung		
- Evaluation/Überprüfung		
Beobachtung spezifischer Aspekte der Pflegesituation	N=34 01:03 ± 01:08 (00:05 - 05:55)	N=13 00:01:29 ± 00:01:24 (00:13 - 04:36)
Abwehr von gesundheitlichen Risiken	N=25 01:30 ± 01:58 (00:14 - 10:00)	N=8 04:56 ± 09:43 (00:18 - 30:27)
Kommunikation (Absprachen und Aushandlungen)	N=86 19:07 ± 12:56	N=34 15:28 ± 12:27

	(00:17 - 53:36)	(00:42 - 42:00)
Unterstützung bezogen auf die Mobilität	N=48 03:35 ± 04:40 (00:05 - 25:29)	N=23 05:14 ± 05:44 (00:13 - 20:00)
- Einschätzung		
- Maßnahmen (welche?)		
Hilfen hinsichtlich kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten	N=4 10:43 ± 10:31 (00:24 - 28:16)	N=1 00:48
Hilfen bei Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen	N=0	N=0
Unterstützung bezogen auf die Selbstversorgung	N=82 16:06 ± 09:05 (00:08 - 44:04)	N=32 17:18 ± 09:10 (00:59 - 37:50)
- Ernährung		
- Körperpflege		
- Ausscheidung		
- Sich kleiden		
Unterstützung bei krankheitsbedingten Anforderungen und Belastungen	N=11 01:34 ± 00:54 (00:15 - 04:05)	N=2 01:04 ± 00:49 (00:16 - 01:53)
Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (welche?)	N=47 03:50 ± 03:05 (00:10 - 15:55)	N=24 03:04 ± 02:50 (00:10 - 13:23)
Unterstützung im Bereich des Alltagslebens und sozialer Kontakte	N=5 16:22 ± 09:26 (03:00 - 30:01)	N=4 09:48 ± 06:50 (02:00 - 19:14)
Unterstützung bei der Haushaltsführung	N=48 03:50 ± 05:00 (00:05 - 25:40)	N=23 03:38 ± 03:30 (00:05 - 12:55)
Unterstützung pflegender Angehöriger zur Verbesserung der Pflegekompetenz und zur Reduzierung pflegebedingter Belastungen	N=7 02:42 ± 01:13 (01:11 - 05:08)	N=2 02:49 ± 02:11 (00:38 - 05:00)
Indirekte Leistungen (welche?)	N=78 01:07 ± 00:57 (00:04 - 5:54)	N=32 01:19 ± 02:42 (00:10 - 15:51)
Zeitaufwand gesamt	N=89 28:02 ± 14:01 (04:31 - 01:19:13)	N=35 28:36 ± 12:12 (09:27 - 56:02)

* Kombination mit LK oder SGB V

Alle Leistungsbereiche sowie der gesamte Zeitaufwand wurden zudem hinsichtlich der benötigten Dauer abhängig vom Pflegegrad analysiert (Tabelle 18). Hier zeigte sich keine eindeutige Abstufung nach den Pflegegraden. Teils ist aber die Tendenz erkennbar, dass die Zeiten bei den pflegebedürftigen Menschen mit höheren Pflegegraden über denen der Teilnehmenden mit einer niedrigen Einstufung liegen, die Streuung der Werte war jedoch sehr hoch.

Tabelle 18: Durchschnittszeiten nach Pflegegraden (Pflegebedürftige Menschen mit Zeitleistung oder Kombination*):

		Pflegegrad				
		1	2	3	4	5
Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses	Tag 1	-	01:00 (N=1)	-	-	-
	Tag 2	-	16:57 (N=1)	00:18 (N=1)	-	-
Beobachtung spezifischer Aspekte der Pflegesituation	Tag 1	00:50 ± 00:11 (N=3)	00:50 ± 00:49 (N=12)	01:28 ± 01:45 (N=11)	00:45 ± 00:41 (N=4)	00:59 ± 00:27 (N=4)
	Tag 2	-	00:56 ± 00:25 (N=3)	00:43 ± 00:31 (N=4)	00:40 ± 00:15 (N=2)	03:03 ± 01:50 (N=4)
Abwehr von gesundheitl. Risiken	Tag 1	01:09 (N=1)	00:57 ± 00:26 (N=8)	02:17 ± 03:13 (N=9)	00:44 ± 00:38 (N=3)	01:30 ± 00:27 (N=4)
	Tag 2	-	01:57 ± 01:47 (N=3)	10:59 ± 16:52 (N=3)	-	00:19 ± 00:01 (N=2)
Kommunikation (Absprachen und Aushandlungen)	Tag 1	30:01 ± 20:05 (N=3)	19:40 ± 10:35 (N=35)	18:55 ± 12:19 (N=32)	16:55 ± 19:01 (N=8)	16:46 ± 17:54 (N=7)
	Tag 2	-	12:43 ± 07:53 (N=11)	20:34 ± 13:37 (N=13)	12:11 ± 13:10 (N=5)	11:32 ± 07:08 (N=5)
Unterstützung bezogen auf die Mobilität	Tag 1	00:42 ± 00:50 (N=2)	03:31 ± 03:51 (N=14)	01:55 ± 01:51 (N=20)	04:20 ± 02:38 (N=6)	09:26 ± 09:42 (N=6)
	Tag 2	-	05:21 ± 08:27 (N=5)	02:15 ± 02:58 (N=9)	08:34 ± 04:52 (N=4)	07:49 ± 06:30 (N=5)
Hilfen hinsichtlich kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten	Tag 1	28:16 (N=1)	06:01 (N=1)	00:23 (N=1)	08:11 (N=1)	-
	Tag 2	-	-	-	00:47 (N=1)	-
Hilfen bei Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen	Tag 1	-	-	-	-	-
	Tag 2	-	-	-	-	-
Unterstützung bezogen auf die Selbstversorgung	Tag 1	15:51 ± 07:30 (N=4)	13:04 ± 08:58 (N=32)	15:54 ± 07:27 (N=30)	19:02 ± 12:03 (N=9)	30:03 ± 15:04 (N=6)
	Tag 2	-	13:10 ± 08:48 (N=9)	15:10 ± 06:51 (N=13)	23:14 ± 06:40 (N=5)	24:18 ± 13:10 (N=5)
Unterstützung bei krankheitsbedingten Anforderungen und Belastungen	Tag 1	01:14 ± 00:05 (N=3)	01:47 ± 01:16 (N=6)	-	01:26 (N=1)	01:20 (N=1)
	Tag 2	-	00:16 (N=1)	-	01:53 (N=1)	-
Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege	Tag 1	09:56 (N=1)	02:57 ± 01:43 (N=21)	04:10 ± 04:28 (N=13)	03:33 ± 02:59 (N=8)	06:17 ± 01:09 (N=4)
	Tag 2	-	04:09 ± 03:59	01:57 ± 02:12	03:09 ± 00:58	02:33 ± 01:51

			(N=9)	(N=8)	(N=4)	(N=3)
Unterstützung im Bereich des Alltagslebens und sozialer Kontakte	Tag 1	-	15:26 ± 13:38 (N=3)	23:32 (N=1)	-	12:00 (N=1)
	Tag 2	-	13:12 (N=1)	10:37 ± 12:11 (N=2)	-	04:45 (N=1)
Unterstützung bei der Haushaltsführung	Tag 1	12:57 ± 14:02 (N=2)	02:12 ± 02:01 (N=21)	04:59 ± 06:23 (N=16)	03:19 ± 03:23 (N=4)	03:52 ± 03:07 (N=4)
	Tag 2	-	01:20 ± 00:48 (N=7)	04:41 ± 04:55 (N=8)	04:59 ± 03:29 (N=3)	04:18 ± 02:45 (N=5)
Unterstützung pflegender Angehöriger	Tag 1	05:08 (N=1)	-	02:13 ± 00:56 (N=3)	02:42 ± 00:57 (N=2)	01:42 (N=1)
	Tag 2	-	05:00 (N=1)	-	00:38 (N=1)	-
Indirekte Leistungen	Tag 1	02:12 ± 00:44 (N=4)	01:00 ± 00:53 (N=29)	00:57 ± 01:04 (N=30)	01:20 ± 02:12 00:35 (N=8)	01:31 ± 00:47 (N=6)
	Tag 2	-	00:53 ± 00:49 (N=9)	01:47 ± 04:06 (N=14)	01:11 ± 00:24 (N=4)	00:49 ± 00:25 (N=5)
Zeitaufwand Pflege insgesamt	Tag 1	38:03 ± 14:19 (N=4)	24:18 ± 09:14 (N=35)	26:20 ± 10:51 (N=33)	31:45 ± 15:55 (N=9)	45:23 ± 28:28 (N=7)
	Tag 2	-	21:34 ± 06:54 (N=11)	26:22 ± 09:52 (N=14)	36:30 ± 09:00 (N=5)	42:20 ± 17:50 (N=5)

* Kombination mit LK oder SGB V

Abweichung Tag 1 und Tag 2

Bei 55 Personen wurden die Zeiten an zwei aufeinanderfolgenden Tagen gemessen. Bei den anderen war dies nicht möglich, da die pflegebedürftigen Menschen beispielsweise nicht täglich von dem Pflegedienst betreut wurden. Die Dauer zwischen den Besuchen variierte zwischen 5 Sekunden und 51 Minuten. Der sehr hohe Ausreißer von 51 Minuten war allerdings dadurch begründet, dass es Missverständnisse in den Absprachen gab und der entsprechende Teilnehmer an einem Tag bereits durch eine andere Pflegekraft versorgt worden ist. In den weiteren Berechnungen der Abweichungen wurde dieser Fall daher als Ausreißer betrachtet und ausgeschlossen. Weiterhin waren bei 9 Fällen nicht an beiden Tagen die gleichen Leistungen vereinbart, weshalb diese ebenfalls für einen Vergleich der Abweichungen ausgeschlossen wurden. Die durchschnittliche Abweichung zwischen Tag 1 und Tag 2 betrug bei den verbleibenden 45 Personen 3 Minuten und 46 Sekunden (SD: 03:39), der Median lag bei 2 Minuten und 57 Sekunden. Diese Ergebnisse zeigen, dass sich die Besuche selbst bei gleichen Leistungen und der gleichen Pflegeperson intraindividuell unterscheiden und schwer exakt im Voraus planbar sind. Tabelle 19 zeigt die durchschnittlichen Abweichungen zwischen

A 1.1

den beiden Erhebungstagen der gesamten Pflegezeit pro Pflegegrad. Hier waren die Abweichungen mit zunehmendem Pflegegrad höher.

Tabelle 19: Abweichung nach Pflegegraden

Pflegegrad	N (Gültig)	Differenz Tag 1 und Tag 2	
		Mittelwert ± SD (Min – Max)	Median
1	2	03:05 ± 00:18 (02:52 – 03:18)	03:05
2	10	03:49 ± 02:21 (01:08 – 07:30)	03:22
3	19	03:22 ± 03:16 (00:05 – 13:53)	02:57
4	4	04:34 ± 02:39 (01:50 – 08:11)	04:08
5	4	08:35 ± 07:57 (00:10 – 18:27)	07:53

In Tabelle 20 sind die Unterschiede der intrapersonellen Abweichungen für jeden einzelnen Leistungsbereich abgebildet. Dabei zeigt sich, dass sich die gemessenen Werte selbst bei derselben Person von Tag zu Tag je nach Leistungsbereich um bis zu 30 Minuten unterscheiden. Die durchschnittliche Abweichung lag in den verschiedenen Leistungsbereichen zwischen 15 Sekunden und 4 Minuten und 2 Sekunden.

Tabelle 20: Intrapersonelle Differenz der gemessenen Zeit zwischen den Erhebungstagen je Leistungsbereich

	N (Gültig)	MW	SD	Min	Max	Median
Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses	0					
Beobachtung spezifischer Aspekte der Pflegesituation	6	00:35	00:31	00:00	01:27	00:31
Abwehr von gesundheitl. Risiken	1	01:29		01:29	01:29	01:29
Kommunikation	42	04:02	05:29	00:00	30:15	02:01
Unterstützung bezogen auf die Mobilität	17	02:53	03:42	00:00	11:07	01:32
Hilfen hinsichtlich kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten	0					
Hilfen bei Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen	0					
Unterstützung bezogen auf die Selbstversorgung	25	03:29	03:33	00:03	16:29	02:28
Unterstützung bei krankheitsbedingten Anforderungen und Belastungen	3	00:15	00:13	00:01	00:27	00:17
Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege	30	01:14	01:22	00:05	05:14	00:43
Unterstützung im Bereich des Alltagslebens und sozialer Kontakte	2	02:12	02:58	00:06	04:18	02:12

Unterstützung bei der Haushaltsführung	17	01:37	01:58	00:02	06:34	00:51
Unterstützung pflegender Angehöriger	1	02:45		02:45	02:45	02:45
Indirekte Leistungen	30	00:55	02:49	00:01	15:38	00:15

Indirekte Leistungen

Als weiterer Bestandteil der Erhebung wurden auch indirekte Leistungen, die während der begleiteten Besuche stattfanden, erfasst. Die durchschnittlichen Zeiten für die im Vorfeld erstellten Kategorien „Interne Arbeitsbesprechungen“, „Koordination, Organisation, Verwaltung“, „Praxisanleitung“, „Maßnahmen zur Qualitätssicherung“ und „Wegezeiten“ sind in Tabelle 21 beschrieben. Dadurch, dass der Fokus der Erhebung gemäß der Konzeption auf den Pflegebesuchen und den direkten Pflegetätigkeiten lag, konnten für indirekte Tätigkeiten nur vereinzelt Zeiten erhoben werden. Beispielsweise fand während der Begleitung durch das Forschungsteam keine Praxisanleitung von Auszubildenden statt und es war nicht vorgesehen, gezielt Maßnahmen zur Qualitätssicherung oder weitere Verwaltungs- und Planungsaktivitäten zu beobachten, die nach Abschluss der Tour durchgeführt wurden. Vereinzelt wurden beispielsweise vor oder nach einer Tour noch Verwaltungstätigkeiten beobachtet und zeitlich gemessen. Dies folgte aufgrund des methodischen Vorgehens keiner Regelmäßigkeit, sodass jeweils auch nur zufällige und geringe Anteile der gesamten Tätigkeiten im Bereich Koordination, Organisation und Verwaltung pro Tag erfasst wurden.

Die Fahrtzeiten, als ein sehr wichtiger Bestandteil der indirekten Leistungen, der auch entscheidend für Fragen der Personalbemessung ist, wurden hingegen vollständig erhoben. Hier zeigte sich eine durchschnittliche Dauer von 55 Minuten und 34 Sekunden an Tag 1 und 58 Minuten und 47 Sekunden an Tag 2 (Tabelle 21) mit einer Spannweite zwischen den Pflegediensten von 19 Minuten bis zu einer Stunde und 52 Minuten an Tag 1 und 18 Minuten und zwei Stunden, 12 Minuten an Tag 2 (Tabelle 22).

Tabelle 21: Indirekte Leistungen

Indirekte Leistungen	n	Zeitaufwand Tag 1 (MW ± SD)	n	Zeitaufwand Tag 2 (MW ± SD)
Interne Arbeitsbesprechungen	3	05:36 ± 05:21	2	03:22 ± 01:01
Koordination, Organisation, Verwaltung	9	14:56 ± 06:34	11	16:20 ± 12:49
Wegezeiten	13	55:34 ± 28:14	13	58:47 ± 35:21
Praxisanleitung	1	02:55	-	-
Maßnahmen zur Qualitätssicherung	-	-	-	-
Indirekte Leistungen insgesamt	13	01:07:48 ± 30:48	13	01:13:48 ± 42:24

Bei Betrachtung der Dauer von Pflegezeit und Fahrtzeit wird deutlich, dass das Verhältnis von Fahrtzeit zur Pflegezeit 1:3 betrug (Tabelle 22).

Tabelle 22: Dauer von Pflegezeit und Fahrtzeit

Pflegedienst	Tag 1		Tag 2	
	Pflegezeit	Fahrtzeit	Pflegezeit	Fahrtzeit
1.	02:31:21	00:34:42	02:27:47	00:26:45
2.	03:29:25	01:08:40	03:02:21	01:43:22
3.	03:15:15	01:12:33	02:48:34	01:02:09
4.	01:41:24	00:19:14	02:18:10	00:30:17
5.	03:39:46	01:43:37	03:51:21	01:55:14
6.	02:08:31	00:27:35	01:42:55	00:18:17
7.	02:25:42	01:52:12	02:14:09	02:12:47
8.	02:58:37	00:54:31	03:24:44	00:48:20
9.	03:47:35	01:12:00	02:43:19	00:41:53
10.	04:00:07	00:44:23	04:03:23	01:07:14
11.	03:29:37	01:03:42	03:50:42	00:53:39
12.	01:45:20	00:29:18	01:53:08	00:39:37
13.	01:18:18	00:19:55	01:52:12	00:23:30
Gesamt	36:30:58	12:02:22	36:12:45	12:43:04

Ergebnisse der Gruppe mit Versorgung nach Leistungskomplexen

Wie bereits zu Beginn des Kapitels beschrieben, wurden die Pflegezeiten der 17 pflegebedürftigen Menschen mit Leistungskomplexen gesondert ausgewertet. Die Ergebnisse sind in Tabelle 23 aufgeführt. Abgesehen von deutlich geringeren Fallzahlen zeigen sich auch hier wie bei der Zeitvergütung deutliche Unterschiede hinsichtlich der gemessenen Zeit. So variierte die beobachtete Dauer der Unterstützung bei der Selbstversorgung beispielsweise zwischen ca. 5 und 32 Minuten. Der gesamte Zeitaufwand betrug im Durchschnitt 24 Minuten und lag zwischen ca. 10 und 44 Minuten.

Tabelle 23: Durchschnittliche Zeit der erhobenen Pflegeleistungen (Pflegebedürftige Menschen mit Leistungskomplexen)

Pflegerische Aufgabe/Maßnahme/Leistung	Tag 1: MW ± SD (Spannweite)	Tag 2: MW ± SD (Spannweite)
Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses - Einschätzung - Planung und Vereinbarung - Durchführung - Evaluation/Überprüfung	N=0	N=0
Beobachtung spezifischer Aspekte der Pflegesituation	N=2 00:40 ± 00:10 (00:30 - 00:50)	N=2 00:19 ± 00:09 (00:10 - 00:27)
Abwehr von gesundheitlichen Risiken	N=1 03:00	N=0
Kommunikation (Absprachen und Aushandlungen)	N=17 17:06 ± 09:14 (04:00 - 34:00)	N=4 20:55 ± 15:45 (03:00 - 39:00)
Unterstützung bezogen auf die Mobilität - Einschätzung - Maßnahmen (welche?)	N=7 02:15 ± 01:57 (00:30 - 06:28)	N=2 02:43 ± 00:03 (02:40 - 02:45)
Hilfen hinsichtlich kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten	N=0	N=0
Hilfen bei Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen	N=0	N=0
Unterstützung bezogen auf die Selbstversorgung - Ernährung - Körperpflege - Ausscheidung - Sich kleiden	N=17 16:13 ± 07:02 (05:18 - 31:56)	N=4 16:06 ± 04:01 (13:09 - 23:01)
Unterstützung bei krankheitsbedingten Anforderungen und Belastungen	N=0	N=1 00:00:25
Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (welche?)	N=5 03:18 ± 01:03 (01:49 - 05:02)	N=2 03:31 ± 02:15 (01:16 - 05:47)
Unterstützung im Bereich des Alltagslebens und sozialer Kontakte	N=0	N=0
Unterstützung bei der Haushaltsführung	N=8 03:44 ± 02:16 (00:51 - 09:00)	N=2 04:41 ± 00:03 (04:38 - 04:44)
Unterstützung pflegender Angehöriger zur Verbesserung der Pflegekompetenz und zur Reduzierung pflegebedingter Belastungen	N=0	N=0
Indirekte Leistungen (welche?)	N=13 01:15 ± 01:22 (00:10 - 05:30)	N=2 00:25 ± 00:05 (00:20 - 00:30)
Zeitaufwand gesamt	N=17 24:25 ± 09:24 (10:13 - 44:30)	N=4 25:48 ± 08:50 (16:59 - 39:30)

SGB V Leistungen

SGB V Leistungen wurden zum einen bei der kombinierten Erbringung von SGB XI und SGB V- Leistungen gemessen und sind damit in den obigen Auswertungen enthalten. Eine Trennung dieser erhobenen Zeiten ist aufgrund des Einflusses der Leistungserbringungen der häuslichen Krankenpflege anderer Bereiche nicht möglich. Zum anderen wurden 23 ausschließliche SGB V Besuche begleitet. Diese Fälle wurden gesondert ausgewertet und werden im Folgenden dargestellt (Tabelle 24).

Bei Betrachtung der durchschnittlichen Zeiten der erhobenen pflegerischen Leistungen von Pflegebedürftigen, die ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach SGB V beziehen, wird deutlich, dass neben diesen verordneten Leistungen auch Leistungen anderer Bereiche erbracht werden. Somit reicht die Spannweite der Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege am ersten Tag von 20 Sekunden bis 12 Minuten und 35 Sekunden (MW 04:28 ± SD 03:27). Im Vergleich dazu umfasst der Zeitaufwand für den gesamten Einsatz eine Spannweite von 3 Minuten und 5 Sekunden bis 18 Minuten und 20 Sekunden (MW 08:02; SD 04:36). Die Betrachtung der Mittelwerte der Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege im Vergleich zum gesamten Zeitaufwand macht deutlich, dass die verordneten Maßnahmen ungefähr die Hälfte des tatsächlichen Zeitaufwands einnehmen. Indirekte Leistungen (z.B. Dokumentation) und die teilweise kontinuierlich stattfindende Kommunikation erfolgen parallel dazu. Abweichungen zwischen dem ersten und dem zweiten Erhebungstag sind hauptsächlich auf entsprechende Verordnungen der häuslichen Krankenpflege zurückzuführen (z.B. wöchentliches Stellen der Medikation).

Tabelle 24: Durchschnittliche Zeit der erhobenen Pflegeleistungen (ausschließlich Patient*innen mit Leistungen nach SGBV)

Pflegerische Aufgabe/Maßnahme/Leistung	ZeitTag 1: MW ± SD (Spannweite)	ZeitTag 2: MW ± SD (Spannweite)
Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses - Einschätzung - Planung und Vereinbarung - Durchführung - Evaluation/Überprüfung	N=0	N=0
Beobachtung spezifischer Aspekte der Pflegesituation	N=5 01:02 ± 00:21 (00:38 - 01:30)	N=3 00:50 ± 00:14 (00:30 - 01:00)
Abwehr von gesundheitlichen Risiken	N=2 02:20 ± 01:40 (00:40 - 04:00)	N=0
Kommunikation (Absprachen und Aushandlungen)	N=21 04:34 ± 04:31 (00:50 - 18:00)	N= 15 04:26 ± 01:47 (01:00 - 07:12)
Unterstützung bezogen auf die Mobilität - Einschätzung - Maßnahmen (welche?)	N=0	N=0

Hilfen hinsichtlich kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten	N=1 00:21 ± 00:00 (00:21 - 00:21)	N=0
Hilfen bei Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen	N=0	N=0
Unterstützung bezogen auf die Selbstversorgung - Ernährung - Körperpflege - Ausscheidung - Sich kleiden	N=2 01:31 ± 00:09 (01:22 - 01:40)	N=0
Unterstützung bei krankheitsbedingten Anforderungen und Belastungen	N=2 00:32 ± 00:00:07 (00:25 - 00:00:39)	N=1 00:08 ± 00:00 (00:08 - 00:08)
Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (welche?)	N=22 04:28 ± 03:27 (00:20 - 12:35)	N=15 02:41 ± 01:12 (00:10 - 04:22)
Unterstützung im Bereich des Alltagslebens und sozialer Kontakte	N=0	N=0
Unterstützung bei der Haushaltsführung	N=3 01:38 ± 01:41 (00:23 - 04:00)	N=1 00:23 ± 00:00 (00:23 - 00:23)
Unterstützung pflegender Angehöriger zur Verbesserung der Pflegekompetenz und zur Reduzierung pflegebedingter Belastungen	N=0	N=0
Indirekte Leistungen (welche?)	N=13 00:44 ± 00:43 (00:06 - 03:00)	N=12 00:38 ± 00:31 (00:02 - 00:02)
Zeitaufwand gesamt	N=23 08:02 ± 04:36 (03:05 - 18:20)	N=16 06:00 ± 01:45 (02:55- 08:46)

Um einen differenzierteren Einblick in die Leistungen der häuslichen Krankenpflege zu erhalten, werden die erbrachten Leistungen aller pflegebedürftigen Menschen (Pflegebedürftige mit Leistungskomplexen, Zeitleistungen oder Kombination sowie Pflegebedürftige mit ausschließlich SGBV Leistungen) betrachtet. Für die Analyse der erbrachten Maßnahmen im Bereich der häuslichen Krankenpflege nach SGB V wurden diese der Leistungsbeschreibung entsprechend der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) (Gemeinsamer Bundesausschuss 2019) zugeordnet. In Tabelle 25 werden die unterschiedlichen Leistungsbereiche dargestellt, für die im Rahmen des Projektes Daten erhoben wurden. Leistungen in den anderen Bereichen wurden im Rahmen der Datenerhebung nicht erbracht und somit nicht erhoben. Bei den dargestellten Leistungsbereichen handelt es sich nicht um die Dauer des Einsatzes, sondern um die Dauer der Verrichtung der entsprechenden Tätigkeit. Insgesamt wurden in den aufgeführten zehn Bereichen über beide Datenerhebungstage 157 Leistungen mit einer Gesamtdauer von 6 Stunden, 26 Minuten und 37 Sekunden (Mittelwert 03:52 ± Standardabweichung

03:56) erbracht. Die häufigsten Leistungen fanden in dem Bereich Medikamente (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen) und in dem Bereich Verbände, der auch die Versorgung mit Kompressionsstrümpfen umfasst, statt. Abweichungen in der Anzahl der Leistungen zwischen den Datenerhebungstagen sind beispielsweise auf das wöchentliche statt tägliche Stellen der Medikamente zurückzuführen. Ein ähnliches Bild zeigen die Abweichungen bei dem Bereich der Dekubitusbehandlung und der Verbände.

Tabelle 25: Durchschnittliche Zeit der erhobenen Leistungen der Behandlungspflege nach Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege aller Teilnehmenden unabhängig der Versorgungsart

Leistungen der Behandlungspflege *	ZeitTag 1: MW ± SD (Spannweite)	ZeitTag 2: MW ± SD (Spannweite)
Ernährung (Nr. 3)	N=1 05:24 ± 00:00 (05:24 - 05:24)	N=1 04:22 ± 00:00 (04:22 - 04:22)
Blutdruckmessung (Nr. 10)	N=3 01:56 ± 00:13 (01:40 - 02:12)	N=2 01:41 ± 00:07 (01:34 - 01:48)
Blutzuckermessung (Nr. 11)	N=7 01:19 ± 00:36 (00:21 - 02:20)	N=4 01:23 ± 01:16 (00:21 - 03:33)
Dekubitusbehandlung (Nr. 12)	N=1 06:27 ± 00:00 (06:27 - 06:27)	N=0
Injektion (Nr. 18)	N=9 01:13 ± 00:54 (00:20 - 02:40)	N=5 01:35 ± 01:15 (00:27 - 03:59)
Richten von Injektion (Nr. 19)	N=1 00:03 ± 00:00 (00:03 - 00:03)	N=1 00:18 ± 00:00 (00:18 - 00:18)
Versorgung eines suprapubischen Katheters (Nr. 22)	N= 2 06:39 ± 00:26 (06:13 - 07:06)	N=1 00:58 ± 00:00 (00:58 - 00:58)
Medikamente (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen) (Nr. 26)	N=38 02:18 ± 03:04 (00:07 - 14:42)	N=21 01:23 ± 01:20 (00:10 - 04:49)
Versorgung bei Perkutaner endoskopischer Gastrostomie (PEG) (Nr. 27)	N=1 05:26 ± 00:00 (05:26 - 05:26)	N=0
Verbände (Nr. 31)	N=37 03:35 ± 03:01 (00:44 - 12:35)	N=21 02:44 ± 01:53 (00:51 - 09:01)
Zeit gesamt	N=101 02:15 ± 01:07 (00:03 - 14:42)	N=56 01:48 ± 00:44 (00:10 - 09:01)
Zeit insgesamt (Tag1 und Tag 2)		N=157 03:52 ± 03:56 (00:03 - 14:42)

* in dieser Tabelle werden ausschließlich die Leistungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege aufgeführt, zu denen Daten erhoben wurden. Die hier nicht aufgeführten Leistungen wurden nicht erbracht, sodass auch keine Zeiten erhoben wurden.

Im Rahmen der Datenerhebung wurden auch Maßnahmen zur Unterstützung im Bereich des Umgangs mit krankheits- bzw. therapiebedingten Anforderungen und Belastungen erfasst. Hierbei handelte es sich um pflegerische Maßnahmen, die teilweise außerhalb von verordneten Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach SGB V erbracht wurden. Tabelle 26 zeigt die Maßnahmen zur Unterstützung bei krankheitsbedingten Anforderungen und Belastungen aller Teilnehmenden unabhängig ihrer Versorgungsart sowie die verordneten Leistungen häuslicher Krankenpflege nach SGB V. Es zeigt sich, dass neben diesen erbrachten, verordneten Maßnahmen die pflegebedürftigen Menschen darüber hinausgehend einen Bedarf an Unterstützung im Bereich des Umgangs mit Krankheiten und/oder Therapie aufweisen. Die Dauer dieser weiteren Unterstützungsmaßnahmen liegt am ersten Erhebungstag zwischen 15 Sekunden und 4 Minuten, 5 Sekunden. Von den 14 erhobenen Fällen am ersten Tag fand bei 9 Teilnehmenden keine Erhebung an Tag 2 statt, bei zwei Personen fand eine krankheitsbedingte Unterstützungsmaßnahme nicht statt. Bei drei Fällen lag die Dauer dieser Maßnahmen am zweiten Tag zwischen 8 Sekunden und einer Minute, 52 Sekunden. Gleichzeitig weicht sowohl der Inhalt als auch die Dauer dieser Maßnahmen nicht beziehungsweise kaum von der Erhebung am ersten Tag ab.

Tabelle 26: Darstellung der Maßnahmen zur Unterstützung bei krankheitsbedingten Anforderungen und Belastungen aller Teilnehmender unabhängig der Versorgungsart

Unterstützung bei krankheitsbedingten Anforderungen und Belastungen				Verordnete SGB V Leistungen
Tag 1		Tag 2		/
Erfasste Zeiten	Details	Erfasste Zeiten	Details	/
04:05	Kommunikation über Verdauung und weiterem Vorgehen, da Pflegebedürftige aktuell über Diarrhoe klagt (00:01:26) Kommunikation über Tabletteneinnahme und deren Wirkung / Nebenwirkung (00:00:38); Beratung bezüglich Inkontinenzmaterialien (00:02:01)	Keine Erhebung		Kompressionsstrümpfe anziehen
01:11	Schmerzerfassung (Schulter) und Beratung hinsichtlich Umgang im Falle von länger andauernden Schmerzen	Keine Erhebung		/
01:28	Beratung zur Nutzung und Notwendigkeit der Kompressionsstrümpfe	Keine Erhebung		Kompressionsstrümpfe anziehen
02:01	Beratung hinsichtlich Nutzung Hausnotruf	Keine Erhebung		Medikamentengabe
01:11	Hautbeobachtung (00:00:21) und Beratung bei Kälteallergie (00:00:50)	Keine Erhebung		

01:26	00:00:19 Orthese anlegen 00:01:07 Orthese anlegen	01:53	00:35 Orthese anlegen 01:18 Orthese anlegen	B1 10 Blutdruckmessung B2 31a Kompressionsstrümpfe anziehen
00:25	Einsetzen des Hörgerätes (gilt beim PD als Serviceleistung, wird nicht abgerechnet)	00:08	Einsetzen des Hörgerätes (gilt beim PD als Serviceleistung, wird nicht abgerechnet)	B2 31a Kompressionsstrümpfe anziehen
01:14	00:00:43 Schmerzen in den Beinen, Beratung über aufsuchen eines Arztes 00:00:31 Pflaster Ellenbogen	/		B2 31a: Kompressionsstrümpfe anziehen
00:15	Glas Wasser zur Medikamenteneinnahme hingestellt sowie die Medikamente bereitgelegt	00:16	Glas Wasser zur Medikamenteneinnahme hingestellt sowie die Medikamente bereitgelegt	Kompressionsstrümpfe bds.
00:39	Patient ruft nach Hilfe, weil er sich blutig gekratzt hat, Abtupfen mit Wasser und beruhigen	Keine Erhebung		BZ + Insulingabe, Med-Gabe, AT
01:20	Apnoe Gerät abbauen	Keine Erhebung		/
01:42	Beratung bezügl. Medikamenteneinnahme und Blutdruckmessung	/		1x tägl. Medigabe 7x wöchentlich Blutdruckmessung
01:21	Durchführung Schmerzassessment	Keine Erhebung		/
01:20	Orthopädische Schuhe anziehen	Keine Erhebung		/

Hinweise zu den gemessenen Zeiten

Im Zuge der Auswertung wurde eine Plausibilitätskontrolle der eingegebenen Daten durchgeführt. In diesem Zusammenhang wurden die Zeiten unter 20 Sekunden noch einmal gesondert betrachtet, um mögliche Messfehler auszuschließen. Dabei wurde festgestellt, dass es sich hier häufig um Maßnahmen handelt, die nur in dem Moment sichtbar werden und damit zeitlich messbar sind, indem die Pflegekraft aktiv Äußerungen zu deren Durchführung trifft, wie beispielsweise eine Hautbeobachtung. Die messbaren Zeiten bewegen sich daher häufig in einem Rahmen von nur wenigen Sekunden, während davon auszugehen ist, dass die Beobachtungsaktivität durchaus länger, aber zeitgleich zu anderen Aktivitäten, wie beispielsweise der Körperpflege, erfolgt. Auf der anderen Seite gab es aber auch Leistungen, wie die Dokumentation oder die Händedesinfektion, welche nach einigen Sekunden abgeschlossen waren.

Bei der Betrachtung der Ergebnisse ist zudem zu beachten, dass einige der Leistungen gleichzeitig stattfanden. Beispiele sind die Unterstützung bei der Körperpflege und das Beobachten des Hautzustandes, die Kommunikation oder auch hauswirtschaftliche Leistungen, wie das

Aufbacken von Brötchen. Die Gesamtzeit entspricht demnach nicht der Summe der einzelnen gemessenen Leistungsbereiche, sondern der Zeit des gesamten Einsatzes.

4.5.3 Qualifikation der Pflegekräfte

Für die Erhebung gab es keine Vorgaben hinsichtlich der Qualifikationen von seiten des Projektteams. Die Pflegekräfte, die während der Erhebung im Einsatz waren, wiesen eine große Bandbreite an Qualifikationen auf: Am häufigsten waren examinierte Altenpflegekräfte (5x) und Gesundheits- und Krankenpfleger (4x) vertreten. Jeweils einmal waren zum eine Altenpflegerin mit Weiterbildung zur Palliativfachkraft, eine Arzthelferin und eine Pflegehelferin im Einsatz.

4.5.4 Einflussfaktoren auf die Pflegezeit und weitere Beobachtungen

Im Rahmen der Erhebung wurden die Pflegekräfte nach jedem Einsatz gefragt, ob ihrer Ansicht nach mehr oder weniger Zeit für die Versorgung der jeweiligen pflegebedürftigen Person benötigt würde. Bei lediglich einem Teilnehmenden hat die Pflegekraft angegeben, dass weniger Zeit benötigt wird. Die zu lange Zeit war in diesem Fall durch eine zeitweise Erkrankung bedingt, welche mittlerweile nahezu verheilt ist. Es sei dementsprechend auch bereits vorgesehen, die Zeit bald wieder anzupassen.

Bei 10 pflegebedürftigen Menschen (8,9 %) gaben die Pflegekräfte an, dass mehr Zeit für die Pflege benötigt wird. Als Gründe wurden genannt, dass mehr Zeit für die Pflegetätigkeiten benötigt wird oder auch für die Kommunikation mit den Kund*innen und Angehörigen. Bei psychisch erkrankten Personen wäre zudem auch ein höheres Zeitkontingent für die Motivation oder die Beruhigung erforderlich. Ein Teilnehmer war zudem morgens in seiner Bewegung stärker eingeschränkt und die Pflegekraft benötigte mehr Zeit für die Mobilitätsförderung. In einem Fall wurde darüber hinaus angemerkt, dass die Zeit für den Verbandwechsel nicht ausreicht. Teils besteht jedoch auch die Situation, dass aus Sicht der Pflegeperson mehr Betreuung oder auch eine Entlastung der Angehörigen erforderlich wäre, die Angehörigen oder Pflegebedürftigen dies aber aus verschiedenen Gründen ablehnen. Einer der Gründe, der häufiger genannt wird, sind mangelnde finanzielle Mittel, sodass Leistungen möglichst begrenzt gehalten werden bzw. gehalten werden müssen.

Unabhängig von konkreten pflegebedürftigen Menschen wurde zudem benannt, dass auch teils ein höherer Zeitaufwand erforderlich wäre, um die Pflegebedürftigen mehr anzuleiten und zur selbstständigen Ausführung anzuregen. Aus Zeitmangel werden Tätigkeiten, wie beispielsweise das Waschen, ansonsten schnell vollständig durch die Pflegekraft übernommen. Das Ziel des Erhalts und der Förderung der Selbstständigkeit wird dadurch nicht verfolgt.

Weiterhin wurde häufig angegeben, dass sich die benötigte Zeit je nach Allgemeinzustand der Kund*innen ändern kann. Insbesondere bei dementiell, an Parkinson oder psychisch erkrankten Menschen kann sich die Situation täglich ändern und es werden je nach Tagesform mehr oder weniger Zeit beziehungsweise auch ganz andere pflegerische Maßnahmen benötigt.

Gründe, warum geplante Leistungen nicht ausgeführt werden, sind, dass die Pflegebedürftigen die Leistungen ablehnen und nicht zulassen oder die Betreuungs-/Hauswirtschaftskräfte bereits Aufgaben der Pflegekraft durchgeführt haben. Lediglich eine Teilnehmerin berichtete, dass ihr manchmal gesagt wird, es sei keine Zeit zum Haare waschen. Wenn Leistungen durch pflegebedürftige Menschen verweigert wurden, konnte die Zeit im Rahmen der Zeitvergütung genutzt werden, um sich anderen Dingen zu widmen oder auf akute Probleme einzugehen, aufgrund derer die Leistungen nicht in Anspruch genommen werden. Eine Teilnehmerin war beispielsweise bei einem der beobachteten Besuche in einer schlechten körperlichen und psychischen Verfassung, sodass sie Angst hatte zu duschen. Stattdessen wurde sie gewaschen und es wurde ein längeres Gespräch geführt. Einzelne Teilnehmende verweigerten aber auch derartige Alternativleistungen, sodass sich die Dauer des Einsatzes entsprechend gekürzt hat. Es wird zudem auch deutlich, dass sich der Zeitbedarf aufgrund akuter Situationen wie Notfällen, eines Krankenhausaufenthaltes, spezieller Nachsorge nach einer OP oder durch besondere Hygienemaßnahmen (z.B. aufgrund von Infektionen) erhöhen oder verringern kann. Es gibt auch Fälle, da hängt der Zeitbedarf und welche Leistungen vom Kunden / von der Kundin zugelassen werden, von der Pflegekraft ab. So werden bei einigen Pflegekräften alle pflegerischen Maßnahmen abgelehnt, während die Durchführung der Maßnahmen / der Einsatz durch andere Pflegenden von den Betroffenen angenommen wird.

Bei den Gesprächen mit den Mitarbeitenden während der Erhebung ergaben sich eine Reihe zusätzlicher Informationen. Diese wurden nachträglich in Form von Memos festgehalten, sodass sie ebenfalls als Teil der Ergebnisse dienen können.

Insgesamt wurde aus den Gesprächen deutlich, dass in den ausgewählten Pflegediensten eine sehr angenehme Arbeitsatmosphäre herrscht, die Mitarbeiter verhältnismäßig viele Freiheiten haben und grundsätzlich ausreichend Zeit bei den pflegebedürftigen Menschen zur Verfügung steht. Es wurde in diesem Zusammenhang von den Pflegekräften auch oft auf ihnen bekannte Pflegedienste verwiesen, bei denen ein sehr hoher Zeitdruck herrscht. Dennoch wurde auch von einzelnen Mitarbeitenden während der Erhebung von Zeitdruck bei den Touren berichtet, denn es sei wichtig, die angekündigten Zeiten bei den Pflegebedürftigen in etwa einzuhalten. Grundsätzlich fiel bei der Datenerhebung auf, dass die Pflegenden die Sorge hatten, dass die Forschenden andere Zeiten erfassen, als sie selbst dokumentieren würden. Daraus lässt sich schließen, dass das Thema „Zeit“ einen hohen Stellenwert in der Versorgung einnimmt und auch immer eine gewisse Sorge bei den Pflegekräften um die Zeit besteht.

Trotzdem wurde häufig beobachtet, dass die Pflegekräfte, wenn es zeitlich möglich ist, auch heimliche Leistungen wie das Raustragen von Müll oder das Abwaschen von Geschirr übernehmen, um den Pflegebedürftigen „eine Freude zu machen“. Wenn mehrere Personen in einem Haushalt leben, von denen nur eine vom Pflegedienst betreut wird, ist es ebenso schwierig, kleine Hilfen für die anderen Hausbewohner abzulehnen.

Zudem wurde in einzelnen Gesprächen berichtet, dass einige Mitarbeitenden Pflegebedürftige „überpflegen“ und damit teils auch unbeabsichtigt die Selbstständigkeit nehmen. Denn auch einfache Haushaltstätigkeiten, die abgenommen werden, wie zum Beispiel das Abspülen, sind teilweise das Einzige, was die Betroffenen am Tag als Aufgabe hätten.

Auch die Begleitung der Angehörigen und Absprachen mit diesen erfordern teils sehr viel Zeit.

4.5.5 Vergütung der Pflegezeit

Um neben den Pflegezeiten auch einen Eindruck von der Vergütungssituation zu bekommen, die gemäß der Expert*inneninterviews sehr heterogen ist, wurden die Dienste gebeten, ihre Vergütungssätze zur Verfügung zu stellen.

Von den insgesamt 14 ambulanten Pflegediensten, die an der Erhebung teilgenommen haben, haben 5 Pflegedienste ihre Vergütungssätze zur Verfügung gestellt – 3 aus Niedersachsen, 1 aus Nordrhein-Westfalen und 1 aus Bremen (Tabelle 27). Die Einsicht in die Vergütungssätze zeigt, dass sowohl ein Unterschied zwischen den Bundesländern als auch zwischen den einzelnen Pflegediensten besteht.

Im Vergleich der Bundesländer weist Nordrhein-Westfalen die höchsten Vergütungssätze auf und Niedersachsen die geringsten. Bei der Grundpflege nach Zeit variiert die Vergütung von 0,65 € bis 0,74€ pro Minute (39 € bis 44,40 € pro Stunde) und zeigt eine Differenz von bis zu 0,09 € pro Minute (5,40 € pro Stunde) auf. In Nordrhein-Westfalen gibt es keine Grundpflege nach Zeit. Bei der Betreuung nach Zeit ist die Differenz mit 0,14€ pro Minute (8,40 € pro Stunde) noch höher bei einer Spannweite von 0,43€ - 0,57€ pro Minute (25,80 € pro Stunde – 34,20 € pro Stunde). Die größten Unterschiede bei der Vergütung sind jedoch bei der Hauswirtschaft zu finden. In Nordrhein-Westfalen und Bremen wird pro Minute abgerechnet, in Niedersachsen hingegen je angefangener 10 Minuten. Umgerechnet liegen die Werte bei der Vergütung pro Minute bei einer Spannweite von 0,35€ und 0,57€ pro Minute (21 € pro Stunde und 34,20 € pro Stunde) und zeigen einen Preisunterschied von bis zu 0,22€ pro Minute (13,20 € pro Stunde) auf.

Bei den Wegepauschalen lassen sich ebenfalls Vergütungsunterschiede aufzeigen. Diese bewegen sich mit einer Spannweite von 0,38€ im Bereich von 3,60€ - 3,98€

Tabelle 27: Vergütungssätze der Pflegedienste

Pflegedienst	Bundesland	Grundpflege nach Zeit	Betreuung nach Zeit	Große Pflege I (NRW Ganzwaschung)	Kleine Pflege (NRW Teilwaschung)	Hauswirtschaft	Wegepauschale (zw. 06.01 – 20.00 Uhr)	Wegepauschale mit SGB V
1.	Niedersachsen	k.A.	k.A.	18,14€	11,09€	4,03€ (10min) (0,40€)	3,95€	1,98€
2.	Nordrhein-Westfalen	k.A.	0,57€	23,36€	12,50€	0,57 (1min) (5,70€)	k.A.	k.A.
3.	Niedersachsen	0,74€	0,50€	17,86€	10,91€	3,97€ (10min) (0,40€)	3,98€	1,99€
4.	Niedersachsen	0,65€ (1min)	0,43€ (1min)	15,62€ (20min)	9,55€ (12min)	3,47€ (10min) (0,35€)	3,76€	1,88€
5.	Bremen	0,71€	0,54€	21,80€	10,90€	0,45€ (1min) (4,50€)	3,60€	k.A.

Zusammenhänge zwischen der Höhe der Vergütung und der Dauer der Leistungen konnten anhand der vorliegenden Daten nicht berechnet werden. Neben der geringen Anzahl an verfügbaren Preisen, war ein Vergleich insbesondere aufgrund der Heterogenität des Klientels und der vereinbarten Leistungen (meistens Kombination aus Zeitleistungen und Leistungskomplexen und/oder SGB V Leistungen) nicht möglich.

5 Diskussion und Schlussfolgerungen

Diskussion der Ergebnisse vor dem Stand der Literatur und Expert*inneninterviews

Die Ergebnisse der empirischen Erhebung von Zeitaufwänden verdeutlichen das hohe Maß an Individualität der einbezogenen Versorgungssituationen und weisen eine große Variabilität bezüglich der Dauer einzelner Aufgaben und Leistungen auf. Diese Individualität zeigt sich nicht nur im Hinblick auf einzelne Leistungen, sondern auch bezogen auf die Gesamtzeit der Hausbesuche durch ambulante Pflegedienste. Es zeigt sich, dass sich die Besuchsdauern selbst bei gleichen Leistungen und der gleichen Pflegeperson intraindividuell unterscheiden und nicht exakt im Voraus geplant werden können. Die Abweichungen bezüglich der Dauer waren mit zunehmendem Pflegegrad höher. Einige Leistungsbereiche wurden nicht oder nur vereinzelt erfasst (z.B. Pflegeplanung). Neben diesen Ergebnissen der direkten Pflegesituation, wurden auch die indirekten Leistungen erfasst. Es zeigt sich, dass das Verhältnis von Fahrtzeit zur effektiven Pflegezeit 1:3 betrug. Die Pflegenden geben an, dass unabhängig von konkreten Pflegesituationen insgesamt mehr Zeit für die Anleitung der Pflegebedürftigen mit dem Ziel der Förderung der Selbstständigkeit benötigt wird. Die benötigte Zeit variiert dabei je nach Allgemeinzustand des pflegebedürftigen Menschen. Es kommt auch vor, dass vereinbarte Leistungen an bestimmten Tagen durch den pflegebedürftigen Menschen abgelehnt werden. Im Rahmen einer Versorgung nach Zeitvergütung sehen die Pflegenden dann die Möglichkeit, andere, den aktuellen Bedürfnissen entsprechende Maßnahmen durchzuführen. Bei Betrachtung der Pflegebedürftigen, die ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach SGB V erhalten, wird deutlich, dass neben diesen Leistungen auch Leistungen anderer Bereiche, wie beispielsweise Kommunikation und indirekte Pflegemaßnahmen, erbracht werden und der Zeitaufwand für Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege im Durchschnitt die Hälfte der Zeit einnimmt. Die häufigsten Leistungen der häuslichen Krankenpflege fanden im Bereich von Medikamentengabe und der Versorgung mit Verbänden, hier hauptsächlich mit Kompressionsstrümpfen, statt.

Die Ergebnisse der Zeiterhebung bestätigen in hohem Maße die Erkenntnisse der vorab durchgeführten Literaturrecherche und Expert*inneninterviews. Dort wurde bereits die hohe Heterogenität der Vorgaben, Abläufe und Klientel im ambulanten Bereich und die damit verbundene Schwierigkeit, ein Personalbemessungssystem zu entwickeln, thematisiert. Die durchgeführte Zeiterhebung spiegelte diese Problematik wider und lässt darüber hinaus detailliertere Aussagen zu einzelnen Problembereichen zu. Bereits durch die Literaturrecherche und Expert*inneninterviews benannte Probleme waren beispielsweise, dass sich der Umfang, in dem die Angehörigen an der Pflege beteiligt sind, stark unterscheidet. Daher können die Pflegegrade auch nicht dazu verwendet werden, den Aufwand abzubilden, den ein Kunde /

eine Kundin tatsächlich abfragt. Zusätzliche Schwierigkeiten sind, dass die Einsätze zumeist Kombinationseinsätze sind und die erforderlichen Zeiten sich je nach Kombination unterscheiden können. Ebenfalls gibt es Sonderfälle, wenn mehrere Personen in einem Haushalt versorgt werden. Zudem hängen Dauer und Maßnahmen des Einsatzes auch von jeder individuellen Pflegekraft und vom Tageszustand der Kund*innen ab. Ähnliches konnten auch Bartholomeyczik et al. (2000) zeigen, die bei einer Zeiterfassung im Rahmen der Forschungsauftrags „Evaluation der Orientierungswerte für die Pflegezeitbemessung“ auch auf die große Streubreite der gemessenen Werte für einzelne Aktivitäten hinweisen, die nicht nur von Haushalt zu Haushalt, sondern auch in denselben Haushalten von Tag zu Tag oder von Situation zu Situation zeitlich differieren.

Im Rahmen der vorliegenden Erhebung wurde die Qualifikation der Pflegenden erfasst. Die Analyse dieser Erkenntnisse wird vor dem Hintergrund der bindenden Vorgaben der Bundesländer hinsichtlich des erforderlichen Qualifikationsniveaus und der hohen Differenz zwischen diesen, erschwert. Diesbezüglich besteht Handlungsbedarf hinsichtlich der Entwicklung bundeseinheitlicher Vorgaben und der Reflexion darüber, welche Qualifikationen für welche Leistungen angemessen erscheinen. Gleiches gilt für die je nach Bundesland unterschiedlichen Ausbildungen im Pflegebereich.

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurde in Haushalten, in denen die Pflege nach Leistungskomplexen vergütet wurde, beobachtet, dass viele Pflegekräfte heimliche Leistungen erbringen, weil sie der Ansicht sind, dass diese den pflegebedürftigen Menschen helfen und „guttun“. Das System wird also im gewissen Maß umgangen. Ein ähnliches Phänomen wird auch in einem Paper von Strandås et al. (Strandås et al. 2019) beschrieben. Dort schilderten Pflegekräfte aus Norwegen in einem Interview, dass sie häufig das System austricksen, um so zu arbeiten, wie sie es für richtig halten. Abseits dessen kann ein weiterer Erklärungsansatz darin bestehen, dass einige Pflegekräfte eventuell zu wenig betriebswirtschaftlich geschult sind, um sich den Auswirkungen der Erbringung heimlicher Leistungen bewusst zu sein.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen aus den drei Projektteilen zur Entwicklung von personellen Vorgaben für ambulante Pflegeeinrichtungen finden sich im Kapitel 11 des Zweiten Zwischenberichts der Universität Bremen zur Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM).

6 Literaturverzeichnis

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2017): Statistischer Bericht. Bevölkerung der kreisfreien Städte und Landkreise im Land Brandenburg 2017. Online verfügbar unter https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/publikationen/stat_berichte/2018/SB_A01-03-00_2017j01_BB.pdf, zuletzt geprüft am 27.08.2019.

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2018a): Statistischer Bericht. Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie Empfänger von Pflegegeldleistungen in Berlin 2017. Online verfügbar unter https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/publikationen/stat_berichte/2018/SB_K08-01-00_2017j02_BE.pdf, zuletzt geprüft am 27.08.2019.

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2018b): Statistischer Bericht. Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie Empfänger von Pflegegeldleistungen in Brandenburg. Online verfügbar unter https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/publikationen/stat_berichte/2018/SB_K08-01-00_2017j02_BB.pdf, zuletzt geprüft am 27.08.2019.

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2018c): Statistischer Bericht. Einwohnerinnen und Einwohner im Land Berlin am 31. Dezember 2018. Online verfügbar unter https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/publikationen/stat_berichte/2019/SB_A01-05-00_2018h02_BE.pdf, zuletzt geprüft am 27.08.2019.

Baldwin, Melissa (2006): The Warrington workload tool: determining its use in one trust. In: *British journal of community nursing* 11 (9), S. 391–395. DOI: 10.12968/bjcn.2006.11.9.21762.

Bartholomeyczik, Sabine; Hunstein, Dirk; Koch, Veronika; Zegelin-Abt, Angelika; Landau, Kurt; Brauchler, Regina et al. (2000): Forschungsauftrag "Evaluation der Orientierungswerte für die Pflegezeitbemessung". Gemeinsame Erkenntnisse und Schlussfolgerungen des pflegewissenschaftlichen Konsortiums und des REFA-Konsortiums.

Bartscher, Thomas; Maier, Günter W.; Wichert, Joachim (Hg.) (2015): 250 Keywords Personalmanagement. Grundwissen für Manager. Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH. Wiesbaden: Springer Gabler.

Becke, Guido; Behrens, Miriam; Bleses, Peter; Jahns, Kristin; Pöser, Stephanie; Ritter, Wolfgang (2013): Nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit in der ambulanten Pflege. Zwischenbericht des Verbundprojekts ZUKUNFT:PFLEGE. Online verfügbar unter https://digital.zlb.de/viewer/rest/image/15822214/189_paper.pdf/full/max/0/189_paper.pdf, zuletzt geprüft am 02.07.2018.

Bentley, Jenny; Tite, Chris (2000): Developing an activity measuring system in district nursing. In: *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)* 9 (18), S. 2016–2020. DOI: 10.12968/bjon.2000.9.18.5456.

Bleses, Peter; Ritter, Wolfgang (2013): Das Verbundprojekt Zukunft:Pflege – Nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit im Fokus. In: Guido Becke, Miriam Behrens, Peter Bleses, Kristin Jahns, Stephanie Pöser und Wolfgang Ritter (Hg.): Nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit in der ambulanten Pflege: Zwischenbericht des Verbundprojekts ZUKUNFT:PFLEGE. artec-paper Nr. 189. Bremen.

Bokranz, Rainer; Kasten, Lars (2003): Organisations-Management in Dienstleistung und Verwaltung. Gestaltungsfelder, Instrumente und Konzepte. 4., überarbeitete Auflage. Wiesbaden: Gabler Verlag. Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-322-90377-8>.

Böning, Anneliese (2011): Themenheft Personal. Auswählen - Entwickeln - Binden. 1., neue Ausg. Remagen: AOK-Vlg.

Bowers, Ben; Durrant, Kay (2014): Measuring safe staff levels in the community: the 'DominiC' workforce management tool. In: *British journal of community nursing* 19 (2), S. 58–64. DOI: 10.12968/bjcn.2014.19.2.58.

Brady, Anne-Marie; Byrne, Gobnait; Horan, Paul; Griffiths, Colin; Macgregor, Catriona; Begley, Cecily (2007): Measuring the workload of community nurses in Ireland: a review of workload measurement systems. In: *Journal of nursing management* 15 (5), S. 481–489. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2007.00663.x.

Bröckermann, Reiner (2016): Personalwirtschaft. Lehr- und Übungsbuch für Human Resource Management. 7., überarbeitete Auflage. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag. Online verfügbar unter <http://site.ebrary.com/lib/tubraunschweig/docDetail.action?docID=11154616>.

Buchan, James; Seccombe, Ian (2012): RCN Labour Market Review: Overstretched. Under-resourced. The UK nursing labour market review 2012. RCN. London. Online verfügbar unter <https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/pub-004332>.

Bundesministerium für Gesundheit (2018): Pflegeversicherung. Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung im Jahresdurchschnitt nach Leistungsarten. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger/Leistungsarten_ab1995.pdf, zuletzt geprüft am 29.10.2018.

Büscher, Andreas; Budroni, Helmut; Hartenstein, Almut; Holle, Bernhard (2007): Auswirkungen von Vergütungsregelungen in der häuslichen Pflege. Ein Modellprojekt zur Einführung personenbezogener Budgets. In: *Pflege & Gesellschaft* 12 (4), S. 343–359.

Büscher, Andreas; Wingefeld, Klaus; Wibbeke, Daria; Loetz, Florian; Rode, Monika; Gruber, Eva Maria; Stomberg, Dalien (2018): Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in

der ambulanten Pflege. Abschlussbericht. Online verfügbar unter <https://www.gs-qsapflege.de/wp-content/uploads/2018/11/Verfahren-Qualita%CC%88t-ambulant-Abschlussbericht-HSOS-IPW-samt-Anha%CC%88ngen-13.-September-2018.pdf>, zuletzt geprüft am 19.03.2019.

Byrne, Gobnait; Brady, Anne-Marie; Griffith, Colin; Macgregor, Caitriona; Horan, Paul; Begley, Cecily (2006): The Community Client Need Classification System - a dependency system for community nurses. In: *Journal of nursing management* 14 (6), S. 437–446. DOI: 10.1111/j.1365-2934.2006.00672.x.

Cawthorn, Linda; Rybak, Lisa (2008): Workload measurement in a community care program. In: *Nursing economic\$* 26 (1), S. 45–48.

Chapman, Helen; Kilner, Margaret; Matthews, Rebekah; White, Abi; Thompson, Angela; Fowler-Davis, Sally; Farndon, Lisa (2017): Developing a caseload classification tool for community nursing. In: *British journal of community nursing* 22 (4), S. 192–196. DOI: 10.12968/bjcn.2017.22.4.192.

Dresing, Thorsten; Pehl, Thorsten (2018): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 8. Auflage. Marburg: Eigenverlag.

Field, Ella; Brett, Anna (2015): Safe staffing for adult nursing care in community settings.

Flick, Uwe (2011): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 4. Aufl., Orig.-Ausg., vollst. überarb. und erw. Neuausg. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl. (Rororo Rowohlt's Enzyklopädie, 55694). Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-499-55694-4>.

Flynn, Betty; Kellagher, Mairi; Simpson, Jacqui (2010): Workload and workforce planning: tools, education and training. In: *Nurs Manag (Harrow)* 16 (10), S. 32–35. Online verfügbar unter <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=buh&AN=48844554&site=ehost-live>.

Francis, Rohin (2013): Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry - Executive Summary. London. Online verfügbar unter <https://www.gov.uk/government/publications/report-of-the-mid-staffordshire-nhs-foundation-trust-public-inquiry>.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2019): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie), vom in der Fassung vom 17.09.2009, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz. Nr. 21a vom 09.02.2010, in Kraft getreten am 10.02.2010; zuletzt geändert am 17.01.2019, veröffentlicht

im Bundesanzeiger BAnz AT 21.02.2019 B2, in Kraft getreten am 22.02.2019. Online verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1770/HKP-RL_2019-01-17_iK-2019-02-22.pdf, zuletzt geprüft am 23.07.2019.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2018a): Gesundheitsausgaben in Deutschland in Mio. €. Gliederungsmerkmale: Jahre, Art der Einrichtung, Art der Leistung, Ausgabenträger. Art der Einrichtung: Ambulante Pflege. Online verfügbar unter http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_PROC?_XWD_402/1/XWD_CUBE.DRILL/_XWD_430/D.000/3722#SOURCES, zuletzt geprüft am 29.10.2018.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2018b): Gesundheitsausgaben in Deutschland in Mio. €. Gliederungsmerkmale: Jahre, Art der Einrichtung, Art der Leistung, Ausgabenträger. Art der Einrichtung: Ambulante Pflege, Art der Leistung: Gesundheitsausgaben. Online verfügbar unter http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=76245380&nummer=322&p_sprache=D&p_indsp=33297155&p_aid=3216507, zuletzt geprüft am 29.10.2018.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2018c): Häusliche Krankenpflege/Behandlungspflege der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung, Leistungsfälle, Leistungstage und Tage je Fall. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Geschlecht, Leistungsart, Kassenart, Versichertengruppe. Geschlecht: Beide Geschlechter, Leistungsart: Kranken-, Behandlungspflege insgesamt, Kassenart: Gesetzliche Krankenkassen insgesamt, Versicherten-
gruppen: GKV-Versicherte insgesamt (GKV). Online verfügbar unter http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=95264735&nummer=300&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=71966669, zuletzt geprüft am 29.10.2018.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2019): Tabelle (gestaltbar): Bevölkerung nach Geschlecht und Alter.

GKV-Spitzenverband (2018a): Faktenblatt. Thema: Pflegeversicherung. Online verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2018/Faktenblatt_Pflege_2018_03_15.pdf.

GKV-Spitzenverband (2018b): Pressemitteilung. Die Pflegeversicherung boomt. Online verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2018/PM_2018-05-17_Die_Pflegeversicherung_boomt.pdf.

Gläser, Jochen; Laudel, Grit (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag (Lehrbuch). Online verfügbar unter <http://d-nb.info/1002141753/04>.

Goldstone, L. A.; Wing, S.; Barker, L.; Hughes, A. (2000): But who will make the visits? A patient-related information system for management in district nursing. In: *Health Informatics Journal* 6 (1), S. 39–44. DOI: 10.1177/146045820000600108.

Grafen, May; Mackenzie, Fiona C. (2015): Development and early application of the Scottish Community Nursing Workload Measurement Tool. In: *British journal of community nursing* 20 (2), S. 89–92. DOI: 10.12968/bjcn.2015.20.2.89.

Hasselhorn, Hans-Martin; Müller, Bernd Hans; Tackenberg, Peter; Kümmerling, Angelika; Simon, Michael (2005): Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Bremerhaven: Wirtschaftsverl. NW, Verl. für Neue Wiss (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Übersetzung, 15).

Heiber, Andreas; Nett, Gerd (2018a): Chaos statt System. Die Vergütung in den einzelnen Bundesländern. Teil 2 des Beitrages. In: *Häusliche Pflege* 09/2018, S. 40–45. Online verfügbar unter https://www.syspra.de/fileadmin/veroeffentlichungen/haeusliche_pflege/hp_09_2018.pdf, zuletzt geprüft am 28.08.2019.

Heiber, Andreas; Nett, Gerd (2018b): Föderales Stückwerk. Die Vergütung in den einzelnen Bundesländern. In: *Häusliche Pflege* 08/2018, S. 18–24. Online verfügbar unter https://www.syspra.de/fileadmin/veroeffentlichungen/haeusliche_pflege/hp_08_2018.pdf, zuletzt geprüft am 28.08.2019.

Helfferich, Cornelia (2009): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 3., überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-531-91858-7>.

Hurst, Keith (2006): Primary and community care workforce planning and development. In: *Journal of advanced nursing* 55 (6), S. 757–769. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2006.03966.x.

IPW (2019): Förderung der Ergebnisorientierung in der ambulanten Pflege. Projektbeschreibung. Online verfügbar unter https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/ipw/projekte/eq_ambulant.html, zuletzt geprüft am 22.08.2019.

Isfort, Michael; Weidner, Frank; Rottländer, Ruth; Gehlen, Danny; Hylla, Jonas; Tucman, Daniel (2016): Pflege-Thermometer 2016. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der ambulanten Pflege. Online verfügbar unter https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Endbericht_Pflege-Thermometer_2016-MI-2.pdf, zuletzt geprüft am 02.07.2018.

Isfort, Michael; Weidner, Frank, Messner, T; et al. (2004): Pflege-Thermometer 2004. Frühjahrsbefragung zur Personalsituation, zu Rahmenbedingungen und zum Leistungsspektrum der ambulanten Pflegedienste in Deutschland. Köln.

Jackson, Carolyn; Leadbetter, Tricia; Martin, Anne; Wright, Toni; Manley, Kim (2015a): Making the complexity of community nursing visible: the Cassandra project. In: *British journal of community nursing* 20 (3), 126, 128-33. DOI: 10.12968/bjcn.2015.20.3.126.

Jackson, Carolyn; Leary, Alison; Wright, Toni; Leadbetter, Tricia; Martin, Anne; Manley, Kim (2015b): The Cassandra Project. Recognising the multidimensional complexity of community nursing for workforce development. [Canterbury]: England Centre for Practice Development, Canterbury Christ Church University.

Jones, Andrea; Russell, Sylvia (2007): Equitable distribution of district nursing staff and ideal team size. In: *J COMMUNITY NURS* 21 (6), S. 4–9. Online verfügbar unter <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106176705&site=ehost-live>.

Kane, Kay (2008): Caseload analysis in district nursing: the impact on practice. In: *British journal of community nursing* 13 (12), 567-8, 570-3. DOI: 10.12968/bjcn.2008.13.12.31833.

Kane, Kay (2014): Capturing district nursing through a knowledge-based electronic caseload analysis tool (eCAT). In: *British journal of community nursing* 19 (3), 116, 118-24. DOI: 10.12968/bjcn.2014.19.3.116.

Kellagher, Mairi (2010): Workload and workforce planning: developing a learning toolkit. In: *Nurs Manag (Harrow)* 17 (1), S. 32–34. Online verfügbar unter <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105168330&site=ehost-live>.

Kellmayer, Marlies (1998): Personalbedarfsplanung in der ambulanten Kranken- und Altenpflege von Sozialstationen auf der Grundlage eines klientenorientierten Konzepts. Pflegesituation und häusliches Umfeld als wesentliche Determinanten des Mitarbeiterbedarfs. Zugl.: Stuttgart, Univ., Diss., 1997. Hamburg: Kovac (Schriftenreihe betriebswirtschaftliche Forschungsergebnisse, 80).

Kirby, Esther; Hurst, Keith (2014): Using a complex audit tool to measure workload, staffing and quality in district nursing. In: *British journal of community nursing* 19 (5), S. 219–223. DOI: 10.12968/bjcn.2014.19.5.219.

Klein, Barbara; Gaugisch, Petra; Stopper, Katrin (2008): »Pflege 2015«: Neue Arbeitsanforderungen und zukünftige Qualifizierungsbedarfe. Stuttgart.

Lindner-Lohmann, Doris; Lohmann, Florian; Schirmer, Uwe (2016): Personalmanagement. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

Lockhart, Karen (2010): Workload and workforce planning: devolving the programme. In: *Nurs Manag (Harrow)* 17 (3), S. 24–27. Online verfügbar unter <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105214762&site=ehost-live>.

Lockhart, Karen; Barkby, Irene; Kellagher, Mairi (2010): Workload and workforce planning: taking a national approach. In: *Nurs Manag (Harrow)* 16 (9), S. 32–34. Online verfügbar unter <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=20222230&site=ehost-live>.

Mayer, Horst O. (2013): Interview und schriftliche Befragung. Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung. 6., überarb. Aufl. München: Oldenbourg (Sozialwissenschaften 10-2012). Online verfügbar unter <http://www.oldenbourg-link.com/isbn/9783486706918>.

Mayring, Philipp (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarb. Aufl. Weinheim: Beltz (Beltz Pädagogik). Online verfügbar unter http://content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783407293930.

Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (2009): Das Experteninterview — konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage. In: Susanne Pickel, Gert Pickel, Hans-Joachim Lauth und Detlef Jahn (Hg.): Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft: Neue Entwicklungen und Anwendungen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 465–479. Online verfügbar unter https://doi.org/10.1007/978-3-531-91826-6_23.

NHS Education for Scotland (NES) (2013): Learning Toolkit. Nursing and Midwifery Workload and Workforce Planning. Second Edition. Online verfügbar unter https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjS-6yxzYXcAhUhm5oK-HeJ7B9UQFgg0MAE&url=http%3A%2F%2Fwww.nes.scot.nhs.uk%2Fmedia%2F248268%2Fnursing_midwifery_workforce_toolkit.pdf&usq=AOvVaw1uw3fA8HSvitSSpw5S-qv_, zuletzt geprüft am 04.07.2018.

Pfadenhauer, Michaela (2009): Das Experteninterview. In: Renate Buber und Hartmut H. Holzmüller (Hg.): Qualitative Marktforschung: Konzepte – Methoden – Analysen. Wiesbaden: Gabler, S. 449–461. Online verfügbar unter https://doi.org/10.1007/978-3-8349-9441-7_28.

Pickel, Susanne; Pickel, Gert; Lauth, Hans-Joachim; Jahn, Detlef (Hg.) (2009): Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft: Neue Entwicklungen und Anwendungen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Reid, Bernie; Kane, Kay; Curran, Carol (2008): District nursing workforce planning: a review of the methods. In: *British journal of community nursing* 13 (11), S. 525–530. DOI: 10.12968/bjcn.2008.13.11.31525.

Roberson, Carole (2016): Caseload management methods for use within district nursing teams: a literature review. In: *British journal of community nursing* 21 (5), S. 248–255. DOI: 10.12968/bjcn.2016.21.5.248.

Robert Koch-Institut (Hg.) (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und DESTATIS. Unter Mitarbeit von Anke-Christine Saß. Robert Koch-Institut (RKI). Berlin: Robert Koch-Institut (Gesundheitsberichterstattung des Bundes).

Rodriguez, Carlos; Garaix, Thierry; Xie, Xiaolan; Augusto, Vincent (2015): Staff dimensioning in homecare services with uncertain demands. In: *International Journal of Production Research* 53 (24), S. 7396–7410. DOI: 10.1080/00207543.2015.1081427.

Rothgang, Heinz; Kalwitzki, Thomas; Müller, Rolf; Runte, Rebecca; Unger, Rainer (2016): Barmer GEK Pflegereport 2016. November 2016. Siegburg: Asgard-Verlagsservice GmbH (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, 42).

Rothgang, Heinz; Kulik, Dawid; Müller, Ralf; Unger, Rainer (2009): GEK-Pflegereport 2009. Schwerpunktthema: Regionale Unterschiede in der pflegerischen Versorgung (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, 73).

Royal Collage of Nursing (2013): District nursing – harnessing the potential sets out the RCN's position on district nursing. RCN. London.

Royal College of Nursing (2010): Guidance on safe nurse staffing levels in the UK. London: RCN.

Schmidt; Manuela; Schneekloth, Ulrich (2011): Abschlussbericht zur Studie »Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes« - Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin.

Sießegger, Thomas (2004/2005): KPD No 001 c Personalbedarfsberechnung / 1. Anleitung. Hamburg.

Sießegger, Thomas (2013): Diskussion zu den Wechselwirkungen von Stundensätzen neben einem System der Abrechnung nach Leistungskomplexen im Zuge der Umsetzung der Anforderungen des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes. Hg. v. PARITÄTISCHER Wohlfahrtsverband Landesverband Berlin e. V. Online verfügbar unter https://www.paritaet-berlin.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Aktuelles/Gutachten_PNG_Wechselwirkungen_Siessegger.pdf.

Sießegger, Thomas (2015): Personalbedarfsberechnung für „neue Dienstleistungen“ v.a. im Rahmen des 1. Pflegestärkungsgesetzes.

Sießegger, Thomas (2017): Wirtschaftliches Steuern in ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten. Augsburg: euregon AG.

Simpson J; Barkby I; Lockhard K (2010): Workload and workforce planning: supplementary staffing...fourth of five articles. In: *Nurs Manag (Harrow)* 17 (2), S. 24–28. Online verfügbar unter <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105191332&site=ehost-live>.

Smith, Anne; Jack, Kirsten (2012): Development of community nursing in the context of changing times. In: Sue Chilton, Karen Melling und Ann Clarridge (Hg.): *A Textbook of Community Nursing*. London: Hodder Education, S. 286–299.

Statistisches Bundesamt (2018a): Pflegestatistik 2017. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse. Wiesbaden. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse.html;jsessionid=29BD890162F617C27E7094EF8424CAA8.InternetLive2>, zuletzt geprüft am 30.01.2019.

Statistisches Bundesamt (2001a): 3. Kurzbericht: Pflegestatistik 1999. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Ländervergleich: Pflegeheime. Zweigstelle Bonn. Online verfügbar unter https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj0--bbzKHeAhUsqYsKHxVGD4QQFjADegQIB-BAC&url=https%3A%2F%2Fwww.destatis.de%2FDE%2FPublikationen%2FThematisch%2FSoziales%2FSozialpflege3Bericht1999.pdf%3F__blob%3Dpublication-File&usg=AOvVaw3Mu-FIWQquFxFh2iW2EkjX, zuletzt geprüft am 25.10.2018.

Statistisches Bundesamt (2001b): 4. Kurzbericht: Pflegestatistik 1999. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Ländervergleich: ambulante Pflegedienste. Zweigstelle Bonn. Online verfügbar unter https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj0--bbzKHeAhUsqYsKHxVGD4QQF-jACegQIBxAC&url=https%3A%2F%2Fwww.destatis.de%2FDE%2FPublikationen%2FThematisch%2FSoziales%2FSozialpflege4Bericht1999.pdf%3F__blob%3Dpublication-File&usg=AOvVaw2adTwRhO9NmM7TYE7uAWdT, zuletzt geprüft am 25.10.2018.

Statistisches Bundesamt (2001c): Kurzbericht: Pflegestatistik 1999. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse. Zweigstelle Bonn. Online verfügbar unter https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj0--bbzKHeAhUsqYsKHxVGD4QQF-jAAegQICRAC&url=http%3A%2F%2Fwww.carelounge.de%2Fpflegeberufe%2Fpolitik%2Fstudien_enquetepflege_Pflegestatistik99.pdf&usg=AOvVaw1nshnozWnwo5X1Skn9yUT, zuletzt geprüft am 25.10.2018.

Statistisches Bundesamt (2003a): 3. Bericht: Pflegestatistik 2001. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Ländervergleich: Ambulante Pflegedienste. Zweigstelle Bonn. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/Sozialpflege3Bericht2001.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 25.10.2018.

Statistisches Bundesamt (2003b): 4. Bericht: Pflegestatistik 2001. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Ländervergleich: Pflegeheime. Zweigstelle Bonn. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/Sozialpflege4Bericht2001.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 25.10.2018.

Statistisches Bundesamt (2003c): Bericht: Pflegestatistik 2001. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse. Zweigstelle Bonn. Online verfügbar unter https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjz5-e9zqHeAhXC8qQKHdlzDVEQF-jAAegQICRAC&url=https%3A%2F%2Fwww.destatis.de%2FDE%2FPublikationen%2FThematisch%2FSoziales%2FSozialpflege1Bericht2001.pdf%3F__blob%3Dpublication-File&usg=AOvVaw3c1o58jDOk2HG58PK9hAfn, zuletzt geprüft am 25.10.2018.

Statistisches Bundesamt (2005a): 3. Bericht: Pflegestatistik 2003. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Ländervergleich: Ambulante Pflegedienste. Zweigstelle Bonn. Online verfügbar unter https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjuz9zR16HeAhXqplsKHcu3A7cQFjABegQIC-BAC&url=https%3A%2F%2Fwww.destatis.de%2FDE%2FPublikationen%2FThematisch%2FSoziales%2FSozialpflege3Bericht2003.pdf%3F__blob%3Dpublication-File&usg=AOvVaw1SGaVu2GWetQ_fhIRcKWHh, zuletzt geprüft am 25.10.2018.

Statistisches Bundesamt (2005b): 4. Bericht: Pflegestatistik 2003. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Ländervergleich: Pflegeheime. Zweigstelle Bonn. Online verfügbar unter https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjuz9zR16HeAhXqplsKHcu3A7cQFjACegQIBxAC&url=https%3A%2F%2Fwww.destatis.de%2FDE%2FPublikationen%2FThematisch%2FSoziales%2FSozialpflege4Bericht2003.pdf%3F__blob%3DpublicationFile&usg=AOvVaw0FBj8YNQF-qJemcDteldhf, zuletzt geprüft am 25.10.2018.

Statistisches Bundesamt (2005c): Bericht: Pflegestatistik 2003. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Zweigstelle Bonn. Online verfügbar unter <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjuz9zR16HeAhXqplsKHcu3A7cQFjAAegQIC->

RAC&url=https%3A%2F%2Fwww.destatis.de%2FDE%2FPublikationen%2FThematisch%2FSoziales%2FSozialpflege1Bericht2003.pdf%3F__blob%3Dpublication-File&usg=AOvVaw0VhiuhhT5J589Ms1CGitwo, zuletzt geprüft am 25.10.2018.

Statistisches Bundesamt (2007a): Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse. Wiesbaden. Online verfügbar unter http://p31156.typo3server.info/fileadmin/Dokumente_und_Bilder/PDF_Dokumente/Pflegestatistik_2005.pdf, zuletzt geprüft am 25.10.2018.

Statistisches Bundesamt (2007b): Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung 4. Bericht: Ländervergleich – Pflegeheime. Wiesbaden. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00012321/5224102059004.pdf;jsessionid=D28461B4AAAC4A10D8272DC121A42D3F, zuletzt geprüft am 25.10.2018.

Statistisches Bundesamt (2007c): Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. 3. Bericht: Ländervergleich – ambulante Pflegedienste. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00012314/5224101059004.pdf;jsessionid=A5D4666A5A96B36ECEA3CAFD7DC5DAF7, zuletzt geprüft am 25.10.2018.

Statistisches Bundesamt (2008a): Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse. Wiesbaden. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001079004.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 28.10.2018.

Statistisches Bundesamt (2008b): Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. 3. Bericht: Ländervergleich - ambulante Pflegedienste. Wiesbaden. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderAmbulantePflegedienste5224101079004.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 28.10.2018.

Statistisches Bundesamt (2008c): Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. 4. Bericht: Ländervergleich - Pflegeheime. Wiesbaden. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderPflegeheime5224102079004.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 28.10.2018.

Statistisches Bundesamt (2011a): Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse. Wiesbaden. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001099004.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 28.10.2018.

Statistisches Bundesamt (2011b): Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. 3. Bericht: Ländervergleich - ambulante Pflegedienste. Wiesbaden. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderAmbulantePfleagedienste5224101099004.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 28.10.2018.

Statistisches Bundesamt (2011c): Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. 4. Bericht: Ländervergleich - Pflegeheime. Wiesbaden, zuletzt geprüft am 28.10.2018.

Statistisches Bundesamt (2013a): Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00012302/5224001119004.pdf;jsessionid=07190B95DAA09127CB474081423F495B, zuletzt geprüft am 28.10.2018.

Statistisches Bundesamt (2013b): Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich - Ambulante Pflegedienste. Wiesbaden. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderAmbulantePfleagedienste5224101119004.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 28.10.2018.

Statistisches Bundesamt (2013c): Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich - Pflegeheime. Wiesbaden. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderPflegeheime5224102119004.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 28.10.2018.

Statistisches Bundesamt (2013d): Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Kreisvergleich. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/_inhalt.html#sprg234062.

Statistisches Bundesamt (2015): Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001139004.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 28.10.2018.

Statistisches Bundesamt (2016a): Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich - Ambulante Pflegedienste. Wiesbaden. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderAmbulantePfleagedienste5224101139004.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 28.10.2018.

Statistisches Bundesamt (2016b): Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich - Pflegeheime 2013. Wiesbaden. Online verfügbar unter

https://www.destatis.de/DE/ Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderPflegeheime5224102139004.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 28.10.2018.

Statistisches Bundesamt (2017a): Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse. Wiesbaden. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/ Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001159004.pdf;jsessionid=8A64A77C93433103C76CDEAA296DB004.InternetLive2?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 25.10.2018.

Statistisches Bundesamt (2017b): Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich - Ambulante Pflegedienste. Wiesbaden. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/ Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderAmbulantePflegedienste5224101159004.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 25.10.2018.

Statistisches Bundesamt (2017c): Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich - Pflegeheime. Wiesbaden. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/ Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderPflegeheime5224102159004.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 25.10.2018.

Statistisches Bundesamt (2018a): Pflegestatistik 2017. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse. Wiesbaden. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001179004.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 13.08.2019.

Statistisches Bundesamt (2018b): Pflegestatistik 2017. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Ländervergleich - Ambulante Pflegedienste. Wiesbaden. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/ Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderAmbulantePflegedienste.html;jsessionid=29BD890162F617C27E7094EF8424CAA8.InternetLive2>, zuletzt geprüft am 30.01.2019.

Statistisches Bundesamt (2018c): Pflegestatistik 2017. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Ländervergleich - Pflegebedürftige. Wiesbaden. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/ Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderPflegebeduerftige.html;jsessionid=29BD890162F617C27E7094EF8424CAA8.InternetLive2>, zuletzt geprüft am 30.01.2019.

Statistisches Bundesamt (2018d): Pflegestatistik 2017. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Ländervergleich - Pflegeheime. Wiesbaden. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/ Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderPflegeheime.html>, zuletzt geprüft am 30.01.2019.

Statistisches Landesamt Bremen (2018): Statistisches Jahrbuch 2018. Online verfügbar unter https://www.statistik.bremen.de/publikationen/statistisches_jahrbuch-2018, zuletzt geprüft am 27.08.2019.

Storey, Claire; Cheater, Francine; Ford, Jackie; Leese, Brenda (2009): Retention of nurses in the primary and community care workforce after the age of 50 years: database analysis and literature review. In: *Journal of advanced nursing* 65 (8), S. 1596–1605. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.05036.x.

Storfjell, J. L.; Allen, C. E.; Easley, C. E. (1997): Analysis and management of home health nursing caseloads and workloads. In: *The Journal of nursing administration* 27 (9), S. 24–33.

Strandås, Maria; Wackerhausen, Steen; Bondas, Terese (2019): Gaming the system to care for patients: a focused ethnography in Norwegian public home care. In: *BMC Health Services Research* 19 (1), S. 121. DOI: 10.1186/s12913-019-3950-3.

The Queen's Nursing Institute (2014): The District Nursing Workforce Planning Project. Literature Review. Online verfügbar unter https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjlgYadloDcAhWBh6YKHTAYDXgQFggqMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.qni.org.uk%2Fwp-content%2Fuploads%2F2016%2F09%2Fworkforce_planning_literature_review.pdf&usq=AOvVaw0WnWQ8_znrpMoPQcju99q, zuletzt geprüft am 02.07.2018.

Thomas, Linda M.; Reynolds, Trudy; O'Brien, Loretta (2006): Innovation and change: shaping district nursing services to meet the needs of primary health care. In: *Journal of nursing management* 14 (6), S. 447–454. DOI: 10.1111/j.1365-2934.2006.00686.x.

Walker, Jackie; Hendry, Chris (2009): A review of literature on the measurement of patient dependency, workload and workload planning and allocation within the context of nursing in the community. New Zealand Institute of Community Health Care and the District Nurses' section of the New Zealand Nurses Organisation (NZNO).

Wingenfeld, Klaus; Büscher, Andreas (2017): Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Bielefeld/Osnabrück.

Wingenfeld, Klaus; Büscher, Andreas; Gansweid, Barbara (2008): Das neue Begutachtungssassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Studie im Rahmen des Modellprogramms nach § 8, Abs. 3 SGB XI im Auftrag der Spitzenverbände der Pflegekassen. Bielefeld.

Wingenfeld, Klaus; Büscher, Andreas; Schaeffer, Doris (2007): Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten. Studie im Rahmen des Modellprogramms nach § 8, Abs. 3 SGB XI im Auftrag der Spitzenverbände der Pflegekassen. Bielefeld.

Wiseman, F. M. (2010): WISEMAN WORKLOAD MEASURE GUIDANCE NOTES. Online verfügbar unter <http://www.qihub.scot.nhs.uk/media/216141/wwm.pdf>.

World Health Organization (2010): Workload Indicators of Staffing Need (WISN) - User's manual.

Anlagen

Anlage A: Leitfäden für die Expert*innenbefragung

Anlage B: Aufklärungs- und Einwilligungsschreiben Expert*innenbefragung

Anlage C: Aufklärungs- und Einwilligungsschreiben Zeiterhebung

Anlage D: Informationsschreiben für ambulante Pflegedienste

Anlage E: Leistungsbeschreibungen für die Erhebung von Zeitaufwänden

Anlage F: Erhebungsbogen für die Erhebung von Zeitaufwänden

A: Leitfäden für die Expert*innenbefragung

A1: Interviewleitfaden Unternehmensberater*innen

Erzählgenerierende Einstiegsfrage
Wie beurteilen Sie die aktuelle Personalsituation in der ambulanten Pflege?
Personalrekrutierung
Welche Strategien können ambulante Pflegedienste nutzen, um Personal zu rekrutieren? Welche Probleme bestehen?
Personalknappheit
Wie beurteilen Sie das Ausmaß der Personalknappheit bei den unterschiedlichen Qualifikationsniveaus?
Wie können Pflegedienste auf Personalknappheit und/oder plötzlichen Ausfall von Mitarbeitenden reagieren?
<i>Die Anzahl der Pflegebedürftigen, die von einer Pflegekraft betreut werden, hat sich seit 1999 verringert. Trotzdem wird zunehmend über starken Zeitdruck berichtet.</i> Was sind Einflussfaktoren, die dies begründen könnten?
Personalplanung
Wo sehen Sie Besonderheiten in der Personal(-bedarfs)planung in ambulanten Pflegediensten?
Wie erfolgt die Personal(-bedarfs)planung in einem ambulanten Pflegedienst? Welche Maßnahmen empfehlen Sie, um Personal zu planen? Was sind wichtige Einflussfaktoren, die bedacht werden müssen?
Was können Schwierigkeiten der Personalplanung ambulanter Pflegedienste sein?
Welche Empfehlungen haben Sie hinsichtlich des Personalmixes? Welche Rolle spielen Hilfskräfte / Fachkräfte?
Umgang mit flexiblen / variierenden Anforderungen in der ambulanten Pflege
Stellen Sie sich vor, Sie beraten Pflegedienste im Umgang mit der hohen Flexibilität bezüglich der Personalsituation. Welche Strategien schlagen Sie vor? Inwieweit stellt die Einstellung von Teilzeitkräften eine Strategie zum Umgang mit den variierenden Anforderungen dar?
Wie können Pflegedienste auf Zeiten reagieren, in denen die Nachfrage Pflegebedürftiger (z.B. durch plötzliche Krankenhauseinweisungen) rückläufig ist?
Personalfluktuaton
<i>Das Pflegethermometer 2018 hat herausgefunden, dass die Kündigung in der Probezeit durch die Einrichtung als zweithäufigster Grund für Personalfluktuaton genannt wird.</i> Können Sie das bestätigen und falls ja, welche Gründe stecken dahinter?
Inwieweit stellt die Kündigung der Mitarbeitenden durch die Einrichtungen eine Strategie zum Umgang mit den Anforderungen der ambulanten Pflegedienste dar?
Touren- / Einsatzplanung
Welche Empfehlungen sprechen Sie bezüglich der Einsatzplanung der Mitarbeitenden (z.B. feste Rythmen) aus?
Inwieweit können Pflegedienste die Bedürfnisse der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen berücksichtigen?
Vernetzung mit anderen Pflegediensten
Haben Sie Erfahrungen mit der Vernetzung ambulanter Pflegedienste untereinander? Welche Modelle sind Ihnen bekannt? Stellen Sie regionale Unterschiede in der Organisation der Pflegedienste fest?
Wünsche, Bedürfnisse, Erwartungen

Was ist aus Ihrer Sicht die wichtigste Frage zur Personal(bedarfs)planung in der ambulanten Pflege? Was wünschen Sie sich in diesem Zusammenhang für die Zukunft?
Abschluss
Möchten Sie mir noch etwas erzählen? Gibt es etwas von dem Sie denken es sei wichtig, aber ich habe Sie nicht danach gefragt? Haben Sie noch Fragen an mich?
Zusammenhang des Vergütungssystems und der Personalplanung
Welchen Einfluss hat die Vergütung der Leistungen auf die Personalplanung? Glauben Sie, dass sich die Personalbedarfsplanung bei einer Vergütung nach Zeit verändern würde? Wenn ja, wie?
Wie stehen Sie zu Leistungskomplexen bzw. der Vergütung nach Zeit? Wie sollte Ihrer Meinung nach die ambulante Pflege vergütet werden?

A2: Interviewleitfaden Pflegedienste und Verbände

Sofern es sich um einen Pflegedienst handelt, Informationen zu dem Pflegedienst:

- Wie viele Angestellte haben Sie in ihrem Pflegedienst (aufgeteilt nach Ausbildung, Voll-, Teilzeit)
- Wie viele Patient*innen betreuen Sie (aufgeteilt nach Pflegegraden)
- Privat, freigemeinnützig?
- Bundesland?

Erzählgenerierende Einstiegsfrage
Wie beurteilen Sie die aktuelle Personalsituation – ganz allgemein und in Ihrem Pflegedienst?
Personalrekrutierung
Welche Strategien haben Sie entwickelt, um Personal zu rekrutieren? Inwieweit stoßen Sie dabei auf Probleme? Welche Veränderungen haben sich in den letzten Jahren hinsichtlich der Personalrekrutierung ergeben?
Personalknappheit
Haben Sie Schwierigkeiten, offene Stellen zu besetzen? Wenn ja, welches Personal (Qualifikation) fehlt?
Wie gehen Sie mit Personalknappheit um? (z.B. Aufnahmestopp von weiteren Pflegebedürftigen, Überstunden des vorhandenen Personals) Wie stehen Sie zu dem Einsatz von Leiharbeitskräften?
Wie reagieren Sie auf den plötzlichen Ausfall eines Mitarbeitenden (z.B. Krankheit)? <i>Die Anzahl der Pflegebedürftigen, die von einer Pflegekraft betreut werden, hat sich gemäß der Pflegestatistik seit 1999 verringert. Trotzdem wird zunehmend über starken Zeitdruck berichtet.</i> Was sind Einflussfaktoren, die dies begründen könnten?
Personalplanung
Auf welcher Basis planen Sie ihr Personal (-bedarf)? Was sind wichtige Einflussfaktoren? (Inwieweit werden Fehlzeiten einkalkuliert?)
Inwieweit werden Zeiten für indirekte und nicht-patientenbezogene Pflegeleistungen (z.B. Wegezeit, Kommunikation, Organisation) bei der Personal(-bedarfs)planung berücksichtigt?
Nutzen Sie interne Referenzwerte für die Dauer verschiedener Leistungen (wie z.B. kleine Morgentoilette) für die Personalplanung?

<p>Auf welcher Grundlage werden diese bestimmt? Werden die Werte regelmäßig aktualisiert angepasst? Wenn ja, in welchen Zeitabständen?</p>
<p>Wie entscheiden Sie über den Personal-Mix? Wie planen Sie den Bedarf an unterschiedlichen Qualifikationsniveaus? Welche Rolle spielen Hilfskräfte / Fachkräfte? Wie werden Sie eingesetzt?</p>
<p>Umgang mit flexiblen / variierenden Anforderungen in der ambulanten Pflege</p>
<p>Welche Strategien der Personalplanung und -vorhaltung haben Sie entwickelt / sind Ihnen bekannt, um der hohen Flexibilität in der ambulanten Pflege gerecht zu werden? Inwieweit stellt die Einstellung von Teilzeitkräften eine Strategie zum Umgang mit den variierenden Anforderungen dar?</p>
<p>Wie reagieren Sie auf Zeiten, in denen die Nachfrage Pflegebedürftiger (z.B. durch plötzliche Krankenhauseinweisungen) rückläufig ist?</p>
<p>Personalfluktuaton</p>
<p>Welchen Einfluss haben häufige Personalwechsel auf die Personalplanung in der ambulanten Pflege?</p>
<p><i>Das Pflegethermometer 2018 hat herausgefunden, dass die Kündigung in der Probezeit durch die Einrichtung als zweithäufigster Grund für Personalfluktuaton genannt wird.</i> Können Sie das aus Ihrer Sicht bestätigen? Was glauben Sie, welche Gründe dahinter stecken?</p>
<p>Touren- / Einsatzplanung</p>
<p>Wie werden die Einsätze der Mitarbeitenden geplant? Gibt es feste Rhythmen (z.B. eine Woche arbeiten, eine Woche frei)? Wie weit im Voraus werden die Einsätze geplant?</p>
<p>Wie werden die Touren mit den kürzesten Wegen ermittelt?</p>
<p>Inwieweit können Sie die Bedürfnisse der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen berücksichtigen?</p>
<p>Wünsche, Bedürfnisse, Erwartungen</p>
<p>Was ist aus Ihrer Sicht die wichtigste Frage zur Personal(-bedarfs)planung in der ambulanten Pflege? Was muss passieren, um die Personalsituation in der ambulanten Pflege zu verändern? Was wünschen Sie sich in diesem Zusammenhang für die Zukunft?</p>
<p>Abschluss</p>
<p>Möchten Sie mir noch etwas erzählen? Gibt es etwas von dem Sie denken es sei wichtig, aber ich habe Sie nicht danach gefragt? Haben Sie noch Fragen an mich?</p>
<p>Vernetzung mit anderen Pflegediensten (bei Leitungen mehrerer Pflegedienste)</p>
<p><i>In anderen Ländern sind die Pflegedienste in staatlicher Hand, sodass eine Vernetzung zwischen den Pflegediensten stattfinden kann. Bei Engpässen in einem Team, können Mitarbeitende aus anderen Teams aushelfen.</i> Welche Formen der Vernetzung mit anderen Pflegediensten stehen Ihnen zur Verfügung? Nutzen Sie diese?</p>
<p>Zusammenhang des Vergütungssystems und der Personalplanung</p>
<p>Welchen Einfluss hat die Vergütung der Leistungen auf die Personalplanung? Glauben Sie, dass sich die Personalbedarfsplanung bei einer Vergütung nach Zeit verändern würde? Wenn ja, wie?</p>
<p>Wie stehen Sie zu Leistungskomplexen bzw. der Vergütung nach Zeit? Wie sollte Ihrer Meinung nach die ambulante Pflege vergütet werden?</p>
<p>Arbeitsbedingungen / -anforderungen</p>

Inwiefern gab es im Laufe der letzten Jahre Veränderungen der Arbeitsbedingungen / -anforderungen in der ambulanten Pflege?

A3: Interviewleitfaden Personalexpert*innen

Erzählgenerierende Einstiegsfrage
Welche Berührungspunkte hatten Sie bereits mit der Personalplanung im Bereich der ambulanten Pflege?
Personalrekrutierung
Welche Strategien können ambulante Pflegedienste nutzen, um Personal zu rekrutieren? Welche Probleme bestehen?
Personalknappheit
Was sind Strategien, um auf Personalknappheit und/oder plötzlichen Ausfall von Mitarbeitenden zu reagieren? Was lässt sich davon im ambulanten Bereich anwenden?
Personalplanung
Welche Kriterien müssen, aus Ihrer Sicht, bei der Personalplanung beachtet werden? Wie würden Sie hinsichtlich der Personal(-bedarfs)planung an die beschriebene Problematik im ambulanten Bereich herangehen? Welche Maßnahmen empfehlen Sie, um Personal zu planen? Was sind wichtige Kriterien, die beachtet werden müssen?
Welche Konzepte der Personal(-bedarfs)planung können auf den ambulanten Bereich übertragen werden? Gibt es hinsichtlich der Personalbedarfsplanung vergleichbare Branchen zur ambulanten Pflege und wie gehen diese mit flexiblen Anforderungen um?
Umgang mit flexiblen / variierenden Anforderungen in der ambulanten Pflege
Stellen Sie sich vor, Sie beraten Pflegedienste im Umgang mit der hohen Flexibilität bezüglich der Personalsituation. Welche Strategien schlagen Sie vor? Inwieweit stellt die Einstellung von Teilzeitkräften eine Strategie zum Umgang mit den variierenden Anforderungen dar?
Wie können Pflegedienste auf Zeiten reagieren, in denen die Nachfrage Pflegebedürftiger (z.B. durch plötzliche Krankenhauseinweisungen) rückläufig ist?
Personalfluktuaton
<i>Das Pflegethermometer 2018 hat herausgefunden, dass die Kündigung in der Probezeit durch die Einrichtung als zweithäufigster Grund für Personalfluktuaton genannt wird.</i> Was glauben Sie, welche Gründe dahinterstecken?
Inwieweit stellt die Kündigung der Mitarbeitenden durch die Einrichtungen eine Strategie zum Umgang mit den Anforderungen der ambulanten Pflegedienste dar?
Wünsche, Bedürfnisse, Erwartungen
Was ist aus Ihrer Sicht die wichtigste Frage zur Personal(-bedarfs)planung in der ambulanten Pflege?
Abschluss
Möchten Sie mir noch etwas erzählen? Gibt es etwas von dem Sie denken es sei wichtig, aber ich habe Sie nicht danach gefragt? Haben Sie noch Fragen an mich?

B: Aufklärungs- und Einwilligungsschreiben Expert*innenbefragung

B1: Aufklärungsschreiben

Hochschule Osnabrück | Albrechtstraße 30 | 49076 Osnabrück

Projektleiter:
Prof. Dr. Andreas Büscher
Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Caprivistraße 30a,
49076 Osnabrück
Tel.: +49(0)541 969-3591
E-Mail: a.buescher@hs-osnabrueck.de

Informations- und Aufklärungsschreiben für Teilnehmer und Teilnehmerinnen an der wissenschaftlichen Untersuchung zur "Personalbemessung in der ambulanten Pflege"

Sehr geehrte Studieninteressierte,

hiermit möchten wir Sie über ein Projekt zur Personalbemessung in der ambulanten Pflege informieren und für eine Teilnahme gewinnen.

Das Projekt „Empfehlungen zur Entwicklung von personellen Vorgaben für ambulante Pflegeeinrichtungen“ wird an der Hochschule Osnabrück als Unterauftrag für die Universität Bremen im Rahmen der vom Qualitätsausschuss Pflege vergebenen „Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI“ durchgeführt.

Der ambulante Sektor nimmt bei Fragen zur Personalbemessung eine besondere Rolle ein und eine sichere Personaleinsatzplanung, bei der pflegebedürftige Menschen die richtigen Pflegeleistungen durch eine entsprechend qualifizierte Pflegekraft zur richtigen Zeit in der eigenen Häuslichkeit erhalten, stellt eine große Herausforderung dar. Eine verlässliche und nachvollziehbare Personalvorhaltung und –einsatzplanung gehört zu den wesentlichen Existenzbedingungen von ambulanten Pflegediensten. Nach welchen Prinzipien diese erfolgt, ist jedoch weitestgehend unerforscht.

Als Teil des Forschungsprojektes sollen daher im Rahmen von Expert*innenbefragungen Erkenntnisse darüber gewonnen werden, auf welcher Basis sich derzeit die Überlegungen der Personalbemessung und Personaleinsatzplanung in der ambulanten Pflege stützen. Ziel ist es, Einsichten in die Personalplanung zu gewinnen und mögliche Konsequenzen für die Ableitung von Empfehlungen zum Personalmanagement und zur Personalvorbehaltung zu ziehen.

Anbei finden Sie das Informations- und Aufklärungsschreiben mit detaillierten Angaben zu dem geplanten Vorgehen und Ablauf.

I. Information über die Erhebung

Damit Sie uns von Ihrer Expertise bezüglich der Personalbemessung ambulanter Pflegedienste berichten können, würden wir gerne ein persönliches Interview mit Ihnen führen. Die genaue Dauer eines solchen Interviews ist nur bedingt vorhersehbar, wir gehen aber von einem zeitlichen Umfang von etwa 30 Minuten aus.

Die zeitlichen und räumlichen Rahmenbedingungen des Interviews werden wir mit Ihnen individuell vereinbaren. Um alle Informationen aus dem Gespräch genau erfassen zu können und eine ausführliche Auswertung zu ermöglichen, bitten wir um Ihre Zustimmung zu einer Aufnahme des Interviews. Nachstehend erhalten Sie einige Hinweise zu Fragen des Datenschutzes im Rahmen dieses Projekts.

II. Datenschutz

Allgemeine Informationen

(1) Verantwortlicher gem. Art. 4 Abs. 7 EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) ist:

Prof. Dr. Andreas Büscher
Adresse: Hochschule Osnabrück, Albrechtstraße 30, 49076 Osnabrück
Telefon: +49(0)541 969-3591
Telefax: +49(0541) 969-2971
E-Mail: a.buescher@hs-osnabrueck.de
Webseite: <https://www.hs-osnabrueck.de/prof-dr-andreas-buescher/>

Den Datenschutzbeauftragten der Hochschule Osnabrück, Herrn Prof. Dr. Alfred Scheerhorn, erreichen Sie unter: datenschutz@hs-osnabrueck.de oder unserer Postadresse (siehe oben) mit dem Zusatz „Datenschutzbeauftragter“

(2) Sie haben gegenüber uns folgende Rechte hinsichtlich der Sie betreffenden personenbezogenen Daten:

- Recht auf Auskunft,
- Recht auf Berichtigung,
- Recht auf Löschung,
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung,
- Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung
- Recht auf Datenübertragbarkeit

sofern diese Rechte nicht durch § 27 Abs. 2 BDSG oder anderen Gesetzen im Rahmen der Datenverarbeitung zu wissenschaftlichen Zwecken eingeschränkt sind. Sie haben zudem das Recht, sich bei einer Datenschutz-Aufsichtsbehörde über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten in unserem Unternehmen zu beschweren.

(3) Bei Anliegen, Fragen oder Beschwerden zur Datenverarbeitung und zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Anforderungen können Sie sich selbstverständlich auch jederzeit an die Studienleiterin / den Studienleiter wenden. Die Kontaktdaten finden Sie oben in diesem Schreiben.

(4) Die Studienleitung wird alle angemessenen Schritte unternehmen, um den Schutz Ihrer Daten gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) und anderen Gesetzen zu gewährleisten. Die Daten sind gegen unbefugten Zugriff gesichert. Die personenbezogenen Daten werden anonymisiert, sobald dies nach dem Forschungszweck möglich ist, es sei denn berechnete Interessen der betroffenen Person stehen dem entgegen. Bis dahin werden die Merkmale gesondert gespeichert, mit denen Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse einer bestimmten oder bestimmbarer Person zugeordnet werden können. Sie werden mit den Einzelangaben nur zusammengeführt, soweit der Forschungszweck dies erfordert.

(5) Der Verantwortliche wird personenbezogene Daten nur veröffentlichen, wenn Sie in die Veröffentlichung ausdrücklich eingewilligt haben.

(6) Sie haben das Recht, Ihre datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung jederzeit zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Studienspezifische Informationen

Im Folgenden informieren wir Sie über die Erhebung personenbezogener Daten in Zusammenhang mit dem oben genannten Forschungsprojekt.

(1) Beschreibung und Umfang der Datenverarbeitung

Das Interview wird mit Ihrem Einverständnis auf einem Tonträger aufgezeichnet. Anschließend wird es verschriftlicht, um es wissenschaftlich auswerten zu können. Ihr Name wird unkenntlich gemacht, damit ein Rückschluss auf Ihre Person nicht möglich ist. Die Tonbandaufnahmen werden in einem passwortgeschützten Bereich als Dateien im PC gespeichert und nach der Transkription gelöscht. Die Aufnahmen auf dem Gerät werden sofort nach der Überspielung auf den PC gelöscht.

Für die weitere wissenschaftliche Auswertung der Interviewtexte werden alle Angaben, die zu einer Identifizierung der Person führen könnten, verändert oder aus dem Text entfernt. In wissenschaftlichen Veröffentlichungen werden Interviews nur in Ausschnitten zitiert, um sicherzustellen, dass eine Identifizierung der interviewten Person durch den Gesamtzusammenhang nicht möglich ist. Für die Beschreibung der Stichprobe dieser Untersuchung werden Sie als Expert*in gefragt, ob Sie mit der Nennung Ihres Namens einverstanden sind.

Personenbezogene Daten (Alter, Geschlecht, berufliche Qualifikation) werden von den Interviewdaten getrennt und für Dritte unzugänglich gespeichert. Die Interviewtranskripte werden in einem verschließbaren Büro aufbewahrt und sind ebenfalls nicht für Dritte zugänglich. Die Transkripte sind pseudonymisiert. Ein Rückschluss auf den entsprechenden Proband*innen ist somit ausschließlich für die Forschenden möglich. Die Pseudonyme werden zum frühestmöglichen Zeitpunkt gelöscht, womit die Daten dann nur noch anonymisiert vorliegen.

(2) Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung

Rechtsgrundlage sind Art. 6 Abs. 1 lit a) und Art. 9 Abs. 2 lit. a) der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) und das Niedersächsische Datenschutzgesetz (NDSG) (z.B. § 13 Abs. 1, 3 NDSG) bzw. § 27 Abs. 1 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG).

(3) Zweck der Datenverarbeitung

Die leitfadengestützten Experten*inneninterviews werden geführt, um Informationen darüber zu bekommen, wie ambulante Pflegedienste ihre Personalplanung gestalten und ihre Personalbemessung vornehmen. Die Informationen werden benötigt, um das Gesamtprojektziel, nämlich die Erarbeitung von Empfehlungen zur Bemessung personeller Vorgaben in ambulanten Pflegediensten, zu erfüllen.

(4) Dauer der Speicherung

Alle erhobenen Daten werden über einen Zeitraum von 10 Jahren bei der Hochschule Osnabrück sicher gelagert und anschließend vernichtet. Zusätzlich können die erhobenen Daten in anonymisierter Form in einem anderen Forschungsprojekt weiter verwendet werden. Dieses benötigt jedoch die Genehmigung der Projektverantwortlichen.

(5) Widerspruchs- und Beseitigungsmöglichkeit

Die Teilnahme an der Studie erfolgt freiwillig. Sie haben das Recht, Ihre gegebene Einwilligung zur Studienteilnahme oder zur Weiterverarbeitung Ihrer Daten jederzeit zu widerrufen und die Studienteilnahme zu beenden. Wir weisen darauf hin, dass bereits anonymisierte Daten und Daten, die in wissenschaftliche Auswertungen eingeflossen sind, nicht mehr auf Wunsch gelöscht/vernichtet werden können.

B2: Einwilligungsschreiben Expert*innenbefragung

Hochschule Osnabrück | Albrechtstraße 30 | 49076 Osnabrück

Projektleiter:
Prof. Dr. Andreas Büscher
Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Caprivistraße 30a,
49076 Osnabrück
Tel.: +49(0)541 969-3591
E-Mail: a.buescher@hs-osnabrueck.de

Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten für das Forschungsprojekt „Personalbemessung in der ambulanten Pflege“

(Name der Forscherin /des Forschers) _____ hat am
_____ mit mir _____

(Name Proband*in) ein ausführliches Informationsgespräch über Art, Umfang und Bedeutung des oben genannten Projektes geführt. Verantwortlicher Träger des Projektes ist die Hochschule Osnabrück.

Das Projekt soll der Erarbeitung von Empfehlungen zur Bemessung personeller Vorgaben in ambulanten Pflegediensten dienen. Im Vordergrund der Betrachtungen stehen dabei mögliche Empfehlungen zum Personalmanagement und zur Personalvorhaltung.

Mir ist erläutert worden, dass bei dieser Studie personenbezogene Daten verarbeitet werden sollen. Mir ist insbesondere bekannt, zu welchem Zweck in welchem Umfang, auf welcher Rechtsgrundlage, wie lange meine Daten gespeichert werden und welche Rechte ich gegenüber der verantwortlichen Stelle hinsichtlich meiner personenbezogenen Daten habe. Ein entsprechendes Informationsschreiben habe ich erhalten.

Mir ist bekannt, dass die Teilnahme freiwillig ist und ich sie jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne persönlichen Nachteil schriftlich oder mündlich widerrufen kann. Meine Daten werden dann vollständig gelöscht. Hierüber erhalte ich eine Nachricht.

Ich erkläre mich bereit, an dem Forschungsprojekt zur Personalbemessung in der ambulanten Pflege teilzunehmen und willige in die hiermit verbundene und mir bekannte Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ein. Soweit besondere personenbezogene Daten im Sinne des Art. 9 DS-GVO, wie etwa Gesundheitsdaten, erhoben werden, bezieht sich meine Einwilligung auch auf diese Angaben.

Mit der Nennung meines Namens als Teilnehmer*in der Studie bin ich

- einverstanden**
 nicht einverstanden

Das Informationsschreiben und ein Exemplar dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift der Probandin / des Probanden

C: Aufklärungs- und Einwilligungsschreiben Zeiterhebung

C1: Aufklärungsschreiben Pflegebedürftige

Hochschule Osnabrück | Albrechtstraße 30 | 49076 Osnabrück

Projektleiter:
Prof. Dr. Andreas Büscher
Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Caprivistraße 30a,
49076 Osnabrück
Tel.: +49(0)541 969-3591
E-Mail: a.buescher@hs-osnabrueck.de

Informations- und Aufklärungsschreiben zur wissenschaftlichen Untersuchung zur "Personalbemessung in der ambulanten Pflege"

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit möchten wir Sie über ein Forschungsprojekt informieren und für eine Teilnahme gewinnen. An der Hochschule Osnabrück wird derzeit ein Projekt zur Personalbemessung in der ambulanten Pflege durchgeführt.

Der demografische Wandel, eine steigende Zahl an pflegebedürftigen Menschen und die Zunahme chronischer Erkrankungen stellen die Pflegedienste vor immer neue Herausforderungen. Um zu gewährleisten, dass die pflegebedürftigen Menschen die richtigen Pflegeleistungen durch eine entsprechend qualifizierte Pflegekraft zur richtigen Zeit in der eigenen Häuslichkeit erhalten, gehört eine verlässliche und nachvollziehbare Personalplanung und -einsatzplanung zu den wesentlichen Existenzbedingungen von ambulanten Pflegediensten. Bislang ist weitestgehend unbekannt, nach welchen Prinzipien diese erfolgt.

Das Ziel des Projektes ist daher, mögliche Ansätze zur einheitlichen Bemessung personeller Vorgaben für ambulante Pflegedienste abzuleiten. Zum Teil soll dies durch die Erhebung von Zeitaufwänden für pflegerische Leistungen erfolgen. Dazu ist geplant, Ihren Pflegedienst bei seinen Besuchen in Ihrem und anderen Haushalten zu begleiten und zu messen, wie viel Zeit verschiedene Pflegehandlungen in Anspruch nehmen.

Dieses Schreiben dient dazu, Sie über das Ziel der Studie und das Vorgehen in dem Forschungsprojekt zu informieren. Wenn Sie weitere Fragen haben, beantworten wir Ihnen diese gerne. Die Teilnahme an der Erhebung ist freiwillig.

I. Information über die Erhebung

Für die Erhebung der Zeitaufwände wird ein Mitarbeiter / eine Mitarbeiterin aus dem Projekt das Pflegepersonal bei den Hausbesuchen begleiten. Das bedeutet, dass während des Hausbesuchs bei Ihnen eine zusätzliche Person anwesend sein wird, die notiert, welche Pflegehandlungen von dem Pflegepersonal durchgeführt werden und wie viel Zeit diese in Anspruch nehmen. Die Begleitung wurde im Vorfeld mit dem Pflegedienst abgesprochen.

Das Ziel des Projektes soll es sein, Empfehlungen zum Personalmanagement und zur Personalvorhaltung in ambulanten Pflegediensten zu erarbeiten.

II. Datenschutz

Allgemeine Informationen

(1) Verantwortlicher gem. Art. 4 Abs. 7 EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) ist:

Prof. Dr. Andreas Büscher

Adresse: Hochschule Osnabrück, Albrechtstraße 30, 49076 Osnabrück

Telefon: +49(0)541 969-3591

Telefax: +49(0541) 969-2971

E-Mail: a.buescher@hs-osnabrueck.de

Webseite: <https://www.hs-osnabrueck.de/prof-dr-andreas-buescher/>

Den Datenschutzbeauftragten der Hochschule Osnabrück, Herrn Prof. Dr. Alfred Scheerhorn, erreichen Sie unter: datenschutz@hs-osnabrueck.de

oder unserer Postadresse (siehe oben) mit dem Zusatz „Datenschutzbeauftragter“

(2) Sie haben gegenüber uns folgende Rechte hinsichtlich der Sie betreffenden personenbezogenen Daten:

- Recht auf Auskunft,
- Recht auf Berichtigung,
- Recht auf Löschung,
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung,
- Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung
- Recht auf Datenübertragbarkeit

sofern diese Rechte nicht durch § 27 Abs. 2 BDSG oder anderen Gesetzen im Rahmen der Datenverarbeitung zu wissenschaftlichen Zwecken eingeschränkt sind. Sie haben zudem das Recht, sich bei einer Datenschutz-Aufsichtsbehörde über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten in unserem Unternehmen zu beschweren.

(3) Bei Anliegen, Fragen oder Beschwerden zur Datenverarbeitung und zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Anforderungen können Sie sich selbstverständlich auch jederzeit an die Studienleiterin / den Studienleiter wenden. Die Kontaktdaten finden Sie oben in diesem Schreiben.

(4) Die Studienleitung wird alle angemessenen Schritte unternehmen, um den Schutz Ihrer Daten gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) und anderen Gesetzen zu gewährleisten. Die Daten sind gegen unbefugten Zugriff gesichert. Die personenbezogenen Daten werden anonymisiert, sobald dies nach dem Forschungszweck möglich ist, es sei denn berechnete Interessen der betroffenen Person stehen dem entgegen. Bis dahin werden die Merkmale gesondert gespeichert, mit denen Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse einer bestimmten oder bestimmbarer Person zugeordnet werden können. Sie werden mit den Einzelangaben nur zusammengeführt, soweit der Forschungszweck dies erfordert.

(5) Der Verantwortliche wird personenbezogene Daten nur veröffentlichen, wenn Sie in die Veröffentlichung ausdrücklich eingewilligt haben. Im Rahmen dieser Studie ist eine solche Veröffentlichung personenbezogener Daten nicht vorgesehen (s. u.: „studienpezifische Informationen“).

(6) Sie haben das Recht, Ihre datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung jederzeit zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Studienspezifische Informationen

Im Folgenden informieren wir Sie über die Erhebung personenbezogener Daten in Zusammenhang mit dem oben genannten Forschungsprojekt.

(1) Beschreibung und Umfang der Datenverarbeitung

Die Protokolle der Zeiterfassung werden in einem verschließbaren Büro aufbewahrt und sind Dritten nicht zugänglich. Alle Daten werden ausschließlich von Personen gesichtet, die an der Forschung beteiligt sind. Dazu gehören die Projektleitung sowie die wissenschaftlichen Mitarbeitenden und Hilfskräfte. Die die Protokolle der Zeiterfassung werden anonymisiert erhoben. Ein Rückschluss auf den entsprechenden Probanden ist somit nicht möglich. Der Umfang der personenbezogenen Daten bezieht sich auf Angaben zu Alter, Geschlecht, Pflegegrad, Erkrankungen sowie Angaben zum Haushalt (Haushaltsgröße bzw. Anzahl der Haushaltsmitglieder).

(2) Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung

Rechtsgrundlage sind Art. 6 Abs. 1 lit a) und Art. 9 Abs. 2 lit. a) der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) und das Niedersächsisches Datenschutzgesetz (NDSG) (z.B. § 13 Abs. 1, 3 NDSG) bzw. § 27 Abs. 1 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG).

(3) Zweck der Datenverarbeitung

Die Daten werden ausgewertet, um einen Einblick zu bekommen, wie viel Zeit für verschiedene Pflegehandlungen verwendet wird. Die Informationen werden benötigt, um das Gesamtprojektziel, die Erarbeitung von Empfehlungen zur Bemessung personeller Vorgaben in ambulanten Pflegediensten, zu erfüllen.

(4) Dauer der Speicherung

Alle erhobenen Daten werden über einen Zeitraum von 10 Jahren bei der Hochschule Osnabrück sicher gelagert und anschließend vernichtet. Zusätzlich können die erhobenen Daten in anonymisierter Form in einem anderen Forschungsprojekt weiter verwendet werden. Dieses benötigt jedoch die Genehmigung der Projektverantwortlichen.

(5) Widerspruchs- und Beseitigungsmöglichkeit

Die Teilnahme an dem Projekt ist freiwillig. Sie haben das Recht, Ihre gegebene Einwilligung zur Studienteilnahme oder zur Weiterverarbeitung Ihrer Daten jederzeit zu widerrufen und die Studienteilnahme zu beenden. Wir weisen darauf hin, dass bereits anonymisierte Daten und Daten, die in wissenschaftliche Auswertungen eingeflossen sind, nicht mehr auf Wunsch gelöscht/vernichtet werden können.

C2: Einwilligungsschreiben Pflegebedürftige

Hochschule Osnabrück | Albrechtstraße 30 | 49076 Osnabrück

Projektleiter:
Prof. Dr. Andreas Büscher
Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Caprivistraße 30a,
49076 Osnabrück
Tel.: +49(0)541 969-3591
E-Mail: a.buescher@hs-osnabrueck.de

Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten für das Forschungsprojekt „Personalbemessung in der ambulanten Pflege“

(Name der Forscherin /des Forschers) _____ hat am
_____ mit mir _____

(Name Proband*in) ein ausführliches Informationsgespräch über Art, Umfang und Bedeutung des oben genannten Projektes geführt. Verantwortlicher Träger des Projektes ist die Hochschule Osnabrück.

Das Projekt soll der Erarbeitung von Empfehlungen zur Bemessung personeller Vorgaben in ambulanten Pflegediensten dienen. Im Vordergrund der Betrachtungen stehen dabei mögliche Empfehlungen zum Personalmanagement und zur Personalvorhaltung.

Mir ist erläutert worden, dass bei dieser Studie personenbezogene Daten verarbeitet werden sollen. Mir ist insbesondere bekannt, zu welchem Zweck in welchem Umfang, auf welcher Rechtsgrundlage, wie lange meine Daten gespeichert werden und welche Rechte ich gegenüber der verantwortlichen Stelle hinsichtlich meiner personenbezogenen Daten habe. Ein entsprechendes Informationsschreiben habe ich erhalten.

Mir ist bekannt, dass die Teilnahme freiwillig ist und ich sie jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne persönlichen Nachteil schriftlich oder mündlich widerrufen kann. Meine Daten werden dann vollständig gelöscht. Hierüber erhalte ich eine Nachricht. Ich erkläre mich bereit, an dem Forschungsprojekt zur Personalbemessung in der ambulanten Pflege teilzunehmen und willige in die hiermit verbundene und mir bekannte Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ein. Soweit besondere personenbezogene Daten im Sinne des Art. 9 DS-GVO, wie etwa Gesundheitsdaten, erhoben werden, bezieht sich meine Einwilligung auch auf diese Angaben.

Das Informationsschreiben und ein Exemplar dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift der Probandin / des Probanden

D Informationsschreiben für ambulante Pflegedienste

Kurzbeschreibung zur Erhebung von Zeitaufwänden in der ambulanten Pflege

Die Zielsetzung der Zeiterfassung besteht darin, Erkenntnisse über realistische und notwendige Zeitaufwände für Aufgaben und Leistungen der ambulanten Pflege zu erhalten, die dem neuen Begriff der Pflegebedürftigkeit entsprechen. Wie Sie wissen, sind die Rahmenvereinbarungen für die ambulante Pflege nach Einführung des neuen Begriffs der Pflegebedürftigkeit 2017 noch nicht verändert worden. Aus diesem Grund haben wir uns entschieden, das Projekt mit und bei ambulanten Pflegediensten durchzuführen, die die Möglichkeit einer Zeitvergütung vereinbart haben, weil diese eine größere Flexibilität in der Leistungserbringung ermöglicht. Welche Aufgaben und Leistungen dem neuen Begriff der Pflegebedürftigkeit aus fachlicher Sicht entsprechen, wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit in einer Expertise (Wingenfeld und Büscher 2017) zusammengefasst, die wir Ihnen gerne zur Verfügung stellen. Kurz gefasst geht es um die folgenden Aufgaben:

- Bereichsübergreifende pflegerische Aufgaben:
 - Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses
 - Beobachtung spezifischer Aspekte der Pflegesituation
 - Abwehr von gesundheitlichen Risiken
 - Kommunikation im Sinne von Absprachen und Aushandlungen
- Aufgaben im Zusammenhang mit den Aktivitäten und Lebensbereichen, die für die Bestimmung der Pflegebedürftigkeit maßgebend sind
 - Hilfen, Aufklärung, Beratung und Anleitung sowie zielgerichtete Ressourcenförderung bei beeinträchtigter Mobilität
 - Hilfen, Aufklärung, Beratung und Anleitung sowie zielgerichtete Ressourcenförderung hinsichtlich kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten
 - Umgebungsbezogene Maßnahmen, unmittelbar verhaltensbezogene Maßnahmen und Alltagsgestaltung bei psychischen Problemlagen und Verhaltensweisen sowie die Aufklärung, Beratung und Anleitung von Angehörigen in diesem Zusammenhang
 - Hilfen, Aufklärung, Beratung und Anleitung sowie zielgerichtete Ressourcenförderung im Bereich der Selbstversorgung bei der Ernährung, Körperpflege, Ausscheidung und des Sich-Kleidens
 - Unterstützung im Bereich des Umgangs mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (darunter fallen Maßnahmen zur Unterstützung des Selbstmanagements ebenso wie viele verordnungsfähigen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege)
 - Hilfen sowie Aufklärung, Beratung und Anleitung bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte
 - Hilfen sowie Aufklärung, Beratung und Anleitung bei der Haushaltsführung
 - Unterstützung pflegender Angehöriger zur Verbesserung der Pflegekompetenz und Reduzierung pflegebedingter Belastungen
- Indirekte Leistungen

Wir gehen davon aus, dass viele dieser Aufgaben bereits regulär von Ihnen erbracht werden. Für das Projekt ist es wichtig, dass eine Vorstellung besteht, wie diese Aufgaben fachlich angemessen

durchgeführt werden sollten. Dazu werden wir eine kurze Beschreibung der einzelnen Aufgabebereiche vornehmen.

Wie soll nun die Zeiterfassung stattfinden? In einem ersten Schritt würden wir gerne mit Ihnen abstimmen, ob und welche der genannten Aufgaben/Leistungen von Ihrem Pflegedienst erbracht werden. Sofern dem so ist - was wir hoffen - wäre zu entscheiden, bei welchen der von Ihnen versorgten Pflegebedürftigen die Leistungen erbracht werden und welche zustimmen würden, dass Sie auf Ihrer Tour durch eine Mitarbeiterin von uns begleitet werden. Sofern Sie bezogen auf die angesprochenen pflegerischen Aufgaben einen Fortbildungsbedarf in Ihrem Pflegedienst sehen, können wir vor der Erhebung von Zeitaufwänden gerne auch eine Fortbildungsveranstaltung in Ihrem Dienst anbieten. Nach Auswahl und Zustimmung der Pflegehaushalte würde ein Abgleich Ihrer Pflegeplanung mit unserer kurzen Beschreibung der Leistungen erfolgen. Diese erfolgt nicht mit dem Ziel, Ihr Vorgehen zu prüfen oder zu kritisieren, sondern eine Basis zu haben, den Zeitaufwand beurteilen zu können.

Danach würden dann Mitarbeiterinnen der Hochschule Osnabrück Mitarbeiter/innen Ihres Pflegedienstes auf deren Tour begleiten und erheben, wie hoch der Zeitaufwand für die einzelnen Aufgaben ist. Sofern es möglich ist, würden wir gerne jeden Haushalt zweimal besuchen. Nach Abschluss der Besuche/Touren sollte eine kurze Abstimmung erfolgen, ob es Gründe dafür gab, dass die Leistung nicht so erbracht wurde, wie es wünschenswert gewesen wäre. Diese werden dann ebenfalls festgehalten.

Ausdrücklich möchten wir darauf hinweisen, dass die erhobenen Daten pseudonymisiert werden und keine Rückschlüsse auf Sie, Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und die pflegebedürftigen Menschen möglich sind. Weitere Hinweise zum Datenschutz werden wir Ihnen vor der eigentlichen Zeiterhebung noch übermitteln.

Wozu können die erhobenen Zeiten verwendet werden?

Wie eingangs erwähnt, ist das Ziel die Erhebung von realistischen und notwendigen Zeitaufwänden für wichtige Aufgaben der ambulanten Pflege. Bislang ist es in der Regel so, dass die Dauer und der Umfang der Leistungen sich im Kern am vereinbarten Preis orientieren. Um in Zukunft Preise vereinbaren zu können, die einem fachlichen Verständnis der Notwendigkeit und Dauer dieser Aufgaben entsprechen, sollen die erhobenen Zeitaufwände herangezogen werden.

Das Projekt hat einen eher explorativen Charakter, d. h. es geht nicht um eine repräsentative Stichprobe, sondern um einen wichtigen Einblick in die Realität der ambulanten Pflege auf Basis einer ausreichenden Grundlage. Als solche sehen wir die Einbeziehung von 50 Pflegehaushalten insgesamt an. Um diese Zahl zu erreichen, streben wir die Kooperation mit etwa 10 Pflegediensten an, was einer durchschnittlichen Zahl von 5 Haushalten pro Pflegedienst entspricht. Sofern in Ihrem Pflegedienst mehr Haushalte einbezogen werden können, wäre das sehr schön. Sollten weniger Pflegebedürftige zustimmen, so wäre das andererseits kein Grund, sich nicht zu beteiligen. Wir freuen uns über jeden Haushalt, den wir einbeziehen können.

Weitere Informationen und Kontakt:

Prof. Dr. Andreas Büscher, a.buescher@hs-osnabrueck.de, Tel. 0541/969-3591

Eva Maria Gruber, eva.gruber@hs-osnabrueck.de, Tel. 0541/969-3796

Dorit Schröder, d.schroeder.2@hs-osnabrueck.de, Tel. 0541/969-3796

E: Leistungsbeschreibungen für die Erhebung von Zeitaufwänden

Basis der nachfolgenden Leistungsbeschreibungen ist die Expertise „Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ – im Folgenden: BMG-Expertise- (Wingenfeld und Büscher 2017), die im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit verfasst wurde. Ergänzend wurden konzeptionelle Überlegungen zur Beschreibung fachlicher Anforderungen aus dem Vorschlag für das zukünftige Verfahren für Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI in der ambulanten Pflege (Büscher et al. 2018) sowie Erkenntnisse aus dem laufenden Projekt „Förderung der Ergebnisorientierung in der ambulanten Pflege“ (Wingenfeld et al. 2018) und einem vor längerem abgeschlossenen Projekt zu Finanzierungsfragen der häuslichen Pflege (Büscher et al. 2005) herangezogen. Die Reihenfolge der Leistungsbeschreibungen orientiert sich an der BMG-Expertise.

Das Verständnis von Pflegebedürftigkeit, das durch den neuen Begriff der Pflegebedürftigkeit im SGB XI verankert wurde, bezieht sich auf die individuelle Selbständigkeit im Umgang mit den Folgen von Krankheit und funktionellen Beeinträchtigungen. Als pflegebedürftig gelten demnach Menschen, die nicht in der Lage sind, ohne Hilfe anderer Personen die Auswirkungen gesundheitlicher Probleme bei wichtigen Aktivitäten und in wichtigen Lebensbereichen zu bewältigen, zu denen auch der Umgang mit Krankheitsfolgen und die psychische Situation gehören.

Für das Pflegehandeln bedeutet dies, dass Pflege darauf ausgerichtet sein sollte, pflegebedürftige Menschen direkt oder indirekt darin zu unterstützen, die Auswirkungen gesundheitlicher Probleme im Sinne eines Verlusts der Selbständigkeit zu bewältigen. Dieses Verständnis weicht tatsächlich sehr stark ab vom Verständnis einer verrichtungsorientierten Pflege, die für das SGB XI bis Ende 2016 kennzeichnend und insbesondere in den Leistungskomplexen für die ambulante Pflege niedergelegt war. Vereinfacht gesagt bedeutet das, dass die ambulante Pflege auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht mehr auf einen abschließenden Katalog von Einzelverrichtungen beschränkt sein sollte, sondern auf die Bearbeitung von beschreibbaren Aufgaben ausgerichtet ist, die aufgrund einer individuell beeinträchtigten Selbständigkeit im Umgang mit den Folgen von Krankheit und funktionellen Beeinträchtigungen zu bewältigen sind.

Die BMG-Expertise differenziert diese Aufgaben in übergreifende pflegerische Aufgaben, Aufgaben im Zusammenhang mit den Aktivitäten und Lebensbereichen, die für die Bestimmung von Pflegebedürftigkeit maßgebend sind und indirekten Aufgaben, zu denen Maßnahmen und Leistungen gehören, die nicht im Beisein des pflegebedürftigen Menschen durchgeführt werden.

Bereichsübergreifende pflegerische Aufgaben:

Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses

Pflegerisches Handeln erfolgt systematisch und geplant. Die Grundlage des professionellen Pflegehandelns ist der Pflegeprozess, der als Problemlösungs- und Beziehungsprozess zwischen einem pflegebedürftigen Menschen, ihm nahestehenden Menschen und beruflich tätigen Pflegenden verstanden werden kann. Die Kompetenz zur Steuerung des Pflegeprozesses wird im Rahmen der bestehenden pflegerischen Ausbildungen vermittelt und gilt im Pflegeberufegesetz als Vorbehaltsaufgabe. Der Pflegeprozess soll ein systematisches und geplantes Vorgehen in der Pflege gewährleisten, das die Bedürfnisse und Wünsche des pflegebedürftigen Menschen und seines Umfelds einerseits und fachliche Überlegungen und Einschätzungen von Pflegefachkräften andererseits in Übereinstimmung zu bringen versucht. Der Pflegeprozess spannt den Bogen vom Beginn bis zum Ende bzw. Abschluss einer Pflegesituation.

Die Schritte des Pflegeprozesses umfassen die Einschätzung der individuellen Pflegesituation, die Planung und Vereinbarung daraus abzuleitender Maßnahmen, deren Durchführung und ihre Evaluation/Überprüfung vor dem Hintergrund der angestrebten Ziele. Die *Einschätzung* der individuellen Pflegesituation dient dazu, sich ein umfassendes Bild der Gesamtsituation des pflegebedürftigen Menschen zu verschaffen und festzustellen, in welchen Aktivitäten und Lebensbereichen ein Unterstützungsbedarf vorliegt. Sie erfordert die Kompetenz der Pflegefachkräfte zur Beurteilung komplexer pflegerischer Sachverhalte.

Die Einschätzung der individuellen Pflegesituation ist die Grundlage für die weiteren Schritte des Pflegeprozesses. Innerhalb eines ambulanten Pflegedienstes sollte festgelegt sein, wie diese Ersteinschätzung erfolgt. Grundsätzlich bestehen verschiedene Möglichkeiten. Zu empfehlen ist eine Orientierung an einem Gesamtrahmen pflegerischer Bedarfskonstellationen, in dem die Aspekte zusammengefasst sind, die in der Regel einen Bedarf an pflegerischer Unterstützung hervorrufen können. Die Aktivitäten und Lebensbereiche des Pflegebedürftigkeitsbegriffs bilden einen solchen Rahmen, denkbar sind aber auch andere Ansätze. Eine Vorgehensweise entsprechend des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation, das sich am Begriff der Pflegebedürftigkeit orientiert, ist entsprechend ebenso möglich wie eine Orientierung an anderen Ansätzen und Modellen. Durch die gewählte Vorgehensweise sollte sichergestellt sein, dass die wesentlichen Informationen für die weitere Gestaltung und Durchführen des Pflegeprozesses verfügbar sind. Die in den nachfolgenden Leistungsbeschreibungen enthaltenen Hinweise zur Einschätzung von pflegerischen Aufgaben im Zusammenhang mit bestimmten Aktivitäten und Lebensbereichen (z.B. Mobilität oder Alltagsgestaltung) sind Bestandteil des Pflegeprozesses. Sinnvoll ist es, alle Aspekte im Rahmen der Ersteinschätzung zu berücksichtigen, da viele Aktivitäten und Lebensbereiche zusammenhängen bzw. Beeinträchtigungen in einem eine Konsequenz in einem anderen haben (z.B. haben Beeinträchtigungen der Mobilität in der Regel eine Auswirkung auf die Selbständigkeit bei der Selbstversorgung).

Der zweite Schritt des Pflegeprozesses besteht in der *Planung und Vereinbarung von Maßnahmen* zwischen dem pflegebedürftigen Menschen und der Pflegefachkraft bzw. dem ambulanten Pflegedienst. Auf Basis der Einschätzung werden angemessene pflegerische Maßnahmen abgeleitet, die dazu geeignet sind, den identifizierten Pflegeproblemen zu begegnen. Die Perspektive des pflegebedürftigen Menschen ist dabei explizit einzubeziehen und zu berücksichtigen. Da die individuellen Vorstellungen nicht immer identisch mit den fachlich begründeten Vorschlägen sind, ist oftmals eine Verständigung und Einigung erforderlich. Diese ist in der ambulanten Pflege stark beeinflusst durch das vorhandene Leistungsspektrum in Form von Leistungskomplexen oder der Möglichkeit der Zeitvergütung. Unter Abwägung dieser Aspekte kommt es zu einer Vereinbarung zwischen dem pflegebedürftigen Menschen und dem ambulanten Pflegedienst.

Der dritte Schritt des Pflegeprozesses besteht in der *Durchführung* der geplanten und vereinbarten Maßnahmen. Im vierten Schritt folgt ihre *Überprüfung und ggf. Anpassung*. Häusliche Pflegesituationen zeichnen sich durch ihre Veränderbarkeit aus und erfordern entsprechende Anpassungen der professionellen pflegerischen Unterstützung. Wann und wie oft eine Überprüfung erfolgen sollte, lässt sich nicht allgemeingültig festlegen. Sinnvoll ist eine Überprüfung immer nach besonderen krankheitsbedingten oder anderen Ereignissen und Unterbrechungen der Pflege (z.B. durch einen Krankenhausaufenthalt). Unabhängig davon sollte individuell festgelegt und entschieden werden, wann eine Überprüfung erforderlich ist. Es kann sinnvoll sein, im Rahmen des internen Qualitätsmanagements regelmäßige Zeitpunkte festzulegen, an denen eine Überprüfung erfolgt.

Die Aufgabe der Steuerung des Pflegeprozesses obliegt Pflegefachkräften. Zur Steuerung gehört die Entscheidung, ob und falls ja, welche der im Rahmen einer individuellen Pflegesituation anfallenden und vereinbarten Aufgaben von Pflegehilfskräften übernommen werden können.

Die Schritte des Pflegeprozesses sind die Basis der *Pflegedokumentation*, die ein Abbild des Pflegeprozesses darstellen sollte, das als Mittel der Kommunikation zwischen Pflegekräften, aber auch zur Kommunikation mit anderen Akteuren der Versorgung (wie z. B. bei der Überleitung in das oder aus dem Krankenhaus) dienen kann.

Beobachtung spezifischer Aspekte der Pflegesituation

Pflegerisches Handeln ist stets mit Beobachtung verknüpft. Die Funktion der Beobachtung besteht darin, Hinweise auf Entwicklungen zu erhalten, auf die pflegerisch reagiert werden sollte. Dabei kann es sich beispielsweise um eine Hautrötung handeln, die der näheren Aufmerksamkeit bedarf, um Beobachtungen im Zusammenhang mit ärztlich verordneten Leistungen der häuslichen Krankenpflege, die eine Rücksprache mit dem verordnenden Arzt erforderlich machen, oder um die psychische Situation des pflegebedürftigen Menschen.

Beobachtung bedeutet die kontinuierliche Wahrnehmung und Bewertung von Sachverhalten. Besonders wichtig ist im pflegerischen Alltag die Beobachtung

- des Allgemeinzustandes (z.B. Vitalzeichen, Anzeichen von erhöhter Temperatur/Fieber, ungewöhnliche Blässe, vermehrtes Schwitzen, motorische/verbale Fähigkeiten, sonstige Veränderungen).
- des Hautzustandes (z. B. während der Körperpflege, eines Verbandwechsels, einer Injektion o.ä.)
- der zeitlichen/örtlichen Orientiertheit (unter Berücksichtigung verbaler Äußerungen und Verhaltensweisen des pflegebedürftigen Menschen)
- möglicher Effekte der Medikation
- der psychischen Situation und
- des Verhaltens (in gesundheitlicher wie sozialer Hinsicht).

Abwehr von gesundheitlichen Risiken

Gesundheitliche Gefährdungen pflegebedürftiger Menschen sind in der Regel die Folge bereits bestehender Erkrankungen, funktionaler Beeinträchtigungen und einer beeinträchtigten Selbständigkeit. Sie erfordern vielfach gezielte präventive bzw. prophylaktische Maßnahmen, um Risiken zu minimieren und den Eintritt tatsächlicher Schädigungen zu vermeiden. Dabei handelt es sich – je nach vorliegendem Risiko – um sehr unterschiedliche und spezifische Maßnahmen (z. B. Risiko für einen Dekubitus, Risiko einer Mangelernährung). Risiken können auch verhaltensbedingt aufgrund psychischer Problemlagen entstehen oder durch Aspekte der Wohnumgebung hervorgerufen werden. In der ambulanten Pflege spielt darüber hinaus das Risiko einer Destabilisierung der Pflegesituation eine Rolle, die z.B. durch eine Überlastung von Angehörigen entstehen kann.

Der ambulante Pflegedienst sollte im Rahmen seiner Möglichkeiten zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse aufgrund bestehender Risiken und Gefahren oder einer Destabilisierung der Pflegesituation entgegenwirken. Dazu ist zunächst die Erkennung von Risiken und Gefahren erforderlich, die vor allem im Rahmen der Ersteinschätzung als Teil des Pflegeprozesses erfolgen kann. Aber auch als Teil der regelmäßigen Hausbesuche durch die Mitarbeiter/innen des ambulanten Pflegedienstes und die dabei stattfindende Kommunikation und Beobachtung können Risiken und Gefährdungen erkannt werden. Sofern diese festgestellt wurden, sollten die pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen darauf hingewiesen und dazu beraten werden. Sinnvoll kann auch die Vereinbarung präventiver Maßnahmen sein.

Kommunikation im Sinne von Absprachen und Aushandlungen

Kommunikation ist ein wichtiger Faktor in der ambulanten Pflege. Sie findet kontinuierlich mit unterschiedlichen Personen, zu unterschiedlichen Anlässen und mit unterschiedlichen Intentionen statt. Für die Kommunikation mit dem pflegebedürftigen Menschen kann es erforderlich sein, diese

an die Ressourcen/Beeinträchtigungen, die Motivation oder emotionale Situation des Pflegebedürftigen und an die Anforderungen der Pflegesituation anzupassen. Zudem können sehr anspruchsvolle und zeitintensive Kommunikationsprozesse erforderlich sein, um eine Problemeinsicht des pflegebedürftigen Menschen, die Akzeptanz erforderlicher Hilfen oder die zur Durchführung von geplanten Pflegemaßnahmen erforderliche Kooperationsbereitschaft zu fördern, bevor andere Hilfen wirksam geleistet werden können.

Darüber hinaus ist die beziehungsstiftende Funktion der Kommunikation von besonderer Bedeutung wie beispielsweise im Expertenstandard zur Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz betont wird. Kommunikation bildet eine wichtige Voraussetzung für die Aufnahme und Ausgestaltung der Pflegebeziehung. In der ambulanten Pflege von besonderer Bedeutung ist die Kommunikation mit den Angehörigen des pflegebedürftigen Menschen. Diese kann ähnliche Anforderungen mit sich bringen wie die geschilderten Kommunikationsprozesse mit dem Pflegebedürftigen. Sie kann natürlich auch noch deutlich darüber hinausgehen und auch konflikthaft verlaufen, wenn die Sichtweisen über den weiteren Pflegeverlauf zwischen Angehörigen und professionellen Leistungserbringern auseinandergehen.

Weitere Kommunikationsprozesse sind erforderlich mit anderen Berufsgruppen oder freiwilligen Helfern. Diese können unterschiedlichen Zwecken dienen und durch verschiedene Situationen bedingt sein. Ein Bedarf an Mobilisierung und Vermittlung von Hilfen anderer Akteure, z. B. Physiotherapie, Hauswirtschaft oder Logopädie, kann sich ggf. erst im Verlauf des Pflegeprozesses ergeben. Regelmäßig erforderlich ist die Kommunikation mit den behandelnden Hausärzten zur Situation des pflegebedürftigen Menschen. Auch die oftmals wünschenswerte Einbeziehung freiwilliger Helfer ist an funktionierende Kommunikationsprozesse gebunden, um hierdurch eine positive Wirkung auf die Pflegesituation zu erzielen.

Gerade in der ambulanten Pflege kommt den kommunikativen Interventionen im Sinne der Information, Anleitung und Beratung eine besondere Rolle zu, da die begrenzte Präsenzzeit des Pflegedienstes in der häuslichen Umgebung in der Regel keine umfassende Versorgung zulässt. Die dadurch notwendige Eigenaktivität der pflegebedürftigen Menschen und der Angehörigen kann durch Beratung und Anleitung gefördert werden. Sie können dadurch in die Lage versetzt werden, beispielsweise gesundheitsförderliche Aktivitäten in ihren Alltag zu integrieren, Risiken zu vermeiden, täglich Abläufe an die bestehenden Beeinträchtigungen anzupassen oder auch eine veränderte Tagesstruktur zu etablieren.

In allen der im Folgenden dargestellten Handlungsbereiche werden daher Aufklärung, Beratung und Anleitung gesondert ausgewiesen. Sie umfassen beispielsweise:

- Anleitung zur Durchführung von einzelnen Versorgungsmaßnahmen mit dem Ziel, diese Versorgungsmaßnahmen zukünftig selbständig durchführen zu können.
- Beratung zur Entwicklung einer individuellen Tagesplanung, mit der die Pflege sichergestellt und eine Überlastung der Angehörigen vermieden wird.
- Beratung bei der Einbeziehung von Nachbarschaftshilfe in den Versorgungsalltag.
- Wissensvermittlung zur Förderung eines differenzierten Verständnisses von Pflegebedürftigkeit.
- Aufklärung über erwartbare Veränderungen von Selbständigkeit, Verhaltensweisen etc.
- Sensibilisierung für die Wahrnehmung gesundheitlicher Veränderungen, die ein Warnzeichen sein könnten.
- Reflexion und Korrektur von Alltagstheorien über Pflegebedürftigkeit oder bestimmte Erkrankungen (z. B. Demenz), die zu unangemessenen Reaktionen oder Verhaltensweisen auf Seiten der Angehörigen/Pflegepersonen führen können.
- Klärung der individuellen Bedeutung von gesundheitlichen Problemen und Krankheitssymptomen für die betroffenen Individuen.
- Befähigung der Pflegebedürftigen und Angehörigen, ihre Bedürfnisse und Probleme zu kommunizieren (z. B. bei Arztbesuchen).
- Unterstützung bei der Entwicklung von Verhaltensweisen, mit denen gesundheitliche Risiken und Belastungen im Alltag reduziert werden können.

Hilfen dieser Art erfordern eine Flexibilität zur Anpassung der Hilfen an den aktuellen Bedarf.

Bei der pflegerischen Versorgung in der häuslichen Umgebung stellen sich unterschiedlichste und umfangreiche, zum Teil spezielle Anforderungen, die sich im Zeitverlauf verändern können. Angehörige müssen sich daher immer wieder aufs Neue Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten aneignen, um den Pflegealltag bewältigen zu können. Kompetenzfördernde Maßnahmen in der ambulanten Pflege können daher notwendig sein, um pflegende Angehörige in die Lage zu versetzen, einen geeigneten Umgang mit dem pflegebedürftigen Menschen zu finden sowie bedarfsgerechte Unterstützung zu leisten, ohne sich selbst zu überlasten.

Die übergeordnete Zielsetzung entsprechender Hilfen liegt in der Aufrechterhaltung der Fähigkeit und Bereitschaft des Angehörigen, die alltäglichen Anforderungen der pflegerischen Versorgung zu bewältigen. Wesentlich Bausteine sind dabei die Situations- und Problemanalyse im Sinne einer Bedarfsermittlung, die konkrete Planung und Durchführung edukativer Maßnahmen und die anschließende Überprüfung ihrer Wirkung beim pflegenden Angehörigen. Im Idealfall lernen die Angehörigen, das eigene Handeln zu reflektieren, sich selbständig weiterzuentwickeln, sich im Versorgungsgeschehen besser zu orientieren und besser Entscheidungen zu treffen.

Aufgaben im Zusammenhang mit den Aktivitäten und Lebensbereichen, die für die Bestimmung der Pflegebedürftigkeit maßgebend sind

Hilfen, Aufklärung, Beratung und Anleitung sowie zielgerichtete Ressourcenförderung bei beeinträchtigter Mobilität

Die Erhaltung und Förderung der Mobilität ist eine der zentralen Aufgaben in der Pflege, da Beeinträchtigungen der Mobilität mit verschiedenen weitergehenden Problemen, wie z. B. dem Risiko von Dekubitus oder Kontrakturen, eingeschränkten Möglichkeiten zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und möglicherweise daraus resultierenden psychischen Erkrankungen einhergehen können.

Pflegerisches Handeln zur Erhaltung und Förderung der Mobilität umfasst die Einschätzung der individuellen Mobilität, die darauf aufbauende Planung und Vereinbarung von Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität, deren Durchführung und Evaluation.

Die Einschätzung der Mobilität sollte die Erkenntnisse aus der Begutachtung zur Bestimmung der Pflegebedürftigkeit durch die Medizinischen Dienste berücksichtigen, sofern diese vorliegen. Falls die Ergebnisse der Begutachtung nicht vorliegen bzw. in Ergänzung dazu, sollte die Einschätzung der Mobilität die folgenden Aspekte umfassen⁸:

- **Aktueller Status der Mobilität:** Der aktuelle Status der Mobilität umfasst die Fähigkeit, selbständig Lageveränderungen des Körpers vorzunehmen oder sich selbständig über kurze Strecken fortzubewegen. Unabhängig davon, ob ein bestimmtes Einschätzungsinstrument verwendet wird oder eine kriteriengeleitete pflegfachliche Einschätzung stattfindet, sollten mindestens folgende Fähigkeiten berücksichtigt werden:
 - selbständige Lagewechsel in liegender Position
 - selbständiges Halten einer aufrechten Sitzposition
 - selbständiger Transfer (aufstehen, sich hinsetzen, sich umsetzen)
 - selbständige Fortbewegung über kurze Strecken (Wohnräume)
 - selbständiges Treppensteigen.
- **Früherer Status der Mobilität:** Die Erhebung des früheren Status ist u. a. wichtig, um Veränderungen der Mobilität im Zeitverlauf zu erkennen, die aktuelle Situation besser beurteilen und bei Maßnahmen zur Mobilitätsförderung biografische Bezugspunkte bestimmen zu können. Dabei geht es um die Beantwortung der Frage nach Lebensgewohnheiten mit Mobilitätsbezug

⁸ s. Entwurf eines Expertenstandards zur Erhaltung und Förderung der Mobilität
A 1.1

und der Motivation, die für den pflegebedürftigen Menschen in früheren Jahren charakteristisch waren. Hierzu gehören auch Aussagen zum Abbau von Fähigkeiten, die zum jetzigen Status führten.

Neben diesen zentralen Aspekten der Mobilitätseinschätzung gibt es vielfältige Einflussfaktoren, die auf die individuelle Mobilität einwirken und im Rahmen der Einschätzung berücksichtigt werden sollten. Dazu gehören:

- **Individuelle körperliche Beeinträchtigungen und Ressourcen**, wie beispielsweise Schmerzen, Funktionsbeeinträchtigungen des Bewegungsapparates oder Adipositas, die die individuelle Beweglichkeit signifikant einschränken.
- **Individuelle kognitive und psychische Beeinträchtigungen und Ressourcen**, wie z. B. das Wissen und die Motivation der pflegebedürftigen Menschen, die für die Feststellung eines Beratungsbedarfs relevant sein können.
- **Merkmale der materiellen und sozialen Umgebung** sowie
- **Erkrankungen und aktuell durchgeführte therapeutische Maßnahmen**, denen ein besonderer Stellenwert für die individuelle Mobilität und ihre Entwicklung zukommt.

Während der ersten Einschätzung der Mobilität sollte festgelegt werden, wann eine erneute, umfassende Einschätzung der Mobilität erfolgen soll.

Als Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität kommen in Betracht:

- die Information, Aufklärung und Beratung des pflegebedürftigen Menschen und/oder seiner Angehörigen zu
 - Bedeutung der Mobilität und den Risiken beeinträchtigter Mobilität
 - Möglichkeiten der Mobilitätsförderung
 - Hilfsmitteln zur Erhaltung und Förderung der Mobilität
 - Möglichkeiten der Integration von mobilitätsfördernden Maßnahmen in den Lebensalltag
- Hilfestellungen beim Transfer und bei Positionierungen
- Hilfestellung bei Bewegungsübungen
- Hilfestellung beim Gebrauch von Hilfsmitteln
- Anleitung bei der Durchführung von Mobilität-/bewegungsfördernden Übungen zur Förderung von Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit, Balance o.a.
- Anpassungen der Räumlichkeiten (z.B. Entfernen mobilitätsbeeinträchtigender Stolperfallen oder Verengungen)

Während der Durchführung ist darauf zu achten, dass die Maßnahmen an die individuelle Situation des pflegebedürftigen Menschen angepasst sind und keine Überforderung darstellen oder gar risikobehaftet sind. Die Evaluation sollte in individuell festzulegenden, aber regelmäßigen Abständen erfolgen und sich an den in der ersten Einschätzung verwendeten Kriterien orientieren. Einzuschätzen ist im Rahmen der Evaluation, ob und falls ja, welche Veränderungen im Mobilitätsstatus bestehen und ob die vereinbarten Maßnahmen dazu beigetragen haben.

Hilfen, Aufklärung, Beratung und Anleitung sowie zielgerichtete Ressourcenförderung hinsichtlich kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten

Beeinträchtigungen der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten eines Menschen gehen in der Regel mit einer verringerten Selbständigkeit in fast allen Lebensbereichen einher. Als wichtiges Ziel der Pflege kann daher festgehalten werden, dass der pflegebedürftige Mensch Hilfestellungen zur Kompensation von Beeinträchtigungen und zur Förderung kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten erhält, die auf seine individuellen Bedürfnisse und Gewohnheiten abgestimmt sind. Angehörige erhalten Beratung und Anleitung, um den pflegebedürftigen Menschen wirksam unterstützen zu können.

Die Einschätzung der kognitiven und kommunikativen Beeinträchtigungen bezieht sich auf die individuelle Erfassung und Beschreibung der Fähigkeiten zur zeitlichen, örtlichen und situativen Orientierung, der Fähigkeiten zur Erkennung von Personen und Erinnerung von Sachverhalten und die Einschätzung sämtlicher Möglichkeiten der Kommunikation, die es dem pflegebedürftigen Menschen ermöglichen, sich selbst und seine Sichtweise und Wünsche mitzuteilen sowie Informationen anderer Personen zu verstehen. Bereits im Rahmen der Einschätzung sollten möglichst viele Informationen dazu gewonnen werden, wie Vertrautheit und Orientierung gefördert werden können (z. B. durch Bezugspersonen, Gegenstände, bestimmte Sinnesreize). Hilfreich sind auch in diesem Zusammenhang die Einschätzungen im Rahmen der Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

Als Maßnahmen bei beeinträchtigten kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten kommen in Betracht:

- Orientierungs-, Deutungs- und Erinnerungshilfen in Form von Hinweisen zur Unterstützung der örtlichen, zeitlichen und situativen Orientierung, der Personenerkennung und des Erinnerns
- Unterstützung bei einer bedürfnisgerechten Tagesstrukturierung
- Hilfestellungen beim Gebrauch von Hilfsmitteln zur Wahrnehmung und Orientierung wie z.B. Brillen und/oder Hörgeräte sowie Kalender, Uhren und farbliche Orientierungshilfen
- Hilfen bei der Kommunikation mit anderen Personen, aktive Interaktion und unterstützende Präsenz
- Unterstützung von Angehörigen durch Aufklärung, Anleitung und Beratung hinsichtlich möglicher Hilfestellungen bei beeinträchtigten kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten sowie bei der Auswahl und Nutzung entsprechender Hilfsmitteln
- Zielgerichtete Ressourcenförderung durch biografieorientierte kognitive Förderung, Gedächtnistraining und Konzentrationsübungen

Umgebungsbezogene Maßnahmen, unmittelbar verhaltensbezogene Maßnahmen und Alltagsgestaltung bei psychischen Problemlagen und Verhaltensweisen sowie die Aufklärung, Beratung und Anleitung von Angehörigen in diesem Zusammenhang

Verhaltensauffälligkeiten und psychische Problemlagen, die in Verbindung oder als Folge bestimmter Krankheitsbilder (z. B. Demenz oder Schizophrenie) auftreten, können das Alltags- und Sozialleben der betroffenen Personen belasten und eine erhebliche psychische Belastung ihrer Angehörigen darstellen. Pflegerisches Handeln zielt in diesem Zusammenhang darauf ab, eine Unterstützung zu leisten, durch die Belastungen und Überforderungen des pflegebedürftigen Menschen vermieden, der Einfluss von beeinflussenden Faktoren auf das Verhalten reduziert und das Wohlbefinden gefördert werden.

Im Rahmen der Einschätzung sollte festgestellt werden, welche psychischen Problemlagen und Verhaltensweisen beim pflegebedürftigen Menschen bestehen, wie oft sie auftreten, ob bestimmte Umstände bekannt sind, unter denen sie auftreten, inwieweit sie in der individuellen Situation problem- und/oder risikobehaftet sind und inwieweit der pflegebedürftige Mensch in der Lage ist, Verhaltensweisen eigenständig zu steuern. Zur Einschätzung sollte – soweit möglich – auf die Einschätzungen im Rahmen der Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch das Neue Begutachtungsinstrument zurückgegriffen werden. Ergänzend dazu sollten biografische Informationen und Umgebungsfaktoren berücksichtigt werden, die für eine differenzierte Einschätzung von Bedeutung sind. Von entscheidender Bedeutung ist, dass die identifizierten Verhaltensweisen tatsächlich einen Bedarf an Unterstützung begründen.

Die Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen umfasst umgebungsbezogene Maßnahmen, unmittelbar verhaltensbezogene Maßnahmen, Hilfen bei der Alltagsgestaltung und die Aufklärung, Anleitung und Beratung von Angehörigen. Zu den umgebungsbezogenen Maßnahmen gehört in erster Linie die Schaffung einer sicheren, bedürfnisgerechten

Umgebung (z. B. durch die Entfernung von Gefährdungs- oder Verletzungsquellen und die Sichtbarkeit und Verfügbarkeit von vertrauten Gegenständen) sowie die Veränderung von Umgebungsfaktoren, die sich negativ auf Verhaltensweisen auswirken. Zu den unmittelbar verhaltensbezogenen pflegerischen Aufgaben gehören kommunikatives Eingehen auf die Verhaltensweisen in Form von Motivation, Aufzeigen von Alternativen, das Einwirken Verhaltensweisen (z.B. durch die Förderung der Akzeptanz von Hilfen, Vermeidung von selbstverletzendem Verhalten, Vermittlung im Fall von Konflikten), entlastende Maßnahmen (z. B. Minderung von Ängsten) und Einzelbetreuungen. Maßnahmen der Alltagsgestaltung bestehen im Angebot von Beschäftigungen und anderen Alltagsaktivitäten, Entspannungsübungen und Förderung positiver Emotionen. Die Aufklärung, Anleitung und Beratung von Angehörigen erfolgt mit dem Ziel der Entlastung (z. B. im Hinblick auf die Anpassung der Tagesstruktur) und Kompetenzerweiterung (z. B. zur Reaktion auf kritische Situationen)

Hilfen, Aufklärung, Beratung und Anleitung sowie zielgerichtete Ressourcenförderung im Bereich der Selbstversorgung bei der Ernährung, Körperpflege, Ausscheidung und des Sich-Kleidens

Die Selbstversorgung umfasst Hilfestellungen bei Beeinträchtigungen im Bereich der Körperpflege, der Ernährung, der Ausscheidung und des An- und Auskleidens. Diese Aktivitäten bilden oftmals einen Großteil der pflegerischen Unterstützung ab.

Die Einschätzung von Beeinträchtigungen der Selbstversorgung besteht in der Feststellung, welche Aktivitäten der pflegebedürftige Mensch selbständig, ggf. mit Anleitung oder abgesichert durch die Präsenz einer Pflegeperson, durchführen kann, bei welchen er Unterstützung benötigt und welche durch eine Pflegeperson durchgeführt werden sollte. Wichtig ist auch die Feststellung von Ressourcen (Wissen, Wollen und Fähigkeiten), die den pflegebedürftigen Menschen dazu befähigen, Aktivitäten der Selbstversorgung wieder selbständig durchzuführen. Zur Einschätzung der Selbstversorgung gehören Informationen zum Hautzustand (z. B. vorhandene Hautschädigungen, -rötungen), zur Ernährungssituation (z. B. Anzeichen für Mangelernährung oder unzureichende Flüssigkeitsaufnahme) und zu Besonderheiten bei den Ausscheidungen (z. B. Obstipationen, Diarrhö, Kontinenzprofil zur Harninkontinenz). Auch die individuellen, im Lebensverlauf angenommenen Gewohnheiten und Bedürfnisse sind von Bedeutung. Soweit möglich, sollten auch die Ursachen für Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit erfasst werden. Diese können in Mobilitätsbeeinträchtigungen und Gelenkerkrankungen bestehen oder durch kognitive Einbußen begründet sein. Auf Basis der umfassenden Einschätzung kann abgeleitet werden, ob im individuellen Fall ein Edukations- und/oder Beratungsbedarf besteht, ob verloren gegangene Fähigkeiten wiedergewonnen werden können, ob geeignete Hilfsmittel empfohlen werden können, ob Anpassungen der Wohnumgebung erforderlich sind und welche weitergehenden Folgen sich durch die Beeinträchtigung der Selbstversorgungsfähigkeit ergeben.

Die unterstützenden pflegerischen Maßnahmen umfassen im Bereich der Ernährung Hilfestellungen bei der Einnahme von Mahlzeiten und Getränken einschließlich der Vorbereitung und Anreicherung sowie des Aufrichtens und Positionierens im Stuhl oder Bett, Hilfestellungen bei der Nahrungsaufnahme über eine Ernährungssonde sowie die Unterstützung spezieller Ernährungsmaßnahmen (z. B. Diät, hochkalorische Ernährung) bei bestehenden Ernährungsproblemen. Pflegerische Maßnahmen zur Vermeidung einer Mangelernährung sind im Expertenstandard zum Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege benannt und beschrieben.

Im Bereich der Körperpflege umfasst die pflegerische Unterstützung Hilfestellungen bei der allgemeinen Körperpflege einschließlich der Haut- und Nagelpflege sowie der Intimpflege und bei der Mund- und Zahn- bzw. Prothesenpflege. Im Bereich des Sich-Kleidens besteht die pflegerische Unterstützung in Hilfestellungen beim An- und Auskleiden und beim Kleidungswechsel.

Hilfestellungen im Bereich der Ausscheidung bestehen in der Unterstützung beim Toilettengang einschließlich benötigter Hilfsmittel wie Toilettenstuhl o.a.), bei der Förderung der Ausscheidung, bei der Intimhygiene und dem Umgang mit künstlichen Ausgängen sowie bei der regelmäßigen Blasenentleerung zur Vermeidung von Drang-, Stress- oder funktionaler Inkontinenz. Im Sinne einer Förderung von Ressourcen kommen als Maßnahmen das gezielte Training von Bewegungssequenzen bei der Durchführung von Aktivitäten der Selbstversorgung sowie gezielte Übungen zur Verbesserung der Blasenkontinenz in Betracht. Zur Förderung der Kontinenz enthält der Expertenstandards zur Förderung der Harnkontinenz in der Pflege weitere Hinweise.

Auch die Aufklärung, Beratung und Anleitung des pflegebedürftigen Menschen und/oder der Angehörigen zu Fragen der Selbstversorgung stellt eine wichtige pflegerische Unterstützungsmaßnahme dar. Im Bedarfsfall ist die Information an behandelnde Ärztinnen und Ärzte oder andere Berufsgruppen erforderlich.

Unterstützung im Bereich des Umgangs mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (darunter fallen Maßnahmen zur Unterstützung des Selbstmanagements ebenso wie viele verordnungsfähigen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege)

Pflegebedürftige und chronisch kranke Menschen müssen sich mit vielfältigen krankheitsbezogenen Anforderungen und Maßnahmen auseinandersetzen, die an ihre Fähigkeit, für sich selbst zu sorgen und den Alltag zu gestalten, hohe Ansprüche stellen. Sie müssen lernen, sich alltäglich mit den krankheits- und therapiebedingten Anforderungen auseinanderzusetzen und sie in ihr Leben zu integrieren. Neben physischen können in diesem Prozess auch emotionale Belastungen entstehen, die die Krankheitsbewältigung und den Therapieverlauf negativ beeinflussen. Ziel der pflegerischen Versorgung ist es, die betroffenen Personen zu befähigen bzw. zu begleiten, mit diesen Anforderungen umzugehen. Pflegemaßnahmen umfassen dabei die Anleitung, Beratung, Schulung und Begleitung der Personen und die teilweise bzw. vollständige Übernahme der Aktivitäten. Bei vielen der durchgeführten Unterstützungsmaßnahmen handelt es sich um verordnete Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege, die der Verordnung entsprechend durchzuführen sind und zu denen im Bedarfsfall eine Kommunikation mit dem/der verordnenden Arzt/Ärztin erforderlich ist. Die Einschätzung der Notwendigkeit und des Umfangs der häuslichen Krankenpflege ist als ärztliche Aufgabe definiert. Aufgabe der Pflege ist die Einschätzung der individuellen Kompetenzen des pflegebedürftigen Menschen und seiner Angehörigen, die krankheits- und therapiebedingten Aufgaben selbständig zu bewältigen.

Eine auf die Erhaltung und Wiedererlangung der Selbständigkeit ausgerichtete Pflege unterstützt den pflegebedürftigen Menschen durch Anleitung und Beratung darin, die notwendigen krankheitsbedingten Aktivitäten selbständig durchzuführen.

In den Bereich der krankheitsbedingten Anforderungen und Belastungen gehört die Unterstützung des pflegebedürftigen Menschen bei akuten oder chronischen Schmerzen durch ein angemessenes Schmerzmanagement, zu dem auch Angehörige, Ärzt/innen und andere Berufsgruppen beitragen. Das Schmerzmanagement umfasst die Einschätzung des Vorhandenseins von Schmerzen und ggf. eine vertiefte Einschätzung zu Schmerzintensität und – lokalisation, der zeitlichen Dimension, der schmerzrelevanten Faktoren und der Konsequenzen für den Lebensalltag. Hinweise auf die Durchführung des Schmerzmanagements enthalten die Expertenstandards zum Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten und bei chronischen Schmerzen.

Hilfen sowie Aufklärung, Beratung und Anleitung bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Die Bewältigung der mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit verbundenen Anforderungen und Konsequenzen verändert die Gestaltung des Alltags und die sozialen Bezüge. Aufgabe der Pflege ist in diesem Zusammenhang die Unterstützung des pflegebedürftigen Menschen und ggf. seiner Angehörigen bei der Tagesstrukturierung, die Förderung der sozialen Interaktion und Kommunikation

sowie die Unterstützung bei einer bedürfnisgerechten Beschäftigung. Neben der im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit festgestellten Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte sollte im Rahmen der Einschätzung erhoben werden, welche Faktoren die Fähigkeit des pflegebedürftigen Menschen zur selbständigen Alltagsgestaltung beeinflussen, welche sozialen Kontakte bestehen und welche individuellen Gewohnheiten und Beschäftigungen des pflegebedürftigen Menschen sich beschreiben lassen.

Als pflegerische Hilfestellungen zur Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte kommen Maßnahmen zur Gestaltung des Tagesablaufs, zur bedürfnisorientierten Beschäftigung (z. B. durch Aufzeigen von Möglichkeiten, Motivation zur Teilnahme an Beschäftigungsangeboten), zur Förderung der zwischenmenschlichen Interaktion mit Personen des direkten sozialen Umfelds und darüber hinaus, zur Durchführung zukunftsgerichteter Aktivitäten und zur Förderung eines regelmäßigen Schlaf-/Wachrhythmus in Betracht. Auch in diesem Bereich stellt die Aufklärung, Beratung und Anleitung von Angehörigen zur Unterstützung des pflegebedürftigen Menschen bei der Gestaltung des Alltagslebens und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte eine wichtige pflegerische Maßnahme dar.

Hilfen sowie Aufklärung, Beratung und Anleitung bei der Haushaltsführung

Der Verbleib in der häuslichen Umgebung wird in vielen Pflegehaushalten von der Frage abhängig sein, ob es gelingt, die notwendigen Aktivitäten zur Haushaltsführung selbständig durchzuführen. Dazu gehören das Einkaufen, die Zubereitung einfacher Mahlzeiten, Aufräum- und Reinigungsarbeiten, die Nutzung von Dienstleistungen, die Regelung finanzieller oder Behördenangelegenheiten.

Die Hilfestellungen in diesem Bereich können auf instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (z. B. Einkaufen, Kochen, Reinigungsarbeiten im Haushalt, Umgang mit Geld und/oder Behörden) ausgerichtet sein oder zur Aufrechterhaltung einer geeigneten Lebensumgebung im Sinne von Sauberkeit und Funktionalität beitragen. Darüber hinaus kommt die Aufklärung, Beratung und Anleitung des pflegebedürftigen Menschen und/oder der Angehörigen bei der Nutzung von Dienstleistungen und hinsichtlich der genannten Aktivitäten in Betracht.

Unterstützung pflegender Angehöriger zur Verbesserung der Pflegekompetenz und Reduzierung pflegebedingter Belastungen

Die Unterstützung von Angehörigen zur Verbesserung der Pflegekompetenz und zur Reduzierung pflegebedingter Belastungen umfasst die Einschätzung der Pflegekompetenz und Lernvoraussetzungen der Angehörigen wie auch die vorhandenen Ressourcen und die tatsächliche Belastungssituation. Auch die individuellen Wünsche der Angehörigen sollten erfasst werden.

Die Unterstützung erfolgt in Form von Aufklärung, Beratung und Anleitung zur Verbesserung der Pflegekompetenz, zur Minimierung von Störungen des Familienalltags, zur Reduzierung pflegebedingter Belastungen und zur Einbeziehung weiterer Personen in die Versorgung des pflegebedürftigen Menschen.

Indirekte Leistungen

Unter indirekten Leistungen werden Aktivitäten verstanden, die keinen direkten Bezug zum pflegebedürftigen Menschen und seinen Angehörigen aufweisen. Es handelt es sich um mitarbeiter- oder organisationsbezogene Aktivitäten, die nicht die Versorgung eines einzelnen pflegebedürftigen Menschen betreffen. Sie dienen eher der Aufrechterhaltung der Strukturen und allgemeinen Abläufe, auf denen die Versorgung und deren Qualität beruhen. Als indirekte Leistungen in der ambulanten Pflege kommen in Betracht:

- Interne Arbeitsbesprechungen (Dienstübergaben, Teambesprechungen, Besprechungen/Beurteilungsgespräche im Rahmen der Ausbildung, fachliche Einweisung neuer Mitarbeiter u.a.)
- Koordination, Organisation, Verwaltung (Mitwirkung bei der Durchführung allgemeiner Verwaltungsaufgaben, Materialbestellungen, Materialverwaltung, Kooperationsgespräche mit anderen Einrichtungen ohne Fallbezug)
- Praxisanleitung und weitere Ausbildungsaufgaben, Anleitung von Hilfskräften
- Maßnahmen zur Qualitätssicherung (Mitwirkung in Qualitätszirkeln, Qualifizierungsmaßnahmen, Begleitung von externen Qualitätsprüfungen)

F: Erhebungsbogen

Beobachtungsbogen für die Erhebung von Zeitaufwänden

Angaben zum pflegebedürftigen Menschen:

Pseudonym⁹: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Alter: _____

Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Angehörige, die in die Pflege einbezogen sind: ja nein

Vereinbarte Pflegeleistungen:

Ärztlich verordnete Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege:

⁹ (Pseudonym: Buchstabe des Pflegedienstes (siehe alphabetische Reihenfolge der Dienste) [A], Position in Tour [1,2,3], Tag 1 oder 2 [1/2]) -> z.B. A 2 2

Pflegerische Aufgabe/Maßnahme/Leistung	Zeitaufwand	Abweichungen/Besonderheiten/ Vermerke
Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses <ul style="list-style-type: none"> - Einschätzung - Planung und Vereinbarung - Durchführung - Evaluation/Überprüfung 		
Beobachtung spezifischer Aspekte der Pflegesituation		
Abwehr von gesundheitlichen Risiken		
Kommunikation (Absprachen und Aushandlungen)		
Unterstützung bezogen auf die Mobilität <ul style="list-style-type: none"> - Einschätzung - Maßnahmen (welche?) 		
Hilfen hinsichtlich kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten		
Hilfen bei Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen		
Unterstützung bezogen auf die Selbstversorgung <ul style="list-style-type: none"> - Ernährung - Körperpflege - Ausscheidung - Sich kleiden 		
Unterstützung bei krankheitsbedingten Anforderungen und Belastungen		
Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (welche?)		
Unterstützung im Bereich des Alltagslebens und sozialer Kontakte		
Unterstützung bei der Haushaltsführung		
Unterstützung pflegender Angehöriger zur Verbesserung der Pflegekompetenz und zur Reduzierung pflegebedingter Belastungen		
Indirekte Leistungen (welche?)		

Nachbesprechung: (nach jeder Erhebung)

Ist mehr/weniger Zeit für die Versorgung des Pflegebedürftigen notwendig?

Für welche Tätigkeiten wird mehr/weniger Zeit benötigt?

Aus welchem Grund wurden bestimmte Leistungen nicht erbracht?

Das Projekt zur
„Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI“

Projektleitung: Prof. Dr. Heinz Rothgang

Laufzeit: Juli 2017 bis Juni 2020

Das Teilvorhaben
„Interaktionsarbeit in der stationären Langzeitpflege“

Ergebnisbericht

Autor*innen: Cora Schwerdt & PD Dr. Guido Becke

Laufzeit: Oktober 2017 bis Februar 2019

Inhalt

1	Einleitung	1
2	Stand der Forschung	3
2.1	Integratives Konzept von Interaktionsarbeit nach Böhle, Stöger & Weirich 2015..	3
2.2	Interaktionsarbeit und Zeit.....	5
3	Methodisches Vorgehen.....	6
3.1	Fokusgruppendifkussionen.....	8
3.2	Dimensionale Analyse.....	9
3.3	Kernergebnisse der dimensionalen Analyse	10
3.4	Datenerhebung	14
3.4.1	Auswahl der Einrichtungen und Pflegekräfte	14
3.4.2	Datenerhebung in den ausgewählten Einrichtungen	15
3.5	Auswertung	17
3.5.1	Datenmaterial.....	17
3.5.2	Transkription	19
3.5.3	Inhaltsanalytische Auswertung	19
4	Analyseergebnisse	21
4.1	Rahmenbedingungen.....	22
4.1.1	Personal- und Bewohner*innen-Struktur der vier Einrichtungen	22
4.1.2	Rahmenbedingungen für Interaktionsarbeit der Pflegekräfte – aus Sicht von Führungskräften	24
4.2	Interaktionsarbeit in der stationären Langzeitpflege	29
4.2.1	Kooperationsarbeit	31
4.2.2	Gefühlsarbeit.....	40
4.2.3	Subjektivierendes Arbeitshandeln	43
4.2.3	Emotionsarbeit	47

4.2.4	Rolle des Pflegegrads	55
4.2.5	Rolle des Qualifikationsniveau der Pflegekraft	60
5	Unzureichende Zeit für Interaktionsarbeit	62
5.1	Zeitdruck im Rahmen der alltäglichen Pflege	64
5.2	Zeitdruck – Belastungsprobe für das Ethos fürsorglicher Praxis.....	67
5.3	Praktiken der Pflegekräfte im Umgang mit Zeitdruck.....	71
5.3.1	Die Priorisierung bestimmter Arbeitstätigkeiten	72
5.3.2	Die Informalisierung bzw. Ausdehnung von Arbeitszeit	73
5.3.3	Der Verzicht auf Arbeitspausen.....	75
5.3.4	Die Kürzung von Arbeitspausen.....	78
5.3.5	Die flexible Einteilung von Arbeitspausen.....	78
5.3.6	Ansätze zur Pausengestaltung auf Einrichtungsebene.....	81
5.4	Interaktionsarbeit in der Zeitperspektive: Zeitbedarfe aus Sicht der Pflegekräfte...83	
5.4.1	Zeitbedarfe mit Blick auf die vier Dimensionen der Interaktionsarbeit.....	84
5.4.2	Wofür bräuchte es mehr Zeit? – Zeitwünsche mit Blick auf Interaktionsarbeit ...94	
	<i>Den Sinnansprüchen an die Pflegearbeit nachkommen</i>	94
	Kooperationsarbeit: Mehr Zeit für Beziehungsaufbau	98
	Gefühlsarbeit: Mehr Zeit für Sterbebegleitung	99
	Subjektivierendes Arbeitshandeln: Mehr Zeit für den Umgang mit Unwägbarkeiten	99
	Emotionsarbeit: Mehr Zeit für Psychohygiene	99
	Mehr Zeit für die Pflegedokumentation	100
5.5	Zum Verhältnis von qualitativen und quantitativen Daten	100
5.5.1	Zur Konvergenz von qualitativen und quantitativen Ergebnissen.....	101
5.5.2	Begrenzungen der quantitativen Teilstudie mit Blick auf Interaktionsarbeit.....	105
6	Zeitlicher Mehrbedarf für Pflegearbeit: Disponible Interaktions- und Reflexionszeiten – ein konzeptioneller Vorschlag	113

6.1	Zusammenfassung: Nicht oder unzureichend erfasste Zeitbedarfe für Interaktionsarbeit	113
6.2	Disponible Interaktions- und Reflexionszeiten	118
6.2.1	Vorschlag für die Berücksichtigung disponibler Interaktions- und Reflexionszeiten im Rahmen der Personalbemessung.....	118
6.2.2	Zur Komplementarität der Zeitzuschläge für disponible Interaktions- und Reflexionszeiten	120
6.2.3	Der disponible zeitliche Mehrbedarf für Interaktionsarbeit	121
6.2.4	Der disponible zeitliche Mehrbedarf für Reflexionszeiten	124
7	Limitationen.....	137
7.1	Eigene Rolle im Feld.....	139
7.2	Methodenkritische Auseinandersetzung der Datenerhebung	140
8	Fazit und Ausblick	145
8.1	Kernergebnisse der qualitativen Teilstudie.....	145
8.2	Forschungsdesiderate und Entwicklungsbedarfe	148
9	Literatur.....	150
10	Anhang.....	158
10.1	Tableaus als Grundlage für den Einbezug in die Anforderungen und Teilschritte des Interventionskatalogs.....	158
10.1.1	Dimension der Interaktionsarbeit: Kooperationsarbeit	158
10.1.2	Dimension der Interaktionsarbeit: Gefühlsarbeit	160
10.1.3	Dimension der Interaktionsarbeit: subjektivierendes Arbeitshandeln	162
10.1.4	Dimension der Interaktionsarbeit: Emotionsarbeit	163
10.2	Informationsschreiben.....	164
10.3	Einwilligungserklärung zur Beobachtung.....	168
10.4	Einwilligungserklärung zum Interview.....	171
10.5	Interviewleitfaden zum Experteninterview mit einer Pflegedienstleitung:	172

10.6	Leitfaden zum Beobachtungsinterview mit begleiteten Pflegekräften	176
10.7	Einverständniserklärung zur Gruppendiskussion.....	179
10.8	Gruppendiskussion	183

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 : Analysemerkmale der quantitativen Erhebung (Quelle: Schulungsunterlagen)	21
Tabelle 1: Drei Formate für Reflexionszeiten (eigene Darstellung)	127

1 Einleitung

In diesem Ergebnisbericht werden das Teilprojekt zur Interaktionsarbeit in der stationären Langzeitpflege vorgestellt sowie die Ergebnisse der Auswertung präsentiert.

Interaktionsarbeit, d.h. die Arbeit mit und am Menschen, ist bei jeder Dienstleistungsarbeit mit Kundenkontakt zu finden. Böhle, Stöger und Weihrich (2015a, b) haben aus den bisherigen einzelnen Konzepten zu Interaktionsarbeit ein integratives Konzept entwickelt, das 4 Kerndimensionen benennt: Kooperations-, Gefühls-, Emotionsarbeit und subjektivierendes Arbeitshandeln. Je nach Branche wird diese Arbeit jedoch unterschiedlich geprägt. Wesentliches Merkmal der Pflegearbeit ist die Arbeit mit und an pflegebedürftigen Menschen. Der Arbeitsgegenstand Mensch ist kein Objekt, sondern ein Individuum mit Bedürfnissen, Vorstellungen und Wünschen, dessen Fürsorge und Pflege gefragt ist. Daher ist die Beziehung zwischen und auch die Kooperation der Pflegekraft mit der pflegebedürftigen Person Voraussetzung für diese Arbeit (Kooperationsarbeit). Interaktionsarbeit dient als Handlungsgrundlage für Pflegetätigkeiten. Durch die Interaktionsarbeit der Pflegekräfte mit den pflegebedürftigen Personen (z.B. durch das Herstellen einer vertrauensvollen Beziehung und Eingehen auf Schamgefühle der Pflegebedürftigen) werden bestimmte Pflegetätigkeiten, wie die Intimpflege, erst ermöglicht. Dennoch ist Interaktionsarbeit nur begrenzt beobachtbar, da viele dieser Arbeitsleistungen in einem inneren Prozess der Pflegekraft ablaufen, um sich auf die zu pflegende Person einzustellen oder die eigenen Gefühle als Pflegekraft im Umgang mit pflegebedürftigen Personen zu regulieren.

Die Pflegetätigkeit weist Grenzen der Standardisierung auf, da die Pflegekraft die Individualität der zu pflegenden Person und die situativen, veränderlichen Bedingungen in der Pflegearbeit zu berücksichtigen hat. Grenzen der Standardisierung und Planbarkeit der Pflegearbeit ergeben sich aus den nicht planbaren Unwägbarkeiten im Arbeitsalltag, z.B. aufgrund des sich (akut) verschlechternden Gesundheitszustands bzw. abnehmender Selbstständigkeit von Pflegebedürftigen in der Altenpflege (subjektivierendes Arbeitshandeln). Die Leistung der Pflegekraft wird im Rahmen der Arbeit mit und am Menschen an die pflegebedürftige Person angepasst. Flexibilität und Dynamik gehören daher untrennbar zur Arbeit in der Pflege dazu. Dabei sind die im Folgenden beschriebenen einzelnen Dimensionen des integrativen Konzepts der Interaktionsarbeit (Böhle, Stöger und Weihrich 2015a, b) nicht trennscharf voneinander abgrenzbar, sondern bedingen und überschneiden sich teilweise, wie in Kapitel 3 auch deutlich wird.

Einerseits sind diese eher informellen Leistungen im Rahmen der Interaktionsarbeit wesentlich für die Qualität der Pflegearbeit. Andererseits ist es aus der Perspektive der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften wesentlich, Interaktionsarbeit als eine grundlegende pflegebezogene Arbeitsleistung im Rahmen der Personalbemessung anzuerkennen und angemessen zu berücksichtigen. Diese Anerkennung und Berücksichtigung ermöglicht den Pflegekräften auch, das für ihre Arbeitsmotivation und Berufsbindung zentrale Ethos fürsorglicher Praxis (Kumbruck & Senghaas-Knobloch 2006) zur Geltung bringen zu können. Die gesundheitlich problematische Arbeitsintensivierung bei Pflegekräften lässt sich begrenzen, wenn für die Interaktionsarbeit als Bestandteil der Pflegearbeit Zeitanteile in der Arbeitszeitermittlung und Personalbemessung vorgesehen werden (vgl. Becke & Bleses 2016).

Das Ziel des arbeitswissenschaftlichen Teilvorhabens des Instituts Arbeit und Wirtschaft (iaw), bestand darin, die Interaktionsarbeit in der stationären Langzeitpflege zu erheben und darauf bezogen erfahrungsgestützte Zeitbedarfe zu ermitteln. Das an der qualitativen Arbeitsforschung ausgerichtete Teilvorhaben zielte im Einzelnen darauf ab, aus arbeitswissenschaftlicher Perspektive zu erheben, wo Interaktionsarbeit im Rahmen von Pflegetätigkeiten auftaucht, um welche spezifischen interaktiven Tätigkeiten es sich dabei handelt und welche erfahrungsgestützten Zeitbedarfe dafür zu erkennen und aus der Perspektive der Pflegekräfte zu kalkulieren sind.

Der Fokus dieser Erhebung liegt auf der Interaktionsarbeit zwischen Pflegekräften und zu Pflegenden. Berücksichtigung finden hierbei die unterschiedlichen Pflegegrade in der Beurteilung nach dem neuen Begutachtungsinstrument zur Ermittlung des Pflegebedarfs von zu Pflegenden und die verschiedenen pflegebezogenen Aufgabenkomplexe/-bereiche. Überdies wird das Qualifikationsniveau der Pflegekräfte ansatzweise berücksichtigt, d. h. es wird nach Pflegehilfskräften, Pflegeschüler*innen und Pflegefachkräften differenziert.

Im Vergleich zu den quantitativen Datenerhebenden, deren Fokus auf der tätigkeitsbezogenen Zeiterfassung, der Pflegearbeit unter Berücksichtigung der Pflegegrade der Pflegebedürftigen und der Qualifikation des Personals lag, wurden in der qualitativen Erhebung auch kontextbezogene Informationen und betriebliche Bedingungen der pflegebezogenen Interaktionsarbeit stärker berücksichtigt und durch qualitative Interviews und Gruppendiskussionen mit Beschäftigten Einblicke in nicht sichtbare, innere Verarbeitungsprozesse der Pflegekräfte gewonnen. Diese Informationen ermöglichten es, die komplexe Interaktionsarbeit umfassender zu ermitteln und zu erheben. Ferner wurde damit eine Datenerhebung geplant, die über den Kontext

und die Reichweite der Zeiterfassung durch geschulte Datenerhebenden hinausweist. So ermöglichen es z. B. Gruppendiskussionen mit Pflegekräften verstärkt Emotionsarbeit – auch mit Blick auf ihre zeitliche Bedeutung für Pflegekräfte – zu thematisieren, die sich einer direkten Beobachtbarkeit weitgehend entzieht. Die Gruppendiskussionen sollten dazu beitragen, möglichst reale, erfahrungsbasierte Zeitwerte für Interaktionsarbeit bei der stationären Langzeitpflege abzuschätzen, was sich in der Praxis jedoch als nicht möglich erwiesen hat. Den Pflegekräften fiel es schwer Zeitanteile für Interaktionsarbeit zu benennen, die doch so verwoben mit den „Interventionen“ zusammenhängen.

Insgesamt zeigt sich, dass die Zeit für Interaktionsarbeit meist im Pflegealltag nicht ausreicht. Es gibt zwar Einrichtungen, in denen diese Zeit zur Verfügung steht und entsprechend genutzt wird, jedoch ist in 3 der 4 an diesem Studienpart beteiligten Einrichtungen Zeitmangel deutlich, der es ihnen nicht ermöglicht Interaktionsarbeit zu leisten, wie sie es sich wünschten. Für die Pflegekräfte entspricht jedoch die Interaktionsarbeit im Kern dem Ethos fürsorglichen Handelns (Kumbruck & Senghaas-Knobloch 2006), der ihre Motivation in ihrer Arbeit prägt. Es werden daher weitere Zeitaufschläge zusätzlich zu den im quantitativen Studienpart ermittelten SOLL-Zeitwerte empfohlen.

2 Stand der Forschung

Als Ausgangslage wurde zunächst das Teilprojekt mit einer ausführlichen Literaturanalyse begonnen. Diese fand hauptsächlich von Oktober 2017 bis Januar 2018 statt. Im Folgenden werden nun die Ergebnisse zur Interaktionsarbeit sowie zu Interaktionsarbeit und Zeit vorgestellt.

2.1 Integratives Konzept von Interaktionsarbeit nach Böhle, Stöger & Wehrich 2015

Interaktionsarbeit als Arbeit mit und am Menschen erstreckt sich nicht nur auf den Bereich der personenbezogenen bzw. sozialen Dienstleistungen, sondern kann prinzipiell in allen personenbezogenen Prozessen und Tätigkeiten auftreten, die einen direkten Kontakt mit Kund*innen oder Klient*innen beinhalten (Böhle & Glaser 2006: 12 f.). Dementsprechend kann Interaktionsarbeit in sehr unterschiedlichen Arbeits- und Berufsfeldern geleistet werden, wie im Banken- und Finanzsektor, der Unternehmensberatung, der IT-Entwicklung, der Sozialarbeit oder der ambulanten wie stationären Pflege. Da Interaktionsarbeit in unterschiedlichen Arbeits- und Berufsfeldern vorkommt, ist sie auch stets mit Blick auf diese spezifischen Kontexte

zu bestimmen. Spezifische Kontexte, in denen Interaktionsarbeit geleistet wird, bestimmen daher den Charakter, d.h. die spezifische Ausprägung von Interaktionsarbeit.

Für die Literaturrecherche wurden in den dafür zur Verfügung stehenden zwei Monaten die Bestände der Staats- und Universitätsbibliothek Bremen auf die wesentliche Literatur hin gescannt und die eigenen Bücherbestände genutzt. Darüber hinaus wurde ebenso google scholar herangezogen, um Zugang zu entsprechender Literatur zu erlangen. Ferner wurde die Recherche durch Literaturhinweise von den Expert*innen ergänzt.

Vor diesem Hintergrund erstreckte sich die umfangreiche Literaturanalyse auf empirische Studien und theoretisch-konzeptionelle Forschungsarbeiten, die sich auf die formale Pflege – und hierbei insbesondere auf die stationäre Langzeitpflege – bezogen. Studien und Publikationen, die sich auf die ambulante Pflege oder die eher kurzfristig orientierte Krankenpflege im Krankenhausbereich beziehen, wurden ergänzend berücksichtigt, um die Spezifika der Interaktionsarbeit in der stationären Langzeitpflege im Vergleich deutlicher herausarbeiten zu können. Bereits im Rahmen der Literaturanalyse wurde systematisch darauf geachtet, inwiefern sich in einschlägigen Studien und Konzepten Hinweise auf die empirische Beobachtbarkeit von Interaktionsarbeit, vor allem in der stationären Langzeitpflege, finden lassen.

Darüber hinaus bildeten klassische Studien und Konzeptionen zur Interaktionsarbeit und ihren Kerndimensionen einen zweiten Schwerpunkt der Literaturanalyse. Seit den 1950er Jahren hat sich das Forschungsgebiet der Interaktionsarbeit allmählich entwickelt und weiter ausdifferenziert. Als vier zentrale Kerndimensionen oder für Interaktionsarbeit relevante Konzepte gelten in der Fachliteratur die Kooperationsarbeit, d.h. die Herstellung und Aufrechterhaltung von Beziehungen zwischen Dienstleistungsgebenden und Dienstleistungsnehmenden (Dunkel & Wehrich 2012), die Gefühlsarbeit (vgl. Strauss et al. 1980; Dunkel 1988), die Emotionsarbeit (Hochschild 1979) und das subjektivierende Arbeitshandeln (Böhle 1999). Die Literaturanalyse bezog diese Konzepte sowie Arbeiten zu übergreifenden Konzepten der Interaktionsarbeit (vgl. Dunkel 1988; Böhle et al. 2015a, b) ein.

2.2 Interaktionsarbeit und Zeit

Die Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege hat sich bislang primär an einzelnen definierten und beobachtbaren Verrichtungen der Pflegearbeit orientiert. In bisherigen Praktiken der Personalbedarfsermittlung und -bemessung und Methoden der Ermittlung von Ausführungszeiten spezifischer Pflegetätigkeiten wurde Interaktionsarbeit bisher kaum berücksichtigt. Die Nicht-Berücksichtigung der Interaktionsarbeit ist darauf zurückzuführen, dass mit der Fokussierung auf einzelne Verrichtungen der Blick auf ganzheitliche Aufgabenzusammenhänge in der Pflegearbeit verstellt wurde. Überdies erklärt sich die weitgehende Ausblendung der Interaktionsarbeit bei der Personalbemessung auch daraus, dass Interaktionsarbeit zum Teil eine quasi ‚unsichtbare Arbeitstätigkeit‘ bildet, die sich nur schwer beobachten und ermitteln lässt (Kumbruck 2010).

Aus arbeits- und gesundheitswissenschaftlicher Perspektive erweist sich die Nicht-Berücksichtigung von Interaktionsarbeit im Rahmen der bisherigen Personalbemessung als problematisch, da hierbei Interaktionsarbeit als Kernaspekt des Arbeitsethos von Pflegekräften nicht anerkannt wird (Senghaas-Knobloch 2008). Die Nicht-Berücksichtigung von Interaktionsarbeit im Rahmen der bisherigen Personalbemessung bedeutet, dass der damit verbundene Zeit- und Arbeitsaufwand der Pflegekräfte nicht beachtet wird. Die Ausblendung von Interaktionsarbeit in Praktiken und Methoden der Personalbemessung bildet daher eine Quelle der psychisch belastenden Arbeitsverdichtung von Pflegekräften (Becke & Bleses 2016).

Bisher gibt es keine oder nur bedingt Ergebnisse zur zeitlichen Dimension von Interaktionsarbeit. So haben Glaser et al. (2008: 67) „*Interaktionsepisoden [Interaktionen zwischen den Beschäftigten und Bewohnern sowie deren Angehörigen] und ihrer Dauer, Initiierung und Formen*“ untersucht. Diese umfassen Interaktionsarbeit jedoch in einem engeren Rahmen als wir in diesem Projekt nach dem integrativen Modell nach Böhle et al. (2015). Sie enthält keine kognitive, nicht sichtbare Interaktionsarbeit, wie Emotionsarbeit oder auch Bestandteile des subjektivierenden Arbeitshandelns, sondern beschränkt sich auf die sichtbaren Interaktionsepisoden. Somit bieten sie erste Anhaltspunkte für die zeitliche Erfassung von Interaktionsarbeit in der stationären Altenpflege. Die Ergebnisse zeigen, dass es sich bei 48,4% der Interaktionen um sogenannte Kurzinterventionen handelt, die kürzer als 1 Minute dauerten, sowie 54,9% der Fälle „*sozioemotional[e Interaktionsepisoden] während einer Verrichtung*“ (Glaser et al. 2008: 69) waren. Es wird deutlich, dass es sich in häufigsten Fällen um sehr kurze Interaktionsmomente handelt, sowie zu einem Großteil, um Interaktionsepisoden, die neben einer

Verrichtung laufen. Zeiten, die eine Pflegekraft zwischen der Begegnung mit zwei Bewohner*innen hat, scheinen hier jedoch keinen direkten Einfluss gehabt zu haben.

Die Interaktionsarbeit des/r Dienstleistenden mit der dienstleistungsnehmenden Person werden ebenfalls in einem Vortrag zum Thema Interaktionsarbeit (September 2019) als zu berücksichtigender zeitlicher Aspekt betrachtet. *„Zeitbemessung [für Interaktionsarbeit] berücksichtigt in der Regel nicht die Individualität der Leistungserbringung, wie z.B. die Reaktion des Gegenüber“* (Beermann 2018: 12). Die subjektiven Aspekte der von der dienstleistungsnehmenden Person bei Interaktionsarbeit ausgeht, haben demnach eine zeitliche Relevanz, der bisher in der Bemessung des Personalbedarfs nicht berücksichtigt wird.

Insgesamt wird damit deutlich, dass die Arbeitsleistung von Interaktionsarbeit nicht in die klassische Arbeitszeitbemessung einfließt, dies aber mit Problemen für die Arbeit der Pflegekräfte einhergeht. Auch im Rahmen des quantitativen Teils dieser Studie (wie in Kapitel 6 näher beschrieben) sind Grenzen der Erfassbarkeit von Interaktionsarbeit gesetzt, sodass mithilfe dieser qualitativen Methode die quantitativen Ergebnisse ergänzt werden sollen.

3 Methodisches Vorgehen

Zunächst erfolgte in der Vorbereitung die bereits vorgestellte ausführliche Literaturrecherche (Oktober 2017 bis Januar 2018). Auf Basis dieser Erkenntnisse wurden 3 Fokusgruppendifkussionen mit insgesamt 10 Expert*innen aus Arbeitswissenschaft und Pflegepraxis geführt (November 2017- Januar 2018). Die Ergebnisse der Literaturlauswertung und der Fokusgruppendifkussionen ermöglichten es, Interaktionsarbeit mit Blick auf die stationäre Langzeitpflege zu konkretisieren und zusätzliche methodische Anhaltspunkte für die geplante Durchführung der teilnehmenden Beobachtungen in den ausgewählten stationären Pflegeeinrichtungen zu erhalten. Erkenntnisse aus dieser Vorbereitung gingen auch in die Entwicklung des Interventionskatalogs für die quantitative Erhebung mit ein. Hier konnten allerdings nur sichtbare, prüfbare Bestandteile von Kooperations- und Gefühlsarbeit einbezogen werden. Weitere interaktive Aspekte der Leistung, z. B. mentale Vorbereitung und Analyseprozesse der Pflegekraft auf bestimmte Situationen, finden hier keine Berücksichtigung. Im Rahmen dieser Mitarbeit am Schulungskonzept konnten die Datenerhebenden mit Blick auf ihre Datenerhebung für Aspekte der pflegebezogenen Interaktionsarbeit näher sensibilisiert werden. Hierfür wurde Interaktionsarbeit als Thema in das Schulungskonzept des SOCIUM integriert. Anfangs wurden die Teilnehmenden zunächst gefragt, was sie unter Interaktionsarbeit verstehen. Die Aussagen

wurden mithilfe einer Flipchart gesammelt. Anschließend wurde die Bedeutung von Interaktionsarbeit für die Pflegearbeit hervorgehoben und das Modell von Böhle et al. (2015) vorgestellt, um ein einheitliches Verständnis zu generieren. Anhand des Modells wurden dann noch einmal die Aussagen der Teilnehmenden, wie sie Interaktionsarbeit verstehen, reflektiert. Daraufhin wurde anhand von beispielhaften Teilschritten und Anforderungen aus dem Interventionskatalog die Umsetzung von Pflegekräften in der Praxis besprochen. Betont wurde, dass Interaktionsarbeit in einigen Aspekten nicht sichtbar ist und den Datenerhebenden in der Beobachtung verborgen bleibt, Interaktionsarbeit jedoch ein Kernaspekt der Dienstleistungsarbeit sei. Im Anschluss daran wurde an einem Schulungskonzept für die Datenerhebenden der quantitativen Erhebung mitgewirkt (Februar - März 2018) und 4 Schulungen begleitend durchgeführt (April - Juli 2018). Im April 2018 erfolgt zudem ein Pretest, in dem eine Pflegekraft einmal teilnehmend begleitet wurde und woraufhin erste Schwierigkeiten im Ablauf der Beobachtung, z.B. Kommunikationsschwierigkeiten mit den Einrichtungen, auftraten und für die folgende Erhebung dann , vermieden werden konnten.

Der nächste größere Arbeitsschritt beinhaltete die Auswahl und das Anschreiben der Einrichtungen, das Informieren, die Durchführung der Pflegedienstleistungs-/Wohnbereichsleitungsinterviews, sowie der teilnehmenden Beobachtung und Beobachtungsinterviews und der anschließenden Gruppendifkussionen.

Die insgesamt 16 teilnehmenden Beobachtungen von Pflegekräften mit anschließenden Beobachtungsinterviews wurden in 4 Einrichtungen durchgeführt (Juni – September 2018). Aufgrund einiger Verzögerungen, wie Problemen mit Einwilligungserklärungen von Bewohner*innen, Urlaubszeiten der Pflegeeinrichtungen, Absagen auf Seiten der teilnehmenden Einrichtungen, ist die Auswertung mit dreimonatiger Verzögerung gestartet. Zum Abschluss wurden zusätzlich nach einer ersten Grobauswertung je eine Gruppendiskussionen in den teilnehmenden Einrichtungen durchgeführt, um die Ergebnisse zu validieren (Oktober – November 2018).

Im Anschluss an die Erhebung wurden dann die Transkriptionen der Interviews erstellt, und mittels „f4analyse“ die qualitative Inhaltsanalyse in Anlehnung an Mayring durchgeführt. Die daraus entstehenden Ergebnisse werden u.a. ab Kapitel 4.2 benannt.

3.1 Fokusgruppendifkussionen

Zur näheren analytischen wie dimensionalcn Bestimmung von Interaktionsarbeit in der stationären Langzeitpflege wurden 3 leitfadengestützte Fokusgruppendifkussionen durchgeführt.

Methodisch wurde zunächst mit einer ausführlichen Literaturlauswertung begonnen, die eine Grundlage für die Entwicklung von Gesprächsleitfäden für die beiden Fokusgruppengespräche mit insgesamt 8 Expert*innen bot. Die Fokusgruppengespräche waren je nach Zielgruppe (Praktiker*innen oder Wissenschaftler*innen) entsprechend in den Formulierungen angepasst. Grundsätzlich waren sie jedoch gleich konzipiert. Zunächst wurden das Gesamtprojekt und das Ziel des iaw-Vorhabens vorgestellt. Anschließend wurde als Grundlage das Modell nach Böhle et al. (2015) präsentiert und mit den Teilnehmenden Fragen diskutiert:

- Was lässt sich überhaupt erkennen/erheben? Stichwort: (Non-)Verbale Kommunikation Welche der vier Dimensionen lassen sich unmittelbar beobachten?
- Woran lässt sich Interaktionsarbeit bei teilnehmenden Beobachtungen erkennen?

Die Aussagen wurden auf Karten gesammelt und diskutiert. Daraufhin wurden die Teilnehmenden aufgefordert die Dimensionen im Kontext der Pflegearbeit in der stationären Langzeitpflege zu gewichten:

- Welche Dimensionen sind besonders wichtig in der Interaktionsarbeit in der stationären Langzeitpflege?
- Wie würden Sie die vier Dimensionen und der (Unter-) Typen nach Häufigkeit und Relevanz gewichten?

Die Expert*innen kamen aus unterschiedlichen Fachdisziplinen, d.h. sowohl der Pflegewissenschaften, der Sozialwissenschaften, der Arbeitswissenschaften, der Gesundheitswissenschaften und der Arbeits- und Organisationspsychologie, als auch aus der Pflegepraxis. Die Wissenschaftler*innen wiesen eine zentrale Gemeinsamkeit auf: Sie hatten sich bereits seit mehreren Jahren in ihrer Forschung mit der (stationären) Altenpflege bzw. der stationären Langzeitpflege und zumeist auch mit der pflegebezogenen Interaktionsarbeit befasst. Überdies nahmen an einer der beiden Fokusgruppendifkussionen zwei Pflegefachkräfte teil, die über mehrjährige Erfahrungen in der stationären Langzeitpflege verfügten. Darüber hinaus wurde eine Fokusgruppendifkussion mit 2 weiteren Pflegefachkräften geführt, die nach ihrer Ausbildung ein bis zwei Jahre praktische Erfahrung in der stationären Altenpflege gesammelt hatten. Hierbei handelte es sich um Personen mit einer Doppelqualifikation als qualifizierte Pflegekräfte und Gesundheitswissenschaftlerinnen bzw. Pflegewissenschaftlerinnen.

Die Ergebnisse der letzten Fokusgruppendifkussion (mit 2 Pflegekräften/ angehende Pflegewissenschaftlerinnen) wurden ergänzend in die bestehenden Ergebnisse der dimensionalcn Analyse einbezogen. Zwar wurden Fokusgruppendifkussionen mit ausschließlich mehr- bis langjähriger Erfahrung angestrebt, da sich jedoch die Rekrutierungsphase länger und schwieriger gestaltete als gedacht, wurden die Pflegekräfte mit kürzeren Erfahrungshintergründen einbezogen. Anzunehmen ist, dass sie aufgrund ihrer kürzeren Tätigkeitserfahrung und bewussten Unterschieden zu erfahrenen Kolleg*innen noch reflektierter in der Interaktionsarbeit sind und bewusster über Besonderheiten sprechen können, da sie einerseits neuer in der Pflegearbeit waren und ihnen somit Besonderheiten anders auffielen als ihren berufserfahrenen Kolleg*innen. Zudem setzten sie Theorie und Praxis in Bezug zueinander. Dies ergab sich als ein Vorteil für unser Vorhaben.

3.2 Dimensionale Analyse

Die Literaturlauswertung und die beiden Fokusgruppendifkussionen wurden einer separaten wie vergleichenden dimensionalcn Analyse unterzogen, in der zentrale Dimensionen der Interaktionsarbeit mit Fokus auf die stationäre Langzeitpflege und Kriterien sowie Beispiele ihrer empirischen Beobachtbarkeit herausgearbeitet wurden.

Die Ergebnisse aus der Literaturlanalyse und den beiden Fokusgruppendifkussionen wurden miteinander verglichen und anschließend auf das Wesentliche, d.h. ihre Kerngehalte, reduziert. Die Reduzierungen wurden nach zwei Kriterien vorgenommen: Erstens erfolgte eine Gewichtung nach zentralen Merkmalen für einzelne Dimensionen der Interaktionsarbeit, wie Emotions- oder Gefühlsarbeit. Zweitens orientierte sich die Reduzierung des ausgewerteten Materials an der Häufigkeit, mit der spezifische inhaltliche Aspekte von Interaktionsarbeit bei der Auswertung der Fachliteratur und der Fokusgruppendifkussionen vorkamen. Auf diese Weise ließen sich übergreifend Kerndimensionen bzw. Kernaspekte der Interaktionsarbeit im Bereich der stationären Langzeitpflege und Hinweise auf bzw. Beispiele für ihre empirische Beobachtbarkeit ermitteln.

Anschließend wurden diese Kernaspekte soweit wie möglich anhand von Beispielsituationen beschrieben und konkrete Anhaltspunkte für die Beobachtung entwickelt, die sich aus der Literaturlanalyse oder den Ergebnissen der Fokusgruppendifkussionen ergaben. Diese Ergebnisse wurden in das Handbuch und in die Schulung der Datenerhebenden wie auch in den Maßnahmenkatalog des Verbundprojektes ansatzweise integriert. Auf diese Weise wird gewährleistet, dass die Ergebnisse der dimensionalcn Analyse zur Interaktionsarbeit auch in die

quantitativen Instrumente und das Beobachtungsverfahren eingebunden werden, die zur Personalbemessung in der Pflege bedeutsam sind. Das Teilvorhaben leistet somit einen ersten Beitrag dazu, die bisherige Nicht-Berücksichtigung der Interaktionsarbeit bei der pflegebezogenen Personalbemessung zu überwinden.

3.3 Kernergebnisse der dimensionalen Analyse

Die Kernergebnisse konnten auf unterschiedlichen Ebenen erarbeitet werden. Sie werden im Folgenden beschrieben:

Ein Kernergebnis ist das verwendete integrierte Konzept der Interaktionsarbeit im Anschluss an Böhle et al. (2015a, b), das für den Bereich der stationären Langzeitpflege operationalisiert und konkretisiert wurde. Interaktionsarbeit wird hierbei als komplexes Gefüge von Kooperationsarbeit, Gefühlsarbeit, subjektivierendes Arbeitshandeln und Emotionsarbeit gefasst. Vor allem die Fokusgruppendifkussionen verdeutlichten, dass zwischen den vier Kerndimensionen der Interaktionsarbeit z.T. inhaltliche Überschneidungen bestehen.

Die *Kooperationsarbeit* impliziert die „Herstellung einer Kooperationsbeziehung“ (Böhle et al. 2015a: 19) zwischen Pflegekraft und zu Pflegenden und bezieht sich insgesamt vor allem auf die Arbeitsaufgabe. Die ursprüngliche konzeptionelle Basis dieser Dimension bildet die „[i]nteraktive[n] Arbeit“ von Dunkel und Weihrich (2012). Die Pflegekraft muss ganz grundsätzlich mit der zu pflegenden Person eine Beziehung aufbauen und aufrechterhalten, um ihre Pflegearbeit ausführen zu können. Ein wesentlicher Aspekt der Kooperationsarbeit ist die Dauer und Intensität dieser Beziehung im Vergleich z. B. zu der Beziehung in der ambulanten Pflege oder aber im Krankenhaus zwischen Pflegekräften und Patient*innen. Aufgrund der längeren Verweildauer im Pflegeheim besteht hier eine intensivere Beziehung zwischen Pflegekraft und zu Pflegenden. Weiterhin ermöglicht die Pflegekraft der zu pflegenden Person in der (begrenzten) Rolle eines Kunden/ einer Kundin entsprechend abgestimmt an der Pflege mitzuwirken und mit ihr zu kooperieren (Dunkel & Weihrich 2012a: 39).

Die *Gefühlsarbeit*, eine weitere Dimension von Interaktionsarbeit, geht auf Strauss et al. (1980) zurück. Gefühlsarbeit meint das Beeinflussen der Gefühle der zu pflegenden Person im Sinne der zu erfüllenden Arbeitsaufgabe (vgl. Böhle et al. 2006; Giesenbauer & Glaser 2006) und impliziert somit die Gefühle als Arbeitsmittel (Dunkel 1988: 67). Die Pflegebedürftigen sind als Person in ihrem Lebenskontext anzuerkennen, in deren Situation sich die Pflegekräfte einfühlen müssen, um angemessen pflegen zu können. So sind den zu Pflegenden z.B. Ängste zu

nehmen oder Trost zu zusprechen – als Basis dafür, eine spezifische Pflegeaufgabe auch ausführen zu können, z.B. zu Pflegenden bei einem Transfer zu helfen.

Subjektivierendes Arbeitshandeln ist eine weitere Dimension von Interaktionsarbeit. Sie meint die „*Bewältigung des Unwägbaren und Unplanbaren*“ (Böhle et al. 2015a: 22), eine Art intuitives Vorgehen der Pflegekräfte in sich spontan ergebenden, ungeplanten Situationen. Beim ‚Arbeitsgegenstand Mensch‘ und insbesondere mit zunehmendem Alter kann es z.B. immer wieder zu unvorhergesehenen Änderungen des Gesundheitszustandes der zu Pflegenden kommen (vgl. Böhle 1999; Hacker 2009; Böhle et al. 2015a). Die Pflegekraft ist gefragt, auf diese unvorhergesehenen Situationen intuitiv-flexibel reagieren zu können. Hierbei sind sowohl ihr Fachwissen wie auch ihr Erfahrungswissen von besonderer Bedeutung. Weiterhin sind ihre Sinne bei der Einschätzung dieser Situationen gefragt, wie das Wahrnehmen von Gerüchen oder entsprechender Körpersprache der zu Pflegenden. Sie können überdies im Dialog mit der pflegebedürftigen Person in spezifischen Situationen schrittweise deren Bedürfnisse und Wünsche erkunden und auf dieser Grundlage ihr Pflegehandeln ausrichten. Besonders in der stationären Pflege spielt abermals die gewachsene soziale Nähe und relativ gute Kenntnis der zu pflegenden Personen hinein, die ein solch situatives Anpassen der Arbeitshandlungen erleichtert.

Die *Emotionsarbeit* basiert auf Hochschilds „*The Managed Heart*“ (1983), der wegweisenden Studie zu Emotionsarbeit anhand von Flugbegleitenden und Rechnungseintreiber*innen. Emotionsarbeit in der (stationären) Pflege äußert sich darin, dass Pflegekräfte im Rahmen ihrer Pflegearbeit ihre eigenen Gefühle regulieren (vgl. Hochschild 1990; Krey 2011; Böhle et al. 2015a), sodass der beruflich zugeschriebenen Rolle einer fürsorglichen Pflegekraft entsprochen wird. Die persönlichen Gefühle werden als Gegenstand (Instrumentalisierung) und als Bedingung (zur Selbstkontrolle) gesehen (Dunkel 1988: 67). So spielt die Unterdrückung bzw. Bearbeitung persönlicher Gefühle der Pflegekraft, wie Ärger, Trauer oder Antipathien, bei ihrer Arbeit eine Rolle. Anzunehmen ist, dass sie ihre eigenen Gefühle vor den zu Pflegenden immer wieder zurücknehmen und sich an die Rolle der fürsorglichen Pflegekraft anpassen muss. Diese Dimension ist aufgrund des innerpsychischen Prozesses der Gefühlsregulation jedoch nicht direkt beobachtbar, sondern nur auf den Kontext bezogen und über Gespräche erfassbar.

So ergab sich aus der Literaturrecherche und den Fokusgruppengesprächen ein Set von Kerndimensionen der Interaktionsarbeit in der stationären Langzeitpflege, das anschließend wiederum auf die beobachtbaren Kerndimensionen bzw. die beobachtbaren Elemente der

Kerndimensionen reduziert wurde. Die Generierung dieser empirisch beobachtbaren Elemente trug dazu bei, den Datenerhebenden eine Orientierungshilfe für die Beobachtung von Interaktionsarbeit im Rahmen der stationären Langzeitpflege an die Hand zu geben. Dieser Orientierungsrahmen soll zudem für die geplanten eigenen teilnehmenden Beobachtungen von Interaktionsarbeit von Pflegekräften in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege genutzt werden.

Grundlage für diese Orientierungshilfe bildet das entwickelte Tableau (siehe Anhang) von beobachtbaren und operationalisierten Kerndimensionen, d.h. inklusive dazu gehörenden Aspekten und Beobachtungsbeispielen von Interaktionsarbeit in der stationären Langzeitpflege. Dieses Projektergebnis wurde zum Zweck einer Grundlage für die Schulung der Datenerhebenden im Bereich der Interaktionsarbeit sowie für das Beobachtungshandbuch der Datenerhebenden entwickelt. Das Tableau bildet zugleich eine kurze Informationsgrundlage für den Maßnahmenkatalog des Verbundprojekts, d.h. Interaktionsarbeit wird hierbei integriert in die Beschreibung konkreter Pflegeinterventionen in Abhängigkeit von Pflegebedarfskonstellationen der zu Pflegenden. Vorwiegend zeigt das Tableau auf, was beobachtet werden kann und anhand welcher Beispiele sich diese Beobachtung festhalten lässt. Hierdurch erfolgt eine Integration von Ergebnissen aus der pflege- und der arbeitswissenschaftlichen Perspektive. Dieses war zu Anfang im Aufgabenpaket zwar nicht vorgesehen, es erwies sich jedoch in projektinternen Gesprächen als sinnvoll, dass die Datenerhebende die Kerndimensionen der Interaktionsarbeit mit erfassen und so eine Vergleichbarkeit bzw. Ergänzung zu den geplanten qualitativen Erhebungen ermöglicht wird.

Als weiteres Ergebnis der Fokusgruppendifkussionen kann festgehalten werden, dass die Fremdbeobachtung von Interaktionsarbeit Grenzen und Potenziale bietet. Die Einsicht in die Grenzen der empirischen Beobachtbarkeit von Interaktionsarbeit erfordert es, andere Methoden wie die der qualitativen Arbeitsforschung einzusetzen, um die unsichtbaren Tätigkeitselemente von Interaktionsarbeit näher eruieren und in Bezug auf damit verbundene erfahrungsbasierte Zeitbedarfe der Pflegekräfte abschätzen und ermitteln zu können. Potenziale ergeben sich aus der Anschlussfähigkeit der qualitativen Erhebung der Interaktionsarbeit an die im Verbundprojekt vorgesehenen quantitativen Erhebungen, vor allem im Rahmen der Beobachtung von Pflegeprozessen durch geschulte Datenerhebende. Die qualitativen Erhebungen ermöglichen auch einen Zugang zu den schwer oder nicht zu beobachtenden Dimensionen der Interaktionsarbeit, wie Emotionsarbeit. Sie erlauben es zudem, die betrieblichen Rahmenbedin-

gungen, unter denen Interaktionsarbeit in der stationären Langzeitpflege erfolgt, einzubeziehen; zumal diese Rahmenbedingungen verfügbare Zeiten für Interaktionsarbeit der Pflegekräfte ermöglichen oder beschneiden können.

3.4 Datenerhebung

Mit Blick auf die Datenerhebung soll zunächst die Auswahl der stationären Einrichtungen und Pflegekräfte im Rahmen der qualitativen Erhebung erläutert werden. In einem zweiten Schritt wird die methodische Vorgehensweise bei der Datenerhebung in den ausgewählten stationären Pflegeeinrichtungen beschrieben.

3.4.1 Auswahl der Einrichtungen und Pflegekräfte

Die Stichprobe der 4 ausgewählten stationären Einrichtungen der Langzeitpflege wurde aus der Gesamtheit der Einrichtungen gezogen, die das Projekt „*Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI*“ unterstützen. Da es um die Entwicklung eines bundesweiten Personalbemessungsverfahrens geht, wurden aus dieser Stichprobe 4 Einrichtungen nach Nord-Süd, Ost-West möglichst gut in Deutschland verteilt ausgewählt. So nahm schließlich je eine Einrichtung aus dem Bundesland Baden-Württemberg, Hessen, Sachsen und dem Bereich Norddeutschland an dem Studienpart Interaktionsarbeit teil. Die unterschiedlichen Größen der stationären Pflegeeinrichtungen wurden in den Klassen 1 bis 4 repräsentiert. Die unterschiedlichen Trägerschaften (privat oder freigemeinnützig) wurden ebenfalls als Kategorien in der Stichprobe berücksichtigt. Daraus ergab sich eine Stichprobe aus jeweils einer Einrichtung mit freigemeinnütziger Trägerschaft der Größenklassen 1 und 3 und der Größenklassen 2 und 4 aus privater Trägerschaft.

Die Auswahl der Einrichtungen wurde im Prozess der Erhebung mehrfach angepasst, da z. T. Einrichtungen absagten oder schlicht eine Erhebung aufgrund fehlender Einwilligungserklärungen der Bewohner*innen nicht möglich war, woraus sich, wie bereits beschrieben, Verzögerungen des Erhebungszeitraums ergaben.

Jede der Einrichtungen nahm mit einer Einheit (einer Station oder einem Wohnbereich) an der Teilstudie zur Interaktionsarbeit teil. Innerhalb dieser Einheit wurden von der Pflegedienstleitung oder der Einrichtungsleitung Pflegekräfte ausgewählt, die mit ihrem Einverständnis einen Tag begleitet und anschließend interviewt wurden.

3.4.2 Datenerhebung in den ausgewählten Einrichtungen

Zunächst erfolgt ein kurzer Überblick über den Ablauf der Datenerhebung. Sie wurde in drei Teile (Parts) je Einrichtung unterteilt:

- Part 1: ein leitfadengestütztes Expert*inneninterview (vgl. Helfferich 2014; Przyborski & Wohlrab-Sahr 2014) der Pflegedienst- (PDL) oder Wohnbereichsleitung (WBL) (siehe Anhang)
- Part 2: 4 Ganzschichtbeobachtungen mit anschließendem leitfadengestützten Beobachtungsinterview (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr 2014; Kuhlmann 2009) der begleiteten Pflegekraft (siehe Anhang)
- Part 3: eine (Mini Group) Gruppendiskussion (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr 2014; Vogl 2014; Becker o. J.) nach einer ersten Grobauswertung der Beobachtungsinterviews (siehe Anhang)

Wie der kurzen Übersicht zu entnehmen ist, wurde zuerst in jeder Einrichtung ein Interview mit der jeweiligen Pflegedienst- oder Wohnbereichsleitung geführt. In diesem leitfadengestützten Expert*inneninterview wurden Besonderheiten der Einrichtung bzw. des Wohnbereichs und die betrieblichen Rahmenbedingungen erfragt, um so ein genaueres Verständnis der Pflegeeinrichtung und der Rahmenbedingungen, unter denen Interaktionsarbeit geleistet wird, zu erhalten sowie um den ersten persönlichen Feldzugang aufzubauen (Gatekeeper Pflegedienst- / Wohnbereichsleitung).

In jeder Einrichtung wurde ein Wohnbereich ausgewählt, in dem 4 teilnehmende Beobachtungen (Ganzschichtbegleitungen) erfolgten. Es war beabsichtigt, für die 4 Tage unterschiedliche Pflegekräfte verschiedener Qualifikationsniveaus auszuwählen, sodass in jeder Einrichtung jeweils 4 Pflegekräfte teilnehmen. Dies ließ sich mit wenigen Einschränkungen gut umsetzen (siehe Kapitel 3.5 Auswertung). Für die teilnehmende Beobachtung wurde aus forschungsethischen Gründen ein offenes Vorhaben gewählt, indem die Beobachterin als Forscherin ins Feld eingeführt wurde. Es wurde eine passiv teilnehmende Beobachtung durchgeführt, da die Beobachtung im Rahmen der Rolle als Forscherin stattfand und keine Übernahme einer Rolle aus dem Pflegesetting vorgesehen war (vgl. Lamnek & Krell 2010b). Diese Beobachtung zielte darauf ab die Situationen und die Art und Weise der diversen interaktiven Tätigkeiten der Pflegekräfte in Bezug auf die zu Pflegenden zu erheben und zu ermitteln. Die Form der unstrukturierten Beobachtung wurde gewählt, um so die Offenheit der Beobachtung für ein möglichst breites Erfassen von Interaktionsarbeit nutzen zu können.

Es ist nicht davon auszugehen, dass die passiv teilnehmende Beobachtung das Arbeitsverhalten der begleiteten Pflegekräfte stark beeinflusste. Nach einer kurzen Eingewöhnungszeit

legten sich schnell anfängliche Unbehagen der begleiteten Pflegekräfte bzgl. des Beobachtens (siehe auch Przyborski & Wohlrab-Sahr 2014, 43f.).

Direkt im Anschluss an diese Ganzschichtbeobachtung fand ein kurzes Interview anhand eines offenen Leitfadens (siehe Anhang) mit der begleiteten Pflegekraft statt. Ziel dieses kurzen, d. h. ca. 30-minütigen, leitfadengestützten Beobachtungsinterviews (Kuhlmann 2009) war es, zu eruieren, welche interaktiven Tätigkeiten der beobachteten Schicht aus Sicht der Pflegekraft typisch waren und welche Aspekte Besonderheiten darstellten, um die beobachtete interaktive Arbeit gut einordnen und reflektieren zu können. Darüber hinaus konnte mit der Pflegekraft die Beobachtung(ssituation) reflektiert sowie im Gespräch nicht sichtbare Leistungen im Rahmen der Interaktionsarbeit erhoben werden. Die teilnehmenden Beobachtungen wurden protokolliert und entsprechend als erste Grundlage für die Auswertung berücksichtigt. Von den Interviews wurden, sofern die Pflegekräfte einwilligten, Audioaufnahmen erstellt (vgl. Informationsschreiben im Anhang).

Zur Validierung der Ergebnisse wurde in jeder der 4 ausgewählten stationären Pflegeeinrichtungen nach einer ersten Grobauswertung jeweils eine Gruppendiskussion mit etwa 3 bis 5 Pflegekräften geführt. Die Anzahl der Teilnehmer*innen und die Dauer der Gruppendiskussion wurden entsprechend der Umsetzbarkeit von den Einrichtungen variiert. Gruppendiskussionen werden unter anderem in der qualitativen Forschung angewendet, um kollektive Meinungen zu erheben und direkte Ergänzungen der Teilnehmer*innen einbeziehen zu können (Vogl 2014). In diesem Fall sollten die ersten Kernergebnisse aus der Beobachtung und den Beobachtungsinterviews vorgestellt und gemeinsam reflektiert werden. Diese zweistündigen Gruppendiskussion zum Thema Interaktionsarbeit wurden nach den ersten Grobergebnissen strukturiert und diese zur Diskussion gestellt. Ebenso wurden einige offene Fragen gestellt, um den Austausch bzw. die Besprechung zeitlicher Aspekte der Interaktionsarbeit zu ermöglichen. Wesentlicher Inhaltspunkt dieser Gruppendiskussion war die Einschätzung erfahrungsbasierter Zeitbedarfe für die Interaktionsarbeit aus Sicht der Pflegekräfte, um so die Expertise der Zielgruppe einzubeziehen. Hierzu wurden die Pflegekräfte hinsichtlich ihrer erfahrungsbasierten Einschätzung zur zeitlichen Dimension von Kooperations-, Gefühls-, Emotionsarbeit wie subjektivierendem Arbeitshandeln gebeten. Kooperationsarbeit wurde umschrieben mit der Herstellung einer Beziehung (Kooperation), Gefühlsarbeit als der Umgang mit fremden Gefühlen (Bewohner*in), subjektivierendes Arbeitshandeln als der Umgang mit Unwägbarkeiten und Emotionsarbeit wurde der Umgang mit den eigenen Gefühlen genannt. Nach der Vorstellung der Theorie wurden sie gebeten anhand von Klebepunkten auf einem Zeitstrahl für jede einzelne Dimension von Interaktionsarbeit aufzuzeigen, wie wenig oder viel Zeit sie an

einem normalen Tag haben. Anschließend wurden sie gebeten mit einem Klebepunkt in einer anderen Farbe zu kennzeichnen, wie viel Zeit sie bräuchten, um die Interaktionsarbeit mit Bewohner*innen in ihren vier grundlegenden Dimensionen gut ausführen zu können. Nachdem diese Ergebnisse diskutiert wurden, wurden sie abermals gebeten, zu sagen, wie viel Zeit sie für Interaktionsarbeit an einem normalen Tag bräuchten. Die Frage zur zeitlichen Einschätzung von Interaktionsarbeit wurde immer wieder von den Pflegekräften als schwierig bis unmöglich bewertet.

3.5 Auswertung

Die Beobachtungen boten eine erste Grundlage für die jeweils angeschlossenen Interviews. Sie dienten einerseits dazu einen Eindruck vom Arbeitsalltag unterschiedlicher Pflegekräfte, verschiedener Qualifikationsniveaus in unterschiedlichen Einrichtungen bzw. auch Bundesländern kennen zu lernen und diese auf die interaktiven Tätigkeiten hin zu untersuchen. Die dort beobachteten Situationen bildeten andererseits einen zentralen Gegenstand des anschließenden Interviews und fanden somit Eingang in das Audiomaterial. Zusätzlich zu der Ansprache dieser Situationen im Interview wurden Beobachtungsprotokolle angefertigt, um die Fülle interaktiver Tätigkeiten möglichst umfangreich festzuhalten sowie gegebenenfalls besondere und/oder unklare Situationen rekonstruieren zu können. Wesentliche Kerninhalte dieser Auswertung stellen die geführten Interviews mit den Pflegekräften dar, die auch die nicht sichtbaren interaktiven Anteile der Interaktionsarbeit einbeziehen. Situationen aus den teilnehmenden Beobachtungen werden in dieser Auswertung primär zur Verdeutlichung und Kontextualisierung von Ergebnissen der Interviewauswertung verwendet.

3.5.1 Datenmaterial

Insgesamt wurden 20 Interviews geführt. Davon handelt es sich um 16 Interviews mit Pflegekräften nach der Beobachtung zur Erhebung nicht sichtbarer Bestandteile von Interaktionsarbeit sowie zusätzlichen 4 Interviews mit Pflegedienst- oder Wohnbereichsleitungen, die der Kontextinformation und der Einordnung der Erkenntnisse zu Interaktionsarbeit in ihre Rahmenbedingungen dienten. Die Interviews mit Pflegedienstleitungen hatten zum Vorteil, dass mehr Wissen über die Einrichtung im Allgemeinen einbezogen werden konnte. Die Wohnbereichsleitungen konnten hingegen mehr Informationen zu den Besonderheiten auf dem Wohnbereich berichten. Die Expertise der Wohnbereichsleitung wurde dort, wo Pflegedienstleitungen befragt wurden, zusätzlich eingebunden, indem sie begleitet oder zu Besonderheiten befragt wurde, um die Besonderheiten des jeweiligen Wohnbereiches einbeziehen zu können.

Die 16 Interviews ergaben sich aus den 4 einbezogenen Pflegeeinrichtungen, in denen an je 4 Tagen je eine Pflegekraft begleitet (4 Personen pro Einrichtung) und anschließend interviewt wurde. Diese 16 Interviews wurden mit 14 unterschiedlichen Pflegekräften geführt. Unter diesen waren 9 Pflegefachkräfte und 5 Pflegehilfskräfte. Das Alter lag bei den Pflegefachkräften durchschnittlich bei etwa 39 Jahren, bei den Pflegehilfskräften bei etwa 48 Jahren. Die Berufserfahrung lag bei den Fachkräften im Durchschnitt bei 11 Jahren, bei den Hilfskräften bei 13 Jahren. Dabei gibt es Hinweise darauf, dass die Abschlüsse, die unterschiedliche lange dauerten, wie auch an unterschiedlichen Orten erworben wurden, sowohl in der Gruppe der Pflegefachkräfte als auch der Pflegehilfskräfte nicht miteinander vergleichbar sind.

Von den 16 geführten Interviews mit Pflegekräften wurde bei 14 in die Audioaufnahme eingewilligt. Zwei Fachkräfte unterschiedlicher Einrichtungen verweigerten die Aufnahme. Die 14 aufgenommenen Interviews wurden inhaltsanalytisch in Anlehnung an Mayring (2010 a; b; 2016) ausgewertet. Die 2 Interviews ohne Audioaufnahme wurden anhand der Protokolle inhaltlich in die Auswertung einbezogen. Die Pflegedienstleitungs-/ Wohnbereichsleitungsinterviews wurden ebenfalls inhaltsanalytisch in Anlehnung an Mayring (2010 a; b; 2016) ausgewertet.

Insgesamt nahmen an den Gruppendiskussionen (GD) 17 Personen teil. In GD1 waren 5 Personen beteiligt, in GD 2 waren es 4 Personen (in den ersten ca. 30 Minuten eine weitere Pfk), in GD 3 waren es 5 Personen (inkl. Pflegedienstleitung und zusätzlich die Einrichtungsleitung für ca. 30 Minuten), und in GD 4 waren 3 Personen involviert. Aufgrund der zeitlichen Verzögerungen im Rahmen der Erhebungen und der begrenzten Personalkapazitäten für die Projektbearbeitung konnten die aufgenommenen Gruppendiskussionen vorwiegend selektiv transkribiert werden. Im Fokus standen hierbei Passagen zu den Dimensionen Interaktionsarbeit und der Abschätzung von Zeitbedarfen für Interaktionsarbeit aus Sicht der teilnehmenden Pflegekräfte. Der Schwerpunkt bei der Auswertung der Gruppendiskussionen lag auf der übergreifenden und vergleichenden Analyse – unter Berücksichtigung der jeweiligen Kontextbedingungen der Einrichtungen. Hierzu wurden die einzelnen Gruppendiskussionen zusammengefasst ausgewertet.

Das zugrunde liegende Material besteht demnach aus 14 transkribierten Interviews mit Pflegekräften, 2 Interviewprotokollen sowie dem ergänzenden Einbezug der transkribierten Interviews mit Pflegekräften in der Funktion der Pflegedienst- oder Wohnbereichsleitung und den Protokollen aus den 4 Gruppendiskussionen. Die Interviews wurden zunächst hinsichtlich der interaktiven Tätigkeiten und der Frage, wo diese auftreten, analysiert.

3.5.2 Transkription

Die Auswertung qualitativer Interviews findet anhand des transkribierten Datenmaterials statt. Daher wurden die Audiodateien zeitnah nach der Erhebung verschriftlicht. Im Anschluss an die Erstellung wurden sie zudem Korrektur gelesen. Die Interviewpartner*innen wurden in den Transkripten insoweit anonymisiert und geglättet, sodass eine Zuordnung z.B. über Dialekte und sprachliche Besonderheiten, zu den interviewten Personen deutlich erschwert ist. Darüber hinaus wurden die benannten Bewohner*innen der stationären Pflegeeinrichtungen in den Transkripten pseudonomisiert. Hierfür wurden die Pseudonyme des quantitativen Studienteils für die Bewohner*innen übernommen, um so später Bezüge zu den quantitativen Ergebnissen herstellen zu können. Die resultierten Transkripte dienen als Arbeitsgrundlage für die Auswertung anhand des Programms „f4Analyse“.

3.5.3 Inhaltsanalytische Auswertung

Zur Auswertung des erhobenen qualitativen Datenmaterials wurde das strukturierte Auswertungsverfahren der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2016; 2010a; 2010b) verwendet: *„Inhaltsanalytisches Vorgehen wertet Material interpretierend aus, das emotionale und kognitive Befindlichkeiten, Verhaltensweisen oder Handlungen repräsentiert“* (Lamnek & Krell 2010a: 441). Die interaktiven Tätigkeiten stellten den thematischen Fokus der Beobachtungen und Beobachtungsinterviews dar. Da insbesondere Interaktionsarbeit einen z. T. sehr individuellen Charakter haben kann und auf emotionaler und insbesondere kognitiver Ebene hohe Arbeitsanforderungen an die Dienstleistenden stellt, bietet die Inhaltsanalyse der Beobachtungsinterviews, die Befindlichkeiten, Verhaltensweisen und Handlungen thematisiert, eine geeignete Möglichkeit zur interpretierenden Auswertung der Transkripte.

Das klar strukturierte Vorgehen ist ein Vorteil dieses Verfahrens, wodurch sich die Auswertung *„intersubjektiv“* (Mayring & Fenzl 2014: 543) überprüfen lässt. Die Analyse kann schrittweise aufgebaut werden, und dadurch die Interpretation des Materials plausibel und transparent gestaltet werden (Mayring 2010a: 59). Wesentlich ist bei dieser Auswertung die Erstellung eines Kategoriensystems, das entweder mithilfe des Materials (induktiv) oder theoretisch begründet (deduktiv) entwickelt wird (vgl. Mayring 2016; Mayring 2010a; Mayring 2010b). Aufgrund der bereits feststehenden Fragestellungen an das Material wurden deduktive Oberkategorien verwendet, die in wenigen Fällen induktiv erweitert worden sind. Mayring unterscheidet darüber hinaus drei Formen der Interpretation: Zusammenfassung, Explikation oder Strukturierung (Mayring 2016, 115; Mayring 2010a, 64f.). Dabei sind auch Mischformen aus den drei Grundformen denkbar (Mayring 2010a, 65).

Die inhaltsanalytische Auswertung erfolgte in Anlehnung an Mayring (vgl. Mayring 2016; Mayring 2010a; Mayring 2010b). Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde hauptsächlich die Methode der Strukturierung gewählt, bei dem ein Kategoriensystem anhand der Literatur entwickelt wird (deduktiv). Für alle Kategorien wurden sogenannte Codedefinitionen (Mayring 2016) vorgenommen, die festlegen, welche Aussagen in die jeweilige Kategorie einbezogen werden.

„Die Kodiereinheit legt fest, welches der kleinste Materialbestandteil ist, der ausgewertet werden darf, was der minimale Textteil ist, der unter eine Kategorie fallen kann.“ (Mayring 2010a, 59). Als Kodiereinheit wurden Aussagen in Form von einzelnen Satzbestandteilen gewählt (kleinste kodierte Einheit). Die Kontexteinheit, also der größte Textbestandteil einer Kategorie (Mayring 2010a, 59), wurde definiert als der Zusammenhang von mehreren Sprecherphasen. Als Auswertungseinheiten, die nacheinander ausgewertet werden (Mayring & Fenzl 2014, 546; Mayring 2010a: 59), wurden die jeweiligen Interviews definiert, die nach den Einrichtungen, in denen die Datenerhebung stattfand, sortiert wurden.

Zunächst wurden 2 Interviews systematisch zum ersten Mal durchgegangen und den Kategorien zugeordnet. Wie oben erklärt, wurden, sofern nötig, weitere induktive Kategorien gebildet (mit der zusammenfassenden Form des Interpretierens). Nach den ersten beiden Transkripten wurden das Material und der Kategorienbaum zur Interaktionsarbeit besprochen und angepasst. Danach erfolgte ein Durchlauf durch das Material, bei dem die Zuordnung abermals kontrolliert wurde und Memos geschrieben wurden. Dieses Vorgehen der Kategorienzuordnung und Korrektur sowie dem Schreiben von Memos wurde und wird noch für jedes Transkript durchgeführt.

Anschließend wurde / wird noch für jede Kategorie eine Zusammenfassung der Memos geschrieben. Auch hierbei wird die Zuordnung nochmals kontrolliert. Zwischendurch werden immer wieder im Sinne der Intercoderreliabilität (Mayring & Fenzl 2014: 547; Mayring 2010a, 117) abschnittsweise einzelne Passagen von uns im iaw-Projektteam besprochen, gemeinsam kodiert und ausgewertet.

4 Analyseergebnisse

Die, wie bereits beschrieben, für die inhaltsanalytische Auswertung wesentlichen Kategorien wurden größtenteils deduktiv aus dem Forschungsinteresse und der vorangehenden Literaturrecherche hergeleitet. Der Fokus dieser Erhebung lag, den Forschungsfragen entsprechend, neben der Aufdeckung der interaktiven Tätigkeiten auch auf dem zeitlichen Aspekt. Daraus lassen sich die Kategorien der Interaktionsarbeit und ihrer vier Dimensionen: Gefühlsarbeit, Emotionsarbeit, subjektivierendes Arbeitshandeln und Kooperationsarbeit zunächst ableiten (siehe Kapitel 4.2). Darüber hinaus ergeben sich in Bezug auf das Gesamtprojekt weitere Unterkategorien von Interaktionsarbeit. Im quantitativen Forschungsteil liegt der Fokus auch auf dem Bewohnermerkmal und der Qualifikation der Pflegekraft. Diese Aspekte wurden in der qualitativen Auswertung als Unterkategorien von Interaktionsarbeit aufgegriffen und in Zusammenhang mit Interaktionsarbeit ebenfalls untersucht.

Abbildung 1 : Analysemerkmale der quantitativen Erhebung (Quelle: Schulungsunterlagen)



Darüber hinaus wurde auch die Oberkategorie Zeit (in Bezug auf Interaktionsarbeit) einbezogen, die im Hinblick auf den Kontext der Personalbemessung eine Schlüsselkomponente für die Ergebnisse der Erhebung von Interaktionsarbeit bildet. Darunter ließen sich folgende Subkategorien (induktiv wie deduktiv) bilden: Situationen mit besonderem Zeitbedarf, formelle vs. informelle Zeit, Zeitknappheit, Erholungszeit, Pausen. Die Ergebnisse dieser Kategorien wurden mit den Ergebnissen der Gruppendiskussionen ergänzt und entsprechend ausgewertet und zusammengeführt (siehe Kapitel 5).

4.1 Rahmenbedingungen

In diesem Teilkapitel werden zunächst die Einrichtungen, in denen die qualitative Erhebung stattfand, kurz vorgestellt. Daran schließen sich die ausgewerteten Aussagen von Führungskräften (Pflegedienstleitung oder Wohnbereichsleitung) zu relevanten betrieblichen Rahmenbedingungen für die Interaktionsarbeit der Pflegekräfte an. Zum Teil wurden hier Angaben aus den Strukturdaten der quantitativen Erhebung eingearbeitet (z. B. wie viele Arbeitskräfte, welcher Berufsgruppen für die Zeit eingesetzt werden). Diese Daten sind Teil der quantitativen Erhebung vom Stand 31.01.2019 und werden noch vom Studienteam SOCIUM überarbeitet, ggfls. könnten sich daher Abweichungen ergeben.

4.1.1 Personal- und Bewohner*innen-Struktur der vier Einrichtungen

In der **Einrichtung Nr. 7** gab es zu der Erhebungszeit insgesamt: 78 zugelassene/ belegte Betten (Einbettzimmer). Insgesamt gebe es laut Aussage der Pflegedienstleitung über 100 Mitarbeiter*innen, wovon 60-70% Pflegekräfte seien. Auf dem Wohnbereich, auf dem die Erhebung stattfand, gab es 26 Betten, wovon die meisten Bewohner*innen an der Studie teilgenommen haben (Ausnahme ca. 4 Personen). Die meisten Bewohner*innen waren dem Pflegegrad 3 oder 4 zugeordnet.

Dem Wohnbereich waren offiziell in der 7-Tage Woche, in der die (quantitativen) Daten erhoben wurden, 2 Auszubildende, 5 Servicekräfte, 4 Pflege-/ Betreuungskräfte mit Fortbildung, 2 Pflegehilfskräfte; 7 Pflegefachkräfte, und eine Person in anderer, nicht näher benannter Funktion zugeordnet, wie die Pflegedienstleitung in der Selbstauskunft angab.

Zwar gibt es in der Einrichtung keinen Betriebsrat, allerdings gibt es einen verbandsweit agierenden Betriebsrat, dem diese Einrichtung zugeordnet ist, und vermehrt durch andere Berufsgruppen vertreten ist.

In der **Einrichtung Nr. 42** gab es insgesamt 125 zugelassene Betten, wovon 113, hauptsächlich Einzelzimmer, belegt waren. Auf dem Wohnbereich gab es 36 Betten, davon waren 35 belegt. Darunter befanden sich 27 Studienteilnehmer*innen. Hier verteilten sich die Pflegegrade von 2 bis 5 hauptsächlich auf Pflegegrad 2 bis 4.

Dem Wohnbereich zugeordnet waren in der Woche der (quantitativen) Datenerhebung 3 Auszubildende, 4 Servicekräfte, 9 Pflege-/ Betreuungskräfte mit reiner Fortbildung, 2 Pflegehilfskräfte, sowie 4 Pflegefachkräfte nach Selbstauskunft der Pflegedienstleitung.

In der **Einrichtung Nr. 53** gab es insgesamt 94 Betten, wobei es sowohl Einzelbettzimmer als auch Mehrbettzimmer gab. Der Wohnbereich umfasste 26 Betten. An der Studie nahmen 24 Bewohner*innen teil. Die Verteilung der Pflegegrade der Bewohner*innen lag von 2 bis 5 mit starkem Gewicht auf Pflegegrad 3. Eine Besonderheit dieser Einrichtung im Vergleich zu anderen Einrichtungen war, dass die Bewohner*innen keinen Migrationshintergrund hatten und die meisten von ihnen evangelisch waren.

Darüber hinaus liegt ihre Fachkraftquote mit ca. 60% über den erforderlichen 50%. Daher gebe es, der Aussage der Wohnbereichsleitung zufolge, öfters auch zwei Pflegefachkräfte während einer Schicht auf einem Wohnbereich. Dem Wohnbereich waren auch mehr Fachkräfte als Assistenzkräfte zugeordnet: Es waren 2 Auszubildende, 2 Servicekräfte, 4 Pflege-/ Betreuungskräfte mit reiner Fortbildung, keine Pflegehilfskraft¹, sowie 7 Pflegefachkräfte der Selbstauskunft zufolge in der Datenerhebungs-Woche dem Wohnbereich zugeordnet. Der Pflegeanspruch ist hoch, entsprechend werden Kürzungen nicht einfach hingenommen:

*„Also von der Pflege her, wir wollen jetzt auch nicht von unserem Leitbild abweichen auch grade im Hinblick jetzt auch auf die neue Pflegegrade und ne und, das wird nicht mehr reingerechnet, und dies und das ne, man könne schon einiges verkürzen oder sag ich jetzt grad mal vielleicht zum Beispiel die Abendpflege, da kommt mal auf naja, ich muss jetzt nicht mit der Waschschüssel los und ähm ich könnte jetzt auch den Intimbereich so mal eben schnell waschen und die Hände ähm ‚Nein, da wollen wir nicht davon abweichen, das soll schon ordentlich gemacht werden.‘“
(Wohnbereichsleitung Einrichtung 53, Absatz 51)*

Dementsprechend schien in dieser Einrichtung auch in der teilnehmenden Beobachtung viel Zeit für Interaktionsarbeit zu sein, was sich von den Pflegekräften in der Gruppendiskussion auch bestätigen ließ. In der Einrichtung besteht, den Aussagen der Pflegekräfte zufolge, eine geringe Fluktuation der Mitarbeiter*innen. Die Vereinsstruktur des Trägers ermöglicht zudem diverse Angebote wie auch Kinderbetreuung oder Weihnachtsgeld, die den Mitarbeitenden zugutekommen und von ihnen geschätzt werden.

Für die **Einrichtung Nr. 32** liegen uns keine Strukturdaten aus der quantitativen Erhebung vor, da sie nicht im Rahmen der quantitativen Erhebung eingebunden war. In den Interviews wurde daher nach den groben Daten gefragt: Es handelte sich hierbei jedoch um eine Einrichtung

¹ Die begleiteten vermeintlichen Pflegehilfskräfte sind hier wohl eher Pflegekräfte ohne Ausbildung mit Fortbildung gewesen.

mit hauptsächlich dementiell erkrankten Bewohner*innen. Zu der Zeit der Erhebung wohnten dort 76 Bewohner*innen, wie die Einrichtungsleitung mitteilte. Auf dem Wohnbereich, der der Studie zugeordnet war, gab es 24 Bewohner*innen mit hauptsächlich niedrigen bis mittleren Pflegegrad, von denen nur 9 Personen an der Studie teilnahmen. Hier wurde ein „Schutzengelsystem“ mit Chiperkennung einzelner Personen an der Schwelle am Ein-/Ausgang der Einrichtung angewendet, wie die Pflegedienstleitung erklärte. So waren die Schuhe dieser Bewohner*innen mit einem Chip versehen, der bei Kontakt an der Schwelle für ein akustisches Signal auf den Stationen sorgte, um auf umherwandernde Bewohner*innen aufmerksam zu machen, wenngleich es keinen hindernden Effekt für die umherwandernde Person hatte.

In der teilnehmenden Beobachtung wurde der Eindruck gewonnen, dass in dieser Einrichtung besonders im Vergleich zu den anderen Einrichtungen sehr wenig Zeit für Interaktionsarbeit nach Böhle et al. (2015) bestand. Beispielsweise klagte eine Pflegebedürftige über Stunden des Sitzens über Schmerzen, auch für das Anreichen von Essen schien zu wenig Zeit. Diese Beobachtungen und der daraus schließende Eindruck ließ sich durch die Aussagen der Pflegekräfte in der Gruppendiskussion auch bestätigen.

4.1.2 Rahmenbedingungen für Interaktionsarbeit der Pflegekräfte – aus Sicht von Führungskräften

Die Pflegedienst- bzw. Wohnbereichsleitungen wurden in den 4 Einrichtungen zu den betrieblichen Rahmenbedingungen befragt (siehe Anhang), die für die Interaktionsarbeit der Pflegekräfte mit Bewohner*innen eine Rolle spielen könnten. Aufgrund des Zeitmangels während der Auswertung wurde hier der Fokus auf die Auffälligkeiten und Besonderheiten der Einrichtungen gelegt. Die Leitungskräfte verwiesen grundsätzlich auf die große Bedeutung des Personal- und Fachkräftemangels, der sich auch bei den Einstellungskriterien niederschlägt. Darüber hinaus thematisierten die interviewten Leitungskräfte die aus ihrer Sicht belastenden Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte und einrichtungsbezogene Maßnahmen des Belastungsabbaus bzw. zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen der Pflegekräfte. Schließlich äußerten sich die Führungskräfte zur einrichtungsbezogenen Fehlerkultur für die Pflegearbeit.

Einstellungskriterien im Lichte des Personal- bzw. Fachkräftemangels:

Tatsächlich wurde mehrfach von Pflegedienstleitungen erwähnt, dass die formale Qualifikation nicht unbedingt ausschlaggebend für die Einstellung bzw. die Einladung zum Bewerbungsgespräch sei. In einer Einrichtung spielte die Qualifikation eine besondere Rolle, da hier die Pflegekräfte zwar mit einem anderen Pflegeverständnis aus Osteuropa rekrutiert werden, in der

Einrichtung aber entsprechend ihrer im Heimatland erworbenen fachlichen Qualifikation mit entsprechender Einarbeitungszeit in der Praxis eingesetzt werden.

Grundsätzlich erklären alle Pflegedienstleitungen, dass sie froh seien, wenn sie jemanden finden. Sie lüden die Person erst einmal zu einem Gespräch ohne Vorauswahl ein. In diesem Gespräch kläre sich dann, ob die Person geeignet sei (Einrichtung 07). Ihr Fokus dabei sei z. B. die innere Haltung, ob die persönliche Haltung mit der der Einrichtung übereinstimmt. Was für ein Mensch ist es? Wie will er/ sie arbeiten? Was ist ihm/ ihr wichtig? Warum möchte er/ sie in der Altenpflege arbeiten? Wie ist seine/ ihre Haltung dem alten Menschen gegenüber? Eine gute Pflegefachkraft ließe sich weniger aus Zeugnissen erkennen. Es gehe eher um Stärken und Schwächen. In Rollenspiele würden z.B. der Umgang mit Konflikten oder der Gedanke der Serviceorientiertheit geprüft. Eine Pflegedienstleitung (Einrichtung 07: Absatz 153) erwartet zudem ein hohes Maß an Serviceorientiertheit, indem jeder mögliche Service für die Pflegebedürftigen auch im Rahmen von persönlichem Engagement ermöglicht wird. So könne eine Pflegekraft auch einmal privat die gewünschte Bodylotion für eine Bewohnerin im Drogeriemarkt kaufen oder Ehrenamtliche finden, die es tun. Wichtig sei die Einstellung der Pflegekräfte, dass die Bewohner*innen in der Einrichtung zuhause seien und entsprechend respektvoll mit ihnen umgegangen werde und bedürfnisorientiert gehandelt werde. Dabei spiele auch das Interesse der Bewerbenden an Weiterbildung, ihre Erfahrung, Menschenkenntnis, z.T. mit einer Zweitmeinung, eine Rolle. Hospitation von mind. 1 Tag seien üblich. Doch komme es nur selten vor, dass jemand dabei negativ auffalle. Häufig werde beim Probearbeiten erkannt, wie eine Person sei, doch es gebe auch solche, die beim Probearbeiten überzeugten und nach kurzer Zeit enttäuschten, weil sie das Arbeitspensum durch schlechtes Zeitmanagement nicht schafften oder unberechtigte Kritik übten.

Fachlich müsse eine gute Pflegekraft den Expertenstandards entsprechen und entsprechende Probleme erkennen (Einrichtung 53). Jedoch gehe es auch um die Umgangsweise. Die Pflegekraft müsse Beratungsgespräche führen können, organisiert sein, und ein Einfühlungsvermögen besitzen. Direkt nach der Ausbildung benötige es ggfls. Einarbeitungszeit, weil die frisch Ausgebildeten nicht alles können. Unbeliebte Eigenschaften hingegen fielen im Alltag negativ auf: So werde ein barscher Ton oder eine trockene oder kühle und laute Art von Pflegekräften eher ungern gesehen.

Insgesamt scheinen dementsprechend bereits bei der Einstellung der Fachkräfte Erwartungen an ihre Fähigkeiten bei der Interaktionsarbeit gestellt. Es gehe um ihre innere Haltung (Emotionsarbeit), um Bedürfnisorientiertheit und entsprechendes Engagement (Kooperationsarbeit),

wie auch um Einfühlungsvermögen (Gefühlsarbeit) und den Umgang mit Konflikten (subjektiveres Arbeitshandeln). Die informelle Qualifikation scheint somit ebenso eine Rolle bei der Einstellung zu spielen wie die formale Qualifikation.

Kenntnis um Arbeitsbelastungen der Pflegekräfte und betriebliche Maßnahmen zum Belastungsabbau bei Pflegekräften

In einer Einrichtung weiß die PDL über die Belastungen der Pflegekräfte über Erzählungen wie auch aus einer Mitarbeitenden-Befragung. Sie versuche auf alle Aspekte einzugehen, die ihr die Mitarbeiter*innen anvertraut hätten (Einrichtung Nr. 07; Absatz 123) wie Themen der Arbeitszeit oder die Planbarkeit der Arbeit. Zum Teil würden auch psychische Belastungen, wie familiäre oder finanzielle Probleme, von den Pflegekräften angesprochen (Einrichtung 32).

Die Pflegedienstleitung sieht sich als Verantwortliche für die Pflegequalität (Einrichtung 07). Für sie spiele daher auch das Vertrauen in die Pflegekräfte eine große Rolle (Absatz 141), die diese große Verantwortung letztendlich übertragen bekommen.

Darüber hinaus erklärt eine Pflegedienstleitung, dass die Pflegekräfte „eng bemessen“ (Einrichtung 32, Absatz 133) seien, und daher unter Zeitdruck stünden, wie auch durch verschiedene Arbeitsanforderungen belastet würden z.B. durch Arztvisiten:

*„Und dann ist es natürlich so, ich muss dann natürlich alles, was ich jetzt grad hier gemacht habe, muss ich jetzt sofort fallen lassen, weil jetzt brauch ich den Arzt, weil den will ich nicht verlieren, weil welche Ärzte kommen noch in die Pflegeheime.“
(Einrichtung 32, Absatz 286)*

*„Es ist nicht, also es ist wirklich nicht so (.) einfach. Denn da muss man sich wirklich selber sehr, sehr strukturieren, (ähm) damit man das alles schafft. Das ist einfach so.“
(Einrichtung 32, Absatz 288)*

Hinzu kommt die psychische Belastung durch die anspruchsvolle Pflege einiger Bewohner*innen (insbesondere bei psychischer Einschränkung) (Einrichtung 07).

Um eine Entlastung der Pflegekräfte zu ermöglichen, ist bei Pflegefachkräften z. T. ein Wechsel zwischen Aufgabengebieten möglich. Sie haben verschiedene Aufgaben, wie die Körperpflege aber auch die Dokumentation und können über ihre Strukturierung z.T. entscheiden. Pflegehilfskräfte haben hier weniger Varianz in ihrem Tätigkeitsspektrum. Bezogen auf Zusammenarbeit mit einzelnen Bewohner*innen, werden jedoch auch mal Zuständigkeiten unter

Kolleg*innen getauscht. In einer Einrichtung gibt es zudem vereinbarte Erholzeiten (Kurzpausen) als Entlastungsmöglichkeit, die noch zusätzlich zur eigentlichen Pause gewährt werden.

Tendenziell stellt auch das Umherwandern der Bewohner*innen eine Belastung dar (u. a. Einrichtung 32). Hierfür wurde in einer Einrichtung, wie bereits erwähnt, ein sogenanntes Schutzengelsystem eingeführt, dessen Signale auch auf den Verwaltungstrakt weitergeleitet wird, der sich näher an der Tür befindet:

„Natürlich, weil es ist ja so, durch dieses (ähm) Rufsystem, Notrufsystem müssen die Mitarbeiter ja immer wieder nach unten rennen, wenn dieser Alarm ausgelöst wird, wieder aus der eigentlichen Pflege heraus, und dort wieder hinterher. Wir haben das hier so, dass wir hier unten vom Verwaltungstrakt das auch auf unsere Telefone haben. Wir laufen dann auch. Aber nichtsdestotrotz ist es immer (.), ich sag mal, n Eingriff in den Arbeitsablauf [...].“ (Einrichtung 32, Absatz 49).

Es wird deutlich, dass diese vermeintliche Entlastungsstruktur auch nur begrenzt zur Entlastung führen kann.

Grundsätzlich sehen sich sowohl die interviewten Pflegedienstleitungen als auch die Wohnbereichsleitung in den Einrichtungen als Ansprechpartner*innen der Pflegekräfte, z. T. konnte ich die Inanspruchnahme seitens der Pflegekräfte während der teilnehmenden Beobachtung mitbekommen. Es bleibt jedoch kritisch zu hinterfragen, inwiefern dies tatsächlich für die Mitarbeitenden eine Entlastung darstellt.

Fortbildungsangebote hinsichtlich der Anforderungen von Interaktionsarbeit wären tendenziell als entlastende Maßnahme gewertet worden. Diese spielten jedoch kaum eine Rolle. Wünsche der Pflegekräfte nach speziellen Fortbildungen werden so gut es geht berücksichtigt (Einrichtung 07), zwar gebe es das Angebot, jedoch würden wenige Pflegekräfte mit eigenen Wünschen an die Pflegedienstleitung herantreten. Zu hinterfragen wäre daher auch, inwiefern diese Angebote klar kommuniziert sind. Es werde auch versucht, die verpflichtenden Fortbildungen in der eigenen Einrichtung stattfinden zu lassen, um die Wegezeiten und den zusätzlichen Zeitaufwand für die Pflegekräfte gering zu halten (Einrichtung 32).

Bei der Dienstplanung wird versucht die Wünsche der Pflegekräfte zu berücksichtigen, soweit dies möglich ist. So ist es z. B. in manchen Einrichtungen möglich, dass einige Mitarbeitenden gar nicht nachts oder nur nachts arbeiten, je nachdem, wie sie es sich wünschen – solange dies in der Planung aufgeht, dann können auch private Belange Berücksichtigung finden (Einrichtung Nr. 53, Absatz 25).

Die Freizeit wird von einer Pflegedienstleitung (Einrichtung 32) als wesentliche Ressource gesehen. Gleichzeitig fehle die Entspannung, da Pflegekräfte auch während der freien Tage spontan einspringen müssen, wie Pflegedienstleitungen erkennen (Einrichtung 32). Bei Änderungen im Dienstplan würden daher diejenigen, die immer einspringen, nicht als Erstes gefragt, um sie nicht unnötig zu belasten (Einrichtung 32). Eine Pflegedienstleitung gibt an, auch von einzelnen Kolleg*innen private (wiederkehrende) Termine zu kennen, und in der Dienstplangestaltung zu berücksichtigen. Dies gilt es hinsichtlich der Anzahl von 73 Mitarbeiter*innen jedoch kritisch zu betrachten.

Darüber hinaus bestehen Angebote wie Massagen im 2-Wochenrhythmus während der Arbeitszeit oder Sportvergünstigungen in der Freizeit (Einrichtung 32). In einer anderen Einrichtung (53) gibt es neben den Sportvergünstigungen z. B. auch Angebote zur Kinderbetreuung.

Fehlerkultur:

Großen Konsens finden Aussagen von Pflegedienstleitungen, dass grundsätzlich ein Verständnis dafür bestehe, dass Fehler passierten. Es gebe zum Teil den Anspruch einen „anständigen“ Umgang mit Fehlern zu fördern, wie Transparenz und angemessene Reaktionen auf den jeweiligen Fehler (Einrichtung 07, Absatz 123). Allerdings werden Fehler in der Pflege kritisch gesehen, da diese gravierende gesundheitliche Auswirkungen der verantworteten Pflegebedürftigen haben können, beispielweise bei der Medikamentengabe. Das Wohl der Bewohner*innen scheint in den meisten Fällen im absoluten Vordergrund zu stehen.

Eindeutige Grenzen der Fehlertoleranz gebe es, sobald Menschenleben, z.B. die der Bewohner*innen, in Gefahr gebracht werden (Einrichtung 07, Absatz 147). Vermeintliche Kleinigkeiten wie Vertauschen/ Verwechseln/ falsche Angaben bei den Medikamenten haben große Auswirkungen, dies wirkt sich auf die Mitarbeiter*innen in Form von Leistungsdruck aus (Einrichtung 07, Absatz 149). Da die Auswirkungen dieser Fehler gravierend sein können, komme es auf den offenen Umgang der Pflegekräfte mit den Fehlern an (Einrichtung 07, 53, 32). Langjährige Bewohner*innen/ bekannte Bewohner*innen mit entsprechend bekannter Medikalisierung sind gewissermaßen Sicherheitsfaktoren. Die Kenntnis der Bewohner*innen und ihrer Medikamente beuge Fehlern vor (Einrichtung 53, Absatz 187).

Weitere Fehler, die nicht geduldet werden, betreffen Verstöße gegen allgemeine gesellschaftliche Normen wie Betrug, Lügen, Diebstahl und gesellschaftliche Umgangsweisen wie Beleidigungen oder Gewalt. Einmal wurde von einer Pflegedienstleitung auch konkret gesagt, es werde keine Gewaltanwendung der Pflegekräfte gegenüber gewalttätigen Bewohner*innen

geduldet, stattdessen gebe es Schulungsangebote für einen Umgang damit (Einrichtung 32, Absatz 240).

Zum Teil wird die Einstellung der Mitarbeitenden hinsichtlich ihrer Motivation oder ihres Engagements als Maß für die Fehlertoleranz gesehen.

Die PDL muss auf Einschätzung der Kolleg*innen vertrauen, die die Arbeit ausführen. Dabei sichern sich einige Pflegekräfte auch ab durch eine Zweitmeinung von Kolleg*innen. Eine Pflegedienstleitung erklärt, sie vertraue auch gewissermaßen auf die Zusammenarbeit der Pflegekräfte untereinander. (Einrichtung 32, Absatz 259).

4.2 Interaktionsarbeit in der stationären Langzeitpflege

Wie bereits zu Anfang beschrieben, wird hier das integrative Konzept von Böhle, Stöger und Weirich (2015a,b) der Auswertung zugrunde gelegt, da es Interaktionsarbeit, unter Einbezug verschiedener bestehender Konzepte, relativ komplex darstellt. Das Konzept wurde daher verwendet, um die beiden Kernfragen, wo Interaktionsarbeit in der stationären Pflege auftritt und um welche Tätigkeiten es sich handelt, bei denen Interaktionsarbeit in der Pflege wesentlich ist, beantworten zu können. Die Ergebnisse dieses Kapitels beziehen sich sowohl auf die teilnehmende Beobachtung und Beobachtungsinterviews wie auch die Gruppendiskussionen und die Pflegedienstleitungs-/Wohnbereichsleitungsinterviews.

In der Beobachtung wurde deutlich: Interaktionsarbeit ist ein nicht trennbarer, gar elementarer Bestandteil der Dienstleistungsarbeit insbesondere in der Pflegearbeit. Interaktionsarbeit findet in jedem Zusammentreffen mit den Pflegebedürftigen (vgl. Glaser et al. 2008), aber auch davor und danach statt. Indem sich Pflegekräfte auf die Versorgung des Pflegebedürftigen vorbereiten oder sie sich nach einem belastenden Erlebnis bei der Versorgung mit einem Bewohner / einer Bewohnerin mental sammeln, leisten sie Interaktionsarbeit. Sequenzen von Interaktionsarbeit sind sowohl bei körpernahen pflegerischen Tätigkeiten wie der Körperpflege als auch bei medizinisch-therapeutischen Interventionen wie der Medikamentengabe erforderlich. Darüber hinaus kann aber auch einfach nur im Vorbeigehen Interaktionsarbeit geleistet werden, indem die Pflegekraft die Situationen und Stimmungen überblickt, in der sich ein Bewohner / eine Bewohnerin befindet, Augenkontakt zu Bewohner*innen sucht, um eine Verbindung herzustellen oder über den Rücken einer / eines verloren schauende / n Bewohnerin / Bewohners streichelt.

Bei der Inhaltsanalyse der Interviews wurden in diese Oberkategorie alle Interviewaussagen einbezogen, die die Bedeutung von Interaktionsarbeit im Allgemeinen zeigt oder in denen allgemeine Beispiele für Interaktionsarbeit beschrieben werden.

Interaktionsarbeit, so wurde von einigen Pflegekräften gesagt, ist wesentlich für ihre **Motivation** bei der Arbeit und ist ein Grund für ihre Berufswahl. Die Interaktion mit den pflegebedürftigen Menschen, die spezifische Persönlichkeiten aufweisen, spielt offensichtlich eine große Rolle bei der Arbeit. Ihre Sinnstiftung bei der Arbeit wird entsprechend enttäuscht, wenn Interaktionsarbeit als Arbeitsleistung nicht anerkannt oder wertgeschätzt wird. Die Anerkennung von Interaktionsarbeit wird von einer Pflegefachkraft (Pfk2 ²) angemerkt. Insbesondere das Beobachten und Wahrnehmen in Bezug auf die Bewohner*innen sei entscheidend für eine gute Pflegefachkraft.

Pflegekräfte empfinden eine Diskrepanz zwischen ihrem professionellen Ethos und den Möglichkeiten zur Umsetzung in der Praxis. Im Allgemeinen lässt sich sagen, dass die befragten Pflegekräfte einen **Unterschied** zwischen der **Lehre** und der **Praxis** empfinden. Pflege werde anders gelehrt als sie umsetzbar sei, denn in der Praxis fehle es oft an Zeit für angemessene Interaktionsarbeit, z. B. um mit Bewohner*innen zu kommunizieren und pflegerelevante Informationen zu erhalten. Die verbale Kommunikation zwischen Pflegekraft und Bewohner*in wird in der quantitativen Erhebung aufgenommen, ist aber als Bestandteil von Interaktionsarbeit ebenfalls relevant, da die Interaktionsarbeit der Pflegekräfte verbale wie non-verbale Kommunikation mit Bewohner*innen einschließt, d.h. Interaktionsarbeit ist auch kommunikative Arbeit (vgl. Krömmelbein 2005): Kommunikation mit Bewohner*innen ist für Kooperationsarbeit, Gefühlsarbeit, subjektivierendes Arbeitshandeln und Emotionsarbeit (z.B. bei der Darstellung von positiven Gefühlen gegenüber Bewohner*innen) für Pflegekräfte bedeutsam. Interaktionsarbeit erfordert Kreativität im Umgang mit den Menschen, sowohl in Bezug auf die Gestaltung der Beziehung zwischen Pflegekraft und zu Pflegenden, als auch hinsichtlich spezieller Situationen oder der emotionalen Selbstregulation der Pflegekräfte und des Umgangs mit spontan auftauchenden Gefühlen bei zu pflegenden Personen. Nicht immer passen bekannte Lösungsstrategien der Pflegekräfte, die vorher bei anderen Bewohner*innen angewendet werden konnten. Es müssen immer wieder situativ neue Ideen in der Interaktionsarbeit mit der jeweiligen zu pflegenden Person entwickelt werden.

² Diese Aussage stammt aus einem Interviewprotokoll. Da Pfk 2 und 3 während des Interviews nicht aufgenommen werden wollte.

4.2.1 Kooperationsarbeit

In arbeitssoziologischer Perspektive wird Kooperationsarbeit als die Herstellung und Aufrechterhaltung von Beziehungen zwischen Dienstleistungsgebenden und Dienstleistungsnehmenden (Dunkel & Wehrich 2012a; Böhle et al. 2015a) bezeichnet. Sie impliziert die „*Herstellung einer Kooperationsbeziehung*“ (Böhle et al. 2015a: 19) zwischen Pflegekraft und zu Pflegenden und bezieht sich insgesamt vor allem auf die Arbeitsaufgabe. Die Pflegekraft muss ganz grundsätzlich mit der zu pflegenden Person eine Beziehung aufbauen und aufrechterhalten, um ihre Pflegearbeit ausführen zu können. Ein wesentlicher Aspekt der Kooperationsarbeit ist die Dauer und Intensität dieser Beziehung im Vergleich z. B. zu der Beziehung in der ambulanten Pflege oder aber im Krankenhaus zwischen Pflegekräften und Patient*innen. Aufgrund der längeren Verweildauer im Pflegeheim besteht hier eine langfristig ausgerichtete, z. T. intensivere, Beziehung zwischen Pflegekraft und zu Pflegenden. Weiterhin ermöglicht die Pflegekraft der zu pflegenden Person in der Rolle eines Kunden / einer Kundin entsprechend abgestimmt an der Pflege mitzuwirken und mit ihr zu kooperieren (Dunkel & Wehrich 2012b: 39). Diese Dimension von Interaktionsarbeit diene auch als Kategorie der Auswertung.

Für die Auswertung wurden in diese Kategorie alle Aussagen einbezogen, die die Beziehung zwischen Pflegekraft und zu Pflegenden beschreiben, oder beschreiben, wie Interessen ausgehandelt bzw. Erwartungen zwischen Pflegekraft und Bewohner*in geklärt werden. Die Kategorie Kooperationsarbeit enthält z.B. Aussagen darüber, wie eine Pflegekraft die zu Pflegenden kennenlernt, wie sie die Persönlichkeit und Biographie der Bewohner*innen in die Interaktionsarbeit einbezieht, sich auf deren Wünsche, Bedürfnisse oder Vorstellungen einstellt etc. (Codedefinition).

Die Dauer der Beziehung in der stationären Langzeitpflege ist dabei ein wesentlicher Aspekt in **Abgrenzung** zur stationären Krankenpflege. Die Menschen bleiben tendenziell länger in einer vollstationären Pflegeeinrichtung als in einem Krankenhaus. In der ambulanten Pflege ist die tägliche Dauer der Interaktionsarbeit der Pflegekräfte mit zu pflegenden Personen in der Regel deutlich geringer. Es geht in der stationären Langzeitpflege darum, das Leben zu gestalten und dafür bedarf es der Entwicklung und Aufrechterhaltung einer vertrauten Beziehung zwischen den Beteiligten. Die **Beziehung** zwischen Pflegekraft und pflegebedürftiger Person ist grundsätzlich **asymmetrisch** und geprägt durch ein Beziehungsgefälle. Die pflegebedürftige Person ist aufgrund ihrer eingeschränkten oder gar fehlenden Selbstständigkeit von der Pflegekraft abhängig und auf deren Unterstützung angewiesen. Sie wird von der Pflegekraft als Expert*in gepflegt und versorgt, wodurch ein Ungleichgewicht besteht.

Eine Pflegekraft vergleicht die Pflegebedürftigen mit Kindern, für die Sorge zu tragen ist, und deren Bedürfnisse ihnen von der Pflegekraft zugeschrieben werden:

„wie Kinder, [...] man muss überdenken: ‚Hat der Fieber? Braucht der dieses da? Braucht der ein neues Kissen vielleicht? Was für eine Einlage?‘“ (Pfk1b³, Absatz 170)

Hier zeigt sich einerseits die Hilfebedürftigkeit und Angewiesenheit der Bewohner*innen auf die Pflegekräfte in besonderem Maße. Andererseits werden durch dieses Verhalten die Autonomie und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen eingeschränkt, die mit Kindern verglichen werden, die nicht mündig sind und keine autonomen Entscheidungen treffen können.

Eine andere Pflegekraft macht andererseits deutlich, dass es sich bei einem Bewohner um einen erwachsenen Mann handelt, der eben nicht mit einem niedlichen Kind vergleichbar ist und einen entsprechend respektvollen (professionellen) Umgang der Pflegekräfte erwarten kann:

„Herrn ()⁴ zum Beispiel, ja? Er ist, wenn du ihn ansiehst, wenn er redet und das alles, (...) ist süß, es ist süß, aber es ist immer noch ein Mann! Und es ist ein paar neunzigjähriger Mann. Ja, und nur weil er wegen seiner Krankheit so ist jetzt, ja, hat niemand das Recht zu sagen, dass er ein Baby ist oder, oder so irgendwie.“ (Phk2/Schüler*in, Absatz 127)*

Die Pflegekraft zeigt, dass ein professioneller Umgang mit den Personen auch ein respektvoller, wie mit anderen Erwachsenen, ist. In den Interviews zeigt sich deutlich die Angewiesenheit der Pflegebedürftigen auf die Pflegekräfte. Diese strukturell gegebene Asymmetrie zwischen den beiden Interaktionspartner*innen wird jedoch z. T. von Pflegekräften ausbalanciert, indem eine Gleichwertigkeit bzw. eine Gleichberechtigung der zu Pflegenden unterstellt wird. Die pflegebedürftige Person, die zumeist älter ist als die Pflegekraft, habe mehr Lebenserfahrung und kann den weniger lebenserfahrenen Pflegekräften mit ihrem Wissen und Ratschlägen persönlich weiterhelfen. Trotz grundsätzlicher Asymmetrie in der Beziehung zwischen Pflegekraft und zu pflegender Person (Abhängigkeit), versucht die Pflegekraft also eine durch Gegenseitigkeit geprägte Beziehung herzustellen. Diese Reziprozität der Beziehung wird von manchen

³ Pfk steht für Pflegefachkraft. Die Nummerierung wurde entsprechend des Datums der Begleitung vergeben, da Pfk 1 dreimal begleitet wurde, wird zwischen 1a, b und c unterschieden, um die unterschiedlichen Zeitpunkte zu kennzeichnen.

⁴ Name und Codierung wurden hier herausgenommen, um die Anonymität zu gewährleisten

Pflegekräften bewusst eingesetzt, um eine scheinbare Ausgewogenheit in der Beziehung herzustellen und der pflegebedürftigen Person damit ein Gefühl des Gebrauchtwerdens zu geben, das die Kooperationsbereitschaft der pflegebedürftigen Person erhöhen kann:

„weil sie hat früher viel gemacht, obwohl sie das ganze Leben eine [Einschränkung hat]. Dann frag ich sie immer so: ‚Okay, wissen Sie, ich brauche Hilfe damit, weil, wo kann ich mich da melden wegen dem Garten? Oder was...‘, solche Sachen. Dann fühlt sie sich ein bisschen wichtig, weil sie mir geholfen hat und da, seitdem hat es geklappt [mit der Pflege].“⁵ (Pfk1b, Absatz 184)

Hier war es eine Möglichkeit, eine grundlegende Beziehung mit einer pflegebedürftigen Person aufzubauen, die sich erst danach von der Pflegekraft pflegen ließ.

Bei der Arbeit zwischen Pflegebedürftigen und Pflegekräften wird durch den Kontakt eine Beziehung aufgebaut. Sie lernen sich durch den Kontakt kennen. Die Pflegekräfte stellen eine **Beziehung** her, indem sie Informationen sammeln, auf die Person eingehen, sich für die Person Zeit nehmen. In den Interviews kam des Öfteren eine offene Grundhaltung der Pflegekräfte zum Ausdruck. Die **Individualität** der Bewohner*innen anzuerkennen, wird als Voraussetzung für Beziehungsarbeit gesehen. Sofern eine Anamnese möglich ist, führen sie diese durch, z. T. fehlen anfangs beim Einzug der pflegebedürftigen Informationen. Zu Anfang **beobachte** die Pflegekraft vieles und kontrolliere gegebene Informationen, wie z.B. die berufliche wie auch private **Biographie** der Person. Sie machen sich somit ihr Bild von einer Person. Manchmal gebe es bei der Aufnahme die Information über ein Krankheitsbild, manchmal auch gar keine Information über die Person außer, dass sie verwahrlost aufgefunden worden sei. Für diese grundlegenden Informationen sei die Kommunikation zentral, indem Pflegekraft und pflegebedürftige in Interaktion treten. Gerade zu Anfang spiele eine große Rolle, die Biographie der pflegebedürftigen Person festzuhalten. Insbesondere bei Menschen mit Demenz sei es wichtig, um bestimmte Handlungsweisen zu verstehen wie bestimmte Bewegungen z.B. aufgrund von Weibertätigkeiten, oder Probleme mit Männern beim Duschen aufgrund von Vergewaltigungshintergründen. Das Erstellen einer Biographie gehe jedoch immer mehr im Arbeitsalltag verloren. Eine Pflegefachkraft erklärt, sie würde sich dazusetzen und wichtige Sachen aus dem Leben, Vorlieben, Abneigungen erfragen und die neue Person liebevoll aufnehmen. Meist sei dafür jedoch keine Zeit. Es könne auch schon einmal eine halbe Stunde dauern, wenn man es richtig mache (Pfk 3). Dabei seien auch biographische Informationen relevant. Es könne z.

⁵ Das Zitat wurde geglättet, sodass der Rückschluss auf die Person nicht mehr möglich ist.

B. das allgemeine Wissen über die Wirkung von Wärmflasche oder Lavendelaroma sein, dass im Einzelfall eine gegenteilige Wirkung hat (GD 1, Absatz 28). Dieses zu wissen, wäre für die Pflegekräfte daher wichtig (Kooperationsarbeit). Darüber hinaus gelte es ihrer Meinung nach auch die biographischen Informationen immer wieder zu überprüfen und entsprechende Veränderungen wahrzunehmen. Indem sie freundlich und aufmerksam sei und immer wieder auf die Person zugehe, erhalte sie dieses erste Band der Beziehung.

„Die Pflege ist niemals nur Körperpflege. Das ist Beziehung. Und irgendjemand in meine Wohnung einzuladen, der noch an meiner dreckigen Wäsche wühlen kann und vielleicht die Einlage von Fußboden aufheben kann. Nein, die Pflege ist es, die Einheit, von Anfang bis zu Ende. Und wenn es Bett beziehen ist, dann kann es auch Fachkraft Bett beziehen.“ (GD 1⁶).

An dieser Stelle betont die Pflegekraft die **Ganzheitlichkeit** der Pflege und die Bedeutung von scheinbar für die Beziehung irrelevanten Aufgaben, wie dem Bett beziehen. Es wird deutlich, wie wesentlich ein Beziehungsaufbau ist und in wie vielen Aspekten ihrer Arbeit dieser verborgen ist.

Kommunikation ist ein Kernelement der Kooperationsarbeit. So berichten die interviewten Pflegekräfte, „die reden vielleicht mit uns mehr als mit ihren Angehörigen“ (Pfk1b, Absatz 468)⁷. Dass sich die Pflegekräfte Zeit zum Reden nehmen, ist demnach sehr wichtig. Gleichzeitig zeigt das Zitat auch, welche Bedeutung der Pflegekraft als Bezugsperson zukommt, wenn die Pflegebedürftigen mit den Pflegekräften mehr reden als mit den vermeintlich nahestehenden Angehörigen. Die Beziehung zwischen beiden gewinnt damit neben der psychosozialen auch eine emotionale Bedeutung. Die Kommunikation ist ebenso elementar für die Zusammenarbeit, wenn die pflegebedürftige Person nicht verbal kommunizieren kann. Kommunikation ist hierbei Ausdruck der unmittelbaren Zuwendung zur zu pflegenden Person. Die Kommunikation der Pflegekraft mit zu pflegenden Personen umfasst darüber hinaus auch non-verbale Elemente, z.B. durch Blicke und Berührungen, die der Aufrechterhaltung der Beziehung dienen und zugleich auch Grundlage für die Gefühlsarbeit sein können.

Die Beziehungsarbeit zeigt sich jedoch nicht nur in offensichtlichem Austausch und Gesprächen sondern auch in dem **Vertrauen**, der zu pflegenden Person, der Pflegekraft, zu erlauben

⁶ GD steht für Gruppendiskussion. Die Nummerierung erfolgt entsprechend der Daten, zu denen die Gruppendiskussionen stattfanden.

⁷ Das Zitat wurde geglättet.

in einen höchst privaten Nah- und Intimbereich eingreifen zu dürfen, z. B. um das Bett der zu pflegenden Person zu beziehen. Vertrauen ist damit die Basis dafür, dass sich ein gemeinsamer Kooperationsraum zwischen der Pflegekraft und der zu pflegenden Person entwickeln kann, in dem letztere auch einen Zugang zu ihrer Intimsphäre zulässt. Dieser Zugang ermöglicht der Pflegekraft auch, die zu pflegende Person in ihrer Gesamtheit in den Blick nehmen zu können: So werden zwischen Pflegekraft und zu pflegender Person auch Geheimnisse geteilt, indem sich Verstecke beispielsweise unter der Matratze beim Bettenmachen offenbaren. Solche scheinbar unwesentlichen Informationen, wie Informationen über ein Schokoladenversteck, dienen nicht nur einer vertrauensvollen Beziehungsgestaltung sondern können der Pflegeperson ebenfalls Aufschlüsse zur medizinisch-therapeutischen Pflege geben, wie bspw. die Beurteilung von veränderten Blutzuckerwerten, wodurch ebenfalls das pflegerische Handeln erleichtert werden kann. Der Aufbau von Vertrauen als Grundlage für den Zugang zur Intimsphäre der Bewohner*innen ermöglicht den Pflegekräften die **Ganzheitlichkeit** des Menschen in der Pflege zu berücksichtigen.

Diese Grenzüberschreitung in den persönlichen **Nah- und Intimbereich** der zu pflegenden Person ist auch ein wesentliches Merkmal der Interaktionsarbeit in der Pflege. Die Pflegekraft in der stationären Langzeitpflege dringt nicht nur in die emotionale Intimsphäre ein, indem sie beispielweise über die Gespräche sehr persönliche Informationen erfährt, sondern sie greift auch in die körperliche Intimsphäre ein, indem die Pflegekraft Toilettengänge begleitet oder die Intimpflege an der zu pflegenden Person vornimmt. Es geht daher ganz grundsätzlich darum, direkt zu Anfang das Vertrauen der Bewohner*innen in die Pflegekräfte und ihre Arbeit aufzubauen. Dieses Vertrauen ist zuletzt auch bei der Bewältigung schwieriger Situationen, wie der Sterbebegleitung, von zentraler Bedeutung. Die Pflegeperson kann aufgrund der vertrauensvollen Beziehung und den Kenntnissen über die zu pflegende Person hinsichtlich deren Wünsche, Bedürfnisse und Ängste die letzte Lebensphase psychosozial und (medizinisch-) pflegerisch adäquat begleiten.

Zum Teil wählen Bewohner*innen sich auch bestimmte Bezugspersonen aus, sodass beispielsweise manche Bewohner*innen nur von **ausgewählten** Pflegekräften gepflegt werden möchten oder sich der Versorgung durch andere Pflegekräfte widersetzen. Darüber hinaus können besondere Beziehungen auch über biographische Gemeinsamkeiten entstehen, wie derselben Muttersprache, die Pflegekraft und Bewohner*in besonders miteinander verbinden kann.

Gleichzeitig gilt es neben der Nähe auch Distanz aufzubauen. Diese Distanz wird von einigen Pflegeschüler*innen und Pflegekräften beispielsweise durch das Tragen von Handschuhen erreicht. Der Handschuh vermittele ihnen in der Interaktion mit den zu Pflegenden Sicherheit und eine Art Schutz des Persönlichen (GD 4, Absatz 135).

Für die **Erhaltung der Beziehung** jedoch spielt auch die Gefühlsarbeit eine wesentliche Rolle. Die Pflegekraft versucht dabei der zu pflegenden Person das Gefühl der Wertigkeit, des Gebrauchtwerdens zu vermitteln, um die Beziehung ausgewogen zu gestalten (siehe: asymmetrische Beziehung) und konstant an der Beziehung zu arbeiten. Die Pflegekraft fragt nach dem Befinden, zeigt Interesse an der Person, geht darauf ein und nimmt am Leben und dem Alltag der pflegebedürftigen Person teil. Dies ist zum Teil elementar für die Erhaltung der Beziehung und diese ist wiederum bei manchen Menschen ausschlaggebend, um sie überhaupt pflegen zu können. Im Übrigen sind es Momente, in denen sich die Pflegekraft Zeit nimmt, um mehr über die Person und über ihre Tagesgestaltung zu erfahren. Demzufolge kann Gefühlsarbeit als Basis für Kooperationsarbeit fungieren, indem die Empathie beispielsweise eine Basis für die Aushandlung von Interessen darstellt. Andersherum ist die Kooperationsarbeit die Basis für die Gefühlsarbeit, da durch eine vertrauensvolle Beziehung die Gefühle der pflegebedürftigen Person vielleicht erst ausgedrückt und anschließend von der Pflegekraft beeinflusst werden können, um pflegebezogene Aufgaben durchführen zu können.

Außerdem ist die Beziehungsarbeit eine wichtige Voraussetzung für den Notfall, um ggf. gesundheitliche Veränderungen richtig einschätzen zu können (vgl. 4.2.1).

Die emotionale Nähe der Beziehung wird auch deutlich durch Vergleiche mit Familienangehörigen, wie Eltern oder Großeltern. Es besteht somit zum Teil ein sehr enges und vertrautes Verhältnis zueinander. Für die pflegebedürftige Person sind die Pflegekräfte **Bezugspersonen**, die am Leben der Pflegebedürftigen Anteil nehmen. Zum Teil nehmen die Pflegekräfte aufgrund ihrer Kontaktfrequenz und -dauer Veränderungen der Bewohner*innen eher wahr als ihre Angehörigen. Überdies wird den Pflegekräften, möglicherweise aufgrund der höheren Kontaktfrequenz, mehr erzählt als den Angehörigen. Zum Teil fungieren die Pflegekräfte sogar als Familienersatz für kinderlose Bewohner*innen. Ferner sei auch die Wertschätzung durch Bewohner*innen, die es von einigen Bewohner*innen sehr viel gebe, sehr wichtig für die Motivation der Pflegekräfte (GD 4, Absatz 137f.).

In seltenen Fällen entstehen **sehr enge emotionale Beziehungen** zwischen Bewohner*innen und Pflegekräften, die familiären Beziehungen ähneln und deren Ausmaß sich beim Versterben der pflegebedürftigen Person und bei der Trauer um diese Person zeigt. Solche emotional

engen Beziehungen entstehen z. B. eher, wenn eine pflegebedürftige Person mehrere Jahre in einer Pflegeeinrichtung lebt.

Das **Zufriedenstellen der Bewohner*innen** ist aus Sicht einiger Pflegekräfte ein Indikator für gute Arbeit. Dieses Zufriedenstellen lässt sich nur umsetzen, wenn die Pflegekraft die Interessen und Bedürfnisse der Bewohner*innen kennt, somit ist das Zufriedenstellen Teil der Kooperationsarbeit. Das Eingehen auf die **Bedürfnisse** und Interessen des/r Pflegebedürftigen ist zum Teil auch Voraussetzung dafür, überhaupt mit der Pflege beginnen zu können. Dies zeigt sich beispielsweise beim morgendlichen Rundgang der Pflegekraft, wenn die Bewohner*innen auch einmal länger schlafen gelassen werden, weil sie in der Nacht zuvor schlecht geschlafen haben. Nach eigenen Aussagen entwickeln die Pflegekräfte nach Dienstschluss tendenziell ein schlechteres Gefühl (z. T. in Form von Vorwürfen), wenn es während ihrer Arbeit an Beziehungsarbeit oder Gefühlsarbeit mangelte (GD 4, Absatz 25).

Doch es wurde deutlich, dass die Pflegekräfte aufgrund des Zeitmangels auch **Schwierigkeiten** in ihrer Arbeit sehen, Kooperationsarbeit leisten zu können: In einem Fall musste die Pflegekraft zwischen zwei Optionen des Beruhigens wählen. Einerseits könnte sie die Unruhe eines/ r Bewohners*in mit Medikamenten regulieren (siehe auch Kumbruck & Senghaas-Knobloch 2015). Andererseits könnte sie sie sehr effektiv durch einen Spaziergang beruhigen, wie sie aus Erfahrung weiß, wozu ihr aber die Zeit fehlt. An dem Tag konnte das Spazierengehen mit dem/ r Bewohner*in ausnahmsweise von einer Betreuungsperson übernommen werden. Doch manchmal sind es scheinbar normale Situationen, in denen die Bewohner*innen sich nur einen Joghurt aus dem Kühlschrank holen, weil sie nachts spontan Hunger bekommen. Da die Nachtschicht meist für mehrere Wohnbereiche zuständig ist, steht nicht genügend Personal bereit, um die Bewohner*innen beim Aufstehen angemessen unterstützen zu können, sodass die Pflegekräfte diese Situationen mit sturzgefährdeten Bewohner*innen nicht überblicken und kontrollieren können. Die Bewohner*innen, die dafür bekannt sind, werden dann teilweise abends mit Medikamenten sediert, damit sie nachts nicht aufstehen. Dabei widerspricht die **Medikalisierung** ihrem pflegebezogenen Arbeitsethos, für das Wohlergehen der älteren Menschen zu sorgen. Zudem handelt es sich bei diesem problematischen Bewältigungsmuster der Pflegekräfte, mit Personalknappheit umzugehen, um einen offensichtlichen Eingriff in das Recht der Bewohner*innen auf körperliche und seelische Unversehrtheit.

Herausforderungen bei der Kooperationsarbeit zeigen sich insbesondere bei der Versorgung von demenziell erkrankten Personen mit ausgeprägten verhaltensbezogenen Symptomen wie dem *Wandern* oder auch *Umherwandern* sowie dem Ablehnen von pflegerischen Handlungen.

In der Sprache der interviewten Pflegekräfte wird dieses Umherwandern als „Weglaufen“ gekennzeichnet.

„wir haben eine Bewohnerin hier gehabt. (...) Weg. Sie ist ständig weggelaufen. Und wir mussten sie ständig suchen! Und wir konnten sie nicht beruhigen! Und alles Mögliche machen!“⁸ (Pfk4, Absatz 149)

Dabei stoßen die Pflegekräfte an ihre Grenzen der Kooperations- und / oder Gefühlsarbeit. Das *Wandern* von Bewohner*innen zieht überdies einen ungeplanten zeitlichen Mehraufwand für die Pflegekräfte nach sich, der vor allem mit der Suche und Beruhigung der Bewohner*innen verbunden ist.

Darüber hinaus können Missverständnisse Probleme in der Beziehung hervorrufen. Beispielsweise zeigte sich in der Schichtbegleitung, wie missverstandene Erwartungen und damit einhergehend misslungene Aushandlung über das Ziel der Pflegearbeit zu Konflikten führten. So kritisiere eine Bewohnerin fortwährend die Arbeit einer Pflegekraft, und erwarte mehr als die Pflegekraft leisten könne. So könne die Bewohnerin nicht verstehen, dass die Pflegekraft sich neben sie stelle, während sie sich selbst wasche. Überdies konnten abgelehnte Pflegetätigkeiten, wie das Duschen, z. T. über Aushandlungen auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden. Es gibt auch Einzelfälle, in denen der Aufbau einer **Beziehung** zwischen Pflegekraft und zu Pflegenden am Anfang vollkommen **misslingt**, in denen die pflegerische Versorgung von Pflegebedürftigen durch einzelne Pflegepersonen abgelehnt wird, sodass die Pflege zunächst durch Kolleg*innen aufgefangen werden muss.

Ferner wächst die **Anspruchshaltung** der Bewohner*innen und deren Angehörigen als Kunden. So werde zum Teil eine Anspruchshaltung beschrieben wie ein Umgang mit Leibeigenen (GD 2, Absatz 34). Man bezahle für die Dienstleistung dieser Person. In einem Fall wurde zudem von einem außergewöhnlich hohen Serviceanspruch der Einrichtung (Nr. 42) gesprochen, der die Anforderungshaltung der Bewohner*innen und Angehörigen weiter nähre. Dies wirkt sich auch auf das Verhältnis zwischen Pflegekraft und Bewohner*in aus.

Weiterhin haben manche Pflegeassistenzkräfte auch den Anspruch, alle möglichen Rollen für die Pflegebedürftigen zu übernehmen, u.a. familiäre Rollen (GD 1, Absatz 35-37). **Schwierige familiäre Verhältnisse** und Übergriffigkeiten nehmen laut Pflegekräften unter den Bewohner*innen zu, die sich in ihrer Konsequenz auch belastend auf die Beziehung zwischen Pflegekraft und Pflegebedürftigen auswirken können. **Probleme**, die das Verhältnis der Pflegekraft

⁸ Das Zitat wurde geglättet, sodass der Rückschluss auf die Person nicht mehr möglich ist.

mit der zu pflegenden Person beeinträchtigen, stellen z. B. sexuelle Enthemmung und physische Aggression dar. Problematisch wird der Umgang damit für die Pflegekraft insbesondere dadurch, dass die (dementiell erkrankten) Bewohner*innen zum Teil entweder nach wenigen Minuten das Vorgefallene bereits vergessen haben oder sich schlicht der Unangemessenheit ihres Verhaltens nicht mehr bewusst sind. Dadurch kann die Beziehung zwischen Pflegekraft und Bewohner*in beeinträchtigt werden. Ein angemessener Umgang der Pflegekraft setzt voraus, dass diese ihre eigenen Gefühle reflektiert und zurückstellt, um professionell reagieren zu können.

Hingegen können **Diskussionen** über Erwartungen und wiederholte Aushandlungen von Dienstleistungszielen den Zeitdruck der Pflegekräfte verschärfen (vgl. Dunkel & Kratzer 2016). Insbesondere zeigte sich dies als Folge der Schwierigkeiten bei der Kooperationsarbeit im Umgang mit Menschen mit Demenz. Das Dilemma widersprüchlicher Anforderungen entwickelt sich dabei durch den empfundenen Zeitdruck für die Pflegekraft einerseits und dem Wunsch der Pflegekräfte, den Bedürfnissen der Bewohner*innen gerecht zu werden, andererseits. Damit wird den Pflegekräften die Erfüllung der eigenen Vorstellungen ihrer Arbeitsleistung erschwert, sodass es objektiv zu einem Leistungsproblem kommt (Dunkel & Kratzer 2016: 170). Dies wirkt sich z. B. in **fehlender Kooperationsarbeit** wie dem Vertrösten der Bewohner*innen auf später, aus: „*Ich komme gleich.*“, einem Versprechen, das die Pflegekräfte, aufgrund von zu hoher Arbeitsbelastung häufig nicht einlösen (können).

Das Zeitproblem zeigt sich abermals als Hemmnis in Verbindung mit der **Delegation** von Aufgaben: Die Beziehungsarbeit während der Körperpflege, die sich im Aufbau von Vertrauen und einer Verbindung zwischen Pflegekraft und zu Pflegenden zeigt, wird unterbrochen, wenn die pflegebedürftige Person versucht Probleme anzusprechen, für ein Gespräch jedoch jemand anderes beauftragt wird. Die Kooperationsarbeit, innerhalb derer ein vertrauensvoller Rahmen für ein Gespräch aufgebaut wurde, wird damit schlagartig beendet. Hierbei kann es dazu kommen, dass sich die pflegebedürftige Person, die soeben noch der Pflegekraft ein Problem anvertrauen wollte, ein Gespräch mit der anderen Person verweigert und ihr Anliegen für sich behält. Die Pflegekräfte empfinden, dass die Ganzheitlichkeit des Menschen in der Aufgabenteilung verloren geht und interaktive Arbeit nicht angemessen wertgeschätzt wird. Dieses Beispiel zeigt ebenfalls, dass arbeitsorganisatorische Rahmenbedingungen, wie eine aufgabenbezogene Arbeitsteilung in der Pflege, der Kooperationsarbeit **Grenzen** setzt, welche die Pflegekräfte in ihrer Arbeit einschränken, so dass sie ihre Ansprüche an eine gute Pflegearbeit nicht mehr realisieren können.

Der **Zeitdruck** wird zudem durch die Spitznamen für die Pflegekräfte betont, den die Bewohner*innen einer Einrichtung den Pflegekräften gegeben haben: „*Tornado*“, der die kurze Dauer der Interaktionsmomente und die Geschwindigkeit, mit der sich Pflegekräfte bewegen, wie ein Wirbelsturm, beschreibt. Ein Bewohner bekommt mit, dass die Pflegekraft gestresst ist, und fordert sie auf, sich einmal hinzusetzen und eine kurze Pause zu machen, woraufhin die Pflegekraft sein Angebot belächelt. Die Pflegekräfte missachten aufgrund des erlebten Zeitdrucks somit auch Hinweise der Bewohner*innen, für ihre eigene Erholung zu sorgen.

4.2.2 Gefühlsarbeit

Die Gefühlsarbeit, eine weitere Dimension von Interaktionsarbeit, geht auf Strauss et al. (1980) zurück. Gefühlsarbeit meint das Beeinflussen der Gefühle der zu pflegenden Person im Sinne der zu erfüllenden Arbeitsaufgabe (vgl. Böhle et al. 2006; Giesenbauer & Glaser 2006) und impliziert somit die fremden Gefühle als Arbeitsgegenstand der Pflegekraft im Rahmen der Interaktionsarbeit (Dunkel 1988: 67). Die Pflegebedürftigen sind als Person in ihrem Lebenskontext anzuerkennen, in deren Situation sich die Pflegekräfte einfühlen müssen, um angemessen pflegen zu können. So sind den zu Pflegenden z.B. Ängste zu nehmen oder Trost zu zusprechen – als Basis dafür, eine spezifische Pflegeaufgabe auch ausführen zu können, z.B. zu Pflegenden bei einem Transfer zu helfen.

Als eine weitere Dimension von Interaktionsarbeit ist Gefühlsarbeit auch gleichzeitig eine deduktive Kategorie der inhaltsanalytischen Auswertung der Interviews. Diese Kategorie bezieht sich auf alle Aussagen über jene Tätigkeit der Pflegekraft, die darauf gerichtet sind, die Gefühle der zu Pflegenden zu beeinflussen (Codedefinition), indem sie die Gefühle wahrnehmen und darauf entsprechend eingehen.

Es gibt verschiedene Situationen, in denen das Eingehen auf die und Beeinflussen der Gefühle der Pflegebedürftigen eine Rolle spielt. Für Pflegekräfte stehen die Bewohner*innen im Fokus ihrer Arbeit:

„Und die brauchen schon, dass jemand guckt und wenn du was wirklich für Bewohner machen willst, dann musst du schon gucken, wie die sich fühlen. Das ist am wichtigsten...“ (Pfk1c, Absatz 156)

Es ist ihre **Motivation**, ihr Bestes dafür zu geben, dass sich die Bewohner*innen wohlfühlen und sie zu respektieren. Dass sich die Bewohner*innen wohlfühlen, ist ein wichtiges Kriterium

für die Qualität ihrer Arbeit. Oft habe eine Pflegefachkraft (Pfk3⁹) während einer Schicht keine Lust mehr auf die Arbeit gehabt, und durch das „Danke“ und ein Lächeln eines Bewohners/ einer Bewohnerin sei sie wieder motiviert gewesen. Die Arbeit mit und am Menschen sei die zentrale Motivation bei der Arbeit und wichtiger als die Dokumentation (Pfk 3). Das ‚Ethos fürsorglichen Handelns‘ (Kumbruck & Senghaas-Knobloch 2006) bezeichnet ihre Berufseinstellung, die Sorge um andere Menschen, die im Fokus des Interesses steht. Hierfür ist auch das Einfühlungsvermögen, die Empathie wesentlich, die in diesem Beruf für eine Pflegekraft im Vordergrund steht.

Ein grundlegender **Baustein** sind Gefühle, wenn es darum geht, eine Beziehung mit den Bewohner*innen aufzubauen (siehe Kapitel 4.2.1 Kooperationsarbeit). Einerseits spielen sie im Sinne des Eingehens auf die Gefühle neuer Bewohner*innen beim Einzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung eine Rolle, andererseits ist auch das Eingehen auf die Persönlichkeit, als auch auf die Person mit ihrer Biographie wichtig, um einen respektvollen und zugleich aufgabenorientierten Umgang zu ermöglichen (Gefühlsarbeit). Einige Bewohner*innen fühlten sich von ihren Angehörigen in die Pflegeeinrichtung „abgeschoben“ und „nutzlos“. Um diesem negativen Gefühl entgegenzuwirken, werde zum Teil versucht, ihnen das **Gefühl des Gebrauchtwerdens** zu vermitteln (somit auch Gefühlsarbeit). Indem Pflegekräfte z.B. Ratschläge einfordern, versuchen sie ihnen eine Bedeutung beizumessen, die sie als Mensch mit mehr Lebenserfahrung haben (siehe auch Kapitel 4.2.1 Kooperationsarbeit):

„... die fühlen sich gut, wenn die merken: ‘Okay, ich bin nur, ich bin nicht die einzige, die Hilfe braucht. Die sind jung, gesund, die brauchen trotzdem (ähm) Hilfe.’“ (Pfk1b, Absatz 190)

Durch dieses Verhalten der Pflegekräfte stärken sie das Selbstwirksamkeitserleben der Pflegebedürftigen. An diesem Beispiel lässt sich die Überschneidung der Dimensionen von Interaktionsarbeit verdeutlichen. Einerseits lässt sich das hier beschriebene Beeinflussen der Gefühle der Pflegebedürftigen hinsichtlich des Gebrauchtwerdens eindeutig unter Gefühlsarbeit einordnen, andererseits zielt diese Einflussnahme der Pflegekraft darauf ab, die Asymmetrie der Beziehung zwischen ihr und den Pflegebedürftigen auszugleichen, und ist daher auch unter Kooperationsarbeit zu fassen.

⁹ Diese Aussage stammt aus einem Interviewprotokoll. Da Pfk 2 und 3 während des Interviews nicht aufgenommen werden wollte.

Ein weiterer wesentlicher Anlass für Gefühlsarbeit ist das Erleben von **existenziellen Ängsten** wie z.B. die Angst vor dem Tod, bei dem die Pflegekraft als Vertrauensperson auf die Gefühle der zu Pflegenden eingeht. Ferner können auch alte Traumata der pflegebedürftigen Person in der Interaktion zum Vorschein kommen, die sich beispielsweise in der Angst vor Vergewaltigung zeigen können und auf die die Pflegekraft entsprechend reagieren muss. Die Pflegekraft schafft somit eine emotional haltende Struktur für die Bewohner*innen. Gleichzeitig setzt dies die Achtsamkeit der Pflegekraft hinsichtlich möglicher Traumata voraus. Während der Pflege kann über Traumata wie einer Vergewaltigung nicht einfach hinweggesehen werden. Dabei kann auch das Eingehen auf die Traumata zeitintensiv sein.

Arten des Eingehens auf die Gefühle sind z.B. die Freundlichkeit der Pflegekräfte gegenüber den zu Pflegenden, die insbesondere als erster Eindruck des/ r Pflegebedürftigen von der Pflegekraft wesentlich ist, aber auch ein fester Händedruck bei der Begrüßung, um der pflegebedürftigen Person zu zeigen, dass jemand für sie da ist. Es kann etwas **scheinbar Nebensächliches** im Umgang mit den Bewohner*innen gehen, wie das Streicheln über einen Arm, das Beruhigen oder Witze erzählen.

Das **Beruhigen** eines Bewohners / einer Bewohnerin kann sich u. a. auch positiv auf die anderen Bewohner*innen auswirken, beispielsweise bei lauten Personen und in Gemeinschaftsräumen, um die Situation mit anderen Bewohner*innen nicht eskalieren zu lassen. Das *Umherwandern* dementiell erkrankter Bewohner*innen kann mit innerer Unruhe der Bewohner*innen verbunden sein und erfordert ein Eingehen auf die Gefühle der Person (siehe Kapitel 4.2.1 Kooperationsarbeit).

Jedoch können auch bei der Gefühlsarbeit **Schwierigkeiten** auftreten. Die Gefühlsarbeit der Pflegekräfte kann misslingen, z. B. indem Bewohner*innen sich mit den bisher bekannten Umgangsweisen nicht beruhigen lassen und die Pflegekräfte zunächst an ihre Grenzen stoßen und neue Umgangsweisen entwickeln müssen.

Dabei können in der Pflegearbeit jedoch auch **Grenzen** von Gefühlsarbeit erreicht werden, sodass es den Pflegekräften nicht mehr möglich ist Gefühlsarbeit zu leisten. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn widersprüchliche Arbeitsanforderungen an die Pflegekräfte gestellt werden, indem sie unter Zeitdruck arbeiten müssen und gleichzeitig auf die meist etwas langsamere, bedächtige Art der Bewohner*innen eingehen sollen. Zeitdruck stellt dabei ein Hemmnis für Gefühlsarbeit dar. Dabei werden die eigenen Gefühle der Pflegekraft als Arbeitsmittel auch eingesetzt, indem sie versuchen Ruhe zu bewahren, auch wenn sie sich gestresst fühlen (Emotionsarbeit), um den Bewohner*innen das Stressgefühl vorzuenthalten (Gefühlsarbeit):

„Ja, die fühlen das halt.“ (Pfk1c, Absatz 68) Die Überschneidung dieser beiden Dimensionen von Interaktionsarbeit wird hier ebenfalls deutlich: Auf der einen Seite muss die Pflegekraft ihr Stressgefühl unterdrücken und das Gefühl von Ruhe gegenüber pflegebedürftigen Personen ausdrücken (Emotionsarbeit), auf der anderen Seite versucht sie durch den Gefühlsausdruck bewusst das Gefühl der Bewohner*innen so zu beeinflussen, dass sie kein Stressgefühl bemerken (Gefühlsarbeit).

Die Überschneidung der Dimensionen kann auch zu Problemen in **Wechselwirkung** mit den anderen Dimensionen des integrativen Konzepts von Interaktionsarbeit führen. So kann misslungene Kooperationsarbeit dazu führen, dass die unterschiedlichen Erwartungen an die Pflegearbeit von Pflegekraft und Bewohner*in unbearbeitet bleiben. Dies zeigt sich beispielsweise darin, wenn Pflegekräfte die Verhaltensweisen der Pflegebedürftigen, wie „Meckern“ aufgrund von Unzufriedenheit mit der Arbeit der Pflegekraft, durch Beruhigen (Gefühlsebene) versuchen zu beeinflussen, die unterschiedlichen Erwartungen von Pflegekraft und Bewohner*in an die Pflege jedoch nicht angesprochen werden.

Darüber hinaus stößt Gefühlsarbeit auch bei **sexueller Belästigung** und z. T. bei gewalttäglichem Verhalten, ausgehend von den Bewohner*innen, an ihre Grenzen. Hier überschreitet das Nachempfinden von und Eingehen auf die Bedürfnisse der Bewohner*innen möglicherweise persönliche Grenzen der Pflegekraft. Gewissermaßen steht das Abgrenzen der Pflegekraft von der pflegebedürftigen Person (emotionaler Abstand) dem Eingehen auf die Wünsche des Bewohners/ der Bewohnerin auf den ersten Blick entgegen.

4.2.3 Subjektivierendes Arbeitshandeln

Subjektivierendes Arbeitshandeln (Weishaupt 2006) definieren Böhle et al (2015a: 19) als den „Umgang mit Unwägbarkeiten und Grenzen der Planung“. Die „Bewältigung des Unwägbaren und Unplanbaren“ (Böhle et al. 2015a: 22), eine Art intuitives Vorgehen in sich spontan ergebenden, ungeplanten Situationen obliegt der Pflegekraft in ihrem Arbeitsalltag. Beim ‚Arbeitsgegenstand Mensch‘ und insbesondere mit zunehmendem Alter kann es z.B. immer wieder zu unvorhergesehenen Änderungen des Gesundheitszustandes der zu Pflegenden kommen (vgl. Böhle 1999; Hacker 2009; Böhle et al. 2015a). Die Pflegekraft ist gefragt, auf diese unvorhergesehenen Situationen intuitiv-flexibel reagieren zu können. Hierbei sind sowohl ihr Fachwissen wie auch ihr Erfahrungswissen von besonderer Bedeutung. Weiterhin sind ihre Sinne bei der Einschätzung dieser Situationen gefragt, wie das Wahrnehmen von Gerüchen oder entsprechender Körpersprache der zu Pflegenden. Sie können überdies im Dialog mit der pflegebedürftigen Person in spezifischen Situationen schrittweise deren Bedürfnisse und Wünsche

erkunden und auf dieser Grundlage ihr Pflegehandeln ausrichten. Besonders in der stationären Pflege spielt abermals die gewachsene soziale Nähe und relativ gute Kenntnis der zu pflegenden Personen hinein, die ein solch situatives Anpassen der Arbeitshandlungen erleichtert (vgl. Böhle et al. 2015a).

Diese Dimension wurde somit auch als deduktive Kategorie bei der Auswertung aufgenommen, in die alle Aussagen einbezogen wurden, die sich auf den Umgang mit Unplanbarem/Unwägbarem im Arbeitsalltag der Pflegekräfte bezieht. Darunter werden unvorhersehbare Zwischenfälle sowie ähnliche Zustände oder Ereignisse gefasst, auf die sich eine Pflegekraft nicht vorbereiten kann und spontan reagieren muss (Codedefinition).

Die Arbeit in der Pflege ist durch viele **Unwägbarkeiten** geprägt und setzt damit eine starke Flexibilität voraus. Der Umgang mit dem Arbeitsgegenstand Mensch im Falle von stationärer Langzeitpflege, sich in ihrer Selbstständigkeit eingeschränkte, und zumeist ältere, multimorbide Menschen, deren Gesundheitszustand, Stimmungen, Bedürfnisse und Wünsche sich auch kurzfristig verändern können, birgt ein großes Potenzial für nicht planbare Zwischenfälle. So kann es sich um übergriffiges Verhalten (wie Gewalt, sexuelle Belästigung gegenüber Pflegekräften), Krankheiten der Bewohner*innen (wie Grippewellen im Winter, Abgeschlagenheit bei Hitze, Wunden, Inkontinenz etc.), Notfälle (wie Stürze, Todesfälle etc.) oder auch „Stress von Nirgendwo“ (wie zusätzlichen Anliegen von Angehörigen, die eine Interaktion mit den Pflegebedürftigen initiiert) handeln, die nur bedingt planbar sind. Für die Pflegekräfte bedeuten diese Unwägbarkeiten, dass sie situativ und spontan **reagieren** müssen. Manche Bewohner*innen müssten bspw. zum Aufstehen motiviert werden: Der eine will nicht, die andere ist dement. Es sei sehr abhängig von dem jeweiligen (situativen) Zustand der Person (GD 3, Absatz 113). Die Pflegekräfte müssen Prioritäten setzen und ihren Arbeitsablauf entsprechend umorganisieren – wozu in Pflegeeinrichtungen zumeist kaum Zeitpuffer mehr vorhanden sind, sodass sich der Zeitdruck verschärft.

Um subjektivierendem Arbeitshandeln gerecht zu werden, bedarf es einer Kompetenz des Wahrnehmens und des Reagierens. Die Erfahrung und eine gewisse Routine im Umgang mit Zwischenfällen spielen, neben der fachlichen Ausbildung, die nur teilweise helfe, beispielsweise dabei die Panik in diesen Fällen zu kontrollieren, eine große Rolle. Auch persönliche Kompetenzen, wie die sprachlichen Fähigkeiten, werden darüber hinaus ebenfalls als relevant bewertet (GD 4).

Gerade bei Zwischenfällen spielt darüber hinaus die Selbstführung, -strukturierung und das Selbstmanagement der Pflegefachkräfte eine große Rolle. Um ein Gefühl für mögliche Unwägbarkeiten innerhalb einer Schicht zu bekommen, arbeiten manche Pflegefachkräfte **vorrausschauend**. Sie verschaffen sich bei den Bewohner*innen, auch dort, wo es nicht dringend nötig erscheint, zu Schichtbeginn einmal einen **Überblick**, indem sie beispielsweise Kontrollgänge durchführen. Pflegefachkräfte müssen sich zusätzlich situativ einen Überblick verschaffen und den Arbeitsablauf nach Prioritäten planen. Zudem müssen sie Entscheidungen treffen, ggfls. Aufgaben delegieren, wofür eine reibungslose Zusammenarbeit im Team wichtig ist (GD 4).

Pflegekräfte haben ein **Gespür für Situationen** wie z. B. die Bedürfnisse im Sterbeprozess eines Bewohners / einer Bewohnerin. Das **Einfühlen** in die Bewohner*innen ist wesentlich bei der Pflegearbeit (vgl. Kumbruck & Senghaas-Knobloch 2015). Doch neben der Empathie gilt es immer mögliche Resultate und Eventualitäten der Situation mit zu bedenken:

„...man muss überdenken: ‚Hat der Fieber? Braucht der dieses da? Braucht der ein neues Kissen vielleicht? Was für eine Einlage?‘ Und so.“¹⁰ (Pfk1b, Absatz 170)

Für dieses **Einfühlen und Analysieren** einer Situation oder Stimmungslage benötigt die Pflegekraft Zeit. Sie muss sich einen Überblick verschaffen und diesen während ihrer Schicht aufrechterhalten. Hierbei ist immer zu bedenken, dass es um Menschen mit eigenen Wünschen und Bedürfnissen geht. Die Pflegekraft versucht neben der Empathie auch **dialogisch orientiert** zu erkunden, was sie tun kann. Dies bezieht sich insbesondere auf Alltagssituationen, in denen die Pflegekraft den geplanten Kontakt zum Bewohner / zur Bewohnerin sucht.

„Und man sieht, wenn man etwas sagt, wenn die im Gesicht so irgendwie machen: ‚Okay, dann lass ich das. Versuchen wir es [...] mit etwas anderem.‘“ (Pfk1b, Absatz 157)

Die **Kommunikation** mit den Bewohner*innen ist daher verbal wie nonverbal wichtig. Die Pflegekraft muss versuchen Ursachen zu finden, wenn z.B. eine Bewohnerin mehrere Mahlzeiten nacheinander nicht zu sich nehmen möchte und stattdessen ihr Essen heimlich versucht, in der Toilette herunter zu spülen. Sie muss verschiedene Faktoren analysieren (z. B. Klagen

^{10*} Die Zitate wurden geglättet, sodass ein Rückschluss auf die Person nicht mehr möglich ist.

über Bauchschmerzen, Anzeichen für Depressionen, Schmerz über den Abstand zu Angehörigen oder dem alten Zuhause), um mit Hintergrund ihres Fachwissens die ausschlaggebende Ursache zu erfassen und mit der Person gemeinsam eine Lösung zu finden.

Im Rahmen des subjektivierenden Arbeitshandelns kann sich neben dem Eingehen auf veränderte Gesundheitszustände aber auch aus den **Bedürfnissen** der Bewohner*innen eine zuvor nicht planbare Situation ergeben (siehe Kapitel 3.1.1 Kooperationsarbeit), z. B. wenn eine pflegebedürftige Person länger schlafen möchte und das eingeplante Duschen dann verschoben werden muss. Dieses kann die zeitliche Struktur der Pflegekraft beeinflussen.

Doch die Unmöglichkeit alle Aspekte und Eventualitäten einzuplanen, zeigt sich alltäglich, d. h. der Umgang mit Unwägbarkeiten erweist sich als **Normalität** des Arbeitshandelns in der stationären Langzeitpflege:

„Es funktioniert nie [...], wie's geplant ist.“¹¹ (Phk1, Absatz 16).

In den Interviews wurde deutlich, dass die fachliche Ausbildung der Pflegekraft zum Teil verhindert, dass Pflegekräfte in Panik geraten und ihnen ermöglicht professionell mit den Unwägbarkeiten umzugehen (**Professionalität**). Dieser **professionelle Umgang**, das fachlich korrekte Handeln, der jeweiligen Pflegekraft erscheint den Pflegekräften bei Zwischenfällen wichtig. Zum Teil sichern sich Pflegekräfte dann auch bei Entscheidungen lieber bei einer zweiten Pflegekraft ab. Beispielsweise kann eine hinzugezogene Pflegekraft, die einen Bewohner / eine Bewohnerin kennt, besser einschätzen, wann es sich um einen ernsten Notfall handelt und wann mit medizinischer Unterstützung gewartet werden kann.

Darüber hinaus entwickeln die Pflegekräfte ein **Gespür** für die Bewohner*innen, die sie kennen. Pflegekräfte können Stimmungen und Bedürfnisse schneller wahrnehmen und darauf reagieren oder z. B. anhand der Mimik ablesen, ob etwas verstanden wurde. Dabei erfolgt das Eingehen auf die Bewohner*innen immer situativ und dialog-orientiert. Indem sie Fragen stellen und Reaktionen auswerten, können Pflegekräfte leichter zu Einschätzungen kommen. So wird in manchen Situationen mit Wissen über die Biographie dazu auch die Muttersprache des/ r Bewohner*in genutzt, sofern die Pflegekräfte entsprechende sprachliche Kenntnisse mitbringen. Eine gute Beziehung (Kooperationsarbeit) sowie eine gute Biographiearbeit (Ge-

¹¹ Das Zitat wurde geglättet.

fühlsarbeit) der Pflegekraft können somit auch als Grundlage für das subjektivierende Arbeitshandeln dienen. Dadurch lässt sich wieder eindrücklich zeigen, wie eng z. B. subjektivierendes Arbeitshandeln, Gefühls- und Kooperationsarbeit **zusammenhängen**.

Die **Normalität** von Unwägbarkeiten voraussetzend (vgl. Weishaupt 2006), müssen Pflegekräfte tagtäglich mit nicht planbaren Situationen umgehen. Dies beinhaltet das Erfassen und Bewerten der jeweiligen Situation wie auch das Eingehen darauf. Es handelt sich damit um eine Daueranforderung, die bisher nicht in den Arbeitsanforderungen in zeitlicher Hinsicht berücksichtigt werden. Dadurch wird der Umgang der Pflegekräfte mit Unwägbarkeiten des Arbeitsalltages nicht anerkannt.

4.2.4 Emotionsarbeit

Emotionsarbeit ist das Gefühlsmanagement (Goffmann 1959 zit. n. Böhle, Glaser & Büssing 2006: 30, Hochschild 1979: 551) der eigenen Gefühle. Sie impliziert die Regulation der eigenen Gefühle, d. h. das Unterdrücken und Bearbeiten empfundener Gefühle, und den bewussten Ausdruck von Gefühlen, d. h. die bewusste Darstellung erwarteter Gefühle nach außen. Dabei kann die Darstellung der Gefühle nach außen den tatsächlich empfundenen Gefühlen widersprechen (emotionale Dissonanz) und so zu psychischen Belastungen führen, die u. a. Burnout hervorrufen können (Böhle, Glaser & Büssing 2006: 36).

Emotionsarbeit äußert sich in der (stationären) Pflege darin, dass Pflegekräfte im Rahmen ihrer Pflegearbeit ihre eigenen Gefühle regulieren (vgl. Hochschild 1990; Krey 2011; Böhle et al. 2015a), sodass sie der beruflich zugeschriebenen Rolle einer fürsorglichen Pflegekraft entsprechen können. Die persönlichen Gefühle werden als Gegenstand (Instrumentalisierung) und als Bedingung (zur Selbstkontrolle) gesehen (Dunkel 1988: 67). So spielt die Unterdrückung bzw. Bearbeitung persönlicher Gefühle der Pflegekraft bei ihrer Arbeit eine Rolle. Anzunehmen ist, dass sie ihre eigenen Gefühle vor den zu Pflegenden immer wieder zurücknehmen und sich an die Rolle der fürsorglichen Pflegekraft anpassen muss. Darüber hinaus stellen Pflegekräfte bewusst bestimmte Gefühlsausdrücke, wie beispielsweise Fröhlichkeit oder Empathie, her, um den beruflichen Anforderungen gerecht zu werden (Böhle et al. 2006: 30). Dabei entsprechen diese ausgedrückten Gefühle nicht unbedingt ihren tatsächlich empfundenen Gefühlen. Hierfür ist es daher einerseits nötig, eine offene empathische Grundhaltung zu zeigen. Andererseits müssen sie sich auch selbst zurücknehmen, um die eigenen Gefühle, die ggf. nicht der professionellen Rolle entsprechenden, zu unterdrücken. Aufgrund des innerpsychischen Prozesses der Gefühlsregulation und gesteuerten Gefühlsausdrucks ist diese

Dimension von Interaktionsarbeit (Böhle et al. 2015a) jedoch nicht direkt beobachtbar, sondern nur auf den Kontext bezogen und über Gespräche erfassbar.

Diese Dimension diene in der Auswertung auch als deduktive Kategorie. Sie bezieht sich auf alle Aussagen, die die Bearbeitung der eigenen Gefühle (Ausdruck und Regulation) der Pflegekraft betrifft (Codedefinition).

Bereits zuhause beginnt die mentale **Vorbereitung** der Pflegekräfte auf den Arbeitstag. Das Wissen darüber, was einen bei der Arbeit erwartet, ist bereits häufig ein Grund für ein Stressgefühl. Dieses versuchen die Pflegekräfte während ihrer Arbeit zu unterdrücken und sich nicht anmerken zu lassen (siehe Kapitel 3.1.2 Gefühlsarbeit). Der „Servicegedanke“ ist, wie bereits in Kapitel 3.1.2 Gefühlsarbeit angedeutet, in der Pflege stark ausgeprägt, sodass Pflegekräfte sich selbst als Mensch mit **Bedürfnissen** z. B. für eine Pause oder ein kurzes Abschalten, oft **zurückstellen**. Die Bewohner*innen mit ihren Bedürfnissen haben während der Arbeitszeit für die Pflegekräfte Vorrang. Die Pflegekräfte, die sich als Gast im Haus der Bewohner*innen sehen, versuchen entsprechend freudig den Bewohner*innen als Gastgeber*innen zu begegnen und die eigenen Probleme für sich zu behalten (GD 1, Absatz 56).

Dieses Zurückstellen der eigenen Befindlichkeiten wird auch bei der Bewältigung von **Zwischenfällen** deutlich, die nicht vorherzusehen waren und den vorher strukturierten Tag durcheinanderbringen. Auf Zwischenfälle reagiert z. B. eine interviewte Pflegekraft sofort.

„Weil ich hab' keine andere Wahl (.) Gibt keine andere Wahl. Entweder man macht... Irgendwann muss ich das machen. [...] Und wenn ich sie seh', ich weiß, dass ich sie nicht so lassen kann.“^{12} (Pfk1c, Absatz 24-26)*

Die Pflegekraft muss sich entsprechend auf die Situation **einstellen**. Aufgrund der Notwendigkeit zu handeln, nimmt sie ihre Bedürfnisse zurück. Sie argumentiert, dass ihr nichts anderes übrigbleibt, und wenn sie sofort handelt, es nicht später tun muss.

*„Ich rufe, wenn ich Hilfe brauch'[...]. Aber [...] wenn ich da steh' und und mecker' und schrei' und wein' und was weiß ich... Das bringt mir nichts. Man reagiert natürlich. So ,Oh Gott, das hab ich nicht erwartet.', [...] Aber das bringt mir nichts.“^{**} (Pfk1c, Absatz 28)*

Wenn Pflegekräfte ihre eigenen Gefühle unterdrückten, um den beruflichen Anforderungen an sie gerecht zu werden, birgt es die **Gefahr emotionaler Dissonanz**. Dabei bestehen

¹² Die Zitate wurden geglättet, sodass der Rückschluss auf die Person nicht mehr möglich ist.

„deutliche Zusammenhänge zwischen emotionaler Dissonanz und emotionaler Erschöpfung sowie Depersonalisation der Dienstleister“ (Böhle et al. 2006, 36).

Offensichtlich relativ stark empfundene Gefühle (Ausdruck: schreien / weinen) werden von der Pflegekraft als hinderlich für die Situation der pflegebedürftigen Person empfunden. Es wird daher versucht, das Problem **rational** zu lösen bzw. auf die Situation zu **reagieren**, um nicht noch mehr Zeit zu verlieren; die Pflegekraft sieht das Unterdrücken der eigenen, empfundenen Gefühle in diesem Moment als einzige Möglichkeit:

„Entweder mach ich oder verliere ich noch mehr Zeit. Wenn ich [es] dann nicht sofort mache, dann verliere ich viel mehr Zeit. Was ich vielleicht für andere Bewohner brauche. Und dann muss man schon machen. Gibt's, ich hab keine andere Möglichkeit.“ (Pfk1c, Absatz 28)

Sie sieht für sich offensichtlich keine Wahl, als möglichst schnell zu handeln und die Versorgung der pflegebedürftigen Person zu übernehmen.

Anforderungen, die sich aus der Interaktionsarbeit für die Pflegekräfte ergeben, sind u. a., eine **professionelle Distanz** aufbauen und eine Art Routine herstellen, in der die eigenen Gefühle als Arbeit gesehen werden. Neben dem notwendigen emotionalen Abstand, der professionellen Distanz, die bezüglich der eigenen Gefühle vorausgesetzt wird, bilden Gefühle im Sinne von **Einfühlsamkeit** eine Voraussetzung für gute Pflegearbeit (siehe Kapitel 4.2.1 subjektivierendes Arbeitshandeln).

Die Pflegekräfte vermitteln innerhalb ihrer Arbeitszeit und -aufgabe Fürsorge für die Bewohner*innen. Die Pflegekräfte müssen jedoch sich selbst vor emotionaler Überlastung schützen, indem sie diese Fürsorge auf die Arbeitszeit begrenzen und ihre Aufgaben klar abstecken. Die Zuständigkeit für das Wohlbefinden und die Versorgung muss nach Ende der Arbeitszeit ebenfalls enden. Zudem können sie demnach nur die Hilfe leisten, für die sie in ihrer Rolle als Pflegekraft zuständig sind. Für Aufgaben, die darüber hinausreichen, sind andere Zuständigkeiten und Ansprechpartner*innen zu beachten, z.B. der ärztliche Notdienst.

In den Interviews betonen Pflegekräfte häufiger, dass die **Ansprüche** der Bewohner*innen und der Angehörigen über die Jahre gestiegen seien. Ihre Dankbarkeit und Wertschätzung ließen nach, was die emotionale Anforderung der Pflegekräfte, trotzdem stets freundlich zu bleiben, erhöht. Zum Teil wird von Pflegekräften auch Enttäuschung empfunden, wenn sie auf fehlendes Verständnis für kurze Regenerationszeiten oder die Einhaltung von Pausenzeiten seitens der Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen treffen. Häufig komme es vor, dass die

Pflegenden innerhalb eines Dienstes grundlegende Bedürfnisse wie die Nahrungsaufnahme oder der Toilettengang nicht erfüllen können.

Um **sich** während der Arbeit zu **sammeln**, werden kurze Erholungszeiten genutzt. Eine Möglichkeit sich kurze Erholzeiten zu schaffen, sind z.B. ein Glas Wasser zu trinken. Eine weitere noch kürzere Umgangsweise ist das tiefe Durchatmen, um sich innerlich zu sammeln. Darüber hinaus können auch Tätigkeitswechsel oder ruhigere Umgebungen helfen. So wird z.B. das Essen anreichen in einem geschlossenen Raum, in dem sich die Pflegekraft dann mit der pflegebedürftigen Person befindet, als erholsam empfunden. Dabei gehe es darum, auch einmal eine Tür mit allen Geräuschen und Tun schließen zu können und sich nur auf eine Person konzentrieren zu können. Als **Rückzugsort** dient den Pflegefachkräften während der Arbeit z.B. das Dienstzimmer, für das die informelle Regelung gilt: Ist die Tür geschlossen und eine Pflegekraft befindet sich im Raum, so wird diese zumeist nicht gestört. Zum Beispiel wird dies genutzt, um in Ruhe die Pflegedokumentation zu schreiben.

Darüber hinaus empfindet es eine Pflegekraft als schwierig gegen die Zeitstruktur und -bedürfnisse der Bewohner*innen zu arbeiten. Aufgrund der **strengen zeitlichen Vorgaben** der Pflegeeinrichtung zur Strukturierung des Tagesablaufs, wie den unflexiblen Frühstückszeiten, sich die Pflegekraft veranlasst, die Bewohner*innen gegen ihren Willen zu wecken und zum Frühstück zu bewegen.

Hinzu kommt als eine weitere Anforderung, den eigentlich empfundenen **Zeitdruck** zu unterdrücken, solange Bewohner*innen in der Nähe sind und erst „*später [zu] rennen, da irgendwo, wo mich Bewohner nicht sehen*“¹³ (Pfk1a, Absatz 460). Darüber hinaus wird versucht, den Stress, der sich aus Zeitdruck oder Beschwerden von Kolleg*innen und Bewohner*innen ergibt, zu vermeiden. Dies geschieht, indem Beschwerden beispielsweise abgewehrt werden. Eine andere, häufigere Umgangsweise mit emotionaler Belastung ist es, inoffiziell ca. 30 Minuten vor der offiziellen Arbeitszeit mit der Arbeit zu beginnen. Damit nutzen die Pflegekräfte informelle Arbeitszeit, um den beruflichen Anforderungen überhaupt noch gerecht werden zu können. Eine Pflegekraft erklärt, dass sie sich lieber Zeit nehme für ihre Arbeit und dafür früher komme, anstelle sich aufgrund des Zeitdrucks hetzen zu lassen. Sie stellen damit ihre eigenen Bedürfnisse hinter denen der Pflegebedürftigen zurück. Eine Pflegekraft versucht auch Engagement zu zeigen, bleibt nach der eigentlichen Arbeitszeit länger und stellt auch die eigene Pause zurück, um die Bewohner*innen versorgen zu können (Aspekt der Ethik). Dadurch wird

^{13*} Die Zitate wurden geglättet, sodass der Rückschluss auf die Person nicht mehr möglich ist.

auch das Unterdrücken der persönlichen Bedürfnisse wie z. B. die Erholungszeit nach der Arbeit deutlich:

*„Kann ich nicht wie ein normaler Mensch einmal pünktlich nach Hause gehen?“**
(Pfk1c, Absatz 144)

Das Zitat zeigt, wie sehr sich die Pflegekräfte zum Teil den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen unterordnen und ihre eigenen Bedürfnisse zurückstellen und welche Belastung sie dadurch empfinden.

Insbesondere scheint es den vorliegenden Befunden nach in manchen stationären Pflegeeinrichtungen eine informelle **Gefühlsregel** zu geben, die das Weinen der Pflegekräfte als Ausdruck von Trauer ungewöhnlich erscheinen lässt. Daraus ließe sich die emotionale Anforderung ableiten, dass die Trauerbewältigung eher im Verborgenen stattfindet und individuell gehandhabt werden muss.

Die Pflegekraft hat selten die Möglichkeit, eigenen Gefühlen in unvorhergesehenen Situationen, die sie verärgern, zu **zeigen**. Ein Beispiel ist eine Situation, in der die Pflegekraft sieht, dass sich eine Bewohnerin zum dritten Mal eingestuhlt hat. In dieser Situation geht es für die Pflegekraft darum, sich um die Bewohnerin zu kümmern und die Tagesplanung entsprechend zu verändern. Dafür ist es notwendig, dass die Pflegekraft ihren Ärger über diesen Zwischenfall größtenteils unterdrückt, sich entsprechend zurücknimmt, um **emotionalen Abstand** zu gewinnen, um professionell auf den Bewohner / die Bewohnerin eingehen zu können. Es werden Möglichkeiten gesucht, um sich zu sammeln, indem Wege wie der Gang zum Wäschewagen dafür genutzt werden, für kurze Zeit außerhalb der Sicht des Pflegebedürftigen den eigenen Ärger bewältigen zu können.

In den teilnehmenden Beobachtungen und Interviews sind verschiedene **Umgangsweisen** der Pflegekräfte deutlich geworden, die sich auf das Zusammenspiel der Gefühlsregulation und des -ausdrucks zurückführen lassen. Der Umgang mit diesen Anforderungen zeigt sich z. B. darin, dass mit Bewohner*innen und Kolleg*innen Späße gemacht werden, um die **Belastung** erträglicher zu machen, aber auch Verhaltensweisen in unbeobachteten Momenten angenommen werden, wie Augen rollen, Schultern straffen, Zunge herausstrecken oder fluchen. Der Gefühlsausdruck der humorvollen, freundlichen Pflegekraft ist demnach einerseits ein bewusster Gefühlsausdruck gegenüber den Bewohner*innen, andererseits stellt dieser Ausdruck auch ein Bewältigungsmuster dar, die Belastung innerhalb erlaubter Gefühlsregeln zu reduzieren/ herauszulassen. Besonders belastend empfindet eine andere Pflegefachkraft (Pfk3) den Gefühlsausdruck, dass alles in Ordnung sei, obwohl es nicht so von ihr empfunden werde.

Dies könne sie inzwischen nicht mehr unterstützen, erklärt sie: Sie könne nicht den ganzen Tag mit einem Lächeln im Gesicht herumlaufen, wenn es nicht authentisch sei (Pfk 3). Weiterhin erklärt diese Pflegefachkraft, dass sie „nicht nur lächeln“ könne, sondern ihr mehr daran läge authentisch zu bleiben als durchgehend ein **Lächeln** zu zeigen (GD 2, Absatz 107-109). Pflegekräfte sehen sich somit im Alltag mit emotionaler Dissonanz konfrontiert. Dies wird u. a. gefördert, durch die Pflegedienstleitung, die den Pflegefachkräften zufolge immer Lächele, auch wenn dies nicht der Situation angemessen sei. So werde in dieser Einrichtung auch nicht über Probleme gesprochen, sondern über **Herausforderungen**, wie sich die Pflegedienstleitung aus Sicht der Pflegekräfte wünsche. Bei Komplikationen könne man die **Pflegedienstleitung** jedoch anrufen (Pfk 3). Dennoch wird keine Möglichkeit gesehen, dem tatsächlich empfundenen Gefühl Ausdruck zu verleihen (GD 3). Die Bearbeitung oder Bewältigung der emotionalen Dissonanz wird somit den Pflegekräften selbst überlassen.

Es gibt z. T. jedoch keine konkreten Gefühlsregeln, sondern den eigenen Anspruch „*immer top*“ zu sein. Dabei handelt es sich mehr um den eigenen Anspruch an die eigene Arbeit als eine vorgegebene Gefühlsregel, z.B. immer zu lächeln (GD 4, Absatz 103).

Eine **Notfallstrategie** für Situationen oder Anforderungen, die schwer zu bewältigen sind, stellt aus Sicht einer interviewten Pflegekraft die Lenkung der Gedanken dar: Daran zu denken, dass der Arbeitstag irgendwann zu Ende ist und sich über positives Denken einzureden, dass man alles schaffen könne oder alles in Ordnung sei, helfe zum Teil auch (Pfk 1a).

In der Interaktionsarbeit mit den Pflegebedürftigen werden auch **Grenzen** erreicht und überschritten. Die Pflegekräfte versuchen der Rolle der Pflegekraft zu entsprechen und ihre Aufgaben durchzuführen. Klare Grenzen zu ziehen, spielt für eine Pflegefachkraft (2¹⁴) eine besonders große Rolle.

Bei den Pflegekräften werden Grenzen des Umgehens mit Anforderungen an Emotionsarbeit erreicht, wenn beispielsweise Bewohner*innen regelmäßig (scheinbar grundlos) anfangen zu schreien und die Aufmerksamkeit laut einfordern: „*Manchmal das nervt auch. Das nervt wirklich und irgendwann hat man bis hier so einen vollen Kopf und man kann das nicht [mehr] hören.*“¹⁵ (Pfk1b, Absatz 40). Dies erfordert besonders, dass sich die Pflegekräfte emotional abgrenzen können.

¹⁴ Diese Aussage stammt aus einem Interviewprotokoll. Da Pfk 2 und 3 während des Interviews nicht aufgenommen werden wollte.

¹⁵ Das Zitat wurde geglättet, sodass der Rückschluss auf die Person nicht mehr möglich ist.

Durch Grenzüberschreitungen der Pflegebedürftigen oder auch durch das Fehlen der professionellen Distanz der Pflegekräfte ergeben sich Schwierigkeiten der Interaktionsarbeit. Diese **Balance zwischen Nähe und Distanz** ist zum Teil schwierig zu erlangen. So fühlt sich eine Pflegefachkraft für die pflegebedürftige Person verantwortlich, was sich neben der Fürsorge und dem großen Verständnis für unangemessenes Verhalten auch darin zeigt, dass sie sich um ihre Bewohner*innen sorgt und sie zuerst versorgt wissen muss, ehe sie nach Hause gehen kann. Zum Teil wird sogar der Vergleich zu einer Familie gezogen. Sie erkenne bestimmte Personenmerkmale ihrer Familienmitglieder in den Bewohner*innen, wodurch sie emotional mehr Nähe zu ihnen zulässt als eine professionelle Distanz vorsieht (Pfk 1a). Ein zu enges emotionales Verhältnis zu Bewohner*innen kann, z.B. beim Tod dieser Person, problematisch sein.

Der **Sterbeprozess** stellt ein besonderes Merkmal bei der Interaktionsarbeit in der Pflege dar und birgt weitere Schwierigkeiten für die Interaktionsarbeit der Pflegekräfte. Einerseits gehört der Tod zur Arbeit in Langzeitpflegeeinrichtungen dazu, wie auch die Pflegekräfte erklären. Andererseits stellt in manchen Fällen die Auseinandersetzung mit dem Tod nahestehender Personen eine emotionale Belastung für die Pflegekräfte dar. Zudem sei es für eine Pflegefachkraft schwer mitanzusehen, wenn Angehörige an den Bewohner*innen festhielten und sie nicht gehen lassen wollten, wenn diese im Sterben lägen (Pfk 3).

Insbesondere der Sterbeprozess der Bewohner*innen sorgt für Anforderungen auf der Ebene der Interaktionsarbeit speziell der Emotionsarbeit: Die Pflegekraft muss ggfls. mit ihrer eigenen Trauer umgehen, sie muss sich um die anstehende Organisation kümmern und sich darauf vorbereiten, um die Angehörigen über den Tod informieren zu können. Neben der eigenen Trauer und des Verständnisses für die Trauer der Angehörigen, gilt es zumeist aus ökonomischen Gründen das Bett möglichst schnell wieder zu belegen:

*„das Bett ist noch nicht kühl und dann wird schon der nächste reingelegt. Das ist [...] menschenunwürdig finde ich“¹⁶ (Phk2/Schüler *in, Absatz 18).*

Die Pflegekraft empfindet demnach die schnelle Neubelegung der Betten als entwertendes Verhalten. Diese Entwertung kann einerseits dem/ r Bewohner*in gelten, deren Bedeutung negiert wird, indem die verstorbene Person schnellstmöglich durch den / die nächste Pflegebedürftige/ n ersetzt wird. Andererseits stellt es eine Entwertung der Beziehungsarbeit (Ko-

¹⁶ Das Zitat wurde geglättet.

operationsarbeit) wie auch der fehlenden Akzeptanz für das emotionale Bedürfnis einer Trauerphase der Angehörigen dar. Darüber hinaus zeigt sich, dass der Umgang mit dem Tod für die Pflegekraft abhängig davon, wer stirbt, nicht so einfach ist. Gerade an Tagen, an denen ein Bewohner / eine Bewohnerin in der Schicht stirbt, fällt es den interviewten Pflegenden schwer abzuschalten. Durch diese zeitliche Beschränkung wird auch die Pflegekraft zur Ökonomisierung ihrer emotionalen Selbstregulation gedrängt. Die Ganzheitlichkeit des Lebensverlaufes, zu dem der Tod dazugehört, wird nicht anerkannt, indem für die eigene Trauerphase der Pflegekräfte um verstorbene Bewohner*innen kaum Zeit gelassen wird. Dies kann als Infragestellung des Ethos und der beruflichen Grundwerte der Pflegekräfte gesehen werden.

Grenzen der Emotionsarbeit der Pflegekräfte werden auch erreicht und z. T. überschritten, wenn sie von Pflegebedürftigen **sexuell belästigt** werden. Pflegekräfte haben in diesen Situationen Schwierigkeiten mit der Interaktion mit Bewohner*innen. Obwohl sie das menschliche Bedürfnis der Pflegebedürftigen meist nachvollziehen können, sind sie in ihrer Rolle als Pflegekraft nicht mehr persönlich für dessen sexuelle Befriedigung zuständig. Gefühls- und Emotionsarbeit sind an dieser Stelle dilemmatisch.

Auch gewalttätige **Übergriffigkeiten** durch Pflegebedürftige auf die Pflegekräfte gibt es in manchen Fällen. Zum Beispiel erklärt eine Pflegefachkraft auf Nachfrage: „*Ich weiß, dass er das macht*“ (Pfk1c, Absatz 22). Sie ist darauf vorbereitet (Emotionsarbeit) und relativiert das Verhalten des Bewohners, indem sie erklärt, dass es nichts Besonderes ist. „*Und eigentlich hat es jetzt auch nicht so wehgetan*“ (Pfk1c, Absatz 22). Sie weiß auch, dass es einmal wehtun könnte. Doch obwohl sie weiß, dass bei dieser Person damit zu rechnen ist, dass er zum Teil aggressiv reagiert, und es nicht wehgetan hat, ist sie im ersten Moment erschrocken: „*Was ist jetzt los?*“ (Pfk1c, Absatz 24). Sie **akzeptiert** das **Verhalten**, da sie die Gründe dieses Verhaltens nicht bei der Person, sondern in deren Krankheit sieht. In einem anderen Kontext wie bspw. auf der Straße, würde sie dieses Verhalten anders bewerten. Damit handelt es sich um eine Einstellung im Rahmen ihrer Arbeit. Sie hat sich mental bereits auf bestimmte Umgangsweisen und Verhalten ihrer Gegenüber eingestellt und hat bei der Arbeit andere Erwartungen daran, wie sie behandelt wird, als im privaten Leben. Dabei ist in der Pflegearbeit z.T. auch mit Beleidigungen von Seiten der Bewohner*innen umzugehen. Zum Teil habe die Pflegedienstleitung den Anspruch dies zu unterbinden und den Rücken der Mitarbeiter*innen zu stärken (GD 3, Absatz 65). Pflegekräfte könnten in dieser Einrichtung auch Ärger in Grenzen ausdrücken, z.B. wenn durch Beleidigungen Grenzen erreicht würden. In einer Einrichtung wird erklärt, dass dies eine Frage des persönlichen, professionellen Umgangs mit Beleidigungen sei und es wird auf Schulungen verwiesen.

Um mit den hohen emotionalen Anforderungen und den daraus resultierenden Schwierigkeiten wie auch den Grenzüberschreitungen umgehen zu können, haben Pflegekräfte unterschiedliche Umgangsweisen entwickelt. **Umgangsweisen** mit Übergriffigkeiten sind z. B. das stille Zählen bis 10 oder die Vorstellung, wie man sich wünsche, dass mit den eigenen Eltern umgegangen werde, wenn sie eines Tages pflegebedürftig sind. Indem sie das Verhalten nicht den Personen zuschreiben, sondern die Krankheit für unangebrachte Verhaltensweisen verantwortlich machen, schaffen sie darüber hinaus einen rationalen Erklärungsrahmen für das Verhalten. Mittels dieser Objektivierung können sie die Anforderung z. T. bewältigen.

Entsprechend dieser beruflichen Anforderungen fällt das **Abschalten** zum Ende der Arbeitszeit zum Teil auch schwer, wenn die professionelle Distanz durch die Balance zwischen Nähe und Distanz nicht gehalten werden kann. So brauchen manche Pflegekräfte das Gefühl, die Bewohner*innen versorgt zu wissen, damit sie mit gutem Gewissen nach Hause gehen können.

Um den emotionalen Anforderungen in der Pflege gerecht zu werden und für sich eine zeitliche Begrenzung dieser Belastung herzustellen, versucht jede der befragten Pflegekräfte für sich ein Ritual zu finden, um mit dem Verlassen des Gebäudes von der Arbeit abzuschalten. Hier gibt es verschiedene, individuelle Vorgehensweisen, die zumeist gemeinsam haben, die Zeit für sich selbst zu nutzen. Eigene, individuelle **Rituale** des Abschaltens werden zum Beispiel an den Arbeitstag angehängt, wie das vermeintliche Nachholen einer Arbeitspause nach Dienstschluss.

4.2.5 Rolle des Pflegegrads

Diese Kategorie der Inhaltsanalyse hat sich in Bezug zur quantitativen Erhebung entwickelt, die die Merkmale der Bewohner*innen in besonderem Maße einbeziehen. Der Pflegebedarf des Pflegebedürftigen wird anhand des Grades der Beeinträchtigung hinsichtlich der Selbstständigkeit und der kognitiven Fähigkeiten in dem Begutachtungsinstrument (BI) für die Personalbemessung als ein Kriterium herangezogen, um deren Bedeutung für die Dauer der Pflegearbeit herausstellen zu können. Dementsprechend wurde in der qualitativen Erhebung der Pflegegrad der Pflegebedürftigen berücksichtigt, um untersuchen zu können, ob dieser Aspekt auch für die zeitlichen Aufwände der Interaktionsarbeit relevant ist. Daher bezieht sich die deduktive Kategorie auf alle Aussagen, die Anzeichen für einen Zusammenhang von Interaktionsarbeit mit dem Zustand, der eingestuften Pflegebedürftigkeit, der Bewohner*in (Pflegegrad) geben (Codedefinition).

Ein Ergebnis aus den teilnehmenden Beobachtungen und Interviews ist, dass der Pflegegrad einen wichtigen, aber **nicht hinreichenden Faktor** bildet, um die zeitlichen Aufwände für interaktive Pflegetätigkeiten einschätzen zu können. Die pflegerischen Aufwände, insbesondere für Interaktionsarbeit, müssen jedoch aus Sicht der Pflegekräfte nicht unbedingt mit dem Pflegegrad zusammenhängen. Schwierigkeiten bei der Pflege ergeben sich, Aussagen von Pflegekräften zufolge, insbesondere aus der Interaktion mit den Bewohner*innen und müssen nicht zwingend mit dem Pflegegrad zusammenhängen. Insgesamt zeigte sich in der teilnehmenden Beobachtung, dass eher die individuelle **Persönlichkeit** oder die jeweilige akute Situation sich auf die Durchführung von Interaktionsarbeit auswirkten, als der Pflegegrad der jeweiligen pflegebedürftigen Person. Dieser Eindruck konnte in den Gruppendiskussionen bestätigt werden.

Bei der Interaktion zwischen Pflegekraft und Pflegebedürftigen spielen auch kognitive Fähigkeiten der zu Pflegenden eine größere Rolle:

„Er ist ein schwieriger Bewohner. Er ist nicht so körperlich beim..., Pflege ist nicht schwer bei ihm. Man kann ihn allein ohne Probleme versorgen. Aber nur, [...] wenn man ihn nicht beruhigen kann.“ (Pfk1a, Absatz 53)

Schwierig wird für sie dieser Bewohner demnach insbesondere durch seine psychischen Einschränkungen, sodass er sich nicht leicht beruhigen lässt bzw. das Beruhigen nur kurzfristig auf ihn wirkt.

Zudem treten ebenfalls bei Pflegebedürftigen mit einem geringen Pflegebedarf kurze Interaktionsmomente auf, um sich über das Wohlbefinden und den Gesundheitszustand zu informieren. Auch diese vorausschauende Maßnahme gilt es zeitlich zu berücksichtigen. Jedoch werden sie durch den zeitlichen Druck bei der Arbeit in der Ausführung ihrer Interaktionsarbeit eingeschränkt, in dessen Folge sie begrenzt ihrer Vorstellung der Arbeit Folge leisten können. Damit geht eine fehlende Anerkennung ihrer Leistung einher, sowie eine Einschränkung ihrer Qualität der Arbeit.

„... wie die Frau ⁽¹⁷⁾, gut, die steht alleine auf. Es ist aber trotzdem wichtig, dass du mal reingehst und guckst, guckst das nichts passiert ist. Die schließt ja das Zimmer in der Nacht ab, dann geht ja niemand rein und der Frühdienst ist dann der erste. [...] muss

¹⁷ Name und Codierung wurden hier herausgenommen, um die Anonymität zu gewährleisten

halt überall mal reingucken. Egal, ob sie sich selbst versorgen oder nicht“
(Phk2/Schüler*in, Absatz 49)*

Allerdings gab es auch Aussagen von Pflegekräften, die einen Zusammenhang zwischen Pflegegraden auf der einen Seite und der Interaktionsarbeit und dem damit verbundenen Zeitaufwand auf der anderen Seite nahelegen: Bei niedrigen Pflegegraden werden im Vergleich zu Bewohner*innen mit hohen Pflegegrade in stärkerem Maße eher **emotional unterstützende Gespräche** erwartet:

*„...gut je höher der Grad ist, umso weniger kann man sich auch manchmal unterhalten oder die möchten das nicht oder liegen halt nur starr im Zimmer. Dann macht man nur das Notwendigste. Schwieriger sind die Fälle, die eigentlich einen kleinen Grad haben oder praktisch null oder eins nach den neuen Graden, die verbrauchen einfach mehr Zeit, weil die mehr Fürsorge, mehr Seelsorge brauchen und das, bin ich der Meinung, sieht man nicht. Das ist ein bisschen falsch eingeteilt. Klar, die brauchen die Versorgung nicht viel, aber ... Und Bewohner kann man in 10 Minuten versorgen. Und die Seelsorge ist, denke ich mal, tausendmal mehr wert. (...) Und das ist halt so was den Leuten fehlt.“*¹⁸ (Phk1, Absatz 37)*

Die Versorgung von Bewohner*innen niedriger Pflegegrade werde demnach eher unterschätzt. Die reine Versorgung ließe sich in relativ kurzer Zeit durchführen. Zeitintensiv ist der Pflegekraft zufolge vor allem die emotionale Fürsorge z.B. in Form von Gesprächen mit Bewohner*innen, die einen niedrigen Pflegegrad haben. Dies verstehen die Pflegekräfte auch als Teil ihrer Arbeit, der jedoch bisher nicht als Bedarf in der Personalbemessung anerkannt wird. Durch das Zitat wird offensichtlich, wie viel Wert Pflegekräfte den psychosozialen Aspekten der Pflege zuschreiben.

Doch auch die stark eingeschränkten Bewohner*innen, die einem höheren Pflegegrad zugeordnet sind, die sich selbst nicht mehr verbal äußern können, bräuchten eine besondere Zuwendung, die sie wahrnehmen würden, aber diese allerdings nicht mehr einfordern können. „Sie kann vielleicht nichts sagen oder reden, aber sie merkt das schon.“ (Pfk1a, Absatz 117). Schwierigkeiten in der Interaktionsarbeit mit den Bewohner*innen ergeben sich daher einerseits durch eine oft zu **enge Zeitvorgabe**, die am Pflegegrad für die Bewohner*innen bemessen wird, aber nicht immer dem tatsächlichen Zeitbedarf der Bewohner*innen entspricht. Inso-

¹⁸ Die Zitate * wurden geglättet, sodass der Rückschluss auf die Person nicht mehr möglich ist.

fern verstärkt sich der Zeitdruck für die Pflegekräfte, wenn die Bewohner*innen niedriger Pflegegrade Zeit zum Reden benötigen. Andererseits argumentieren andere Pflegekräfte, dass mit einer Person, die allein körperlich eingeschränkt ist, leichter zu interagieren sei, da sich die Person verbal oder nonverbal noch artikulieren kann. Aushandlungen und Absprachen lassen sich so leichter voraussetzen. Auch bettlägerige Bewohner*innen würden sich mal unterhalten wollen (GD 3, Absatz 15). Wenn kognitive Einschränkungen z. B. durch dementielle Erkrankung vorliegen, kann es sein, dass eine Person nach sehr kurzer Zeit den Gesprächsverlauf und eigene Handlungen vergessen hat (z.B. auch bei Übergriffigkeit). So wird es schwierig auf die Person und ihre Bedürfnisse einzugehen, da keine Absprachen und Vereinbarungen vorausgesetzt werden können. Die Pflegekraft beginnt im Intervall von wenigen Minuten wieder beim Ausgangspunkt vor der Aushandlung. Hierfür braucht es entsprechend mehr Zeit für Interaktionsarbeit als bei kognitiv weniger eingeschränkten Personen. Tendenziell seien psychische Erkrankungen häufig bei Bewohner*innen, wie Pflegekräfte in Gruppendiskussionen (GD 3) erklären. Schwierig sei es für die Pflegekraft auch, wenn die Pflegebedürftigen ihre Wünsche oder Bedürfnisse nicht mehr artikulieren können. Grundsätzlich, so wurde in einer Gruppendiskussion erklärt, stimme der nach Pflegegraden bestimmte zeitliche Aufwand. So würde prinzipiell mehr Zeit benötigt, wenn ein Bewohner / eine Bewohnerin bettlägerig sei, als für Pflegebedürftige, der/ die einzelne Einschränkungen habe. Doch gebe es viele Pflegebedürftige des Pflegegrad 2 bis 3, die z. B. sehr mobil seien und ‚aufgelesen‘ werden müssten. Personen mit **niedrigeren Pflegegraden** forderten auch mehr Aufmerksamkeit ein, da sie sich oft noch besser artikulieren könnten. Entsprechend kämen die Personen mit höheren Pflegegraden dann zu kurz, wenn sie sich nicht äußern würden und weniger die Aufmerksamkeit der Pflegekraft auf sich ziehen könnten (Pfk 3). Manche Pflegebedürftige, die „*schreien den ganzen Tag deinen Namen*“ und dann komme die Pflegekraft nicht dazu eine andere pflegebedürftige Person im gleichen Raum zu versorgen: „*Und kann ich jetzt ins Bett?*“ oder „*Bringst du mich jetzt ins Bett?*“ oder „*Was ist denn jetzt?*“ (GD 4, Absatz 225). In dieser Form vereinbarten einige Pflegebedürftige die Pflegekräfte auch in zeitlicher Hinsicht und forderten sehr viel mehr Aufmerksamkeit ein als vielleicht eine pflegebedürftige Person des Pflegegrad 5 (GD 4, Absatz 225).

Insgesamt lässt sich daher sagen, dass diejenigen Bewohner*innen, die am häufigsten oder lautesten Aufmerksamkeit einforderten, diese am ehesten zuteil werde. Die ruhigeren Bewohner*innen, die am meisten wenigsten Aufmerksamkeit einforderten und sich mit vielem zufried-

dengeben, werde weniger Aufmerksamkeit zuteil. Es ist daher bislang nicht möglich einen eindeutigen Zusammenhang zwischen der Zeitintensität von Interaktionsarbeit und den Pflegegraden der Bewohner*innen herzustellen.

4.2.6 Rolle des Qualifikationsniveau der Pflegekraft

Diese Kategorie der Inhaltsanalyse wurde ebenfalls in Bezug zur quantitativen Erhebung entwickelt, die die Merkmale der Pflegekraft anhand ihres Qualifikationsniveaus (QN) einbeziehen. In der quantitativen Erhebung wird das QN für die Personalbemessung als ein Kriterium herangezogen, um Aussagen über die Dauer der Pflegearbeit treffen zu können, wenn sie von einer Pflegefachkraft mit notwendigem QN ausgeführt wird. Dementsprechend wurde dieser Aspekt auch in der qualitativen Erhebung einbezogen, um herauszufinden, ob das QN der Pflegekraft für Interaktionsarbeit eine Rolle spielt. Daher bezieht diese deduktive Kategorie alle Aussagen ein, in denen Interaktionsarbeit in Verbindung mit der Qualifikation der Pflegefachkraft gesetzt wurde.

Die Ergebnisse zeigen, dass in erster Linie die Aufgabenteilung eine Rolle spielt. Die **Aufgabenverteilung** ist abhängig vom Qualifikationsniveau der Pflegekraft. Pflegefachkräfte haben weniger Aufgaben in direktem Kontakt mit Pflegebedürftigen als die Pflegehilfskräfte. Eine Pflegefachkraft ist insbesondere den Bewohner*innen mit höheren Pflegegrad zugeordnet und ist zuständig für die medizinisch-therapeutischen Interventionen. Sie trägt in erster Linie die Verantwortung in der Schicht und übernimmt Überwachungsaufgaben hinsichtlich der Durchführung und Steuerung des Pflegeprozesses, der Delegation von Aufgaben und steht den Kolleg*innen beratend zur Seite. Gleichzeitig ist eine Pflegefachkraft auch eine Art Vorbild z. B. bezüglich ihrer Organisation.

Die Überwachungsfunktion beinhaltet auch, dass sie die Interaktion zwischen Pflegehilfskraft und Bewohner*innen im Blick behält. Dadurch, dass sie die **Verantwortung** trägt, ist sie auch verpflichtet, vermeintlich harmlose Situationen zwischen anderen Pflegekräften und zu Pflegenden zu überblicken. So ergab sich beispielsweise während der teilnehmenden Beobachtung folgende Situation: Schreie einer Bewohnerin, die für lautes und aufgeregtes Auftreten bekannt ist, wurden von der Gemeinschaftstoilette vernommen. Eine Pflegehilfskraft sah nach ihr und fragte, was los sei. Zwar nahm die begleitete Pflegefachkraft an, dass dies zwar kein Ausdruck einer tatsächlichen Dramatik sei, dennoch musste sie beiden mit etwas Abstand folgen, um abzuschätzen, ob die Pflegehilfskraft mit der Situation zurechtkommt. Voraussetzung für diese Einschätzung ist allerdings, dass die Pflegekraft die pflegebedürftige Person bereits kennt und ihr Verhalten entsprechend einzuschätzen weiß. Es stellte sich heraus, dass die Dame aufgrund ihrer Inkontinenz laut aufgeschrien hatte. Eine Pflegehilfskraft half ihr daraufhin dabei, ihre Kleidung zu wechseln.

Die **Berufserfahrung** helfe Menschen schneller einzuschätzen, doch können Unwägbarkeiten nicht allein durch dieses Erfahrungswissen begegnet werden. Bisher befragte Pflegekräfte wie auch Pflegedienst- oder Einrichtungsleitungen sehen keine Relevanz des QN der Pflegekraft für Interaktionsarbeit. Stattdessen erklärten sie, dass die Erfahrung und die **Persönlichkeit** der Pflegekraft für die Interaktionsarbeit ausschlaggebend seien. So seien interaktive Umgangs- und Handlungsweisen der Pflegekräfte mit Pflegebedürftigen häufig geprägt durch die im **Teamzusammenhang** vermittelten Erfahrungen und Umgangsweisen bei der Interaktionsarbeit. Aus Sicht der interviewten Pflegekräfte könnten vor allem die Berufserfahrung, die Persönlichkeit oder die Gruppendynamik im jeweiligen Team dafür relevant sein, wie Anforderungen an Interaktionsarbeit bewältigt werden. Demnach präge die Erfahrung die professionelle Distanz, die es zu erlernen gilt, um den emotionalen Abstand zu wahren und nach der Arbeit abschalten zu können.

In den Gruppendiskussionen bestätigte sich dieses Bild:

Lebenserfahrung und Berufserfahrung sind für die Interaktionsarbeit tendenziell bedeutsamer als die Ausbildung, wie sich in einer Gruppendiskussion herausstellte. Das Team spiele in diese Erfahrung jedoch auch mit hinein, indem einzelne Umgangsweisen von Kolleg*innen abgeschaut würden (GD 1, Absatz 87):

„wenn man jetzt nur die Theorie kennt, aber nicht in Berührung damit kommt, hat man ganz andere Bewältigungsstrategie, die man selber hat. Hier lernt man im Team, einige nach kurzer Zeit, einige nach längerer Zeit, wie man damit umgeht. Und jeder sieht im Team, wie einer oder [der] andere damit umgeht und sucht für sich das Bestmögliche, was [...] man so akzeptieren kann. Ich nehme nie von einer Person, sondern ich gucke mir unterschiedliche Sichtweisen und erarbeite für mich eine. In welchem Zeit das passiert, kann [...] in halben Jahr als FSJler schon passieren, und einige Fachkräfte kann es nach 5 Jahre Berufserfahrung immer noch nicht gelingen. Es hängt von [der] Person und Lebenserfahrung [ab]“ (GD 1, Absatz 87)

So betont eine Pflegehilfskraft ohne Ausbildung, dass insbesondere der persönliche Aspekt in Pflege für sie sehr wichtig sei und dass sie aus Erfahrungen im Team lerne (GD 1, Absatz 88). Es habe auch mit dem individuellen Charakter der pflegenden und der zu pflegenden Person zu tun (GD 1, Absatz 90).

Persönliche Unterschiede seien z. T. abhängig von der Berufserfahrung wie auch vom Verständnis für bestimmte Situationen (GD 1, Absatz 92). Berufserfahrung, beispielsweise bzgl. der Reaktion im Notfall, sei immer entscheidend, mit oder ohne Ausbildung (GD 2, Absatz 10).

Zudem sei es wichtig die Wahrnehmung der eigenen Gefühle zu erlernen (GD 1, Absatz 100). Die Voraussetzung dafür mit den eigenen Gefühlen umgehen zu können, ist, dass man reflektiert genug ist, die eigenen Gefühle wahrzunehmen und darauf eingehen zu können (GD 1, Absatz 103). Jedoch werden Aufgaben abhängig von der Ausbildung bzw. abhängig vom Qualifikationsniveau vergeben (GD 1, Absatz 114). Was zum Teil auch bei Auszubildenden noch nicht gelernt ist, werde bei Kolleg*innen abgeschaut, so z.B. wie in Notfallsituationen ruhig geblieben werden können (GD 1, Absatz 120) und dort wo die Ausbildung fehle, werde es selbst angeeignet. So ließe sich die Authentizität im Umgang mit Bewohner*innen nicht erlernen, sondern es müsse ein individueller Umgang gefunden oder erarbeitet werden (GD 1, Absatz 123). Der Umgang mit dem Tod sei erlernt worden (GD 2, Absatz 57). Der Lernprozess dauere über Jahre und es sei wichtig, Grenzen setzen zu können (GD 2, Absatz 65).

Hinsichtlich der Zeit für Interaktionsarbeit sei es unerheblich, welches QN die Pflegekraft habe, mit der Ausnahme der Schüler*innen. Sie bräuchten mehr Zeit (GD 3, Absatz 122). Es sei „*nicht immer eine Frage der Qualifikation*“ (GD 3, Absatz 123).

Abschließend ist zusammenfassend zu sagen, dass das QN für Interaktion „*mit eine Rolle [spielt], aber nicht vordergründig, es gibt auch ausgebildete Leute, deren Interaktion nicht so prickelnd findet, andere kommen ‚völlig unbeleckt‘ und interagieren vollkommen wertfrei, und die Leichtigkeit des Seins rauslassend*“ (GD 3, Absatz 131). In einer Gruppendiskussion wurde sogar gesagt, dass die Erfahrung Qualifikationsniveau hinsichtlich der Interaktionsarbeit ausgleichen könne (GD 4, Absatz 230). Die (Berufs-)Erfahrung sei wichtig für die Arbeit, doch Fachkräfte lernten auch von Hilfskräften dazu (GD 4, Absatz 232).

5 Unzureichende Zeit für Interaktionsarbeit

Ein Kernergebnis dieser qualitativen Studie besteht darin, dass aus Sicht der Pflegekräfte für Interaktionsarbeit zu wenig Zeit vorhanden ist, und zwar mit Blick auf die Interaktion mit Bewohnern und Bewohnerinnen, für die eigene emotionale Selbstregulation der Pflegekräfte sowie für die Reflexion emotionaler Arbeitsanforderungen im Pflegealltag der stationären Einrichtungen. Im Folgenden wird dieses Kernergebnis im Hinblick auf unterschiedliche Facetten der Zeitproblematik näher ausgeführt.

Dieses Kapitel widmet sich den Äußerungen der Pflegekräfte in Beobachtungsinterviews und Gruppendiskussionen zum Thema Zeit. Sofern auch die Pflegedienstleitung-Interviews Hin-

weise gaben wurden diese entsprechend einbezogen. Somit werden alle Ergebnisse der qualitativen Erhebung zur Zeitproblematik bei Interaktionsarbeit in diesem Kapitel verdichtet dargestellt.

Zunächst werden betriebliche Rahmenbedingungen in ihrer Bedeutung für die Entstehung von Zeitdruck bei Pflegekräften beleuchtet. Hierbei lässt sich anhand der qualitativen Auswertungen verdeutlichen, dass das Erleben von Zeitdruck im Widerspruch zu den Sinnansprüchen von Pflegekräften an ihre Arbeit steht, die durch ihr Ethos fürsorglicher Praxis geprägt werden. In Anbetracht des hohen Zeitdrucks, mit dem sich die Pflegekräfte in ihrer Arbeit konfrontiert sehen, stellt sich die Frage, welche Zeitpraktiken sie im Umgang damit entwickeln. Hierbei handelt es sich um: Inoffizielle Arbeitszeiten im Sinne der Informalisierung der Arbeitszeit; die Pausenkürzung bzw. der Verzicht auf Arbeitspausen oder die Fragmentierung von Pausen. Der Umgang mit Zeitdruck bei der Arbeit wird am Beispiel der Zeitpraktiken der Pausengestaltung vertiefend behandelt.

Danach werden die Ergebnisse der qualitativen Teilstudie zu den aus Sicht der Pflegekräfte genannten Zeitbedarfen für Interaktionsarbeit präsentiert. Hier wird der Zeitbedarf stärker nach Dimensionen der Interaktionsarbeit differenziert. Im Anschluss daran werden die Kernergebnisse zu den Fragen der einrichtungsbezogenen Gruppendiskussionen vorgestellt, für welche Dimensionen der Interaktionsarbeit sich Pflegekräfte im Vergleich zu ihrer derzeitigen Arbeitssituation mehr Zeit wünschten bzw. inwiefern sich hieraus erfahrungsbasierte Zeitbedarfe ableiten ließen.

Abschließend werden die qualitativen Kernergebnisse zu den Befunden der quantitativen Teilstudie in Relation gesetzt. Dabei wird deutlich, dass zum einen eine tendenzielle Konvergenz zwischen Kernergebnissen beider Teilstudien besteht. Zum anderen wird deutlich, dass in der quantitativen Studie zwar teilweise Aspekte der Interaktionsarbeit erfasst und erhoben werden konnten, allerdings hierbei auch Limitationen zutage getreten sind. Dies bedeutet, dass in dieser Teilstudie Zeiten bzw. Zeitbedarfe für Interaktionsarbeit nur begrenzt erfasst und ermittelt werden können. Diese Begrenzungen werden näher erörtert. Dieser zusätzliche Zeitbedarf für Interaktionsarbeit in der stationären Langzeitpflege lässt sich nach unserer Prüfung der Daten und Ergebnisse der qualitativen Teilstudie allerdings nicht quantifizieren, so dass hierfür normative Setzungen vorzunehmen sind. Hierzu werden im nachfolgenden Kapitel einen Vorschlag unterbreitet.

5.1 Zeitdruck im Rahmen der alltäglichen Pflege

Termin- und Leistungsdruck wird im Stressreport 2012 als ein Faktor für psychische Belastung aufgeführt. Zeit- oder Termindruck entsteht, wenn die Arbeitszeit begrenzt wird, weil etwas in nächster Zeit geschafft werden muss. Dabei stehen Zeit, Arbeitsmenge und Qualität in einer Triade zueinander, ein Missverhältnis kann bereits durch einen der drei Faktoren entstehen, sodass sich die Arbeitsintensität erhöht (Junghanns 2012: 107f.).

Grundlegend ist hervorzuheben, dass Stress die Gesundheit der Arbeitskräfte und die Arbeitsleistung schädigen kann (WHO 2019). Darüber hinaus listet die WHO neben weiteren auch Aspekte, wie großen Arbeitsumfang, hohe Arbeitsgeschwindigkeit und Zeitdruck als zentrale arbeitsbezogene Gesundheitsrisiken auf.

Die qualitativen Forschungsergebnisse in den vier ausgewählten Einrichtungen der stationären Langzeitpflege verdeutlichen, dass Zeitdruck aus Sicht der Pflegekräfte allgegenwärtig ist. In drei von vier Einrichtungen verweisen die Pflegekräfte darauf, dass eine zentrale Ursache für das Erleben von Zeitdruck bei der Arbeit die zu knapp bemessene Personalausstattung ist. Die Zeitproblematik wird noch verstärkt durch krankheitsbedingte Personalausfälle sowie die Herausforderung, (qualifizierte) Pflegekräfte auf dem (regionalen) Arbeitsmarkt rekrutieren zu können.

Die Personalbesetzung der Einrichtungen ist wesentlich dafür, ob Pflegekräfte das Gefühl haben, dass die Zeit knapp ist oder nicht: „*also in der Vergangenheit waren wir oft nur zu dritt, da kannst du [dir] halt nicht [...] die Zeit nehmen.*“ (Phk 2/Schüler*in, Absatz 33). Das Arbeiten unter Zeitdruck erleben die Pflegekräfte als nicht zufriedenstellend, da es in Widerspruch zu ihrem ganzheitlichen Pflegeverständnis gerate: Einige Pflegekräfte beanstanden, dass es in der Pflege für sie um mehr gehe als nur *"satt und sauber"*, *"schnell, schnell, husch, husch"* (GD 4, Absatz 9). Die Beschreibung "husch husch" klingt nach einer oberflächlichen, wenig gewissenhaften bzw. sorgsamem Arbeitshandlung, die unter Zeitdruck ausgeführt wird. Es kann daraus geschlossen werden, dass die Arbeitsqualität aus Sicht der Pflegekräfte leidet. Diese Interpretation wird durch eine weitere Beschreibung bestätigt: Es bleibe nicht genug Zeit, um Bewohner*innen Essen anzureichen. Hier zeigen sich Parallelen zu den quantitativen Ergebnissen der Studie: In den Soll-Zeit-Zuschlägen der Datenerhebenden wurde deutlich, dass für das Anreichen von Essen mehr Zeit benötigt wird (vgl. Kapitel 5.5 Zum Verhältnis von qualitativen und quantitativen Daten).

Eine Pflegefachkraft beschreibt, dass sie sich auf der Flucht oder Jagd fühle, sobald sie bei der Arbeit ankomme, was sie u. a. den Arbeitsbedingungen im Haus zuschreibe (Pfk 3). Auf

konkrete Nachfrage erklärt sie, dass ein ruhiges Ankommen nicht möglich sei, sondern sie direkt loslaufen müsse. Für sie sei es jedoch wichtig, Ruhe für die Arbeit zu haben und alle Aufgaben schaffen zu können. Stress führe dazu, dass Fehler gemacht würden.

Die interviewten Pflegekräfte gestalten ihre Arbeit gerne entsprechend der Alltagsstrukturen der Bewohner*innen, sofern darauf Rücksicht genommen werden kann. Feste Strukturen und Vorgaben werden auch als hilfreich wahrgenommen (Phk 4, Abs. 80), um unter Zeitdruck nichts zu vergessen, wenn Unwägbarkeiten auftreten:

„Es gibt bestimmte Abläufe (...) die musst du früh waschen und dann musst du die zum Aufräumen und dann musst du das, das..., das ist alles..., da kann ich nicht irgendwo sagen: ‚Ich tue mal eben die Zimmer um 10 aufräumen oder um 11 aufräumen.‘, das geht nicht. Das musst du schon gleich machen, weil, wenn du aus dem Zimmer raus bist, dann bist du raus. Dann kommt das nächste Zimmer und dann will jemand was von dir und dann hast du das vergessen.“ (Phk 4, Abs. 80)

Pflegekräfte erleben das Arbeiten unter Zeitdruck als Hektik, die zu Lasten der Interaktionsarbeit gehe: Pflegekräfte sprechen vom „vorbeiflitzen“, und problematisieren, dass sie sich nicht die Zeit nehmen (können) / keine Zeit zum Anhalten habe, um auf eine Person einzugehen (Phk5, Absatz 20). Der enge zeitliche Rahmen, z.B. durch zu geringe Besetzung von Schichten, lasse nicht genug Freiraum für zehnmündige Gespräche mit Bewohner*innen (GD 4, Absatz 49).

Die Beeinträchtigung der Interaktionsarbeit durch Zeitdruck wird auch in der folgenden Aussage einer Pflegehilfskraft deutlich:

„Tut mir leid. Keine Zeit.“ also diese Sätze hört sie [die Bewohnerin] öfters, was uns aber auch selber leid tut ne, es müsste mehr irgendwo die Zeit gegeben sein, wo man sagen kann: „Gut...“, aber wir nehmen uns die einfach. Klappt zwar nicht immer, aber wir nehmen die uns. [...] Die Zeit fehlt. Erstens man hat ja auch nicht so das Personal so viel (Phk 5, Absatz 26).

Daraus lässt sich schließen, dass der Zeitdruck häufig dazu führt, dass nicht die Qualität geleistet wird, die sich die Pflegekräfte für ihre eigene Arbeit wünschen.

Eine Pflegehilfskraft erklärt, dass 7- bis 8- Stunden-Schichten sehr anstrengend seien, und sie sich daher kürzere Schichten (6 Stunden) wünsche. Sofern es fünf bis sechs Notfälle auf der Station gebe, „rennst du dich tot. Du rennst dich wirklich tot.“ (Phk1, Absatz 23). „Du weißt am

„Ende nicht mehr, wo du bist, was sollst [du] eintragen“ (Phk1, Absatz 23). Zeitdruck entsteht hiernach, wenn bei Personalknappheit eine größere Anzahl von Notfällen zu bearbeiten ist.

Das Arbeiten unter Zeitdruck prägt mitunter die Arbeitsweise und den Habitus der Pflegekräfte: Eine Pflegefachkraft erklärt, sie würden von den Bewohner*innen bereits als **Tornado** bezeichnet, weil sie immer alles schnell machen: „*'Schlucken Sie das schnell!' und so, wie [ein] Tornado.*“ (Pfk 1c, Absatz 64). Diese internalisierte Arbeitsweise äußert sich darin, dass die Pflegekraft sich stets beeilt und dies z.T. auch von den Bewohner*innen in ihrer Kooperation einfordert, die sie als „*Tornado*“ wahrnehmen.

Die geringe Besetzung geht aus Sicht von Pflegekräften allerdings nicht immer mit einer schlechteren Arbeits- und Pflegequalität einher, da es die Zusammensetzung der Teams zu berücksichtigen gelte:

„[...] es kommt dann drauf an, wer da ist. Wenn wir jetzt die Schüler haben und alles, die sind zwar einigermaßen bisschen eingearbeitet, haben aber noch nicht dieses Tempo, was wir schon am Tag bringen, was man ja gewöhnt ist und dadurch fehlt uns ja die Zeit.“ (Phk 5, Absatz 26).

Es komme darauf an, wer eingesetzt werde, inwiefern sich Pflegekräfte auf die Qualität und Schnelligkeit der Arbeit ihrer Kolleg*innen verlassen können. So wurde in einer Gruppendiskussion darauf hingewiesen, dass mitunter auch bei geringerer Besetzung die Arbeit besser klappen könne, weil sich die Beteiligten gut organisiert hätten. In eingespielten Teams funktionieren die **Zusammenarbeit** und die zusätzliche Selbstorganisation gut. Allerdings müssen neue Mitarbeiter*innen zunächst auch in Zusammenarbeit **eingearbeitet** werden, was Zeit kostet, d.h. den Zeitdruck letztlich verstärke.

Die unzureichende Personalbesetzung in den Schichten ist aus Sicht der Pflegekräfte nicht nur eine Quelle des Zeitdrucks, sondern sie erschwert ihnen auch, die Erwerbstätigkeit mit ihrem Privatleben zu vereinbaren: In einigen Einrichtungen werden die vorläufigen **Dienstpläne** einige Wochen bis einen Monat im Voraus bekannt gegeben und z.T. gebe es eine feste Anzahl von drei Wunschtagen pro Arbeitskraft, die in die Planung einbezogen werden (bspw. Einrichtung Nr. 07). So versucht die Pflegedienstleitung den Pflegekräften eine Planbarkeit der Arbeits- und Freizeit zu ermöglichen. Doch Pflege und die Einteilung der Pflegekräfte ist ein hochdynamischer Bereich, auf den auch spontan von Seiten der Einrichtung reagiert werden muss (Stichwort Krankheitstage). Zum Ärger der Pflegekräfte wurden innerhalb eines Beobachtungszeitraums von 4 Tagen z. T. zweimal die Schichten der kommenden Woche geändert (Einrichtung Nr. 42). Dies schränkt die Pflegekräfte entsprechend stark in ihrer privaten

Planbarkeit ein. Eine besonders starke Einschränkung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie der Erholungszeiten von Pflegekräften liegt vor, wenn in Einrichtungen Beschäftigte häufiger aus ihrem „Frei“ geholt werden oder spontan am nächsten Tag für ausfallende Kolleg*innen einspringen müssen (insb. Einrichtung 07; 32; 42). Sofern die Schicht für den nächsten Tag nicht am selben Tag geklärt ist, weil sich eine Pflegekraft krankmeldet, kann dies die Konzentration der Pflegekräfte bei ihrer Arbeit beeinträchtigen (Pfk1b). Es gibt hierzu allerdings auch positive Beispiele: In einer Einrichtung (Nr. 53) wurde Rücksicht auf Kinderbetreuungszeiten bei Alleinerziehenden genommen, sodass in der Frühschicht ein 30 Minuten späterer als regulärer Schichtbeginn verabredet wurde (Pfk 5, Absatz 8), um die Betreuung des Kindes gewährleisten zu können und die Pflegekraft im Beruf halten zu können.

Neben einer unzureichenden Personalbesetzung ist auch die unterschiedliche Anzahl von zu versorgenden Bewohner*innen pro Schicht eine Quelle für den Aufbau von Zeitdruck bei der Arbeit: So komme es vor, dass eine Pflegefachkraft einer Einrichtung an einem Tag 5, an einem anderen Tag 14 Bewohner*innen versorgen müsse. Dies ist meist nicht einen Tag vorher zu überblicken, sondern frühestens zu Antritt der Schicht. Detailliertere Daten zur Besetzung sind im quantitativen Studienteil erhoben worden (vgl. Kapitel 4.1.2 Rahmenbedingungen).

5.2 Zeitdruck – Belastungsprobe für das Ethos fürsorglicher Praxis

Die Sinnansprüche an die Erwerbsarbeit richten sich auf sozial legitimierte, d.h. normativ gerechtfertigte Anliegen und Vorstellungen von Beschäftigten in Bezug auf Erwerbsarbeit und deren gesellschaftliche Gestaltung (Voswinkel & Hürtgen 2014). Sie reichen über individuelle Ansprüche hinaus, da sie auf Anliegen bzw. normative Legitimationsmuster verweisen, die in der Gesellschaft verankert sind und somit stets auch für andere gelten (sollen). Im Bereich der professionellen Pflege äußern sich Sinnansprüche von Beschäftigten an die Arbeit vor allem im Ethos fürsorglicher Praxis, das Pflegekräfte sich oft bereits in der beruflichen Ausbildung aneignen. Das Ethos fürsorglicher Praxis folgt einer spezifischen Handlungsrationalität, die an der direkten Beziehungsaufnahme und -gestaltung zu pflegebedürftigen Menschen, ihren Zeitrhythmen und ihren situativ veränderlichen Befindlichkeiten ausgerichtet ist (vgl. Senghaas-Knobloch 2014, 25; Kumbruck 2007, 41 ff.). Diesen ethischen Vorstellungen im täglichen Arbeitsprozess entsprechen zu können, ist für Pflegekräfte unmittelbar sinnerfüllend und steigert ihre Motivation und Arbeitszufriedenheit. Sie wirken also als Ressource für eine gute Arbeitsqualität der Pflegenden.

Die Ergebnisse unserer qualitativen Studie verdeutlichen, dass das Arbeiten unter Zeitdruck den Pflegekräften erschwert, das Ethos fürsorglicher Praxis in ihrem Arbeitsalltag zu realisieren. Pflegekräfte gehen auf unterschiedliche Weise mit dieser Erschwernis um: Ein Gutteil der interviewten Pflegekräfte nimmt angesichts des Zeitdrucks bei der Arbeit eine Priorisierung von Arbeitstätigkeiten bzw. Interventionen zugunsten der Interaktionsarbeit mit den Bewohner*innen vor.

So kann beispielsweise die Vorbereitung auf die Grundpflege bei manchen Pflegebedürftigen zeitaufwändig sein. Eine Bewohnerin einer Einrichtung (Nr. 07) ließ sich nur in Ruhe pflegen, wenn sie zuvor spazieren ging. Für diese Maßnahme musste allerdings zuvor eine Betreuungskraft dafür die Zeit gehabt haben. Der Anspruch der Pflegekräfte war es, der Bewohnerin dies zu ermöglichen und sie nicht mit Medikamenten ruhigstellen zu müssen.

Eine Pflegefachkraft hatte kaum Zeit dafür, eine Person im Sterbeprozess zu begleiten, aber sie hat sich dennoch dafür entschieden, sich einfach hinreichend Zeit für die Sterbebegleitung zu nehmen:

„Ich habe gesagt: ‚Wissen Sie was, ich brauche diese Zeit.‘ Ich habe diese Zeit, für diese 30 Minuten, war ich, ich war bei dieser Frau. Ich habe diese 30 Minuten für sie investiert. [...] Mir war scheißegal, was da [...] passiert.“ (Pfk 4, Absatz 112).

Das Bestreben dieser Pflegekräfte, das Ethos fürsorglicher Praxis soweit wie möglich unter Zeitdruck aufrechtzuerhalten, hat allerdings auch seinen Preis, da es problematische Bewältigungsmuster des Arbeitshandelns begünstigt, wie sich am folgenden Beispiel illustrieren lässt:

Eine Pflegefachkraft rennt z. B., wenn Bewohner*innen sie nicht sehen können:

„Ich versuche wirklich, wenn es möglich ist, ohne Stress zu bleiben. Ich weiß, wenn ich später renne, da irgendwo, wo mich Bewohner nicht sehen... Aber ich mag, ich kann nicht! Ich kriege irgendwelche Blockaden und dann verliere ich mich.“ (Pfk1a, Absatz 460).

Die stressbedingte Selbstblockade beeinträchtigt hier offenbar ein professionelles Handeln. Darüber hinaus berichtet diese Pflegekraft über ein weiteres problematisches Bewältigungsmuster, um im verdichteten Arbeitsprozess hinreichend Zeit für Interaktionsarbeit zu reklamieren: Sie komme früher zur Arbeit und bleibe zum Teil länger. Diese Praxis der Informalisierung von Arbeitszeit beeinträchtigt arbeitswissenschaftlichen Studien (Gerlmaier 2006) zufolge die Erholungsfähigkeit von Beschäftigten. Erholungsunfähigkeit ist ein relevanter Faktor, der die

Entstehung von Burnout bei Beschäftigten begünstigt. Die Aufrechterhaltung des Ethos fürsorglicher Praxis unter Zeitdruck geht mit Tendenzen der Selbstschädigung der Pflegekräfte einher, bei der die eigenen Belastungsgrenzen z.T. überschritten werden. Der ethische Anspruch der Pflegekräfte an ihre Arbeit, sie auch unter Zeitdruck gut und vernünftig zu machen, erzeugt Stress bei der Arbeit (vgl. Dunkel & Kratzer 2016).

Das Setzen von Prioritäten bei Zeitdruck zugunsten der Interaktionsarbeit hat zur Konsequenz, dass manche Pflegetätigkeiten ausgelassen werden. Für die Pflegekräfte ist dies schwierig auszuhalten: „*man verliert sich*“ (Pfk 1a, Absatz 131). Dies impliziert, dass aufgrund des Zeitmangels der Überblick verloren geht und die Arbeitsqualität leidet.

Ein Teil der interviewten Pflegekräfte nimmt bei Arbeit unter Zeitdruck zumindest größere Abstriche am Ethos fürsorglicher Praxis in Kauf. Eine Pflegefachkraft würde sich mehr Zeit für Beschäftigung und Kommunikation mit den Pflegebedürftigen wünschen, sieht aber keine Gelegenheitsstruktur für eine längere Kommunikation mit Bewohner*innen (Pfk 4, Absatz 50). Die Pflegekraft nimmt sich angesichts des Zeitdrucks keine Zeit für längere Kommunikation und für das Eingehen auf die Bedürfnisse und psychischen Befindlichkeiten der Bewohner*innen.

Eine Pflegehilfskraft erklärt: „*Ich wünsch mir einfach, ähm (...) natürlich viel mehr Zeit für die Pflege, also für die Grundpflege.*“ (Phk 2 /Schülerin, Absatz 67). Viel Zeit benötige sie derzeit für die Küchenarbeit oder das Desinfizieren von Betten, welche Aufgaben sie als Schülerin übernimmt. Stattdessen hätte sie lieber mehr Zeit für den direkten Bezug zur Person. Gleichzeitig wird von einer anderen Pflegekraft erklärt, die Zeiteinteilung sei Erfahrung. Die Pflegekräfte wissen aus Erfahrung, wann was ablaufe. Wenn der Ablauf nicht wie geplant gelingt, werde es zeitlich eng (Phk 4, Absatz 20). Dabei werde die Zeitstruktur auch von den Kolleg*innen vorgegeben, und die neueren, jüngeren Mitarbeiter*innen werden entsprechend „*eingenorde*“ (Phk 2, Absatz 220 - 221). Dieses Beispiel verdeutlicht, dass offenbar auch durch das Team Druck auf einzelne Pflegekräfte ausgeübt wird, bestimmte Zeitstrukturen und Arbeitsabläufe einzuhalten. Dieser Teamdruck kann zu Lasten der Zeiten für Interaktionsarbeit gehen, wie einige Pflegekräfte beschreiben.

Eine andere Pflegekraft sieht sich aufgrund des Zeitdrucks bei der Arbeit dazu veranlasst, bestimmte Pflegetätigkeiten vollumfänglich zu übernehmen, ohne pflegebedürftige Personen zur Mitwirkung zu aktivieren. Beispielsweise werden Pflegebedürftige hier nicht gefördert, sich entsprechend ihrer Ressourcen selbst zu waschen, stattdessen übernimmt die Pflegekraft das Waschen vollständig und versucht dies zugleich möglichst schnell zu tun, um Zeit zu sparen

(PfK 1c, Absatz 45). Diese Art zu arbeiten verstößt jedoch gegen das Ethos fürsorglicher Praxis, da die Befähigung der Pflegebedürftigen zur Teilhabe missachtet wird (Kumbruck 2007, 47 f.). Gleichzeitig widerspricht dies der pflegfachlichen Professionalität.

5.3 Praktiken der Pflegekräfte im Umgang mit Zeitdruck

Dieses Teilkapitel knüpft an das vorherigen an, da hier in übergreifender Perspektive herausgearbeitet wird, wie Pflegekräfte mit dem erlebten Zeitdruck bei der Arbeit umgehen. Im Fokus stehen also die Zeitpraktiken der Pflegekräfte. Praktiken werden hier verstanden als „*gewohnheitsmäßige, regelgeleitete, sozial bedeutsame Komplexe ineinandergreifender Handlungen, die ermöglichenden Charakter haben und mit denen Zwecke verfolgt werden*“ (Jaeggi 2014, 102 f.). Zeitpraktiken beziehen sich im Folgenden primär auf soziale Praktiken der Pflegekräfte im Umgang mit Zeitdruck bei der Arbeit, einschließlich des Umgangs mit Arbeitspausen. Grundsätzlich lässt sich sagen, „*dass jegliche Arbeit zur Ermüdung führt, die ihrerseits nur durch Erholung ausgeglichen werden kann*“ (Ulich 2011 zit. n. Wendsche & Lohmann-Haislah 2016: 13). Die Systematisierung von Pausen kann unterschiedlich vorgenommen werden, wie z.B. nach der Bedeutung der Pause. Erholung während der Arbeitszeit dienen dazu, negative Beanspruchungsfolgen, wie Leistungsabnahmen aufgrund von Ermüdung oder emotionaler Anspannung, auszugleichen und verbrauchte Ressourcen von Beschäftigten zu regenerieren (Ulich & Wülser 2004: 99). Sogenannte Erholzeiten gelten als „*Teil der Arbeitszeit*“ (Wendsche & Lohmann-Haislah 2016: 17) und werden „*im direkten Anschluss an Beanspruchungen*“ (Wendsche & Lohmann-Haislah 2016: 17) genommen. Mit Blick auf erholungsrelevante Pausen – arbeitsbedingte Wartezeiten weisen in der Regel keinen Erholungswert auf – können selbstgewählte spontane Kurzpausen von Beschäftigten und vorgeschriebene, d.h. primär gesetzlich geregelte Arbeitspausen, unterschieden werden (ebd.: 100). Häufig in der Beobachtung vorkommende Erholungspausen wurden zum Rauchen genutzt. Für Beschäftigte besteht allerdings kein gesetzlicher Anspruch auf zusätzliche Zigarettenpausen. Hier ließe sich von einer Kurzpause sprechen, die maximal 15 Minuten umfasst (Wendsche & Lohmann-Haislah 2016: 17).

Ruhe- oder Arbeitspausen hingegen, die primär der Erholung von Beschäftigten dienen sollen, sind gesetzlich im Paragraph 4 des Arbeitszeitgesetzes (ArbZG) geregelt. Demnach haben Beschäftigte das Recht auf regelmäßige Arbeitspausen. Grundsätzlich können der Arbeitgebende von seinem Dispositionsrecht Gebrauch machen, d.h. Arbeitgebende haben das Recht, Beschäftigte anzuweisen, wann diese die ihnen rechtlich zustehenden Pausen nehmen können. Hierbei sind jedoch Dienst- und Betriebsvereinbarungen bzw. weitere rechtliche Regelungen zu beachten. Je nach Länge der Arbeitszeit ist eine unterschiedliche Mindestdauer der Arbeitspausen obligatorisch. Für eine tägliche Arbeitszeit zwischen sechs und neun Stunden sind mindestens 30 Minuten Pause vorgesehen. Beschäftigte können sich diese Arbeitspause aufteilen, allerdings darf dann die Pausenzeit nicht kürzer als 15 Minuten sein. Da Pflegearbeit

im Schichtbetrieb erfolgt, besteht allerdings die Option, tarifvertraglich oder im Rahmen von Betriebs- oder Dienstvereinbarungen eine davon abweichende Regelung vorzunehmen (ArbZG, § 7, (1) 2).

Arbeitspausen dürfen nicht an den Anfang oder das Ende der täglichen Arbeitszeit gelegt werden, da dann nicht mehr sichergestellt werden kann, dass Beschäftigte sich während der Arbeitszeit in Pausen erholen und zur Ruhe kommen können. Ebenso ist rechtlich untersagt, auf Pausen zu verzichten, z.B. zur Verkürzung der Arbeitszeit.

Unsere qualitativen Ergebnisse verweisen auf unterschiedliche Praktiken der Pflegekräfte im Umgang mit Zeitdruck, die im Folgenden beschrieben werden:

- Die Priorisierung bestimmter Arbeitstätigkeiten
- Die Informalisierung bzw. Ausdehnung von Arbeitszeit
- Die Suspendierung von Arbeitspausen
- Die Kürzung von Arbeitspausen
- Die flexible Einteilung von Arbeitspausen
- Ansätze zur Pausengestaltung auf Einrichtungs- oder Wohnbereichsebene.

5.3.1 Die Priorisierung bestimmter Arbeitstätigkeiten

Die **Zeitstrukturierung** und das Strukturieren wie auch das Delegieren von Aufgaben sind elementare Bestandteile der Arbeit einer Pflegefachkraft. Problematisch ist zu sehen, dass die Arbeitszeit, spätestens sobald etwas Unvorhersehbares eintritt, nicht mehr ausreicht, um allen Tätigkeiten nachzukommen, sodass priorisiert werden muss. Zudem helfen die Pflegefachkräfte bei Bedarf in allen vier Einrichtungen auch auf anderen Wohnbereichen aus, wenn die Besetzung dort noch schlechter ist als im eigenen Bereich.

Grundsätzlich hängt die **Zeitstruktur** von den **Rahmenbedingungen** wie der medizinisch-therapeutischen Pflege (z.B. Gabe von Medikamenten), der Einrichtung (z.B. räumliche Lage, Wegezeiten) und auch der Arbeitsorganisation (z.B. der Personalausstattung für die Bewohneranzahl, Tagesstruktur des Arbeitsablaufs) ab. Gleichzeitig passen die Pflegekräfte ihren **Zeitplan** soweit möglich den **Bedürfnissen** der Bewohner*innen an. So wecken sie zum Beispiel bestimmte Personen früher als andere. Die Ablaufpläne verschieben sich somit z. B., wenn auf die Sorgen eines Bewohners / einer Bewohnerin 30 Minuten eingegangen wird, um so den Bedarf an Schmerztabletten zu reduzieren (Phk1, Absatz 33). Diese Art von Seelsorge, wie die Pflegekraft es nennt, koste mindestens 15 bis 20 Minuten pro Bewohner*in. Die Pflegekräfte nehmen sich z.T. diese Zeiten für Interaktionsarbeit mit bzw. für Bewohner*innen, da sie diese für elementar bedeutsam halten. Dementsprechend fallen aber

andere Tätigkeiten „*hinten herunter*“ (Pfk6, Absatz 32), d.h. sie werden ausgesetzt oder zeitlich verschoben.

Zeitressourcen für Interaktionsarbeit, z. B. um sich mal für ein Gespräch neben eine/ n Bewohner*in zu setzen, können geschaffen werden, z. B. indem die Mundpflege, die abgelehnt wurde, einmal ausgesetzt werde. Dies funktioniere jedoch nur, wenn sichergestellt sei, dass die Zahnpflege zum nächsten Zeitpunkt auf jeden Fall übernommen werde, z.B. durch dieselbe Pflegekraft in der nächsten Schicht.

5.3.2 Die Informalisierung bzw. Ausdehnung von Arbeitszeit

Die offiziellen Arbeitszeiten dehnen Pflegekräfte öfters mit inoffiziellen Arbeitszeiten aus, indem sie ca. **30 bis 60 Minuten vor offiziellem Schichtbeginn** zur Arbeit kommen und / oder länger bleiben. Vor Schichtbeginn, gerade in der Frühschicht, setzten sich in zwei Einrichtungen (Nr. 07 und 53) die Pflegekräfte gerne schon einmal zusammen, tranken Kaffee und ließen sich von der Nachtschicht die ersten Informationen über den Verlauf der letzten Schicht geben:

„Vor dem Dienst fängt es an, ich komme um 5:30 Uhr, wenn ich um 6:00 Uhr anfangen und dann wird Kaffee getrunken und dann gibt's ne Übergabe, ich war jetzt zum Beispiel 3 Tage nicht da, dann habe ich früh meine Übergabe bekommen, ob sich etwas geändert hat, und dann weiß ich Bescheid“ (GD 3, Absatz 159).

Eine Pflegefachkraft nahm sich die Zeit insbesondere für das Stellen von Medikamenten, um diese verantwortungsvolle Aufgabe möglichst in Ruhe erledigen zu können. Zudem sei dies eine Tätigkeit, die in der Nachtschicht nicht immer möglich sei (Pfk 6; und Phk 5, Absatz 82). Grundsätzlich geht es den Pflegekräften jedoch darum, den Zeitdruck in ihrer Arbeit etwas zu reduzieren. Sie wollen nicht direkt zu Anfang der Schicht unter Zeitdruck arbeiten, sondern versuchen ihre Arbeit so zu gestalten, dass sie den Beruf, aus ihrer Sicht, so lange wie möglich ausführen können. Gleichzeitig wurde mehrfach betont, dass die langfristige Ausübung des Berufes unter gegebenen Bedingungen nicht denkbar sei. Darüber hinaus wurde auch die Begründung von einer Pflegefachkraft genannt, sie komme gerne auch eine Stunde eher, um mehr Zeit für die Bewohner*innen zu haben (Pfk 6, Absatz 29-30):

„[...] um die Arbeit zu schaffen. Um allen gerecht zu werden. Für mich ist, also ich komm eher, weil ich gerne die Zeit für den Bewohner haben möchte, die ich sonst nicht hab.“ (Pfk 6, Absatz 32).

Sie wisse dann, dass ihre Schicht tatsächlich besser laufe (Pfk 6, Absatz 72), wenn sie eher komme. Für sie ist es wichtiger gute Arbeit zu leisten als die Zeit einzuhalten, in der die Arbeit

zu erledigen sein sollte. Eine halbe Stunde eher zur Arbeit zu kommen, hat den Grund, dass sie mit der Zeit besser hinkommen (Pfk 1b, Absatz 6). Pflegekräfte nehmen sich die Zeit z.T. jedoch auch für die Bewohner*innen anstelle anderer Tätigkeiten (Pfk 6, Absatz 32).

In einer Einrichtung (Nr. 53) wurden Übergaben nur unter den Pflegefachkräften durchgeführt, entsprechend fing ihre Schicht 15 Minuten eher an als die der Hilfskräfte (Phk 5, Absatz 84). Allerdings kamen auch die Pflegehilfskräfte zu großen Teilen freiwillig 30 Minuten eher, und führten unter sich eine Übergabe durch.

In einzelnen Fällen der Beobachtung arbeiteten eine Pflegefachkraft und eine Pflegehilfskraft **eine bis eineinhalb Stunden länger**. In dem einen Fall, war die Dokumentation noch nicht erledigt und ein Arzt hatte sich angekündigt (Pfk 1b). In dem anderen Fall ging es um das Klären eines Notfalls (Phk 1¹⁹, Absatz 57). Nach Aussagen der Pflegekräfte scheint dies jedoch keine Besonderheit gewesen zu sein.

Diese empirischen Belege verdeutlichen, dass Pflegekräfte eine selbstgewählte Informalisierung, d.h. informelle Ausweitung ihrer Arbeitszeiten jenseits der regulären Arbeitszeit praktizieren, um während ihrer Schicht Zeitdruck herauszunehmen, ihre Arbeit effektiver gestalten zu können oder aber sich mehr Zeit für die Interaktionsarbeit mit Bewohner*innen nehmen zu können. Die Bereitschaft zur Informalisierung von Arbeitszeiten beruht primär auf einer Motivation der Pflegekräfte, eine gute Pflegequalität auch unter Zeitdruck und bei Personalknappheit zu sichern. Diese informellen Arbeitszeiten werden nicht als Arbeitszeit anerkannt und vergütet (Pfk 6, Absatz 32; GD 3, Absatz 159). Informelle überlange Arbeitszeiten werden vor offiziellem Dienstbeginn oder nach regulärem Dienstende aufgebaut.

Eine Pflegefachkraft erklärte, sie habe die Erfahrung gemacht, dass die Bereitschaft der Pflegekräfte zur Informalisierung von Arbeitszeiten von der Pflegedienstleitung mitunter auch ausgenutzt werde. In einem Fall hätte sie deutlich über ihre Arbeitszeit arbeiten müssen, um ihre Arbeit vernünftig durchführen zu können. Diese Erwartungshaltung der Pflegedienstleitung, überlange Arbeitszeiten als Normalfall zu betrachten, förderte z.T. eine resignative Haltung unter den Pflegekräften. Eine Pflegefachkraft hätte sich dann aber entschlossen, der Pflegedienstleitung klare Grenzen zu setzen und deutlich gemacht, dass sie nicht einfach mehr über ihren Arbeitsvertrag hinaus arbeiten könne und wolle (Pfk 6, Absatz 66).

Gegenüber der Aussage, dass häufig inoffizielle Arbeitszeiten länger sind als die offiziellen, steht die Aussage einer Pflegefachkraft: „*Jeder Dienst hat [...] [ein] Ende.*“ (Pfk1a , Absatz

¹⁹ Pflegehilfskraft mit Ausbildung zur Fachkraft ohne Abschluss.

464). Irgendwann ist die Arbeitszeit/ der Arbeitstag vorbei. Dabei hat sich die Pflegefachkraft diese Umgangsweise angeeignet, wenn es für sie nur noch um ein Aushalten der Umstände geht, wenngleich sie eine derjenigen Personen ist, die meist informell länger arbeitet.

5.3.3 Der Verzicht auf Arbeitspausen

Die qualitativen Forschungsergebnisse verdeutlichen, dass Pflegekräfte mitunter ganz auf erholsame Arbeitspausen verzichten, um ihre Arbeit innerhalb der verfügbaren Arbeitszeit bewältigen zu können:

Häufiger und in unterschiedlichen Einrichtungen wurde von Pflegefachkräften erklärt, dass sie auf regelmäßige Arbeitspausen verzichteten und stattdessen Zeit mit einem Kaffee oder einem Brot an der Dokumentation verbracht werde und dies von ihnen als Pause verbucht werde. Aus arbeitswissenschaftlichen Studien ist bekannt, dass solche mit Nebenarbeiten gefüllte Pausen keinen Erholungswert haben (Ulich & Wülser 2004, 100). Von einer Pflegefachkraft wurde erklärt, sie gehe häufig aus der Schicht, ohne etwas gegessen zu haben (Pfk1c, Absatz 128). Es ist demnach nicht immer möglich eine Pause zu machen. Offiziell wird in den Einrichtungen gesagt, dass an der Ruhepause festgehalten werden solle, doch in der Praxis wird an der Ruhepause am ehesten gekürzt, um die Arbeit zu schaffen (siehe auch Pfk4, Absatz 62). Eine andere Pflegefachkraft erklärt: „*Manchmal hab ich keine Zeit Pause zu machen.*“ (Pfk4, Absatz 60), weil sie zu viel zu erledigen habe. Sie stecke zurück, indem sie ihre eigene Pause auch mal auslasse, weil ihr die Zeit mit den Menschen dann wichtiger sei (Pfk4, Absatz 60). Hierin spiegelt sich die Bedeutung des Berufsethos als zentrale Handlungsorientierung der Pflegekräfte wider. Pflegekräfte stellen hierbei ihre eigenen Bedürfnisse zurück, um mehr Zeit für Interaktionsarbeit mit den Bewohner*innen zu haben.

Zur Frage des Verzichts von Pflegekräften auf Pausen können ergänzend zu unseren qualitativen Ergebnissen auch die Erkenntnisse aus der quantitativen Erhebung des SOCIUM herangezogen werden, die auf der großflächigeren zeitlichen Datenerhebung von Pflegekräften beruhen. Diese Ergebnisse weisen eine immense Streuung auf: So wurden in vielen Fällen von den Pflegekräften keine Pausen genommen, in anderen Fällen wurden mehrere kurze, z. T. sogar sehr lange Pausen genommen.

Die folgenden quantitativen Daten beziehen sich auf jene Einrichtungen, in denen unsere qualitativen Erhebungen durchgeführt wurden. Hierbei handelt es sich um die drei Einrichtungen Nr. 07, Nr. 42 und Nr. 53. In der Einrichtung Nr. 32 musste die geplante quantitative Erhebung

aufgrund von akutem Personalmangel schließlich abgesagt werden. In den drei hier betrachteten Einrichtungen (Nr. 07, 42 und 53) wurden insgesamt 87 Pflegekräfte im quantitativen Studienteil beschattet. Von diesen 87 Personen wurde bei 65 überhaupt eine Pause angegeben. 22 der 87 Personen haben gar keine Pause gemacht. Das entspricht etwa 25,3% der 87 Personen. 5 von 65 Personen (7,7%) haben eine oder mehrere Pause/n von insgesamt maximal 15,5 Minuten gemacht. 45 Personen von den 65 (69,2%) haben eine oder mehrere Pause/n von insgesamt mindestens 30 Minuten oder länger gemacht.

Besonders im Vergleich wird deutlich, wie unterschiedlich sich dies auf der Ebene der Einrichtungen zeigen kann.

In Einrichtung Nr. 53 ist auffällig, dass insgesamt die Pausenzeiten länger waren als normalerweise gesetzlich geregelt, was dem Eindruck aus der qualitativen Erhebung entspricht. Auch den Pflegekräften schien diese für sie günstige Regel bewusst zu sein. Zudem haben in dieser Einrichtung nur 3 Personen von 25 (12%) während der quantitativen Erhebungszeit gar keine Pause gemacht. Die in dieser Einrichtung organisierten festen gemeinsamen Pausenzeiten der Pflegekräfte wurden jedoch auch für Besprechungen über bestimmte Einzelfälle, wie auch wichtige Informationen und den Austausch über private Aspekte und eigene Gefühle genutzt. Daher sollte der Begriff der Pause in diesem Zusammenhang vorsichtig verwendet und aufgrund ihrer Gestaltung differenziert betrachtet werden. Generell legen die Ergebnisse dieser Einrichtung (Nr. 53) den Eindruck nahe, dass diese relativ großzügigen Pausenzeiten für den Austausch hinsichtlich der Interaktionsarbeit positiv zu bewerten sind, aber der originäre Zweck der Arbeitspause, den Pflegekräften Erholung zu ermöglichen, nur begrenzt eingelöst wurde. Der Zusammenhang lässt sich jedoch nicht eindeutig im Sinne einer Kausalität erklären.

In Einrichtung 42, ähnlich der nicht quantitativ einbezogenen Einrichtung Nr. 32, zeigte sich in den Interviews auch vermehrt eine Unzufriedenheit mit den Pausenregelungen. Hier machten 15 von 29 Personen (ca. 52%) während ihrer Schichten in der quantitativen Erhebungszeit gar keine Pause. In der Einrichtung 07 haben 4 von 26 Personen (ca. 15%) auf eine Pause verzichtet. Die Einrichtung Nr. 53 wie auch die Nr. 07 waren Einrichtungen, in denen Mitarbeiterfrühstück angeboten wurden, das einen Einfluss auf die Pausengestaltung hatte. In diesen beiden Einrichtungen wurden verhältnismäßig häufig Pausen genommen.

Die Zeitpraktik der Suspendierung von Arbeitspausen ist aus arbeits- und gesundheitswissenschaftlicher Perspektive hoch problematisch, da sich Pflegekräfte dadurch selbst gesundheitsförderliche Möglichkeiten zur Regeneration im Arbeitsprozess vorenthalten, sowie sich negativ auf die Arbeitsleistung auswirken kann (Wendsche & Lohmann-Haislah 2016: 20)

5.3.4 Die Kürzung von Arbeitspausen

Die Zeitpraktik der Kürzung von Arbeitspausen nutzen Pflegekräfte, um in der vorhandenen Schicht die anliegenden Arbeitsaufgaben bzw. die sich ergebenden ungeplanten Arbeitsanforderungen bewältigen zu können. Eine Pflegefachkraft erklärt, dass zwar an den **Pausen** offiziell festgehalten werden soll, doch tatsächlich die Pause in der Praxis am ehesten gekürzt werde, um die Arbeit zu schaffen (Pfk 4, Absatz 62). Personalknappheit wird von Pflegekräften als ein gewichtiger Grund für die Kürzung ihrer Pausenzeiten genannt, z.B. bei Erkrankungen mehrerer Kollegen und Kolleginnen. In solchen Fällen unterbrechen Pflegekräfte sogar ihre freien Tage, wenn sie in ihrer Freizeit angerufen und darum gebeten werden, für erkrankte Beschäftigte einzuspringen (u. a. Phk 5, Absatz 92).

In einer Gruppendiskussion wiesen Pflegekräfte darauf hin, dass die Pausenzeiten insgesamt ausreichend seien (Einrichtung 53), was die Daten zu den von den Pflegekräften dieser Einrichtung genommenen Pausen im Vergleich zu anderen Einrichtungen ebenfalls nahelegen. Im Vergleich müsse es aus Sicht der Pflegedienstleitung eher um effektivere Nutzung der vorhandenen Zeiten gehen (GD 3); so wurde genannt, dass Zigarettenpausen kürzer gehalten werden könnten und dafür mehr Zeit für Bewohner*innen aufgewendet werden könnte. Diese Forderung nach der Kürzung von Zigarettenpausen ist häufig von Pflegedienstleitungen genannt worden.

5.3.5 Die flexible Einteilung von Arbeitspausen

Eine andere Praktik, mit Zeitdruck in der Arbeit umzugehen, besteht darin, Arbeitspausen nicht en bloc zu nehmen, z.B. als Arbeitspause von 30 Minuten, sondern stattdessen flexibel mehrere Kurzpausen während der Arbeitszeit einlegen zu können. So erklärte eine Pflegefachkraft, dass es für sie bei der Pausengestaltung darauf ankomme, diese flexibel nehmen und selbst einteilen zu können. So könne man sich auch mal Zeit für eine Pause nehmen, wenn man sie gerade brauche. Regelmäßige Arbeitspausen von 30 Minuten werden demnach als problematisch erachtet, da sie Pflegekräften den Überblick erschweren würden, denn in dieser Zeitspanne könne vieles passieren. Dementsprechend werden längere Arbeitspausen nicht als erholsam wahrgenommen (Phk1, Absatz 25). Bei längeren Arbeitspausen wurden vorhandene Vertretungsregelungen missachtet, weil sie als ineffektiv wahrgenommen wurden. Hierbei seien teilweise die unzureichenden sprachlichen Kenntnisse einiger Pflegekräfte ein Problem, deren Vertretung dann nicht als sinnvoll erachtet wird.

In der Einrichtung Nr. 32 ist es nach Auskunft der Pflegekräfte nicht möglich eine 30-Minuten-Pause einzulegen, in denen der Abstand zu den Bewohner*innen gewahrt bleiben kann. Meist fehle für die 30 Minuten die Zeit; zudem sei selbst der Raucherbereich ebenfalls auch für die Pflegebedürftigen und deren Angehörige zugänglich. Zum Teil würden Pflegekräfte hier auch Pflegebedürftige mit in die Pause nehmen, so dass die rauchenden Pflegekräfte auch während ihrer Pause in Kontakt mit den Bewohner*innen stünden (Pfk5, Absatz 88). Pflegefachkräfte dieser Einrichtung (Nr. 32) berichten davon, dass es meist keine richtige Arbeitspause gebe, aber stattdessen 2 bis 3 Mal im Dienst ein paar Minuten unter Stress eine Zigarette geraucht werde (GD 4, Absatz 188). Pflegekräfte, die nicht rauchten, nehmen sich die vermeintliche Pause innerhalb des Dienstzimmers: Sie bissen, wie bereits beschrieben, häufig in ihr Brot während sie dokumentierten. Dies erschwere es den Pflegekräften Abstand zu nehmen. Positiv wurde in dieser Einrichtung jedoch hervorgehoben, dass sie sich flexibel und individuell eine Pause nehmen könnten (Pfk 6, Absatz 61-62). Doch die Anforderung der Ansprechbarkeit und der Flexibilität pausierten nicht. Vertretungen in dieser Zeit waren z.T. aufgrund der marginalen Besetzung kaum möglich. Pausen würden jedoch lieber als kurze Raucherpausen genutzt, da immer die Sorge bestehe, dass auf der Station etwas unvorhergesehen passieren könne, wofür sie die Verantwortung tragen (Pfk 5, Absatz 76).

Teilweise werde die Pause auch als Gesprächszeit mit den Bewohner*innen verstanden, z.B., wenn in der Nachtschicht einige Bewohner*innen wach sind (Pfk 7, Absatz 44-47). Meist seien die Pausenzeiten knapp. Es gebe kaum Pausen von mehr als 5 Minuten in der Empfindung der Pflegekräfte. Die tatsächlichen Pausenzeiten in der teilnehmenden Beobachtung zeigten jedoch, dass Pflegekräfte durchaus auf insgesamt 30- minütige Pausen kommen.

Pflegekräfte sprechen sich also für eine flexible Pauseneinteilung in Verbindung mit mehrerer Kurzpausen aus, da ihnen dies offenbar eher ermöglicht, auf unvorhergesehene Ereignisse zu reagieren und für die Bewohner*innen bei Bedarf ansprechbar zu sein als im Falle längerer Arbeitspausen, die en bloc zu nehmen sind. Graf (1927) zufolge sind „mehrere Pausen lohnender [...] als wenige“ (Graf 1927 zit. n. Wendsche & Lohmann-Haislah 2016: 20).

Überdies weisen die Pflegekräfte auf einen weiteren Grund für eine selbstgewählte, flexible Einteilung von Kurzpausen hin: die emotionale Bewältigung von sehr anforderungsreichen bzw. belastenden Situationen der Interaktionsarbeit. So berichtet eine Pflegekraft im Rahmen einer Gruppendiskussion, dass es in ihrer Einrichtung stets möglich sei, Kurzpausen für die Reflexion oder Gefühlsbewältigung in Akutsituationen einzulegen: "So jetzt brauche ich für mich mal wirklich 2 Minuten, um runterzufahren" (GD 3, Absatz 129), insbesondere, wenn

zuvor Kontakt zu einem gewalttätigen Heimbewohner / einer gewalttätigen Heimbewohnerin bestanden habe oder man sich durch Bewohner*innen in die Ecke gedrückt fühle. Diese Auszeit nehme man sich dann, indem z.B. eine Zigarette auf dem Balkon geraucht werde, um sich zu beruhigen (GD 3, Absatz 129).

Diese Zeitpraktik der flexiblen, selbstgewählten Kurzpausen ist in Einrichtungen jedoch mitunter umstritten. Von einem*r Pflegeschüler*in einer Einrichtung (Nr. 42) wurde erklärt, dass Kurzpausen zwischendurch mit Absprache der Pflegedienstleitung ermöglicht werden, prinzipiell jedoch nicht erlaubt seien (Phk 2/ Schülerin, Absatz 87). Kurzpausen waren hier Gegenstand der Aushandlung zwischen Pflegedienstleitung und Pflegekräften.

Insbesondere von Raucher*innen wird benannt, dass sie lieber mehrere kürzere Pausen hätten, um Rauchen zu können. Von Seiten der Einrichtungsleitung oder Pflegedienstleitung werden meist gerade die Raucherpausen als Problem gesehen, da ihrer Meinung nach Pausenzeiten damit unverhältnismäßig in die Länge gezogen werden. Zumeist wird von Pflegedienstleitungen moniert, dass die Raucherpausen überhandnähmen. So wird in einer Einrichtung von Seiten der Pflegedienstleitung und Einrichtungsleitung versucht, die Raucherpausen stärker zu kontrollieren, indem z. B. den Pflegekräften verboten wurde, vor 10 Uhr Pausen zu nehmen (Phk 3, Absatz 76). Eine Einrichtung (Nr. 07) hatte daher speziell eine Frühstückspause eingeführt. In einer weiteren Einrichtung (Nr. 32) wurde in der Gruppendiskussion deutlich, dass eine gemeinsame Frühstückspause gewünscht sei (GD 4). Gleichzeitig gab es den Wunsch der Pflegekräfte, Pausen flexibel nehmen zu können. In einer Einrichtung (Nr. 53) wird davon berichtet, dass es bereits feste Zeiten für Raucherpausen gebe. Es gebe feste Rituale, nach der ersten Pflegerunde um 11 Uhr eine gemeinsame Raucherpause einzulegen (GD 3).

Eine Pflegedienstleitung betrachtete die kürzeren Raucherpausen hingegen auch als Teil eines Gebens und Nehmens oder ggfls. in Abhängigkeit von der Arbeitsleistung, da Pflegekräfte ja auch informell zu längeren Arbeitszeiten bereit wären. Es gehe darum, dass die Arbeit unter der Pausenkultur nicht leide. Sofern die normale Arbeit laufe, sei es aus Sicht dieser Pflegedienstleitung kein Problem, diese Pausen so zu nehmen (GD 3, Absatz 141).

5.3.6 Ansätze zur Pausengestaltung auf Einrichtungsebene

Die bisher geschilderten Zeitpraktiken von Pflegekräften im Umgang mit Zeitdruck haben sich mehr oder weniger informell in ihrer Arbeitspraxis herausgebildet. Es handelt sich dabei überwiegend um individuelle, aber im Kontext der Einrichtungen sozial hervorgebrachte Zeitpraktiken. Teilweise werden hierbei auch kollektive einrichtungsbezogene Zeitpraktiken deutlich, die sich z.B. in Aushandlungsergebnissen um flexible Kurzpausen bzw. Raucherpausen widerspiegeln. Im Folgenden soll nun sondiert werden, welche kollektiven einrichtungsbezogenen Zeitpraktiken im Bereich der Pausengestaltung existieren und welche Herausforderungen hiermit im Arbeitsalltag der Pflegekräfte verbunden sind. Solche einrichtungsbezogenen Ansätze der Pausengestaltung weisen eine zeitliche und eine räumliche Dimension auf. In zeitlicher Hinsicht geht es um gemeinsame Pausenzeiten; in räumlicher Hinsicht um die Frage, inwiefern für Pausen Rückzugsräume geschaffen werden.

Insgesamt wurden in zwei der vier Einrichtungen gemeinsame Frühstückspausen gemacht. In einer der beiden war es ein offenes, kostenloses Frühstück für alle Mitarbeiter*innen des Hauses (Nr. 07), das in einer bestimmten Zeitspanne zu sich genommen werden konnte. So konnte in der Pause meist ein Kollege / eine Kollegin angetroffen werden, wenngleich die Station mit mindestens einer Person noch besetzt war. Der Raum war nur für Mitarbeiter*innen zugänglich. In der anderen Einrichtung (Nr. 53) handelte es sich um ein Frühstück unter den Kolleg*innen auf dem jeweiligen Wohnbereich zu festen Zeiten, bei dem alle Kolleg*innen gemeinsam eine Frühstückspause in einem eigenen Raum machten. Die gemeinsamen Frühstückspausen wurden in beiden Einrichtungen dafür genutzt, sich über aktuelle Situationen oder einzelne Bewohner*innen auszutauschen. Dieser Vorteil des informellen Austausches über die Bewohner*innen weist jedoch auch eine Kehrseite auf: Die gemeinsame Frühstückspause dient nicht ausschließlich der Erholung der Pflegekräfte.

In der Einrichtung Nr. 53 schätzen die Pflegekräfte die Rahmenbedingungen für die Pause und die Pausengestaltung als verhältnismäßig gut ein. Neben der gemeinsamen Frühstückspause gibt es in den einzelnen Schichten jeweils eine weitere fest implementierte Raucherpause. Dabei handelt es sich offiziell um eine 5-minütige Pause, es ist aber bekannt, dass nicht genau auf die Uhr geschaut wird. Die Pausen werden regulär gemeinsam genommen, zusammen mit Schüler*innen und Freiwilligen (Pfk 9, Absatz 79). Meist werden die festgelegten Pausenzeiten hier auch positiv bewertet. Argumentiert wird u. a., dass die Zeiten von den meisten Bewohner*innen anerkannt werden und sie sich darauf einstellten. Gebe es keine festen Pausenzeiten, komme man nicht dazu Pausen zu machen (Phk 4). Offiziell gebe es 30 Minuten, in denen

gegessen werde (Pfk 9, Absatz 78), inoffiziell werden die Pausen meist länger genommen (Pfk 9, Absatz 67). In dieser Zeit könne man sich in Ruhe hinsetzen und einen Moment erholen, ohne gleich wieder aufspringen zu müssen (Phk 5, Absatz 78). Doch nicht alle Pflegekräfte bewerteten die festen Essenszeiten positiv, gleichzeitig erklärte eine Pflegehilfskraft jedoch auch zwischendurch etwas essen zu können, wenn sie hungrig sei (Phk 5, Absatz 70).

Die gemeinsamen Pausen möglichst störungsfrei aufrechterhalten zu können, stellt jedoch auch eine Herausforderung dar: Sofern eine Abgrenzung von Bewohner*innen nicht möglich ist, wurde dies negativ von den Pflegekräften bewertet (GD 4). Manche Bewohner*innen (und Angehörigen) erkennen die Pausen nicht an, weil sie empfinden, dass die Pflegekräfte zu viele Pausen machen würden, erklärt eine Pflegehilfskraft (Phk 4, Absatz 68).

Hingegen wird gesagt, dass die Pflegekräfte die Bewohner*innen und ihre Angewohnheiten gut kennen, könnten daher darauf eingehen und sie berücksichtigen. Eine Pflegekraft erklärt, sie versuche z. B. alles entsprechend zeitlich so zu planen (Zeit), dass sie ihre reguläre Pause machen könne (Phk4, Absatz 68). Zum Teil werden jedoch auch hier in den Pausen kurze Interaktionen mit den Angehörigen geduldet, wenn es um schnelle Klärungen geht (Phk 4, Absatz 70). Auch Bewohner*innen würden bei Bedarf mit einbezogen, damit die Pflegekräfte beruhigt Pause machen können. Insbesondere zeigten sich Pflegekräfte verärgert darüber, wenn Angehörige die Pausen störten und kein Verständnis für die Pausen von Pflegekräften aufbrachten (GD 4, Absatz 125).

Das Problem des fehlenden Abstands zu Bewohner*innen wird von einigen Pflegefachkräften gesehen, andere potenzielle Räumlichkeiten zur Nutzung einer Pause werden jedoch nicht wahrgenommen. Warum dies so ist, konnte nicht abschließend geklärt werden. Problematisch sei, dass man so nicht abschalten könne, auch während der Pause oder auch bei der ersten Zigarette nach der Arbeitszeit von Bewohner*innen angesprochen werde, z. B. darum gebeten werde, einen richtig im Rollstuhl zu positionieren, obwohl aus Sicht der Pflegekraft die Haltung gut sei (GD 4, Absatz 238).

Eine wichtige Voraussetzung für die Erholung während der Arbeit bilden geeignete, d.h. regenerationsfreundlich gestaltete Pausenräume als Rückzugsorte der Pflegekräfte gegenüber Bewohner*innen und als Möglichkeit, psycho-emotionale Belastungen zu bewältigen und sich regenerieren zu können (vgl. Thorein, Müller, Fischer 2018: 17; Böhle et al. 2015: 136; Ulich & Wülser 2004: 104 f.).

In Einrichtung Nr. 42 ist der Pausenraum von Bewohner*innen (räumlich) getrennt. Grundsätzlich sind 30-Minuten-Pause möglich. Dabei werden z.T. auch private Gespräche zwischen Kolleg*innen geführt. Das Telefon wird z.T. mitgenommen, insbesondere als Schichtleitung, wenn unerfahrene Kolleg*innen auf der Station verbleiben, werde es als wichtig empfunden (Phk 1, Absatz 53). Andere Kolleg*innen beschreiben, dass ihnen in ihrer Pause das Abschalten besonders wichtig sei (Pfk 4, Absatz 95). Es werde am Handy gespielt, Kaffee getrunken und manchmal etwas gegessen.

Die Gestaltung des Pausenraumes ist für die Erholungsfähigkeit der Pflegekräfte relevant. Es wird aber u. a. über dessen lieblose, karge Gestaltung moniert. So wünschen sich Pflegekräfte einerseits eine Couch zum Hinlegen, wie auch ein Boxsack zum emotionalen Abreagieren (Phk 2/Schülerin, Absatz 169). Der Boxsack könnte somit ein Ventil darstellen, bei der Arbeit aufgestaute negative eigene Gefühle zu bewältigen (siehe auch Böhle et al. 2015: 136).

5.4 Interaktionsarbeit in der Zeitperspektive: Zeitbedarfe aus Sicht der Pflegekräfte

In jeder der vier ausgewählten stationären Pflegeeinrichtungen wurden Gruppendiskussionen mit Pflegekräften unterschiedlicher Qualifikationsniveaus durchgeführt und qualitativ ausgewertet. Im Fokus der Gruppendiskussionen standen drei Fragen:

- Inwiefern schätzen die Pflegekräfte ihre verfügbare Zeit für Interaktionsarbeit mit Blick auf die vier Dimensionen der Interaktionsarbeit ein (IST-Situation) und wie viel Zeit sie aus ihrer Sicht für Interaktionsarbeit in Bezug auf diese Dimensionen bräuchten (SOLL-Situation)?
- Zugleich wurde eruiert, für welche Interventionen bzw. Anlässe sich Pflegekräfte besonders mehr Zeit für Interaktionsarbeit bräuchten. Um aufzuschlüsseln, wo aus Sicht der Pflegekräfte besonderer Zeitbedarf für Interaktionsarbeit besteht bzw. wo mehr Zeit benötigt wird (ggfls. informelle Zeit), werden die Aussagen der Pflegekräfte soweit wie möglich nach den vier Dimensionen der Interaktionsarbeit gebündelt dargestellt. Im Fokus stehen hierzu konkrete Anlässe oder Interventionen, für die Pflegekräfte besonders mehr Zeitbedarf für Interaktionsarbeit reklamieren.
- Inwiefern lassen sich aus der Perspektive der befragten Pflegekräfte erfahrungsbasierte Schätz- und Zeitwerte für Interaktionsarbeit angeben?

Im Folgenden werden primär die Kernergebnisse der qualitativen Teilstudie im Hinblick auf die beiden erstgenannten Fragen präsentiert. Die mögliche Beantwortung der dritten Frage zielte

darauf ab, als Ergänzung zu den Ergebnissen der quantitativen Erhebung geschätzte und erfahrungsbasierte Zeitwerte für Interaktionsarbeit und möglichst auch für ihre vier Dimensionen aus Sicht der Pflegekräfte zu erheben. Bei der Durchführung der Gruppendiskussionen wurden jedoch die Grenzen unseres methodischen Vorgehens deutlich: Auf der einen Seite war es einigen teilnehmenden Pflegekräften kaum möglich, solche erfahrungsbasierten und geschätzten Zeitwerte zu benennen. Dieses Problem resultierte vor allem daraus, dass Interaktionsarbeit auch aus Sicht der Pflegekräfte die Grundlage quasi jeglicher pflegebezogener Intervention bildet, d.h. die Interventionen eng mit Interaktionsarbeit verflochten sind bzw. diese voraussetzen. Eine analytische Differenzierung der Interventionsarbeit in zeitlicher Hinsicht vorzunehmen, fiel den Pflegekräften daher besonders schwer. Auf der anderen Seite sah sich ein Teil der Pflegekräfte zwar dazu in der Lage, erfahrungsbasierte Zeitwerte für Interaktionsarbeit abzuschätzen. Allerdings zeigte sich hierbei eine große Spannweite (5 - 30 min pro Bewohner*in) der erfahrungsbasierten Schätzwerte, so dass sich auf dieser Basis keine konkreten Ergebnisse ableiten ließen.

5.4.1 Zeitbedarfe mit Blick auf die vier Dimensionen der Interaktionsarbeit

Im Folgenden werden die Kernergebnisse der Gruppendiskussionen nun einrichtungsübergreifend für die einzelnen Dimensionen der Interaktionsarbeit mit Blick auf die beiden erstgenannten Fragen vorgestellt.

Zunächst geht es um den **IST-SOLL-Vergleich** zwischen der **verfügbaren Zeit** für Interaktionsarbeit und ihre vier Dimensionen im Arbeitsalltag der Pflegekräfte und den von ihnen geäußerten (**zusätzlichen**) **Zeitbedarf für Interaktionsarbeit**, differenziert nach den vier Dimensionen. Grundlage hierfür bilden die Kernergebnisse der vier Gruppendiskussionen mit Pflegekräften aus den vier Einrichtungen, in denen unsere qualitative Teilstudie erfolgte. Es handelt sich bei diesen Kernergebnissen um Trendaussagen, da aufgrund der großen Spannweite der in den Gruppendiskussionen genannten erfahrungsbasiert geschätzten Zeitwerte für Interaktionsarbeit darauf verzichtet wurde, auf diese Schätzwerte näher einzugehen. Die Aussagekraft dieser quantitativen Schätzwerte erachten wir daher als zu gering, um sie in dieser Ergebnisdarstellung zu berücksichtigen.

Danach werden für jede der vier Dimensionen der Interaktionsarbeit diejenigen Interventionen bzw. **Anlässe** vorgestellt, bei denen die Pflegekräfte einen **besonders großen Bedarf an zusätzlichen Zeiten** für Interaktionsarbeit sehen.

Kooperationsarbeit

In einer Gruppendiskussion wurde betont, dass die Wohnbereichsleitung ebenso wie die Pflegekräfte des Wohnbereichs **80 - 90%** ihrer Arbeitszeit als Zeit für **Interaktionsarbeit** sehen. Interaktionsarbeit ist aus Sicht der Pflegekräfte von zentraler zeitlicher wie inhaltlicher Relevanz für ihre Arbeit. Auf die Frage, wofür es mehr Zeit bräuchte, verwiesen die Pflegekräfte in den vier Gruppendiskussionen häufig auf den Beziehungsaspekt ihrer Arbeit.

In allen vier Gruppendiskussionen waren sich die Pflegekräfte einig, dass sie sich für Kooperationsarbeit deutlich mehr Zeit wünschten. Die bisher vorhandene Zeit für Kooperationsarbeit bewerteten sie unisono als zu gering, gleichzeitig betonten Pflegekräfte in drei der vier Gruppendiskussionen, dass sie für Kooperationsarbeit deutlich mehr Zeit benötigen würden. Die Ergebnisse aller vier Gruppendiskussionen weisen darauf hin, dass für Beziehungsarbeit und Aushandlungsprozesse bislang zu wenig Zeit in der Arbeitszeit vorgesehen ist.

Die Bedeutung dieser Dimension von Interaktionsarbeit wird in einer Aussage besonders deutlich: Eine Pflegekraft erklärt beispielhaft, dass eine neue Kollegin, die seit 1 - 2 Wochen, in der Einrichtung arbeitet, die Bewohner*innen noch nicht (gut) kenne. Wenn es dann zu einem Notfall kommt, würde diese Kollegin ganz anders reagieren als sie selbst – eine Pflegekraft, die seit 3 - 4 Jahren in der Einrichtung arbeitet. Sie kenne gute und schlechte Tage der Bewohner*innen und könne so im Zweifelsfall schneller angemessen reagieren. Kooperationsarbeit bildet hierbei eine Basis für den Umgang mit bewohnerbezogenen Unwägbarkeiten.

Weiterhin spielt die Kooperationsarbeit eine Rolle in Bezug auf z. B. den stationsübergreifenden Einsatz tagsüber wie auch in der Nachtschicht. Der Nachtdienst wird für Pflegekräfte zur psychischen Belastung, wenn ihnen Bewohner*innen und ihre gewohnheitsmäßigen Verhaltensweisen unbekannt sind, was gerade im Notfall eine wesentliche zeitliche und diagnostische Rolle spielen kann. Auch das Vertreten eines/ r Kolleg*in bei der Medikamentenvergabe auf einem anderen („fremden“) Wohnbereich kann sich dramatisch auswirken, wenn die pflegebedürftigen Personen und/ oder ihrer reguläre Medikation unbekannt sind. So können Fehler bei der Vergabe der Medikamente leichter auftreten oder unbemerkt bleiben, wenn die Pflegekraft meist ohne Referenzwerte Medikamente verteilt. Hier treten widersprüchliche Anforderungen auf: Zum einen fehle meist die Zeit, die zugeteilte Medikation zu überprüfen (Zeitdruck), zugleich ist die Verantwortungsdruck der vergebenden Pflegefachkraft entsprechend der Krankheiten und Nebenwirkungen der Medikamente sehr hoch. Für die jeweilige Pflegekraft entsteht Stress (vgl. Dunkel & Kratzer 2016).

Fehle die Kooperationsarbeit zwischen Pflegekraft und zu pflegender Person, beispielsweise weil die Rahmenbedingungen, wie zeitliche oder organisatorische Vorgaben, der Pflegekräfte ein Eingehen auf die Interessen und Bedürfnisse der zu pflegenden Person verhindern, komme es zu Unzufriedenheit bei Bewohner*innen und Pflegekräften; mitunter würden Konflikten zwischen Pflegekraft und Bewohner*in entstehen (GD 4, Absatz 144), die sich auch in gewalttätigen Handlungen der Bewohner*innen gegenüber den Pflegekräften äußern können.

Konkret wurde mehrfach in den Gruppendiskussionen und einigen Interviews gesagt, es brauche mehr Zeit für Gespräche mit dem/ der einzelnen Bewohner*in und für den Beziehungsaufbau. Die Pflegekräfte versuchen während ihrer Pflegetätigkeiten Vertrauen aufzubauen und wollen dieses in weiteren Gesprächen mit Bewohner*innen vertiefen, um ihrem ganzheitlichen Verständnis der Pflege nachzukommen. Pflegekräfte erklärten: Die zu Pflegenden wollen reden. Eine minutenweise Vorgabe, wie zu arbeiten sei, mache keinen Sinn (GD 2). In der Pflege brauche es Flexibilität für Gespräche und unvorhersehbare Situationen, in dem Moment, in dem sie benötigt werden oder auftreten (Pfk 4, Absatz 116). Zudem reiche die Zeit bisher nicht für ausführliche Gespräche oder um auf die Bewohner*innen und ihre Bedürfnisse angemessen einzugehen (Pfk 9, Absatz 40).

Eine Pflegefachkraft erklärt:

Ich „hab [...] nur begrenzte Zeit für die Leute. [...] er hat Pflegegrad 5. Ja klar, für ihn, brauche ich mehr Zeit als [für] die Frau (nicht in der Studie). (...) Aber sie will von mir, dass ich [mit ihr] genauso viel Zeit verbringe, wie [mit] Herrn 100990142020 und das ist [das] Problem. Ja klar kann ich gerne bei ihr stehen bleiben und warten, wann sie da, sie fert-...Ich habe diese Zeit nicht. (...) Ich weiß ganz genau, dass [...] ich noch 5 Leute habe, wer, die wollen auch um 8 Uhr Frühstück und die wollen pünktlich frühstücken kommen.“ (Pfk 4, Absatz 34).

Es wird deutlich, dass zum Teil Aufmerksamkeitsbedürfnisse der Bewohner*innen an die Pflegekraft herangetragen werden, die sie nicht erfüllen kann. Einige Bewohner*innen formulieren eben dieses Bedürfnis nach zeitintensiver Zuwendung, das die Pflegekraft nicht befriedigen kann. Die Zeit für die Bewohner werde gebraucht: „Das [...] fehlt. Die brauchen [ein] bisschen mehr Zeit“ (Pfk 4, Absatz 114).

In einer Gruppendiskussion (GD 1, Absatz 14) wurde angemerkt, dass die besondere Beziehung zu den Bewohner*innen, die während der Pflege von der Pflegekraft aufgebaut wird, nicht durch eine Betreuungskraft aufgefangen werden kann. Eine Pflegefachkraft erklärt, es sei früher einmal möglich gewesen mit den Bewohner*innen in den Wald zu gehen, Äpfel zu

pflücken und zu backen (Pfk 3). Diese Art der Beschäftigung mit den Bewohner*innen sei heute zeitlich nicht mehr möglich. Es sei allerdings der Grund, warum sie damals den Beruf gewählt habe. Auch in diesem Beispiel wird deutlich, dass die Beziehungsarbeit zwischen Pflegekraft und Bewohner*innen wesentlich für die Motivation im Beruf bzw. bei der Arbeit, ist.

Um die pflegebedürftigen Bewohner*innen pflegen zu können, bedarf es der Einwilligung, d.h. der Kooperationsbereitschaft der Bewohner*innen. Die Pflegekräfte bekommen durch die Erlaubnis der Bewohner*innen sie zu pflegen ein hohes Vertrauen entgegengebracht. Dabei wird verdeutlicht, dass die Pflegekräfte, z. T. mehr über die Bewohner*innen wüssten, als letztere selbst ihrer eigenen Mutter anvertraut hätten. Dieses Beispiel zeigt, welche Rolle einerseits das Vertrauen zwischen Bewohner*innen und Pflegekräften im Pflegealltag spielt und wie informationshaltig die Beziehung zwischen beiden sein kann. Um diese Beziehung aufzubauen, müssen Pflegekräfte beim Einzug von Bewohner*innen (siehe Kapitel 4.2.1 Kooperationsarbeit) und danach Informationen über Bewohner*innen nach und nach gesammelt und miteinander verbunden werden. Das benötigt Zeit, die den Pflegekräften bisher zu kurz ist, um umfassende Informationsgrundlagen zu schaffen.

Schwierigkeiten für die Kooperationsarbeit ergeben sich auch in zeitlicher Hinsicht z. B. durch eine dementielle Erkrankung. Sie sei tendenziell eine Herausforderung für die Kooperation, weil man immer wieder von vorne anfangen müsse. Bei Bewohner*innen, die nicht demenziell erkrankt seien, sind irgendwann bestimmte Abläufe internalisiert und müssten nicht mehr erklärt werden (Pfk 6, Absatz 52). Dementiell erkrankte Bewohner*innen hingegen vergessen häufig bereits nach kürzester Zeit, was die Pflegekraft als nächstes vorhat und was zuvor ausgehandelt wurde (siehe Kapitel 4.2.1 Kooperationsarbeit). Das Eingehen auf die Persönlichkeit der Menschen, auf ihre Bedürfnisse und Wünsche nehme viel Zeit in Anspruch, die oft nicht vorhanden sei. Gerade Aushandlungen kosten dann Zeit (Pfk 4, Absatz 32).

Ein Positivbeispiel für ausreichend Zeit für Kooperationsarbeit beschreibt eine Pflegefachkraft (5): Hier würden neue Bewohner*innen in Ruhe aufgenommen und die Zeit spiele dabei keine allzu große Rolle, wie sie erklärt. Die Pflegekraft führe zunächst die neu eingezogenen Person durch die Einrichtung, kommuniziere mit ihr und fülle den Biographiebogen mit ihr und / oder den Angehörigen bzw. dem / r gesetzlichen Betreuer / in aus. Das Zimmer werde darüber hinaus mit persönlichen Gegenständen versehen, um es wohnlich zu gestalten. Diese Aussage bezieht sich allerdings auf eine Einrichtung mit vielen dementiell erkrankten Bewohner*innen, die über einen besonders engen Personalschlüssel verfügt. Es ist daher eher von einem Idealbild, denn von einem praktischen Umgang auszugehen, dass sie sich unbegrenzt

Zeit für die neu ankommenden Bewohner*innen nehmen könnten. Zu Anfang, wenn dementielle Bewohner*innen neu in der Pflegeeinrichtung seien, versuchten diese meist eine Fassade aufrechtzuerhalten, dass sie auf keine Hilfe angewiesen seien. Diese Fassade würde dann langsam zerbrechen, je länger eine Pflegekraft die Person kenne und einschätzen könne (Pfk 5, Absatz 56).

Darüber hinaus sind in Bezug auf die Kooperationsarbeit auch weitere Interaktionspartner*innen, wie Angehörige oder Dritte (Ärzte, Apotheker etc.) zusätzlich zu beachten. Gerade Angehörige nehmen hier einen großen inhaltlichen Rahmen ein. Beim Tod wird sogar davon gesprochen, dass das Eingehen auf Angehörige zeitlich einem weiteren Bewohner / einer weiteren Bewohnerin entspräche (GD 1, Absatz 42).

Gefühlsarbeit

Tendenziell konnte in den Gruppendiskussionen ein sehr divergierendes Bild zur zeitlichen Relevanz von Gefühlsarbeit herausgearbeitet werden: Einige Pflegekräfte wünschten sich deutlich mehr Zeit als sie aktuell haben, andere bewerteten die vorhandene Zeit für Gefühlsarbeit bereits als ausreichend. Tendenziell konnte jedoch auch in drei von vier Gruppendiskussionen festgehalten werden, dass für die Arbeit mit und an den Gefühlen der Pflegebedürftigen mehr Zeit nötig wäre.

Pflegekräfte betrachten ihre Arbeit zu großen Teilen auch als seelsorgerische Tätigkeit. Die Arbeit mit und an Gefühlen, Sorgen oder Ängsten der Bewohner*innen spielt für die Pflegekräfte eine große Rolle bei ihrer Arbeit. Pflegekräfte nehmen u. a. über nonverbale Kommunikation Gefühle wahr.

„Es ist so, dass wir fremde Gefühle vielleicht schon in Voraus spüren können, und da ist [ein] Zeitfaktor.“ (GD 1, Absatz 98)

In der Gruppendiskussion wurde deutlich, dass sie Gefühle der Pflegebedürftigen wahrnehmen, bevor sich diese konkret dazu äußern. Es ist meist ein Eindruck, dem Pflegekräfte dann versuchen nachzugehen, ehe es auf Seiten der Bewohner*innen zu einem schweren Gefühlsausbruch kommt. Gleichzeitig bleibe z. T. nicht genug Zeit auf Gefühle einzugehen. So wird in einer Gruppendiskussion beschrieben, wie in einem stark unterbesetzten Wohnbereich eine weinende Bewohnerin auf ihrer Bettkante saß und die Pflegekraft während des Waschens versuchte, sie zu beruhigen und einmal kurz in den Arm zu nehmen. Die Pflegekraft erklärt, sie hätte sich gerne die Zeit genommen, sie zu trösten und hatte im Nachhinein ein schlechtes Gewissen, es nicht getan zu haben, um andere Tätigkeiten durchführen zu können. Diese

Prioritätensetzung würde sie gerne ändern. Zudem sei eine Umarmung sehr viel Wert – sowohl für das Wohlbefinden der Bewohner*innen als auch für die Motivation der Pflegekräfte spielt es eine große Rolle.

Zeitknappheit führt dazu, dass Bewohner*innen mit manchen Anliegen **vertröstet** werden, ohne dass die Pflegekräfte später darauf eingehen könnten. (Pfk1a, Absatz 137). Dennoch scheine dies den kurzfristigen Effekt zu haben, die Bewohner*innen zumindest zeitweise beruhigen zu können.

Die Pflegekräfte legen ihren Fokus darauf, dass sich die Bewohner*innen wohlfühlen. Dies stehe für sie an oberster Priorität (GD 1, Absatz 62). Es ist den Pflegekräften daher ein besonderes Anliegen, dass die Bewohner*innen nicht mitbekommen sollen, wenn die Pflegekräfte Stress empfinden. Um Gefühlsarbeit professionell leisten zu können, bedarf es daher der Regulation der eigenen Gefühle der Pflegekräfte.

Subjektivierendes Arbeitshandeln

Auch bei dieser Dimension zeigte sich ein sehr unterschiedliches Bild der zeitlichen Einschätzungen der Pflegekräfte in den Gruppendiskussionen. So ist nicht nur unterschiedlich, wie viel mehr Zeit sie sich im Vergleich zur aktuellen Situation hierfür wünschten, sondern auch die Spannbreite, wie viel mehr Zeit für den Umgang mit Unwägbarkeiten in der Pflege nötig sei, divergiert stark. In einer Gruppendiskussion (GD 3) hingegen zeigte sich das recht konsistente Bild, dass für Unwägbarkeiten nicht mehr Zeit einzuplanen sei, da diese Zeit im Falle eines Zwischenfalls genommen werden müsste. So werde beispielsweise ein Notfall oder ein anderer akuter Zwischenfall zugunsten anderer Tätigkeiten priorisiert und sich für andere Interventionen weniger Zeit genommen bzw. Interventionen ausgesetzt oder zurückgestellt.

Im Falle eines Notfalls gilt es aus Sicht der Pflegekräfte vor allem pflegefachlich richtig zu reagieren. Hier wird der Notfall in den Fokus gestellt und die wesentlichen anstehenden Aufgaben priorisiert. Hier schwankten in der Gruppendiskussion sehr stark die Aussagen der Pflegekräfte, wie viel Zeit sie benötigen: In Notfallsituationen werde sich die Zeit genommen und dann spiele die Zeit dafür keine Rolle (GD 4, Absatz 87). Gleichzeitig weisen die Pflegekräfte darauf hin, dass die Zeit, die sie sich dann für Notfälle nähmen, woanders fehle.

Unwägbarkeiten entstünden vor allem daraus, dass in der Pflege der ‚Arbeitsgegenstand Mensch‘ im Fokus sei. Das subjektivierende Arbeitshandeln, also das Eingehen auf und das Umgehen mit Unwägbarkeiten, setzt eine möglichst umfassende Wahrnehmung der Pflegekraft mit allen ihren Sinnen voraus, um die konkrete Situation einer Bewohner*in einschätzen

und auf dieser Basis mit Unwägbarkeiten professionell umgehen zu können (siehe auch Böhle et al. 2015: 23). Die Pflegekräfte berichten in den Gruppendiskussionen, sie hätten ein Gespür dafür entwickelt, wie es Bewohner*innen geht. Pflegekräfte erspüren Gefühle der Pflegebedürftigen frühzeitig auch mithilfe der Berufserfahrung und der bestehenden Beziehung zu den Bewohner*innen, d.h. Kooperationsarbeit bildet auch eine wichtige Grundlage für subjektivierendes Arbeitshandeln in der Pflege. Weiterhin können Gefühle Unwägbarkeiten bei der Arbeit hervorrufen. Wie unter Gefühlsarbeit bereits beschrieben, nehmen die Pflegekräfte diese Gefühlslagen der Pflegebedürftigen frühzeitig wahr, sodass sie schnell darauf reagieren und eingehen können. Diese Wahrnehmung hätten sie beispielsweise, während sie über den Gang gehen (GD 2, Absatz 3).

Wann jedoch Unwägbarkeiten auftreten, sei nicht vorhersehbar. Es kann z.B. in einer Schicht zu mehreren Notfällen kommen, wie auch zu phasenweise ruhigen, vorhersehbaren Schichten. Bei Personalknappheit erweist sich der Umgang mit mehreren Notfällen innerhalb einer Schicht als erheblicher psychischer Stressor der Pflegekräfte, insbesondere wenn Notfälle zeitlich parallel auftreten.

Emotionsarbeit

Im Unterschied zu den anderen Dimensionen der Interaktionsarbeit äußerten Pflegekräfte in den Gruppendiskussionen tendenziell, dass die aktuell zur Verfügung stehende Zeit für Emotionsarbeit weitgehend der dafür aus ihrer Sicht benötigten Zeit entspreche. Aber auch hier gab es ein breiteres Spektrum an Einschätzungen, denn einige Pflegekräfte verwiesen darauf, dass aktuell deutlich zu wenig Zeit für Emotionsarbeit verfügbar sei und sie sich daher mehr Zeit wünschten, um emotionale Anforderungen an die Pflegearbeit gut bewältigen zu können. Für die von einem Teil der Pflegekräfte in den Gruppendiskussionen geäußerte Einschätzung, dass die vorhandene Zeit für Emotionsarbeit weitgehend dem Bedarf an benötigter Zeit entspreche, gibt es zwei Erklärungen:

- Diese Pflegekräfte argumentieren erstens, dass sie sich nicht mehr Zeit während der Arbeit für den Umgang mit eigenen Emotionen wünschten, da sie innerhalb der Schichten primär ihre Arbeit erledigen wollten. Dies bedeutet, dass sich die Pflegekräfte aufgrund des verdichteten Arbeitsalltags auf die erforderlichen pflegebezogenen Interventionen konzentrieren möchten und die Selbstregulation ihrer Gefühle bei der Arbeit zurückstellen. Es werde daher versucht, psychische Belastungen mit Familienmitgliedern oder Freunden in der Freizeit zu bewältigen und aufzuarbeiten. Eine Pflegefachkraft

beschreibt es in etwa so: Gefühle und Probleme bleiben zuhause, weil die Bewohner*innen an erster Stelle stehen. Im Falle, dass einen etwas aufbringt, benötigt sie 5 Minuten, um sich wieder zu beruhigen (GD 1, Absatz 102). In den Gruppendiskussionen wird deutlich, dass es allerdings längst nicht allen Pflegekräften gelingt, emotionale Arbeitsbelastungen in der Freizeit zu bewältigen, denn diese Belastungen hätten u.a. Schlafstörungen zur Folge.

- Zweitens verweisen diese Pflegekräfte darauf, dass es in den Einrichtungen an Möglichkeiten, d.h. Strukturen und Angeboten mangelt, Emotionsarbeit im Sinne der Psychohygiene leisten zu können. Die Einrichtungen erscheinen vor dem Hintergrund ihrer alltäglichen Arbeitserfahrungen nicht als Ort für eine gesundheitsförderliche Bewältigung emotionaler Arbeitsanforderungen. Gleichwohl betonen diese Pflegekräfte z.T., dass eine Bewältigung psychischer Belastungen im Sinne der Psychohygiene während der Arbeitszeit grundsätzlich erwünscht sei (GD 4, Absatz 149-150).

Es wäre daher verkürzt, darauf zu schließen, dass Pflegekräfte tendenziell keinen Mehrbedarf an Zeit für Emotionsarbeit in der Arbeit sehen. Zu beachten sind hier die Kontextbedingungen der Einrichtungen, die offenbar keinen Raum für Emotionsarbeit im Sinne der Psychohygiene eröffnen, und das Bestreben der Pflegekräfte, ihre Arbeit unter Zeitdruck zu schaffen und den Bewohner*innen dennoch hinreichend Zuwendung entgegenzubringen – bei Unterdrückung und Zurückstellung der eigenen emotionalen Bedürfnisse und Befindlichkeiten. Gleichzeitig mangle es in der Freizeit auch an Möglichkeiten der Bewältigung dieser, sodass häufig von einer Unterdrückung anstelle einer Be- oder Verarbeitung gesprochen werden kann.

So sprechen die Pflegekräfte auch davon, dass sie während der Schicht „funktionieren“ und ihre **eigenen Bedürfnisse** nach einem Toilettengang oder Trinken **zurückstellen** bzw. in den Feierabend schieben. Einerseits erklärte eine Pflegekraft, sie stecke z. T. insoweit selbst zurück, dass sie die eigene Pause auch mal zugunsten der Zeit mit den Bewohner*innen (als Menschen) ausließe (Pfk 4, Absatz 60) (vgl. Kapitel 5.3 Praktiken der Pflegekräfte im Umgang mit Zeitdruck). Es handele sich dabei um eine Gradwanderung zwischen einerseits dem Wunsch und der Motivation helfen zu wollen und andererseits der begrenzten (zeitlichen) Möglichkeit, alles leisten zu können.

Bei Pfllegetätigkeiten, wie dem **Essenanreichen**, sind die Pflegekräfte oft darauf angewiesen, dass die Pflegebedürftigen bei dieser Intervention kooperieren bzw. mitwirken. Sofern eine pflegebedürftige Person von der Nahrungsaufnahme überzeugt werden muss, benötigt es Zeit.

Wenn Pflegekräfte unter Zeitdruck stehen, müssten sie ihre Ungeduld unterdrücken, damit die Bewohner*innen ihnen diese nicht anmerken.

Eine Pflegefachkraft beschreibt ihren Arbeitstag als „*normal stressig*.“ (Pfk 5, Absatz 12). Insbesondere die **Aushandlungen** im Rahmen von Kooperationsarbeit, bei der die Bewohner*innen immer wieder von notwendigen Pfl egetätigkeiten zu überzeugen sind, „*das [ist] manchmal wirklich kräftezehrend*.“ (Pfk 5, Absatz 16). Gerade Arbeitssituationen, in denen **Bewohner*innen überzeugt** werden müssten, verlangten z. T. eine enorme Emotionsarbeit, indem sich die Pflegekraft zurückbesinnt auf die Notwendigkeit der Aushandlung und der kooperativen Einigung, wengleich sie unter Zeitdruck steht. Dies erfordert in großem Umfang das Regulieren der eigenen Gefühle. Wenn Pflegekräfte ihre eigenen Gefühle dauerhaft bei der Arbeit unterdrücken müssen, können sich emotionale Dissonanzen zwischen den dargestellten Gefühlen und den inneren Gefühlszuständen und Befindlichkeiten als gesundheitsgefährdende Stressoren erweisen, die Burnout begünstigen (siehe Kumbruck 2010). Ein weiteres Beispiel für emotionale Dissonanz beschreibt eine andere, sich als sensibel beschreibende Pflegefachkraft. Sie setze häufig einen den eigenen Gefühlen entgegengesetzten Gefühlsausdruck, durch das Lächeln, auf (GD 4, Absatz 41).

Gerade bei der Arbeit mit an Demenz erkrankten Menschen seien Pflegekräfte z. T. immer wieder überrascht, wie diese mitbekämen (GD 4, Absatz 104). Daher sei die Devise einer Pflegefachkraft, kein Geheimnis aus den eigenen Gefühlen zu machen und sich nicht zu verstellen. Aber es gebe einen Unterschied zwischen dem ‚Handeln unter Gefühlen‘ und dem ‚Leiten lassen von Gefühlen‘ während der Arbeit. Es gehe darum letzteres zu vermeiden, erklärt eine Pflegedienstleitung. Gleichwohl dürften Pflegekräfte private Interessen und Gefühle in einem unverfänglichen Rahmen ansprechen, z. B. zum Verlauf eines Sportvereinsspieles.

Aufgrund zu geringer zeitlicher Kapazitäten kommt es zu **Überforderungen** auf Seiten der Pflegekräfte (GD 4). Überdies seien die ständige **Erreichbarkeit** und fehlende **Rückzugsmöglichkeiten** ein Grund für psychische Erschöpfung der Pflegekräfte (GD 3). So berichten Pflegekräfte z.B. von Aufenthaltsräumen, in denen 15 Bewohner*innen säßen, darunter fünf Personen, die gleichzeitig die Pflegefachkraft ansprächen (GD 3, Absatz 31). Gerade in der stationären Pflege mit ihren hohen emotionalen Anforderungen an Interaktionsarbeit und Selbstregulation der Gefühle ist es für den Erhalt der psychischen Gesundheit von Pflegekräfte aus arbeits- und gesundheitswissenschaftlicher Perspektive bedeutsam, dass sie sich zeitweilig während der Arbeitszeit dem direkten Kontakt mit Bewohner*innen entziehen können und

erholungsförderliche Rückzugsräume zur Verfügung stehen (Thorein, Müller, Fischer 2018: 17; Böhle et al. 2015: 136; Ulich & Wülser 2004: 104).

Während der teilnehmenden Beobachtung ergab sich der Eindruck, dass Raucherpausen meist als kurze Erholzeiten genutzt wurden, um sich einmal aus Pflegesituationen zurückziehen zu können. Auf Nachfrage erklärten die Pflegekräfte, dass dies zwar sein könne, sie die Raucherpause jedoch nicht bewusst so nutzten. Während der Übergabe könnten Pflegekräfte z. T. auch emotional abschalten. Gleichwohl ist es auch Sicht der Pflegekräfte wünschenswert, (mehr) Zeit zum **Reflektieren** der Arbeit innerhalb der Schichten zu haben, die es eigentlich nicht gibt. Zeit zum Reflektieren wird als gut befunden, sei aber auch zeitaufwändig (Pfk 5, Absatz 114). Eine Pflegekraft würde stattdessen z. B. die Zeit im Auto auf der Rückfahrt nach Hause nutzen, um den Tag Revue passieren zu lassen (Pfk 5, Absatz 112). Der Umgang mit emotionalen Anforderungen an die Interaktionsarbeit wird offenbar in den Pflegeeinrichtungen individualisiert, d.h. den einzelnen Pflegekräften in ihrer Privatsphäre überantwortet, da organisationsintern oft keine Zeiträume und Gelegenheitsstrukturen für eine Reflexion dieser Anforderungen zur Förderung der Psychohygiene von Pflegekräften vorgesehen sind. Wenn entsprechende Reflexionszeiten und -angebote nicht vorgehalten werden, besteht die Gefahr, dass zumindest in mittel- bis längerfristiger Perspektive die psychische Gesundheit von Pflegekräften beeinträchtigt wird.

Es gibt in unserer Empirie jedoch auch Positivbeispiele: In einer Einrichtung werden Pflegekräften Reflexionszeiten z. T. vom Pflorgeteam während der Arbeit ermöglicht, indem sie der betreffenden Pflegekraft einzelne Aufgaben abnehmen und ihr einen zeitlichen Raum für die Reflexion zu schaffen (GD 1, Absatz 80). Bei diesem Positivbeispiel handelt es sich allerdings um die kollektive Praxis eines Pflorgeteams, die offenbar nicht durch entsprechende Zeiträume und Strukturen auf der Einrichtungsebene flankiert wird. An stressigen Tagen benötige man etwas Zeit, sich nach der Arbeit zu sammeln, bevor man nach Hause gehen kann (GD 1, Absatz 122).

Nach Aussage der Pflegekräfte in den Gruppendiskussionen besteht eine wesentliche Anforderung, sich selbst in der Arbeit **Grenzen zu setzen**: „*Fertig wird man eigentlich nie.*“ (GD 4, Absatz 15) **Überstunden** in Form von 30 bis 60 Minuten seien normal (vgl. Kapitel 5.3.2 Die Informalisierung bzw. Ausdehnung von Arbeitszeit). Veränderungen, die bei einem Bewohner / einer Bewohnerin wahrgenommen werden, z.B. eine Rötung der Haut, würden zwischen- durch vergessen, wenn direkt der nächste Bewohner / die nächste Bewohnerin versorgt werde.

Die hohen Arbeitsanforderungen erleben die Pflegekräfte z.T. als Überforderung (GD 4). Deutlich wird, wie wichtig ein strukturiertes Vorgehen in der Pflegearbeit ist, bei dem die eigenen Gedanken sortiert werden müssen. Eine Pflegekraft sprach davon, dass sie im „*Abhaken-Denken*“ arbeite: „*Okay, abgehakt, nächster. Haste jetzt geschafft, nächster.*“ (GD 4, Absatz 194).

Hohe emotionale Anforderungen an die Pflegearbeit sind damit verbunden, situativ auf die Gefühle der Bewohner*innen angemessen einzugehen und sich entsprechend schnell aus einer **Situation** (Trauer) **auf die nächste** (freudig) innerlich **einstellen** zu können (GD 2, Absatz 59). Dieser situative emotionale Anforderungswechsel erfordert, die eigenen Gefühle sehr stark zu kontrollieren. Schwierig sei es insbesondere mit den eigenen Erwartungen an sich bzw. den eigenen individuellen Vorstellungen darüber, wie mit Pflegebedürftigen umgegangen bzw. auf sie zugegangen werden sollte. So schwanke eine Pflegekraft regelmäßig zwischen Lachen und Ernst (GD 4, Absatz 153).

Mit der Pflegearbeit sind besonders hohe emotionale Anforderungen verbunden, die aus dem Umgang mit existenziellen Gefühlen, wie Trauer und Leid, zusammenhängen; insbesondere im Sterbeprozess und im Todesfalle von Bewohner*innen (siehe Strauss et al. 1980). Wenn Bewohner*innen versterben, spielt Zeit auch in Bezug auf die **Trauer** eine große Rolle. Die Pflegekräfte müssten sich innerlich sammeln, um professionell mit eigenen Trauergefühlen umzugehen und ihre Professionalität aufrechtzuerhalten, die für ein Gespräch mit trauernden Angehörigen notwendig ist. Hierbei sei es erforderlich, die eigenen Gefühle zu bearbeiten bzw. zu unterdrücken, um Gefühlsarbeit gegenüber den Angehörigen leisten zu können. Darüber hinaus entsteht für die Pflegekräfte im Falle des Todes von Bewohner*innen ein erhöhter Organisationsbedarf, dessen Zeitpunkt vorher nicht genau bestimmbar ist.

5.4.2 Wofür bräuchte es mehr Zeit? – Zeitwünsche mit Blick auf Interaktionsarbeit

In den Gruppendiskussionen mit Pflegekräften der vier Einrichtungen lag ein inhaltlicher Fokus auf der Frage, wofür sie mehr Zeit bei der Arbeit mit und an Bewohner*innen verwenden würden. Hierbei wurde nach möglichst konkreten Interventionen und Anlässen gefragt, auf die sich die Zeitwünsche der Pflegekräfte beziehen. Die Frage nach den Zeitwünschen der Pflegekräfte spiegelt eine subjektive Gewichtung der Zeit für Interaktionsarbeit wider.

Den Sinnansprüchen an die Pflegearbeit nachkommen

Besonders auffällig ist, dass die Pflegekräfte in allen Gruppendiskussionen ihre Zeitwünsche auf einen übergeordneten Gesichtspunkt richteten: mehr Zeit zu haben, um den inhaltlichen

Ansprüchen an ihre Arbeit gerecht zu werden, d.h. das Ethos fürsorglicher Praxis (besser) realisieren zu können. Hierbei überschneiden sich die vier Dimensionen der Interaktionsarbeit.

Das Ethos fürsorglicher Praxis bildet für die Pflegekräfte den zentralen Sinnhorizont ihrer Arbeitstätigkeit. Die Zeitwünsche beziehen sich darauf, mehr Zeit für individuelle Zuwendung, Kommunikation und Betreuung für die Bewohner*innen zu haben. Die Pflegekräfte knüpfen damit an ihre originäre Motivation an, das Berufs- und Tätigkeitfeld der Pflege gewählt zu haben. Dies wird in unterschiedlichen Facetten deutlich, in denen die Pflegekräfte mehr Zeit für die fürsorgliche Praxis reklamieren:

Eine Pflegefachkraft erklärt, man **wolle liebevolle Arbeit leisten** und sich **Zeit nehmen** (Pfk 3). Die Pflegekräfte betonen, dass ihre Arbeit mit Herz gemacht werde, nicht nur für das Gehalt. Sie machten ihre Arbeit mit Liebe, und müssten dies manchmal mehr zeigen, aber der Zeitdruck treibe sie weiter (GD 4, Absatz 28). Der humane Aspekt des Pflegens werde häufig nicht berücksichtigt bei der Personalbemessung. Es werde zu wenig Zeit für Kommunikation und Interaktion eingeplant (GD 1, Absatz 84). Dies zeige sich u. a. darin, für die Bewohner*innen präsent zu sein, z. B. indem eine Pflegekraft häufiger bei einer pflegebedürftigen Person, die im Sterben liege, vorbeischaue. Zwar setzten sich die Betreuungskräfte auch mal zu den Bewohner*innen, doch z.B. für die basale Stimulation oder das Vorlesen fehle die Zeit. Auch bettlägerige Bewohner*innen würden sich unterhalten wollen, doch im Kopf habe die Pflegekraft immer all die Aufgaben, die noch anstehen (GD 3, Absatz 15). Die Zeitwünsche der Pflegekräfte richteten sich zudem auf die Sterbebegleitung von Bewohner*innen. Dies ist näher ausgeführt unter dem Aspekt der Gefühlsarbeit.

In der Praxis habe eine Pflegekraft nicht die Zeit, die sie für den Bewohner*in gerne hätte. Es brauche mehr Zeit. Sie lernten **theoretisch**, wie zu betreuen sei, aber in Wirklichkeit seien sie nur zuständig für „*satt und sauber*“ (GD 4, Absatz 6). „*Gute Pflege, (...) du kannst Leute gut pflegen, wenn du genug Zeit hast.*“ (Phk 4, Absatz 44). Gerade die **Zuwendung** werde von den Pflegekräften der Dokumentation vorgezogen: „*weil mir einfach die Zeit wichtiger ist bei den Patienten zu sitzen und ihnen das Essen anzureichen*“ (Phk 2 / Schüler*in, Absatz 217). Die Bedeutung des Bewohnerkontakts für die Pflegekraft wird damit betont.

Eine Pflegehilfskraft/-Schülerin (GD 4, Absatz 6) wünscht sich mehr Zeit für die Bewohner*innen und konkretisiert ihren Wunsch mit Zeit für Betreuung und einem höheren Arbeitsanspruch als „*satt und sauber*“ (ebd.), dem sie nicht nachkommen könne. Diese **Beziehung** zu den Pflegebedürftigen ist damit ein wesentlicher Bestandteil ihres grundlegenden Arbeitsethos. In einer Gruppendiskussion wurde angesprochen, dass es auf die Ganzheitlichkeit der Pflege

und der zu pflegenden Person ankomme. Es sei wichtig und Anspruch ihrer Pflegearbeit, dass sie als Bezugsperson verschiedene Facetten der **Persönlichkeit** der Bewohner*innen im Blick haben. Sofern die Aktivierung durch Betreuungskräfte übernommen werde, werde dadurch die Beziehung zwischen Pflegebedürftigen und Pflegekräften unterbrochen und leide.

Bewohner*innen, gerade die weniger dementen Bewohner*innen, seien dankbar, wenn Pflegefachkräfte **Gespräche** mit ihnen führten und „*einfach mal kurz 10 Minuten oder 5 Minuten [...] was Privates erzählst*“ (Phk 4, Absatz 24). Dazu gehöre es für eine Pflegekraft auch, z. B. nach der Rückkehr aus dem Urlaub, den Bewohner*innen zu ermöglichen von ihren Erlebnissen in dieser Zeit zu erzählen (Pfk 4, Absatz 60). Doch jeder **Dialog kostet Zeit**, die für etwas Anderes vorgesehen war. Wenn ein paar Minuten mehr benötigt werden, könne etwas anderes nicht erledigt werden (GD 1, Absatz 15). Dabei gilt es, die Pflege immer wieder an die veränderten Vorlieben, Persönlichkeit und Biographie der Bewohner*innen anzupassen. Und doch brauche nicht jede/ r Bewohner*in jeden Tag 10 Minuten Interaktionsarbeit der Pflegekraft. Doch für diejenigen, die 10 Minuten bräuchten, gäbe es nicht immer diese Zeit (GD3, Absatz 20). Andere Pflegekräfte sprachen von insgesamt 30 bis 60 weiteren Minuten, die zusätzlich für jeden Bewohner / jede Bewohnerin täglich benötigt werde (GD 4).

Eine andere Pflegekraft hatte während der teilnehmenden Beobachtung den Eindruck, dass eine **Bewohnerin verloren schaut**, sie setzte sich dazu und nahm sich einige Minuten Zeit, um auf sie eingehen zu können (Phk 5). In dessen Folge schien die Bewohnerin nach ein paar Minuten fröhlicher. Eine Pflegefachkraft formulierte im Interview den Anspruch, dass sie Zeit für die Pflege haben wolle und sich die Zeit nehmen können möchte (Pfk 1a, Absatz 127). Die Vorbereitung auf die Körperpflege, z. B. mittels Spazierengehens eine Bewohnerin zu beruhigen, koste Zeit, wenn sie nicht stattdessen die Bewohnerin sedieren möchte. Einige andere Pflegekräfte aus anderen Einrichtungen (u. a. aus 07) erklärten, dass sie gerne die Zeit hätten, sich zu einem Bewohner/ einer Bewohnerin dazuzusetzen, dies jedoch meist nicht möglich sei. Im Gegensatz dazu wird der zeitliche Druck deutlich in dem Beispiel: „*Manchmal, wasche ich sie ganz schnell! Nur das ich alles schaffe. Und das finde ich nicht [...] nicht gut.*“ (Pfk 1c, Absatz 64). Diese **Arbeitsanforderung schnell zu arbeiten** widerspreche ihrem Arbeitsethos. Auch die Durchführung der Nahrungsaufnahme ist eine Tätigkeit, die Ruhe benötigt, um der Person angemessen zu handeln. Eine pflegebedürftige Person, die eine langsamere Essgeschwindigkeit hat oder wenig mobil ist, benötige Zeit (Phk 2, Absatz 26). Hierfür sei z. T. gar keine Zeit (GD 4, Absatz 7).

Zeit werde auch benötigt, um **auf** Anfragen oder angezeigte Bedürfnisse von **Bewohner*innen einzugehen** (Gefühlsarbeit) und sie nicht verträsten zu müssen: "Tut mir leid" (Phk6, Absatz 112) - im Vorbeilaufen. Sofern nicht genug Zeit für bestimmte Tätigkeiten vorhanden ist, werde die Arbeit z.T. auch nicht so gerne übernommen. So äßen einige Bewohner*innen nicht, was die Kooperationsarbeit der Pflegekräfte bei der Nahrungsaufnahme und die Arbeit hinsichtlich des zeitlichen Verlaufs erschwere. Sie, die Pflegekraft selbst, werde dann ungeduldig (GD 4, Absatz 36).

Der Arbeitsanspruch der Pflegekräfte setzt auch voraus, dass sie sich einen Überblick zu Anfang und zum Ende ihrer Schicht machen können. Diese Zeit gebe es jedoch meist nicht (GD 4, Absatz 74). Ist der eigene Arbeitsanspruch befriedigt, dass

„du wirklich dich um die Bewohner gut kümmern konntest, dass die Dokumentation gut läuft, dass das alles so seine Ordnung hat, dann ja, dann fühlt man sich eigentlich ganz gut und dann geht man auch gut nach Hause“ (Pfk 6, Absatz 87).

Der Wunsch nach mehr bzw. ausreichend Zeit für die Bewohner*innen bezieht sich auch darauf, ihre Teilhabe zu ermöglichen und ihre Ressourcen zu fördern, wie in einer Gruppendiskussion (GD 1, Absatz 82) deutlich wird:

„Ich kann den Bewohner von zeitlichem Aspekt, wo ich Vollübernahme mache, bin ich schneller fertig, aber der Bewohner, der alles selber kann, aber vielleicht nicht gerade weiß, oder sich erinnern kann, was ein Waschlappen ist. Das heißt, der Bewohner, der [...] aus medizinischer Sicht Pflegegrad 2 hat, kann mir genauso viel Zeit in Anspruch, sogar vielleicht viel mehr, als der, der Pflegegrad 5 hat. Weil die Vollübernahme, das ist das, was ich täglich mache, [...] was ich in ziemlich kurzer Zeit tue, oder sogar mit einem Helfer oder andere Fachkraft in kürzerer Zeit schaffe. Aber den Bewohner wertschätzend zu zeigen, das ist noch Waschlappen und seine Ressourcen selber nach [...] Gesicht zu waschen, kann es viel mehr Zeit in Anspruch zu nehmen.“ (ebd.).

Diese Ergebnisse unterstreichen, dass deutlich mehr personelle und zeitliche Ressourcen zur Verfügung gestellt werden müssten, damit Beschäftigte ihrem Pflegeanspruch nachgehen können. In diesen Ausführungen der Pflegekräfte zu ihren Zeitwünschen spiegelt sich ihr innerer Konflikt wider, angesichts des Arbeitens unter Zeitdruck nur begrenzt ihre Sinnansprüche an die Pflege realisieren zu können. Gleichwohl bleibt in der Äußerung ihrer Zeitwünsche das verinnerlichte Ethos beruflicher Praxis stets als normativer Bezugspunkt und Sinnanspruch präsent. Der Ökonomisierungsdruck in der Pflege kann durchaus dazu beitragen, dass

Pflegekräfte ihre Arbeitsorientierung verändern bzw. zu problematischen Bewältigungsmustern neigen, wie Zynismus oder Übergriffen gegenüber Bewohner*innen (vgl. Kumbruck & Senghaas-Knobloch 2015; Osterbrink & Andratsch 2015). Die Befunde zeigen jedoch eindrucksvoll, dass die Beschäftigten auch unter erschwerten Voraussetzungen ihre Sinnansprüche an die Pflegearbeit reklamieren und aufrechterhalten. Von daher ist zu erwarten, dass sie mehr Zeit für die Pflege auch im Sinne ihres Ethos fürsorglicher Praxis einsetzen würden. Unter der Voraussetzung, dass die Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege gegenüber dem gegenwärtigen Zustand verbessert würde, wäre empirisch näher zu untersuchen, inwiefern betriebliche Rahmenbedingungen eine solche am Ethos fürsorglicher Praxis orientierte Zeitverwendung fördern können.

Kooperationsarbeit: Mehr Zeit für Beziehungsaufbau

Für Pflegekräfte ist die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer guten Kooperationsbeziehung zu den Bewohner*innen von zentraler Bedeutung, da diese ihnen die Pflege erleichtert. Ein gelingender Beziehungsaufbau ist zugleich die Basis dafür, Gefühlsarbeit und subjektivierendes Arbeitshandeln in der Pflege leisten zu können.

Die Pflegekräfte wünschen sich mehr Zeit für den Beziehungsaufbau, insbesondere beim Einzug der Bewohner*innen. Der erste **Beziehungsaufbau** werde beim Einzug geleistet. Die Pflegekraft muss sich in diesem Fall Zeit nehmen, die neue pflegebedürftige Person kennenzulernen. Die Pflegekraft muss einerseits meist unter Zeitdruck, neben ihren anderen Tätigkeiten (Zeit- und Leistungsdruck), den Einzug vorbereiten. Sobald der/ die neue Bewohner/ in ankommt, wird erwartet, dass die Pflegekraft sich Zeit nimmt für den neuen Bewohner/ die neue Bewohnerin und entsprechend die Beziehung in Ruhe aufbaut und der neuen Person das Einleben ermöglicht (GD 4, Absatz 18). Ein guter Umgang sei anders „*als wenn ich jetzt bloß ‚Guten Tag‘ sag und dann (...) vielleicht das Zeug ausräumen und Absatz drehen und wieder fort mach, ne, das geht nicht.*“ (Phk 4, Absatz 42). Es brauche Zeit, um die Beziehung aufbauen zu können:

„Frau 100990153009 zum Beispiel hab ich auch am Anfang mal Theater gehabt, ne, ich wollte ihr was Gutes tun, irgendwas, und das wollte sie alles nicht, weil die ja hier herkommen und [...] eigentlich gar nicht hier sein wollen. So, jetzt willst du denen was Gutes tun, da die sind dann gar nicht empfänglich dafür, ne.“ (Phk 4, Absatz 42).

Die Beziehung entwickle sich dann **über die Zeit** und der Umgang **verändere** sich: „*Jetzt komme ich so gut mit der klar*“ (Phk 4, Absatz 24). Häufig zeigte sich zudem in den Interviews,

dass eine mangelnde Kooperations- und Gefühlsarbeit auch für das Abschalten der Pflegekräfte nach der Arbeit eine Rolle spielt und von den Pflegekräften psychisch belastend empfunden wird (vgl. Kapitel 5.4.1 Zeitbedarfe mit Blick auf Emotionsarbeit).

Gefühlsarbeit: Mehr Zeit für Sterbebegleitung

Gefühlsarbeit umfasst unter anderem, Bewohner*innen im Sterbeprozess Beistand zu leisten, sie zu trösten und quasi seelsorgerisch zu begleiten. Die Pflegekräfte bemängeln, dass es oft an Zeit für die Sterbebegleitung fehle: **Die Pflegebedürftigen verstürben alleine**, obwohl man sich kümmern möchte, betont exemplarisch eine Pflegekraft (Pfk 3). Um die Arbeit so durchführen, wie es die Pflegekräfte gerne würden, bräuchte es aus ihrer Sicht **mehr Zeit mit den Bewohner*innen** im Sterbeprozess. Diese würden sie z. B. gerne einsetzen, um nach der Pflege im Zimmer zu bleiben und mit ihnen reden zu können (Bettwachen).

Subjektivierendes Arbeitshandeln: Mehr Zeit für den Umgang mit Unwägbarkeiten

Wünsche nach mehr Zeit für Interaktionsarbeit richten sich auf den Umgang der Pflegekräfte mit neuen, unvorhersehbaren Situationen in der Pflege (Unwägbarkeiten). Sich auf Unwägbarkeiten einzustellen, diese reflektieren zu können, daraus lernen zu können, das benötigt aus Sicht der Pflegekräfte mehr Zeit (GD 4, Absatz 144).

Die Pflegekräfte erklärten, dass z.B. Störungen Vorrang haben und alle anderen anstehenden Tätigkeiten werden zeitlich nach hinten geschoben. Es bräuchte demnach mehr Zeit, um die Arbeit qualitativ und vollständig umsetzen und abschließen zu können.

Zugleich verweisen die Pflegekräfte darauf, dass für eintretende, unvorhersehbare Situationen, wie Stürze von Bewohner*innen (Phk 4, Absatz 36), Zeit genommen werden müsse, denn in diesen Fällen gebe keine Alternative (GD 4, Absatz 84). Aufgrund dessen, dass Pflegekräfte sich bisher auch die Zeit für diese Fälle genommen hätten, wurde z. T. in den Gruppendiskussionen keine zusätzliche Zeit gewünscht (GD3). Zu beachten sind hierbei jedoch die besonders gute Personalbesetzung der Einrichtung und die relativ großzügigen zeitlichen Rahmenbedingungen.

Emotionsarbeit: Mehr Zeit für Psychohygiene

In der Auswertung der qualitativen Daten spiegeln sich divergente Haltungen und Umgangsweisen der Pflegekräfte mit der Regulation eigener Gefühle und Befindlichkeiten bei der Arbeit wider: teils wurde hierfür ein zusätzlicher Zeitbedarf gesehen, teils wurde die emotionale

Selbstregulation in den Privatbereich verlagert. In einer Gruppendiskussion forderten die Pflegekräfte jedoch konkret (mehr) Zeit für die eigene Psychohygiene, die einrichtungsintern nicht vorgesehen sei und daher in den privaten Kreis verlagert werde (GD 4, Absatz 117). Eine Art Reflexionszeit würde Pflegekräften zugutekommen, die, wie sie sagen, emotional nicht hinterherkommen. Diese Zeiten werden allerdings nicht von allen Pflegekräften in gleicher Länge benötigt und auch nicht grundsätzlich von allen Pflegekräften an jedem Tag. Zeiten für Emotionsarbeit wären gerade im Rahmen von Sterbebegleitung hilfreich, da der Umgang mit eigenen Gefühlen des Verlusts und der Trauer um verstorbene Bewohner*innen bisher primär im privaten Rahmen verarbeitet wird (Phk 2/ Schüler*in).

Mehr Zeit für die Pflegedokumentation

Einige Pflegekräfte sind der Ansicht, die Dokumentation nehme einen viel zu großen Zeitanteil an ihrer Arbeit ein und die Zeit könne besser am / an der Bewohner*in eingesetzt werden. Andere Pflegekräfte hingegen halten den Anteil der Dokumentation für gut und wichtig und würden lieber mehr Zeit für die Dokumentation aufwenden. Diese Pflegekräfte heben hervor, dass der erforderliche Umgang mit Unwägbarkeiten bzw. ungeplanten Zwischenfällen in der Pflege zur Folge habe, dass die Zeit für die bewohnerspezifische Pflegedokumentation nicht ausreiche: Auch das ausführliche und gewissenhafte **Dokumentieren** brauche Ruhe und Zeit, die im normalen Arbeitsalltag nicht möglich seien, weil es etwa alle 2 Minuten zu Störungen bzw. Unterbrechungen komme (Pfk1; Pfk 9).

5.5 Zum Verhältnis von qualitativen und quantitativen Daten

Im folgenden Teilkapitel soll das Verhältnis zwischen qualitativen und quantitativen Daten und Ergebnissen in der Studie zur Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege näher reflektiert werden. Hierbei sollen erstens tendenzielle Konvergenzen zwischen quantitativen und qualitativen Ergebnissen der Forschung verdeutlicht werden. Zweitens soll aufgezeigt werden, wo Grenzen der quantitativen Methodik mit Blick auf eine hinreichende Erfassung von Interaktionsarbeit liegen und welche Schlussfolgerungen sich daraus ergeben.

Bei der Präsentation der Zwischenergebnisse der qualitativen Teilstudie vor dem Auftrag gebenden Expertengremium im Dezember 2018 wurde mehrfach die Frage aufgeworfen, inwiefern sich aus den qualitativen Ergebnissen auch in quantitativ messbare Zeitwerte generieren ließen. Eine unmittelbare Generierung quantitativer Daten auf Basis qualitativer Erhebungen ist nicht möglich, da sich die quantitative und qualitative Methodik und Forschungsparadigmen

zu sehr voneinander unterscheiden, als dass eine solche Transformation qualitativer in quantitative Daten möglich erschien. Im Rahmen der qualitativen Teilstudie wurde eine Anbindung der qualitativen an die quantitativen Daten und Ergebnisse daher auf indirektem Wege verfolgt:

- Die erste Vorgehensweise bestand darin, Elemente der Interaktionsarbeit im Rahmen der quantitativen Erhebungen zu berücksichtigen. Hierzu wurde geprüft, inwiefern sich die Interaktionsarbeit inklusive ihrer vier Dimensionen in die Konzeption der Teilschritte und Anforderungen des Interventionskatalogs integrieren lässt. In enger Abstimmung mit dem Projektteam des SOCIUM hat das iaw-Projektteam Teilschritte und Anforderungen soweit wie möglich um Aspekte der Interaktionsarbeit ergänzt. Der Interventionskatalog bildete eine zentrale Grundlage für die Schulung der Datenerhebenden im Rahmen der quantitativen Erhebungen. Zudem erfolgte bei der Schulung der Datenerhebenden eine Sensibilisierung für Aspekte der Interaktionsarbeit, so dass sie diese bei der fachlichen Einschätzung von Soll-Zeiten angemessen berücksichtigen sollten.
- Die zweite Vorgehensweise bezog sich darauf, in den qualitativen Gruppendiskussionen mit Pflegekräften in den vier ausgewählten Einrichtungen erfahrungsbasierte Zeitwerte für Interaktionsarbeit zu eruieren. Wie bereits aufgezeigt wurde, geriet dieses Vorhaben an Grenzen, da die Pflegekräfte sich nur teilweise in der Lage sahen, solche erfahrungsbasierten Zeitwerte abzuschätzen und diese Schätzwerte eine sehr breite Streuung aufwiesen. Dies veranlasste uns dazu, daraus keine tendenziellen Aussagen zu annähernd quantifizierbaren, pauschalen Zeitwerten auf Basis des Erfahrungswissens der Pflegekräfte abzuleiten.

Vor diesem Hintergrund wurde zunächst am Beispiel ausgewählter Interventionen sondiert, inwiefern eine Konvergenz zwischen den qualitativen und quantitativen Studienergebnissen aufscheint. Ferner wurde ebenfalls am Beispiel ausgewählter Interventionen eruiert, wo Begrenzungen der quantitativen Teilstudie im Hinblick auf die Erfassung von Interaktionsarbeit sichtbar werden, die es erfordern, über zeitliche prozentuale Zuschläge für Interaktionsarbeit nachzudenken. Hierzu wird im nachfolgenden 6. Kapitel ein Vorschlag unterbreitet.

5.5.1 Zur Konvergenz von qualitativen und quantitativen Ergebnissen

In Zusammenarbeit mit dem SOCIUM wurde geprüft, inwiefern zwischen den qualitativen und den quantitativen Forschungsbefunden eine Konvergenz der Ergebnisse vorliegt. Hierzu wurden die Ergebnisse mit Blick auf ausgewählte Interventionen verglichen, die durch ein hohes Maß an Interaktionsarbeit geprägt sind. Wenn hier von Konvergenz die Rede ist, bezieht sich

dies auf eine tendenzielle Gleichgerichtetheit der Ergebnisse. Vor dem Hintergrund der qualitativen Ergebnisse lassen sich die quantitativen SOLL-Ergebnisse ausgewählter Interventionen durch Zeitaufschläge der Datenerhebenden für Interaktionsarbeit interpretieren. Hierbei handelt es sich um Plausibilitätsannahmen, denn de facto ließ sich nur ansatzweise feststellen, ob die zeitlichen SOLL-Aufschläge nachweisbar für Interaktionsarbeit vergeben wurden. Hierzu hätten nach der Beobachtung durchgeführte Interviews mit den Datenerhebenden näheren Aufschluss geben können. Solche qualitativen Interviews waren im Studiendesign aber nicht vorgesehen. In Anbetracht der Sensibilisierung der Datenerhebenden für Interaktionsarbeit und der Tatsache, dass es sich dabei überwiegend um erfahrene Pflegefachkräfte handelt, ist anzunehmen, dass sich in diesen SOLL-Zeitaufschlägen gleichwohl zusätzliche Zeitbedarfe für Interaktionsarbeit widerspiegeln, zumal sie sich nicht klar von den sogenannten Pflegeinterventionen trennen lassen.

Eine solche Konvergenz der Ergebnisse lässt sich beispielsweise mit Blick auf die Studienergebnisse zu den beiden Interventionen 3.3 verhaltens- und umgebungsbezogene Interventionen sowie 4.17 Nahrungsaufnahme: Durchführung aufzeigen:

Intervention: 3.3 verhaltens- und umgebungsbezogenen Interventionen

Die Verhaltensweise des Umherwanderns bezieht sich insbesondere auf demenziell erkrankte Bewohner*innen. Die darauf bezogene Intervention wurde der Interventionskategorie „Verhaltens- und umgebungsbezogene Intervention“ zugeordnet.

Definiert wird diese Intervention im Interventionskatalog wie folgt: „*Unterstützung bei der Bewältigung von Verhaltensweisen und -auffälligkeiten und psychischen Problemlagen.*“

Genauer beschrieben wird die Intervention mit: „*Verhaltens- und umgebungsbezogene Interventionen sind ausgerichtet auf einen Bedarf an personeller Hilfe, der unmittelbar oder indirekt in Folge bestimmter Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen entsteht. Dazu gehören z. B.*

- *Situationen, die mit einem Risiko der Selbstverletzung einhergehen oder anderer verhaltensbedingter Schädigungen der Gesundheit (z. B. Verweigerung der Nahrungsaufnahme, Ablehnung von notwendiger Unterstützung, Essen ungenießbarer Substanzen),*
- *Situationen, die zwar keine unmittelbare Gefährdung, aber andere Probleme oder Belastungen für den Betroffenen darstellen können (z. B. **sich verlaufen**, Horten und Verstecken von Gegenständen, Beschädigung der materiellen Umgebung, veränderter Tag-Nacht-Rhythmus),*

- *Gefährdungen oder Beeinträchtigungen anderer Personen (z. B. durch aggressives Verhalten oder vokale Auffälligkeiten).*

Zu den umgebungsbezogenen Interventionen zählen die Identifizierung und Veränderung von verhaltenswirksamen Umgebungsfaktoren und die Schaffung einer sicheren und vertrauten Umgebung (z. B. durch Entfernung von Verletzungsquellen oder die Bereitstellung/Beschaffung vertrauter Gegenstände). Die verhaltensbezogenen Interventionen umfassen verbale Reaktion auf die Verhaltensweisen und die gezielte Ansprache, das Einwirken auf die Verhaltensweisen, Maßnahmen zur Entlastung (z. B. Minderung von Ängsten, Motivation zur Verbalisierung negativer Empfindungen) und Kriseninterventionen.“
[Herv. CS]

Die Resultate der qualitativen Teilstudie belegen, dass das ‚Umherwandern‘ von insbesondere demenziell erkrankten Bewohner*innen mit einer für die Pflegekräfte überwiegend sehr zeit- aufwändigen Interaktionsarbeit verbunden ist. Insbesondere sind hierbei die Gefühls-, sowie die Kooperationsarbeit der Pflegekräfte und ihr subjektivierendes Arbeitshandeln gefordert, um die Grundlage dafür zu schaffen, dass umherwandernde Bewohner*innen bereit sind, in die Einrichtung bzw. in ihren Wohnbereich zurückzukehren. Die Ergebnisse der quantitativen Erhebung²⁰ weisen in die gleiche Richtung:

Auch hier wird deutlich, dass tendenziell durch die Datenerhebenden die Zeit für diese Intervention als nicht ausreichend bewertet wurde. Insbesondere die Situation des Suchens einer umherwandernden Person stellt den befragten Pflegekräften zufolge einen immensen zeitlichen Mehraufwand für die Pflegekräfte dar. In einer Einrichtung wurde davon berichtet, dass eine demenziell erkrankte, pflegebedürftige Person außerhalb der Einrichtung umherwanderte und sich von mehreren Beschäftigten nicht überzeugen ließ zurückzukehren, sodass schließlich die Einrichtungsleitung die Person 3,5 km in eine Richtung und wieder zurück begleitete, um sie vor Verletzungen und Orientierungslosigkeit zu bewahren. Dass Bewohner*innen aus den Einrichtungen (in den Straßenverkehr) liefen, passiere nach Aussage der Pflegekräfte immer wieder.

Intervention: 4.17 Nahrungsaufnahme: Durchführung

²⁰ Stand 31.01.2019

In den qualitativen Interviews und Gruppendiskussionen erklärten die Pflegekräfte immer wieder, dass nicht genug Zeit für das Anreichen von Essen vorhanden sei. In den quantitativen Daten¹⁹ konnte die Tendenz bestätigt werden.

Im Interventionskatalog wurde die Intervention wie folgt definiert: *„Unterstützung einer pflegebedürftigen Person bei der oralen Nahrungsaufnahme.“*

Beschrieben wird die Intervention darin wie folgt: *„Die Intervention ‚Nahrungsaufnahme: Durchführung‘ umfasst die Unterstützung bei der Aufnahme von Getränken oder Speisen unter Berücksichtigung der Wünsche und der Geschwindigkeit der betroffenen Person sowie der notwendigen hygienischen Schutzmaßnahmen. Ggf. umfasst die Intervention körperliche Unterstützungen, wie beispielsweise das ‚Hand führen‘.“*

Entsprechend der Definition wurde die *„Berücksichtigung der Wünsche und der Geschwindigkeit“* als Teil der Intervention gesehen. Dies lässt sich auch unter Kooperationsarbeit fassen. Damit zeigt sich an diesem Beispiel, dass z. T. die Anforderungen, die durch Interaktionsarbeit bei der Intervention entstehen, auch im quantitativen Studienteil berücksichtigt wurden. Inwiefern dieser Anforderung des Erfragens von Essenswünschen und des Eingehens auf Vorlieben nachgekommen wird, liegt jedoch auch in der Intervention Vorbereitung der Nahrungsaufnahme. Zudem ist dies eine Frage der jeweiligen Organisation in der Einrichtung. Es gibt unterschiedliche Regelungen wie z. B. Essensausgaben über Tablets, sodass Vorbestellungen im Wochenrhythmus möglich sind. In manchen Einrichtungen konnte während der Essensausgabe gefragt werden, wer was und wie viel wovon essen möchte.

Dies ist aber eine Intervention, die in der quantitativen Erhebung häufig über den fiktiven Bewohner „Admin Orga“, unter dem alle organisatorischen, nicht auf eine/ n Studienteilnehmer*in bezogenen Tätigkeiten, erfasst wurde. Daraus lässt sich schließen, dass auch hier keine Zuordnung zu einer konkreten Person erfolgt ist. Das Vorgehen wurde damit begründet, dass die Pflegekräfte in diesem Falle häufig sich nicht nur einer Person widmen, sondern auch anderen Bewohner*innen am Tisch mal eben zwischendurch helfen. Demnach wären die nachfolgenden Ergebnisse auf alle Bewohner zu beziehen (z. B. Essen anreichen am Esstisch).

Prinzipiell zeigen auch die quantitativen Daten, dass es einen notwendigen zeitlichen Mehraufwand gibt, um diese Intervention fachgerecht durchführen zu können.

Das Anreichen der Nahrung dauert je nach Selbstständigkeit, Wünschen und persönlicher Geschwindigkeit nicht immer gleich lange. Die Intervention wurde nur bei Bewohner*innen ab einem Pflegegrad von 3 festgehalten, sofern die Intervention direkt einer Person zugeordnet

werden konnte und nicht über Admin Orga erfasst wurde. Diese Aspekte lassen eine breite Streuung erklären.

Grundsätzlich wäre hierbei jedoch zu bedenken, dass Unwägbarkeiten eine Rolle spielen könnten und auch ggfls. zu leistende Gefühlsarbeit eine Rolle bei der Nahrungsaufnahme der Pflegebedürftigen erforderlich werden kann. Ein konkreter zusätzlicher Zeitwert für Interaktionsarbeit ist daher auf Grundlage der Daten nicht benennbar.

5.5.2 Begrenzungen der quantitativen Teilstudie mit Blick auf Interaktionsarbeit

Die quantitative Studie zur Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege weist mit Blick auf die Berücksichtigung von Interaktionsarbeit deutlich über vorhandene Ansätze der Personalbemessung in diesem Bereich hinaus, bei denen Interaktionsarbeit nicht beachtet wurde:

- Pflegeinterventionen enthalten immer auch interaktive Aspekte, da Interventionen und Interaktionsarbeit in der pflegebezogenen Dienstleistungsarbeit nicht voneinander zu trennen sind. In die Beschreibung der Teilschritte und Anforderungen des Interventionskatalogs wurden daher soweit wie möglich Aspekte der Interaktionsarbeit integriert. Diese bildeten eine wichtige Informations- und Orientierungsgrundlage für die quantitativen Erhebungen. Somit enthalten die erfassten Zeiten für die Pflegeinterventionen auch eingeschränkt Zeiten für Interaktionsarbeit. Wie auch in Kapitel 2.2 (Interaktionsarbeit und Zeit) bereits herausgestellt wurde, handelt es sich in häufigsten Fällen um sehr kurze Interaktionsmomente, sowie zu einem Großteil, um Interaktionsepisoden, die zeitgleich mit einer Verrichtung stattfinden (Glaser et al. 2008: 69). Aufgrund der Tatsache, dass während der quantitativen Datenerhebung immer nur eine Intervention gleichzeitig gestartet werden konnte, wurden diese kurzen Interaktionsepisoden zwar zeitlich, aber nicht inhaltlich erfasst. Inwiefern die Datenerhebenden diese Leistung der Kommunikation für relevant hielten, sodass sie ggfls. Zeitzuschläge als notwendig bewerteten, ist nicht überprüfbar. Darüber hinaus werden kognitive / nicht sichtbare Interaktionszeiten zwischen zwei Bewohner*innen keinen direkten Einfluss auf zeitlich notwendige Bewertungen gehabt zu haben.
- Die quantitativ Datenerhebenden, bei denen es sich um qualifizierte Pflegekräfte mit in der Regel mehrjähriger Berufserfahrung handelte, wurden vor ihren Erhebungen in den stationären Pflegeeinrichtungen nicht nur eingehend über die Studie informiert und in der Handhabung der Datenerfassungsgeräte geschult, sondern auch mit Blick auf die Interaktionsarbeit sensibilisiert. Diese Sensibilisierung erfolgte vor dem Hintergrund,

dass selbst qualifizierte Pflegekräfte sich der Interaktionsarbeit im Arbeitshandeln oft nicht explizit gewahr sind, da Interaktionsarbeit eng verwoben ist mit den unterschiedlichsten pflegebezogenen Interventionen. Die Sensibilisierung zielte daher darauf ab, die Aufmerksamkeit der quantitativen Datenerhebenden für Interaktionsarbeit und ihre vier Kerndimensionen zu erhöhen, so dass sie Interaktionsarbeit in ihrer Erhebung mit erfassten und bei der Einschätzung der SOLL-Werte für pflegebezogene Interventionszeiten mitberücksichtigten.

- Die Studie zur Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege war interdisziplinär ausgerichtet, da sie auf die Kooperation zwischen den Fachdisziplinen Public Health, Pflegewissenschaften und Arbeitswissenschaft setzte. Durch die arbeitswissenschaftliche Perspektive wurde die Perspektive der Pflegebeschäftigten und ihre Sinnansprüche an ihre Arbeit berücksichtigt. Die qualitative Teilstudie lenkte die Aufmerksamkeit auf die Pflegekräfte als Arbeitspersonen, die in stationären Pflegeeinrichtungen als sozio-technische personenbezogene Dienstleistungssysteme tätig sind. Durch diese Perspektivenerweiterung geraten – vor allem in der qualitativen Teilstudie – auch die konkreten Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte und ihre mit der Interaktionsarbeit verbundenen Arbeitsanforderungen stärker in den Blick. Die Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege ist nicht nur eine Frage der Personalausstattung in Bezug auf Standards der Pflegequalität und Pflegegrade der Bewohner*innen, sondern gleichermaßen auch eine Frage der Arbeitsqualität: Gesundheitsförderliche und sinnstiftende Arbeitsbedingungen bilden nicht nur eine Grundlage für eine hohe Dienstleistungsqualität (vgl. Becke et al. 2010). Vielmehr ermöglichen sie Pflegekräften ihre Arbeitstätigkeiten längerfristig auszuüben und fördern ihre Bindung an das Berufsfeld bzw. an Einrichtungen.

Die Studie zur Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege weist also auch mit Blick auf die Interaktionsarbeit einen innovativen Charakter auf, der über bestehende Ansätze der Personalbemessung hinausweist. Allerdings wurden bei der für die Personalbemessung relevanten Interaktionsarbeit auch Grenzen der quantitativen Teilstudie deutlich, die hier nun erörtert werden. Im nachfolgenden Kapitel werden Schlussfolgerungen aus diesen Begrenzungen gezogen.

Limitationen der quantitativen Teilstudie in Bezug auf Interaktionsarbeit werden vor allem in folgenden Aspekten sichtbar:

Grenzen der Beobachtbarkeit von Interaktionsarbeit

Interaktionsarbeit beinhaltet sichtbare, nur schwer beobachtbare und unsichtbare Tätigkeitselemente. Im Interventionskatalog wurden überwiegend von außen beobachtbare Tätigkeitselemente der Interaktionsarbeit aufgenommen. Diese Tätigkeitselemente beziehen sich primär auf zwei der vier Dimensionen der Interaktionsarbeit: die Kooperationsarbeit und die Gefühlsarbeit. Das subjektivierende Arbeitshandeln, das sich auf den Umgang mit Unwägbarkeiten im pflegebezogenen Arbeitsprozess bezieht, wurde innerhalb des Interventionskatalogs durch die Berücksichtigung von notwendige Bedarfs- und Notfallinterventionen selektiv einbezogen. Subjektivierendes Arbeitshandeln stellt allerdings bei personenbezogenen Dienstleistungen und insbesondere in der Pflege eine alltägliche Daueranforderung an Pflegekräfte dar, wie auch in der qualitativen Teilstudie deutlich wurde. Grenzen der Planbarkeit des pflegebezogenen Arbeitshandelns resultieren vor allem aus dem ‚Arbeitsgegenstand Mensch‘, d.h. aus der Subjektivität der Pflegebedürftigen, ihrer sich verändernden Befindlichkeit und psychophysischen Konstitution (Böhle et al. 2015) sowie aus den sozialen Interaktions- und Beziehungsdynamiken zwischen Pflegekräften und Pflegebedürftigen (vgl. Becke & Wehl 2014; Becke et al. 2015). Darüber hinaus können sich Unwägbarkeiten des pflegebezogenen Arbeitshandelns aus sich verändernden betrieblichen bzw. personenbezogenen Rahmenbedingungen ergeben, wie eine Ausweitung grippaler Infekte innerhalb der Belegschaft, der bei verbleibenden Pflegekräften Mehrarbeit und überlange Arbeitszeiten nach sich ziehen kann und u.a. zur Folge hat, dass Pflegekräfte nun auch Pflegebedürftige betreuen, mit denen sie weniger vertraut sind. Hinzu kommt, dass subjektivierendes Arbeitshandeln unsichtbare Tätigkeiten beinhaltet (Kumbruck 2010), wie kognitive und intrapsychische Prozesse, die sich einer externen Beobachtbarkeit entziehen. Die Bewältigung vielfältiger Unwägbarkeiten in der Pflegearbeit sowie diese kognitiven wie intrapsychischen Arbeitsleistungen der Pflegekräfte werden in der quantitativen Teilstudie nicht oder kaum erfasst. Dies bedeutet, dass hierfür auch keine (notwendigen) Zeiten der Pflegearbeit erfasst werden. Diese Problematik besteht auch im Hinblick auf die von Pflegekräften zu leistende Emotionsarbeit. Da die Gefühlsregulation der Pflegekräfte intrapsychisch erfolgt, entzieht sie sich weitgehend einer direkten Beobachtbarkeit. Gleichwohl ist Emotionsarbeit mit Zeiten für die Gefühlsregulation verbunden. Wenn Pflegekräfte Zeit für die Gefühlsregulation bzw. für die Bewältigung emotionaler Anforderungen an die Pflegearbeit aufwenden, so wird diese Zeit bisher nicht anerkannt, da es sich dabei um unsichtbare Tätigkeitselemente handelt. Die Nicht-Berücksichtigung von Zeiten für Emotionsarbeit hat zur Folge, dass sich die Pflegearbeit weiter verdichtet, wenn auf der Ebene der Einrichtungen keine Reflexions- und Bewältigungszeiten zur Verfügung gestellt werden. Diese

grundsätzliche Problematik der Nicht-Berücksichtigung von Zeiten für Emotionsarbeit wird auch in der quantitativen Teilstudie nicht gelöst.

Mit Blick auf das subjektivierende Arbeitshandeln und die Emotionsarbeit kann daher festgehalten werden, dass die quantitative Methode der Zeiterfassung von Pflegeinterventionen intrapsychische und kognitive Prozesse der beschatteten Pflegekräfte, wie die sinnliche Wahrnehmung, die individuelle Analyse von Pflegesituationen, das Sich-Einstellen auf unvorhergesehene Arbeitssituationen, die Reflexion der eigenen Arbeit sowie der Kontrolle oder Regulation eigener Gefühle bei der Arbeit, nicht von den quantitativen Datenerhebenden erfasst werden konnten. Hier ergänzt der qualitative Studienteil zur Interaktionsarbeit wesentliche Kernaspekte, die es bei der Personalbemessung zu berücksichtigen gilt.

Anhand einer ausgewählten Intervention lässt sich diese Problematik verdeutlichen:

Intervention: 4.19 postmortale Versorgung

An die Sterbebegleitung schließt sich die Intervention der postmortalen Versorgung an. Im Interventionskatalog ist sie wie folgt definiert: „*Definition: Notwendige pflegerische und organisatorische Maßnahmen nach Eintritt des Todes.*“

Beschrieben wird diese Intervention im Interventionskatalog folgendermaßen: „*Die ‚Postmortale Versorgung‘ beinhaltet alle organisatorischen und pflegerisch notwendigen Schritte zur Nachsorge, einschließlich der Übergabe des Verstorbenen an das Bestattungsinstitut (z. B. Benachrichtigung des Arztes die Unterrichtung und Unterstützung der Angehörigen, Nachlassverwaltung).*“

Die Beschreibung dieser Intervention ist zunächst ein gutes Beispiel dafür, dass die von Pflegekräften zu leistende Gefühlsarbeit gegenüber den Angehörigen des verstorbenen pflegebedürftigen Menschen integriert wird und damit auch für die quantitative Datenerhebung relevant wird. An diesem Beispiel wird aber auch deutlich, dass die mit der postmortalen Versorgung – wie auch mit der Intervention der Sterbebegleitung – verbundene Emotionsarbeit der Pflegekräfte, wie die eigene Trauerbewältigung mit Blick auf den verstorbenen pflegebedürftigen Menschen, hier keine Berücksichtigung erfährt. Emotionale innerpsychische Prozesse können kaum von einer datenerhebenden Person erfasst werden.

Zwar gehört der Umgang mit existenziellen Gefühlen, wie Trauer, zur Arbeit und der Professionalität einer Pflegekraft, dennoch gilt es dabei entsprechend zeitlichen Raum und ggfls. auch einen Rückzugsraum zu schaffen, um die Bewältigung während der Arbeit zu ermöglichen.

Dies wurde auch im Studienteam normativ diskutiert. Die Ergebnisse der Gruppendiskussionen in den vier ausgewählten Pflegeeinrichtungen weisen darauf hin, dass die Zeit für das Bearbeiten und Kontrollieren der eigenen Gefühle sehr unterschiedlich sein kann und sowohl abhängig von der Person, die verstirbt und ihrer Beziehung zur Pflegekraft als auch von der Persönlichkeit der Pflegekraft. Hier geht es darum, wie Pflegekräfte mit solchen psycho-emotionalen Belastungen zurechtkommen.

In dieser quantitativen Teilstudie ist somit die Emotionsarbeit aufgrund ihrer fehlenden Beobachtbarkeit noch nicht berücksichtigt, somit wird sie auch in zeitlicher Hinsicht nicht berücksichtigt. Hierfür müsste es daher tendenziell einen zeitlichen Zuschlag geben, dessen Höhe von den Pflegekräften individuell unterschiedlich bewertet wird.

Nur begrenzte Erfassung der durchgängigen Kommunikation während der Interventionen

Eine weitere Limitation ist einem Übertragungsfehler in der Software der zur Datenerhebung verwendeten Tablets geschuldet: Im Interventionskatalog wurde für jede Pflegeintervention als ein Teilschritt die durchgehende Kommunikation während einer Intervention beschrieben. Dieser Teilschritt wurde als zu beobachtende Anforderung leider nicht in das Softwareprogramm der Datenerfassung übernommen (Übertragungsfehler). Die Kommunikation der Pflegekräfte mit Bewohner*innen wurde daher nur im Rahmen der Intervention des Gesprächs mit Bewohner*innen aufgenommen. Fraglich bleibt hier, inwieweit die durchgehende Kommunikationsarbeit der Pflegekräfte tatsächlich während der Beobachtung dem intendierten Gespräch mit Bewohner*innen zugeordnet wurde. Zu beachten ist zudem, dass Kommunikation nicht nur in Gesprächen, sondern auch in kurzen Kommunikationsmomenten, nonverbal in Blickkontakten, einer kurzen Berührung oder während einer Intervention eine Rolle spielt. Die Zeiten für die durchgehende Kommunikation mit Bewohner*innen während der Interventionen wurden daher offenbar nur begrenzt erfasst. Inwiefern sich dies zeitlich auswirkt, kann nur spekuliert werden: Sofern die Kommunikation nicht zeitgleich mit der Intervention begann oder endete, wurde diese zeitliche Differenz, wenn sie in geringem Ausmaß (z.B. <3 Sekunden) war, ggfls. nicht erfasst. Möglich ist auch, dass manche Datenerhebende diese (Blickkontakt, Streicheln über den Oberarm o. Ä.) nicht als Intervention gesehen haben, und somit ggfls. gar nicht erfasst haben könnten.

Geringe Beobachtungshäufigkeit relevanter interaktionsintensiver und zeitaufwändiger Interventionen

Im Rahmen der quantitativen Datenerhebung in den an der Studie zur Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege teilnehmenden Einrichtungen wurden Interventionen unterschiedlich häufig beobachtet. Eine geringe Anzahl von Beobachtungen bezog sich z. T. auf Interventionen, die für Interaktionsarbeit und die Berücksichtigung des damit verbundenen Zeitbedarfs für die Personalbemessung besonders relevant sind, da sie interaktionsintensiv und tendenziell mit vergleichsweise höherem Zeitaufwand verbunden sind. Es handelte sich dabei vor allem um die Interventionen der Sterbebegleitung von Bewohner*innen, die ein hohes Maß an Gefühls-, Biographiearbeit, und auch Emotionsarbeit der Pflegekräfte erfordert, und um den Einzug neuer Bewohner*innen, der auch in zeitlicher Hinsicht mit hohen Anforderungen an zu leistende Kooperationsarbeit durch die Pflegekräfte verbunden ist. Die geringe Anzahl der quantitativen Beobachtungen im Falle der Sterbebegleitung sowie die fehlende separate Erhebung des Einzugs neuer Bewohner*innen bedeutet keineswegs, dass die damit verbundenen Zeitbedarfe zu vernachlässigen sind. Die Ergebnisse der qualitativen Teilstudie zeigen vielmehr, dass beide Interventionen mit einem vergleichsweise hohen Zeitbedarf verbunden sind, wenn sie auftreten. Dies bedeutet, dass hierfür in der Personalbemessung entsprechende Zeiten für die Sterbebegleitung von Bewohner*innen und den Einzug neuer Bewohner*innen einschließlich der dabei zu leistenden Interaktionsarbeit zu berücksichtigen und vorzuhalten sind.

Diese Problematik soll anhand der beiden Interventionen der ‚Biographiearbeit‘ und der Bettwache näher verdeutlicht werden:

Intervention: 2.12 Biographiearbeit

Insbesondere beim **Einzug neuer Bewohner*innen** spielt die Biographiearbeit als Bestandteil der Gefühlsarbeit (Böhle et al. 2015) laut der Aussagen der Pflegekräfte eine zentrale Rolle. Hier bemängelten die Pflegekräfte zu wenig Zeit, um vernünftig eine Biographiearbeit durchführen zu können.

Im Rahmen der quantitativen Erhebung wurde der Einzug neuer Bewohner*innen keiner konkreten Person zugeordnet, sondern fiel stattdessen in die Kategorie „Admin Orga“. Die jeweilige, einziehende Person konnte vor der Datenerhebung, während der Informationssammlung auf dem jeweiligen Wohnbereich/ der jeweiligen Station nicht rechtzeitig zur Einwilligung befragt werden. Daher konnten diese Personen nicht als konkrete Studienperson in die Studie einbezogen werden.

Bei der Biographiearbeit während der Einzugsphase neuer Bewohner*innen spielt insbesondere die Kooperation der Pflegekräfte mit den neuen Pflegebedürftigen bzw. ihren Angehörigen eine große Rolle, um erste wesentliche Informationen zu erhalten. Hier sind auch Unterschiede je nach Pflegegrad und Persönlichkeit der einziehenden Person zu berücksichtigen. Gleichzeitig wird in den oben beschriebenen qualitativen Ergebnissen deutlich, wie wichtig der Beziehungsaufbau und das Eingehen auf die Gefühle der Bewohner*innen während des Einzugs ist.

Definiert wird die Biographiearbeit im Interventionskatalog als: *„Gezielte Informationssammlung mit der pflegebedürftigen Person über ihren Lebenslauf, ihre Lebenseinstellung und historische Zusammenhänge der Generation.“*

Beschrieben wird die Intervention wie folgt: *„Die Biographiearbeit umfasst neben der Sammlung von Daten und Fakten aus dem Leben der pflegebedürftigen Person Kenntnisse zur Lebenseinstellung, zum Lebensumfeld aber auch zu ‚kleineren Geschichten‘ aus dem Leben, da diese häufig länger abrufbar sind und eine positive Wirkung auf die pflegebedürftige Person haben. Die Biographiearbeit ermöglicht ein Verständnis für die pflegebedürftige Person und erleichtert den Zugang.“*

Diese quantitativen Ergebnisse lassen sich so interpretieren, dass zwar auch hier die zeitaufwändigen Einzüge relativ selten vorkamen und in der SOLL-Häufigkeit korrigiert wurden, jedoch die IST-Zeit der SOLL-Zeit relativ ähnlich ist²¹. Während des Einzugs könne es Aussagen der interviewten Pflegekräfte zufolge sein, dass die zeitliche Zuwendung der Pflegekraft dem neuen Bewohner, der neuen Bewohnerin gegenüber auch mal 30 Minuten dauern kann. Entsprechend zeigt sich auch hier die Spannweite der Werte: Einerseits müssten demnach auch 30 Minuten Zeit für Zuwendung ermöglicht werden, wobei es jedoch auch kürzer dauern könnte. Andererseits sind die Zuwendung und der Beziehungsaufbau zum Einzug nicht vollständig mit der Biographiearbeit gleichzusetzen. Inwiefern das Biographiegespräch, als Teil der Anforderung an eine Pflegekraft bei einem Neueinzug, länger oder kürzer dauert, hängt laut Pflegekräften von mehreren Faktoren ab. Sie sind darauf angewiesen, dass ihnen jemand etwas erzählt. Daher müsste die jeweilige neue Person und / oder Angehörige auskunftsfähig sein. Darüber hinaus gibt es verwahrloste Personen, die mit keiner weiteren Information über sich oder ihre Lebenssituation in eine stationäre Pflegeeinrichtung eingeliefert werden und die selten direkt eine Biographiearbeit kooperativ unterstützen können.

²¹ Stand 31.01.2019

Die genaue Zeit, die somit für die Zuwendung beim Einzug von Seiten der Pflegekraft benötigt wird, kann nicht genau bestimmt werden.

Intervention: 2.11 Bettwache

Die Definition von Bettwache, die im Interventionskatalog der Studie zu finden ist, lautet: „*Ständige Anwesenheit einer Pflege- oder Betreuungskraft bei einer pflegebedürftigen Person in einer kritischen Situation.*“

Entsprechend wird beschrieben: „*Bei der Bettwache wird die pflegebedürftige Person nicht alleine gelassen. Bei Sterbenden steht die Hilfe bei sozialen und seelsorgerischen Problemen im Vordergrund.*“

Diese Intervention wurde recht selten während des gesamten Datenerhebungszeitraumes erhoben. Entsprechend ist auf der Basis der Ergebnisse (Stand Januar 2019) trotz Soll-Korrektur ein auf die Gesamtanzahl der betroffenen Personen niedriger zeitlicher Wert zu erwarten, wo einzelne Pflegefachkräfte in den Gesprächen von ca. 30-minütiger Sterbebegleitung sprachen. Gleichzeitig benötigen oder wünschen sich nicht alle Personen in kritischen Situationen, wie dem Sterbebett, eine solche Begleitung bzw. variiert der Zeitaufwand je nach Bedarf. Dennoch ist es wahrscheinlich, dass eine gewisse Zeit, z.B. auch von einer Stunde ausgeschöpft wird, wenn die Intervention tatsächlich einmal benötigt wird. Fraglich ist darüber hinaus, wie sich für den Fall dann dieser Zeitraum eröffnen ließe, also inwiefern er vorher bei der Personalbemessung eingeplant werden kann. Hier wären entsprechende Zeitpuffer für die Sterbebegleitung vorzuhalten.

Die Intervention Bettwache sieht dabei allerdings auch noch keine Zeit für Emotionsarbeit von Pflegekräften vor, die es gerade in der Bewältigung dieser existentiellen Situation noch zu berücksichtigen gäbe. Interaktionsarbeitszeit müsste darüber hinaus berücksichtigt werden.

Fazit: Diese Limitationen der quantitativen Teilstudie in der zeitlichen Berücksichtigung von Interaktionsarbeit und die beschriebenen zeitbezogenen Kernergebnisse der qualitativen Teilstudie erfordern es, zusätzliche Zeitbedarfe für Interaktionsarbeit in der stationären Langzeitpflege auszuweisen. Da sich aus den Ergebnissen der qualitativen Teilstudie keine quantifizierbaren Zeitbedarfe ableiten lassen, die hierfür genutzt werden könnten, bedarf es hierfür begründeter normativer Setzungen. Der Vorschlag des Projektteams aus dem Institut Arbeit und Wirtschaft (iaw) sieht daher disponible Interaktions- und Reflexionszeiten als prozentuale zeitliche Zuschläge vor, die Pflegekräfte in ihrer Pflegearbeit für die Arbeit mit und an Bewohner*innen sowie für Reflexionszeiten, wie kollegiale Beratungen, Supervision oder Gesundheitszirkel, verwenden können. Dieser Vorschlag wird im folgenden Kapitel näher entfaltet.

6 Zeitlicher Mehrbedarf für Pflegearbeit: Disponible Interaktions- und Reflexionszeiten – ein konzeptioneller Vorschlag

Die Kernergebnisse der qualitativen Teilstudie haben verdeutlicht, dass ein hoher Bedarf besteht, im Rahmen der zukünftigen Personalbemessung zusätzliche Zeiten für die Interaktionsarbeit von Pflegekräften in der stationären Langzeitpflege vorzusehen. Zunächst sollen in diesem Kapitel die wesentlichen Argumente hierfür noch einmal konzise zusammengefasst werden. Danach wird unser Vorschlag der disponiblen Interaktions- und Reflexionszeiten vorgestellt. In Anbetracht der Begrenzungen der quantitativen Teilstudie zur Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege und spezifischer, bisher zu wenig berücksichtigter Erkenntnisse der qualitativen Teilstudie integriert dieser Vorschlag zusätzlich erforderliche Zeitbedarfe für die Interaktionsarbeit mit Bewohner*innen und für eine gesundheitsförderliche Reflexion der Pflegearbeit.

6.1 Zusammenfassung: Nicht oder unzureichend erfasste Zeitbedarfe für Interaktionsarbeit

Der Ausgangspunkt für unsere konzeptionellen Überlegungen, komplementär zu den Ergebnissen der quantitativen Teilstudie disponible Interaktions- und Reflexionszeiten vorzusehen, liegt zum einen in Limitationen der quantitativen Studie mit Blick auf Interaktionsarbeit, zum anderen in spezifischen Erkenntnissen der qualitativen Teilstudie zur Interaktionsarbeit, insbesondere zur Bedeutung von Zeit für die arbeitsbezogenen Sinnansprüche und den Zeitbedarf für eine gesundheitsförderliche Psychohygiene der Pflegekräfte.

6.1.1.1 Limitationen der quantitativen Teilstudie mit Blick auf Interaktionsarbeit

- Im Interventionskatalog sowie im Rahmen der quantitativen Datenerhebung wurden primär **zwei von vier Dimensionen** der Interaktionsarbeit nach Böhle et al. (2015) **berücksichtigt**: die Kooperationsarbeit und die Gefühlsarbeit. Die Erhebung des subjektivierenden Arbeitshandelns, d.h. der Umgang mit Unwägbarkeiten in der Pflegearbeit, wurde insbesondere in Bezug auf Notfallinterventionen und einige weitere ungeplante bedarfsorientierte Interventionen einbezogen. Weniger konnte im Rahmen der quantitativen Beschattung berücksichtigt werden, dass der Umgang mit Unwägbarkeiten für Pflegekräfte eine alltägliche Daueranforderung in ihrem Arbeitsprozess darstellt. Die

Quellen dieser Unwägbarkeiten sind im pflegebezogenen Arbeitsprozess sehr vielfältig. Unwägbarkeiten ergeben sich nicht nur aus der leiblich gebundenen Subjektivität, der sich verändernden psycho-physischen Konstitution, den Bedürfnissen und dem Eigensinn der Pflegebedürftigen oder aber dem Umherwandern der Bewohner*innen. Darüber hinaus resultieren Unwägbarkeiten auch aus der spezifischen Interaktions- und Beziehungsdynamik zwischen Pflegekräften und Pflegebedürftigen sowie aus sich verändernden technischen, organisatorischen oder personellen Rahmenbedingungen der Einrichtungen. Das subjektivierende Arbeitshandeln der Pflegekräfte auf der Grundlage dieser vielfältigen Unwägbarkeitsquellen konnte im Rahmen der quantitativen Teilstudie nur teilweise erhoben werden. Ferner lässt sich subjektivierendes Arbeitshandeln nur begrenzt von außen beobachten und erfassen, da es u.a. auf kognitiven und intrapsychischen Prozessen der Pflegekräfte basiert. Dieses Merkmal teilt das subjektivierende Arbeitshandeln mit der Emotionsarbeit als emotionaler Selbstregulation der Pflegekräfte. Emotionsarbeit ist weder im Interventionskatalog erfasst noch lässt sie sich von außen beobachten. Es bestehen also Grenzen der Beobachtung und Objektivierbarkeit der Emotionsarbeit und des subjektivierenden Arbeitshandelns. Sie lassen sich daher nicht quantitativ im Rahmen eines Startens und Stoppens der Zeiten für einzelne Interventionen erfassen. Gleichwohl erfordern diese in der quantitativen Teilstudie weitgehend unberücksichtigten Dimensionen der Interaktionsarbeit Zeiten für ihre Ausübung.

- In der quantitativen Teilstudie wurde deutlich, dass einige **Interventionen**, die im Rahmen der Beschattung **selten beobachtet** oder nicht berücksichtigt wurden, **hohe Anforderungen an Interaktionsarbeit** stellen und sich als recht **zeitintensiv** erweisen können. Beispiele hierfür bilden etwa die Sterbebegleitung und Palliativpflege sowie der Einzug neuer Bewohner*innen. Für diese interaktions- und zeitintensiven Interventionen sind ausreichende Zeitpuffer vorzuhalten, auch wenn sie seltener vorkommen als andere Interventionen und nur begrenzt vorhersehbar sind.
- Die qualitativen wie die quantitativen Erhebungen erstreckten sich in den teilnehmenden Pflegeeinrichtungen auf einen begrenzten Zeitraum von wenigen Tagen. Gegenstand der quantitativen Erhebungen sind einzelne Interventionen und die damit verbundenen Zeitwerte (Ist- und Soll-Zeiten). Die dafür zu leistende Interaktionsarbeit erfolgt in einem sozialen wie **zeitlichen Handlungskontext**, der **über die Phasen der Beobachtung** und der quantitativen wie qualitativen Erhebung **hinausweist**. Dieser Handlungskontext ist in den kurzen Zeiträumen der Erhebungen jedoch nur begrenzt

erfassbar. Deutlich wird dies am Beispiel der von den Pflegekräften gegenüber den Bewohner*innen zu leistenden Kooperationsarbeit. Der Aufbau und die Aufrechterhaltung einer pflegeförderlichen Beziehung zwischen Pflegekräften und Bewohner*innen basiert auf sozialem Vertrauen, das eine fragile soziale Ressource bildet: Es setzt einerseits relativ lange Zeiträume des Vertrauensaufbaus voraus, andererseits kann Vertrauen vergleichsweise schnell erodieren, z.B. im Falle erlebter Störungen oder Enttäuschungen des Vertrauens (vgl. Becke 2013; Beckert et al. 1998). Die Entwicklung sozialen Vertrauens und auch dessen Aufrechterhaltung erfordert in der stationären Langzeitpflege Zeit für die Begegnung und den Austausch zwischen Pflegekräften und Bewohner*innen. Vertrauen bildet die Voraussetzung dafür, dass zwischen Pflegekraft und Bewohner*in ein sozialer Raum entsteht, in dem es möglich wird, in der Pflege Nähe bzw. Intimität und professionelle Distanz auszubalancieren (Kumbruck 2010). Die dafür notwendige Zeit der Kooperationsarbeit lässt sich nicht anhand der Zeiten für spezifische pflegebezogene Interventionen erheben, selbst wenn hierbei Kooperationsarbeit berücksichtigt wird. Sie ist in den Interventionen übergreifenden sozialen Handlungskontext der jeweiligen Pflegeeinrichtung und der Beziehung zwischen einzelnen Pflegekräften und Bewohner*innen einzuordnen.

Die Fragilität **sozialen Vertrauens** enthält in der stationären Langzeitpflege eine zusätzliche Komponente: Im Falle demenziell erkrankter Pflegebedürftiger. Hier sind Pflegekräfte oft wiederholt gefordert, vertrauensförderliche Kooperationsarbeit zu leisten, d.h. die Vertrauensbasis für die Pflege wiederherzustellen bzw. aufrechtzuerhalten. Die damit verbundene Zeit für Kooperationsarbeit lässt sich schwer abschätzen, stellt aber – aus Sicht interviewter Pflegekräfte – einen relevanten Zeitfaktor für Kooperationsarbeit dar.

6.1.1.2 Arbeitsbezogene Sinnansprüche von Pflegekräften realisieren

Ein Kerneergebnis der qualitativen Teilstudie besteht darin, dass der deutlich überwiegende Teil der interviewten Pflegekräfte sich wünscht, die Pflegearbeit so ausgestalten zu können, dass diese den sozial und beruflich legitimierten Sinnansprüchen an das Ethos fürsorglicher Praxis (vgl. Senghaas-Knobloch 2008) soweit wie möglich entspricht. Aus Sicht der Pflegekräfte sind Wünsche nach **mehr Zeit für Zuwendung, Kommunikation und individuelle Betreuung der Bewohner*innen von essenzieller Bedeutung**, um ihre arbeitsbezogenen Sinnansprüche in der Pflegearbeit zu realisieren. Diese normativ-ethische Erwartungshaltung der Pflegekräfte ist im Rahmen der Personalbemessung verstärkt zu berücksichtigen, denn

sie bildet ein Hauptmotiv für die Wahl des Pflegeberufs bzw. die Aufnahme der Pflegearbeit in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege. Personalmangel und hoher Zeitdruck bei der Arbeit haben allerdings häufig zur Folge, dass Pflegekräfte sich veranlasst sehen, Abstriche an Zeiten für Zuwendung und Kommunikation mit Bewohner*innen vorzunehmen, um Arbeitsanforderungen in der verfügbaren Arbeitszeit bewältigen zu können. So müssen Pflegekräfte oft kurzfristig und spontan über die Verwendung stark begrenzter Ressourcen für die Pflege entscheiden. In einer Studie zur Pflege in hessischen Akutkrankenhäusern gaben beispielsweise 77,9 % der befragten Pflegekräfte (n = 858) an, dass sie sich nicht im erforderlichen Maß Zeit für Zuwendung (z.B. Gespräche mit Patientinnen und Patienten) nehmen konnten (Braun et al. 2014: 54). Hier scheinen die Pflegekräfte demnach am häufigsten zu kürzen, wenn es zu Zeitmangel kommt, wenngleich die Beziehung zwischen Pflegebedürftigen und Pflegekräften und den Patient*innen und Pflegekräften aufgrund der unterschiedlichen Fokussierung der Einrichtungen unterschiedlich zu bewerten ist

In der alltäglichen Pflegearbeit ausreichend Zeit zu haben, um arbeitsbezogene Sinnansprüche zu realisieren, erhält – neben anderen Faktoren, wie eine angemessenes Arbeitsentgelt und beruflichen Entwicklungschancen – eine Schlüsselbedeutung für die Gewinnung und organisationale wie berufliche Bindung von (qualifizierten) Pflegekräften (Zimmer 1998: 422). Diese ausgeprägten Sinnansprüche der Pflegekräfte legen nahe, ausgehend von den Grenzen der quantitativen Teilstudie einen zeitlichen Mehrbedarf für Interaktionsarbeit zu berücksichtigen.

6.1.1.3 Zeitbedarf für Psychohygiene und Gesundheitsförderung in der Pflegearbeit

Die Kernergebnisse der qualitativen Teilstudie verdeutlichten, dass sich der **Personalmangel** in den untersuchten Einrichtungen der stationären Langzeitpflege als eine bedeutsame Ursache für die Entstehung von **Zeitdruck** bei der Arbeit bzw. Arbeitsintensivierung erweist. Beschäftigte neigen – wie auch unsere qualitative Teilstudie zeigte – z.T. zu **problematischen Bewältigungsstrategien**, wie ‚Arbeiten trotz Krankheit‘ oder der informellen Ausweitung von Arbeitszeiten, um in einem verdichteten Arbeitsalltag noch mehr Zeit für Interaktionsarbeit zu reklamieren (vgl. auch Fischer 2010; Dammayr 2012). Ferner zeigt sich in der qualitativen Teilstudie, dass Zeitdruck bei der Arbeit die Einhaltung erholungsförderlicher Arbeitspausen beeinträchtigte (siehe auch Kunze 2011: 600). Diese qualitativen Befunde, die Zeitdruck bei der Arbeit – mitverursacht durch die seit den 1990er Jahren zunehmende Ökonomisierung der Pflege – als einen zentralen gesundheitsgefährdenden Stressor ausweisen, werden durch einschlägige Studien zu den Arbeitsbedingungen in der stationären Altenpflege bestätigt (vgl.

Zimber 1998; Theobald et al. 2013; Dammayr 2012; Dathe & Paul 2011). Die **erhöhte Arbeitsintensivierung erschwert** den Pflegekräften, in der **Pflegearbeit das Ethos fürsorglicher Praxis** zur Geltung zu bringen (Senghaas-Knobloch 2014: 27). Bei Pflegekräften erhöht sich dadurch das Gesundheitsrisiko von Burnout als gravierende psycho-physische Erschöpfung, die durch emotionale Erschöpfung, nachlassendes Arbeitsengagement und Aversion bzw. Zynismus gegenüber Bewohner*innen geprägt ist (Jenull et al. 2008; Kunze 2011; Osterbrink & Andratsch 2015).

Darüber hinaus wird in den empirischen Befunden der qualitativen Teilstudie die **Ambivalenz der Interaktionsarbeit** deutlich: Sie erweist sich auf der einen Seite als eine **gesundheitsförderliche Ressource**, da die Arbeit mit und am Menschen Pflegekräften Sinnorientierung vermittelt und ein zentrales Motiv ihrer Berufswahl und -ausübung bildet. Auf der anderen Seite erleben Beschäftigte die Arbeit mit und an pflegebedürftigen Bewohner*innen mitunter auch als **emotional sehr fordernd und belastend**. Beispiel hierfür bilden Anforderungen in der Arbeit, emotionale Dissonanzen auszuhalten (z.B. innere psycho-emotionale Befindlichkeiten gegenüber Bewohner*innen zu verbergen und nach außen positive Gefühle darzustellen), negative Gefühle, wie Ekel beim Umgang mit Exkrementen und Erbrochenem, konstruktiv zu bewältigen, und mit schwierigen, z.T. aggressiven Bewohner*innen zurechtzukommen zu müssen (vgl. Zimber 1998; Kumbruck 2010; Schöllgen & Schulz 2016). In den untersuchten Pflegeeinrichtungen besteht die Tendenz, die Bewältigung emotionaler Arbeitsbelastungen zu individualisieren, da organisationsintern hierfür kaum Reflexionsräume und -zeiten oder gesundheitsförderliche Angebote geschaffen werden. Die Bewältigung emotionaler Arbeitsbelastungen wird weitgehend den Pflegekräften in ihren außerbetrieblichen Lebenssphären überantwortet. Die Pflegekräfte erlegen sich in ihrem Bewältigungshandeln z.T. Selbstbeschränkungen auf, da sie die Pflegeeinrichtungen nicht (mehr) als sozialen Ort wahrnehmen, in dem der Umgang mit emotionalen Belastungen adressiert werden kann.

Die Kernergebnisse der qualitativen Teilstudie zu Interaktionsarbeit verweisen auf einen **erhöhten Zeitbedarf für die Psychohygiene** von Pflegekräften in der Arbeitszeit sowie für gesundheitsförderliche Reflexionsräume, um die sozio-emotionalen Belastungen bei pflegebezogener Interaktionsarbeit gut bewältigen und Pflegearbeit gesundheitsförderlicher gestalten zu können.

6.2 Disponible Interaktions- und Reflexionszeiten

Die qualitative Teilstudie hat auf der einen Seite verdeutlicht, dass ein zeitlicher Mehrbedarf für pflegebezogene Interaktionsarbeit und für eine gesundheitsförderliche Reflexion der Arbeitssituation bzw. der Arbeits- und Berufsrollen von Pflegekräften besteht, der in der quantitativen Teilstudie und somit auch im neu entwickelten Algorithmus zur Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege nicht hinreichend abgebildet wird. Auf der anderen Seite weist die qualitative Teilstudie Limitationen mit Blick auf die **konkrete Bestimmung und Angabe spezifischer Zeitwerte für diesen zeitlichen Mehrbedarf** auf: Der in dieser Teilstudie unternommene Versuch, auf Basis der Gruppendiskussionen mit Pflegekräften unterschiedlicher stationärer Pflegeeinrichtungen zu erfahrungsbasierten, quantifizierbaren Schätzwerten zu gelangen, hat sich leider nicht als zielführend erwiesen. Zum Teil waren die Pflegekräfte nicht in der Lage, solche erfahrungsbasierten Schätzwerte für Interaktionsarbeit und deren vier Dimensionen anzugeben; zum Teil wiesen die genannten Schätzwerte erhebliche Streubreiten auf, sodass keine klaren Tendenzen daraus geschlossen werden können

6.2.1 Vorschlag für die Berücksichtigung disponibler Interaktions- und Reflexionszeiten im Rahmen der Personalbemessung

Der konstatierte zeitliche Mehrbedarf für Interaktionsarbeit und gesundheitsbezogene Reflexionszeiten der Pflegekräfte ist aufgrund der Kernergebnisse der qualitativen Teilstudie und der genannten Begrenzungen der quantitativen Teilstudie zwar empirisch unabweisbar, lässt sich aber nicht in quantifizierbaren Zeitwerten ausweisen. Wir plädieren daher im Rahmen einer normativen Setzung dafür, **prozentuale und pauschalierte, disponible Interaktions- und Reflexionszeiten** vorzusehen. Diese prozentualen Zeitwerte orientieren sich konservativ am unteren Spektrum des von den Pflegekräften in den einrichtungsbezogenen Gruppendiskussionen abgeschätzten erfahrungsbasierten zeitlichen Mehrbedarfs. Dieser – in den Ergebnissen der quantitativen Teilstudie nicht erfasste – zeitliche Mehrbedarf beläuft sich auf schätzungsweise 5 % bis maximal 10 % der täglichen Arbeitszeit einer Pflegekraft, die bereits im quantitativen Teil erhoben wurde. Bei einer Vollzeit-Pflegekraft entspräche dies z.B. einem Mindestmehrbedarf von ca. 25 Minuten für Interaktions- und Reflexionszeiten je Arbeitstag, ergänzend zum in der quantitativen Datenerhebung ermittelten Zeitbedarf. Diese disponiblen Interaktions- und Reflexionszeiten wären als ein zeitlich pauschalierter prozentualer Zuschlag oder Sockel denkbar, der auf jene Zeitwerte für Pflegeinterventionen aufgerechnet würde, die im Rahmen der quantitativen Erhebung für die Personalbemessung ermittelt werden. Es han-

delt sich dabei um einen disponiblen prozentualen Zeitzuschlag für Interaktions- und Reflexionszeiten. Dieser Zeitzuschlag sollte möglichst zu gleichen Teilen für Interaktionsarbeit und für Reflexionszeiten außerhalb des Arbeitsprozesses, z.B. im Rahmen von kollegialen Fallberatungen, Teamsupervisionen bzw. Gesundheitszirkeln, verwendet werden.

Aus pflegewissenschaftlicher Perspektive mag der Begriff der disponiblen Interaktions- und Reflexionszeiten zumindest auf den ersten Blick Irritationen auslösen, da pflegebezogene Interventionen per se eng verwoben sind mit Interaktionsarbeit und Reflexionszeiten auch unter Emotionsarbeit gefasst werden könnten. Aus arbeitswissenschaftlicher Perspektive haben wir uns entschieden, dennoch an dieser Bezeichnung festzuhalten: Ausgangspunkt unserer Überlegungen ist, dass Interaktionsarbeit bisher in der pflegebezogenen Personalbemessung nicht als Arbeitsleistung anerkannt wird, denn Interaktionsarbeit entzieht sich teilweise einer Beobachtung von außen und erschwert damit eine objektivierte Quantifizierung, die beobachtbare konkrete Pflegeinterventionen voraussetzt (vgl. Müller & Thorein 2018). Interaktionsarbeit als weitgehend unsichtbare und oft auch unzureichend beachtete Arbeitstätigkeit (Kumbruck 2010) bedarf daher der verstärkten öffentlichen Aufmerksamkeit und Anerkennung. Wir behalten den Begriff der disponiblen Interaktions- und Reflexionszeiten bei, da durch diese begriffliche Wahl die Aufmerksamkeit auf Interaktionsarbeit und den dafür erforderlichen höheren Zeitbedarf gelenkt werden. Zugleich wird damit betont, dass auch auf organisationaler Ebene für diese Leistung Zeit vorgehalten werden müsste (Reflexionszeiten).

Der zeitliche Zuschlag erstreckt sich daher erstens auf die Interaktionsarbeit zwischen Pflegekräften und Pflegebedürftigen sowie zweitens auf Reflexionszeiten, die eine gesundheitsförderliche Gestaltung von Interaktionsarbeit in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege ermöglichen. Reflexionszeiten können zum einen in konkrete Arbeitsprozesse eingelagert sein. Ein Paradebeispiel dafür bildet die während der Pflegearbeit zu leistende Emotionsarbeit der Pflegekräfte. Im Rahmen der Emotionsarbeit sollten Pflegekräfte die Zeit haben, sich von emotional besonders belastenden Arbeitssituationen zu distanzieren und diese zu reflektieren, sich innerlich zu sammeln und auf anstehende neue pflegebezogene Interventionen in Ruhe auszurichten. Hinreichend Zeit für die Reflexion emotional aufwühlender Arbeitssituationen und mitunter auch geeignete räumliche Rückzugsmöglichkeiten können Pflegekräfte bei der Emotionsarbeit unterstützen.

Zum anderen beziehen sich Reflexionszeiten auf Reflexionsräume außerhalb des konkreten Arbeitsprozesses, aber während der Arbeitszeit. In diesen bedarfsorientiert nutzbaren Reflexionsräumen, wie kollegiale Fallberatungen, Gesundheitszirkel oder Teamsupervisionen, können Pflegekräfte ihre Interaktionsarbeit bzw. deren (arbeitsorganisatorische) Rahmenbedingungen gemeinsam als Expertinnen und Experten ihrer Arbeit – z.T. mit externer Unterstützung – reflektieren, emotional belastende Arbeitssituationen ansprechen und z.B. Vorschläge für eine Veränderung von Arbeitsprozessen und -strukturen entwickeln.

6.2.2 Zur Komplementarität der Zeitzuschläge für disponible Interaktions- und Reflexionszeiten

Wir empfehlen, die prozentualen Zeitzuschläge für disponible Interaktions- und Reflexionszeiten möglichst gleichermaßen auf Zeiten für die Interaktionsarbeit der Pflegekräfte mit Bewohner*innen und auf Reflexionszeiten außerhalb des Arbeitsprozesses aufzuteilen. Diese beiden Arten von Zeitzuschlägen entfalten eine **komplementäre Wirkung** für die Pflegekräfte und ihre Gesundheit. Werden die prozentualen Zeitanteile lediglich oder überwiegend für die Interaktionsarbeit mit Bewohner*innen vorgesehen, so können mindestens zwei unterschiedliche Problemkonstellationen entstehen: In diesem Fall bleiben den Pflegekräften kollektive Reflexionsräume und -zeiten zur konstruktiven Bewältigung sozio-emotionaler Anforderungen der Interaktionsarbeit weitgehend vorenthalten, d.h. ihnen wird weitgehend selbst überlassen, wie sie mit derartigen Anforderungen und Belastungen umgehen.

Durch die Ökonomisierung der Pflege wird die Fürsorgerationalität (Waerness 2001: 12 f.)²² der Pflegekräfte häufig überlagert durch eine betriebsökonomische Effizienzrationalität (Schwarz & Höhmann 2018: 29). Wenn Pflegekräften **ökonomische Anforderungen als nicht beeinflussbare Sachzwänge** erscheinen, prägt dies auch ihre Alltagspraktiken: So entwickeln Pflegekräfte, die beständig oder häufig unter Zeitdruck arbeiten, eher problematische

22 Kari Waerness (2001, S. 12) definiert ihr Konzept der Fürsorgerationalität wie folgt: "The concept 'the rationality of caring' suggests that personal knowledge and a certain ability and opportunity to understand what is specific in each situation where help is required, are important prerequisites in order to be able to provide good care. This means that human and moral qualities in public care can only be elicited in situations where there is not a lot of bustle, but where there is enough *quiet* so that those requiring help are confident and are sure that the helper sees them as persons with specific needs. Or in other words that in his or her state of helplessness, a person feels to be in good hands. This also means that each helper must not be too busy. So far I have not seen that economic studies on 'efficiency' in the public sector have taken into consideration this important aspect of care-giving work. Economic efficiency in this sector is preferably measured as care for as many people as possible in the shortest possible time".

Gewohnheitsschleifen (Duhigg 2012: 41 ff.). Diese schlagen sich darin nieder, gerade bei notwendiger Interaktionsarbeit zeitliche Abstriche vorzunehmen, um die erforderlichen Pflegeinterventionen noch während der Arbeitszeit durchführen zu können. Überdies kommen diese Gewohnheitsschleifen darin zum Ausdruck, dass Pflegekräfte sich bei Arbeiten unter Zeitdruck kaum Zeit für die eigene emotionale Selbstregulation nehmen. Ein zusätzliches Zeitvolumen für Interaktionsarbeit kann für Pflegekräfte in diesem Fall eine Herausforderung darstellen, da sie dann die verfügbare Zeit womöglich nicht für zusätzliche Interaktionsarbeit mit Bewohner*innen oder für die eigene **Selbstfürsorge** nutzen. Pflegekräfte werden zusätzliche Zeiten für Interaktionsarbeit nutzen, wenn sie solche **problematischen Routinen des Arbeitshandelns reflektieren und verändern** sowie ökonomische Anforderungen als beeinflussbar wahrnehmen. Hierzu bedarf es aber der Unterstützung durch Führungskräfte und entsprechender betrieblich verankerter Reflexionsroutinen, wie die kollegialen Fallberatung oder die Team- und Organisationssupervision (vgl. Kocks et al. 2012; Gotthardt-Lorenz 2009).

Wenn hingegen die prozentualen Zeitzuschläge überwiegend oder vollständig für Reflexionszeiten außerhalb des Arbeitsprozesses genutzt werden, z.B. für Teamsupervision oder kollegiale Fallberatung, besteht die Gefahr, dass die vielfach in Einrichtungen vorzufindende Arbeitsverdichtung nur begrenzt abgebaut wird. Zudem ist in diesem Fall zu bezweifeln, dass Pflegekräfte hinreichend Zeit zur Verfügung haben werden, um Interaktionsarbeit mit Bewohner*innen zu leisten, die trotz auftretender Unwägbarkeiten längerfristig eine vertrauensbasierte Kooperationsarbeit ermöglicht und überdies auch jene Interventionen umfasst, die in der quantitativen Teilstudie nur unzureichend berücksichtigt wurden.

6.2.3 Der disponible zeitliche Mehrbedarf für Interaktionsarbeit

Der **zeitliche Mehrbedarf** für Interaktionsarbeit, d.h. für Interaktionszeiten, erstreckt sich auf **alle vier genannten Dimensionen der Interaktionsarbeit** (Böhle et al. 2015), die in der quantitativen Teilstudie nicht oder nur begrenzt erfasst wurden, wie Zeiten für Sterbebegleitung (Gefühlsarbeit), den subjektivierenden Umgang mit umherlaufenden Bewohner*innen (subjektivierendes Arbeitshandeln) oder den Einzug neuer Bewohner*innen sowie den zeitintensiven Aufbau einer vertrauensbasierten Kooperationsbeziehung zwischen Pflegekräften und Pflegebedürftigen (Kooperationsarbeit). Überdies richtet sich dieser zeitliche Mehrbedarf auf die Emotionsarbeit, d.h. die Gefühlsregulation von Pflegekräften im Rahmen ihrer Arbeitstätigkeit. Selbstsorge einschließlich der Psychohygiene bildet eine zentrale Grundlage für eine professionelle und qualitativ hochwertige Pflege (Osterbrink & Andratsch 2015: 192). Eine gesund-

heitsförderliche Gefühlsregulation der Pflegekräfte äußert sich in ihrer Kompetenz zur Selbstfürsorge oder Selbstpflege, wonach „*Pflegende auf ihr Wohl achten, auf ihre Bedürfnisse und Empfindungen Rücksicht nehmen und die eigene Person immer wieder aufs Neue stärken*“ (ebd.). Die arbeitsbezogene Gefühlsregulation im Sinne der Selbstfürsorge setzt die Einfühlung in die eigenen Bedürfnisse und Befindlichkeiten und deren Anerkennung seitens der Pflegekräfte voraus (vgl. Tausch & Tausch 2003: 152 ff.; Orellana & Schmidt 2015: 43). Darüber hinaus umfasst Selbstsorge den Selbstschutz der Pflegekräfte, d.h. des Erkennens und Akzeptierens der eigenen Belastungsgrenzen sowie der professionellen Abgrenzung gegenüber Tätlichkeiten und Aggressionen durch Pflegebedürftige (Osterbrink & Andratsch 2015: 192 f.).

Zeit für Emotionsarbeit zu haben, unterstützt eine solche selbstfürsorgliche Haltung von Pflegekräften, denn sie können diese Zeit nutzen, um sich ihrer Bedürfnisse in der Interaktionsarbeit gewahr zu werden und insbesondere nach emotional belastenden Interaktionssituationen mit Pflegebedürftigen die eigenen Gefühle konstruktiv zu bearbeiten, z. B. sich zu beruhigen und für nächste, anstehende Interaktion mit Bewohner*innen innerlich zu sammeln und neu auszurichten. Die Gefühlsregulation während der Arbeitszeit umfasst hierbei die emotionale Distanzierung gegenüber arbeitsbezogenen Ereignissen mit Bewohner*innen bzw. deren Angehörigen, die Pflegekräfte als emotional bzw. psychisch als belastend erleben, wie aggressives und übergriffiges Verhalten oder sexuelle Belästigung durch Bewohner*innen. Dieses psycho-emotionale Distanzierung von emotional belastenden Ereignissen in der Interaktionsarbeit kann durch Rückzugsräume in den Einrichtungen unterstützt werden, die Beschäftigten erlauben, zur Ruhe zu kommen und abzuschalten. Die Gefühlsregulation beinhaltet zudem den Umgang mit existenziellen Gefühlen im Rahmen der Interaktionsarbeit, wie Trauer um verstorbene Bewohner*innen. Die Fähigkeit zur Selbstfürsorge ist eine zentrale Voraussetzung für Pflegekräfte, das „*Nähe-Distanz-Dilemma*“ (Orellana & Schmidt 2015: 40) in der pflegebezogenen Interaktionsarbeit zu bewältigen, d.h. professionelle Distanz zu wahren und zugleich vertrauensbasiert Nähe zu Pflegebedürftigen herstellen und zulassen zu können.

Pflegekräfte sollten den zeitlichen Mehrbedarf für Interaktionsarbeit disponibel nutzen können, d.h. in ihren Schichten **bedarfsorientiert und flexibel einsetzen** können. Sie könnten diesen zusätzlichen Zeitpuffer für die Arbeit mit und an Bewohner*innen nutzen oder aber für ihre eigene Gefühlsregulation verwenden, z.B. im Anschluss an emotional belastende Arbeitssituationen, um sich emotional wie mental auf neue anschließende Arbeitssituationen einstellen und belastende Situationen (besser) bewältigen zu können. Eine zentrale Voraussetzung hierfür besteht darin, dass Pflegekräften in den Einrichtungen entsprechende Freiheitsgrade bzw.

Autonomiespielräume gewährt werden, zusätzliche Zeiten für Interaktionsarbeit eigeninitiativ und bedarfsorientiert nutzen zu können.

6.2.4 Der disponible zeitliche Mehrbedarf für Reflexionszeiten

Bei der Personalbemessung für die stationäre Langzeitpflege sollte darauf geachtet werden, auch einen zeitlichen Mehrbedarf für organisatorisch verankerte Reflexionszeiten für Interaktionsarbeit vorzusehen. Etwa die **Hälfte des prozentualen Zeitzuschlags** an disponiblen Interaktions- und Reflexionszeiten sollte auf der Einrichtungsebene **für organisatorisch verankerte Reflexionszeiten** verwendet werden, wie oben beschrieben. Die Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen haben dafür Sorge zu tragen, dass solche Reflexionszeiten zeitlich disponibel und bedarfsorientiert organisatorisch verankert werden, z.B. im Rahmen des betrieblichen Qualitäts- und Gesundheitsmanagements.

Solche Reflexionszeiten verfolgen unterschiedliche **Zielsetzungen**:

- sie stärken die **reflexive Handlungsfähigkeit** von Pflegekräften, d.h. ihre Fähigkeit, *„in Verbindung mit der Vorbereitung, Durchführung und Kontrolle von Arbeitsaufgaben sowohl über die Arbeitsstrukturen und -umgebungen, als auch über sich selbst zu reflektieren“* (Schwarz & Höhmann 2018: 42, Hervorhebung im Original)
- Sie sollen die **Gesundheitskompetenz** von Pflegekräften erhöhen, insbesondere ihre Fähigkeit zur Selbstfürsorge und zur emotionalen Selbstregulation stärken;
- sie zielen darauf ab, **Arbeitsprozesse und -strukturen** in der stationären Langzeitpflege – und damit auch die Interaktionsarbeit – **gesundheitsförderlicher** zu gestalten;
- sie eignen sich dazu, **problematische Routinen** des Arbeitshandelns von Pflegekräften (z.B. Verzicht auf Arbeitspausen und Selbstfürsorge in der Arbeit, Selbstbegrenzung der Zeit für Interaktionsarbeit) und fragwürdige Arbeitshaltungen, wie Zynismus im Umgang mit Pflegebedürftigen, gemeinsam zu **reflektieren** und schrittweise zu verändern;
- sie tragen zur **Organisations- und Kulturentwicklung** von Einrichtungen der stationären Langzeitpflege bei und erhöhen damit die organisationale Lernfähigkeit.

Wenn im Folgenden von Reflexionszeiten für Interaktionsarbeit die Rede ist, so handelt es sich dabei stets um Zeiten für die **kollektive, gemeinsame Reflexion von Interaktionsarbeit** durch Pflegekräfte als Expertinnen und Experten ihrer Arbeit. Solche Reflexionszeiten benötigen Reflexionsräume, d.h. spezifische Formate, die in stationären Einrichtungen der Langzeit-

pflege bedarfsorientiert für solche Reflexionszeiten bereitgestellt werden. Mit Blick auf Reflexionszeiten für Interaktionsarbeit werden an dieser Stelle drei organisatorische Formate unterschieden:

- Die kollegiale Fallberatung,
- die Teamsupervision sowie
- betriebliche Gesundheitszirkel.

In allen drei Formaten sind **Pflegekräfte als Expert*innen ihrer Arbeit die zentralen Akteure** der kollektiven Reflexion der Interaktionsarbeit und der Rahmenbedingungen, unter denen Interaktionsarbeit erfolgt. Die drei Formate unterscheiden sich nach ihren Anlässen, ihrer spezifischen Zielintention und den beteiligten Akteuren. Je nach Bedarf und Anlass können in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege einzelne Formate oder auch zeitlich parallel und aufeinander abgestimmt zwei oder drei Formate angeboten werden. Es empfiehlt sich, vor allem kollegiale Fallberatungen als niedrighschwellige Reflexionsräume regelmäßig vorzusehen und sie bei Bedarf durch Team- und eventuell auch Organisationssupervision sowie Gesundheitszirkel zu ergänzen. Auf diese Weise wird **gewährleistet**, dass **Interaktionsarbeit und ihre Rahmenbedingungen regelmäßig durch Pflegekräfte gemeinsam reflektiert** werden und so ihre reflexive Handlungsfähigkeit erhöht wird. Eine zentrale Erfolgsvoraussetzung für diese drei Formate der Reflexionsräume besteht darin, dass sie **organisationsintern verankert, als Reflexions- und Kommunikationsroutinen etabliert und verstetigt** werden sollten. Auf dieser Grundlage kann dann **bedarfsorientiert** entschieden werden, wann, zu welchen Anlässen und in welchen begrenzten Zeiträumen Teamsupervisionen und Gesundheitszirkel realisiert werden.

Mit Blick auf die kollegialen Fallberatungen sollten Pflegekräfte generell die Möglichkeit erhalten, bei Bedarf **anlassbezogen** eine Beratungsgruppe für eine kollegiale Fallberatung zusammenzustellen, um (auftretende) Probleme ihrer Arbeit gemeinsam zu reflektieren. Kollegiale Fallberatungen würden somit auf der Einrichtungsebene ein grundlegendes, auf Dauer angelegtes Format für arbeitsbezogene Reflexionsräume bilden, das durch die beiden anderen Formate bedarfsorientiert ergänzt werden kann.

Eine **zentrale Gemeinsamkeit** der drei genannten Formate besteht darin, dass sie auf die Förderung der arbeitsbezogenen wie **beruflichen Reflexionskompetenz**, insbesondere mit Blick auf die Interaktionsarbeit mit Bewohner*innen und deren gesundheitsförderliche Gestaltung, abzielen. Die Reflexionskompetenz oder reflexive Handlungsfähigkeit umfasst nach Schwarz und Höhmann (2018: 42) drei unterschiedliche Komponenten:

- Das vor einer konkreten Arbeitshandlung **vorausschauende** Reflektieren (pre-action reflection): Hierbei vergegenwärtigen sich Beschäftigte die anstehenden Arbeitsaufgaben und -ziele und planen ihr weiteres Vorgehen unter Berücksichtigung ihrer Erfahrungswissens. Im Kern der vorausschauenden Reflexion steht also die Antizipation von Arbeitsaufgaben. Sie kann durch eine einzelne Arbeitsperson oder aber mehrere Beschäftigte gemeinsam durchgeführt werden (z. B. im Rahmen von kollegiale Fallberatung, Teamsupervision oder Gesundheitszirkel).
- Die zweite Komponente der Reflexionskompetenz, d.h. reflection-in-action, bezeichnet „*das allgemeine Vermögen, über eine praktische Handlung zu reflektieren und sie zu verändern, während man diese ausübt*“ (Mareis 2014: 192). Diese **in das Arbeitshandeln eingebettete Reflexion** ermöglicht eine „*on-the-spot-inquiry*“ (Schön 2001: 194) angesichts unerwarteter Ereignisse, mit denen sich eine Arbeitsperson im Arbeitsprozess konfrontiert sieht. Die Reflexion des Arbeitshandelns und dessen unerwartete Folgen oder Ereignisse erfolgt hierbei ohne Unterbrechung des Handlungsverlaufs (Schwarz & Höhmann 2018: 43). Ein Beispiel für die in das Arbeitshandeln eingebundene Reflexion bildet die Emotionsarbeit, bei der Pflegekräfte im Arbeitshandeln ihre Gefühle regulieren, um emotionale Belastungen, die sich aus der Interaktion mit Bewohner*innen ergeben haben, bewältigen zu können.
- Schließlich beinhaltet die Reflexionskompetenz von Beschäftigten das **prüfende und bewertende Nachdenken** über das eigene Arbeitshandeln, eigene Verhaltensweisen oder Arbeitshaltungen, Arbeitsprozesse und -strukturen sowie über unerwartete Ereignisse. Diese „*reflection-on-action*“ erfolgt z.B., wenn Beschäftigte konkrete Arbeitsverläufe unterbrechen, um über ihr Arbeitshandeln nachzusinnen. Hierbei werden Arbeitshandeln und Reflexionsprozesse voneinander entkoppelt (ebd.). Dieses Reflektieren über das Arbeitshandeln und dessen Rahmenbedingungen kann auch außerhalb konkreter Arbeitsprozesse erfolgen, indem hierfür spezifische Reflexionsräume im Sinne organisatorischer Kommunikationsroutinen geschaffen werden (Jordan et al. 2009: 468; Kocks et al. 2012: 4) (z. B. im Rahmen von kollegiale Fallberatung, Teamsupervision oder Gesundheitszirkel).

Bei den drei genannten organisatorischen Formaten (kollegiale Fallberatung, Teamsupervision und Gesundheitszirkel) für **Reflexionsräume** handelt es sich um die oben genannten **Kommunikationsroutinen**. Sie ermöglichen eine kollektive Reflexion des Arbeitshandelns, der Arbeitsprozesse und -strukturen sowie der Verhaltensweisen und Arbeitshaltungen der Be-

schäftigten außerhalb konkreter Arbeitsprozesse, aber innerhalb der Arbeitszeit. Zwar ist hierbei keine in Arbeitsprozessen eingelagerte Reflexion möglich. Gleichwohl können sich die gemeinsamen Reflexionsprozesse in diesen drei Reflexionsräumen auf das vorausschauende Antizipieren von Arbeitsaufgaben und Handlungssituationen in der Arbeit sowie auf die ‚reflection-on-action‘ beziehen (Jordan et al. 2009). Die Einführung und Etablierung dieser drei Formate für Reflexionsräume trägt dazu bei, die arbeits- und berufsbezogene Reflexionskompetenz von Pflegekräften insgesamt und im Speziellen in Bezug auf Interaktionsarbeit zu erhöhen. Sie können damit auch die reflection-in-action der Pflegekräfte bei der Interaktionsarbeit mit Bewohner*innen fördern.

Eine Besonderheit der gemeinsamen Reflexion des Arbeitshandelns sowie der Arbeitsprozesse und -strukturen besteht darin, dass durch die Einbindung unterschiedlicher Beschäftigter bzw. Führungskräfte und ggf. externer Akteure (z.B. Supervisor*innen) in diese Reflexionsräume **Perspektivenvielfalt** generiert wird: Sie öffnet den **Blick für alternative, innovative Handlungsoptionen** in der Arbeit, die anschließend im Arbeitshandeln erprobt werden können. Zugleich ermöglicht diese organisierte Vielfalt an Akteursperspektiven, **nicht intendierte Wirkungen** des Arbeitshandelns und der Arbeitshaltungen von Beschäftigten im Rahmen der Interaktionsarbeit (selbst)kritisch zu **reflektieren und zu überprüfen** (vgl. Becke 2014: 64 f.).

Die folgende Übersicht bietet eine vergleichende Darstellung der drei organisatorischen Formate für Reflexionszeiten:

Tabelle 1: Drei Formate für Reflexionszeiten (eigene Darstellung)

Dimension / Format	Kollegiale Fallberatung	Teamsupervision	Gesundheitszirkel
Inhaltlicher Fokus	Arbeitsbezogene Entwicklung pragmatischer Problemlösungen, auch zu Herausforderungen der Interaktionsarbeit	Reflexion des Arbeitshandelns / Verhaltens gegenüber Bewohner*innen, Bearbeitung von Teamkonflikten / Tabus bei der Arbeit und der sozio-emotionalen Bewältigung von Anforderungen an die eigene Arbeit / Interaktionsarbeit	Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung unter direkter Beteiligung von Beschäftigten
Teilnehmende	5-8 Beschäftigte	Ca. 5-8 Beschäftigte	Max. 10-12 Personen

Verfahren	<p>Bearbeitung des Praxisanliegens eines Beschäftigten als Fallgeber*in in einem nach 6-7 Phasen strukturierten Verfahren.</p> <p>Ausdifferenzierung von Rollen; zugleich rotierender Rollenwechsel</p>	<p>Strukturierte Reflexion der eigenen Arbeit / des beruflichen Handelns. Teamaustausch unter Anleitung eines/einer Supervisor*in;</p> <p>festgelegte Rollenstruktur zwischen Team und Supervisor*in als beratende Person.</p>	<p>Moderierte Workshops, in denen arbeitsbezogene Belastungen und Ressourcen identifiziert werden sowie Ideen und Verbesserungsvorschläge zur Belastungsreduktion und Ressourcenstärkung entwickelt werden.</p>
Beteiligte	<p>Gruppe / Team aus Arbeits- bzw. Berufskolleg*innen</p>	<p>Team (inklusive Einbindung der direkten Führung)</p>	<p>Hierarchie- und bereichsübergreifende Zusammensetzung, inklusive betrieblicher Expert*innen</p>
Beratende	<p>Team (intern)</p>	<p>Supervisor*in (extern)</p>	<p>Qualifizierte interne oder externe Moderator*in</p>
Zeitaufwand	<p>45 Min.- 90 Minuten für jede kollegiale Fallberatung. Die einzelne Fallberatung ist nach einem Durchgang abgeschlossen.</p>	<p>Ca. 90 Minuten je Teamsupervision; in der Regel werden mehrere Teamsupervisionen für einen begrenzten Zeitraum vereinbart.</p>	<p>Workshop-Reihe mit 10-12 Treffen mit einer Dauer von etwa 2 Stunden pro Workshop.</p>
Kontinuität	<p>Dauerhaft organisatorisch verankertes Angebot (z.B. im betrieblichen QM-System), bedarfsorientierte Nutzung</p>	<p>Bedarfsorientierte Nutzung, oft als Ergänzung zur kollegialen Fallberatung, aber auch unabhängig davon möglich.</p>	<p>Bedarfsorientierte Nutzung, möglich als Ergänzung kollegialer Fallberatung, aber auch unabhängig davon.</p>

6.2.4.1 Die kollegiale Fallberatung

Zusammenfassung:

Die kollegiale Fallberatung lässt sich als ein **niedrigschwelliges personenbezogenes Beratungsverfahren** charakterisieren, bei dem „eine **systematische Reflexion** und Lösung von beruflichen Problemen und Geschehnissen erfolgt ... Die Beratung findet stets in einer Gruppe statt, in der alle Mitglieder ... als Partner ihr Wissen und ihre Erfahrungen zur Verfügung stellen“ (Kocks et al. 2012: 5, Herv. d. Autor). Die kollegiale Fallberatung orientiert sich an zwei Leitprinzipien: „Erstens: Personen beraten sich unter Einhaltung einer bestimmten **Struktur** und **klar** voneinander abgegrenzten **Rollen** gegenseitig. Zweitens: Personen mit einem gleichen oder ähnlichen Berufsfeld sind in der Lage, sich **gegenseitig** und ergebnisorientiert zu **beraten**...“ (ebd., Herv. d. Autor).

Die **wechselseitige Beratung** zielt darauf ab, **konkrete arbeitsbezogene Problemlösungen** zu entwickeln. Im Mittelpunkt der kollegialen Fallberatung steht der strukturierte, von Fachlichkeit geprägte Austausch zwischen Kollegen und Kolleginnen eines Arbeitsbereiches oder Arbeitsfelds. Die kollegiale Fallberatung unterscheidet sich von pflegerischen Fallbesprechungen, in deren Fokus spezifische pflegebedürftige Personen und deren Probleme stehen (ebd.: 6). Hingegen konzentriert sich die Beratungsform der kollegialen Fallberatung auf die **gemeinsame Reflexion der Arbeitssituation bzw. arbeits- und berufsbezogener Problemstellungen**. Wenn z. B. konkrete Probleme der Interaktionsarbeit gemeinsam reflektiert werden, so geraten zwar einzelne Bewohner*innen als ‚Arbeitsgegenstand Mensch‘ in den Blick, der Fokus des gemeinsamen Austausches liegt jedoch auf der Arbeitssituation von Pflegekräften bzw. ihren beruflichen Herausforderungen und Problemen hier z. B. der Interaktionsarbeit.

Die kollegiale Fallberatung ist ein **strukturiertes Reflexionsverfahren**, bei dem die Rollen der Teilnehmenden und die Vorgehensweise klar geregelt sind (vgl. Franz & Kopp 2003: 288 f.; Kocks et al. 2012: 7): Die *Rolle des Fallgebers* sieht vor, ein zu erörterndes arbeits- bzw. berufsbezogenes Problem für die kollegiale Fallberatung aufzubereiten und zu schildern. Nach Abschluss der Beratungsphase soll der oder die Fallgeber*in aus den Problemlösungsvorschlägen für sich konkrete Maßnahmen ableiten. Die *Moderationsrolle* umfasst die Strukturierung und Zusammenfassung von Diskussionsbeiträgen, die Einhaltung der Kommunikationsregeln, der Rollen und des Zeitrahmens. Die Kernaufgabe der *Beratenden* besteht darin, den

geschilderten Fall vor dem Hintergrund ihrer Erfahrungen zu untersuchen und zu diskutieren. Die Bewertung des Falls obliegt allerdings allein der fallgebenden Person. Die Dokumentation und Visualisierung der zentralen Schritte und Diskussionsinhalte bilden Aufgaben der *Rolle der Protokollführung*. Schließlich besteht die Kernaufgabe des *Prozessbeobachtenden* darin, der Gruppe zum Abschluss der kollegialen Beratung ein Gesamtfeedback zu geben. Zu beachten ist, dass die Rollen, welche die Teilnehmenden einnehmen, je nach Anlass von kollegialer Fallberatung zu kollegialer Fallberatung wechseln können, d.h. es erfolgt in der Regel eine Rollenrotation. So kann eine Pflegekraft bei einer kollegialen Fallberatung die Rolle der fallgebenden Person innehaben, in einer anderen kollegialen Fallberatung hingegen die beratende Rolle ausüben.

Das Verfahren der kollegialen Fallberatung umfasst sechs bis sieben **unterschiedliche Phasen**, für deren Bearbeitung ein Zeitbedarf von 45 Minuten bis 90 Minuten als zielführend erachtet wird (vgl. Franz & Kopp 2003; Kocks et al. 2012): In der Phase des Castings wählt die fallgebende Person die sie beratenden Kolleginnen und Kollegen aus. In Selbstorganisation legen die Teilnehmenden dann ihre Rollen fest. Danach erfolgt der Spontanbericht der fallgebenden Person, in der die Ausgangssituation und Problemstellung skizziert wird. Auf dieser Basis werden dann die zu bearbeitende Schlüsselfrage geklärt und die Bearbeitungsmethoden gewählt (z.B. Brainstorming). Im Anschluss daran erfolgt die Beratung als Kernphase der kollegialen Fallberatung. In dieser Phase nimmt die fallgebende Person eine ausschließlich rezeptive Rolle ein, d.h. sie lässt die Diskussion der Beratungsgruppe auf sich wirken. In der Abschlussphase (Ideenbewertung) erfolgen ein Feedback und eine Bewertung der erörterten Problemlösungsvorschläge und Ideen durch die fallgebende Person.

Die kollegiale Fallberatung ermöglicht Pflegekräften **bedarfsorientiert** eine gemeinsame **Bearbeitung** arbeits- und berufsbezogener **Problemstellungen**, die sich in der Interaktionsarbeit mit Bewohner*innen ergeben. Die Wirksamkeit der kollegialen Fallberatung steht und fällt in der stationären Langzeitpflege mit ihrer **Einführung und Etablierung auf der Einrichtungsebene**. Wichtige Faktoren zum Gelingen bilden hierfür die Unterstützung von Einrichtungs-, Pflegedienst- und Wohnbereichsleitungen, die Qualifizierung von Pflegekräften in der Anwendung dieses kollektiven Beratungsverfahrens, z.B. durch Multiplikator*innen, sowie ein entsprechendes Zeitbudget von ein bis zwei Arbeitsstunden je teilnehmender Pflegekraft und kollegialer Fallberatung (Kocks et al. 2012). Die Einführung dieses kollektiven Beratungsverfahrens sollte zunächst in einer mehrmonatigen Testphase erfolgen, die ausgewertet wird, um auf dieser Basis kollegiale Fallberatungen schrittweise und breitflächig in den Einrichtungen

zu etablieren. Aufgrund ihres partizipativen, niedrigschwiligen Charakters, ihres bedarfsorientierten Einsatzes und des überschaubaren Zeitaufwands, der im Rahmen des zeitlichen Mehrbedarfs für Interaktions- und Reflexionszeiten abgedeckt werden kann, erweist sich die kollegiale Fallberatung unseres Erachtens als hochgradig anschlussfähig an die Strukturen und organisatorischen Rahmenbedingungen der stationären Langzeitpflege.

6.2.4.2 Die Teamsupervision

Zusammenfassung:

Die Teamsupervision ist dadurch charakterisiert, „*dass sich Menschen, die an einem **gemeinsamen Ziel** arbeiten (z.B. das Team einer Wohngruppe für Behinderte), mithilfe eines **externen Beraters** um die Effektivierung ihrer **Kooperation** bemühen und gemeinsam eine höhere **Arbeitszufriedenheit und -qualität** schaffen wollen*“ (Möller & Kotte 2015: 18, Herv. d. Autor)

Die kollegiale Fallberatung kann in der Praxis an Grenzen stoßen, die den Einsatz anderer personenbezogener und ressourcenorientierter Beratungsformen bzw. Reflexionsräume erfordern. Grenzen der kollegialen Fallberatung ergeben sich beispielsweise, wenn in Pflorgeteams oder zwischen Teams und Leitung **Konflikte** auftreten, die eine konstruktive arbeits- und berufsbezogene Problemlösung im Rahmen der kollegialen Fallberatung erschweren oder verhindern (vgl. Schwarz 2009: 216 ff.). Ferner werden Grenzen der kollegialen Fallberatung erreicht, wenn sich in Pflorgeteams oder Belegschaften **problematische Arbeitshaltungen**, wie Zynismus gegenüber Bewohner*innen, oder fragwürdige Arbeitspraktiken entwickelt haben, die auch im Rahmen kollegialer Fallberatungen nicht hinreichend erörtert oder sogar tabuisiert werden. Überdies kann der **Umgang mit potenziell traumatisierenden Ereignissen** bei der Interaktionsarbeit mit Bewohner*innen, wie sexuelle Übergriffe oder Gewaltanwendung gegenüber Pflegekräften, die teilnehmenden Pflegekräften im Rahmen einer kollegialen Fallberatung überfordern. Schließlich bleiben kollegiale Fallberatungen relativ wirkungslos, wenn institutionelle Verschiebungsprozesse (Pühl 1997: 14 ff.) auftreten: Hierbei können in der kollegialen Fallberatung bearbeitete arbeitsbezogene Probleme kaum oder nur unzureichend bearbeitet und geklärt werden, da die Problemursachen auf der Ebene der Pflegeeinrichtung als Organisation zu verorten sind, wie grundlegende Arbeitszeit- und Vertretungsregelungen oder ein problematischer Umgang des Leitungspersonals mit Ökonomisierungsanforderungen an die Pflegeeinrichtung.

In solchen Fällen reicht die kollegiale Problembearbeitungs- und -lösungskapazität von Pflegekräften als Expert*innen ihrer eigenen Arbeit nicht aus, um arbeitsbezogene Probleme selbstorganisiert zu bearbeiten. Weiterführende Problemlösungsperspektiven können hierbei in Reflexionsräumen der Team- und – bei Bedarf – auch der Organisationssupervision entwickelt werden. Die Team- und eventuell auch Organisationssupervision ist hier primär als **bedarfsorientierte Ergänzung zur kollegialen Fallberatung** angelegt (Kocks et al. 2012).

Definition:

Supervision bezeichnet „*ein arbeitsweltliches **Beratungsformat**, welches vor allem reflexiv und **prozessbezogen Handlungsprobleme** in beruflichen Arbeitsbeziehungen und in der professionellen Beziehungsarbeit bearbeitet. Sie ist eine personenbezogene Beratung, gleichwohl ist das Team, die Organisation und Institution, der gesellschaftliche und kulturelle Kontext und die biografischen Prägungen der Professionellen als Aktions- und Referenzrahmen ihres Handelns Gegenstand supervisorischer Bearbeitung*“ (Busse 2013: 990).

Die Supervision geht von einem integrativen ressourcenorientierten Ansatz aus, der das dynamische Dreieck von Mitarbeitenden, Arbeitsaufgaben (Klient*innen) und Institution fokussiert (Pühl 1997; S. 10 f.). Die Gemeinsamkeiten der Supervision mit der kollegialen Fallberatung bestehen darin, dass auch die Supervision der **personenbezogenen Beratung** dient und von einem **ressourcenorientierten Ansatz** ausgeht. Allerdings setzt das Beratungs- und Reflexionsformat der Supervision die „*Anwesenheit einer professionellen Beraterperson*“ (Kocks et al. 2012: 5), d.h. des oder der Supervisor*in, voraus. In der Supervision existiert eine klar definierte und fixierte **Rollendifferenzierung zwischen Supervisor*in und Supervisanden** als Mitglieder eines arbeits- und organisationsbezogenen Settings, wie einer stationären Pflegeeinrichtung. Es lassen sich unterschiedliche supervisorische Settings unterscheiden, wie die Einzelsupervision, die Gruppensupervision oder die Teamsupervision. Mit Blick auf stationäre Einrichtungen der Langzeitpflege weist die **Teamsupervision** als Supervision von Arbeitsgruppen, die eine gemeinsame Aufgabe verfolgen und bearbeiten, eine **zentrale Bedeutung** auf, denn pflegebezogene **Arbeitsprozesse** sind auf Wohnbereichsebene in der Regel als Teamarbeit zwischen Pflegekräften organisiert.

Reflexionsräume der Supervision können in stationären Einrichtungen der Langzeitpflege spezifische Teams von Pflegekräften adressieren, um ihre reflexive berufliche Handlungskompetenz zu stärken, Teams bei der Bewältigung von Arbeitsbelastungen, z.B. in Verbindung mit der Interaktionsarbeit, zu unterstützen und ihre Kooperationsfähigkeit zu erhöhen. Die Teamsupervision kann sich auf Arbeitsgruppen von Pflegekräften (z.B. auf der Ebene eines Wohnbereichs) – auch einschließlich der Team- bzw. Wohnbereichsleitung –, aber auch auf Leitungsteams in stationären Pflegeeinrichtungen beziehen. Im Unterschied zu anderen Arbeits- und Berufsfeldern sozialer Dienstleistungen (z.B. in der Familienhilfe, der Sozialarbeit oder in Einrichtungen der Behindertenhilfe) ist die Supervision bislang als Reflexionsformat in Einrichtungen der ambulanten Pflege sowie in der stationären Langzeitpflege noch verbreitet.

Für Problemstellungen der pflegebezogenen Interaktionsarbeit eröffnet die Teamsupervision dort einen geeigneten Reflexionsraum, wo Grenzen der kollegialen Fallberatung deutlich werden (vgl. Schwarz 2009; S. 219 ff.), z.B. bei Teamkonflikten auf der Ebene von Wohnbereichen, der Reflexion problematischer Arbeitshaltungen in der pflegebezogenen Interaktionsarbeit sowie der Reflexion des beruflichen Selbstkonzepts. Die Teamsupervision kann sich auch auf die Ansprache und reflexive Bearbeitung möglicher Tabuthemen der pflegebezogenen Interaktionsarbeit beziehen, wie unethische Arbeitspraktiken oder die organisationalen Missachtung existenzieller Gefühle der Pflegekräfte in der Interaktionsarbeit, wie Verzweiflung und Trauer um verstorbene Pflegebedürftige.

Da Teamsupervisionen im Vergleich zu kollegialer Fallberatung eher nachrangig und bedarfsorientiert eingesetzt werden und somit seltener zum Tragen kommen, lassen sie sich im Rahmen des von uns postulierten zeitlichen Mehrbedarfs für Interaktions- und Reflexionszeiten realisieren.

Die Teamsupervision gerät an Grenzen, wenn die dort reflektierten arbeits- und berufsbezogenen Probleme nicht allein durch Pflegeteams bzw. diese und ihre unmittelbaren Leitungskräfte gelöst werden können. In diesem Fall bietet sich eine Erweiterung der Team- um die *Organisationssupervision* an. Diese reicht über die Teamebene hinaus, da sie hierarchie- und teamübergreifende Reflexionsprozesse einschließt und ermöglicht. Wenn stationäre Pflegeeinrichtungen sich für eine **Organisationssupervision** entscheiden, so werden die von uns **empfohlenen zeitlichen Zuschläge für Interaktions- und Reflexionszeiten hierfür** voraussichtlich **nicht** mehr **ausreichen. Hierfür müssten** durch die Pflegeeinrichtungen **zusätzliche (zeitliche) Ressourcen eingeplant und bereitgestellt werden.**

Ausgangspunkt für eine mögliche Organisationssupervision in stationären Pflegeeinrichtungen bildet das **Spannungsverhältnis** zwischen **Professionslogik** der Mitarbeitenden (z.B. der Pflegekräfte) und der **Organisationslogik** inklusive der ökonomischen Anforderungen an Organisationen, wie stationäre Pflegeeinrichtungen. Die Organisationssupervision zielt darauf ab, die **Selbstreflexion der Organisation** und ihrer Mitglieder mit Blick auf dieses Spannungsverhältnis zu erhöhen und eine **Reflexionskultur** zu fördern, die neue (strategische) Entwicklungspotenziale und Handlungsperspektiven erschließt (vgl. Gotthardt-Lorenz 2009). Die Organisationssupervision ermöglicht hierbei eine Reflexion der Zusammenhänge zwischen den Außen- und Innenbeziehungen einer Organisation. Sie schafft in Organisationen sozio-emotionale Räume, in denen u.a. Konflikte und Widersprüche sowie nicht intendierte Effekte der Organisationslogik auf das Ethos fürsorglicher Praxis von Pflegekräften reflektiert werden können. Mit Blick auf die pflegebezogene Interaktionsarbeit kann die Organisationssupervision beispielsweise Prozesse befördern, in denen neue Gestaltungsoptionen im Umgang mit ökonomischen Anforderungen sichtbar werden, die u.a. erweiterte zeitliche Spielräume für die Interaktionsarbeit mit Bewohner*innen und die Umsetzung avancierter Pflegekonzepte eröffnen. Im Vergleich zur Teamsupervision ist die Organisationssupervision ungleich komplexer und zeitaufwändiger, da sie größere Schnittstellen zur Organisationsentwicklung als komplexer Ansatz intendierten Organisationswandels aufweist.

6.2.4.3 Betriebliche Gesundheitszirkel

Zusammenfassung:

Gesundheitszirkel sind partizipative Verfahren des **Betrieblichen Gesundheitsmanagements**. Sie setzen auf eine **Beteiligung** der Mitarbeitenden mit dem Ziel, Maßnahmen einer **gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung** zu entwickeln und umzusetzen.

Gesundheitszirkel bieten sich in stationären Einrichtungen der Langzeitpflege generell an, um unter direkter **Beteiligung der Pflegekräfte** die **Arbeits- und Leistungsbedingungen gesundheitsförderlich zu gestalten**, z.B. im Rahmen betrieblicher Gefährdungsbeurteilungen bzw. als Maßnahme im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Als **gruppenbezogenes und partizipatives Reflexionsformat** empfehlen sich Gesundheitszirkel in Anbetracht des skizzierten hohen Bedarfs einer gesundheitsförderlichen Gestaltung der Interaktionsarbeit der Pflegekräfte mit Bewohner*innen. Ein Gesundheitszirkel bezeichnet „*ein Instrument, mit dem betroffene Mitarbeitende ihre Arbeitssituation hinsichtlich gesundheitsrelevanter Merkmale beurteilen, Belastungen und Ressourcen identifizieren sowie*

mögliche Handlungsfelder und konkrete Maßnahmen zur Belastungsoptimierung und Ressourcenstärkung (mit-)entwickeln...“ (Ulich & Wülser 2004: 148). Gesundheitszirkel als moderierte Workshop-Reihe erstrecken sich auf einen begrenzten Zeitraum (ca. 10-12 Treffen), in dem die Teilnehmenden in regelmäßigen Abständen (z.B. alle zwei oder vier Wochen) zusammenkommen (Vogt-Akpetou 1999: 159). Pro Sitzung des Gesundheitszirkels ist ein Zeitbedarf von ca. zwei Stunden für die Teilnehmenden realistisch. Im Unterschied zur kollegialen Fallberatung und zur Teamsupervision weisen Gesundheitszirkel oftmals eine größere Heterogenität der Teilnehmenden auf. Zwar kann sich die Zusammensetzung von Gesundheitszirkeln ausschließlich auf Mitarbeitende eines Unternehmens oder einer Einrichtung beschränken, oftmals sind, jedoch abhängig von dem zu besprechenden Thema, in betrieblichen Gesundheitszirkeln aber neben Mitarbeitenden auch Führungskräfte und betriebliche Expert*innen aus dem Bereich des Betrieblichen Gesundheitsmanagements vertreten (z.B. Betriebsärzt*innen, Betriebsratsmitglieder oder Fachkräfte für Arbeitssicherheit). Betriebliche Expert*innen nehmen oft nicht an allen Treffen des Gesundheitszirkels, sondern **bedarfsorientiert** an einzelnen Treffen der Zirkelarbeit teil. Die Moderation von Gesundheitszirkeln sollte durch in Verfahren der arbeitsbezogenen Kleingruppenarbeit geschulte Moderator*innen erfolgen; hierbei kann es sich um externe Moderator*innen oder um geeignete interne Personen handeln, die weder Führungskräfte der Teilnehmenden an Gesundheitszirkeln sind noch Bereichen angehören, in denen die Zirkel-Teilnehmenden tätig sind.

Gesundheitszirkel setzen auf eine direkte Beteiligung von Beschäftigten an der gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung als Expert*innen ihrer Arbeit. In Gesundheitszirkeln erfolgt eine Verbindung des arbeitsbezogenen Erfahrungswissens von Mitarbeitenden über ihre Arbeitsbedingungen mit dem Fachwissen betrieblicher gesundheitsbezogener Expert*innen und der Orientierungs- und Führungsfunktion von Führungskräften (Friczewski 2017: 245 f.). Die heterogene, d.h. **hierarchie- und bereichsübergreifende Zusammensetzung** der Gesundheitszirkel bietet Vorteile, da mit Führungskräften zugleich relevante betriebliche Entscheidungsträger*innen eingebunden werden, so dass über entwickelte **Maßnahmen** zur gesundheitsförderlichen Gestaltung von Interaktionsarbeit **zeitnah entschieden** werden kann. Führungskräfte können in den Gesundheitszirkeln die Beweggründe für ihre Entscheidung zu Gestaltungsideen unmittelbar darlegen und damit **Transparenz über ihre Entscheidungen** herstellen. Darüber hinaus ist eine direkte Einbindung von Führungskräften in Gesundheitszirkel zielführend, da Führungskräfte selbst gesundheitsbezogene Probleme von Beschäftigten hervorrufen (z.B. durch ihre Aufgabengestaltung für Mitarbeitende oder ihr unmittelbares Führungsverhalten) oder deren gesundheitliche Ressourcen stärken können (Friczewski 2017).

Allerdings setzt ein Gelingen der Gesundheitszirkel voraus, dass Führungskräfte in Gesundheitszirkeln **Bereitschaft und Haltung zeigen, ihr eigenes Führungsverhalten und ihre Führungsentscheidungen** mit Blick auf eine gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung **zu reflektieren** und an der Entwicklung und Umsetzung von Gestaltungslösungen mitzuwirken (ebd.: 246).

Gleichwohl empfiehlt es sich, im Rahmen von Gesundheitszirkeln auch Workshops im Sinne eines ‚**geschützten Reflexionsraumes**‘ vorzusehen, in denen sich Beschäftigte ohne Beisein von Führungskräften und betrieblichen Expert*innen über ihre Arbeitsbedingungen austauschen, ggf. heikle oder strittige Aspekte ihrer Arbeit untereinander ansprechen und gemeinsam Ideen für eine gesundheitsförderliche Gestaltung entwickeln können. Solche ‚geschützten Reflexionsräume‘ bieten sich zum Beispiel in einer frühen Phase der Zirkelarbeit an. Die gemeinsam entwickelten Vorstellungen und Ideen für eine gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung können Beschäftigte danach in weiteren moderierten Workshops mit betrieblichen Führungskräften bzw. betrieblichen Expert*innen erörtern.

Da in Gesundheitszirkeln nicht nur **verhaltensbezogene** Maßnahmen, sondern auch **verhältnisorientierte Interventionen** der gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung entwickelt werden (z.B. Veränderung von Arbeitsorganisation und Arbeitszeitregelungen), bedeutet dies, dass Gesundheitszirkel potenziell als Verfahren der Organisationsentwicklung zu betrachten sind. Es kommt jedoch auf die einrichtungsbezogenen Entscheidungsstrukturen an, inwieweit Gesundheitszirkel mit Ansätzen der Organisationsentwicklung verknüpft werden. Gesundheitszirkel können in Relation zur kollegialen Fallberatung im Sinne einer thematischen Vertiefung zur Entwicklung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen eingesetzt werden. Allerdings empfiehlt es sich, einrichtungsbezogene Gesundheitszirkel auch unabhängig von der Existenz kollegialer Fallberatungen vorzusehen, da ein systematisches Betriebliches Gesundheitsmanagement in stationären Pflegeeinrichtungen noch vergleichsweise wenig verbreitet ist, Gesundheitszirkel gleichwohl erhebliche Potenziale für eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen, der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit und eine erhöhte Arbeitszufriedenheit von Beschäftigten bieten (vgl. Ulich & Wülser 2004).

7 Limitationen

Im Folgenden geht es um die Grenzen der qualitativen Erhebungsmethoden bzw. dieses qualitativen Studienteils, denen sich an dieser Stelle kritisch gestellt werden soll.

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass Ergebnisse qualitativer Forschung nur begrenzt generalisierbar sind. Qualitative Sozialforschung folgt einer interpretativen Logik des verstehenden, rekonstruktiven Erklärens sozialer Wirklichkeit. Das dieser Logik zugrunde liegende interpretative Paradigma geht davon aus, dass soziale Wirklichkeit durch Interpretationen und Deutungen von Personen und Gruppen konstruiert wird (Lamnek & Krell 2016). Dementsprechend orientiert sich die qualitative Forschung – wie auch in unserer Teilstudie – eher an kleineren Fallzahlen. Gleichwohl wurde bei der Stichprobenauswahl der in die qualitativen Teilstudie einbezogenen Einrichtungen der stationären Langzeitpflege darauf geachtet, dass die teilnehmenden vier Einrichtungen hinsichtlich Größe, Trägerschaft und regionale Verortung die Gesamtheit der einbezogenen Einrichtungen der Studie weitgehend widerspiegelte (siehe weiter unten die Ausführungen zur Stichprobe).

Die qualitative Teilstudie und ihre Ergebnisse ermöglichen es nicht, aus dem qualitativen Datenmaterial quantitative Ergebnisse zu generieren, die unmittelbar für die Ermittlung des Personalbedarfs in der stationären Langzeitpflege auf Basis eines Algorithmus genutzt werden können. Die qualitativen Ergebnisse der Teilstudie sind in dieser Hinsicht vor allem im Sinne von begründeten Plausibilitäten anschlussfähig an die quantitative Studie und deren Befunde. Darüber hinaus vermag die qualitative Teilstudie, Befunde der quantitativen Studie im Lichte der Realitätsdeutungen von Pflegekräften in stationären Einrichtungen der Langzeitpflege z.T. zu erhellen und zu vertiefen. Überdies generiert die qualitative Teilstudie Erkenntnisse zur Interaktionsarbeit der Pflegekräfte mit Bewohner*innen, die über Befunde der quantitativen Studie hinausgehen. So wird Interaktionsarbeit in allen ihren vier Dimensionen qualitativ untersucht.

Eine konzeptionelle Begrenzung der qualitativen Teilstudie ergibt sich aus ihrem Auftrag und der wissenschaftlichen Personalausstattung: Die Interaktionsarbeit der Pflegekräfte wurde in der qualitativen Teilstudie mit Blick auf die Bewohner*innen untersucht. De facto umfasst die Interaktionsarbeit der Pflegekräfte eine größere Bandbreite, da sich die Interaktionsarbeit neben den pflegebedürftigen Menschen zumindest auch auf deren Angehörige sowie die eigenen Kollegen und Kolleginnen richten kann, z.B. im Rahmen der sozialen Unterstützung am Arbeitsplatz. Die mit diesen Facetten der Interaktionsarbeit der Pflegekräfte verbundenen Zeitbedarfe wären im Rahmen der Personalbemessung ebenfalls zu berücksichtigen. Hinzu

kommt, dass vor allem qualifizierte Pflegekräfte auch häufiger koordinierende Arbeitstätigkeiten ausüben, z.B. an der Schnittstelle zu externen Gesundheitsdienstleistern, wie Mitarbeitenden aus Apotheken, Ärztinnen und Ärzten. Diese Koordinationstätigkeiten erfordern von Pflegekräften, immer auch Interaktionsarbeit gegenüber diesen externen Dienstleistern zu leisten (Becke & Bleses 2015). Eine umfassende Erhebung der Interaktionsarbeit von Pflegekräften müsste diese zusätzlichen Facetten der Interaktionsarbeit einbeziehen. Im Falle der qualitativen Teilstudie beschränkte sich der Auftrag darauf, die Interaktionsarbeit der Pflegekräfte mit den Bewohner*innen zu analysieren. Eine umfängliche qualitative Erhebung und Auswertung der Interaktionsarbeit von Pflegekräften setzt mehr wissenschaftliches Personal voraus, als für die qualitative Teilstudie finanzierbar war.

In dieser qualitativen Studie wurde aus arbeits- und gesundheitswissenschaftlicher Perspektive geforscht. Pflegewissenschaftliche / pflegerische Konzepte bilden daher keinen wissenschaftlichen Kompetenzkern des iaw-Forschungsteams. Limitationen ergeben sich daher insoweit, als pflegewissenschaftliche Konzepte und Ansätze sicherlich zu einem vertieften Verständnis des arbeitsbezogenen Pflegeprozesses beitragen können, sie in dieser qualitativen Teilstudie aber sicherlich nicht hinreichend berücksichtigt werden konnten. Dies war zum einen dem Auftrag und der Zielsetzung dieser Teilstudie geschuldet. Zum anderen standen dem iaw-Forschungsteam nur begrenzte zeitliche und personelle Ressourcen zur Verfügung, die eine arbeitswissenschaftliche Fokussierung erforderten. Gleichwohl sind wir der Überzeugung, dass der multi- bzw. interdisziplinäre Dialog zwischen Arbeits-, Gesundheits- und Pflegewissenschaften vielfältige und produktive Forschungsperspektiven im Bereich der stationären Langzeitpflege und der ambulanten Pflege eröffnen kann.

7.1 Eigene Rolle im Feld

Grundsätzlich muss sich der Forscher / die Forscherin (nicht nur) bei Methoden der qualitativen Forschung fragen, inwiefern seine / ihre eigene Rolle die Ergebnisse beeinflusst. Gerade bei der teilnehmenden Beobachtung gilt es eine gute Balance zwischen Nähe und Distanz herzustellen: Einerseits braucht es eine gewisse Nähe, um das Vertrauen der begleiteten Pflegekräfte im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung zu gewinnen und die Sichtweise der Zielgruppe verstehen zu können, andererseits benötigt es auch Distanz, so gilt es möglichst objektiv zu beobachten, und die Ergebnisse im Kontext einordnen zu und entsprechend analysieren zu können (Przyborski & Wohlrab-Sahr 2014: 44-49).

Einerseits war die Studie so konzipiert, dass das Pflegedienstleitungs-/ Wohnbereichsleitungsinterview der Begleitung der Pflegekräfte am ersten Tag vorangestellt war und die Pflegedienstleitung oder Wohnbereichsleitung als Gatekeeper fungierte. So wurde Cora Schwerdt meist als Mitglied der Universität und Studienteam von der Pflegedienstleitung eingeführt.

Für das Nähe-Verhältnis werden von uns 5 bzw. 4 Tage in jeder Einrichtung als ausreichend bewertet. Voraussetzung für die Interviews war eine vertraute Beziehung, da sich die Fragen auch sehr stark auf die Gefühlsebene der Pflegekräfte und die sozio-emotionalen Anforderungen der Pflegearbeit bezogen. In den 4 Tagen der teilnehmenden Beobachtung konnte jedoch gut Vertrauen aufgebaut und Einblicke in alltägliche Arbeitssituationen ermöglicht werden, ohne zu tief ins Feld einzutauchen. Dabei wurde zwar einerseits jeden Tag eine andere Person begleitet und interviewt, doch konnte über die Kolleg*innen, die bereits begleitet wurden, ein verstärkender Effekt der Vertrautheit erzielt werden. Bei einem längeren Erhebungszeitraum wäre die Gefahr eines going-native mit der Zielgruppe größer gewesen, da die Distanz mit zunehmendem Vertrauen abnahm. Der Gefahr eines going-native wurde auch dadurch vorgebeugt, dass nach den Erhebungsaufenthalten in den vier Einrichtungen die Eindrücke und vorläufige Ergebnisse stets im Projektteam gemeinsam erörtert und reflektiert wurden.

Dennoch scheint die Studie organisationsintern Aufsehen erregt zu haben: Gerade anfangs befürchteten Pflegekräfte, dass die teilnehmende Beobachtung einen gewissen Charakter der externen Überprüfung ihrer Arbeit aufweise. Das Gefühl der externen Kontrolle konnte während der Begleitung jedoch innerhalb kürzester Zeit abgebaut werden, wie die begleiteten Pflegekräfte Cora Schwerdt als teilnehmender Beobachterin erklärten.

Grundsätzlich war zu beobachten, dass in den Einrichtungen versucht wurde, sich möglichst positiv darzustellen, indem an den Tagen, an denen die Mitglieder des Studienteams vor Ort

waren, meist mehr Personal zur Verfügung gestellt wurde. Es wurde z.T. erklärt, an „normalen“ Arbeitstagen sei es sonst zeitlich noch deutlich knapper. Allerdings wurde in den Interviews mit Pflegekräften erfragt, inwiefern der Tag einem normalen Arbeitstag entspricht und immer darauf Bezug genommen, inwiefern die Besetzung normal ist. So konnte eruiert werden, inwiefern bestimmte Situationen oder Rahmenbedingungen während des Beobachtungszeitraums normal oder weniger normal waren.

Darüber hinaus sahen auch die Pflegekräfte in den Gruppendiskussionen es für sie selbst als vorteilhaft, sich in einem geschützten Rahmen, d.h. im Beisein der Arbeitsforscherin, über bestimmte Arbeitssituationen austauschen zu können. Von den Pflegekräften wurde diese Zeit positiv als Zeit für Austausch und Reflexion bewertet.

7.2 Methodenkritische Auseinandersetzung der Datenerhebung

Alle Ergebnisse beruhen der Methodik geschuldet auf Aussagen und Verhaltensweisen der Pflegekräfte und sind aufgrund des qualitativen Designs nur begrenzt übertragbar auf die Gesamtheit der Pflegekräfte und stationären Einrichtungen.

Das offene Forschungsformat, bei dem die alltäglichen Strukturen und Verhaltensweisen als Grundlage für das Verständnis von Interaktionsarbeit dienen, ist entsprechend von interner Validität auszugehen (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr 2014). Allerdings sind diese qualitativen Ergebnisse nicht auf andere Personen und andere Kontexte ohne Weiteres übertragbar (keine externe Validität). Während der Erhebungen in den unterschiedlichen Einrichtungen traten einige Abläufe und Verhaltensweisen der Pflegekräfte wiederholt auf, und bestätigten so, die Ergebnisse gegenseitig. Es ist daher grundsätzlich eine Reliabilität, also eine Verlässlichkeit, der Ergebnisse anzunehmen. Andere Umgangsweisen ergänzten die bisherigen Einblicke und wurden als solche ebenfalls in die Daten aufgenommen, sodass insgesamt von einem recht breiten Spektrum an Daten auszugehen ist.

Sowohl die Erstellung der Leitfäden für die qualitativen Interviews und Gruppendiskussionen als auch die Auswertung der qualitativen Daten erfolgte im iaw-Projektteam, d.h. in Absprache und Austausch zwischen PD Dr. Guido Becke und Cora Schwerdt. Überdies wurden die Erhebungsinstrumente sowie das methodische Vorgehen bei der Erhebung in den teilnehmenden Einrichtungen und zur Auswertung der qualitativen Daten in diesem Teilbericht beschrieben. Bei den Interviewpassagen ist stets der arbeits- bzw. berufsbezogene Kontext der interviewten Personen (z.B. Leitungskraft oder ausführende Pflegekraft) ersichtlich. Daher ist davon auszugehen, dass die Formulierung der Fragen, die in einem standardisierten Fragenkatalog

mündeten und die Interpretation der Interviewpassagen ansatzweise intersubjektiv überprüfbar sind und somit dem Gütekriterium der Objektivität nahekommen (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr 2014). Eine vollständige Doppelkategorisierung war leider aufgrund der Verzögerungen im Projekt nicht möglich.

Für die Gruppendiskussionen ist anzumerken, dass längere Zeiträume für diese vorteilhaft gewesen wären, doch durch die zeitlich schwierige Organisation der Gruppendiskussionen für die Einrichtungen konnten hierfür nur 2 Stunden veranschlagt werden. Die Vorbereitungszeiten für die Technik und die Raumplanung waren z.T. in den Einrichtungen sehr eng geplant, sodass in einem Fall von den geplanten 2 Stunden auch noch die Zeit des Aufbaus und der Datenschutzerklärung abging. Die Rekrutierung der Teilnehmer*innen für die Gruppendiskussion fand hausintern statt. Mehr als Wünsche zur Zusammensetzung der Teilnehmer*innen waren im Vorhinein nicht möglich, sodass nicht immer auf die Mischung der Qualifikationsniveaus geachtet wurde. Bei einer Gruppendiskussion war es darüber hinaus nicht möglich, die Pflegedienstleitung und die Einrichtungsleitung dem Gespräch fernzuhalten. Angesichts der Anwesenheit von Pflegedienst- und Einrichtungsleitung als Vorgesetzte der Pflegekräfte ist davon auszugehen, dass in der Erhebung Verzerrungseffekte auftreten, d.h. die Aussagen der teilnehmenden Pflegekräfte und z.T. auch der Diskussionsverlauf vermutlich durch diese Führungskräfte (mit-)beeinflusst wurden. Dies sollte kritisch in Bezug auf die Ergebnisse gesehen werden. Gleichwohl traten in der Auswertung die Effekte der Vorgesetzten weniger deutlich zutage, als es noch während der Erhebung den Anschein erweckte, so ist eine Verzerrung der Ergebnisse an dieser Stelle denkbar. Dennoch stellte sich in der Auswertung hier eine Bestätigung der Ergebnisse der teilnehmenden Beobachtung dar, sodass die Einflussnahme tendenziell gering ausgefallen sein sollte. In einer weiteren Gruppendiskussion nahm eine relativ redefreudige Wohnbereichsleitung teil, die einen sehr dominierenden Part in der Gruppendiskussion einnahm, so dass hier der Diskussionsverlauf stärker durch die Hierarchie geprägt wurde.

Im Rahmen dieser Gruppenkonstellationen ist es durchaus naheliegend, dass es zu verzerrenden Effekten gekommen ist. Interessant ist jedoch, dass die meisten Aussagen die aus den vorigen Beobachtungsinterviews bestätigt bzw. ergänzt wurden. In einzelnen Fällen, wie z. B. zur Emotionsarbeit bzw. zu Reflexionszeiten gab es leichte Abweichungen in den Aussagen einer Person im Beobachtungsinterview im Vergleich zu denen derselben Person in der Gruppendiskussion. Grundsätzlich war jedoch das Spektrum der Einschätzungen der Pflegekräfte in dieser Gruppendiskussion zum zeitlichen Bedarf für Emotionsarbeit sehr groß. Es ist daher

nicht davon auszugehen, dass sich die Teilnehmenden eingeschüchtert gefühlt haben, ihre Meinung zu benennen. Somit ist eine große Verzerrung unwahrscheinlich.

Die Stichprobe

Die Stichprobe wurde so gewählt, dass möglichst aus verschiedenen Trägerstrukturen und Einrichtungsgrößen sowie bundesweit verteilt Einrichtungen teilnahmen. Die große Bandbreite der Ergebnisse lässt darauf schließen, dass die Repräsentativität der Stichprobe gelungen ist. So gab es insbesondere Unterschiede in der Personalausstattung wie der Organisationskultur, wie sich in der Beschreibung der Ergebnisse zeigt.

Der Stichprobenumfang

Der Umfang der Stichprobe entspricht dem zuvor geplanten Vorgehen. Die Stichprobe enthielt sowohl größere als auch kleinere Einrichtungen. Zwei Einrichtungen gehörten privaten Trägerschaften an, zwei waren gemeinnützig im Verband organisiert.

Hiermit wurden sowohl die Größe der Einrichtungen wie auch die Trägerschaft als auch die bundesweite Verteilung (Ost, West, Nord, Süd) in die Stichprobe einbezogen.

Die Größe der Stichprobe war zudem den strukturellen Rahmenbedingungen der Studie angemessen.

Grenzen der Erhebung

Mit der Wahl einer Forschungsmethode gehen zwangsläufig gewisse Limitationen der Studie einher. Die quantitative Erhebung der Zeit für Interaktionsarbeit ist unseren Ergebnissen zufolge nicht mit den gängigen qualitativen Methoden möglich (vgl. Kapitel 6). Aufgrund dessen, dass wir qualitative Erhebungen durchgeführt haben, konnte aber auch keine quantitativen Ergebnisse erwartet werden.

Die teilnehmende Beobachtung ließ sich anhand der Beobachtungsinterviews gewissermaßen bestätigen (Validierung). So konnte im Interview gezielt auf bestimmte beobachtete Situationen eingegangen werden und diese aus der Sicht der Pflegekräfte noch einmal rekonstruiert und reflektiert werden.

Denkbar wäre, dass es Einschränkungen hinsichtlich der Datenerhebung der nicht sichtbaren Emotionsarbeit gibt. So kann es sein, dass die Pflegekräfte trotz Bemühung einer Sensibilisierung und Öffnung für die Thematik aus ihrer Erfahrung wenig Zeit für den Umgang mit eigenen Gefühlen haben und so weniger mit dieser Dimension von Interaktionsarbeit anfangen können. Daraus ergibt sich, dass sie auch die zeitliche Frage zur Emotionsarbeit nicht beantworten können. Hinzu kommt, dass in den untersuchten Einrichtungen die Bewältigung sozio-emotionaler Anforderungen in der Pflegearbeit oft individualisiert wurde, so dass organisationsintern

dafür kein Raum oder Angebot existierte. Diese Rahmenbedingungen könnte es den Pflegekräften erschwert haben, in den qualitativen Interviews bzw. Gruppendiskussionen intensiver ihre Emotionsarbeit zu reflektieren. Allerdings wurden die Gruppendiskussionen und Interviews von den Pflegekräften z.T. auch als ‚geschützter Raum‘ erlebt, in dem sie sich über Interaktionsarbeit austauschen konnten. Im Unterschied zur Emotionsarbeit schien Kooperationsarbeit für die Pflegekräfte besser nachvollziehbar zu sein – insbesondere, wenn in diesem Zusammenhang von Beziehungsarbeit gesprochen wurde.

Zwar wurde auf die Sensibilisierung für dieses Thema in der Gruppendiskussion zu Anfang hingearbeitet, jedoch lässt sich nur begrenzt auffangen, was im normalen Arbeitsalltag so stark verdrängt wird. Es bleibt daher unsicher, ob ein tragfähiges Verständnis von dem hier zugrunde gelegten integrativen Konzept der Interaktionsarbeit bei allen interviewten Pflegekräften hergestellt werden konnte. Dennoch ist gerade die Emotionsarbeit ein besonderer Aspekt der Interaktionsarbeit und Bestandteil der verschiedenen qualitativen Datenerhebungsmethoden gewesen.

Eine **Trennung von Interaktionsarbeit** und den **pflegerischen Interventionen**, wie sie hinsichtlich der Studienkonzeption vorgesehen war, sind in der Realität **kaum möglich**. Dies erschwerte den Pflegekräften zusätzlich die Einschätzung der Zeit, d.h. der Abschätzung erfahrungsbasierter Zeitwerte für die Interaktionsarbeit mit Bewohner*innen. Dieses Dilemma wurde auch von einigen Pflegekräften während der Gruppendiskussion thematisiert, die fragten, wo sie eine Grenze ziehen sollten, wo Interaktionsarbeit in ihrer Arbeit nicht vorkomme.

Grenzen der Konzeption liegen unter anderem darin, dass die Qualifikationsniveaus der Pflegekräfte hinsichtlich der Interaktionsarbeit aufgeschlüsselter hätten beforscht werden können. Sie wurden in dieser Studie nur unterteilt in Pflegehilfskräfte und Fachkräfte. Jedoch wurden die einzelnen Ausbildungsunterschiede in den Bundesländern und die unterschiedlichen Bezeichnungen nicht differenziert. Unter Pflegehilfskräfte fallen daher sowohl ungelernte Assistenzkräfte wie auch Pflegehilfskräfte mit zweijähriger Ausbildung.

8 Fazit und Ausblick

In diesem abschließenden Kapitel werden zunächst die Kernergebnisse der qualitativen Teilstudie zur Interaktionsarbeit von Pflegekräften mit Bewohner*innen im Bereich der stationären Langzeitpflege resümiert, bevor in einem Ausblick weitere Forschungsdesiderate und Entwicklungsbedarfe aufgezeigt werden.

8.1 Kernergebnisse der qualitativen Teilstudie

Die qualitative Teilstudie hat verdeutlicht, dass Interaktionsarbeit eine fortlaufende Anforderung in der Pflegearbeit bildet, die nicht in abgeschlossenen Tätigkeitskomplexen, sondern fortwährend bei den Interventionen durch Pflegekräfte geleistet wird und zeitlich zu berücksichtigen ist. Es handelt sich dabei um eine Arbeitsanforderung, die Pflegekräfte aller Qualifikationsniveaus betrifft. Trotz dieser Zentralität der Arbeit mit und am Menschen für Pflegearbeit in der stationären Langzeitpflege wurde Interaktionsarbeit vor dieser Studie nicht bei der Personalbemessung angemessen einbezogen.

Ein zentrales Ergebnis der Teilstudie besteht darin, dass die Interaktionsarbeit der Pflegekräfte mit Bewohner*innen eine zentrale Rolle für die Arbeitsqualität der Pflegekräfte spielt. Arbeitsqualität bezeichnet hier im arbeitswissenschaftlichen Sinne die Qualität der Arbeitsbedingungen, d.h. der Arbeitsaufgaben, Arbeitsstrukturen und Arbeitsprozesse sowie der betrieblichen Rahmenbedingungen, unter denen Pflegearbeit geleistet wird. So stellt die Interaktionsarbeit mit Bewohner*innen auf der einen Seite eine gesundheitsförderliche Ressource als zentrale Motivations- und Sinnquelle der Beschäftigten dar, die auch ihre Berufstreue und die Bindung an Pflegeeinrichtungen erhalten bzw. erhöhen kann. Auf der anderen Seite bestätigt die qualitative Teilstudie andere empirische Befunde, wonach Pflegekräfte vor allem Personalknappheit und Zeitdruck bei der Arbeit als belastende und mit Blick auf die Realisierung des Ethos fürsorglicher Praxis restringierende Bedingungen der Interaktionsarbeit erleben. Zeitdruck, problematische Praktiken der Pflegekräfte im Umgang mit Zeitdruck bei der Arbeit (z.B. Verzicht auf Pausen und Informalisierung von Arbeitszeiten) und Erschwernisse, Interaktionsarbeit gemäß eigenen Sinnansprüchen an die Pflegearbeit leisten zu können, erweisen sich nach den Befunden unserer Teilstudie auch als potenzielle gesundheitliche Gefährdungsrisiken. Überdies ist die Interaktionsarbeit der Bewohner*innen durch hohe sozio-emotionale Anforderungen und emotionale Dissonanz geprägt, welche die psychische Gesundheit von Pflegekräften beeinträchtigen können.

Auf die Frage, inwiefern das **Qualifikationsniveau** (QN) der Pflegekraft für die Interaktionsarbeit eine Rolle spielt, zeigen die Auswertungsergebnisse der qualitativen Interviews und der teilnehmenden Beobachtungen wie auch der Gruppendiskussion, dass das QN im Sinne einer Ausbildung für die Anforderungen durch Interaktionsarbeit keine ausschlaggebende Bedeutung zu haben scheint. Hinsichtlich der Kooperations-, Gefühls- und Emotionsarbeit scheint es aus Sicht der befragten Pflegekräfte prägender zu sein, welche Persönlichkeit die Pflegekraft mitbringt, inwiefern sie mit welchen Situationen bereits in Kontakt gekommen ist und welche Reaktionen bzw. Umgangsweisen hierzu innerhalb des Pflegeteams vermittelt wurden. Mit Blick auf das subjektivierende Arbeitshandeln scheint jedoch die Ausbildung für das professionelle, fachliche Vorgehen eine relevante Rolle zu spielen. Zudem hat das QN der Pflegekraft eine Auswirkung auf ihre Aufgaben und Tätigkeitsbereiche. Demnach tritt die Pflegehilfskraft häufiger in Kontakt mit den zu Pflegenden, wohingegen die Pflegefachkraft auch koordinative und organisatorische Aufgaben übernimmt, neben der Interaktion mit Dritten (Angehörigen, Ärzten/Ärztinnen, Apotheken etc.). Daraus ist zu schließen, dass die Pflegehilfskraft mehr Gelegenheit zur Interaktionsarbeit mit den zu Pflegenden hat als die Pflegefachkraft.

Die Ergebnisse deuten zudem daraufhin, dass die **Pflegegrade** keinen Aufschluss über die Dauer der Interaktionsarbeit mit einer Person geben können. Zwar sei der Pflegegrad ein zeitliches Maß für die verrichtungsbezogenen Tätigkeiten, hingegen ist die Interaktionsarbeit der Pflegekraft abhängig von der Persönlichkeit des Gegenübers wie auch vom situativen Kontext, in dem Interaktionsarbeit geleistet wird. Allerdings zeigt sich im Falle kognitiver Einschränkungen der Bewohner*innen (z.B. im Falle demenzieller Erkrankungen), dass hierbei erhöhte Anforderungen bezüglich der Interaktionsarbeit an Pflegekräfte gestellt werden und Interaktionsarbeit mit erhöhten Zeitbedarfen verbunden ist.

Ein relevantes Ergebnis dieses Teilprojektes ist, dass aufgrund der Komplexität und Dynamik von Interaktionsarbeit aus Sicht der interviewten Pflegekräfte keine verlässlichen erfahrungsbasierten zeitlichen Schätzwerte für die Interaktionsarbeit mit den Bewohner*innen benannt werden können: Die befragten Pflegekräfte sahen sich dazu entweder nicht in der Lage oder die angegebenen erfahrungsbasierten Zeitwerte weisen eine breite Varianz in zeitlicher Hinsicht auf, aus der sich keine tendenziellen Schätzwerte für Interaktionsarbeit ableiten lassen werden können. Zugleich lassen sich anhand der qualitativen Ergebnisse keine quantifizierbaren Zeitwerte für Interaktionsarbeit ermitteln.

Gleichwohl zeigen die empirischen Befunde unserer Studie, dass sich Pflegekräfte insgesamt generell und mit Blick auf spezifische Interventionen, wie Sterbebegleitung oder beim Einzug

neuer Bewohner*innen, mehr Zeit für Interaktionsarbeit wünschen. Die qualitative Teilstudie konnte mit Blick auf die Arbeit der Pflegekräfte mit und an Bewohner*innen auch verdeutlichen, dass die quantitative Teilstudie – bei allen ihren Vorzügen – mit Blick auf die Interaktionsarbeit spezifische Limitationen aufweist.

In Anbetracht dieses Ergebnisses haben wir auf Basis einer normativen Setzung einen Vorschlag zur zusätzlichen Berücksichtigung disponibler Interaktions- und Reflexionszeiten im Rahmen des neuen Instruments zur Personalbemessung (siehe hierzu die quantitative Teilstudie) unterbreitet. Nach unseren Überlegungen stellen disponible Interaktionsarbeitszeiten eine Möglichkeit dar, Interaktionsarbeit bei der Personalbemessung angemessener als bisher zu berücksichtigen. Unser Vorschlag geht davon aus, schätzungsweise zwischen 5% bis 10% der täglichen Arbeitszeit einer Pflegekraft für zusätzliche, in der quantitativen Datenerhebung nicht berücksichtigte, disponible wie bedarfsorientierte Interaktions- und Reflexionszeiten vorzusehen. Diese Zeitbedarfe sollten sich möglichst zu gleichen Teilen auf Interaktionsarbeitszeit und auf Reflexionszeiten außerhalb des Arbeitsprozesses, aber während der Arbeitszeit erstrecken.

Die disponiblen Interaktionsarbeitszeiten sind als eine Art Puffer oder Sockel konzipiert, der oben auf die errechneten quantitativen Zeitwerte für notwendige Pflege Tätigkeiten aufgerechnet werden würde, um so den Pflegekräften innerhalb einer Schicht zu überlassen, diese entsprechend dem jeweiligen Bedarf bewohnerunabhängig einzusetzen bzw. zu verwenden. Disponible Interaktionsarbeitszeiten berücksichtigen auch, dass Interaktionsarbeit nur begrenzt beobachtbar ist (z.B. Emotionsarbeit zur intrapsychischen Gefühlsregulation), diese unsichtbaren interaktiven Tätigkeitselemente gleichwohl Zeit erfordern. Schließlich wurden in der quantitativen Studie bestimmte Pflege Tätigkeiten nicht erfasst, wie die Sterbebegleitung und die Begleitung des Einzugs neuer Bewohner*innen (Kooperationsarbeit zur Herstellung einer vertrauensbasierten Beziehung zwischen Pflegekraft und Bewohner*in). Diese z. T. reflexive Zeit während einer Intervention oder auch die Reflexionszeit nach einer Intervention oder vor einer nächsten Intervention benötigt Zeit. Darüber hinaus erklären Pflegekräfte, dass in der Einrichtung Zeit für die eigene Psychohygiene und die gesundheitsförderliche Reflexion der Interaktionsarbeit fehle. Daher sieht unser Vorschlag vor, Reflexionszeiten zu ermöglichen, für die organisationsintern bestimmte Formate zur Reflexion der Interaktionsarbeit mit Bewohner*innen sowie der Arbeitssituation der Pflegekräfte angeboten werden sollten. Hierzu eignen sich insbesondere die Formate der Gesundheitszirkel und der kollegialen Fallberatung, die bedarfsorientiert durch Zeiten für Teamsupervisionen ergänzt werden könnten. Solche Reflexionszeiten und -formate bieten die Möglichkeit einer gesundheitsförderlichen Reflexion und

zur beteiligungsorientierten Gestaltung der Interaktionsarbeit von Pflegekräften. Sie tragen damit zum Erhalt der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit von Pflegekräften bei und können die Berufs- und Betriebsbindung von Pflegekräften stärken. Kollegiale Fallberatungen, Teamsupervisionen sowie betriebliche Gesundheitszirkel organisationsintern zu verankern, wäre ein wichtiger Beitrag für die Anerkennung der Leistung Interaktionsarbeit und für eine gesundheitsförderliche Gestaltung der Pflegearbeit.

8.2 Forschungsdesiderate und Entwicklungsbedarfe

Diese Studie erstreckte sich primär auf die Interaktionsarbeit von Pflegekräften mit und an pflegebedürftigen Personen in der stationären Langzeitpflege. In dieser Studie konnte weder die **Interaktionsarbeit von Pflegekräften gegenüber Kolleg*innen** (z.B. Gefühlsarbeit bei um verstorbene Bewohner*innen trauernde Kolleg*innen) noch die **Interaktionsarbeit mit externen Dritten**, wie Ärzten, Apothekern oder auch Angehörigen einbezogen werden, die ebenfalls eine Rolle in Bezug auf die Zeitwerte für Interaktionsarbeit im gesamten Arbeitszusammenhang spielen wird. Hier gilt es weitere Forschungslücken zu schließen und ggfls. weitere Zeitbedarfe zu identifizieren.

Das neue Instrument zur Personalbemessung im Rahmen der stationären Langzeitpflege sollte disponible und bedarfsorientierte Interaktions- und Reflexionszeiten integrieren. Die einrichtungsbezogene Anwendung dieses Instruments ist kein administratives Prozedere, sondern ein komplexer sozialer und betriebspolitischer Prozess, der Potenziale der Organisationsentwicklung für stationäre Pflegeeinrichtungen bietet. Grundsätzlich wäre in Bezug auf den Vorschlag zu Interaktions- und Reflexionszeiten eine Organisationsentwicklung in den Pflegeeinrichtungen wünschenswert, die entsprechende Rahmenbedingungen für gute Interaktionsarbeit schafft. Forschungsbedarf besteht darin, aus arbeits- bzw. gesundheitswissenschaftlicher Perspektive zu untersuchen, inwiefern die Anwendung des neuen Personalbemessungsinstruments auf der Einrichtungsebene tatsächlich dazu genutzt wird, zusätzliche Zeiten für Interaktionsarbeit sowie für die Reflexion der Interaktionsarbeit und deren gesundheitsförderliche Gestaltung vorzusehen. Hierbei wäre zudem zu analysieren, inwiefern die betriebliche Anwendung des neuen Personalbemessungsinstruments zu einer Verbesserung der Arbeitsqualität der Pflegekräfte beiträgt. Zu untersuchen wäre hierbei auch, ob und inwiefern organisatorische Reflexionsräume der Interaktionsarbeit, wie kollegiale Fallberatungen, Gesundheitszirkel oder Team- und Organisationssupervision, hierbei Gelegenheitsstrukturen für Prozesse der Organisationsentwicklung bilden und inwiefern sie dazu beitragen, die Organisati-

onskulturen von Einrichtungen der stationären Langzeitpflege zu öffnen für eine verstärkte Anerkennung und Aufwertung von Interaktionsarbeit. Schließlich wäre hierbei das Zusammenspiel zwischen Organisations- und Kompetenzentwicklung näher zu analysieren. So kann die Einführung und organisatorische Verankerung solcher Reflexionsräume in Verbindung mit der betrieblichen Anwendung des neuen Personalbemessungsinstruments z.B. flankiert werden durch Maßnahmen der Kompetenzentwicklung, die u.a. darauf abzielen, die emotionalen Kompetenzen und die Gesundheitskompetenz von Pflegekräften zu stärken (vgl. Buruck et al. 2015: 89 f.). Es ist anzuraten, ein mögliches Pilotprojekt zur betrieblichen Erprobung des neuen Personalbemessungsinstruments auch durch eine arbeitswissenschaftliche Begleitforschung zu flankieren, in der die skizzierten Forschungsfragen bearbeitet werden.

9 Literatur

- Becke, G. (2013). Organisationale Achtsamkeit als Gestaltungskonzept für Vertrauensentwicklung. In G. Becke, C. Funken, S. Klinke, W. Scholl & M.K.W. Schweer (Hrsg.), *Innovationsfähigkeit durch Vertrauensgestaltung? Befunde und Instrumente zur nachhaltigen Organisations- und Netzwerkentwicklung* (S. 147-162). Frankfurt/M. et al.: Peter Lang.
- Becke, G. (2014). Mindful Change: A Concept for Social Sustainability at Organizational Level. In G. Becke (Ed.), *Mindful Change in Times of Permanent Reorganization. Organizational, Institutional and Sustainability Perspectives* (pp. 49-72). Heidelberg, New York, Dordrecht, London: Springer.
- Becke, G. & Bleses, P. (2015). Koordination und Interaktion – ein konzeptioneller Rahmen zur Analyse ihres Wechselverhältnisses bei sozialer Dienstleistungsarbeit. In G. Becke & P. Bleses (Hrsg.), *Interaktion und Koordination. Das Feld sozialer Dienstleistungen* (S. 23-49). Wiesbaden: Springer VS.
- Becke, G. & Bleses, P. (2016). Pflegepolitik ohne Arbeitspolitik? Entwicklungen im Feld der Altenpflege. *Jahrbuch für Christliche Sozialwissenschaften (JCSW)*. 57: 105-126.
- Becke, G., Bleses, P. & Schmidt, S. (2010). Nachhaltige Arbeitsqualität – Ein Gestaltungskonzept für die Betriebliche Gesundheitsförderung in der Wissensökonomie. *Wirtschaftspsychologie* 12(3): 60-68.
- Becke, G. & Wehl, R. (2014). Die Stärkung gesundheitlicher Ressourcen von Ehrenamtlichen – Handlungsbedarf in sozialen Dienstleistungen. In G. Becke, J. Evers, J. Hafkesbrink & U. Henke (Hrsg.), *Cockpit soziale Dienstleistungen. Gestaltung der Produktivität durch Balance von Effizienz, Unterstützungsqualität und Arbeitsqualität* (S. 87-106). Berlin: LIT.
- Becke, G., Wehl, R. & Wetjen, A. (2015). „Die Kollegen wissen, dass sie jederzeit einen Ansprechpartner haben.“ – Interaktionsarbeit im Rahmen relationaler Handlungskoordination. In G. Becke & P. Bleses (Hrsg.), *Interaktion und Koordination. Das Feld sozialer Dienstleistungen* (S. 71-90). Wiesbaden: Springer VS.
- Becker, F. (o. J.). 5. Arten und Formen von Gruppendiskussionen - WPGS, *Wirtschaftspsychologische Gesellschaft*. Zugriff am 10.12.2018. Verfügbar unter <https://wpgs.de/fachtexte/fokus-gruppen/5-arten-und-formen-von-gruppendiskussionen/>

- Beckert, J., Metzner, A. & Röhl, H. (1998). Vertrauenserosion als organisatorische Gefahr und wie ihr zu begegnen ist. *Organisationsentwicklung*, 17(4): 56-67
- Beermann, B. (2018, September). Interaktionsarbeit. Anforderungen an die Forschung. "Arbeit mit Menschen - Interaktionsarbeit humanisieren", Berlin.
- Böhle, F. (1999). Nicht nur mehr Qualität, sondern auch höhere Effizienz - Subjektivierendes Arbeitshandeln in der Altenpflege. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaften*, 53(3): 174-181.
- Böhle, F. , Glaser, J. & Büssing, A. (2006). Interaktion als Arbeit - Ziele und Konzept des Forschungsverbundes. In F. Böhle & J. Glaser (Hrsg.), *Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung* (S. 25-39). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Böhle, F., Stöger, U. & Wehrich, M. (2015a). *Interaktionsarbeit gestalten. Vorschläge und Perspektiven für humane Dienstleistungen*. Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.). Berlin: edition sigma.
- Böhle, F., Stöger, U. & Wehrich, M. (2015b). Wie lässt sich Interaktionsarbeit menschengerecht gestalten? Zur Notwendigkeit einer Neubestimmung. *Arbeits- und Industriesoziologische Studien*. 8: 37-54.
- Braun, B., Darmann-Finck, I., Greiner, A., Siepmann, M. & Stegmüller, K. (2014). *Gutachten zur Situation der Pflege in hessischen Akutkrankenhäusern*.
- Buruck, G., Brom, S., Kotte, H. & Richter, P. (2015). *Evaluierung von Gesundheitspräventionen in der stationären Altenpflege*, In Badura, B. et al. (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2015* (S. 85-95). Heidelberg: Springer.
- Busse, S. (2013). *Supervision*. In B. Maelicke, G. Horcher & K. Grunwald (Hrsg.), *Lexikon der Sozialwirtschaft* (S. 990-991). Frankfurt/M.: Nomos.
- Dammayr, M. (2012). *Pflege zwischen Ökonomisierung und Professionalisierung – das Beispiel der Alten- und Langzeitpflege in Österreich*. *Arbeit* 21(4): 263-277
- Dathe, D. & Paul, F. (2011). *Arbeitsintensität und gesundheitliche Belastungen aus der Sicht von Beschäftigten im Gesundheits-, Sozial- und Erziehungswesen: eine Analyse mit dem DGB-Index Gute Arbeit*. Studie im Auftrag der ver.di-Bundesverwaltung. Ressort 13, Bereich Innovation und Gute Arbeit. Berlin: ver.di.

- Duhigg, C. (2012). Die Macht der Gewohnheit. Warum wir tun, was wir tun. München, Zürich: Piper.
- Dunkel, W. & Wehrich, M. (2012a). Interaktive Arbeit. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Dunkel, W. & Wehrich, M. (2012b). Interaktive Arbeit – das soziologische Konzept. In W. Dunkel & M. Wehrich (Hrsg.), Interaktive Arbeit (S. 29- 59). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Dunkel, W. (1988): Wenn Gefühle zum Arbeitsgegenstand werden - Gefühlsarbeit im Rahmen personenbezogener Dienstleistungstätigkeiten. Soziale Welt. 39: 66-85.
- Dunkel, W.; Kratzer, N. (2016): Zusammenfassende Interpretation. Zeit- und Leistungsdruck bei Wissens- und Interaktionsarbeit. In: W. Dunkel und N. Kratzer (Hg.): Zeit- und Leistungsdruck bei Wissens- und Interaktionsarbeit. Neue Steuerungsformen und subjektive Praxis (S. 169–190). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Fischer, U.L. (2010). „Der Bäcker backt, der Maler malt, der Pfleger...“: soziologische Überlegungen zum Zusammenhang von Professionalität und Wertschätzung in der Kranken- und Altenpflege. Arbeit 19(4): 239-252.
- Franz, H.W. & Kopp, R. (2003). Die Kollegiale Fallberatung: ein einfaches und effektives Verfahren zur ‚Selbstberatung‘. Sozialwissenschaften und Berufspraxis 26(3): 285-294.
- Friczewski, F. (2017). Partizipation im Betrieb: Gesundheitszirkel & Co. In G. Faller (Hrsg.), Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung (S. 243-252). Bern: Hogrefe (3. Auflage).
- Gerlmaier, A. (2006). Nachhaltige Arbeitsgestaltung in der Wissensökonomie? Zum Verhältnis von Belastungen und Autonomie in neuen Arbeitsformen. In S. Lehndorff (Hg.), Das Politische in der Arbeitspolitik. Ansatzpunkte für eine nachhaltige Arbeits- und Arbeitszeitgestaltung (S. 71-98). Berlin: Edition Sigma.
- Giesenbauer, B. & Glaser, J. (2006). Emotionsarbeit und Gefühlsarbeit in der Pflege – Beeinflussung fremder und eigener Gefühle. In F. Böhle & J. Glaser (Hrsg.), Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung (S. 59-84). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Glaser, J., Lampert, B. & Weigl, M. (2008). Arbeit in der stationären Altenpflege. Analyse und Förderung von Arbeitsbedingungen, Interaktion, Gesundheit und Qualität (INQA-Bericht, Bd. 34, 1. Aufl.). Bremerhaven: Wirtschaftsverl. NW Verl. für neue Wiss.

- Gotthardt-Lorenz, A. (2009). Organisationssupervision – Raum für wachsende Anforderungen. In H. Pühl (Hrsg.), *Supervision und Organisationsentwicklung*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Hacker, W. (2009). *Arbeitsgegenstand Mensch: Psychologie dialogisch-interaktiver Erwerbsarbeit*. Ein Lehrbuch. Lengerich; Berlin; Bremen; Miami; Riga; Viernheim; Wien; Zagreb: Pabst Science Publ..
- Helfferich, C. (2014). Leitfaden- und Experteninterviews. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 559-574). Wiesbaden: Springer VS.
- Hochschild, A. R. (1979). Emotion Work, Feeling Rules, and Social Structure. *American Journal of Sociology*. 85: 551-575.
- Hochschild, A. R. (1990). *Das gekaufte Herz : die Kommerzialisierung der Gefühle*. Aus dem Engl. von Ernst von Kardorff. Mit. E. Vorw. Von Elisabeth Beck-Gernsheim. Frankfurt/Main; New York: Campus-Verlag.
- Jaeggi, R. (2014). *Kritik von Lebensformen*. Berlin: Suhrkamp.
- Jenull, B., Brunner, E., Ofner, M. & Mayr, M. (2008). Burnout und Coping in der stationären Altenpflege. Ein regionaler Vergleich an examinierten Pflegekräften. *Pflege* 21(1): 16-24.
- Jordan, S., Messner, M. & Becker, A. (2009). Reflection and Mindfulness in Organizations: Rationales and Possibilities for Integration. *Management Learning* 40(4): 465-473.
- Junghanns, G. (2012). Themenfelder im Brennpunkt. Termin- und Leistungsdruck. In A. Lohmann-Haislah (Hrsg.), *Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden* (Stressreport Deutschland, Bd. 2012, S.107–112). Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Kocks, A., Segmüller, T. & Zegelin, A. (unter Mitarbeit von Büker, C., Kapsch, K., Schieron, M., Tietze, K.-O., Vollmer, S.) (2012). *Kollegiale Beratung in der Pflege*. Ein praktischer Leitfaden zur Einführung und Implementierung. Herausgegeben von der Sektion BIS Beraten, Informieren, Schulen der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) e.V., Duisburg: Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft.
- Krey, H. (2011). Ist Ekel in der Pflegearbeit wirklich okay? *Psychologie und Gesellschaftskritik* 35: 87-108.

- Krömmelbein, S. (2005). Kommunikation und abnehmende Rollendistanz. Zur Ambivalenz der aktiven Aneignung subjektiver Arbeitswelten. In Arbeitsgruppe SubArO (Hrsg.), *Ökonomie der Subjektivität – Subjektivität der Ökonomie* (S. 183-201). Berlin: Edition Sigma.
- Kuhlmann, M. (2009). Beobachtungsinterview. In S. Kühl, P. Strodtz & A. Taffertshofer (Hrsg.), *Handbuch Methoden der Organisationsforschung. Quantitative und Qualitative Methoden* (S. 78-99). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Kumbruck, C. & Senghaas-Knobloch, E. (2006). Ethos fürsorglicher Praxis im Wandel. artec paper, Nr. 137. Bremen: Universität Bremen, artec|Forschungszentrum Nachhaltigkeit.
- Kumbruck, C. & Senghaas-Knobloch, E. (2015). Handlungskoordination oder Komplizenschaft – Was dokumentiert die Dokumentation, wenn Störungen den Pflegealltag beherrschen? In G. Becke & P. Bleses (Hrsg.), *Interaktion und Koordination. Das Feld sozialer Dienstleistungen* (S.113–134). Wiesbaden: Springer VS.
- Kumbruck, C. (2010). Menschenwürdige Gestaltung von Pflege als Interaktionsarbeit. In G. Becke, P. Bleses, W. Ritter & S. Schmidt (Hrsg.), *„Decent Work“: Arbeitspolitische Gestaltungsperspektive für eine globalisierte und flexible Arbeitswelt* (S. 187-207). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lamnek, S. & Krell, C. (2010a). Wissenschaftliche Inhaltsanalyse. In S. Lamnek & C. Krell (Hrsg.) *Qualitative Sozialforschung (Lehrbuch, 5., überarbeitete Auflage)* (S. 438-441). Weinheim: Beltz.
- Lamnek, S. & Krell, C. (2010b). Teilnehmende Beobachtung. In S. Lamnek & C. Krell (Hrsg.) *Qualitative Sozialforschung (Lehrbuch, 5., überarbeitete Auflage)* (S. 498-566). Weinheim: Beltz.
- Lamnek, S. & Krell, C. (2016). *Qualitative Sozialforschung (Lehrbuch, 6., überarbeitete Auflage)*. Weinheim: Beltz.
- Mareis, C. (2014). *Theorien des Designs – zur Einführung*. Hamburg: Junius.
- Mayring, P. & Fenzl, T. (2014). Qualitative Inhaltsanalyse. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 543–556). Wiesbaden: Springer VS.
- Mayring, P. (2010a). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (Pädagogik, 11., aktualisierte und überarb. Aufl.)*. Weinheim: Beltz.

- Mayring, P. (2010b). Qualitative Inhaltsanalyse. In U. Flick, E. v. Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), Qualitative Forschung. Ein Handbuch, 8. Aufl. (S. 468-475). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl.
- Mayring, P. (2016). Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken (6. überarb. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Möller, H. & Kotte, S. (2015). Supervision. Past – Present – Future. Psychotherapie im Dialog 16(01): 16-24.
- Müller, N. & Thorein, A. (2018). Arbeit mit Menschen humanisieren. In ver.di-Bereich Innovation und gute Arbeit (Hrsg.), Arbeiten mit Menschen – Interaktionsarbeit humanisieren. Band 1: Gestaltungskonzepte und Forschungsbedarf (S. 13-18). Frankfurt/M.: Bund-Verlag
- Orellana, C. & Schmidt, S. (2015). Achtsamkeit und Selbstfürsorge als Ressourcen in der Pflege. Konzeption, Studienlage und Evaluation eines in den Arbeitsalltag integrierten Ansatzes. Onkologische Pflege 5(1): 40-46
- Osterbrink, J. & Andratsch, F. (2015). Gewalt in der Pflege. Wie es dazu kommt. Wie man sie erkennt. Was wir dagegen tun können. München: C.H. Beck.
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2009). Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch (Lehr- und Handbücher der Soziologie, 2., korr. Aufl.). München: Oldenbourg.
- Schöllgen, I. & Schulz, A. (2016). Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt. Emotionsarbeit. Dortmund, Berlin, Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Schön, D. (2001). The Crisis of Professional Knowledge and the Pursuit of an Epistemology of Practice. In J. Raven & J. Stephenson (Eds.), Competence in the Learning Society (pps. 185-207). New York: Peter Lang.
- Schwarz, L. & Höhmann, U. (2018). Arbeitsprozessintegrierte Entwicklung von beruflicher Gestaltungskompetenz in der Pflege: Der theoretische Rahmen, ein Werkzeug für die Praxis und die Voraussetzungen des Gelingens. In U. Höhmann, O. Lauxen & L. Schwarz (Hrsg.), Gestaltungskompetenzen im Pflegealltag stärken. Arbeitsprozessintegrierte Kompetenzentwicklung in der Pflege (S. 19-72). Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag.
- Schwarz, R. (2009). Supervision und professionelles Handeln Pflegender. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Senghaas-Knobloch, E. (2008). Care-Arbeit und das Ethos fürsorglicher Praxis unter neuen Marktbedingungen am Beispiel der Pflegepraxis. *Berliner Journal für Soziologie* 18(2): 221-243.
- Senghaas-Knobloch, E. (2014). Das Ethos guter Pflege unter Marktbedingungen – zwischen neuen Leistungsanforderungen und der Suche nach Anerkennung. *WISO* 37(4): 21-38.
- Strauss, A., Fagerhaugh, S., Suczek, B. & Wiener, C. (1980). Gefühlsarbeit. Ein Beitrag zur Arbeits- und Berufssoziologie. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*. 32. 629-651.
- Tausch, R. & Tausch, A.-M. (2003). *Wege zu uns und anderen* (9. Auflage). Reinbek bei Hamburg: rororo.
- Theobald, H., Szebehely, M. & Preuß, M. (2013). *Arbeitsbedingungen in der Altenpflege: die Kontinuität der Berufsverläufe – ein deutsch-schwedischer Vergleich*. Berlin: Edition Sigma.
- Thorein, A., Müller, N. & Fischer, M. (2018). Die Bedeutung der Interaktionsarbeit - Notwendigkeit der Forschung aus gewerkschaftlicher Perspektive. In Gesellschaft für Arbeitswissenschaft (Hrsg.), *ARBEIT(s).WISSEN.SCHAF(f)T. Grundlage für Management & Kompetenzentwicklung* (S. 1-6).
- Ulich, E. & Wülser, M. (2004). *Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven*. Wiesbaden: Gabler
- Vogl, S. (2014). Gruppendiskussion. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (581-586). Wiesbaden: Springer VS.
- Vogt-Akpetou, U. (1999). Gesundheitszirkel. In B. Badura, W. Ritter & M. Scherf: *Betriebliches Gesundheitsmanagement – ein Leitfaden für die Praxis* (S. 155-158). Berlin: Edition Sigma.
- Voswinkel, S. & Hürtgen, S. (2014). *Nichtnormale Normalität? Anspruchslogiken aus der Arbeitnehmermitte*. Berlin: Edition Sigma.
- Wærness, K. (2001). Social Research, political theory and the ethics of care. *Research Review* 17(1): 5-16.
- Weishaupt, S. (2006). Subjektivierendes Arbeitshandeln in der Altenpflege- die Interaktion mit dem Körper. In F. Böhle & J. Glaser (Hrsg.), *Arbeit in der Interaktion – Interaktion als*

Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung (S. 85-106). VS
Verlag für Sozialwissenschaften.

Wendsche, J. & Lohmann-Haislah, A. (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
(BAuA), Hrsg.). (2016). Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt. Pausen. Zugriff am
02.02.2018.

World Health Organization (WHO) (2019). Occupational health. Stress at the workplace. Ver-
fügbar unter: https://www.who.int/occupational_health/topics/stressatwp/en/
[19.02.2019]

Zimber, A. (1998). Beanspruchung und Stress in der Altenpflege: Forschungsstand und For-
schungsperspektiven. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 31: 417-425

10 Anhang

10.1 Tableaus als Grundlage für den Einbezug in die Anforderungen und Teilschritte des Interventionskatalogs

10.1.1 Dimension der Interaktionsarbeit: Kooperationsarbeit

Kernmerkmal	Positivbeispiel (für ‚Kooperationsarbeit‘)	Beobachtbarkeit (eigener Vorschlag)
(grundlegende) Beziehung aufrechterhalten und pflegen	<p>PK versucht für ZP eine Bezugsperson zu sein</p> <p>Vertrauensvolle Beziehung/ Umgang</p> <p>Anklopfen, Begrüßen mit Namen (Frau Müller), Nachfragen, wie es ihr geht</p>	<p>Intime oder persönliche Themen/Probleme der ZP werden mit PK besprochen</p> <p>ZP freut sich über Anwesenheit von PK (z.B. Lächeln)</p> <p>Verhalten der Pflegekraft ist auf das der ZP abgestimmt</p> <p>Freundliche Begrüßung der ZP, Höflicher Umgang (Siezen, Anklopfen), Zustand/Befindlichkeit erfragen, Blickkontakt halten, loben/motivieren der ZP, Körperkontakt zu ZP herstellen</p>
Eingehen auf ZP	<p>ZP sind Gastgeber und PK müssen auf ZP eingehen (Interesse zeigen)</p>	<p>erfragen und berücksichtigen von Wünschen und Fragen der ZP, zuhören, Eingehen auf Gesagtes, Zeit geben sich zu äußern/nicht unterbrechen, Eingehen auf persönliche Gegenstände wie Fotos, Initiativen des Gegenüber zulassen, Eigenarten berücksichtigen, Veränderungen ansprechen</p>
Aushandeln von Erwartungen und Wünschen	<p>Situatives Aushandeln von Erwartungen, z.B. körperliche Nähe und Distanz</p> <p>Balance von Nähe und Distanz</p>	<p>Eingehen auf die Wünsche, Austausch über Erwartungen in einer konkreten Situation (Essen, Waschen), Wahlmöglichkeiten lassen, gemeinsames Gestalten von Tätigkeiten, Hilfsangebote</p>

		Berührungen zulassen/ Wunsch nach körperlicher Nähe nachkommen, Grenzen setzen bei Körperkontakt/ Bedürfnis nach Nähe
Erklären von und Informieren über folgende Arbeits-handlungen	Informieren über die anstehende Pflegehandlung wie einen Verbandswechsel	Kommunikation über Arbeitstätigkeit, Erläutern von anstehenden Maßnahmen (Pflegehandlungen)

10.1.2 Dimension der Interaktionsarbeit: Gefühlsarbeit

Kernmerkmal	Positivbeispiel (für ‚Gefühlsarbeit‘)	Beobachtbarkeit (eigener Vorschlag)
Empathie zeigen	<p>Rücksichtnahme auf emotionale Befindlichkeiten der ZP; Aussetzen von Verrichtungen, die von ZP aktuell nicht erwünscht sind</p> <p>Fragen nach Wünschen Eingehen auf die Lebensgeschichte</p> <p>Gefühle erkennen und interpretieren</p> <p>Verständnis für zunächst nicht sinnvoll erscheinenden Ängsten/Hysterien</p>	<p>Verbal durch Zuspruch und Betonung von Mitgefühl und Verständnis, Erklärungen, um Ängste zu nehmen und anschließend Zeit nehmen, um den Prozess des Verstehens zu zulassen</p> <p>Nonverbal durch Körperkontakt herstellen und zulassen (Berührungen)</p> <p>Gefühlsäußerungen ernst nehmen, sie berücksichtigen und darauf eingehen</p>
Positive Stimmung herstellen	<p>Positive Atmosphäre schaffen durch, z.B. durch freundliche Begrüßung</p>	<p>Witz/ Humor, Ansprache positiver Ereignisse (z.B. Besuch von Angehörigen), gutes Zureden als Ausgleich von Missstimmung, Besänftigen (kommunikativ oder durch Berührung)</p>
Hilfe bei der Bewältigung negativer Gefühle der ZP	<p>Ängste abbauen vor medizinischen Eingriffen</p> <p>Fragen nach Wünschen der ZP zum Sterben</p> <p>Eingehen auf auftretende Gefühle (z.B. Scham) bei für die Bewohner_in neuen/ungeübten Situationen (z. B. Intimpflege)</p>	<p>Körperkontakt (Streicheln, Berührung), Gespräche über Ängste/Leid/Sterben, Besänftigen der ZP, Trösten, Aufmuntern, Beruhigen, geduldig sein, durch Präsenz bei Transfer Sicherheit vermitteln</p> <p>Erklärungen, Beruhigen, um Ängste abzubauen</p>

	Unterstützung bei der Eingewöhnung neuer Bewohner_innen	einbeziehen in die Alltagsstruktur (Aufgaben zuteilen/übertragen, Einladung zu Gruppenaktivitäten)
Gefühl der Selbstbestimmtheit vermitteln	Abholen der ZP in ihrer Situation	ZP Tätigkeiten machen lassen, was sie noch kann (Gehen, Essen, Sprechen); ZP zu eigenem Handeln / Aktivität ermutigen Verhandeln mit zu Pflegenden, berücksichtigen von Ängsten
Wahrnehmen der ZP	Aufmerksamkeit der PK gegenüber der ZP Teilen von freudvollen Momenten (Feiern nach Kitwood)	Aufrechterhalten des Blickkontaktes zur ZP, Wahrnehmen der ZP durch PK mit allen / verschiedenen Sinnen (Sehen, Hören, Riechen, Berühren) „strahlendes Lächeln“ der PK beim Erblicken der ZP PK und ZP erfasst eine ähnliche Stimmung
Der ZP Anerkennung vermitteln	kein kollektives Wir Erfahrung würdigen (?)	Sprache als Ausdruck von Anerkennung, Blickkontakt, Grüßen
Manipulation der ZP der Aufgabenerfüllung der PK	ZP zum Essen motivieren, indem man sagt, selbst gekocht zu haben	Offensichtlichen Widerspruch zur alltäglichen Praxis in der stationären Einrichtung
Sich Zeitnehmen für ZP	Ausreden lassen, persönliches Gespräch suchen, aktivierende Pflege	Gelassenheit der PK, Ruhe vermitteln, Eingehen auf kommunizierte Wünsche der ZP , ZP Tätigkeiten machen lassen, was sie noch kann (Gehen, Essen, Sprechen), Möglichkeit Ärger, Verletzungen oder Konflikte zu kommunizieren Gemeinsame Tätigkeiten (Zusammenarbeit -Kitwood)

		Eingehen auf zunächst nicht sinnvoll erscheinende Ängste/Hysterien
Sinnliche Zuwendung	Mit Düften Erinnerungen, z.B. Freimarkt, wachrufen	Verwendung von Düften, Stoffen, Farben und Musik, (Timalation)

10.1.3 Dimension der Interaktionsarbeit: subjektivierendes Arbeitshandeln

Kernmerkmal	Positivbeispiel (für , Interaktionsarbeit')	Beobachtbarkeit (eigener Vorschlag)
Situatives Handeln auf Unvorhergesehenes/ Unplanbares	Erkennen einer plötzlichen Veränderung des Gesundheitszustandes der/s ZP	Flexibles, situations- und kontextbezogenes Handeln der PK
Einsetzen von Sinnen als Arbeitsmittel zur Wahrnehmung der gesundheitlichen und psychophysischen Verfassung/ Zustand des/r ZP	Fiebrigkeit erkennen anhand von Berührung und sichtbarer Veränderungen der ZP Beobachtung des ZP in seiner unmittelbaren Wohnumgebung auf Auffälligkeiten/Abweichungen hin	Wahrnehmung der Situation durch Sehen, Ertasten, Riechen, Hören Auf Körperzeichen (wie Hautrötung, Schweißbildung) achten
Dialogisch-interaktives Vorgehen	Eingehen auf die unvorhergesehene Situation, die veränderte Verfassung der ZP (z.B. demenziell Erkrankte) und darauf bezogen abgestimmte Pflegehandlung/-handeln	Fragen stellen, Handlungen entsprechend ausrichten Nonverbale Kommunikation als Reaktion
Empathie als Einfühlen in und Verständnis für die Person und ihre Möglichkeiten	Erreichbarkeit der Klingel, Verfügbarkeit von Wasser (Situation an den ZP anpassen)	Korrekturhandlungen (Wasser holen; Klingel heranholen), Warten auf, Beobachten von, Kontrollieren selbstständig ausgeführter Handlungen der ZP
Körperkontakt ermöglichen	Zulassen von körperliche Nähe/Körperkontakt als menschliches Grundbedürfnis	Berührungen der PK durch ZP werden nicht abgewehrt, sondern toleriert bzw. erwidert

10.1.4 Dimension der Interaktionsarbeit: Emotionsarbeit

Kernmerkmal	Positivbeispiel (für ‚Emotionsarbeit‘)	Beobachtbarkeit (eigener Vorschlag)
Freundlichkeit im Umgang mit den zu Pflegenden wahren	Bei aggressivem oder übergriffigem Verhalten Bei unangemessenem Verhalten aufgrund der Erkrankung (Demenz)	Bestimmtes und zugewandtes Verhalten gegenüber die zu Pflegenden, Grenzen setzen durch (non)verbale Kommunikation; zu Hilfe holen von Kolleg_innen Bei demenziell erkrankten ZP: Unangemessenes Verhalten wird akzeptiert/toleriert; Gelassenheit bei unangemessenem Verhalten
Eigene negative Gefühle unterdrücken	Ekel, Zorn, Ärger, Abneigung, Ängste, Misstrauen gegenüber der ZP werden seitens der PK nicht gezeigt.	Achtsamkeitsrituale/-praktiken, wie tiefes Durchatmen in oder nach Einstellen auf die (neue) Situation; Sich zusammennehmen/sammeln; PK bleibt gelassen
Umgang mit Leid und Tod der zu Pflegenden	mitfühlen ohne mitzuleiden	PK nimmt sich Zeit für sterbende ZP; Austausch mit Kolleg_innen suchen; Trauerrituale der PK (z.B. individuelles Abschiednehmen von gerade verstorbenen ZP)

Legende:

ZP: zu Pflegende/r

PK: Pflegekräfte/Pflegekraft

10.2 Informationsschreiben

Informationsschreiben für Pflegeeinrichtungen / Informationsschreiben für Pflegekräfte stationärer Pflegeeinrichtungen

zur Studie „Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI“

Sehr geehrte Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen / Sehr geehrte Pflegekräfte, wie Ihnen bekannt ist, hat die Universität Bremen durch die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI den Auftrag erhalten, ein Personalbemessungsverfahren zu entwickeln, das eine einheitliche Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen ermöglichen soll. Hierzu gehört unter anderem ein arbeitswissenschaftliches Teilvorhaben des Instituts Arbeit und Wirtschaft (iaw). Ziel ist es, Interaktionsarbeit, das heißt die Arbeit mit und am zu pflegenden Menschen, in der stationären Langzeitpflege zu erheben und darauf bezogene erfahrungsgestützte Zeitbedarfe zu ermitteln.

Ihre Einrichtung wurde als eine von vier Einrichtungen aus über 100 Einrichtungen insgesamt ausgewählt, um an diesem Forschungsteil der Studie zur Personalbemessung in der Pflege mitzumachen und Ihre Ergebnisse in die Gesamtergebnisse in besonderer Hinsicht einfließen zu lassen.

Wir freuen uns sehr, dass sich Ihr Arbeitgeber auch für diesen Studienteil zur Verfügung stellt und bedanken uns dafür herzlich!

Doch auch Sie bitten wir hierfür um Ihre Unterstützung und Teilnahme.

Was ist das Ziel dieses Studienparts:

Das an der qualitativen Arbeitsforschung ausgerichtete Teilvorhaben zielt im Einzelnen darauf ab,

- aus arbeitswissenschaftlicher Perspektive zu erheben, wo Interaktionsarbeit im Rahmen von Pflege Tätigkeiten auftaucht,
- um welche spezifischen interaktiven Tätigkeiten es sich dabei handelt und
- welche erfahrungsgestützten Zeitbedarfe dafür zu erkennen und aus der Perspektive der Pflegekräfte zu kalkulieren sind

Wie sieht die Teilnahme am Studienteil zur Interaktionsarbeit aus?

Der Studienteil zur Interaktionsarbeit in der stationären Langzeitpflege besteht aus drei Erhebungsparts:

PART 1: 1 Interview der Pflegedienstleitung

PART 2: 4 Ganzschichtbegleitungen mit anschließendem Interview der begleiteten Pflegekraft

Im Part 1 werde ich, Cora Schwerdt (Wissenschaftliche Mitarbeiterin des Instituts Arbeit und Wirtschaft, Universität Bremen), gern ein Interview mit Ihrer **Pflegedienstleitung** durchführen. Dieses wird etwa **von 30 bis 60 Minuten** in Anspruch nehmen. In diesem Interview erfrage ich Näheres über die Besonderheiten Ihrer Einrichtung und Ihrer Rahmenbedingungen, wie der Personalausstattung, der Einarbeitung und Qualifizierung, der Arbeits(zeit)organisation und der Arbeits- bzw. Organisationskultur.

Ziel ist es, ein näheres Verständnis Ihrer Einrichtung zu erhalten und ggfls. die Rahmenbedingungen gut verstehen zu können, unter denen Interaktionsarbeit geleistet wird.

Im zweiten Part wird darüber hinaus in Ihrer Einrichtung eine Station ausgewählt, in der **4 Ganzschichtbegleitungen** (also an 4 aufeinanderfolgenden Tagen die Begleitung von je einer Pflegekraft während ihrer gesamten Schicht) durch mich erfolgen wird. Es ist geplant, dass für die 4 Tage unterschiedliche Pflegekräfte ausgewählt werden, sodass von Ihrer Einrichtung 4 Pflegekräfte teilgenommen haben.

Ziel ist es, typische Situationen und Tätigkeiten der Pflegekräfte bei der Arbeit mit und an zu Pflegenden (Interaktionsarbeit) zu entdecken und zu erheben.

Im **direkten Anschluss** an jede diese Ganzschichtbeobachtungen findet zusätzlich ein **kurzes Interview** anhand offener Leitfäden **mit** der jeweiligen **begleiteten Pflegekraft für ca. 30 Minuten** statt.

Ziel ist es, zu verdeutlichen, welche Aspekte aus Sicht der Pflegekraft typisch waren und welche Aspekte Besonderheiten darstellen. Das Kurzinterview dient uns also dazu, die beobachtete Interaktionsarbeit gut einordnen und verstehen zu können sowie nicht beobachtbare Aspekte zu ergänzen.

In den vier ausgewählten stationären Einrichtungen erfolgt nach der ersten Grobauswertung jeweils eine **Gruppendiskussion mit etwa 3 bis 5 Pflegekräften**, in denen die ersten groben Ergebnisse aus der Beobachtung und den Beobachtungsinterviews mit den Beteiligten vorgestellt und gemeinsam reflektiert werden. Die hierfür veranschlagte Zeit liegt im Rahmen von **ca. 2 Stunden**.

Die Ergebnisse bilden anschließend die Grundlage für eine Einschätzung anhand der jeweils besprochenen NBA-Konstellationen Pflegebedürftiger, welchen Anteil Interaktionsarbeit an der Pflegearbeit hat und wie viel Zeit dafür benötigt wird.

Was nützt Ihre Teilnahme?

Die Ergebnisse werden dafür genutzt, Ihre Arbeit langfristig besser zu gestalten. Es geht dabei vor allem darum, den Anteil, den Interaktionsarbeit an Ihrer Arbeit hat, aufzuzeigen und die anzuerkennen.

Was geschieht mit den in dieser Studie gesammelten Informationen?

Ihre Aussagen, die Sie im Rahmen der Interviews und Gruppendiskussion gemacht haben, werden grundsätzlich anonymisiert. Die Daten aus dem Interview und der Gruppendiskussion wie auch denen anderer Mitarbeiter/-innen sowie Interviews und den Beobachtungen werden von den Projektmitarbeiter/-innen zunächst einzeln und dann übergreifend ausgewertet und zusammengefasst. Sämtliche Informationen, die im Rahmen des Projektes erhoben werden, unterliegen der Vertraulichkeit. Das Studienpersonal unterliegt im Hinblick auf alle persönlichen und personenbezogenen Daten der Verschwiegenheit.

Die Interviews und die Verschriftlichung (Transkript) werden passwortgeschützt aufbewahrt.

Ihre Einwilligungserklärung wird von dem Protokoll getrennt und sicher aufbewahrt und nach Projektende umgehend vernichtet. Außer den Projektmitarbeiter/-innen kann kein Dritter auf Ihre Daten zugreifen und/oder sie den Protokollen zuordnen.

Die gesammelten Informationen und die Ergebnisse zu Interaktionsarbeit fließen in die Studie zur Personalbemessung in der Pflege von Prof. Dr. Heinz Rothgang ein. In der Auswertung werden alle Ihre Daten anonym behandelt, sodass keine Rückschlüsse auf Ihre Person bzw. auch auf Ihre Einrichtung möglich sind.

Ansprechpartner:

Bei weiteren Fragen wenden Sie sich gerne direkt an mich, Cora Schwerdt, unter der Telefonnummer 0421-218-61717.

Wir bedanken uns bei Ihnen für Ihre Unterstützung!

10.3 Einwilligungserklärung zur Beobachtung

Einverständniserklärung zum Studienvorhaben

Über die Bedingungen der Teilnahme an der Studie

„Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI“

hat mich Frau/Herr _____ informiert.

Beschreibung des Studienvorhabens (zutreffendes bitte ankreuzen):

- mündliche Erläuterung schriftliche Erläuterung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- ich weiß, dass die Teilnahme **freiwillig** ist und ich die Teilnahme an der Studie jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne persönliche Nachteile abbrechen kann,
- ich das **Informationsschreiben** zur Studie erhalten, gelesen und den Inhalt verstanden habe,
- ich weiß, dass ich (mind.) eine **gesamte Schicht** von der wissenschaftlichen Mitarbeiterin Cora Schwerdt **begleitet** werde,
- ich Gelegenheit hatte, **Nachfragen** zu stellen und die Antworten verstanden habe und unter diesen Bedingungen an der Studie teilnehme.

Das anonymisierte, verschriftlichte **Interview** wird gegebenenfalls auch nach Projektende für weitere, ausschließlich **wissenschaftliche Zwecke**, z.B. Fachpublikationen bzw. wissenschaftliche Abschluss- und Qualifizierungsarbeiten, genutzt.

Alle schriftlichen Daten werden **sicher** und passwortgesichert **aufbewahrt**; nur die Projektleitung und die Projektmitarbeiter/-innen haben Zugriff auf diese Daten.

In projektbezogenen wissenschaftlichen Veröffentlichungen, Hochschularbeiten oder Vorträgen werden **nur anonymisierte**, verschriftlichte **Ausschnitte zitiert**. Das bedeutet, dass die Verschriftlichung nicht und schon gar nicht das Audiomaterial in ihrer Gesamtheit veröffentlicht werden darf. Damit soll erreicht werden, dass auch durch Aussagen **keine Rückschlüsse** auf Ihre Person gezogen werden können. Das anonymisierte, verschriftlichte

Interview wird gegebenenfalls auch nach Projektende **für weitere, wissenschaftliche Zwecke**, z.B. Fachpublikationen bzw. wissenschaftliche Abschluss- und Qualifizierungsarbeiten, genutzt.

Ihre **Aussagen**, die Sie im Rahmen des Interviews gemacht haben, werden grundsätzlich **anonymisiert**. Die Daten aus dieser Gruppendiskussion wie auch denen anderer Mitarbeiter*innen sowie Interviews und den Beobachtungen werden von den Projektmitarbeiter*innen zunächst **einzelnd und dann übergreifend ausgewertet und zusammengefasst**. Die zusammengefassten Gesamtergebnisse enthalten keine Angaben zu einzelnen Personen noch Originalaussagen aus Interviews, so dass keine Rückschlüsse auf Ihre Person, Ihre Arbeitsqualität und Ihre Aussagen erfolgen können. Es werden zu keinem Zeitpunkt die vollständigen Protokolle – auch nicht auszugsweise – an Ihren Arbeitgeber weitergeleitet.

Ihre **Einwilligungserklärung** wird von dem **Protokoll getrennt** und sicher **aufbewahrt** und nach Projektende umgehend vernichtet. Außer den Projektmitarbeiter/-innen kann kein Dritter auf Ihre Daten zugreifen und / oder sie den Protokollen zuordnen.

Die Gruppendiskussion findet während Ihrer Arbeitszeit statt. Die **Teilnahme** an dieser ist **freiwillig**. Sie haben **vor, während und direkt nach der Gruppendiskussion** die Möglichkeit, Ihr Einverständnis dazu ohne Begründung und ohne Nachteile für Sie **zurückzuziehen**, d.h. Ihre Teilnahme zu beenden oder abubrechen. Genauso können Sie auch **während** der Diskussion die Beantwortung **einzelner** Fragen **ablehnen**. Auf Ihren Wunsch können auch **einzelne** Antworten **direkt nach** der Diskussion von der Auswertung ausgeschlossen werden. Die entsprechenden Sequenzen werden dann nicht verschriftlicht. Ebenso können Sie vor, während und direkt nach der Gruppendiskussion einer Protokollierung und / oder Verschriftlichung widersprechen, bzw. dessen Löschung verlangen. Bei Auswertung der **verschriftlichten** Diskussion sind die Daten so anonymisiert, dass Sie – auch von den Projektmitarbeiter*innen - nicht mehr Ihnen als Person zugeordnet werden können. Eine Änderung oder Löschung ist dann **nicht mehr** möglich.

Ich (Teilnehmer/-in) weiß, dass mir das Studienteam auch in der Zukunft auftretende Fragen beantworten wird.

Einwilligungserklärung der begleiteten Person zur Beobachtung

Ich erkläre hiermit meine **freiwillige Teilnahme** an der Studie *„Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI“* speziell dessen Parts Interaktionsarbeit .

Ort, Datum,

Vor- und Zuname des*r Teilnehmer*in

Unterschrift

in Druckbuchstaben

10.4 Einwilligungserklärung zum Interview

Einwilligungserklärung der Teilnehmer/ -in an dem Interview

Hiermit versichere ich, Frau/ Herr _____

dass ich damit **einverstanden** bin, im Rahmen der „*Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI*“

an einem Interview **teilzunehmen**.

Ich wurde über das Projekt und die Arbeit der Mitarbeiterin der Universität Bremen (Institut Arbeit und Wirtschaft) informiert.

Ich bin damit einverstanden, dass das Interview **aufgenommen** wird.

Ja

Nein

Ich bin damit einverstanden, dass die verschriftlichte, anonymisierte Version des Interviews für die **Studienzwecke** genutzt wird.

Ja

Nein

Ich bin damit einverstanden, dass die verschriftlichte, anonymisierte Version des Interviews ggfls. auch **nach** Projektende für **wissenschaftliche Zwecke** (zum Beispiel Hochschularbeiten) genutzt werden darf.

Ja

Nein

(Ort, Datum, Unterschrift)

10.5 Interviewleitfaden zum Experteninterview mit einer Pflegedienstleitung:

Das Interview wurde, sofern möglich, vor die 4 teilnehmenden Beobachtungen geführt. Zu Anfang gab es eine kurze Vorstellung der am Interview Beteiligten sowie eine kurze Beschreibung des Vorhabens zu Interaktionsarbeit und dem Ziel dieses Interviews. Daraufhin wurde um die Einwilligung in die Aufnahme gebeten:

Leitfrage/ Stimulus / Erzählaufforderung	Inhaltliche Aspekte, Stichworte – nur erfragen, wenn nicht von allein thematisiert	(Nach-)Fragen
Würden Sie einmal allgemein und kurz beschreiben, wie Sie die Arbeitssituation in der Pflege sehen?	Arbeitssituation in der Pflege Marktsituation in der Region (Übertragung auf den Alltag?- Kostendruck)	Welche Bedeutung hat der Fachkräftemangel für Ihr Haus?
Welche Besonderheiten zeichnet diese Einrichtung aus?	Leitbild (z. B. christlich) Organisationsstruktur (Anzahl der Stationen/Bereiche)* Besonderheiten der einzelnen Bereiche (Pflegeprinzip)* Sozialberatung Supervisionsangebote Gesundheitsmanagement Betriebsklima	Welche Rahmenbedingungen sind aus Ihrer Sicht in Ihrer Einrichtung besonders? Wie spiegelt sich das Leitbild im Alltag wieder? Wie viele Leitungsebenen gibt es? Wie viele Mitarbeiter werden geführt? (pro Person)
Wie sieht es aus mit der Belegschaftsstruktur?	Anzahl der Mitarbeiter (VZÄ) Dauer der Betriebszugehörigkeit Fluktuation Alter (Personalschlüssel)* (Fachkraftquote)*	Wie viele Mitarbeiter haben Sie? Wie lange sind diese schon im Unternehmen? Wie häufig wechselt das Personal? Wie alt sind die Pflegekräfte, die bei Ihnen arbeiten?

<p>Gibt es eine betriebliche Interessensvertretung?</p>	<p>Mitarbeitervertretung Betriebsrat Verhältnis zwischen MAV und Führungsebene (Streit/ Vertrauen)</p>	<p>Wie ist das Verhältnis zwischen Ihnen und der Mitarbeitervertretung?</p>
<p>Welche Bewohnerstruktur liegt bei Ihnen vor?</p>	<p>(Pflegegrade, Häufungen)²³ Unterschiede bzgl. Religion, Kultur, Geschlecht, Selbstständigkeit</p>	<p>Welche Pfleggrade sind häufig in Ihrem Haus? Wie selbstständig sind sie? Gibt es Unterschiede? (Religion, Geschlecht...)</p>
<p>Erzählen Sie einmal von der Station</p>	<p>Was ist besonders? Verteilung der Pflegegrade Übergaberegung Zuständigkeitsbereiche (z. B. Stationspflege)</p>	<p>In was für einer Station wird die Erhebung stattfinden?</p>
<p>Wie wird die Pflegeplanung normalerweise durchgeführt?</p>	<p>Offene Planung Einbezug/ Selbstständiges Planen der Pflegekräfte Zeit- / Schichtwünsche Geteilte Dienste Entscheidungsspielräume Pausengestaltung Vereinbarkeit von Familie und Beruf Zusammenarbeit von Hilfs- und Fachkräften Hauswirtschaftliche Tätigkeiten Delegation</p>	<p>Sind Pflegekräfte in die Planung eingebunden? Werden Wünsche berücksichtigt? Wie viel können die Pflegekräfte über ihren eigenen Einsatz selbst entscheiden? Was sind relevante Kriterien?</p>
<p>Wie sind Vertretungen organisiert?</p>	<p>Wünsche Unterbesetzung Häufigkeit Kooperation untereinander Vertretungsregelung</p>	<p>Wie erfolgt die Einteilung? Inwieweit sind Pflegekräfte beteiligt? Werden Vertretungen gerne füreinander übernommen?</p>

²³ wurde vom socium-Team erhoben

<p>Wie sieht die Zusammenarbeit der Pflegekräfte unter einander aus?</p>	<p>Teamarbeit Betriebsklima Kooperation Zusammengehörigkeit</p>	<p>Unterstützen sich die Pflegekräfte gegenseitig?</p>
<p>Gibt es Regelungen zur Pausengestaltung?</p>	<p>Pausen möglich Wie gestaltet? (getrennt/ gemeinsam) Dauer, Häufigkeit Flexibel? Abgrenzung zu Bewohnern Erholung/ Zeit zum Sich-Sammeln</p>	<p>Wie laufen die Erholungspausen ab? Gibt es eine Möglichkeit ohne Telefon/ Ansprache von Bewohnern Pause zu machen? Werden die Pausen gemeinsam mit Kollegen gestaltet? Wie sind die Erholungspausen geregelt? Wie häufig gibt es Pausen? Wie lange sind die Pausen? Werden die möglichen Pausen auch genutzt?</p>
<p>Was sind für Sie relevante Kriterien bei der Einstellung von neuen Mitarbeiter*innen?</p>	<p>Fachkompetenz Ausbildungsniveau Soziale Kompetenz Einfühlungsvermögen Erfahrungswissen Team-Passung</p>	<p>Worauf achten Sie, wenn Sie neue Mitarbeiter*innen einstellen? Was zeichnet Ihrer Meinung nach eine gute Pflegekraft aus?</p>
<p>Erfahren Sie von den Pflegekräften, was ihnen viel Freude macht und was sie belastet?</p>	<p>Mitarbeiterbefragungen Direkte Ansprache Dokumentation Pflege – was kommt zu kurz Zeitdruck unbeliebte Aufgaben, die nicht als Bestandteil ihrer eigentlichen Tätigkeit gesehen werden</p>	<p>Wie erfahren Sie es?</p>
<p>Wie können Sie Pflegekräfte entlasten?</p>	<p>Tätigkeitswechsel Wünsche berücksichtigen Entscheidungsspielraum Einbezug in Entscheidungen</p>	<p>Welche Möglichkeiten gibt es sie zu entlasten? Wo sehen Sie noch Potenziale?</p>

	Möglichkeit Delegation von Aufgaben (Fortbildungsangebot Supervision Sozialberatung)	Werden Mitarbeiter-Wünsche berücksichtigt? Wie?
Wie würden Sie die Fehlerkultur beschreiben?	Art der Fehler Fehler, die nicht rational begründbar Lernchance / menschlich Verantwortung Auswirkung	Dürfen Fehler gemacht werden? Welche Art von Fehlern darf gemacht werden? Was sind No-Go's für Sie?
Einstellungsfragen	Inwieweit vertrauen Sie in Handlungen, die Pflegekräfte ausüben, aber nur begrenzt bis gar nicht beobachtbar sind? → eigenverantwortliche Handeln (z. B. subtile Wahrnehmung, Sinneswahrnehmung, intuitives spontanes Handeln in unvorhersehbaren Situationen)	
Abschlussfrage: Fehlt Ihnen etwas?		
Ggfls. nach dem Interview: ergänzender Fragebogen für Faktenfragen	Wie alt sind Sie? Welche Ausbildung haben Sie? Wie lange arbeiten Sie schon hier? Wie lange Berufserfahrung haben Sie?	

10.6 Leitfaden zum Beobachtungsinterview mit begleiteten Pflegekräften

Dieses Interview fand nach jeder Schichtbegleitung statt. Zu Anfang wurde das Vorhaben zu Interaktionsarbeit noch einmal kurz dargestellt und das Ziel dieses Interviews erklärt. Daraufhin wurde um die Einwilligung in die Aufnahme gebeten:

Leitfrage/ Stimulus / Erzählaufforderung	Inhaltliche Aspekte, Stichworte – nur erfragen, wenn nicht von allein thematisiert	(Nach-)Fragen mit obligatorischer Formulierung
Mit welchem Gefühl sind Sie heute zur Arbeit gekommen?	Positiv (Freude, Motivation, gute Laune) Negativ (Missmut, schlechte Laune, gestresst) Unterschied zu sonst?	Kommen Sie eher gut gelaunt oder eher schlecht gelaunt zur Arbeit? Warum?
Wie war der heutige Arbeitstag für Sie?	wie anspruchsvoll? was am anspruchsvollsten? besonders? anders? was wie immer?	Was haben Sie heute gerne gemacht? Was haben Sie heute am wenigsten gerne gemacht? Was war heute anders als sonst? Was war heute für Sie besonders?
Wie haben Sie Situation X erlebt?	In welchen besonders viel Zeit benötigt? Wo gerne mehr Zeit gehabt? Welche belastend/motivierend?	Wie haben Sie die besondere Situation erlebt? Wie nehmen Sie die Situationen, wie sie sonst sind, wahr?
Was ist mir aufgefallen? (empathisch formulieren, Bewunderung ausdrücken)	Situationen, in denen hohe Anforderungen an Interaktionsarbeit; unterschiedlicher Umgang mit Zupflegernden z.B. mehr Zeit _ eigenen Gefühle zu reflektieren,	Hätten Sie sich in diesen Situationen mehr Zeit gewünscht? Wofür im Besonderen?

	<p>_ sich auf die nächste zupflegende Person einzustellen,</p> <p>_ sich zu erholen von hohen Anforderungen an Interaktionsarbeit</p>	
<p>Was unterscheidet Ihre jetzige Arbeit von der Idealvorstellung Ihrer Arbeit, die Sie gerne machen würden? /</p> <p>Was macht gute Pflege aus?</p>	<p>Idealvorstellung von Pflege gute Pflege (Qualität)? Zeit</p> <p>Rahmenbedingungen</p>	<p>Wofür wünschen Sie sich in der Pflegearbeit mehr Zeit?</p> <p>Welche Rahmenbedingungen müssten sich ändern, damit Sie Ihre Arbeit entsprechend Ihrer Idealvorstellung ausführen könnten?</p>
<p>Was tun Sie, wenn etwas nicht Planbares passiert?</p>	<p>Neue Situation</p> <p>Wissen nicht direkt, was zu tun</p> <p>z.B. verschlechterter Gesundheitszustand, überraschende Reaktion des/der Pflegebedürftigen</p>	<p>Wie reagieren Sie in Situationen, die Sie nicht vorhersehen konnten? Wornach richten Sie sich in diesen Situationen?</p>
<p>Wie lernen Sie Ihre Zupflegenden kennen?</p>	<p>Beziehung aufbauen</p> <p>Persönlichkeit</p> <p>Biographie</p> <p>Eingehen auf soziale Einbindung, bevorzugte Musik, Essenswünsche etc.</p> <p>Pflegegrad</p>	<p>Wie stellen Sie sich auf die Bewohner*innen ein?</p> <p>Welche Bedeutung hat für Sie die Persönlichkeit der Bewohner*in?</p> <p>Welche Rolle spielt die Persönlichkeit der zupflegenden Person und deren Pflegegrad in Bezug auf die Zeit, die Sie für die interaktiven/ zwischenmenschlichen Tätigkeiten benötigen?</p>
<p>Wie sieht es aus mit Ihrer Pausengestaltung?</p>	<p>Pausen möglich</p> <p>Wie gestaltet? (gemeinsam)</p>	

	<p>Flexibel?</p> <p>Abgrenzung zu Bewohnern</p> <p>Erholung/ Zeit zum Sich-Sammeln</p>	
<p>Wo bekommen Sie Unterstützung für Ihre Arbeit?</p>	<p>Kolleg*innen</p> <p>Vorgesetzte</p> <p>Einrichtung</p> <p>Freunde, Familie</p>	<p>Wer/was war heute für Sie unterstützend?</p> <p>Wer/was hat Ihnen heute geholfen bei Ihrer Arbeit?</p> <p>Von wem oder was würden Sie Unterstützung vermuten?</p>
<p>Welche Bedeutung haben formale Vorgaben und Dokumentationsanforderungen für Ihre Arbeit?</p>	<p>Handlungen, die nicht dokumentiert werden können</p> <p>Vertrauen in eigene Wahrnehmung?</p> <p>Spielraum?</p> <p>Fehlerkultur</p>	<p>Inwieweit spielen nicht dokumentierbare bzw. objektivierbare Aspekte bei Ihrer Arbeit eine Rolle?</p> <p>Welche Rolle spielt Ihre Intuition/ Ihr Gefühl / Ihre Erfahrung bei Ihrer Arbeit?</p>
<p>Wo dürfen Sie eigene Entscheidungen treffen?</p>	<p>Zeitpuffer</p> <p>Entscheidungsspielraum</p> <p>Abstimmung mit Bewohner</p>	<p>Wo dürfen Sie mitbestimmen, was Ihre Arbeit angeht?</p> <p>Wo haben Sie Spielräume, die Sie eigenständig nutzen können?</p> <p>Inwiefern können Sie dementsprechend handeln?</p>
<p>Mit welchem Gefühl gehen Sie nach Hause?</p>	<p>Gutes/positives Gefühl (Freude, Erleichterung)</p> <p>Schlechtes/negatives Gefühl (Trauer, Missmut, Stressempfinden, Erschöpfung)</p> <p>Unterschied zu sonst?</p>	<p>Gehen Sie eher gut gelaunt von der Arbeit oder eher schlecht gelaunt nach Hause?</p> <p>Warum?</p>

Einstellungsfragen	Wie wichtig ist Ihnen die Arbeit mit und am Menschen? / Welche Bedeutung hat für Sie die Zwischenmenschlichkeit / der Bezug zu den Personen ?
Abschlussfrage: Fehlt Ihnen etwas?	
Ggfls. nach dem Interview: ergänzender Fragebogen für Faktenfragen	Wie alt sind Sie? Welche Ausbildung haben Sie? Wie lange arbeiten Sie schon hier? Wie lange Berufserfahrung haben Sie?

Tabelle nach Helfferich (2014: 568)

10.7 Einverständniserklärung zur Gruppendiskussion

Einverständniserklärung von Pflegekräften zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten

Über die Bedingungen der Teilnahme an der Studie

„Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI“

hat mich Frau/Herr _____ informiert.

Beschreibung des Studienvorhabens (zutreffendes bitte ankreuzen):

- mündliche Erläuterung schriftliche Erläuterung

Im Rahmen der oben genannten Studie möchte Mitarbeiterin des iaw, Cora Schwerdt, gerne mit Ihnen und einigen Kolleg*innen eine **Gruppendiskussion** führen. Die Mitarbeiterin des iaw wird Ihnen dabei Fragen stellen. Diese werden mit Ihrem Einverständnis aufgenommen (**Audioaufnahme**). Für die anschließend wissenschaftliche Auswertung der Diskussion werden die Audioaufnahmen **anonymisiert verschriftlicht** und alle Angaben, die zu einer Identifizierung Ihrer Person führen könnten verändert (z.B. Alter, Geschlecht, Ort), sodass keine Rückschlüsse mehr auf Ihre Person möglich sind.

Alle schriftlichen Daten werden **sicher** und passwortgesichert **aufbewahrt**; nur die Projektleitung und die Projektmitarbeiter*innen haben Zugriff auf diese Daten.

In projektbezogenen wissenschaftlichen Veröffentlichungen, Hochschularbeiten oder Vorträgen werden **nur anonymisierte**, verschriftlichte **Ausschnitte zitiert**. Das bedeutet, dass die Verschriftlichung nicht oder und schon gar nicht das Audiomaterial in ihrer Gesamtheit veröffentlicht werden darf. Damit soll erreicht werden, dass auch durch Aussagen **keine Rückschlüsse** auf Ihre Person gezogen werden können. Das anonymisierte, verschriftlichte Interview wird gegebenenfalls auch nach Projektende **für weitere, wissenschaftliche Zwecke**, z.B. Fachpublikationen bzw. wissenschaftliche Abschluss- und Qualifizierungsarbeiten, genutzt.

Ihre **Aussagen**, die Sie im Rahmen der Gruppendiskussion gemacht haben, werden grundsätzlich **anonymisiert**. Die Daten aus dieser Gruppendiskussion wie auch denen anderer Mitarbeiter*innen sowie Interviews und den Beobachtungen werden von den Projektmitarbeiter*innen zunächst **einzelnd und dann übergreifend ausgewertet und zusammengefasst**. Die zusammengefassten Gesamtergebnisse enthalten keine Angaben zu einzelnen Personen noch Originalaussagen aus Interviews, so dass keine Rückschlüsse auf

Ihre Person, Ihre Arbeitsqualität und Ihre Aussagen erfolgen können. Es werden zu keinem Zeitpunkt die vollständigen Protokolle – auch nicht auszugsweise – an Ihren Arbeitgeber weitergeleitet.

Ihre **Einwilligungserklärung** wird von dem **Protokoll getrennt** und sicher **aufbewahrt** und nach Projektende umgehend vernichtet. Außer den Projektmitarbeiter/-innen kann kein Dritter auf Ihre Daten zugreifen und / oder sie den Protokollen zuordnen.

Die **Teilnahme** an dieser ist **freiwillig**. Sie haben **vor, während und direkt nach der Gruppendiskussion** die Möglichkeit, Ihr Einverständnis dazu ohne Begründung und ohne Nachteile für Sie **zurückzuziehen**, d.h. ihre Teilnahme zu beenden oder abbrechen. Genauso können Sie auch **während** der Diskussion die Beantwortung **einzelner Fragen ablehnen**. Auf Ihren Wunsch können auch **einzelne Antworten direkt nach** der Diskussion von der Auswertung ausgeschlossen werden. Die entsprechenden Sequenzen werden dann nicht verschriftlicht. Ebenso können Sie vor, während und direkt nach der Gruppendiskussion einer Protokollierung und / oder Verschriftlichung widersprechen, bzw. dessen Löschung verlangen. Bei Auswertung der **verschriftlichten** Diskussion sind die Daten so anonymisiert, dass Sie – auch von den Projektmitarbeiter*innen - nicht mehr Ihnen als Person zugeordnet werden können. Eine Änderung oder Löschung ist dann **nicht mehr** möglich.

Ich weiß, dass mir das Studienteam auch in der Zukunft auftretende Fragen beantworten wird.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- ich weiß, dass die Teilnahme **freiwillig** ist und ich die Teilnahme an der Studie jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne persönliche Nachteile abbrechen kann,

- ich das **Informationsschreiben** zur Studie erhalten, gelesen und den Inhalt verstanden habe,
- ich Gelegenheit hatte, **Nachfragen** zu stellen und die **Antworten verstanden** habe und unter diesen Bedingungen an der Studie teilnehme.

Einwilligungserklärung der Teilnehmer/-in an der Gruppendiskussion

Hiermit versichere ich, Frau/Herr _____

dass ich damit einverstanden bin, im Rahmen der Studie zur Personalbemessung an einer **Gruppendiskussion teilzunehmen**.

Ich wurde über das Projekt und die Arbeit der Mitarbeiterin der Universität Bremen (Institut Arbeit und Wirtschaft) informiert.

Ich bin damit einverstanden, dass die Gruppendiskussion **aufgenommen** (Audioaufnahme) wird.

Ja

Nein

Ich bin damit einverstanden, dass die verschriftlichte, anonymisierte Version der Gruppendiskussion **während** der Projektlaufzeit **für** ausschließlich **wissenschaftliche Zwecke genutzt** wird.

Ja

Nein

Ich bin damit einverstanden, dass die verschriftlichte, anonymisierte Version der Gruppendiskussion auch **nach Projektende** für ausschließlich **wissenschaftliche Zwecke** (zum Beispiel Hochschularbeiten) genutzt werden darf.

Ja

Nein

(Ort, Datum, Unterschrift)

10.8 Gruppendiskussion

Folgendes Konzept diene als grundlegender Leitfaden für die Gruppendiskussion. Das Konzept wurde entsprechend der Kernergebnisse und situativ auch den Aussagen/ Diskussion der Pflegekräfte entsprechend angepasst.

Teilnehmer/-innen: ca. 3-5 Pflegekräfte unterschiedlichen Qualifikationsniveaus, mind. 1 examinierte Pflegefachkraft, ggfls. GB, CS

Konzept

Begrüßung, Vorstellung, Ziel der Studie, warum wurden die Pflegekräfte begleitet, Thema der Gruppendiskussion

Einwilligungserklärung:

Frage, ob das Gespräch aufgenommen werden darf.

Vorstellungsrunde, Small-Talk

Ich würde Sie bitten, sich noch einmal kurz vorzustellen:

- (Name?)
- Ausbildung,
- Berufserfahrung
- in der Einrichtung seit...

Einstiegsfragen:

- Wie viel Zeit sagen Sie, benötigen Sie für Interaktionsarbeit an einem normalen Tag?
- Wofür würden Sie sich mehr Zeit wünschen?
- Wofür bräuchten Sie mehr Zeit?

Wie viel Zeit, meinen Sie, bräuchten Sie, wenn Sie gute Interaktionsarbeit leisten wollen?

Kurze Darstellung der Dimensionen (Böhle et al. 2015)

Kurze Beschreibung der **ersten groben Ergebnisse** (zentrale Erkenntnisse zu Interaktionsarbeit und zeitliche Aspekte)

Strukturiert nach dem Modell nach Böhle et al. (2015)

- Kooperationsarbeit

- Gefühlsarbeit
- Subjektivierendes Arbeitshandeln
- Emotionsarbeit

nach jeder Vorstellung der Kernergebnisse einer Dimension

Würden Sie sagen, dass diese Ergebnisse Ihrer Erfahrung von Ihrer Arbeitssituation zeigen? (strukturiert nach Dimensionen des integrativen Modell nach Böhle et al. (2015))

- a) Wie viel Zeit** würden Sie als Pflegekraft sagen, **haben Sie an einem normalen Tag** für

(sich zeitlich einordnen - Punkt auf Zeitstrahl kleben)

- b) Wie viel Zeit bräuchten Sie** / hätten sie gerne **für gute ...?**

(sich zeitlich einordnen - Punkt auf Zeitstrahl kleben)

Kooperationsarbeit:

- a) ...die Beziehungsarbeit und das Aushandeln mit Bewohner/-innen?
- b) ...Beziehungsarbeit und das Aushandeln mit Bewohner/-innen?

Gefühlsarbeit

- a) ...das Beeinflussen der Gefühle der Bewohner/-innen?
- b) ...Arbeit an den Gefühlen der Bewohner/-innen?

Subjektivierendes Arbeitshandeln

- a) ...den Umgang mit Unwägbarkeiten?
- b) ...einen guten Umgang mit Unwägbarkeiten?

Emotionsarbeit

- a) ... den Umgang mit den eigenen Gefühlen?
- b) guten Umgang mit den eigenen Gefühlen?

Nachfragen zu Emotionsarbeit

- Wie sieht es aus mit dem Umgang mit eigenen Gefühlen?
- Was erzeugt Stress für Sie?

Welche Gefühle dürfen Sie offen zeigen?

- Welche Tätigkeiten helfen Ihnen sich von der Interaktionsarbeit zu entlasten?
- Welche Gefühle sollen Sie bei der Arbeit ausdrücken?

Nachfragen zum Thema Zeit von Interaktionsarbeit

- Wie viel Zeit haben Sie für Interaktionsarbeit?
- Wie viel Zeit benötigen Sie für gute Interaktionsarbeit?
- Wie viel Zeit haben Sie pro Schicht für Interaktionsarbeit?
 - Wie viel Zeit brauchen Sie täglich für Interaktionsarbeit?
 - Wie viel Zeit benötigen Sie für die einzelne Person?
- Wofür hätten Sie gerne mehr Zeit?
- Wer oder welche Rahmenbedingungen unterstützen Sie bei der Bewältigung von Interaktionsarbeit?

Zur Arbeit mit und am Menschen

- Ist sie abhängig vom Pflegegrad?

Ist die Dauer von Interaktionsarbeit abhängig von dem Pflegegrad?

Unterscheidet sich der Zeitaufwand für die Interaktionsarbeit nach den Modulen?

Würden Sie sagen, dass ein/e

- Pflegeschüler*in (1., 2., 3. Jahr)
- Pflegehelfer/in
- Pflegefachkraft

unterschiedlich viel Zeit benötigen?

Würden Sie sagen, dass Sie unterschiedlich viel Zeit benötigen, je nachdem ob Sie Pflegeschüler/in, Pflegehelfer/in oder Pflegefachkraft sind?

Was ist ausschlaggebend dafür? (Erfahrung oder Kompetenz oder beides?)

Wenn ja, warum ist das so?

Thema Pause:

(Hintergrund Reflexionszeiten)

Ergebnisse zur Pausengestaltung

Diskussion:

- Sie sind die Expert*innen – wie könnte man das gut umsetzen?
 - Was sollte sich ändern? Wie könnte das umgesetzt werden?
 - Sind 2 Minuten pro Bewohner (zusätzlich) realistisch?
 - Was für eine Pause bräuchten Sie?
 - Würden Ihnen mehrere 5-Minuten-Pausen helfen?

Bräuchten Sie eine andere Verteilung / Lage von Pausenzeiten / Erholungszeiten /
Regenerationszeiten / Besinnungszeiten?

Abschluss

Fehlt Ihnen noch etwas?

Hätten Sie gerne etwas angespro-
chen?

A 2 Projektkonzeption

Inhalt

A 2.1 Leistungsbeschreibung gemäß § 113 c SGB XI

A 2.2 Wissenschaftliche Konzeption

A 2.3 Protokollnotiz zum Angebot gemäß § 113 c SGB XI

A 2.4 Wissenschaftliche Konzeption zum Unterauftrag „Empfehlungen zur Entwicklung von personellen Vorgaben für ambulante Pflegeeinrichtungen“

A 2.5 Zeit- und Meilensteinplan

A 2.1 Leistungsbeschreibung gemäß § 113 c SGB XI

*Stand vom 30.09.2016
Aktualisierte Leistungsbeschreibung (ersetzt die bisherige Fassung vom 22.09.2016)*

Leistungsbeschreibung

für einen Auftrag zur Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI

Vorbemerkung

Nach § 113c SGB XI haben die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben sicherzustellen. Zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit haben die Vertragsparteien fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige einzubeziehen. Die Entwicklung und Erprobung des Verfahrens hat bis zum 30. Juni 2020 zu erfolgen.

Die Vergabe des Auftrags nach § 113c SGB XI erfolgt im Rahmen der Aufgaben der Vertragsparteien nach § 113 SGB XI. Dies sind der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene und die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen sind zu beteiligen.

Ziel

Gegenstand des Auftrags ist die Entwicklung eines Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs auf Grundlage wissenschaftlich fundierter Erkenntnisse in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen (für die Kurzzeitpflege sind dabei sowohl eingestreute Kurzzeitpflegeplätze als auch solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen zu berücksichtigen) sowie für ambulante Pflegeeinrichtungen. Die Ergebnisse dienen den Auftraggebern als Grundlage für die weitere Erprobung des Verfahrens.

Das Gesamtverfahren der Entwicklung und Erprobung gliedert sich in drei Arbeitspakete, wobei die Arbeitspakete 1 und 2, die die fachliche Grundlegung und die Entwicklung des Instruments umfassen, Gegenstand des Auftrags sind, während das dritte Arbeitspaket zur Erprobung des zuvor entwickelten Instruments zu einem späteren Zeitpunkt in einem separaten Folgeauftrag vergeben werden soll. Die drei Arbeitspakete sind im Einzelnen:

1. Erarbeitung von einheitlichen Maßstäben für fachlich angemessene Maßnahmen (direkte und indirekte körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung (ambulant) bzw. Schnittstellen zur hauswirtschaftlichen Versorgung (stationär), Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege bzw. häuslichen Krankenpflege) nach Art, (Zeit-) Aufwand und Qualifikationsanforderungen an das Personal in der voll- und teilstationären sowie der ambulanten Pflege.

2. Auf Basis der Ergebnisse aus 1. sowie unter Berücksichtigung der Beratungsergebnisse der Vertragsparteien nach § 113 SGBXI: Entwicklung von strukturierten, empirisch abgesicherten und validen Instrumenten zur Bemessung des Personalbedarfs (vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen) bzw. personeller Vorgaben (für ambulante Pflegeeinrichtungen) sowie die Durchführung von entsprechenden Pretests und Entwicklung eines Konzepts für die Erprobung der Instrumente (für das dritte Arbeitspaket). Ende des zweiten Arbeitspaketes: 30. April 2019.

3. Erprobung der im Rahmen von 1. und 2. entwickelten Instrumente hinsichtlich der Anwendbarkeit und der Auswirkungen der Ergebnisse auf die Praxis sowie auf die strukturellen, organisatorischen und finanziellen Rahmenbedingungen der Pflegeeinrichtungen bzw. Pflegeversicherung. Dieses Arbeitspaket soll separat bis zum 31. Januar 2019 ausgeschrieben werden. Der Beginn der Erprobung ist für den 1. Juli 2019 vorgesehen, bei einer Dauer von 12 Monaten.

Bei der Auftragserfüllung sind insbesondere zu berücksichtigen:

- Der allgemein anerkannte Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse
- Die fachlichen Ziele und die Konzeption des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs
- Relevante Einflussfaktoren, insbesondere
 - die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung sowie der gesetzlichen Krankenversicherung i. d. F. ab 1. Januar 2017,
 - relevante vertragliche Regelungen (z. B. Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI, Inhalte der Landesrahmenverträge nach § 75 SGB XI)
 - die heimrechtlichen Regelungen auf Landesebene
 - das Strukturmodell zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation
 - die Ausbildungsinhalte in der Pflege, auch bezüglich anderer relevanter Berufsgruppen in der Pflege (Personalmix) sowie
 - die Overheadfaktoren, die nicht die direkten Tätigkeiten der Pflegekräfte betreffen (z. B. Qualifizierungsmaßnahmen, Anleitung von Hilfskräften und Maßnahmen zur Personalgewinnung und -bindung)
 - die demografische Entwicklung in Deutschland, sowohl bezogen auf die Pflegebedürftigen als auch auf die Pflegenden, insbesondere auch die Entwicklung der Zahl von Fachkräften für die pflegerische Versorgung. Im Konzept ist zu berücksichtigen, wie angesichts des demografischen Wandels eine stark steigende Zahl pflegebedürftiger Menschen fachlich angemessen versorgt werden kann.

Konkretisierung der Auftragserwartung:

1. Arbeitspaket:

- Der Erarbeitung von einheitlichen Maßstäben ist eine Literaturrecherche zu nationalen und internationalen Instrumenten und Konzepten der Bemessung von Personalbedarfen bzw. personeller Vorgaben sowie der erforderlichen Qualifikationsanforderungen an das Personal zugrunde zu legen. Die Ergebnisse der Literaturrecherche sind einer wissenschaftlichen Bewertung zu unterziehen. Dabei ist auch die Übertragbarkeit bzw. Nichtübertragbarkeit etwaiger Instrumente der Personalbemessung auf die Pflegeeinrichtungen in Deutschland, insbesondere unter Geltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, darzustellen.
- Danach sind im Rahmen eines fachlichen Erkenntnis- und Konsentierungsprozesses auf Basis quantitativer und qualitativer Erkenntnisse einheitliche Maßstäbe für fachlich angemessene Maßnahmen (direkte und indirekte körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung bzw. Schnittstellen zur hauswirtschaftlichen Versorgung, Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege bzw. häuslichen Krankenpflege) nach Art, durchschnittlichem (Zeit-) Aufwand für die Versorgung sowie Qualifikationsanforderungen zu entwickeln und zu begründen. Vorhandene empirische Erkenntnisse sind einzubeziehen. Die einheitlichen Maßstäbe sind Grundlage der Instrumentenentwicklung in Arbeitspaket 2.
- Dabei sind
 - die einrichtungsbezogene Zusammensetzung der Pflegebedürftigen (Case-Mix),
 - die organisatorischen Rahmenbedingungen der Einrichtungen (Aufbau- und Ablauforganisation inkl. Einrichtungskonzepte und Personalmix) und unterschiedlichen Einrichtungsgrößen,
 - die sich aus den unterschiedlichen strukturellen Vorgaben der Bundesländer und weiteren länderspezifischen Anforderungen (z. B. Heimrecht) ergebenden Unterschiede (diese sind zuvor zu ermitteln, zu beschreiben, auf ihre Auswirkungen hinsichtlich der fachlichen Angemessenheit der pflegerischen Versorgung zu untersuchen) sowie
 - die Einsätze von Hilfsmitteln zu berücksichtigen.
- Soweit ergänzende empirische Erkenntnisse erforderlich sind, sind diese in geeigneten Pflegeeinrichtungen zu erheben und zu analysieren. Die Auswahl geeigneter Pflegeeinrichtungen ist mit den Auftraggebern abzustimmen.
- Im Rahmen des 1. Arbeitspaketes sind auch Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen, die im Zusammenhang mit einer angemessenen Gewinnung, Qualifizierung, Anleitung und Bindung von Personal für die pflegerische Versorgung stehen, zu berücksichtigen.
- Die einheitlichen Maßstäbe für fachlich angemessene Maßnahmen sind für alle Versorgungsbereiche (voll- und teilstationär, ambulant) zu entwickeln. Dabei können z. B. ausgehend von der vollstationären Pflege die Maßstäbe für den teilstationären und ambulanten Bereich innerhalb des Arbeitspaketes 1 zeitversetzt entwickelt werden (Prüfung der Übertragbarkeit, ggf. Anpassung).

- Der Pretest im 2. Arbeitspaket ist vorzubereiten; insbesondere sind hierzu entsprechend den Vorgaben zum 2. Arbeitspaket geeignete Pflegeeinrichtungen auszuwählen und zu gewinnen. Die Auswahl geeigneter Pflegeeinrichtungen ist mit den Auftraggebern abzustimmen.
- Für das 1. Arbeitspaket sind insbesondere sehr gute und fundierte pflegewissenschaftliche Kenntnisse der Ziele und Konzeption des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowie spezielle fachwissenschaftliche Kenntnisse zu den Qualifikationsanforderungen und zur Berücksichtigung der Fachkräftesituation in der Pflege erforderlich.
- Es ist zu berücksichtigen, dass nach Beendigung des 1. Arbeitspakets zwei Monate für die Beratung der Ergebnisse durch die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI einzuplanen sind, bevor mit dem 2. Arbeitspaket begonnen wird.

2. Arbeitspaket:

- Auf der Grundlage der Ergebnisse des 1. Arbeitspakets und von möglichen Hinweisen aus einer im Anschluss an das 1. Arbeitspaket erfolgten Abstimmung der Vertragsparteien sind strukturierte, empirisch abgesicherte und valide Instrumente zur Bemessung des Personalbedarfs (vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen) bzw. personeller Vorgaben (ambulante Pflegeeinrichtungen) für vollstationäre, teilstationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen zu entwickeln.
- Die Instrumente sind jeweils einem Pretest zu unterziehen. Dieser hat bundesweit in ausgewählten Einrichtungen unterschiedlicher Größe, Trägerschaft mit unterschiedlichen Versorgungskonzepten/Organisationsformen zu erfolgen, um die Heterogenität der Versorgung angemessen abzubilden.

3. Arbeitspaket:

Die nachfolgende Erprobung des Instruments hinsichtlich seiner Anwendbarkeit und der Auswirkungen seiner Anwendung wird gesondert ausgeschrieben. Der/ die Auftragnehmer der Arbeitspakete 1 und 2 verpflichtet/verpflichten sich durch die Übernahme der Aufträge, auf Anforderung durch die Vertragsparteien nach § 113 zur Beratung auch für dieses Paket zur Verfügung zu stehen.

Angebotsabgabe

Es ist ein aussagekräftiges Angebot zu den Arbeitspaketen 1 und 2 vorzulegen, das eine Zeitplanung für die Umsetzung der Arbeitspakete 1 und 2, einen Kostenplan unter Angabe der Personal- und Sachkosten sowie der Kosten für externe Dienstleistungen Dritter und eine nachvollziehbare Darstellung der Qualifikationen der Auftragnehmer sowie der geplanten Vorgehensweise (z. B. Kooperationen mit anderen wissenschaftlichen Institutionen, Kriterien der Auswahl und Zeitpunkte der Einstellung der wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Literaturrecherche und -auswertung, methodisches Vorgehen, Berichtswesen) enthält.

Auftragsvergabe, Projektdurchführung und Ergebnis

Die Vergabe des Auftrags für die Arbeitspakete 1 und 2 soll bis zum 28. Februar 2017 erfolgen; der Beginn der Auftragsbearbeitung für das 1. Arbeitspaket für den 1. März 2017 vorgesehen. Die Ergebnisse einschließlich der Datengrundlagen sind dem Auftraggeber nach Abschluss des 1. Arbeitspakets (Bericht), nach Abschluss der Instrumentenentwicklung im zweiten Arbeitspaket (Zwischenbericht) sowie nach Abschluss des 2. Arbeitspakets (Abschlussbericht) zu übergeben (Papierform und elektronisch im pdf-Format) und zu übergeben. Eine zeitlich flexible Bearbeitung der beiden Arbeitspakete ist möglich, mit der Maßgabe, dass der Zeitpunkt der Übergabe des Berichtes über das 1. Arbeitspaket sowie des Zwischenberichtes im 2. Arbeitspaket in Abstimmung mit den Auftraggebern festgelegt wird

und der Abschluss des 2. Arbeitspaketes mit der Übergabe des Abschlussberichts am 30. April 2019 erfolgt. Dem jeweiligen Bericht ist ein management summary voranzustellen. Sofern EDV-basierte Anwendungen entwickelt werden, sind auch diese in geeigneter Form zu übergeben und zu übereignen. Der Auftragnehmer ist verpflichtet, auf Anfrage zum aktuellen Projektstand zu berichten.

Anlage K

Wissenschaftliche Konzeption

zur

„Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI“



socium

Forschungszentrum
Ungleichheit und Sozialpolitik

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung	2
2	Antragsteller	3
3	Nutzen und Leistungen der Studie	4
4	Hintergrund und Zielsetzung des Auftrags	5
5	Konzeption des Angebots	6
6	Arbeitsplanung	10
6.1	Arbeitsplanung zum Arbeitspaket 1.....	13
6.1.1	Erarbeitung eines Maßnahmenkatalogs	15
6.1.2	Bestimmung des Qualifikationsniveaus	17
6.1.3	Konsentierung des Maßnahmenkatalogs	18
6.1.4	Empirische Datenerhebungen zu den Leistungswerten	18
6.1.5	Berechnung und Konsentierung der Leistungswerte	27
6.1.6	Vorbereitungen zum Pretest	28
6.1.7	Erstellung des ersten Zwischenberichts	28
6.2	Arbeitsplanung zum Arbeitspaket 2.....	28
6.2.1	Entwicklung eines Verfahrens zur Bemessung des Personalbedarfs	29
6.2.2	Erstellung des zweiten Zwischenberichts	31
6.2.3	Pretests des Verfahrens zur Bemessung des Personalbedarfs	31
6.2.4	Konzeptentwicklung zur Erprobung des Verfahrens	31
6.2.5	Konzeptentwicklung zum Fachkraftmangel.....	32
6.2.6	Erstellung des Abschlussberichts	32
7	Zeit- und Meilensteinplanung.....	33
	Literaturverzeichnis	34

1 Zusammenfassung

Antragsteller	Universität Bremen, Bibliothekstraße 1, 28359 Bremen
Projektleitung	Prof. Dr. Heinz Rothgang (Projektleitung) Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung SOCIUM - Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik Universität Bremen, Mary-Somerville-Straße 5, 28359 Bremen Tel.: +49 (0)421 218-58557, E-Mail: rothgang@uni-bremen.de
Ansprechpartner	Mathias Fünfstück , SOCIUM, Tel.: +49 (0)421 218-58637, E-Mail: m.fuenfstueck@uni-bremen.de
Projektteam der Universität Bremen	Prof. Dr. Stefan Görres , Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Prof. Dr. Karin Wolf-Osternann , IPP, Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck , IPP, Prof. Dr. Werner Brannath , Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (KKSB), PD Dr. Guido Becke , Institut Arbeit und Wirtschaft (iaw)
Unterauftragnehmer	EVOCURA GmbH, Pflegefachkräfte des MDK, der Medicproof GmbH und anderer Institutionen sowie freiberufliche Fachkräfte (Datenerhebung und Durchführung von Begutachtungen mittels NBA) Prof. Dr. Andreas Büscher, Hochschule Osnabrück, (Empirische Datenerhebung im ambulanten Sektor)
Projektlaufzeit	01.06.2017 – 31.07.2019 (26 Monate)
Hintergrund und Ziel	Hintergrund: Die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI haben nach § 113c SGB XI im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen für direkte und indirekte pflegerische Maßnahmen sowie für Hilfen bei der Haushaltsführung nach qualitativen und quantitativen Maßstäben sicherzustellen. Die Entwicklung und Erprobung des Verfahrens soll bis zum 30. Juni 2020 erfolgen. Ziel: Ziel des Projektes ist es, ein Personalbemessungsverfahren zu entwickeln, das auf Basis der Anzahl versorgter Pflegebedürftiger und ihrer Merkmale, wie sie im Rahmen des (Neuen) Begutachtungsassessments (NBA) erhoben werden, nach Qualifikationsstufen differenzierte Personalmengen errechnet, die dann im (teil)stationären Bereich Grundlage für einrichtungsbezogene Verhandlungen und den Abschluss von Rahmenverträgen auf Landesebene sein können. Für den ambulanten Bereich werden die theoretischen Grundlagen erarbeitet und wird die empirische Datenerhebung als Unterauftrag fremd vergeben.
Methoden	Die Entwicklung des Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des genannten Personalbedarfs erfolgt in zwei Arbeitspaketen (AP). In AP1 werden zunächst unter Berücksichtigung der Besonderheiten der drei Sektoren (vollstationär / teilstationär / ambulant) einheitliche Maßstäbe für fachlich angemessene Maßnahmen entwickelt. Auf Basis dieser Ergebnisse sowie unter Berücksichtigung der Beratungsergebnisse der Vertragsparteien nach § 113 SGB XI wird anschließend (AP2) ein strukturiertes, empirisch abgesichertes und valides Instrument zur Bemessung des Personalbedarfs in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen entwickelt. Entsprechende Empfehlungen für personelle Vorgaben im ambulanten Bereich werden von Prof. Dr. Andreas Büscher (Hochschule Osnabrück) als Unterauftrag entwickelt. Das AP2 wird mit der Durchführung mehrerer Pretests und der Entwicklung eines Konzepts für die Erprobung des Verfahrens (AP3, separate Ausschreibung) abgeschlossen.
Datum	20.03.2017

2 Antragsteller

Kontaktadressen:

Antragsteller:

Universität Bremen, Bibliothekstraße 1, 28359 Bremen

Projektleitung:

Prof. Dr. Heinz Rothgang

Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung

SOCIUM - Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik

Universität Bremen, Mary-Somerville-Straße 3, 28359 Bremen

0 421 218-58557, rothgang@uni-bremen.de

Ansprechpartner im SOCIUM

Mathias Fünfstück, Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik (SOCIUM)

Universität Bremen, Mary-Somerville-Straße 3, 28359 Bremen

0421 218-58637, m.fuenfstueck@uni-bremen.de

Weiteres Projektteam:

Prof. Dr. Stefan Görres, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)

Universität Bremen, Grazer Straße 4, 28359 Bremen

0 421 218-68900, sgoerres@uni-bremen.de

Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)

0 421 218-68960, wolf-ostermann@uni-bremen.de

Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)

0 421 218-68940, darmann@uni-bremen.de

Prof. Dr. Werner Brannath, Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (KKSB)

Universität Bremen, Linzer Straße 4, 28359 Bremen

0 421 218-63781, brannath@math.uni-bremen.de

PD Dr. Guido Becke, Institut Arbeit und Wirtschaft (iaw)

Universität Bremen, Celsiusstr. 1, 28359 Bremen

0 421 218-61747, becke@uni-bremen.de

3 Nutzen und Leistungen der Studie

Mit Fertigstellung der Studie wird ein Personalbemessungsverfahren für den vollstationären und teilstationären Pflegesektor vorliegen. Das Personalbemessungsverfahren wird auf der Anzahl versorgter Pflegebedürftiger und ihrer Merkmale basieren, wie sie im Rahmen des (Neuen) Begutachtungsassessments (NBA) erhoben werden. Es differenziert die zu erbringenden, fachlich notwendigen Leistungen nach Qualifikationsstufen und kann die künftige Grundlage für einrichtungsbezogene Verhandlungen sein.

Für den *ambulanten Pflegesektor* kann ein gleichartiges Personalbemessungsverfahren nicht abschließend ausgearbeitet werden. Grund hierfür ist zum einen, dass die Pflegebedürftigen selbst bestimmen, welche Leistungen erbracht werden und eine bedarfsgerechte Versorgung daher nicht ausschließlich durch Pflegedienste sichergestellt wird. Insofern sind generalisierende Aussagen über den Umfang der *notwendigen* formellen Pflege nicht möglich. Zum zweiten wird die ambulante Pflege anhand von Modulkatalogen erbracht, die zwischen den Bundesländern differieren. Der empirische Teil einer Studie kann daher nicht – wie im (teil)stationären Bereich – auf Beobachtungen des Leistungsgeschehens beruhen, die ohne weiteres von einem Bundesland auf das andere übertragbar sind. Im Rahmen des vorliegenden Angebots werden durch die Universität Bremen daher lediglich die theoretischen Vorbereitungen erbracht (Ziele 1 bis 3 im folgenden Abschnitt), die einem entsprechenden Instrument für den ambulanten Bereich vorausgehen müssen. Die empirisch begründete Entwicklung von Empfehlungen für personelle Vorgaben oder Anhaltswerte im ambulanten Bereich wird als separater Unterauftrag von Prof. Dr. Andreas Büscher (Hochschule Osnabrück) bearbeitet und in der hier vorliegenden wissenschaftlichen Konzeption als eigener inhaltlicher Block dargestellt.

Im Einzelnen zielt die Studie ab auf

1. die Erarbeitung von sektorenspezifischen **Maßnahmenkatalogen** zur Abbildung der möglichen direkten und indirekten Pflegemaßnahmen, der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Haushaltshilfen,
2. die Ermittlung des notwendigen **Qualifikationsniveaus** für die Erbringung dieser Maßnahmen in Abhängigkeit von den Selbständigkeitseinschränkungen der Pflegebedürftigen wie sie im NBA ermittelt werden,
3. die empirischen Datenerhebungen der **durchschnittlichen (Zeit-)Aufwänden** für die Erbringung dieser Maßnahmen (Ist-Werte),
4. die Bestimmung der **Soll-Werte** für die Erbringung dieser Maßnahmen in Abhängigkeit der Selbständigkeitseinschränkungen der Pflegebedürftigen unter Berücksichtigung der
 - fachlichen Ziele und Konzeption des **neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs** und weiterer **relevanter Einflussfaktoren** wie gesetzliche Vorgaben, demographischer Wandel, Entwicklung der Fachkräftezahlen,
 - **organisatorischen Rahmenbedingungen** der Einrichtungen, der **Einrichtungsgröße**, der **unterschiedlichen strukturellen Vorgaben** in den Bundesländern, sowie des **Einsatzes von Hilfsmitteln**,
5. die Einbeziehung von Maßnahmen im Rahmen der **Personalgewinnung**, -qualifizierung, -anleitung und -bindung,
6. die **Konsentierung** der einheitlichen Maßstäbe für fachlich angemessene Maßnahmen nach Art, durchschnittlichem (Zeit-) Aufwand und Qualifikationsanforderungen an das Personal,

7. die Entwicklung eines **Personalbemessungsverfahrens** für die vollstationäre pflegerische Versorgung und teilstationäre pflegerische Versorgung sowie von **Empfehlungen für personelle Vorgaben oder Anhaltswerte** im ambulanten Sektor in einem Unterauftrag,
8. die Durchführung von **Pretests** in den Versorgungsbereichen,
9. die Vorlage eines **Personalbemessungsverfahrens** und
10. die **Vorbereitung des dritten Arbeitspaketes** (Erprobung des Verfahrens).

4 Hintergrund und Zielsetzung des Auftrags

In § 113c Abs. 1 Satz 3 SGB XI idF des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) hat der Gesetzgeber die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI beauftragt, „ein strukturiertes, empirisch abgesichertes und valides Verfahren für die Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen auf Basis des durchschnittlichen Versorgungsaufwandes für direkte und indirekte pflegerische Maßnahmen sowie für Hilfen bei der Haushaltsführung unter Berücksichtigung der fachlichen Ziele und Konzeption des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu erstellen. Hierzu sind einheitliche Maßstäbe zu ermitteln, die insbesondere Qualifikationsanforderungen, quantitative Bedarfe und die fachliche Angemessenheit der Maßnahmen berücksichtigen.“ Dabei beauftragen die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI „zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit des Verfahrens fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige“ (§ 113 Abs. 1 Satz 4 SGB XI idF des PSG II).

In Erfüllung dieses Gesetzauftrags haben die Vertragsparteien eine Studie ausgeschrieben, für die die Universität Bremen hiermit ein Angebot abgibt. Im Ausschreibungstext wird das gesamte Verfahren in drei Arbeitspakete gegliedert, von denen zunächst zwei ausgeschrieben wurden. Das Angebot der Universität Bremen zu den beiden ersten Arbeitspaketen umfasst:

Arbeitspaket 1:

- Die Erarbeitung einheitlicher Maßstäben für fachlich angemessene Maßnahmen nach
 - Art,
 - (Zeit-) Aufwand und
 - Qualifikationsanforderungen an das Personal
 in der
 - vollstationären und,
 - teilstationären Pflege sowie
 - – unter den dargestellten Rahmenbedingungen – der ambulanten Pflege als Unterauftrag.

Arbeitspaket 2:

- Die Entwicklung von strukturierten, empirisch abgesicherten und validen Instrumenten zur Bemessung des Personalbedarfs (vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen) bzw. personeller Vorgaben (für ambulante Pflegeeinrichtungen) auf Basis der Ergebnisse aus Arbeitspaket 1 und unter Berücksichtigung der Beratungsergebnisse der Vertragsparteien nach § 113 SGB XI sowie die Durchführung von entsprechenden Pretests und Entwicklung eines Konzepts für die Erprobung der Instrumente (für das dritte Arbeitspaket).

In Arbeitspaket 1 angesprochen sind damit die in Kapitel 3 unter Ziffer 1-6 genannten Aspekte, während Arbeitspaket 2 die dort unter Ziffer 7-10 angeführten Aspekte enthält.

Das dritte Arbeitspaket, welches nicht Gegenstand dieses Angebots ist, beinhaltet die Erprobung des im Rahmen von 1. und 2. entwickelten Personalbemessungsverfahrens hinsichtlich der Anwendbarkeit und der Auswirkungen der Ergebnisse auf die Praxis sowie auf die strukturellen, organisatorischen und finanziellen Rahmenbedingungen der Pflegeeinrichtungen bzw. Pflegeversicherung.

5 Konzeption des Angebots

Die wissenschaftliche Konzeption des Angebots für die Arbeitspakete 1 und 2 sieht vor, ein Personalbemessungsverfahren zu entwerfen, das auf Basis der Anzahl der versorgten Pflegebedürftigen und ihrer Merkmale wie sie im Rahmen des Begutachtungsassessments NBA¹ erhoben werden, nach Qualifikationsstufen differenzierte Personalmengen errechnet. Es handelt sich somit um sektorenspezifische Algorithmen, die auf Ebene ganzer Einrichtungen festlegen, mit wieviel Personal welcher Qualifikationsstufen die eingeschlossenen Pflegebedürftigen fachgerecht versorgt werden können. Sie nehmen nicht für sich in Anspruch, auf individueller Ebene zum Bedarf jeder einzelnen pflegebedürftigen Person die korrespondierende Personalmenge exakt zu errechnen, sondern sollen auf kollektiver Ebene der Einrichtungen valide einsetzbar sein. Die errechneten Personalmengen können demnach die Grundlage bilden sowohl für absolute Personalrichtwerte, die in landesweiten Rahmenverträgen vereinbart werden, als auch für einrichtungsbezogene Verhandlungen. Nicht einsetzbar sind die Algorithmen im Umkehrschluss zu einer konkreten Personaleinsatzplanung innerhalb der Einrichtungen.

Unter diesen Zielsetzungen ist es theoretisch möglich, das Verfahren so auszuarbeiten, dass eine Anwendung in vollstationären, teilstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen gewährleistet ist und die Besonderheiten der jeweiligen Sektoren berücksichtigt werden (Abbildung 1). Die angestrebte sektorenübergreifende Anwendbarkeit weist jedoch zwei Voraussetzungen auf:

Erstens ist zu bestimmen, für welchen Pflegebedürftigen aufgrund seiner festgestellten Pflegebedürftigkeit durch welche Pflegeleistungen welcher fallspezifische Personalbedarf entsteht. Entsprechende normative Festlegungen sind – gerade in Korrespondenz mit einem neu eingeführten Begutachtungsinstrument – seriös nur auf Basis empirischer Erhebungen zu begründen. Während dieser Fallbezug in den Settings mit Vollversorgung hergestellt werden kann, ist dies im ambulanten Bereich, bei dem eine leistungsbezogene Wahlfreiheit der Pflegebedürftigen besteht, nicht möglich. In diesem Fall kann eine Personalbemessung – ebenfalls nach empirisch-begründeter Normierung – lediglich auf Ebene von Leistungen oder Leistungskomplexen erfolgen. Als Ergebnis können somit in diesem Sektor keine Personalmengen in Abhängigkeit der individuellen Pflegebedürftigkeit, sondern nur Empfehlungen für personelle Vorgaben oder Anhaltswerte ausgearbeitet werden.

¹ Zum 1.1.2017 wurde das Neue Begutachtungsassessment (NBA) zum gültigen Begutachtungsinstrument. Es handelt sich somit nicht mehr um ein zukünftig einzusetzendes Instrument, dennoch wird die Bezeichnung NBA als schon langjährig etablierter Eigenname beibehalten.

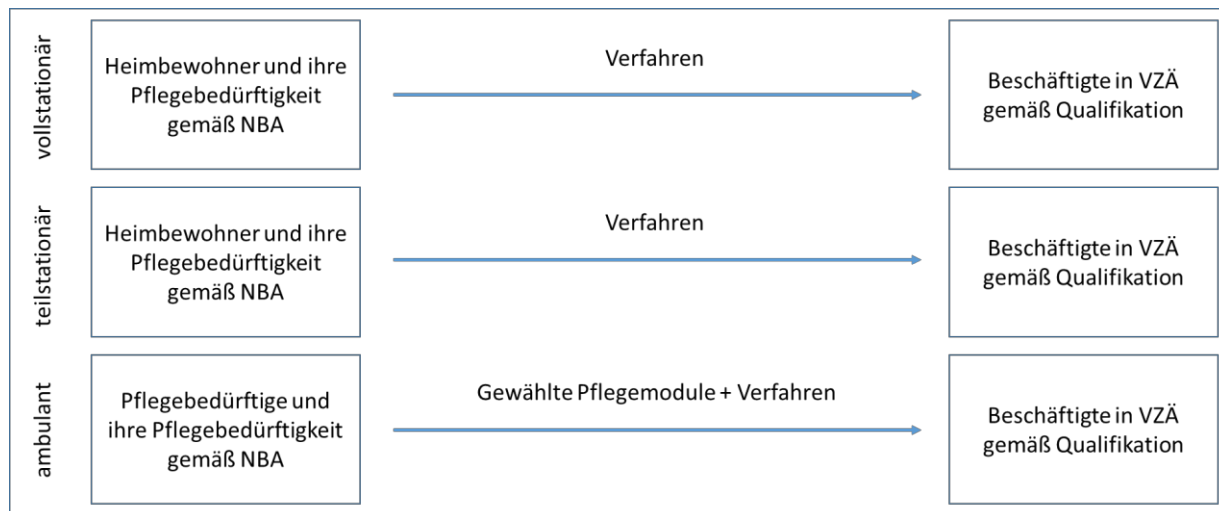


Abbildung 1: Resultierende Algorithmen zur Ermittlung des korrespondierenden Pflegepersonals

Zweitens ist erforderlich, dass die für die Personalbemessung verwendete Bezugseinheit für den gesamten Geltungsbereich des Bemessungsinstrumentes einheitlich definierbar ist. Gewährleistet ist dies auf Fallebene im Bereich der Settings mit Vollversorgung, in denen durch hinreichend große Stichproben eine statistisch abgesicherte Definition der fallspezifischen Leistungsbedarfe ermittelt werden kann, die für den Geltungsbereich des SGB XI anwendbar ist. Nichtzutreffend ist dies jedoch für den ambulanten Bereich, in dem die Bezugseinheit Leistung(skomplex) landesspezifisch definiert ist und somit für den Geltungsbereich des SGB XI bis zu 16 Ausprägungen aufweist.

Aus diesen Gründen wird es im Rahmen des vorliegenden Angebotes nur für den stationären und teilstationären Bereich möglich sein, konkrete empirisch abgesicherte Algorithmen zur Personalbemessung auszuarbeiten. Für den ambulanten Sektor werden die theoretischen Vorarbeiten zur Ausarbeitung eines weitgehend analogen Verfahrens durchgeführt, dessen empirisch begründete Parametersetzung im Rahmen eines fremd vergebenen Unterauftrages erfolgt. In diesem muss vor allem dem zweiten vorgenannten Tatbestand begegnet werden, indem – zumindest für die Geltungswerte der empirischen Studie – gegebenenfalls im Rahmen einer modellhaften Vereinbarung eine eindeutige Leistungsdefinition erfolgt.

Ein Gesamtverfahren, welches die Algorithmen für den stationären und teilstationären Bereich und – im Rahmen der dargestellten Einschränkungen – gegebenenfalls auch für den ambulanten Bereich in ein Gesamttool integriert, muss dabei Parameter enthalten, durch die ein flexibler Einsatz in allen drei Sektoren gewährleistet ist. Hierzu werden neben der einrichtungsbezogenen Zusammensetzung der Pflegebedürftigen, auch die jeweiligen organisatorischen Rahmenbedingungen der Einrichtungen, landesspezifische Vorgaben und der spezifische Einsatz von Hilfsmitteln einbezogen, sofern diese in der empirischen Überprüfung nachweisbare Einflüsse auf den Personaleinsatz haben. Entscheidend wird hierbei sein, implizit bewohnerbezogene Korrekturfaktoren in das Gesamtverfahren einzubinden, mittels derer sowohl (landes)politische Rahmensetzungen, als auch spezielle Einrichtungskonzepte, sofern diese als refinanzierbar anerkannt sind, in die Berechnung des Personalbedarfs einfließen.

Unabhängig von der präzisen Ausgestaltung der Berechnungsmethoden, ist klar, dass eine konkrete, versorgungsadäquate Personalmenge auf kollektiver Ebene immer in erster Linie von den zu versorgenden Pflegebedürftigen abhängen muss. Ihre Anzahl und ihr Pflegebedarf sind letztlich primär ausschlaggebend für Menge und Qualifikation der erforderlichen Pflegekräfte (siehe auch Abbildung 1). Während die Anzahl der Pflegebedürftigen leicht zu erfassen ist, muss die Messung der individuellen

Pflegebedürftigkeit über ein komplexes Konstrukt erfolgen, dessen Auswahl wesentlich die zu Personen korrespondierenden Personalmengen bestimmt. Die zentrale Setzung der hier vorgelegten Konzeption ist deshalb der konsequente Rückbezug auf das NBA und die in dessen Rahmen erhobenen Daten. Sie dienen als direkter Ausgangspunkt zur Festlegung der erforderlichen Personalmengen. Da die hierzu erforderlichen Informationen pro Pflegebedürftigem zu den Items des NBA bereits vorliegen, kommt das konzeptionierte Personalbemessungsverfahren in der Praxis ohne weitere Datenerhebung aus und ist daher besonders effizient.

Methodisch können die Daten des NBA dabei grundsätzlich auf verschiedenen Aggregationsebenen genutzt werden:

- der Ebene der einzelnen Items,
- der Ebene der Grade der Beeinträchtigung für die 5 (6) einstufigsrelevanten Module oder
- der Ebene der Pflegegrade.

Bisher wurde für die Personalziffern auf Landesebene auf die Pflegestufen zurückgegriffen. Theoretisch könnte für das hier zu entwickelnde Verfahren analog auf die fünf Pflegegrade abgestellt werden. Diese stellen allerdings lediglich ein stark verdichtetes Ergebnis des NBA dar, das primär zur sozialrechtlichen Leistungszuweisung erforderlich ist und deshalb große Informationsverluste zur Art der individuellen Pflegebedürftigkeit in Kauf nimmt. Die Ergebnisse der EVIS-Studie zeigen aber, dass die tatsächlichen Versorgungsaufwände innerhalb eines Pflegegrades sehr heterogen sind und die Streuung entsprechend groß ist (Rothgang et al. 2015a: 104ff.). Wünschenswert erscheint daher zur Festlegung des Personalbedarfs eine feinere Klassifizierung der Pflegebedürftigen. Wird dazu auf die 64 Items des NBA abgestellt, ergeben sich allerdings (bei angenommenen vier Ausprägungen der Items) $4^{64} \approx 3,4 \cdot 10^{38}$ mögliche Konstellationen. Diese unvorstellbar große Zahl an Klassen kann nicht praktikabel als Grundlage für eine Personalbemessung verwendet werden. Vorgeschlagen wird daher auf die ermittelten *Grade der Beeinträchtigung* in den entsprechenden fünf Modulen abzustellen, die einstufigsrelevant sind. Hierbei ergeben sich bei jeweils 5 Ausprägungen (keine, geringe, erhebliche, schwere, schwerste Beeinträchtigung) maximal $5^5 = 3.125$ mögliche fallgruppenspezifische Bedarfskonstellationen (im Folgenden als NBA-Konstellationen bezeichnet), die jeweils durch ein Profil bezüglich der NBA-Module gekennzeichnet sind.

Hierdurch stehen somit zur Personalbemessung nicht nur fünf sehr grobe Fallgruppen zur Verfügung, sondern bis zu 3.125 Gruppen. Die Auswahl dieser feinsten, praktikabel anwendbaren Klassifikation folgt dabei direkt dem Gedanken des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, indem es hierdurch möglich wird, den Pflegebedürftigen in Abhängigkeit von ihren individuellen Selbständigkeitseinschränkungen unterschiedliche Pflegebedarfe und somit unterschiedliche Personalmengen zuzuordnen. Dabei ist davon auszugehen, dass Pflegebedürftige der gleichen NBA-Konstellation im gleichen Setting gleichartige Bedarfe aufweisen, zwischen den verschiedenen NBA-Konstellationen jedoch signifikante Unterschiede bestehen.² Eine gleiche NBA-Konstellation liegt dabei nur dann vor, wenn in *allen* einstufigsrelevanten Modulen der gleiche Grad der Beeinträchtigung vorliegt. Die drei Pflegebedürftigen in Abbildung 2

² Hierbei handelt es sich um eine normative Setzung, die für das vorliegende Konzept unverzichtbar ist. Sie kann auf Basis bisher vorliegender Daten noch nicht auf ihre Gültigkeit überprüft werden, da hierzu nicht auf die IST-Werte der Versorgung, sondern auf fachlich abgesicherte SOLL-Werte Bezug genommen werden muss. Sind diese im Projektverlauf einmal erhoben und konsentiert, kann eine Homogenitätsprüfung innerhalb der einzelnen Klassen vorgenommen werden. Hierbei muss – unter Beibehaltung der empirisch belegten Funktionsfähigkeit des NBA – gezeigt werden, dass ausreichende Homogenität innerhalb der NBA-Konstellationen in Bezug auf Art und Menge der erforderlichen Leistungen vorliegt. Eine entsprechende Prüfung ist nicht als eigener Arbeitsschritt im Projektplan vorgesehen, wird aber entsprechend der Abstimmungen mit dem Vergabegremium vom 8.2.17 ergänzend zu den ausgeschriebenen Leistungen nach Arbeitsschritt 13 erfolgen.

gehören demnach *nicht* der gleichen NBA-Konstellation an, auch wenn ihnen der gleiche Pflegegrad zugeordnet ist und die „Summe“ der Beeinträchtigungsgrade jeweils 11 beträgt.

	Pflegebedürft. 1					Pflegebedürft. 2					Pflegebedürft. 3				
	Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten														
NBA-Modul	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
1		x						x					x		
2 bzw. 3			x					x					x		
4				x			x							x	
5			x					x					x		
6				x						x			x		

Abbildung 2: Beispielhafte Darstellung der NBA-Profile von drei Pflegebedürftigen

Durch diese individuell unterschiedlichen Kombinationen der Selbständigkeitseinschränkung entstehen auf den Personaleinsatz wirksame Unterschiede auf Ebene der NBA-Konstellationen, die auf Ebene der Pflegegrade nicht darstellbar sind. Sie bestimmen nämlich nicht nur die reinen Leistungsmengen, also die Art und Häufigkeit der erforderlichen Pflegeleistungen. Vielmehr muss davon ausgegangen werden, dass die einzelnen Pflegeleistungen in Abhängigkeit von der NBA-Konstellation des jeweiligen Pflegebedürftigen einen unterschiedlichen qualifikatorischen und zeitlichen Personaleinsatz bedingen. So ist es erforderlich, eine identische Pflegeleistung je nach Selbständigkeitseinschränkung des Pflegebedürftigen a) durch Fach- und/ oder Hilfskräfte zu erbringen und b) hierfür konstellationsspezifische Erbringungszeiten anzusetzen. Implizit bedeutet dies, dass innerhalb jeder der 3.125 NBA-Konstellationen für jede Pflegehandlung unterschiedliche Qualifikationsmixe und Erbringungszeiten denkbar sind, deren spezifische Ausprägungen – zumindest in einem praktikablen Ausmaß – in ein valides Personalbemessungsinstrument einfließen müssen.

Haben Pflegebedürftige also mit identischem NBA-Profil im gleichen Setting gleichartige Bedarfe, lässt sich für die (teil)stationären Settings ein Algorithmus entwickeln, der einen direkten Schluss von den Pflegebedürftigen auf die Beschäftigtenzahl und -struktur erlaubt. Für den ambulanten Sektor kann hier aufgrund der bereits dargestellten Einschränkungen dieser Rückbezug auf die NBA-Konstellationen nicht erfolgen. Jedoch ist es theoretisch möglich, Personalanhaltswerte pro Tätigkeit nach den NBA-Konstellationen zu differenzieren (Abbildung 1). Die Algorithmen sind unter Berücksichtigung der Einrichtungsstruktur und der landesspezifischen Rahmenbedingungen zu erarbeiten. Für ihre eigentliche *Entwicklung* sind drei analytische Schritte zu unterscheiden (Abbildung 3), die in Abhängigkeit von dem jeweiligen Leistungsbereich leicht abweichend durchgeführt werden müssen.

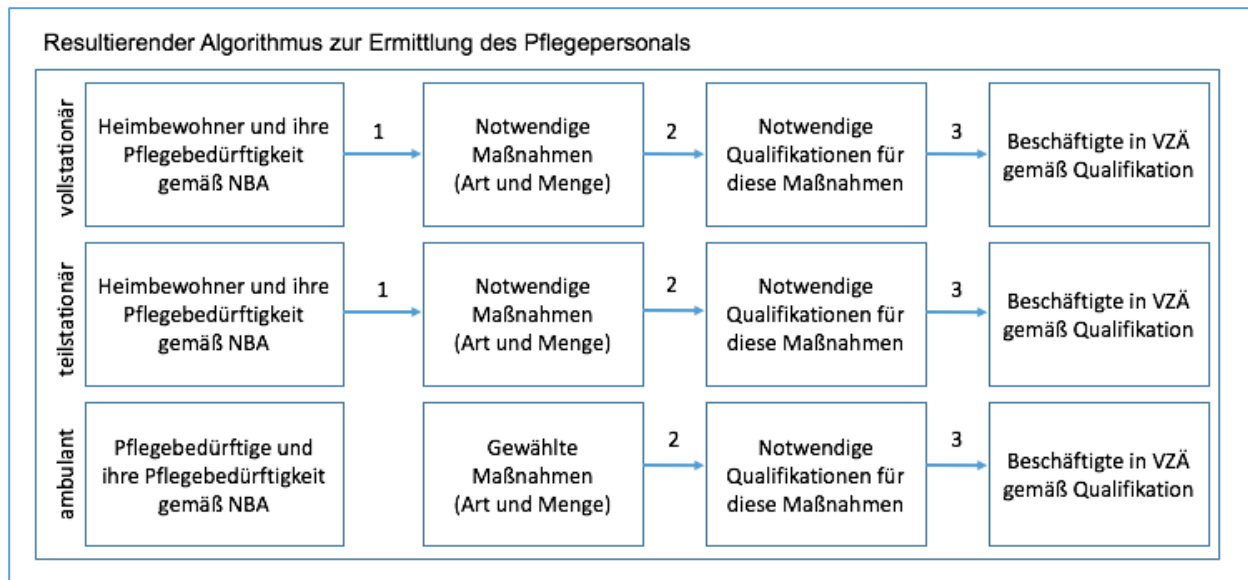


Abbildung 3: Resultierender Algorithmus zur Ermittlung des Pflegepersonals

6 Arbeitsplanung

Die Umsetzung des skizzierten Programms wird in den folgenden Abschnitten zur Arbeitsplanung der Arbeitspakete (AP) 1 und 2 dargelegt. Hierbei werden alle Leistungen mit Ausnahme der empirischen Erhebungen und Auswertungen im ambulanten Bereich durch die Universität Bremen erbracht. Der Projektteil, der den ambulanten Sektor empirisch behandelt, wird als Unterauftrag an Prof. Dr. Andreas Büscher, Hochschule Osnabrück, fremdvergeben. Aus diesem Grund werden die empiriebezogenen Arbeiten für den ambulanten Bereich nicht in der nachfolgenden Arbeitsplanung der Universität Bremen dargestellt, sondern als eigener inhaltlicher Block erläutert:

Unterauftrag im ambulanten Bereich

Fragen der Personalbemessung sind für die ambulante Pflege vor einem anderen Hintergrund als im stationären Bereich zu betrachten. So werden pflegebedürftige Menschen in der Regel nicht 24 Stunden durch einen Pflegedienst versorgt, sondern die Einsatzzeiten sind deutlich kürzer bemessen. Zudem orientiert sich das Leistungsgeschehen an den zwischen dem pflegebedürftigen Menschen und dem Pflegedienst vertraglich vereinbarten Leistungen. Diese Vereinbarungen können sich trotz gleicher Pflegegrade sehr unterschiedlich darstellen. Nicht zuletzt hat die Frage, ob ein ambulanter Pflegedienst Leistungen nur im Rahmen des SGB XI oder zudem auch als Häusliche Krankenpflege nach dem SGB V erbringt, eine Auswirkung auf Überlegungen zur Personalbemessung. Aufgrund der großen Heterogenität der möglichen Konstellationen in der ambulanten Pflege, wird es in diesem Unterauftrag vor allem darum gehen, Systematisierungen möglicher Ansätze zur Personalbemessung vorzunehmen und Grundlagen für Empfehlungen zu personellen Vorgaben zu erarbeiten. Dazu sollen Erkenntnisse durch drei parallel anzugehende Maßnahmen gewonnen werden:

- In einer empirischen Erhebung sollen Erkenntnisse zu Zeitaufwänden für Leistungen beziehungsweise Aufgaben der ambulanten Pflege gewonnen werden. Da das bisherige

verrichtungsorientierte Leistungsspektrum der ambulanten Pflege spätestens seit der Einführung des neuen Begriffs der Pflegebedürftigkeit der Erweiterung bedarf, deren vertragliche Vereinbarung jedoch noch aussteht, ist es erforderlich, ein fachlich begründetes Verständnis zukünftiger Leistungen in der ambulanten Pflege zu entwickeln. Dieser Entwicklungsschritt wird aufbauen auf den Ergebnissen der Entwicklung von Maßnahmenkatalogen, insbesondere für die ambulante Pflege, der Universität Bremen aus dem übergeordneten Projekt. Zudem werden die Annahmen über das Leistungsgeschehen in der ambulanten Pflege berücksichtigt, die im Rahmen der Entwicklung des neuen Qualitätsprüfverfahrens nach § 114 SGB XI für die ambulante Pflege getroffen werden. Im Rahmen dieses Unterauftrags ist die Festschreibung eines möglichen zukünftigen Leistungsspektrums erforderlich, da es zur Erhebung von Zeitaufwänden einer vertraglichen Grundlage für eine modellhafte Vereinbarung zu einer Leistungserbringung bedarf, die über den bisherigen Verrichtungsbezug hinausgeht.

Für die Erhebung von Zeitaufwänden wird es erforderlich sein, zunächst ambulante Pflegedienste zu gewinnen, die das erweiterte Leistungsspektrum anbieten wollen und können. Diese Pflegedienste werden dann aufgefordert, den Zugang zu pflegebedürftigen Menschen herzustellen, die bereit sind, sich an der Erhebung zu beteiligen. Erfahrungen aus einem anderen Projekt (Büscher et al. 2005), in dem es ebenfalls um Erhebungen bei veränderter Leistungsgestaltung ging, haben gezeigt, dass die Gewinnung von Pflegediensten und pflegebedürftigen Menschen eine Herausforderung darstellt.

Die Zeiterfassung soll im Wesentlichen durch Eigenauskunft der beteiligten Pflegekräfte erfolgen. Zur Plausibilitätsprüfung werden die Pflegekräfte bei einzelnen Touren begleitet und es erfolgt eine parallele Zeiterfassung durch eine/n wissenschaftliche/n Mitarbeiter/in.

Im Rahmen des Unterauftrags ist eine ähnlich umfassende Erhebung wie für den stationären Teil nicht möglich, angesichts des explorativen Charakters der Erhebung jedoch auch nicht erforderlich. Um tragfähige Anhaltspunkte zu gewinnen, wird angestrebt, die Leistungserbringung bei etwa 50 pflegebedürftigen Menschen einzubeziehen. Diese sollten in unterschiedliche Pflegegrade eingruppiert sein.

- Eine zweite Erhebung befasst sich mit bestehenden Ansätzen zur Bestimmung von Personalstärken und Personalmix in ambulanten Pflegediensten. Das Ziel dieser Erhebung besteht in der Gewinnung von Erkenntnissen, auf Basis welcher Überlegungen Fragen des Personaleinsatzes und der Personalbemessung derzeit in ambulanten Pflegediensten entschieden werden. Die Datenerhebung soll in Form von etwa 20-25 Experteninterviews erfolgen. Als Experten kommen Personen in Frage, die in einzelnen Pflegediensten, bei den freigemeinnützigen oder privaten Verbänden der Leistungserbringer oder als Unternehmensberater mit Fragen des Personalmanagements in der ambulanten Pflege befasst sind. Zur Ermittlung ausgewiesener Expertinnen und Experten werden Internetrecherchen durchgeführt. Hinweise aus dem Qualitätsausschuss, wer in dieser Frage zudem befragt werden könnte, werden gerne entgegengenommen.
- Als dritte Maßnahme sollen durch eine Literaturrecherche, die ggf. durch Expertenbefragungen zu ergänzen ist, internationale Ansätze zur Bestimmung von Personalaufwänden, Personalbemessung und Personalvorhaltung ermittelt und aufbereitet werden. Auch wenn die Organisation und die Akteure der ambulanten Pflege im europäischen und außereuropäischen Ausland nur bedingt mit den deutschen Gegebenheiten vergleichbar sind, so stellen sich auch

dort Fragen des Personaleinsatzes und der Personalbemessung. Diese sollen identifiziert und hinsichtlich möglicher Hinweise zu Empfehlungen für die deutsche Situation geprüft werden. Dieser Arbeitsschritt umfasst eine datenbankgestützte Literaturrecherche. Sofern es für das weitere Verständnis erforderlich erscheint, wird Kontakt zu Personen aufgenommen, die über die Literaturrecherche identifiziert wurden, um über Experteninterviews weitere Erkenntnisse zu gewinnen.

Aus der Synthese der Ergebnisse aller drei Maßnahmen sollen Empfehlungen für personelle Vorgaben oder Anhaltswerte für die ambulante Pflege abgeleitet werden.

Die Arbeiten werden 18 Monate beanspruchen. Sie werden zeitlich versetzt zu den Arbeiten des übergeordneten Projekts beginnen, das auf 26 Monate angelegt ist. Die Ergebnisse werden parallel zu den Ergebnissen der Entwicklung des Verfahrens für den stationären und teilstationären Bereich durch die Universität Bremen verfügbar sein. Die Kosten des Auftrags sind unter dem Unterpunkt *Sonstige Kosten* in der Gesamtkalkulation berücksichtigt.

Konsentierung der normativen Setzungen im Gesamtprojekt

Für alle drei Settings bauen die Arbeitspakete AP 1 und 2 direkt aufeinander auf. AP 1 liefert dabei die theoretisch und empirisch begründeten Grundlagen auf der Ebene einzelner Pflegebedürftiger, die im AP 2 zu Algorithmen verdichtet werden können, die Ergebnisse auf Einrichtungsebene generieren, deren Funktionsweise wiederum überprüfbar ist (AP 3, nicht Gegenstand dieses Angebots). Dieses Vorgehen bedeutet implizit, dass im AP 1 normative Setzungen auf mindestens drei Ebenen erfolgen müssen. Namentlich gilt dies für

- die Kataloge der möglichen Pflegeleistungen,
- Kriterien fachlich angemessener Erbringung in den Dimensionen Qualifikation(smix) und Erbringungszeit sowie
- die Kriterien und Prozesse des Abgleichs zwischen empirischen IST- und SOLL-Werten der Erbringung.

Die erfolgreiche Bearbeitung des Gesamtauftrags und vor allem die nachhaltige Akzeptanz der resultierenden Ergebnisse erfordert deshalb aus Sicht der Bieterin, zu allen normativen Setzungen prozessbegleitend sowohl fachliche Konsentierungen als auch tragfähige Entscheidungen des Auftraggebers zu erreichen. Hierzu werden zwei projektbegleitende Gremien eingerichtet (siehe Abbildung 4), in denen je zwei Konsentierungsrunden durchgeführt werden:

- Die jeweiligen normativen Setzungen auf Basis der Projekt-Zwischenergebnisse werden in einem **fachlichen Expertengremium** konsentiert. Dieses wird von der Auftragnehmerin einberufen und besteht aus den projektbeteiligten Professoren und Privatdozenten der Universität Bremen, Prof. Andreas Büscher und ca. sechs externen pflegewissenschaftlichen Experten. Diese werden durch ein auftraggeberseitig zu bestimmendes Entscheidungsgremium vorgeschlagen. In jeder Konsentierungsrunde wird dem Expertengremium ein schriftlicher Entscheidungskatalog zur Verfügung gestellt, über den in einer persönlichen 3-tägigen Gremiumssitzung an der Universität Bremen beraten wird.
- Die resultierenden fachlich konsentierten Ergebnisse und ggf. abweichenden Voten werden danach in das auftraggeberseitig zu bestimmendes **Entscheidungsgremium** als formale Abstimmungsvorlage eingebracht. Diese werden jeweils in einer 2-tägigen Klausurtagung in Berlin

präsentiert und abgestimmt. Nach erfolgter Abstimmung zwischen Entscheidungsgremium und der Auftragnehmerin werden die Beschlüsse als anerkannte Setzungen behandelt und in die weiteren Projektschritte übernommen.

Um sicherzustellen, dass sich der Projektablauf nicht durch inhaltliche Differenzen zwischen den Gremien unplanbar verzögern kann, werden für die Konsentierungsrunden beider Gremien nicht verlängerbare Bearbeitungsfristen festgesetzt, nach deren Ablauf die Auftragnehmerin im Projektplan fortfährt.

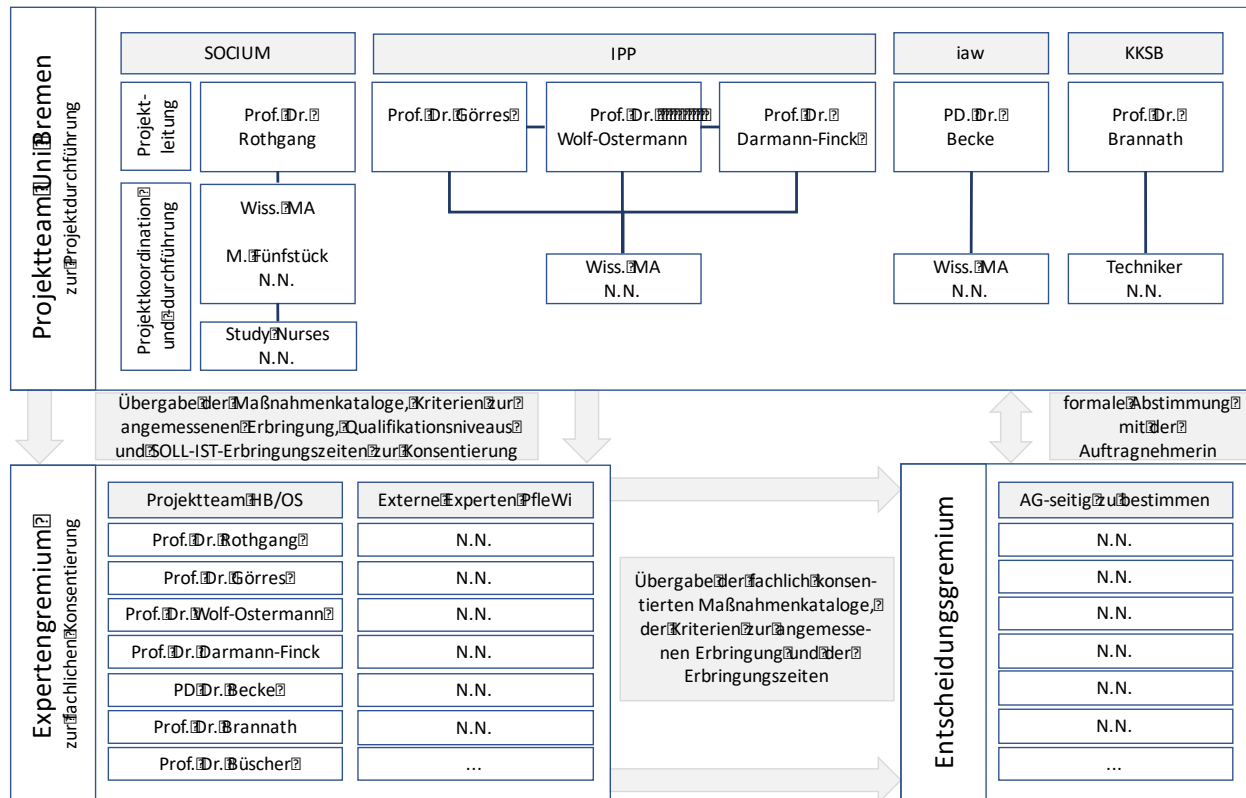


Abbildung 4: Organigramm

6.1 Arbeitsplanung zum Arbeitspaket 1

Um den Algorithmus in Arbeitspaket 2 erarbeiten zu können, sind in Arbeitspaket 1 folgende *Aufgaben* zu erledigen:

1. Erarbeitung eines Maßnahmenkatalogs (Art der Maßnahmen) und Bestimmung einheitlicher Kriterien für eine fachlich angemessene Erbringung der Maßnahmen,
2. Festlegung, welche qualifikatorischen Niveaus für die Erbringung dieser Maßnahmen notwendig sind (Qualifikationsanforderung der Maßnahmen),
3. Konsentierung des Maßnahmenkatalogs (Art der Maßnahmen, Kriterien für eine fachlich angemessene Erbringung der Maßnahmen und Qualifikationsanforderungen der Maßnahmen),
4. empirische Datenerhebungen zu den Leistungswerten ((Zeit-)Aufwand für die Erbringung der Maßnahmen) (Ist- und Soll-Werte) in Abhängigkeit von den jeweiligen NBA-Profilen,
5. Berechnung und Konsentierung der (Zeit-)Aufwände für die Erbringung der Maßnahmen (Soll-Werte) in Abhängigkeit von den jeweiligen NBA-Profilen,

6. Vorbereitung des Pretests und
7. Erstellung eines Zwischenberichts.

Diese Aufgaben lassen sich teilweise in mehrere *Arbeitsschritte* aufteilen (Tabelle 1). Auf jeden dieser Arbeitsschritte wird in den nachfolgenden Abschnitten kurz eingegangen. Um den Bezug zur Gliederung des Preisblattes herzustellen, sind die Arbeitsaufgaben und Arbeitsschritte der dort vorgegebenen Gliederung in BAP zugeordnet.

Tabelle 1: Übersicht zur Arbeitsplanung für das Arbeitspaket 1

Arbeitsaufgabe	Arbeitsschritte	Zuständigkeit
1 Erarbeitung eines Maßnahmenkatalogs und Festlegung von Kriterien für die fachgerechte Durchführung dieser Maßnahmen (BAP 1 und BAP 2) ³	1 Durchführung der Literaturrecherche und Überprüfung der Übertragbarkeit der zentralen Ergebnisse in Bezug auf <ul style="list-style-type: none"> • Maßnahmenkataloge, • fachliche Angemessenheit der Leistungserbringung und • notwendige Qualifikationsniveaus für die Leistungserbringung (BAP 1) 	Prof. Dr. Görres Prof. Dr. Rothgang
	2 Ermittlung struktureller Vorgaben des SGB XI, der Bundesländer sowie Einrichtungsspezifika (BAP 1)	Prof. Dr. Wolf-Ostermann Prof. Dr. Rothgang
	3 Erarbeitung der Maßnahmenkataloge auf Basis der Literaturrecherche (BAP 1)	Prof. Dr. Rothgang Prof. Dr. Darmann-Finck Prof. Dr. Görres Prof. Dr. Wolf-Ostermann
	4 Bestimmung einheitlicher Kriterien für eine fachlich angemessene Erbringung der Maßnahmen auf Basis der Literaturrecherche (BAP 2)	Prof. Dr. Rothgang Prof. Dr. Darmann-Finck Prof. Dr. Görres Prof. Dr. Wolf-Ostermann
2 Bestimmung der Qualifikationsniveaus (BAP 1)	5 Festlegung der notwendigen qualifikatorischen Niveaus für die Erbringung der Maßnahmen (BAP 1)	Prof. Dr. Darmann-Finck Prof. Dr. Rothgang
3 Konsentierung des Maßnahmenkatalogs (BAP 2)	6 Konsentierung der <ol style="list-style-type: none"> a) Art der Maßnahmen, b) Kriterien für eine fachlich angemessene Erbringung der Maßnahmen und c) Qualifikationsanforderungen für die Erbringung der Maßnahmen (BAP 2) 	Gesamtes Projektteam Expertengremium Entscheidungsgremium
4 Empirische Datenerhebung zu den Leistungswerten (BAP 3.1)	7 Auswahl geeigneter Pflegeeinrichtungen (BAP 3.1)	Prof. Dr. Rothgang
	8 Empirische Datenerhebungen der Zeitaufwände als Ist- und Soll-Werte jeweils in Abhängigkeit von der jeweiligen NBA-Konstellation (BAP 3.1)	Prof. Dr. Rothgang Prof. Dr. Wolf-Ostermann Prof. Dr. Brannath
	9 Ermittlung der Aufwände für Interaktionsarbeit (BAP 3.1)	PD Dr. Becke
5 Berechnung und Konsentierung der Leistungswerte (BAP 2 und 3.2)	10 Analyse der erhobenen Daten und Berechnung von Soll-Werten pro NBA-Konstellation (BAP 3.2)	Prof. Dr. Rothgang Prof. Dr. Wolf-Ostermann Prof. Dr. Brannath PD Dr. Becke
	11 Konsentierung der Soll-Werte (BAP 2)	Gesamtes Projektteam Expertengremium

³ BAP steht für „Bestandteil des Arbeitspaket“ und folgt der Struktur des Preisblatts (Anlage P).

		Entscheidungsgremium
6	Vorbereitung Pretest (BAP 4)	12 Vorbereitungen der Pretests für Arbeitspaket 2 (BAP 4)
7	Erstellung Zwischenbericht (BAP 5)	13 Erstellung und Vorstellung des Zwischenberichts 1 (BAP 5)
		Prof. Dr. Rothgang Prof. Dr. Wolf-Ostermann Prof. Dr. Brannath PD Dr. Becke
		Gesamtes Projektteam

6.1.1 Erarbeitung eines Maßnahmenkatalogs

Diese Arbeitsaufgabe kann in vier Arbeitsschritte gegliedert werden.

Arbeitsschritt 1: Literaturrecherche

Personalkonzepte liegen im In- und Ausland vor. Allerdings beziehen sich diese nicht auf die Erfassung von (fehlenden) Kompetenzen der Pflegebedürftigen wie sie im NBA erhoben werden. Die Möglichkeit, ein bestehendes System zur Personalbemessung übernehmen zu können, ist daher von vorne herein auszuschließen. Ziel der Literaturrecherche ist es deshalb, Elemente zu identifizieren, die bei der Erarbeitung eines Personalbemessungssystems hilfreich sind bzw. sogar übernommen werden können und diese Übertragbarkeit zu überprüfen. Im Einzelnen geht die Literaturrecherche folgenden Fragen nach:

- Welche *Personalbemessungsverfahren* sind vorhanden, die auf nützliche Instrumente und Konzepte untersucht werden können?
- Welche *Maßnahmenkataloge* werden in diesen Verfahren genutzt und inwieweit können diese im deutschen Kontext (auch vor dem Hintergrund der Ziele des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs) übertragen werden?
- Welche *Kriterien für eine fachgerechte Erbringung der Maßnahmen* werden genannt und wie können hieraus Maßstäbe für den deutschen Kontext abgeleitet werden?
- Werden auch bereits *Zeitwerte* für einzelne Maßnahmen genannt und können diese auf Deutschland übertragen werden?
- Welche *Qualifikationsanforderungen* für die Erbringung der jeweiligen Maßnahmen und auch der indirekten Leistungen (z. B. Qualifizierungsmaßnahmen, Anleitung von Hilfskräften und Maßnahmen zur Personalgewinnung und -bindung) werden verwendet und wie können diese auf den deutschen Kontext angewandt werden?
- Welche Besonderheiten sind für die Leistungserbringung im Nachtdienst zu beachten?

Recherchiert wird über die Metaliteraturdatenbanken LIVIVO und DIMDI (diese enthalten u.a. Cochrane, Embase, Medline, Psyn dex) sowie speziell in Gerolit, Cinahl und CareLit. Die Einschluss von Studien und Projekten sowie deren Bewertung erfolgt nach

- thematische Relevanz,
- methodischer Güte des Materials,
- Praktikabilität (Erhebungsaufwand, Beeinflussbarkeit, Implementationsbarrieren) und
- Übertragbarkeit.

Ausgeschlossen werden Instrumente und/oder Konzepte, zu denen keine Bewertung möglich ist, da sie entweder für eine Analyse nicht zur Verfügung stehen oder notwendige Angaben zur Beurteilung nicht einsehbar sind (Blackbox-Instrumente).

Arbeitsschritt 2: Ermittlung struktureller Vorgaben des SGB XI, der Bundesländer sowie Einrichtungsspezifika

Das entwickelte Personalbemessungsverfahren ist in der Lage, bei einer gegebenen Anzahl Pflegebedürftiger und Kenntnis derer NBA-Konstellationen ein Personaltableau anzugeben, das Grundlage von Verhandlungen auf Heimebene und Abschluss von Rahmenverträgen auf Landesebene ist. Bei der Bestimmung des Personalbedarfs auf Heimebene in Verhandlungen sind aber zusätzlich die bestehenden Rahmenbedingungen zu betrachten, die Einfluss auf Einrichtungen und deren Personalsituation nehmen können. Hierzu gehören u.a.:

- relevante Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung sowie der gesetzlichen Krankenversicherung i. d. F. ab 1. Januar 2017,
- relevante vertragliche Regelungen (z. B. Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI,
- Inhalte der Landesrahmenverträge nach § 75 SGB XI),
- heimrechtliche Regelungen auf Landesebene,
- Einflüsse des Strukturmodells zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation,
- Ausbildungsinhalte in der Pflege, auch bezüglich anderer relevanter Berufsgruppen in der Pflege (Personalmix),
- Overheadfaktoren, die nicht die direkten Tätigkeiten der Pflegekräfte betreffen,
- Die Berücksichtigung der Einsätze von Hilfsmitteln,
- organisatorische Rahmenbedingungen der Einrichtungen (Aufbau- und Ablauforganisation, Einrichtungskonzepte, indikationsspezifische Pflege- und Betreuungskonzepte),

In diesem Arbeitsschritt werden diese Faktoren ermittelt und für die spätere Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens zur Verfügung gestellt. Zur Ermittlung der einrichtungsindividuellen Faktoren werden für die teilnehmenden Pflegeeinrichtungen Strukturerhebungsbögen entwickelt, die sowohl die einrichtungsspezifischen Merkmale als auch länderbezogene Vorgaben mit der jeweiligen Umsetzung in der Pflegeeinrichtung konkret abfragen.

Arbeitsschritt 3: Erarbeitung der Maßnahmenkataloge auf Basis der Literaturrecherche

Im Rahmen der EVIS-Studie (Rothgang et al. 2015a) wurde bereits eine umfassende strukturierte Literaturrecherche durchgeführt, auf deren Basis ein *Maßnahmenkatalog* erarbeitet wurde, der alle Interventionen enthält, die Pflegebedürftige in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege erhalten. Dieser geht über bisherige Erhebungen – z. B. von Schneekloth & Müller (2000), Wingenfeld & Schnabel (2002), Höhmann & Ascher (2004) und Brühl & Planer (2013) – hinaus. Der in der EVIS-Studie verwendete Katalog enthält 248 Maßnahmen für den stationären Bereich, die bei Bedarf zu „Aktivitäten“/„Maßnahmenkomplexen“ zusammengefasst werden können. Dieser Katalog wird durch die Ergebnisse der Literaturrecherche (Arbeitsschritt 1) auf Vollständigkeit geprüft und insbesondere in Bezug auf hauswirtschaftliche Versorgung ergänzt. Da sich in der EVIS-Studie gezeigt hat, dass viele dieser Maßnahmen in der Praxis kaum oder nie zum Einsatz kommen, wird die Zahl der verwendeten Maßnahmen auf einen zweistelligen Wert reduziert. Zusätzlich erfolgt – wiederum ergänzt/korrigiert durch die Ergebnisse der Literaturrecherche – eine Übertragung der Maßnahmen auf den teilstationären und ambulanten Leistungsbereich. Hieraus werden folgend sektorenspezifische Maßnahmenkataloge auch für den teilstationären und ambulanten Bereich definiert.

Arbeitsschritt 4: Bestimmung einheitlicher Kriterien für eine fachlich angemessene Erbringung der Maßnahmen auf Basis der Literaturrecherche

Im Zentrum der empirischen Erhebungen steht die Erhebung von Zeitwerten und der Vergleich der so erhobenen Ist-Werte mit Soll-Werten, die bei der teilnehmenden Beobachtung durch speziell geschulte datenerhebende Pflegefachkräfte ermittelt werden. Von zentraler Bedeutung ist es daher, Maßstäbe und Kriterien festzulegen, anhand deren eine fachgerechte Leistungserbringung beurteilt werden kann. Basierend auf den Ergebnissen der Literaturrecherche (AP 1) werden in diesem Arbeitsschritt einheitliche Maßstäbe und Kriterien für fachlich angemessene Erbringung der Maßnahmen entwickelt. In tabellarischer Form werden die Maßnahmen dabei strukturiert in:

- direkte körperbezogene Pflegemaßnahmen (stationär, teilstationär, ambulant),
- indirekte körperbezogene Pflegemaßnahmen (stationär, teilstationär, ambulant),
- pflegerische Betreuungsmaßnahmen (stationär, teilstationär, ambulant),
- Hilfen bei der Haushaltsführung (ambulant),
- Schnittstellen zur hauswirtschaftlichen Versorgung (stationär),
- Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege (stationär, teilstationär, ambulant) und
- Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (ambulant).

In diesem Zusammenhang können auch – soweit sie vorliegen – Zeitwerte für die fachlich angemessene Erbringung der Maßnahmen einbezogen werden. Diese werden im Rahmen der Literaturrecherche explizit mit erfasst und gegebenenfalls in den späteren Konsentierungsprozess eingebracht, sofern sie eine überzeugende Kompatibilität zum allgemeinen Studiendesign aufweisen. Erforderlich hierzu ist, dass die Erbringungszeiten in direkter oder indirekter Differenzierung auf die NBA-Konstellationen bezogen werden können. Inwiefern eine solche Anschlussfähigkeit gegeben ist, wird sich in der Literaturrecherche zeigen. Dies wird von der Antragstellerin a priori kritisch eingeschätzt. Zudem ist zu berücksichtigen, dass es eine Reihe von Maßnahmen-Klassifizierungen gibt, die keine Zeitwerte beinhalten (z. B. das Pflegeinterventionsklassifikation (NIC) 2015 oder die European Nursing care Pathways (ENP) 2012) bzw. Zeitwerte beinhalten, die aus lizenzrechtlichen Gründen nicht eingesehen werden können (siehe Leistungserfassung – LEP). Vorhandene Vorarbeiten im Kontext von Pflegestufen und der Einführung des NBA (z. B. Wingenfeld et al. 2010 oder Rothgang et al. 2015a) werden explizit einbezogen. Bei den Zeitwerten zu berücksichtigen sind darüber hinaus auch Leistungen im Kontext des Human-Ressource-Managements, also hinsichtlich Personalbeschaffung, Personalentwicklung, Personalführung und Personalbindung. Sollten sich Felder ergeben, für die keine Angaben vorliegen, werden diese als Lücke gekennzeichnet.

6.1.2 Bestimmung des Qualifikationsniveaus

Arbeitsschritt 5: Festlegung der für die fachgerechte Erbringung der Maßnahmen notwendigen qualifikatorischen Niveaus

Selbst bei – fiktiver – Beibehaltung der derzeitigen Definition von Pflegebedürftigkeit wird die Zahl der Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI von 2,6 Mio. im Jahr 2015 um rd. 70 % auf 4,6 Mio. im Jahr 2055 steigen (Rothgang et al. 2015b: 87). Knapp die Hälfte dieses Anstiegs vollzieht sich bis zum Jahr 2030 (Rothgang et al. 2016: 5). Gleichzeitig ist das Erwerbspersonenpotential rückläufig. Bleibt der Anteil in der Langzeitpflege arbeitender Erwerbspersonen konstant, entsteht so in der Pflege – im Vergleich zu heute – bis 2030 eine personelle Versorgungslücke von 350 Tsd. Beschäftigten (Vollzeitäquivalente) (Rothgang et al. 2016: 11). Um die Pflege nachhaltig sicherstellen zu können, ist es daher von zentraler

Bedeutung, Beschäftigte *aller* Qualifikationsniveaus entsprechend einzusetzen und starre Fachkräftequoten durch flexible Personalmixe zu ersetzen, die fachlich zwingend geboten sind. Zudem ist das passende Qualifikationsniveau für die Stabilität der Pflegesituation ein wichtiger Parameter.

Die Grundannahme des Studienkonzeptes, nach der die Durchführung einer inhaltlich gleichen Pflegehandlung bei verschiedenen Pflegebedürftigen in Abhängigkeit ihrer NBA-Konstellation einfach oder auch sehr komplex sein kann (z. B. das Anreichen von Nahrung bei einem Pflegebedürftigen mit Schluckstörungen und einer fortgeschrittenen Demenz oder die Bereitschaft der Bewohner zu kooperieren), erfordert, bei der Bestimmung der qualifikatorischen Niveaus diese jeweils in Relation zu den NBA-Konstellationen zu bestimmen. Für jede der betrachteten Maßnahmen wird daher basierend auf vorliegenden Vorarbeiten (insbesondere Knigge-Demal et al. 2013) bestimmt, welche Qualifikationsanforderungen in Abhängigkeit von der NBA-Konstellation dafür gegeben sind.

6.1.3 Konsentierung des Maßnahmenkatalogs

Arbeitsschritt 6: Konsentierung der Art der Maßnahmen, der einheitlichen Maßstäbe für fachlich angemessene Maßnahmen und der Qualifikationsanforderungen für die Erbringung der Maßnahmen

Aufbauend auf den Ergebnissen der Literaturrecherche (Arbeitsschritt 1) werden in den Arbeitsschritten 3-5 drei normative Setzungen vorbereitet, und zwar

- der verwendete Maßnahmenkatalog zur Erfassung aller Leistungen,
- die Maßstäbe und Kriterien für eine sachlich fachgerechte Erbringung dieser Maßnahmen und
- die Maßstäbe und Kriterien für eine personell fachgerechte Erbringung dieser Maßnahmen, also die jeweiligen qualifikatorischen Anforderungen.

Diese normativen Setzungen sind Voraussetzung dafür, im empirischen Teil die Erbringungszeiten nicht nur als Ist-Werte zu erfassen, sondern diese auch in Soll-Werte umrechnen zu können. Die Analyse der erhobenen Daten wird dabei nur valide und fachlich tragfähige Ergebnisse erbringen, wenn diese normativen Setzungen vorher konsentiert sind. Hierzu wird der in Kapitel 6 beschriebene Konsentierungsprozess unter Einbezug des fachlichen Expertengremiums und des Entscheidungsgremiums durchgeführt.

6.1.4 Empirische Datenerhebungen zu den Leistungswerten

Da zu vermuten ist, dass sich die benötigten (Zeit-)Aufwände für die Erbringung der in den Maßnahmenkatalogen konsentierten Maßnahmen in Abhängigkeit von verschiedenen NBA-Konstellationen nicht aus der Literatur ableiten lassen, müssen diese im Rahmen empirischer Datenerhebungen erfasst werden. Im Projekt müssen deshalb für jede NBA-Merkmalsskombination und jede Leistung des Maßnahmenkatalogs die notwendigen durchschnittlichen Erbringungszeiten (IST-Werte) ermittelt und anhand der konsentierten Maßstäbe zur fachgerechten Leistungserbringung in SOLL-Werte umgerechnet werden. Diese komplexe Aufgabe kann valide nur von *Pflegefachkräften mit entsprechender Schulung* durchgeführt werden. Wünschenswert ist weiterhin, dass diese Pflegefachkräfte über ausgewiesene Erfahrung im Bereich der Altenpflege verfügen. Um die notwendige Akzeptanz der Ergebnisse herzustellen werden die Datenerheber rekrutiert aus entsprechend qualifizierten

- Mitarbeitern der MDK-Gemeinschaft,
- Mitarbeitern der Medicproof GmbH und

Pflegefachkräften, die über Anbieterverbände vermittelt werden. Es wird angestrebt, diese drei Datenerheber-Gruppen im Verhältnis 45 (MDK-Gemeinschaft) zu 5 (Medicproof GmbH) zu 50 (Anbieterverbände und Uni Bremen) einzusetzen.

Erhebungsansatz und –organisation

Für die empirische Erhebung der notwendigen Daten werden die erbrachten Leistungen für eine Stichprobe von 1.500 stationären und 400 teilstationären Pflegebedürftigen erfasst. Dies erfordert den Einschluss von rund 40 stationären und 15 teilstationären Einrichtungen.⁴ Diese können komplett oder mit einzelnen Organisationseinheiten (etwa Wohnbereichen) an der Studie teilnehmen.

Für die Erhebung der Erbringungszeiten wird die regelhafte Leistungserbringung in den Tagdiensten der Einrichtungen betrachtet. Es wird davon ausgegangen, dass hier die quantitativ bedeutsamen Daten zur Verfügung stehen, die dann als normative SOLL-Werte der Leistungserbringung gesetzt werden können. Nicht ausgeschlossen werden sollen jedoch auch die Nachtdienste, für die jedoch ein abweichendes Erhebungskonzept gewählt wird, welches in den Ausführungen zu Arbeitsschritt 8 erläutert wird.

Im Studienkonzept besteht die personenbezogene Erhebung der Leistungserbringung in jeder Einrichtung aus drei Elementen:

- **NBA-Gutachten** werden für jeden Studienteilnehmer angefertigt. Dies ist durch Gutachter der MDK-Gemeinschaft und der Medicproof GmbH durchzuführen.
- **Pflegeplanungen** werden für jeden Studienteilnehmer einheitlich unter Einbezug des NBA-Gutachtens erstellt. Sie schließen die notwendigen Leistungen in Tag- und Nachtdienst ein. Dieser Arbeitsschritt wird durch wissenschaftliches Personal und speziell geschulte Study Nurses der Universität Bremen erbracht.
- **Zeitwerte der Leistungserbringung** werden durch geschulte Datenerheber erfasst. Hierzu wird in den beteiligten Einrichtungen/Organisationseinheiten jeder leistungserbringende Mitarbeiter in den beiden Tagschichten über fünf Arbeitstage einer Woche während seiner gesamten Arbeitszeit von einem Datenerheber begleitet.⁵ Es handelt sich hierbei um ein sogenanntes „Shadowing“.

Die drei Elemente werden in jeder Einrichtung in einem Zeitraum von 3 Wochen durchgeführt. Dabei werden die NBA-Gutachten in der ersten Woche erstellt. Die Pflegeplanungen beginnen einen Tag

⁴ Nach den Erfahrungen der EVIS-Studie werden in 100 der empirisch vorhandenen NBA-Kombinationen bereits 2/3 aller Fälle erfasst. Für diese 100 Kombinationen werden in der empirischen Studie die jeweiligen Pflege-Leistungen nach spezifischem Zeitaufwand und Qualifikationsbedarf erhoben werden. Dabei werden alle Pflegekräfte in den Einrichtungen durch einen „Schatten“ als Datenerheber begleitet, der jede Maßnahme und die jeweiligen IST-Zeitwerte dokumentiert und gleichzeitig beurteilt, ob der Zeitaufwand den Kriterien einer fachgerechten Leistungserbringung genügt.

Als Basis der Fallzahlkalkulation *im stationären Bereich* dient eine angestrebte Zielgröße von 1.000 Bewohnern in den zu betrachtenden 100 NBA-Konstellationen. Die Zahl von 1.000 wird als übliche Faustformel für Repräsentativität in großen Populationen angenommen. Hieraus ergibt sich unter Annahme der EVIS-Erfahrungen (67% Einschluss in die 100 häufigsten Konstellationen, drop-out zwischen Gutachten und Leistungserhebung von 25%), dass für 2.000 Bewohner NBA-Gutachten anzufertigen sind und für 1.500 Bewohner die Datenerhebung durchgeführt wird. Ebenfalls auf Basis der EVIS-Erfahrungen wird für diese Fallzahl vorläufig der Einschluss von 40 stationären Einrichtungen als erforderlich angenommen.

Teilstationär können die Fallzahlen deutlich geringer angesetzt werden, da mit einer geringeren Heterogenität der zu erbringenden Leistungen in Abhängigkeit von den NBA-Konstellationen zu rechnen ist. Es wird davon ausgegangen, dass eine Stichprobe von 400 Pflegebedürftigen zur validen Beurteilung des Leistungsgeschehens ausreichend ist. Hierzu sind für 500 Pflegebedürftige NBA-Gutachten zu erstellen. Aus forschungsökonomischen Gründen wird angestrebt, bei teilstationären Einrichtungen eine Mindestgröße von 33 Plätzen zu erreichen. In diesem Fall ist der Einschluss von 15 teilstationären Einrichtungen erforderlich.

⁵ In einer hypothetischen Einrichtung, die mit 2 Wohnbereichen a 20 Bewohner an der Erhebung teilnimmt und jede Tagesschicht mit 3 Kräften besetzt, werden somit für 5 Tage jeweils 6 Datenerheber pro Tag benötigt.

versetzt und werden in Woche 1 und 2 ausgearbeitet, die Zeitwerte werden in Woche 3 erhoben. Geplant ist, die Datenerhebung in 14 aufeinanderfolgenden Sequenzen durchzuführen, wobei in jeder Sequenz 4 Einrichtungen parallel bearbeitet werden. Die grafische Darstellung der Erhebung (Abbildung 5) beinhaltet zur besseren Übersicht nur die ersten drei Erhebungssequenzen. Die weiteren nicht abgebildeten 11 Sequenzen verlaufen analog.

Erhebungswoche		1	2	3	4	5	6	7
Sequenz	Einrichtung 1	NBA-Begutachtung		Datenerhebung				
		Erstellung der Pflegeplanung						
	Einrichtung 2	NBA-Begutachtung		Datenerhebung				
		Erstellung der Pflegeplanung						
Sequenz	Einrichtung 3	NBA-Begutachtung		Datenerhebung				
		Erstellung der Pflegeplanung						
	Einrichtung 4	NBA-Begutachtung		Datenerhebung				
		Erstellung der Pflegeplanung						
Sequenz	Einrichtung 5			NBA-Begutachtung		Datenerhebung		
				Erstellung der Pflegeplanung				
	Einrichtung 6			NBA-Begutachtung		Datenerhebung		
				Erstellung der Pflegeplanung				
Sequenz	Einrichtung 7			NBA-Begutachtung		Datenerhebung		
				Erstellung der Pflegeplanung				
	Einrichtung 8			NBA-Begutachtung		Datenerhebung		
				Erstellung der Pflegeplanung				
Sequenz	Einrichtung 9					NBA-Begutachtung		Datenerhebung
						Erstellung der Pflegeplanung		
	Einrichtung 10					NBA-Begutachtung		Datenerhebung
						Erstellung der Pflegeplanung		
Sequenz	Einrichtung 11					NBA-Begutachtung		Datenerhebung
						Erstellung der Pflegeplanung		
Sequenz	Einrichtung 12					NBA-Begutachtung		Datenerhebung
						Erstellung der Pflegeplanung		

Abbildung 5: Ablaufplan der Datenerhebung (Auszug der ersten drei Sequenzen)

Für die Datenerhebung werden insgesamt 8 Monate angesetzt. Im aktuellen Projektplan ist diese Erhebungsphase für die Projektmonate 8 bis 16 eingestellt. Bei einem angestrebten Projektbeginn zum 1.6.2017 bedeutet dies eine Datenerhebung in den Monaten 1/18 bis 9/18. Bei einem anderen Datum für den Projektbeginn ergibt sich eine analoge Verschiebung.

Wie vorstehend dargestellt kann die Erstellung der NBA-Gutachten und die Erhebung der Erbringungszeiten nicht vom Personal der Universität Bremen durchgeführt werden. Deshalb werden diese Leistungen als Unteraufträge an die genannten Institutionen/Personen vergeben. Die Erteilung der Unteraufträge an diese Institutionen ist fester Bestandteil des Angebots.

Für die Gutachtenerstellung werden dabei Fremdleistungen im Umfang von rund 2.500 NBA-Gutachten benötigt.⁶ Die Tätigkeit der Gutachter besteht aus der normalen Erstellung von NBA-Gutachten. Hierzu ist kein weiterer Schulungsaufwand erforderlich. Es wird angestrebt, je Einrichtung einen Gutachter einzusetzen. Dabei wird ein lokaler Einsatz angestrebt, der die Wegezeiten gering hält. Gemäß des vorliegenden Konzeptes ist somit der Einsatz von jeweils 4 Gutachtern parallel in Vollzeit in 14 Sequenzen erforderlich. Die Vergütung dieser Arbeitsleistungen erfolgt dabei über eine Pauschale in Höhe von 100 Euro pro NBA-Gutachten.

⁶ Die Gutachter der MDK-Gemeinschaft und der Medicproof GmbH führen pro Pflegebedürftigem eine vollständige NBA-Begutachtung durch. Dabei wird ein Verhältnis der Arbeitsmengen von 90 (MDK-Gemeinschaft) zu 10 (Medicproof GmbH) angestrebt.

Für die Erhebung der Erbringungszeiten wird ein Arbeitsaufwand im Umfang von rund 2.260 Personentagen benötigt.⁷ Hinzu kommt ein Schulungsaufwand im Umfang von einem Arbeitstag pro Datenerheber, der im Arbeitsschritt 8 näher erläutert wird. Für die Umsetzung der Studie werden dabei in jeder der 14 Erhebungssequenzen jeweils 34 Datenerheber gleichzeitig eingesetzt.⁸ Als Vergütung der Erhebungs- und Schulungstage wird ein Wert von 450 Euro pro Personentag angesetzt, der alle Reise- und Nebenkosten beinhaltet.

Angestrebt wird, die Datenerheber aufeinanderfolgend in mehreren Sequenzen/Einrichtungen einzusetzen. Dabei wird versucht, jeweils lokale Einsätze zu organisieren, durch welche die Wegezeiten minimiert werden. Inwieweit das gelingt ist jedoch von den teilnehmenden Einrichtungen abhängig. Grundsätzlich können die Datenerheber aufgrund ihrer freiwilligen Teilnahme selber darüber entscheiden, an wie vielen Tagen sie als Schatten fungieren. Jedoch ist es zur methodischen und organisatorischen Integrität erforderlich, dass die Datenerheber jeweils für ganze Einrichtungen zur Verfügung stehen. Dies bedeutet, da jede Erhebungssequenz fünf Vollzeit-Tage umfasst, dass die Erheber einen Aufwand von fünf Tagen bzw. einem Vielfachen davon haben. Bei Teilnahme über die gesamte Erhebungszeit können bis zu 70 Einsatztage resultieren. Die Entscheidung über die Anzahl der Einsätze liegt dabei beim Datenerheber. Für die Planung des Schulungsaufwands wird dabei unterstellt, dass ein Datenerheber im Durchschnitt 10 Einsatztage absolviert.

Bevor auf die konkrete Durchführung dieser Erhebungen eingegangen wird (Arbeitsschritt 8), wird nachfolgen zunächst die Auswahl geeigneter Pflegeeinrichtungen thematisiert (Arbeitsschritt 7).

Arbeitsschritt 7: Auswahl geeigneter Pflegeeinrichtungen

Die empirische Erhebung der benötigten (Zeit-)Aufwände in Abhängigkeit von verschiedenen NBA-Konstellationen erfolgt in den stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen. Die Auswahl geeigneter stationärer Einrichtungen erfolgt in enger Abstimmung mit den Vertragsparteien nach § 113 SGB XI zu Beginn der Projektlaufzeit und wird durch entsprechende Empfehlungsschreiben der Vertragspartner unterstützt. Hierzu werden Parameter für die stationären Pflegeeinrichtungen festgelegt sowie für die einzubeziehenden Bundesländer.

Aus den Erfahrungen der vorangegangenen Projekte, die ebenfalls nur mit und unter Beteiligung von (teil)stationären Einrichtungen durchgeführt werden konnten, erscheint es – gerade auch im

⁷ Die Datenerhebung im stationären Sektor erfolgt vollständig (mittels Begleitung aller eingesetzten Pflegekräfte durch datenerhebende Pflegefachkräfte) an jeweils 5 Tagen in den beiden Tagschichten in jeder Einrichtung. Bei einer zu erwartenden durchschnittlichen Versorgungszeit von 124 Min/Bewohner und Tag gemäß der EVIS-Studie (Rothgang et al. 2015a) entsteht hieraus eine netto Arbeitsmenge für die Datenerheber in Höhe von 1.500 Bewohner mal 2 Stunden pro Bewohner und Tag mal 5 Tage. Dies entspricht einem Aufwand von 15.500 Stunden oder (bei angesetzten 7,7 Stunden / Tag) rund 2.000 Personentagen.

Für teilstationäre Einrichtungen wird von einem Shadowing lediglich über eine Schicht ausgegangen. In Analogie zur stationären Kalkulation folgt hieraus eine Netto-Arbeitsmenge der Datenerheber von rund 2.000 Stunden bzw. 260 Personentagen.

⁸ Die Anzahl parallel benötigter Datenheber ist nicht abschließend berechenbar, da die Einrichtungen (deren parallele Anzahl mit 4 festgeschrieben ist) unterschiedliche Größen aufweisen und/oder nur mit einzelnen Organisationseinheiten an der Studie teilnehmen können. Zur Abschätzung ist anzunehmen, dass für die Versorgung von 40 Pflegebedürftigen in einer stationären Einrichtung pro Schicht 5 Kräfte parallel eingesetzt werden. Hieraus folgt ein paralleler Einsatz von 30 Datenerhebern (3 Einrichtungen * 5 Kräfte * 2 Schichten). Hinzu kommen parallele 4 Datenerheber für den teilstationären Bereich (1 Einrichtung * 4 Kräfte * 1 Schicht). Insgesamt ist somit nach dieser Abschätzung eine Anzahl von 34 parallel arbeitenden Datenerhebern in 14 Sequenzen erforderlich. Eine präzisere Planung ist erst nach der Festlegung der teilnehmenden Einrichtungen möglich.

Zusammenhang mit dem engen Zeitplan der gesetzlichen Vorgaben – sinnvoll, für die beteiligten Institutionen finanzielle Anreize zur Teilnahme zu setzen. Hier steht, da die gesamte Datenerhebung durch Studienpersonal erfolgt, vor allem die relativ unkalkulierbare und somit diffizil zu vermittelnde Kommunikationszeit im Mittelpunkt, die die Datenerhebung begleitet. Um den Einrichtungen hier eine Anerkennung für diese Zeit zu bieten, sind in den Kostenplan kopfzahlabhängige Incentives eingestellt worden, nach denen jede Einrichtung pro studienteilnehmendem Bewohner und Tag eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 10 Euro erhält.

Arbeitsschritt 8: Empirische Datenerhebungen und Bestimmung der Angemessenheit der Leistungswerte

Das Ziel dieses Projektes besteht darin (wie im Abschnitt „5 Konzeption des Angebots“ beschrieben) für jede NBA-Merkmalsskombination über die *erforderlichen* Maßnahmen den notwendigen Aufwand ermittelt zu haben. Hierzu muss die Leistungsmenge (angegeben in Zeit) je NBA-Merkmalsskombination festgestellt werden. Abgestellt wird auf die 100 häufigsten NBA-Konstellationen, da diese gemäß den Daten der EVIS-Studie bereits mehr als 2/3 aller Fälle erfassen. Diese sehr schiefe Verteilung legt eine Konzentration auf die häufigsten Kombinationen nahe, während die restlichen Kombinationen auf Ebene der Pflegegrade oder – falls die Daten dies zeigen – durch Annäherung an erfasste NBA-Kombinationen erfasst und berücksichtigt werden können. Für die Instrumentenentwicklung kann die präzise Betrachtung der Merkmalskombinationen dabei an einer beliebigen Stelle „abgeschnitten“ werden. Für das fertige Instrument kann im Sinne eines lernenden Systems sogar eine permanente Erweiterung vorgesehen werden. Durch den Bezug auf die 100 NBA-Merkmalsskombinationen erfolgt aber bereits für die große Mehrzahl der Fälle eine sehr viel präzisere Berücksichtigung der Pflegebedarfe als auf Basis der Pflegegrade. Für eine Minderheit seltenerer Merkmalskombinationen kann auf den Pflegegrad zurückgegriffen werden – was dem Status quo entspricht. Da im Ergebnis einrichtungsbezogene (nicht individuenbezogene!) Werte entstehen, ist auf jeden Fall mit einer sehr viel genaueren Erfassung der Bedarfe zu rechnen.

Um die erforderliche Leistungsmenge je NBA-Merkmalsskombination zu ermitteln, müssen die Pflege- und Betreuungsleistungen aus den erstellten einheitlichen Maßstäben für fachlich angemessene Maßnahmen den einzubeziehenden Pflegebedürftigen fachlich begründet zugeordnet werden. Es ist zu ermitteln, welche Leistungen wie häufig notwendig sind, welcher Zeitaufwand benötigt wird, mit welcher Qualifikation sie zu erbringen sind und ggf. mit wie viel Personen, da unter Umständen eine Kraft alleine nicht ausreicht, um Pflegebedürftige mit besonderen Merkmalen (hohes Übergewicht, hohe Schmerzempfindlichkeit u.a.m.) zu versorgen.

Zur Bestimmung der fachlich notwendigen Leistungen sind mehrere Teilprozesse notwendig:

Erstellung einer Pflegeplanung

Grundlage einer normativen Festlegung der erforderlichen Personalmenge in stationären Einrichtungen ist die Festlegung der pflegewissenschaftlich notwendigen Leistungen jedes einzelnen Pflegebedürftigen. Durch diese erste Festlegung muss im Einzelfall entschieden werden, welche konkreten Pflegemaßnahmen zu einer fachgerechten Pflege erforderlich sind und somit – im Sinne einer Vollversorgung – im Rahmen des SGB XI durch Personal hinterlegt werden müssen. Diese Festlegung erfolgt, indem von den wissenschaftlichen Mitarbeitern und Study Nurses der Universität Bremen für die

teilnehmenden Pflegebedürftigen in stationären und teilstationären Einrichtungen *Pflegeplanungen* (Maßnahmenplanungen) erstellt werden. Dies gilt für alle Bewohner, die in die Datenerhebung der Studie einbezogen werden, sowohl für die Maßnahmen im Tag- als auch im Nachtdienst. Die Planungen erfolgen einheitlich nach dem Sechs-Phasen-Modell des Pflegeprozesses von Fiechter und Meier (1998) und beinhalten die ersten vier Schritte dieses Modells (Informationssammlung, Erkennen von Problemen, Festlegung der Pflegeziele und Planung der Pflegemaßnahmen). Eine grundlegende (nicht ausschließliche) Informationsbasis bildet hierbei das zu diesem Zeitpunkt vorliegende aktuelle NBA-Gutachten. Für einen kleinen Anteil der einbezogenen Bewohner wird ein solches Gutachten bereits vorliegen, wenn bei diesen innerhalb des Jahres 2017 eine anlassbezogene Begutachtung erfolgt ist. Im Großteil der Fälle wird es allerdings erforderlich sein, ein aktuelles NBA-Gutachten durch die beteiligten Prüfdienste speziell aus Gründen der Studienbeteiligung anzufertigen.

Zur Gewährleistung eines einheitlichen Vorgehens bei der Informationssammlung und Planung wird eine Software eingesetzt. Die wissenschaftlichen Mitarbeiter und Study Nurses werden aus der Informationssammlung die wesentlichen Pflegeprobleme ableiten und entsprechend der Ressourcen, Fähigkeiten und Potenziale des Pflegebedürftigen erreichbare Ziele definieren, die die Basis zur Zuordnung der notwendigen Pflegemaßnahmen bilden. Die Erstellung der Maßnahmenplanungen und somit auch die Begründung jeder geplanten Leistung erfolgt in Kooperation mit den Pflegeeinrichtungen und werden (soweit möglich) mit der pflegebedürftigen Person, alternativ mit der rechtlichen Vertretung besprochen. Zeitlich erfolgen die Planungen nach der NBA-Begutachtung und vor der Datenerhebung.

Zu berücksichtigen sind neben den formellen auch die informellen Pflege- und Betreuungsleistungen (Informationsgespräche, Beratungen, Schulungen, Anleitungen für Angehörige) und die Interaktionsarbeit. In der stationären und teilstationären Versorgung ergibt sich noch die Besonderheit der Einzel- und/oder Gruppenangebote im Rahmen der Betreuung. Auch wenn der Gesetzgeber hier einen Betreuungsschlüssel vorgibt, ist zu berücksichtigen, dass die Zeit der Betreuung in einer Gruppe nur anteilig dem Bewohner zugerechnet werden kann.

Schulungen der Datenerheber

Um die erforderliche Leistungsmenge je NBA-Merkmalsskombination zu ermitteln, müssen die Pflege- und Betreuungsleistungen aus den erstellten einheitlichen Maßstäben für fachlich angemessene Maßnahmen den einzubeziehenden Pflegebedürftigen fachlich begründet zugeordnet werden. Es ist zu ermitteln, welche Leistungen wie häufig notwendig sind, welcher Zeitaufwand benötigt wird, mit welcher Qualifikation sie zu erbringen sind und ggf. mit wie viel Personen - da unter Umständen eine Kraft alleine nicht ausreicht, um Pflegebedürftige mit besonderen Merkmalen (hohes Übergewicht, hohe Schmerzempfindlichkeit u.a.m.) zu versorgen. Hierzu werden alle Pflegekräfte in den Einrichtungen durch einen „Schatten“ begleitet werden, der jede Maßnahme und die jeweiligen Ist-Zeitwerte in Echtzeit auf einem bereitgestellten Tablet-PC dokumentiert und gleichzeitig festhält, ob der tatsächliche Zeitaufwand den Kriterien einer fachgerechten Leistungserbringung genügt. Durch sie erfolgt somit sowohl die Messung der Zeitaufwände, als auch eine Bewertung, ob für die konkrete fachlich angemessene Leistungserbringung Zu- oder Abschläge erforderlich sind sowie das Festhalten von weiterführenden Beobachtungen, beispielsweise von spezifischen interaktiven Tätigkeiten. Zur Bewertung der Leistung sind zuvor über die Konsentierung der einheitlichen Maßstäbe Kriterien erarbeitet worden.

Zur Sicherstellung eines einheitlichen Vorgehens in der Datenerhebung werden deshalb alle Datenerheber geschult. Die Schulungen umfassen die Projektorganisation und die Durchführung der

Datenerhebung im stationären und teilstationären Bereich auf Basis der konsentierten fachlichen Erbringungsstandards. Die Schulungen erfolgen vor Beginn der ersten Datenerhebungen und sind jeweils landesweit organisiert. Der zeitliche Aufwand beträgt dabei für jeden Datenerheber einen Arbeitstag. Eine Vergütung erfolgt über den pauschalen Tagessatz in Höhe von 450 Euro, sofern im Anschluss mindestens ein Erhebungseinsatz erfolgt.

Datenerhebung

Mit rein empirischen Erhebungen können nur Ist-Werte erfasst werden, die aber nicht notwendigerweise auch Soll-Werte sind. Gemäß den Vorgaben des § 113c SGB XI Abs. 1 Satz 3 SGB XI ist aber auch die „fachliche Angemessenheit der Maßnahmen [zu] berücksichtigen.“ Hierzu muss die Art der Leistungserbringung pflegfachlich bewertet werden. Die Erhebung wird daher anders als in der EVIS-Studie nicht von den Pflegekräften durchgeführt werden, sondern wie beschrieben durch unabhängige Pflegefachkräfte, die als Datenerheber fungieren.

Die Datenerfassung erfolgt mit Hilfe von Tablet-PCs mit einer projektspezifischen Software, die durch den externen IT-Partner EVOCURA erstellt wird. Sie ist vollständig touch-fähig und in ihrem Bedienkonzept auf die einfache, effiziente und sichere Erfassung der Studiendaten ausgerichtet. Nach einem Benutzer-Login ermöglicht sie die parallele Erfassung einzelner Leistungen. Jede Leistung kann zu beliebigen Zeitpunkten gestartet und gestoppt sowie beliebig häufig unterbrochen werden. Zur praktischen Durchführung werden für die datenerhebenden Pflegefachkräfte Tablets eingesetzt, für die eine Anwendungsapplikation erstellt wird, um die zu messenden Pflege- und Betreuungsleistungen effektiv und fehlerfrei erfassen zu können (siehe Abbildung 6).

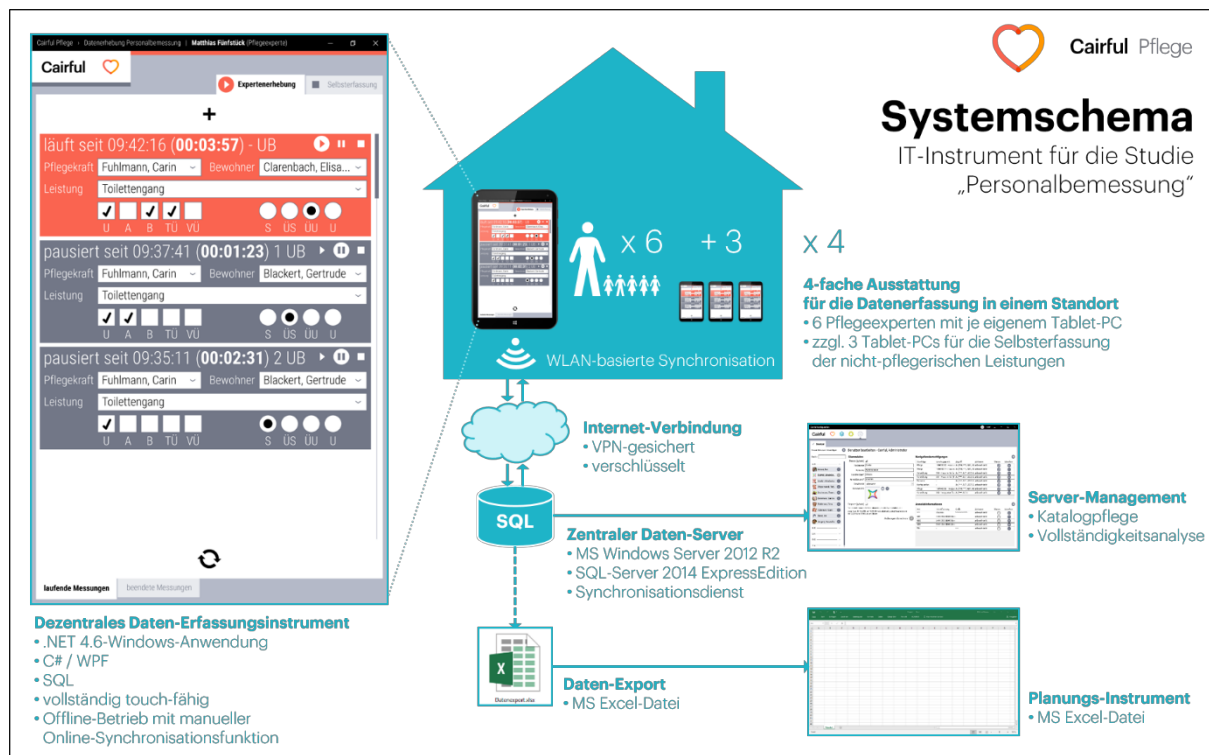


Abbildung 6: Systemschema

Mit einer Smartphone-Lösung zur Erfassung der Leistungsdaten konnten bereits in der EViS-Studie sehr gute Erfahrungen gemacht werden. Ein Smartphone wird jedoch für die zusätzlichen Anforderungen an die Datenerhebung der MDK-Gutachter einen zu kleinen Bildschirm haben. Mit einer Start-Stopp-Funktion können sehr genaue Messungen durchgeführt werden. Zusätzlich berücksichtigt werden soll, dass für verschiedenen Personen parallele Messungen durchgeführt werden können:

- ein Bewohner bekommt eine Leistung (Bewohner aufrufen, Leistung aufrufen, Messung starten),
- ein zweiter Bewohner benötigt Hilfe (Messung zum ersten Bewohner wird pausiert, zweiter Bewohner kann aufgerufen werden, Leistung wird aufgerufen, Zeitmessung gestartet, bei Ablauf gestoppt, Messung zum ersten Bewohner wird fortgesetzt),
- Bewohner nehmen an Gruppenangeboten teil.

Durch die Datenerfasser können verschiedene Umstände wesentlich genauer erfasst werden als bei einer Erfassung durch die Pflegekräfte der Einrichtung. Zudem können die als „Schatten“ fungierenden Pflegefachkräfte zu jeder Leistung Kommentierungen fortlaufend festhalten.

Ausdrücklich werden bei der Datenerhebung auch die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege maßnahmenspezifisch erfasst, so dass diese später auch in Umfang und Bedeutung nach NBA-Konstellation dargestellt werden können. In vorangegangenen Studien mit ähnlicher Ausrichtung war eine valide Erfassung der Leistungen medizinischer Behandlungspflege regelmäßig daran gescheitert, dass die Pflegekräfte selbst als Datenerheber ihrer eigenen Leistungen fungierten, dabei im praktischen Tun nicht hinreichend fein zwischen (Grund-)Pflegeleistungen und behandlungspflegerischen Tätigkeiten unterschieden. Durch den konsequenten Einsatz begleitender Personen zur Datenerhebung werden diese Messprobleme überwunden und der Aufwand medizinischer Behandlungspflege valide erfasst.

Zusätzliche Datenerhebung für den Nachtdienst

Während für die Tagdienste wie beschrieben ein vollständiges Shadowing während der Leistungserbringung erfolgt, wird dies für den Bereich des Nachtdienstes nicht sinnvoll durchführbar sein. Hier wird deshalb ein Vorgehen gewählt, dass die Leistungen nicht primär individuumsbezogen erfasst, sondern eine Beurteilung des Gesamtnachtdienstes ermöglicht, dessen Aufwände wiederum für die Erstellung der Personalbemessungsalgorithmen auf die Personen zurückbezogen werden kann.

Auf Basis der in den erstellten Pflegeplanungen verankerten SOLL-Maßnahmen im Nachtdienst wird hierzu eine Dokumentenanalyse durchgeführt, die bei ausgewählten Bewohnern die Erbringung nächtlicher Leistungen noch einmal fachlich überprüft. Fokussiert werden hier besonders Unterschiede zwischen der Maßnahmenerbringung zwischen Tag- und Nachtdiensten, die fachlich nicht zwingend scheinen (etwa die Verabreichung psychotroper Medikamente oder die nächtliche Versorgung mit Inkontinenzmaterial).

Ergänzend erfolgen danach Befragungen des Nachtdienstes durch das Forschungsteam der Universität Bremen und ggf. punktuell einzelne teilnehmende Beobachtungen auch der Leistungserbringung im Nachtdienst.

Arbeitsschritt 9: Ermittlung der Aufwände für Interaktionsarbeit

Zur Berücksichtigung der *Interaktionsarbeit* werden in ausgewählten Pflegeeinrichtungen die interaktiven Tätigkeiten durch qualitative Verfahren der teilnehmenden Beobachtung sowie unmittelbar daran anschließende Beobachtungsinterviews mit den beobachteten Pflegekräften erhoben und

ermittelt. „Interaktionsarbeit“ als Arbeit mit und am Menschen stellt einen basalen Bestandteil der pflegerischen Aufgabenbearbeitung mit und an Patienten dar. Das integrative Konzept der Interaktionsarbeit in der Pflege (Böhle et al. 2015) umfasst:

- *Kooperationsarbeit* als Herstellung der Kooperation zwischen Pflegekräften und Pflegebedürftigen (Dunkel & Wehrich 2012),
- *Gefühlsarbeit* im Sinne der Beeinflussung der Gefühle von Gepflegten zur Ermöglichung bzw. Unterstützung des Pflegearbeitsprozesses (Strauss et al. 1980),
- *Emotionsarbeit* als Arbeit an den eigenen Gefühlen (z. B. Umgang von Pflegekräften mit eigenen Scham- oder Ekelgefühlen in Pflegesituationen (Hochschild 1983) sowie
- *subjektivierendes Arbeitshandeln*, d. h. den situativ-flexiblen Umgang mit Unwägbarkeiten im pflegerischen Arbeitshandeln (Böhle et al. 2015).

Interaktionsarbeit ist überdies häufig im Sinne einer informellen Koordination zwischen Pflegekräften (z. B. bei ad-hoc-Absprachen im Arbeitsprozess) sowie zwischen Pflegekräften und dritten Akteuren (z. B. Apothekern) zu leisten (Becke & Bleses 2015). Interaktionsarbeit ist für die Pflegearbeit als gesundheitsbezogene Dienstleistung nicht nur funktional erforderlich, sondern sie bildet zugleich den Kern des für Pflegekräfte bedeutsamen Ethos fürsorglicher Praxis, das durch eine durch Zuwendung und Empathie mit den Gepflegten geprägte Arbeitsorientierung geprägt ist (Senghaas-Knobloch 2008). In bisherigen Praktiken der Personalbedarfsermittlung und -bemessung und Methoden der Ermittlung von Ausführungszeiten spezifischer Pfl egetätigkeiten wird Interaktionsarbeit bisher kaum berücksichtigt. Dies ist insbesondere der bisherigen Fokussierung auf einzelne Verrichtungen anstatt auf ganzheitliche Aufgabenzusammenhänge bzw. -komplexe ebenso geschuldet wie der Tatsache, dass es sich bei Interaktionsarbeit primär um implizite, auf den ersten Augenschein nur schwer beobachtbare, quasi „unsichtbare“ Arbeitstätigkeiten handelt (siehe Kumbruck 2010).

Aus arbeits- und gesundheitswissenschaftlicher Perspektive erweist sich die Nicht-Berücksichtigung von Interaktionsarbeit für Pflegekräfte als problematisch, da hierdurch Interaktionsarbeit als Kernelement des Ethos fürsorglicher Praxis nicht anerkannt wird und zugleich eine Arbeitsintensivierung begünstigt wird, da bisher keine Zeitanteile in der Arbeitszeitermittlung und Personalbemessung für den Interaktionsanteil in der Pflegearbeit vorgesehen sind (Becke & Bleses 2016).

Interaktionsarbeit in der Alten- und Krankenpflege ist darüber hinaus auch bei indirekten Arbeitstätigkeiten zu berücksichtigen, etwa bei Abstimmungsprozessen zwischen Pflegekräften oder zwischen Pflegedienstleitungen auf der einen und Pflegekräften auf der anderen Seite. Für diese oftmals informellen, interaktiv-koordinativen Arbeitstätigkeiten, die für eine hohe Pflegequalität von ausschlaggebender Bedeutung sind, gilt ebenfalls, dass sie bislang kaum bei der Ermittlung tätigkeitsbezogener Zeiten bzw. der Personalbemessung Berücksichtigung finden. Werden die Interaktionsarbeit und der damit verbundene Zeitaufwand nicht beachtet, so erweist sich dies als eine Quelle großer Arbeitsverdichtung bei indirekten Tätigkeiten. Ein erheblicher Teil der heute zu beobachtenden Arbeitsüberlastung in allen Pflegebereichen dürfte auf dieser Ausklammerung eines Kerns pflegerischer Tätigkeit beruhen.

In diesem Arbeitsschritt soll deshalb aus arbeitswissenschaftlicher Perspektive erhoben werden, wo Interaktionsarbeit im Rahmen von Pfl egetätigkeiten auftaucht, um welche spezifischen interaktiven Tätigkeiten es sich dabei handelt und welche erfahrungsbasierten Zeitbedarfe dafür zu erkennen und aus der Perspektive der Pflegekräfte zu kalkulieren sind. Die Erhebung von Interaktionsarbeit in der Pflege (für direkte patientenbezogene Pflegearbeit) soll mit Blick auf unterschiedliche Merkmalskombinationen

pflegebedürftiger Menschen, in Bezug auf unterschiedliche pflegebezogene Aufgabenkomplexe/-bereiche und Qualifikationsniveaus der Pflegekräfte erfolgen.

Methodische Vorgehensweise

Hierzu werden in ausgewählten (teil)stationären Pflegeeinrichtungen mit Blick auf unterschiedliche Merkmalskombinationen von zu pflegenden Personen und unterschiedlicher, direkter und indirekter Pflegeaufgaben die interaktiven Tätigkeiten durch qualitative Verfahren der teilnehmenden Beobachtung sowie unmittelbar daran anschließende Beobachtungsinterviews mit den beobachteten Pflegekräften erhoben und ermittelt. Die Beobachtungsinterviews dienen der Reflexion der beobachteten Pflegesituationen mit Blick auf ihre interaktiven Tätigkeitselemente mit den Pflegekräften. Die Beobachtungsinterviews ermöglichen überdies eine Sensibilisierung der Beschäftigten für von ihnen geleistete, aber oft nicht als solche wahrgenommene Interaktionsarbeit. Die Beobachtungsinterviews zielen schließlich darauf ab, aus Sicht der interviewten Pflegekräfte erfahrungsbasierte Zeitanteile für spezifische interaktive Tätigkeiten abzuschätzen. Mit Blick auf unterschiedliche Pflegeaufgaben und Merkmalskombinationen zu pflegender Personen werden in der Analyse der teilnehmenden Beobachtungen und der Beobachtungsinterviews spezifische interaktive Tätigkeiten identifiziert und typisiert.

Nach Auswertung der teilnehmenden Beobachtungen und der Beobachtungsinterviews werden Gruppendiskussionen mit Pflegekräften spezifischer Qualifikationsniveaus durchgeführt, in denen diese Kernergebnisse aus den teilnehmenden Beobachtungen und den Beobachtungsinterviews aus ihrer gemeinsamen Perspektive reflektieren und qualitativ validieren sollen. Durch die Gruppendiskussionen mit anderen als den beobachteten Pflegekräften lassen sich die interaktiven Tätigkeiten näher typisieren und damit verbundene Zeitbedarfe auf breiterer empirischer Basis erfahrungsbasiert abschätzen.

Nachdem diese Erhebungen und Analysen in unterschiedlichen Typen von Pflegeeinrichtungen durchgeführt wurden, sollen je nach ausgewählten Merkmalskombinationen von zu pflegenden Personen, Qualifikationsniveau der Beschäftigten und Aufgabenkomplexen interaktive Tätigkeiten abschließend typisiert und diesen erfahrungsbasierte Zeitbedarfe zugeordnet werden. Die Typisierung interaktiver Tätigkeiten dient zugleich als Sensibilisierungsinstrument für die betriebliche Personalbemessung. Die erfahrungsbasiert ermittelten Zeitbedarfe bilden eine Ermittlungs- und Berechnungsgrundlage für generalisierte Zeitaufschläge für Interaktionsarbeit in der Pflege sowie für die Durchführung des geplanten Pretests in AP 2.

6.1.5 Berechnung und Konsentierung der Leistungswerte

Arbeitsschritt 10: Aufbereitung und Analyse der erhobenen Daten und Berechnung von SOLL-Werten pro NBA-Konstellation

Während der Datenerhebung werden die Daten über das Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (KKSb) fortlaufend auf einem Server erfasst. Nach jedem Dienst sollen die Daten über eine sichere Internetverbindung zentral gesichert werden (ebenso zusätzlich dezentral auf den Servern vor Ort). Hierdurch wird es möglich, dass während der Datenerhebung die Datenqualität beurteilt werden kann und der Fortschritt der Datensättigung. Somit erfolgen während und im Anschluss an die Datenerhebung Datenanalysen. Hierzu gehören die Aufbereitung der Daten, einschließlich notwendiger Plausibilitätsprüfungen und die statistische Analyse mit einer deskriptiven Darstellung der Ergebnisse.

Nach Abschluss der Datenanalyse sollen die benötigten (Zeit-)Aufwände für die Erbringung der Maßnahmen des Maßnahmenkatalogs in Abhängigkeit von NBA-Merkmalsskombinationen vorliegen.

Arbeitsschritt 11: Konsentierung der Soll-Werte zu den einheitlichen Maßstäben für fachlich angemessene Maßnahmen

Ist Arbeitsschritt 10 abgeschlossen, liegen für die (Zeit-)Aufwände für die Erbringung der Maßnahmen sowohl Ist- also auch Soll-Werte vor. Die Soll-Werte sind Gegenstand der zweiten Konsentierung. Hierzu wird der in Kapitel 6 beschriebene Konsentierungsprozess unter Einbezug des fachlichen Expertengremiums und des Entscheidungsgremiums durchgeführt. Dabei wird aufgezeigt, für welche Leistungen Soll-Werte vorliegen, wie hoch die Differenz zu den Ist-Werten ist und wie diese durch die unabhängigen Datenerheber begründet worden sind. Bei der Konsentierung der Soll-Werte werden soweit möglich auch Auswirkungen eines indikatorengestützten Verfahrens zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität mit Bezug auf den notwendigen Personaleinsatz für qualitativ angemessene Pflege und Betreuung unter Berücksichtigung der kausalen Zusammenhangsrichtung einbezogen.

6.1.6 Vorbereitungen zum Pretest

Arbeitsschritt 12: Vorbereitungen der Pretests für Arbeitspaket 2

Für den Pretest müssen weitere Pflegeeinrichtungen akquiriert werden. Die Auswahl von geeigneten stationären, teilstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen erfolgt in enger Abstimmung mit den Vertragsparteien nach § 113 SGB XI.

6.1.7 Erstellung des ersten Zwischenberichts

Arbeitsschritt 13: Erstellung und Vorstellung des ersten Zwischenberichts

Als Beratungsgrundlage für die Vertragsparteien wird basierend auf den Ergebnissen der Literaturrecherche, der empirischen Datenerhebung und der Konsentierungen ein Zwischenbericht erstellt, der die Beschreibung der einzelnen Arbeitsschritte, die erarbeiteten einheitlichen Maßstäbe für fachlich angemessene Maßnahmen und die konsentierten Erbringungszeiten enthält.

6.2 Arbeitsplanung zum Arbeitspaket 2

Auf Basis der Ergebnisse des ersten Arbeitspaketes und auf Grundlage der Beratungsergebnisse der Vertragsparteien nach § 113 SGB XI wird in Arbeitspaket 2 ein Instrument zur Bemessung des Personalbedarfs in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen entwickelt. Hierzu sind folgende *Aufgaben* zu erledigen:

8. Entwicklung eines Personalbemessungsverfahrens für den vollstationären und teilstationären Bereich,
9. Erstellung und Vorstellung des zweiten Zwischenberichtes,
10. Durchführung der Pretests im vollstationären und teilstationären Bereich,
11. Entwicklung eines Konzepts zur Erprobung des Verfahrens für Arbeitspaket 3,

12. Entwicklung eines Konzepts zum Fachkraftmangel,
13. Erstellung des Abschlussberichts.

Wie in AP 1 können die Arbeitsaufgaben wiederum teilweise in mehrere Arbeitsschritte untergliedert werden. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Arbeitsplanung zu AP 2. Weitere Ausführungen zu den einzelnen Arbeitsaufgaben und Arbeitsschritten folgen nachstehend.

Tabelle 2: Übersicht zur Arbeitsplanung für das Arbeitspaket 2

Arbeitsaufgabe	Arbeitsschritte	Zuständigkeit
8 Verfahrensentwicklung (BAP 1.1 und 1.2)	14 Entwicklung eines Messinstrumentes für den vollstationären Bereich (BAP 1.1)	Gesamtes Projektteam
	15 Entwicklung eines Messinstrumentes für den teilstationären Bereich (BAP 1.2)	Gesamtes Projektteam
9 Erstellung Zwischenbericht (BAP 1.1 und BAP 1.2)	16 Erstellung und Vorstellung des zweiten Zwischenberichts (BAP 1.1 und BAP 1.2)	Gesamtes Projektteam
10 Durchführung des Pretests (BAP 2.1 und 2.2)	17 Durchführung des Pretests in vollstationären Pflegeeinrichtungen (BAP 2.1)	Prof. Dr. Rothgang Prof. Dr. Wolf-Ostermann Prof. Dr. Brannath
	18 Durchführung des Pretests in teilstationären Pflegeeinrichtungen (BAP 2.2)	Prof. Dr. Rothgang Prof. Dr. Wolf-Ostermann Prof. Dr. Brannath
11 Konzeptentwicklung zur Erprobung des Verfahrens (BAP 3)	19 Konzeptentwicklung für das separat zu bearbeitende Arbeitspaket 3 (BAP 3)	Gesamtes Projektteam
12 Konzeptentwicklung zum Fachkraftmangel (BAP 4)	20 Konzeptentwicklung zum Umgang mit dem Fachkraftmangel (BAP 4)	Prof. Dr. Rothgang Prof. Dr. Görres Prof. Dr. Darmann-Finck PD Dr. Becke
13 Erstellung Abschlussbericht (BAP 4)	21 Erstellung und Vorstellung des Abschlussberichts (BAP 4)	Gesamtes Projektteam

6.2.1 Entwicklung eines Verfahrens zur Bemessung des Personalbedarfs

Arbeitsschritt 14: Entwicklung eines Instrumentes zur Bemessung des Personalbedarfs für den vollstationären Bereich

Die Entwicklung des Instruments zur Bemessung des Personalbedarfs im vollstationären Bereich erfolgt auf Grundlage der in Arbeitspaket 1 konsentierten Ergebnisse. Dabei werden nicht nur die direkten und indirekten Leistungsdaten als solche berücksichtigt, sondern auch die interaktiven Tätigkeiten, die Strukturdaten der Einrichtungen, die konzeptionelle Ausrichtung (z. B. geronto-psychiatrische Spezialisierung) und die Einflüsse durch landesbezogene Vorgaben. Das Vorgehen bei der Entwicklung des Verfahrens wird transparent dargestellt.

Wird die Anzahl der für notwendig befunden Maßnahmen mit den (statistisch adjustierten) Zeitwerten (SOLL-Werte) und Qualifikationsabstufungen pro Maßnahme verknüpft, ergeben sich entsprechende Personalwerte pro vollstationär versorgtem Heimbewohner. Die konsentierten Zeitwerte decken zunächst die 100 häufigsten NBA-Merkmalskonstellationen ab, so dass für diese NBA-Merkmalskonstellationen aufgrund der ermittelten SOLL-Werte Personalwerte errechnet werden

können. Die Personalwerte für die verbleibenden NBA-Konstellationen werden näherungsweise über den jeweiligen Pflegegrad der Bewohner bestimmt. Werden die Personalwerte aller vollstationär versorgten Bewohner einer Pflegeeinrichtung aufsummiert, ergibt sich eine Personalstruktur und -menge. Für die Bemessung des Personalbedarfs einer gesamten Einrichtung müssen darüber hinaus zusätzliche Aspekte, wie Ausfallzeiten des Personals (Urlaub, Krankheit, Bildung, Mutterschutz etc.) und tarifrechtliche Bestimmungen berücksichtigt werden. Die Entwicklung des Algorithmus wird unter Berücksichtigung der genannten Aspekte in enger Abstimmung mit den Vertragsparteien nach § 113 SGB XI abgeschlossen.

Im Ergebnis steht ein Instrument zur Verfügung, dass für jede stationäre Einrichtung aufgrund der vollstationär versorgten Bewohnerzahl und deren NBA-Profilen die fachlich angemessene Personalmenge und -struktur für den vollstationären Bereich errechnet (Abbildung 7).

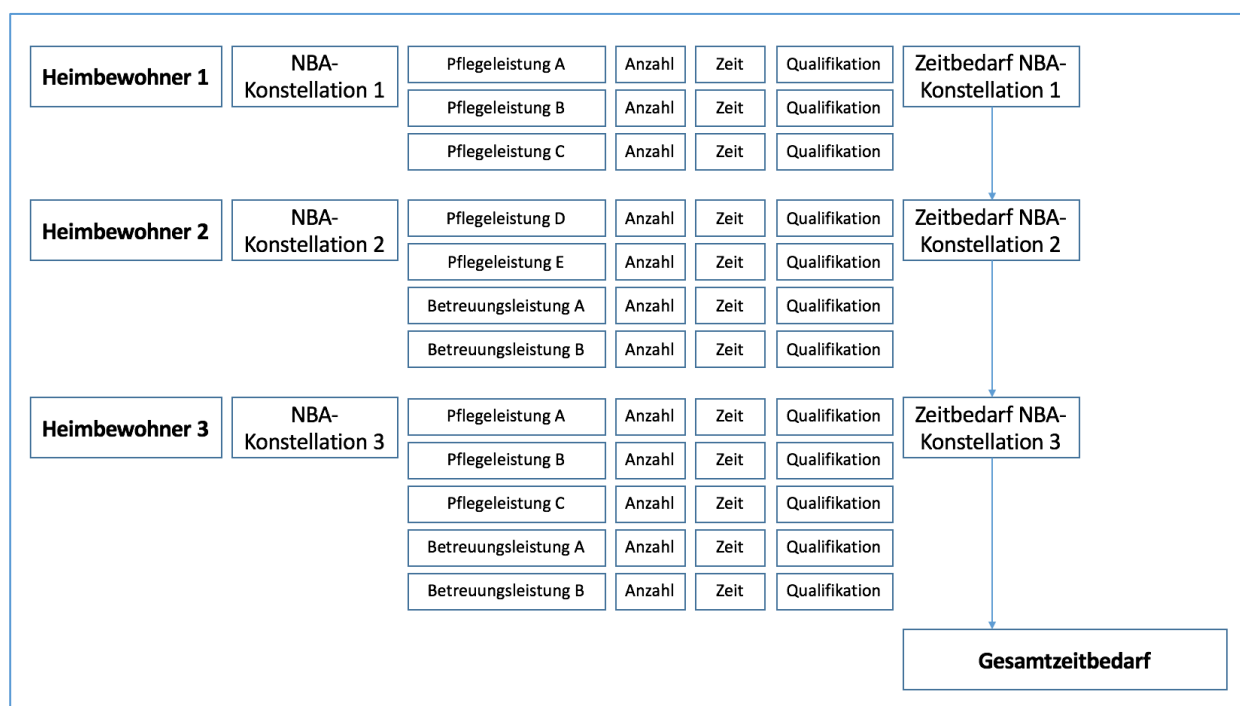


Abbildung 7: Einsatz des Instrumentes zur Ermittlung des Zeitbedarfs je NBA-Konstellation

Arbeitsschritt 15: Entwicklung eines Instrumentes zur Bemessung des Personalbedarfs für den teilstationären Bereich

Nach Fertigstellung des Instrumentes für den vollstationären Bereich wird analog ein Instrument für den teilstationären Bereich entwickelt. Grundlage hierfür sind die Datenerhebungen bei 400 Pflegebedürftigen und die daraus abgeleiteten konsentierten Ergebnisse dieser Erhebungen. Eine weitere Validierung erfolgt durch Übertragung der Ergebnisse aus dem stationären Sektor – soweit dies möglich und sinnvoll ist.

Im Ergebnis steht ein Instrument zur Verfügung, dass für den teilstationären Bereich aufgrund der teilstationär versorgten Bewohnerzahl und deren NBA-Profilen die fachlich angemessene Personalmenge und -struktur einer Pflegeeinrichtung errechnet.

6.2.2 Erstellung des zweiten Zwischenberichts

Arbeitsschritt 16: Erstellung und Vorstellung des zweiten Zwischenberichts

Als Beratungsgrundlage für die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI wird nach Abschluss der Instrumentenentwicklung im zweiten Arbeitspaket ein zweiter Zwischenbericht erstellt. Dieser enthält die Beschreibung der einzelnen Arbeitsschritte und die erarbeiteten Instrumente zur Personalbemessung.

6.2.3 Pretests des Verfahrens zur Bemessung des Personalbedarfs

Im Rahmen der Pretests soll geprüft werden, inwieweit die Anwendung des Instruments im vollstationären und teilstationären Bereich praktikabel ist und wie die Bewertung der Konstruktvalidität ausfällt.

Arbeitsschritt 17: Durchführung des Pretests in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Der Pretest in stationären Einrichtungen erfolgt auf Grundlage der in Arbeitspaket 1 erfassten Daten für 40 Einrichtungen. Einerseits wird auf individueller Ebene geprüft, inwiefern der mithilfe des Instruments ermittelte Personalbedarf mit den erfassten Leistungswerten (IST-Werte) und den konsentierten Leistungswerten (SOLL-Werte) übereinstimmt. Andererseits wird auf Einrichtungsebene geprüft, inwiefern die Summe des ermittelten Personalbedarfs mit der Summe der erfassten Leistungswerte (IST-Werte) und der Summe der konsentierten Leistungswerte (SOLL-Werte) übereinstimmt.

Arbeitsschritt 18: Durchführung des Pretests in teilstationären Pflegeeinrichtungen

Der Pretest in stationären Einrichtungen erfolgt auf Grundlage der in Arbeitspaket 1 erfassten Daten für 400 Pflegebedürftige, die teilstationäre Pflege nutzen. Analog zum stationären Bereich wird auf individueller Ebene geprüft, inwiefern der mithilfe des Instruments ermittelte Personalbedarf mit den erfassten Leistungswerten (IST-Werte) und den konsentierten Leistungswerten (SOLL-Werte) übereinstimmt. Weiterhin wird auf Einrichtungsebene geprüft, inwiefern die Summe des ermittelten Personalbedarfs mit der Summe der erfassten Leistungswerte (IST-Werte) und der Summe der konsentierten Leistungswerte (SOLL-Werte) übereinstimmt

Im Rahmen des 3. *Arbeitspakets* können weitere Pflegeplanungen für die bis dahin noch nicht explizit untersuchten NBA-Merkmalskonstellationen geschrieben und statistisch verarbeitet werden, falls der Pretest dies als notwendig erscheinen lässt.

6.2.4 Konzeptentwicklung zur Erprobung des Verfahrens

Arbeitsschritt 19: Entwicklung eines Konzeptes zur Erprobung der Instrumente in Arbeitspaket 3

In Vorbereitung auf das separat zu bearbeitende Arbeitspaket 3 wird ein Konzept erarbeitet, welches auf den Ergebnissen der Arbeitspakete 1 und 2 beruht.

6.2.5 Konzeptentwicklung zum Fachkraftmangel

Arbeitsschritt 20: Konzeptentwicklung zum Umgang mit dem Fachkraftmangel

Im Rahmen der Studie soll zusätzlich als eigener Themenbereich ein Konzept entwickelt werden, welches den Umstand der demografischen Entwicklung in Deutschland aufgreift und sowohl die Entwicklungen der Pflegebedürftigen als auch die der Pflegenden einbezieht. Wie im Arbeitsschritt 5 bereits dargelegt, wird die Zahl der Pflegebedürftigen in den nächsten 40 Jahren deutlich weiter steigen, während das inländische Erwerbspersonenpotential gleichzeitig zurückgeht. Auf Basis des alten Pflegebedürftigkeitsbegriffs ergibt sich daher bis 2030 eine zusätzliche personelle Versorgungslücke von 350 Tsd. Beschäftigten (Vollzeitäquivalente) in der Pflege (Rothgang et al. 2015b: 87).

Im Konzept sollen Lösungsansätze dargelegt werden, wie die steigende Zahl pflegebedürftiger Menschen fachlich angemessen versorgt werden kann. Wie im Arbeitsschritt 5 aufgezeigt, bekommt hierbei der adäquate Einsatz der Beschäftigten entsprechend des notwendigen Qualifikationsniveaus eine zentrale Bedeutung, was ggf. eine Ablösung von starren Fachkräftequoten zur Folge hat.

Zunächst soll über eine weitere internationale Literatur- und Webrecherche zusammengetragen werden, welche Lösungsmöglichkeiten bisher aufgezeigt worden sind (stärkerer Einbezug von technischen Lösungen, Förderung der Pflege in der Familie, stärkere Einbindung von Bezugspersonen auch in der (teil-)stationären Versorgung u.a.m.). Darüber hinaus sollen Möglichkeiten erarbeitet werden, die die aktuellen Entwicklungen in der pflegerischen Versorgung berücksichtigen (z. B. die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs). Vor der Fertigstellung des Konzeptes werden auf einer Arbeitssitzung gegenüber Vertretern der Vertragsparteien nach § 113 SGB XI die bisherigen Ergebnisse vorgestellt, erörtert und beraten.

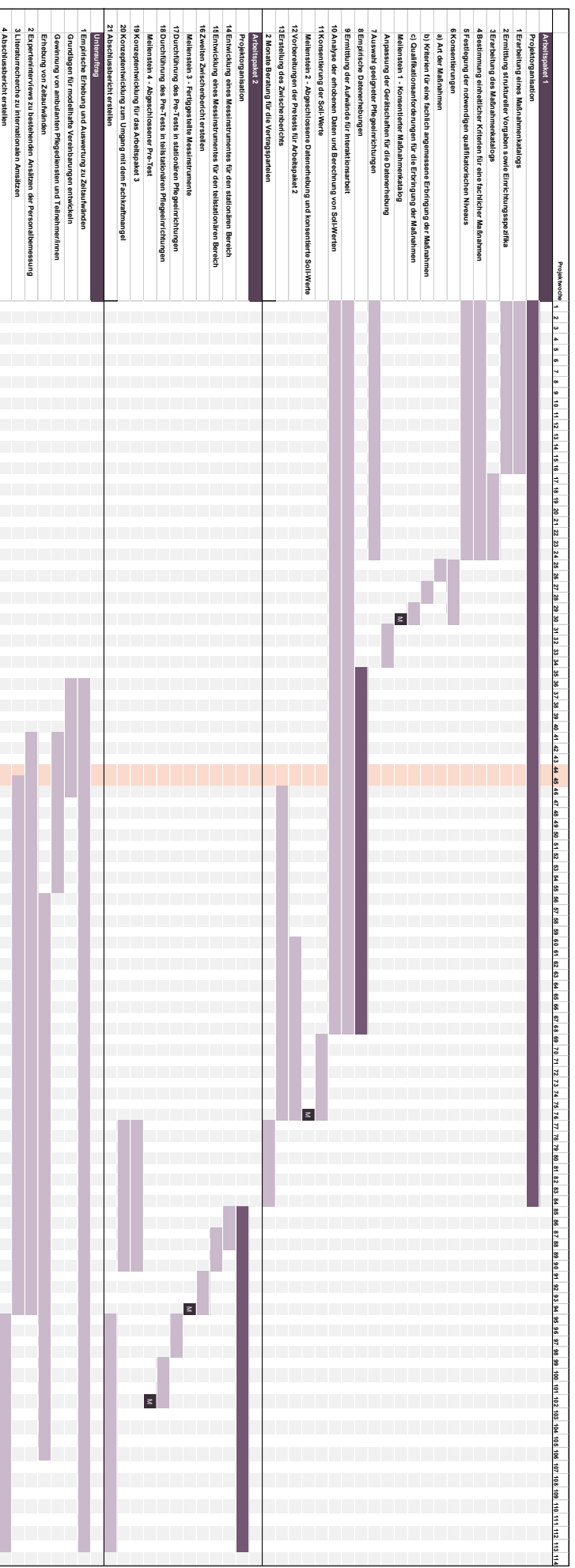
6.2.6 Erstellung des Abschlussberichts

Arbeitsschritt 21: Erstellung und Vorstellung des Abschlussberichts

Zum Abschluss der Studie wird ein Abschlussbericht erstellt. Dieser enthält eine ausführliche Beschreibung der einzelnen Arbeitspakete und Arbeitsschritte sowie die daraus resultierenden Instrumente zur Bemessung des Personalbedarfs im vollstationären und teilstationären Sektor sowie die Ergebnisse des Unterauftrags zum ambulanten Bereich.

7 Zeit- und Meilensteinplanung

Dem Vorhaben liegt folgende vorläufige Zeit- und Meilensteinplanung zugrunde:



Literaturverzeichnis

Zitierte Literatur:

- Bartholomeyczik, S.; Hunstein, D. (2001): Die Messung von Pflegezeiten - methodische und inhaltliche Probleme. In: *Pflege* 14 (4), S. 259–266. DOI: 10.1024/1012-5302.14.4.259.
- Becke, G. & Bleses, P. (2015): Koordination und Interaktion – ein konzeptioneller Rahmen zur Analyse ihres Wechselverhältnisses bei sozialer Dienstleistungsarbeit. In: Dies. (Hrsg.): *Interaktion und Koordination. Das Feld sozialer Dienstleistungen* (S. 23-49). Wiesbaden: Springer VS.
- Becke, G. & Bleses, P. (2016): Pflegepolitik ohne Arbeitspolitik? Entwicklungen im Feld der Altenpflege. In: *Jahrbuch für Christliche Sozialwissenschaften*, 57, S. 105-126.
- Böhle, F.; Stöger, U.; & Wehrich, M. (2015): *Interaktionsarbeit gestalten: Vorschläge und Perspektiven für eine humane Dienstleistungsarbeit*. Berlin: Edition Sigma.
- Brühl, A., Planer, K. (2013): PiSaar – Pflegebedarf im Saarland. Abschlussbericht. Im Auftrag der Saarländischen Pflegegesellschaft e.V. Saarbrücken. Online verfügbar unter: http://opus.bszbw.de/kidoks/volltexte/2013/117/pdf/PiSaar_Abschlussbericht_2013.pdf. Zugriff am 29.01.2015.
- Büscher, A./Boes, C./Budroni, H./Hartenstein, A./Holle, B. (2005): *Finanzierungsfragen der häuslichen Pflege. Eine qualitative Untersuchung zur Einführung personenbezogener Budgets. Abschlussbericht*. Witten: Private Universität Witten/Herdecke
- Dunkel, W. & Wehrich, M. (2012): *Interaktive Arbeit – das soziologische Konzept*. In: Dies. (Hrsg.): *Interaktive Arbeit. Theorie, Praxis und Gestaltung von Dienstleistungsbeziehungen* (S. 29-49). Wiesbaden: Springer.
- Fiechter, V.; Meier, M. (1993): *Pflegeplanung. Eine Anleitung für die Praxis*. 9. Aufl. Basel: RECOM.
- Hochschild, A.R. (1983): *The managed heart. Commercialization of human feelings*. Berkely: University of California Press.
- Höhmann, U., Ascher, G. (2004): *Realzeitmessung in einer stationären Altenpflegeeinrichtung des EVIM. Vergleich mit einer PLAISIR Erhebung. Endbericht*. Frankfurt: Hessisches Institut für Pflegeforschung (HessIP). Online verfügbar unter: http://www.hessip.de/userfiles/Realzeitmessung_Endbericht.pdf. Zugriff am 29.01.2015.
- Knigge-Demal, B.; Eylmann, C.; Hundenborn, G. (2013): *Anforderungs- und Qualifikationsrahmen für den Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlicher Assistenz älterer Menschen. im Rahmen des Projektes "Erprobung des Entwurfs eines Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen"*. Hg. v. Fachhochschule Bielefeld und Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) e.V. Bielefeld, Köln. Online verfügbar unter <https://www.fh-bielefeld.de/inbvg/projekte/bildungsforschung/erprobung>, zuletzt geprüft am 18.10.2016.
- Kumbruck, C. (2010): *Menschenwürdige Gestaltung von Pflege als Interaktionsarbeit*. In: Becke, G.; Bleses, P.; Ritter, W. & Schmidt, S. (Hrsg.): *„Decent Work“ – Arbeitspolitische Gestaltungsperspektive für eine globalisierte und flexibilisierte Arbeitswelt* (S. 187-207). Wiesbaden: VS Verlag.
- Rothgang, H; Kalwitzki, T.; Unger, R.; Amsbeck, H. (2016): *Pflege in Deutschland im Jahr 2030 – regionale Verteilung. LebensWerte Kommune | Ausgabe 4 | 2016*. Güterloh: Bertelsmann-Stiftung.
- Rothgang, H.; Fünfstück, M.; Neubert, L.; Czwikla, J.; Hasseler, M. (2015a): *Versorgungsaufwände in stationären Pflegeeinrichtungen. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 13*. GKV-Spitzenverband: Berlin.

- Rothgang, H.; Kalwitzki, T.; Müller, R.; Runte, R.; Unger, R. (2015b): BARMER GEK-Pflegereport 2015. Schwerpunkt: "Pflegen zuhause". Siegburg: Asgard-Verlag.
- Rothgang, H.; Kulik, D.; Müller, R.; Unger, R. (2009): GEK-Pflegereport 2009. Regionale Unterschiede in der pflegerischen Versorgung. GEK-Edition Band 73. St. Augustin: Asgard-Verlag.
- Schneekloth, U., Müller, U. (2000): Wirkungen der Pflegeversicherung. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Durchgeführt von I+G Gesundheitsforschung, München und Infratest Burke Sozialforschung, München. Band 127 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Senghaas-Knobloch (2008): Care-Arbeit und das Ethos fürsorglicher Praxis unter neuen Marktbedingungen am Beispiel der Pflegepraxis. Berliner Journal für Soziologie, 18, S. 221-243.
- Strauss, A.; Fagerhaugh, S.; Suczek, B.; & Wiener, C. (1980): Gefühlsarbeit. Ein Beitrag zur Arbeits- und Berufssoziologie. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 32, S. 629-651.
- Wingenfeld, K., Ammann, A., Ostendorf, A. (2010): Grundlagen der Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Abschlussbericht. Online verfügbar unter:
https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/entwicklung_1/8_Endbericht_Personalbemessung_und_Bewertung_des_Berates_17371.pdf.
- Wingenfeld, K., Schnabel, E. (2002): Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Projektbericht. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) und der Forschungsgesellschaft für Gerontologie und Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund (FFG).

A 2.3 Protokollnotiz § 113 c SGB XI zum Angebot

Protokollnotiz zum

Angebot der Universität Bremen im Vergabeverfahren „Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI“ vom 20.03.2017

(nach Sitzung der Arbeitsgruppe am 21.03.2017)

Die Universität Bremen stellt für ihr Angebot im o.g. Vergabeverfahren vom 20.03.2017 klar:

I.

Zur „Konsentierung der normativen Setzungen im Gesamtprojekt“, Seite 14 der Anlage K des Angebots:

Der letzte Absatz auf Seite 14, beginnend mit „Um sicherzustellen, dass [...]“ wird gestrichen.

II.

Zum „Unterauftrag im ambulanten Bereich“, Seite 12 f der Anlage K des Angebots:

Für die Zeit- und Meilensteinplanung des Unterauftrags im ambulanten Bereich wird festgestellt:

- Vor dem Beginn der empirischen Umsetzung des Unterauftrags im ambulanten Bereich wird in Projektwoche 30 (Meilenstein 1) dem Auftraggeber eine Konzeption für den Unterauftrag zur Freigabe vorgelegt.
- In den Projektwochen 76 (Meilenstein 2) und 94 (Meilenstein 3) sind Zwischenergebnisse zum ambulanten Unterauftrag Bestandteil der jeweiligen Zwischenberichte des Gesamtprojekts.

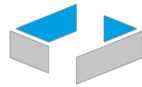
III.

Zum „Zeit- und Meilensteinplan“, zusammenfassend Seite 36 der Anlage K des Angebots:

Für das Gesamtprojekt erfolgt eine Freigabe zum Meilenstein 1 (Maßnahmenkatalog, Handbuch, Zuordnung der Qualifikationsniveaus), vorgesehen in Projektwoche 30, durch den Auftraggeber.

Ort, Datum

Prof. Dr. Heinz Rothgang
Universität Bremen



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Wissenschaftliche Konzeption

zum Unterauftrag

„Empfehlungen zur Entwicklung von personellen Vorgaben für ambulante Pflegeeinrichtungen“

im Rahmen der

„Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI“

Unterauftragnehmer:

Hochschule Osnabrück, Albrechtstraße 30, 49076 Osnabrück

Projektleitung:

Prof. Dr. Andreas Büscher, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Caprivistraße 30a, 49076 Osnabrück

Projektlaufzeit:

01.03.2018 – 31.08.2019 (18 Monate)

Osnabrück, 14.12.2017

Hintergrund und Zielsetzung

Die Leistungsbeschreibung zur „Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI“ umfasst ausdrücklich die Entwicklung von strukturierten, empirisch abgesicherten und validen Instrumenten zur Bemessung personeller Vorgaben für ambulante Pflegedienste.

Diese Entwicklungsarbeit wird im Rahmen des hier beschriebenen Unterauftrags geleistet. Der Unterauftragnehmer wird die Arbeiten in enger Abstimmung mit dem Auftragnehmer durchführen, um sicherzustellen, dass zukünftige Instrumente und Verfahren zu Fragen der Personalbemessung und Personaleinsatzplanung auf gemeinsamen Grundlagen beruhen. Zudem kann erwartet werden, dass die enge Abstimmung für sämtliche Teilaspekte des Gesamtprojekts weiterführende Erkenntnisse mit sich bringen wird und einzelne Arbeitsschritte gemeinsam geplant und durchgeführt werden können.

Wie bereits in der Konzeption zum Gesamtprojekt ausgeführt, wird kein gleichartiges Personalbemessungsverfahren für ambulante Pflegedienste wie für stationäre Pflegeeinrichtungen erarbeitet werden können. Mehrere Gründe sind dafür ausschlaggebend:

- Ambulante Pflegedienste sind sehr viel stärker als stationäre Pflegeeinrichtungen von einer nur bedingt zu kalkulierenden Nachfrage betroffen, da sowohl die Anzahl der betreuten pflegebedürftigen Menschen wie auch der Umfang der nachgefragten Hilfen stark variieren kann. Fragen der Auslastung von Kapazitäten sind daher weniger relevant als die Überlegung zur Ausdehnung oder Reduktion vorhandener Kapazitäten.
- Ambulante Pflegedienste werden in der Regel ergänzend zur Hilfe informeller, oftmals familiärer, Hilfen in Anspruch genommen. Art und Ausmaß der Hilfen richtet sich daher vor allem danach, welche Hilfen in einem Pflegehaushalt für wichtig und relevant erachtet werden. Ob aus professioneller oder anderer Sicht diese ergänzenden Hilfen ausreichend oder bedarfsgerecht sind, kann nur im Einzelfall beantwortet werden, ist jedoch keinesfalls gesichert. Entsprechend ist die Notwendigkeit und Angemessenheit der verfügbaren Unterstützung durch ambulante Pflegedienste kein prioritäres Kriterium. Entscheidender ist vielmehr, wie es dem ambulanten Pflegedienst gelingt, ausreichend Personal für wechselnde und unterschiedliche Bedarfslagen vorzuhalten.
- Das Leistungsgeschehen in der ambulanten Pflege orientiert sich an den zwischen dem pflegebedürftigen Menschen und dem Pflegedienst vertraglich vereinbarten Leistungen. Diese Vereinbarungen können sich trotz gleicher Pflegegrade und vergleichbarer objektiver Parameter eines Pflegearrangements aufgrund subjektiver Präferenzen sehr unterschiedlich darstellen. Zudem gibt es Unterschiede in den Rahmenvereinbarungen zu den Leistungen der ambulanten Pflege zwischen den einzelnen Bundesländern.
- Da die meisten ambulanten Pflegedienste nicht nur Leistungen im Rahmen der Sozialen Pflegeversicherung, sondern auch der Häuslichen Krankenpflege im SGB V – oftmals zeitgleich während eines Einsatzes in einem Haushalt - erbringen, spielen unterschiedliche Rahmenbedingungen bei der Personalbemessung in der ambulanten Pflege eine Rolle. Diese wirken sich insbesondere auf Aspekte des Personal-Mix zwischen Fach- und Hilfskräften aus, da – wiederum unterschiedlich in den einzelnen Bundesländern – bei der Personalplanung zu berücksichtigen ist, wer welche Leistungen erbringen darf.

Vor diesem Hintergrund besteht die Zielsetzung des Unterauftrags vor allem darin, Systematisierungen möglicher Ansätze zur Personalbemessung vorzunehmen und Grundlagen für Empfehlungen zu personellen Vorgaben zu erarbeiten. In Anlehnung an die Ziele des Gesamtprojekts kann für den Unterauftrag als Zielsetzung definiert werden:

- die Erarbeitung eines fachlich begründeten Verständnisses pflegerischen Handelns in der ambulanten Pflege, welches sich orientiert an den im Gesamtprojekt erarbeiteten

Maßnahmenkatalogen sowie an der „Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“, die im Beirat nach § 18c SGB XI zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verabschiedet wurden,

- die Ermittlung von Hinweisen zum notwendigen Qualifikationsniveau für die Erbringung dieser Maßnahmen,
- die Generierung von Erkenntnissen über Zeitaufwände für die Durchführung der Maßnahmen und Aufgaben auf der Basis explorativer empirischer Datenerhebungen,
- die Erarbeitung von Empfehlungen für personelle Vorgaben oder Anhaltswerte sowie
- die Erarbeitung von Hinweisen zu einer größer angelegten Erprobung dieser Vorgaben.

Inwiefern aus dem Unterauftrag auch Erkenntnisse zur Bestimmung von Sollwerten für die Durchführung pflegerischer Aufgaben und Maßnahmen, zur Konsentierung einheitlicher Maßstäbe für fachlich angemessene Maßnahmen nach Art, Zeitaufwand und Qualifikationsanforderungen sowie zur Personalgewinnung und –bindung gewonnen werden können, kann im Vorfeld nur bedingt prognostiziert werden. Aufgrund der geplanten engen Kooperation und Abstimmung zwischen Auftragnehmer und Unterauftragnehmer wird bei Vorliegen von Erkenntnissen aus dem Gesamtprojekt jeweils zu prüfen sein, ob und falls ja, welche Erkenntnisse daraus für den ambulanten Bereich von Relevanz sind.

Konzeption des Unterauftrags

Der Unterauftrag folgt den wesentlichen Aspekten der wissenschaftlichen Konzeption des Gesamtprojekts. Darin ist an verschiedenen Stellen bereits auf unterschiedliche Ausgangslagen und Möglichkeiten der konzeptionellen und empirischen Bearbeitung bei der Ermittlung von Empfehlungen für personelle Vorgaben im ambulanten Bereich hingewiesen worden. Der wesentlichste besteht darin, dass Aussagen zum fallspezifischen Pflegebedarf an Pflegeleistungen für Personen mit einem bestimmten Pflegegrad nur für die vollstationäre Versorgung empirisch ermittelt werden können. Im ambulanten Bereich können lediglich Aussagen zum Personalaufwand angesichts unterschiedlicher Bedarfskonstellationen empirisch bestimmt werden, aus denen dann Empfehlungen zur Personaleinsatzplanung abgeleitet werden können.

Aufgrund des explorativen Charakters des Unterauftrags soll die empirische Erhebung zum einen flankiert werden durch eine Literaturrecherche zu internationalen Ansätze zur Bestimmung von Personalaufwänden, Personalbemessung und Personalvorhaltung in der ambulanten Pflege und zum anderen ergänzt werden durch eine Expertenbefragung zu bestehenden Ansätzen zur Bestimmung von Personalstärken und Personalmix in ambulanten Pflegediensten in Deutschland.

Die Literaturrecherche soll Erkenntnisse hervorbringen, welche Verfahrensweisen auf internationaler Ebene angewandt werden, um dem vergleichbaren Problem der Personalplanung in der ambulanten Pflege zu begegnen. Zwar sind die Organisation und die Akteure der ambulanten Pflege nur bedingt mit den deutschen Gegebenheiten vergleichbar, unabhängig davon stellen sich aber auch in anderen Ländern Fragen des Personaleinsatzes und der Personalbemessung für die Sicherstellung einer fachlich angemessenen pflegerischen Versorgung. Zu erwarten sind dabei Einsichten zu eher marktorientierten Systemen wie in den USA oder vorwiegend kommunal organisierter ambulanter pflegerischer Versorgung wie sie in den skandinavischen Ländern anzutreffen ist. Die entsprechenden Ansätze sollen identifiziert und hinsichtlich ihrer Aussagekraft für Empfehlungen für die deutsche Situation analysiert und bewertet werden.

Die Zielsetzung der Expertenbefragung besteht in der Gewinnung von Erkenntnissen, auf Basis welcher Überlegungen Fragen des Personaleinsatzes und der Personalbemessung derzeit in ambulanten Pflegediensten entschieden werden. Die geschilderte Herausforderung

bei der Personalbemessung für die ambulante Pflege stellt sich nicht erst durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, sondern besteht spätestens seit Einführung der Pflegeversicherung und bestand bereits davor. Da nicht davon auszugehen ist, dass ein erhöhter Personalbedarf aufgrund einer verstärkten Nachfrage durch unmittelbare Aufstockung des Personalbestandes und ein verringerter Bedarf durch Abbau von Überstunden allein zu lösen ist, gehört eine verlässliche und nachvollziehbare Personalvorhaltung und –einsatzplanung zu den wesentlichen Existenzbedingungen eines ambulanten Pflegedienstes. Nach welchen Prinzipien diese erfolgt, ist weitgehend unerforscht. Im Rahmen des Unterauftrags sollen aus den Erfahrungen ausgewiesener Expertinnen und Experten Einsichten gewonnen und mögliche Konsequenzen für die Ableitung von Empfehlungen gezogen werden.

Arbeitsplanung

Empirische Erhebung von Zeitaufwänden

Für die Durchführung des Unterauftrags, insbesondere die empirische Erhebung von Zeitaufwänden, sind die Ergebnisse der im Arbeitspaket 1 des Gesamtprojekts entwickelten theoretischen Grundlagen von hoher Bedeutung. Entsprechend findet eine Beteiligung an der Konsentierung der normativen Setzungen im Gesamtprojekt statt wie sie auf S. 14 der wissenschaftlichen Konzeption des Gesamtprojekts der Universität Bremen beschrieben ist. Nach Abschluss dieser Konsentierung erfolgt eine Prüfung, ob es für die Erhebung von Zeitaufwänden weiterer Ergänzungen oder Konkretisierungen bedarf, die sich durch spezifische Anforderungen in der ambulanten Pflege ergeben. Diese könnten beispielsweise hinsichtlich pflegerischer Maßnahmen zur Kooperation mit oder Unterstützung von pflegenden Angehörigen oder kommunikativer Interventionen im Sinne von Information, Anleitung und Beratung bestehen.

Auf Basis der Ergebnisse der Konsentierung und anschließenden Prüfung wird die empirische Erhebung vorbereitet. Neben der später beschriebenen Gewinnung von Pflegediensten kann es erforderlich sein, eine vertragliche Grundlage für die Leistungserbringung zu schaffen, nach der Aufgaben und Leistungen in einem im Rahmen der Konsentierung und anschließenden Prüfung entwickelten Verständnis adäquaten pflegerischen Handelns unter dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff erbracht werden können. Das bisherige, in den auf Landesebene bestehenden Rahmenvereinbarungen festgeschriebene, verrichtungsorientierte Leistungsspektrum der ambulanten Pflege entspricht diesem Verständnis explizit nicht. Daher kann es im Rahmen dieses Unterauftrags erforderlich sein, die Festschreibung eines möglichen zukünftigen Leistungsspektrums vorzunehmen und auf dieser Basis von der Bestimmung in § 113 c Abs. 1 SGB XI Gebrauch zu machen, nach der für eine modellhafte Vereinbarung zur Entwicklung und Erprobung von Verfahren zur Personalbemessung von den Regelungen des Siebten Kapitels und § 36 SGB XI abgewichen werden kann. Entsprechende Vereinbarungen gilt es vor der Durchführung der Erhebung mit Vertreterinnen und Vertretern der Vertragsparteien abzustimmen.

Im Rahmen des Unterauftrags ist eine ähnlich umfassende Erhebung wie für die stationäre und teilstationäre Pflege nicht möglich, angesichts des explorativen Charakters der Erhebung jedoch auch nicht erforderlich. Um tragfähige Anhaltspunkte zu gewinnen, wird angestrebt, die Leistungserbringung bei etwa 50 pflegebedürftigen Menschen einzubeziehen. Diese sollten in unterschiedliche Pflegegrade eingruppiert sein. Zur Erreichung dieser Anzahl pflegebedürftiger Menschen ist zunächst die Gewinnung ambulanter Pflegedienste erforderlich. Sie fungieren als Gatekeeper zu den Haushalten pflegebedürftiger Menschen. Die teilnehmenden Pflegedienste müssen darüber hinaus nicht nur bereit sein, der empirischen Erhebung von Zeitaufwänden zuzustimmen, sondern ebenso, ein ggf. durch eine modellhafte Vereinbarung verändertes und erweitertes Leistungsspektrum anzubieten. Erfahrungen des Projektleiters aus einem anderen Projekt, in dem es ebenfalls um Erhebungen bei veränderter Leistungsgestaltung ging, haben gezeigt, dass die Gewinnung von Pflegediensten und

der Zugang zu Pflegehaushalten eine Herausforderung darstellt. Zur Gewinnung von Pflegediensten, die sich an der Erhebung beteiligen wollen, wird frühzeitig zu Beginn des Projekts der Kontakt zu den privaten und frei-gemeinnützigen Verbänden der Leistungserbringer gesucht.

Für die eigentliche Erhebung wird gemeinsam mit dem Auftragnehmer des Gesamtprojekts nach möglichen Synergien bei der Datenerhebung gesucht und das Prinzip der „Schatten“ zur Datenerhebung angestrebt. Darüber hinaus ist eine Zeiterfassung möglich durch Eigenauskunft der beteiligten Pflegekräfte und eine Plausibilitätsprüfung durch die Begleitung der Pflegekräfte bei einzelnen Touren durch eine/n wissenschaftliche/n Mitarbeiter/in.

Literaturrecherche

Mit Beginn des Unterauftrags wird mit der Durchführung einer Literaturrecherche begonnen. Diese erfolgt datenbankgestützt und wird explorativen Charakter haben. Sollte es sich im Rahmen der Analyse als sinnvoll erweisen, zu einzelnen Personen Kontakt aufzunehmen, die über die Literaturrecherche identifiziert wurden, um ergänzende Hinweise zu Verfahren der Personalbemessung in der ambulanten Pflege zu erhalten, wird die Recherche um entsprechende Befragungen ergänzt.

Expertenbefragung zu derzeitigen Verfahren der Personalbemessung und des Personaleinsatzes in Deutschland

Die Expertenbefragung soll in Form von etwa 20-25 Experteninterviews erfolgen. Als Experten kommen Personen in Frage, die in einzelnen Pflegediensten, bei den freigemeinnützigen oder privaten Verbänden der Leistungserbringer oder als Unternehmensberater mit Fragen des Personalmanagements in der ambulanten Pflege befasst sind. Ergänzend sollen Personen befragt werden, die über eine Expertise zu Fragen des Personalmanagements in anderen Bereichen verfügen. Sie sollen um Einschätzungen und Empfehlungen zur ambulanten Pflege gebeten werden, nachdem ihnen die Grundproblematik der Personalbemessung in der ambulanten Pflege durch den Unterauftragnehmer erläutert wurde. Zur Ermittlung ausgewiesener Expertinnen und Experten werden Internetrecherchen durchgeführt. Dem Auftraggeber wird eine Liste der Personen, deren Befragung beabsichtigt ist, zur Verfügung gestellt.

Zeit- und Meilensteinplanung

Vorbehaltlich der vertraglichen Vereinbarung zwischen der Universität Bremen und der Hochschule Osnabrück wird der Unterauftrag im Zeitraum vom 01.03.2018 – 31.08.2019 durchgeführt. Die wesentlichen Aspekte der Zeit- und Meilensteinplanung sind bereits in die Zeit- und Meilensteinplanung der wissenschaftlichen Konzeption der Universität Bremen vom 20.03.2017 des Gesamtprojekts eingeflossen und dort in der Übersicht auf S. 36 zu finden. Auf eine neuerliche tabellarische Darstellung wird daher an dieser Stelle verzichtet. Nachfolgend werden die einzelnen Arbeitsschritte und die dafür vorgesehenen Zeiträume kurz zusammengefasst.

1. Beteiligung am Konsentierungsprozess (Arbeitsschritt 6 des Gesamtprojekts) im Januar 2018

Vor Beginn des eigentlichen Unterauftrags wird eine Beteiligung des Projektleiters des Unterauftrags am Workshop zur Konsentierung des Maßnahmenkatalogs vom 08.-10.01.2018 an der Universität Bremen stattfinden.

2. Empirische Erhebung von Zeitaufwänden (01.03.2018 – max. 31.05.2019)

Dieser Arbeitsschritt umfasst drei Teilschritte. Unmittelbar nach Projektbeginn wird mit der Entwicklung der Grundlagen für modellhafte Vereinbarungen begonnen, die Voraussetzung

für die Erhebung von Zeitaufwänden für pflegerische Aufgaben und Maßnahmen in der ambulanten Pflege sind. Aufgrund der zeitlich vor Beginn des Unterauftrags erfolgten Konsentierung der Maßnahmenkataloge können der Aufwand für diesen Teilschritt bereits im Januar 2018 abgesehen und ggf. Vorüberlegungen angestellt werden. Zeitlich leicht versetzt zur Entwicklung der Grundlagen für modellhafte Vereinbarungen erfolgt die Gewinnung von ambulanten Pflegediensten und Pflegehaushalten, in denen die Erhebungen durchgeführt werden sollen. Der zeitlich versetzte Beginn ergibt sich aus der Notwendigkeit, für die Gewinnung von Teilnehmerinnen und Teilnehmern Grundzüge der modellhaften Vereinbarung kennen zu müssen. Für beide Teilschritte zusammen wird maximal ein Zeitraum von 5 Monaten veranschlagt. Für die auf Basis dieser Vorarbeiten erfolgenden Erhebungen wird ein Zeitraum von 12 – max. 15 Monaten veranschlagt.

3. Literaturrecherche (01.03.2018 – 28.02.2019)

Die Durchführung der Literaturrecherche und ggf. ergänzender Befragungen von Personen wird maximal 12 Monate in Anspruch nehmen.

4. Expertenbefragung (01.03.2018 – 28.02.2019)

Der gleiche Zeitraum wird für die Durchführung der Expertenbefragung veranschlagt.

5. Verfassen des Abschlussberichts (01.03.-31.08.2019)

Mit dem Verfassen des Abschlussberichts soll unmittelbar nach Abschluss der Literaturrecherche und Expertenbefragung begonnen werden.

Meilensteine und Zwischenberichte

Der Zeitplan ist so konzipiert, dass Zwischenberichte zu den Zeitpunkten der Meilenstein im Rahmen der wissenschaftlichen Konzeption des Gesamtprojektes vorgelegt werden können. Zum Zeitpunkt von Meilenstein 2 werden Aussagen zu den beiden ersten Teilschritten der empirischen Erhebung von Zeitaufwänden vorliegen und Zwischenstände zur Literaturrecherche und Expertenbefragung berichtet werden können.

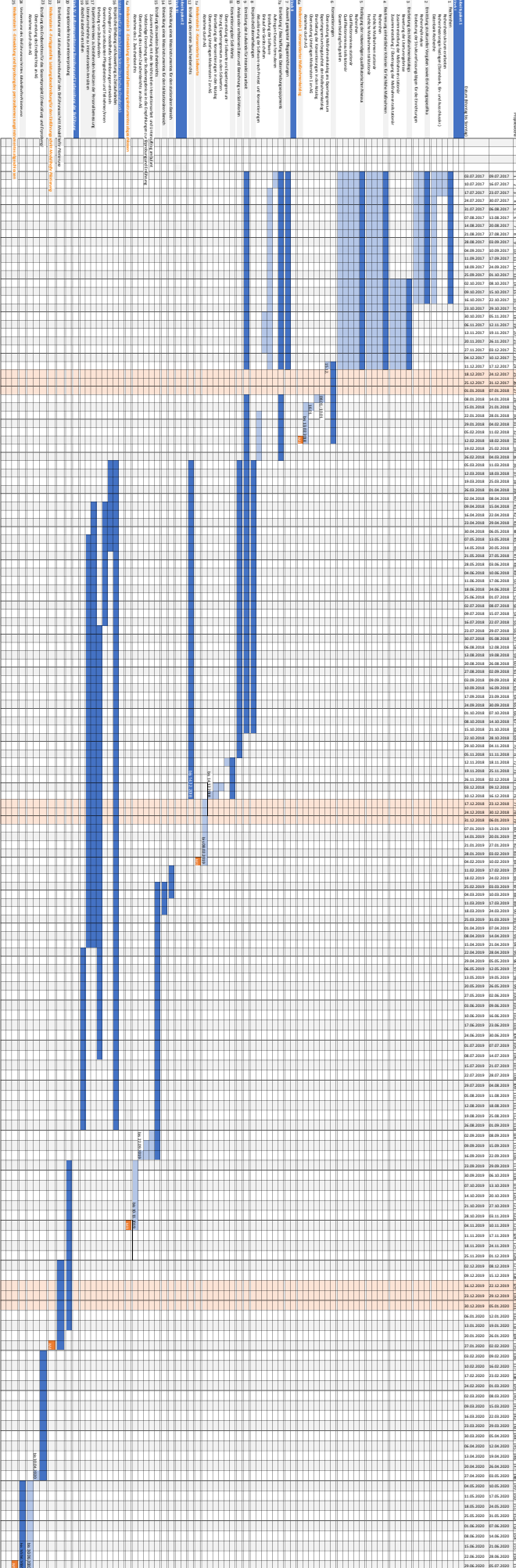
Zum Zeitpunkt von Meilenstein 3 werden die Literaturrecherche und Expertenbefragung abgeschlossen und entsprechende Ergebnisse verfügbar sein. Der Unterauftrag endet mit dem Gesamtprojekt, so dass die erwarteten Ergebnisse zu diesem Zeitpunkt verfügbar sein werden.

Kosten:

Die für die Durchführung des Unterauftrags notwendigen Personal- und Sachkosten belaufen sich auf 199.850 Euro zzgl. der gesetzlich vorgesehenen Mehrwertsteuer.

Projektplanung

Personalleistung



A 3 Projektdurchführung I

Inhalt

A 3.1 Darstellung der Literaturrecherchen

A 3.2 Interventionskatalog

A 3.3 Handbuch zum Interventionskatalog

A 3.4 Qualifikationsanforderungen für die fachgerechte Erbringung der Interventionen

A 3.1 Darstellung der Literaturrecherchen

Für die Literaturrecherchen verwendete Datenbanken

Einbezogene Datenbanken	Titel und ggf. weitere eingeschlossene Datenbanken
LIVIVO	<p>Metadatenbank zu den Lebenswissenschaften, bereitgestellt von ZB MED - Informationszentrum Lebenswissenschaften.</p> <p>Enthält:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Current Contents, Metadatenbank <ul style="list-style-type: none"> • CC MED • CC GREEN • GMS • bibnet.org - DissOnline (Online-Dissertationen in Europa) - ETHMED (Ethik in der Medizin) - EZB (Elektronische Zeitschriftenbibliothek, Hilfsdatenbank für LIVIVO) - HECLINET (Health Care Literature Information Network) - Katalog der NLM (US National Library of Medicine) - Katalog ZB MED (Katalog Medizin, Gesundheit, Ernährung, Umwelt, Agrar; Metadatenbank) <ul style="list-style-type: none"> • Katalog Medizin, Gesundheit (u.a. bibnet.org) • Katalog Ernährung, Umwelt, Agrar • Fachrepositorium Lebenswissenschaften - MEDLINE (MEDical Literature Analysis and Retrieval System OnLINE) - PSYINDEX (Referenzdatenbank für psychologische Publikationen aus den deutschsprachigen Ländern) - SOMED (SOzialMEDizin, Gesundheitswissenschaften und Public Health) - Eingebundene Verlage: <ul style="list-style-type: none"> • Hogrefe Verlag • Karger Verlag • Krause und Pacherneegg • Thieme Verlag - Zeitschriften, unter anderem: <ul style="list-style-type: none"> • Dr. med. Mabuse (ISBN 0173-430X) • Heilberufe SCIENCE (ISBN 2190-2100) • International Journal of Nursing Practice (ISBN 1322-7114; 1440-172x) • Journal für Qualitative Forschung in Pflege- und Gesundheitswissenschaft (ISBN 2409-448X; 2414-6889) • Journal of Advanced Nursing (ISBN 0309-2402; 1365-2648) • Journal of Clinical Nursing (ISBN 0962-1067; 1365-2702) • Pflege (ISBN 1012-5302) • Pflege & Gesellschaft (ISBN 1430-9653) • Pflegewissenschaft/ Pr-InterNET (ISBN 1422-8610; 1422-8629) • Pflegezeitschrift (ISBN 0945-1129; 2520-1816) • Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie (ISBN 0948-6704; 1435-1269)
Cinahl	Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature

	Enthält englischsprachige Pflegezeitschriften, die Veröffentlichungen der American Nurses' Association (ANA) und der National League for Nursing (NLN)
CareLit	Literatur-Datenbank für Management, Pflege und andere Sozialberufe
GVK-PLUS	Gemeinsamer Verbundkatalog mit Online Contents Enthält alle Titel des Gemeinsamen Verbundkatalog (GVK) sowie den Online Content (OLC) der Zeitschriften- und Aufsatzdatenbank Enthält u.a. Gerolit - Online-Katalog der DZA-Bibliothek (Deutsches Zentrums für Altersfragen)
Cochrane Library	Datenbank für systematische Übersichtsarbeiten
Forschungs-datenbank des ZQP	Forschungsdatenbank des Zentrums für Qualität in der Pflege. Enthält Forschungsarbeiten zum Thema Pflege und Versorgung älterer, hilfebedürftiger Menschen in Deutschland
Google Scholar	Allgemeine Suchmaschine für Buchpublikationen

Tabelle 3: Für die Literaturrecherchen verwendete Datenbanken

Suchbegriffe zu den Literaturrecherchen „Körperpflege“ und „Mund- und Zahn- pflege“

Literaturrecherche „Körperpflege“	
Komponente 1: Pflegeeinrichtungen (Setting)	
Deutsch	Pflege, Pflegeeinrichtungen, Pflegeheim, Altenheim, Altersheim, stationäre Einrichtungen, Langzeitpflege, Altenpflege, Heim, Seniorenheim, Alteneinrichtung
Englisch	Nursing, nursing facilities, nursing home, old people's home, long-term care, old people's care
Komponente 2: Körperpflege	
Deutsch	Körperpflege, Waschen, Baden, Duschen, Ganzkörperwaschung, Körperhygiene, Ganzwaschung
Englisch	body care, washing, bathing, showers, full body washing, body hygiene, full body washing
Komponente 3: Standards	
Deutsch	Standards, Prozesse, Prozessbeschreibungen, Pflorgetechniken, Richtlinien, Leitlinie, Ablauf, (Normen), Studie, Forschung
Englisch	standards, processes, process descriptions, maintenance techniques, guidelines, guidelines, procedures, (standards), study, research

Tabelle 4: Suchbegriffe zu den Komponenten der Literaturrecherche „Körperpflege“

Literaturrecherche „Mund- und Zahnpflege“	
Komponente 1: Pflegeeinrichtungen (Setting)	
Deutsch	Pflege, Pflegeeinrichtungen, Pflegeheim, Altenheim, Altersheim, stationäre Einrichtungen, Langzeitpflege, Altenpflege, Heim, Seniorenheim, Alteneinrichtung
Englisch	Nursing, nursing facilities, nursing home, old people's home, long-term care, old people's care
Komponente 2: Mund- und Zahnpflege	
Deutsch	Mundpflege, Zahnpflege, Zähneputzen, Zahnreinigung, Mundhygiene, Zahnhygiene, Mundgesundheit, Zahngesundheit, Prothesenpflege, Prothesenreinigung, Gebisspflege
Englisch	Dental hygiene, dental care, tooth care, dentition care, dental cleaning, teeth cleaning, oral care, oral hygiene, mouth care, tooth brushing, oral health, dental health, denture care, denture cleaning, denture cleansing
Komponente 3: Standards	
Deutsch	Standards, Prozesse, Prozessbeschreibungen, Pflorgetechniken, Richtlinien, Leitlinie, Ablauf, (Normen), Studie, Forschung
Englisch	standards, processes, process descriptions, maintenance techniques, guidelines, guidelines, procedures, (standards), study, research

Tabelle 5: Suchbegriffe zu den Komponenten der Literaturrecherche „Mund- und Zahnpflege“

Suchverläufe zur Literaturrecherche „Körperpflege“

Suchverlauf LIVIVO, aktualisiert am 29.11.2018

Nr.	Suchformulierung	Treffer
01	TI=(Pflege OR nurs*)	423.056
02	TI=(Waschen OR Baden OR Duschen OR Ganzkörperwaschung OR Körperhygiene OR Ganzwaschung OR Ganzkörperpflege) OR TI=(body care) OR TI=(washing OR bathing OR showers) OR TI=(body hygiene) OR TI=(full body washing)	91.863
03	TI=(Pflegestandard* OR Pflegeprozess* OR Pflorgetechniken OR Richtlinien OR Leitlinie OR Ablauf OR Normen OR Studie OR Forschung OR process*) OR TI=(maintenance techniques) OR TI=(guidelines OR procedures OR study OR research)	5.658.205
04	01 AND 02 AND 03	624
05	04 AND PY=2008:2018	87
06	Screening der Treffer durch manuelle Durchsicht	10

Suchverlauf Cinahl, aktualisiert am 06.12.2018, Suche im Abstract (AB)

Nr.	Suchformulierung	Treffer
01	AB (Pflege OR nurs*)	258.602
02	AB (Waschen OR Baden OR Duschen OR Ganzkörperwaschung OR Körperhygiene OR Ganzwaschung OR Ganzkörperpflege OR "body care" OR washing OR bathing OR showers OR "body hygiene" OR "full body washing")	4.232
03	AB (Pflegestandard* OR Pflegeprozess* OR Pflorgetechniken OR Richtlinien OR Leitlinie OR Ablauf OR Normen OR Studie OR Forschung OR process* "maintenance techniques" OR guidelines OR procedures OR study OR research)	1.599.519
04	01 AND 02 AND 03	511
05	04 AND PY=2008:2018	314
06	Screening der Treffer durch manuelle Durchsicht	5

Suchverlauf GVK - Plus, aktualisiert am 29.11.2018

Nr.	Suchformulierung	Treffer
01	([ALL] alle Wörter ohne Volltext)(Pflege OR nurs*)	88.819
02	([ALL] alle Wörter ohne Volltext)((Waschen OR Baden OR Duschen OR Ganzkörperwaschung OR Körperhygiene OR Ganzwaschung OR Ganzkörperpflege) OR (body care) OR (washing OR bathing OR showers) OR (body hygiene) OR (full body washing))	209.740

03	(([ALL] alle Wörter ohne Volltext)((Pflegestandard* OR Pflegeprozess* OR Pflorgetechniken OR Richtlinien OR Leitlinie OR Ablauf OR Normen OR Studie OR Forschung OR process*) OR (maintenance techniques) OR (guidelines OR procedures OR study OR research)	1.061.920
04	01 AND 02 AND 03	193
05	04 AND PY=2008:2018	154
06	1. Screening der Treffer durch manuelle Durchsicht	8

Suchverlauf Forschungsdatenbank des ZQP, aktualisiert am 06.12.2018, Suche in "Alle Felder"

Nr.	Suchformulierung	Treffer
01	(Pflege OR nurs*)	769
02	(Waschen OR Baden OR Duschen OR Ganzkörperwaschung OR Körperhygiene OR Ganzwaschung OR Ganzkörperpflege) OR (body care) OR (washing OR bathing OR showers) OR (body hygiene) OR (full body washing)	238
03	(Pflegestandard* OR Pflegeprozess* OR Pflorgetechniken OR Richtlinien OR Leitlinie OR Ablauf OR Normen OR Studie OR Forschung OR process*) OR (maintenance techniques) OR (guidelines OR procedures OR study OR research)	666
04	01 AND 02 AND 03	0
05	04 AND PY=2008:2018	0

Suchverlauf Google Scholar, aktualisiert am 06.12.2018, Suche im Titel und Ausschluss von Zitaten

Nr.	Suchformulierung	Treffer
01	intitle:Pflege OR intitle:nurs*	ungefähr 5.730
02	intitle:Waschen OR intitle:Baden OR intitle:Duschen OR intitle:Ganzkörperpflege OR intitle:"body care" OR intitle:washing OR intitle:bathing OR intitle:shower	Ungefähr 55.200
03	Pflegestandard* OR Pflegeprozess* OR Leitlinie OR Ablauf OR Normen OR Studie OR Forschung OR process* OR guidelines OR procedures OR study OR research	510
04	01 AND 02 AND 03	0
05	04 AND PY=2008:2018	0

Suchverlauf Cochrane Library, aktualisiert am 06.12.2018, Suche in "Abstract"

Nr.	Suchformulierung	Treffer
01	(Pflege OR nurs*)	255.281

02	(Waschen OR Baden OR Duschen OR Ganzkörperwaschung OR Körperhygiene OR Ganzwaschung OR Ganzkörperpflege OR "body care" OR washing OR bathing OR showers OR "body hygiene" OR "full body washing")	43.263
03	(Pflegestandard* OR Pflegeprozess* OR Pflorgetechniken OR Richtlinien OR Leitlinie OR Ablauf OR Normen OR Studie OR Forschung OR process* OR "maintenance techniques" OR guidelines OR procedures OR study OR re-search)	3.971.110
04	01 AND 02 AND 03	765
05	04 AND PY=2008:2018	402
06	1. Screening der Treffer durch manuelle Durchsicht	5

Suchverläufe zur Literaturrecherche „Mund- und Zahnpflege“

Suchverlauf LIVIVO, aktualisiert am 07.12.2018

Nr.	Suchformulierung	Treffer
01	TI=(Pflege OR nurs*)	423.260
02	TI=(Mundpflege OR Zahnpflege OR Zähneputzen OR Zahnreinigung OR Mundhygiene OR Zahnhygiene OR Mundgesundheit OR Zahngesundheit) OR TI=(Prothesenpflege OR Prothesenreinigung OR Gebisspflege) OR TI=(dental hygiene OR dental care OR tooth care OR dentition care OR dental cleaning OR teeth cleaning OR oral care OR oral hygiene OR mouth care OR tooth brushing OR oral health OR dental health) OR TI=(denture care OR denture clean*ing)	46923
03	TI=(Pflegestandard* OR Pflegeprozess* OR Pflegetechniken OR Richtlinien OR Leitlinie OR Ablauf OR Normen OR Studie OR Forschung OR process*) OR TI=(maintenance techniques) OR TI=(guidelines OR procedures OR study OR research)	5.659.960
04	01 AND 02 AND 03	1030
05	04 AND PY=2008:2018	334
07	Screening der Treffer durch manuelle Durchsicht	42

Suchverlauf Cinahl, aktualisiert am 10.12.2018, Suche im Abstract (AB)

Nr.	Suchformulierung	Treffer
01	AB (Pflege OR nurs*)	258.782
02	AB (Mundpflege OR Zahnpflege OR Zähneputzen OR Zahnreinigung OR Mundhygiene OR Zahnhygiene OR Mundgesundheit OR Zahngesundheit OR Prothesenpflege OR Prothesenreinigung OR Gebisspflege OR "dental hygiene" OR "dental care" OR "tooth care" OR dentition care OR "dental cleaning" OR "teeth cleaning" OR "oral care" OR "oral hygiene" OR "mouth care" OR "tooth brushing" OR "oral health" OR "dental health" OR denture OR denture clean*ing)	15.549
03	AB (Pflegestandard* OR Pflegeprozess* OR Pflegetechniken OR Richtlinien OR Leitlinie OR Ablauf OR Normen OR Studie OR Forschung OR process* "maintenance techniques" OR guidelines OR procedures OR study OR research)	1.600.759
04	01 AND 02 AND 03	741
05	04 AND PY=2008:2018	539
06	Screening der Treffer durch manuelle Durchsicht	18

Suchverlauf GVK- Plus, aktualisiert am 10.12.2018

Nr.	Suchformulierung	Treffer
-----	------------------	---------

01	(([ALL] alle Wörter ohne Volltext)(Pflege nurs*))	89.103
02	(([ALL] alle Wörter ohne Volltext)(Suchen [oder])(Mundpflege Zahnpflege Zähneputzen Zahnreinigung Mundhygiene Zahnhygiene Mundgesundheit Zahngesundheit Prothesenpflege Prothesenreinigung Gebisspflege "dental hygiene" "dental care" "tooth care" "dentition care" "dental cleaning" "teeth cleaning" "oral care" "oral hygiene" "mouth care" "tooth brushing" "oral health" "dental health" denture "denture clean*ing"))	2878
03	((Pflegestandard* Pflegeprozess* Pflorgetechniken Richtlinien Leitlinie Ablauf Normen Studie Forschung process*) (maintenance techniques) (guidelines procedures study research))	2.578.628
04	01 AND 02 AND 03	68
05	04 AND PY=2008:2018	54
06	1. Screening der Treffer durch manuelle Durchsicht	3

Suchverlauf Forschungsdatenbank des ZQP, aktualisiert am 06.12.2018, Suche in "Alle Felder"

Nr.	Suchformulierung	Treffer
01	(Pflege OR nurs*)	769
02	(Mundpflege OR Zahnpflege OR Zähneputzen OR Zahnreinigung OR Mundhygiene OR Zahnhygiene OR Mundgesundheit OR Zahngesundheit OR Prothesenpflege OR Prothesenreinigung OR Gebisspflege OR "dental hygiene" OR "dental care" OR "tooth care" OR "dentition care" OR "dental cleaning" OR "teeth cleaning" OR "oral care" OR "oral hygiene" OR "mouth care" OR "tooth brushing" OR "oral health" OR "dental health" OR denture OR "denture clean*ing")	615
03	(Pflegestandard* OR Pflegeprozess* OR Pflorgetechniken OR Richtlinien OR Leitlinie OR Ablauf OR Normen OR Studie OR Forschung OR process*) OR (maintenance techniques) OR (guidelines OR procedures OR study OR research)	666
04	01 AND 02 AND 03	3
05	04 AND PY=2008:2018	0

Suchverlauf Google Scholar, aktualisiert am 10.12.2018, Suche im Titel und Ausschluss von Zitaten

Nr.	Suchformulierung	Treffer
01	intitle:Pflege OR intitle:nurs*	ungefähr 21.100
02	intitle:Mundpflege OR intitle:Zahnpflege OR intitle:Zähneputzen OR intitle:Zahnreinigung OR intitle:Mundhygiene OR intitle:Zahnhygiene OR intitle:Mundgesundheit OR intitle:Zahngesundheit OR intitle:Prothesenpflege OR intitle:Prothesenreinigung OR intitle:Gebisspflege OR intitle:"dental hygiene" OR intitle:"dental care" OR intitle:"tooth care" OR intitle:"denti-	ungefähr 10.200

	tion care" OR intitle:"dental cleaning" OR intitle:"teeth cleaning" OR intitle:"oral care" OR intitle:"oral hygiene" OR intitle:"mouth care" OR intitle:"tooth brushing" OR intitle:"oral health" OR intitle:"dental health" OR intitle:denture OR intitle:"denture clean*ing")	
03	Pflegestandard* OR Pflegeprozess* OR Leitlinie OR Ablauf OR Normen OR Studie OR Forschung OR process* OR guidelines OR procedures OR study OR research	510
04	01 AND 02 AND 03	4
05	04 AND PY=2008:2018	2
06	Screening der Treffer durch manuelle Durchsicht	2

Suchverlauf Cochrane Library, aktualisiert am 10.12.2018, Suche in "Abstract"

Nr.	Suchformulierung	Treffer
01	(Pflege OR nurs*)	255.282
02	(Mundpflege OR Zahnpflege OR Zähneputzen OR Zahnreinigung OR Mundhygiene OR Zahnhygiene OR Mundgesundheit OR Zahngesundheit OR Prothesenpflege OR Prothesenreinigung OR Gebisspflege OR "dental hygiene" OR "dental care" OR "tooth care" OR "dentition care" OR "dental cleaning" OR "teeth cleaning" OR "oral care" OR "oral hygiene" OR "mouth care" OR "tooth brushing" OR "oral health" OR "dental health" OR denture OR "denture clean*ing")	4878
03	(Pflegestandard* OR Pflegeprozess* OR Pflergetechniken OR Richtlinien OR Leitlinie OR Ablauf OR Normen OR Studie OR Forschung OR process* OR "maintenance techniques" OR guidelines OR procedures OR study OR research)	779.591
04	01 AND 02 AND 03	214
05	04 AND PY=2008:2018	158
06	Screening der Treffer durch manuelle Durchsicht	3

A 3.2 Interventionskatalog

PeBeM-Personalbemessung

Inhaltsverzeichnis

1.	Mobilität	5
1.1	Bewegungsförderung	5
1.2	Positionierung.....	6
1.3	Transfer/Fortbewegen	7
1.4	Transportbegleitung	7
2.	Kognitive und kommunikative Fähigkeiten/Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte	8
2.1	Alltagsgestaltung: Gedächtnistraining.....	8
2.2	Alltagsgestaltung: Realitätsorientierung	8
2.3	Alltagsgestaltung: Kunst	8
2.4	Alltagsgestaltung: Musik	8
2.5	Alltagsgestaltung: Spielen	8
2.6	Alltagsgestaltung: Tiere	8
2.7	Alltagsgestaltung: sonstige Themenfelder	8
2.8	Alltagsgestaltung: Planung	8
2.9	Alltagsgestaltung: Vorbereitung.....	9
2.10	Basale Stimulation	10
2.11	Bettwache.....	10
2.12	Biographiearbeit	11
2.13	Einkaufsfahrt.....	11
2.14	Snoezelen	11
2.15	Spirituelle Unterstützung	12
3.	Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	13
3.1	Isolation (räumliche Einschränkung)	13
3.2	Körpernahe Fixierung	14
3.3	Verhaltens- und umgebungsbezogene Interventionen.....	15
4.	Selbstversorgung	16
4.1	An- und Auskleiden.....	16
4.2	Ausscheidungsmanagement.....	17
4.3	Beckenbodentraining	18

4.4	Enterale Ernährung.....	19
4.5	Emesismanagement	20
4.6	Haarpflege (einschließlich Rasur)	21
4.7	Hauswirtschaftliche Unterstützung.....	21
4.8	Hilfe beim Aufstehen	23
4.9	Hilfe beim Zubettgehen.....	24
4.10	Intimpflege	25
4.11	Körperpflege: Baden.....	26
4.12	Körperpflege: Duschen	27
4.13	Körperpflege: Waschen am Waschbecken.....	28
4.14	Körperpflege: Waschen im Bett	29
4.15	Maniküre/Pediküre.....	31
4.16	Mund- und Zahnpflege	32
4.17	Nahrungsaufnahme: Durchführung	33
4.18	Nahrungsaufnahme: Vorbereitung	33
4.19	Postmortale Versorgung.....	33
4.20	Schlucktraining	34
5.	Krankheits- und therapiebedingte Aufgaben	35
5.1	Absaugen	35
5.2	Atemwegsmanagement	36
5.3	Blasenkatheterisierung.....	37
5.4	Blutentnahme: venös	38
5.5	Einlauf.....	39
5.6	Ernährungssonde: Legen	40
5.7	Erste Hilfe	40
5.8	Infusionsgabe.....	41
5.9	Injektion i.c./s.c.	42
5.10	Injektion i.m.....	43
5.11	Kompressionsstrümpfe/-verband	44
5.12	Medikamentengabe	45
5.13	Medikationsmanagement	45
5.14	Sauerstoffgabe.....	46
5.15	Temperaturregulation	47
5.16	Untersuchungsassistenz	48

5.17	Vitalzeichenkontrolle: Blutdruck und Puls	49
5.18	Vitalzeichenkontrolle: Blutzucker.....	50
5.19	Vitalzeichenkontrolle: Körpertemperatur	51
5.20	Wiegen.....	52
5.21	Wundpflege	53
6.	Beratung und Schulung	54
6.1	Beratung: Chronische Wundversorgung	54
6.2	Beratung: Dekubitusprophylaxe.....	54
6.3	Beratung: Ernährungsmanagement	54
6.4	Beratung: Förderung der Kontinenz.....	54
6.5	Beratung: Mobilität	54
6.6	Beratung: Schmerzmanagement.....	54
6.7	Beratung: Sturzprophylaxe.....	54
6.8	Beratung: sonstige Themenfelder	54
6.9	Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase	55
6.10	Schulung	56
7.	Pflegeprozess/Kommunikation/Organisation	57
7.1	Dokumentation.....	57
7.2	Einzug.....	57
7.3	Steuerung des Pflegeprozesses	57
7.4	Angehörigenarbeit.....	58
7.5	Berufsgruppenübergreifende Kommunikation (extern)	58
7.6	Bewohnergespräch.....	58
7.7	Dienstübergabe	59
7.8	Mitarbeiterkommunikation.....	59
7.9	Multidisziplinäre Fallbesprechung.....	59
7.10	Dienstgang.....	60
7.11	Ehrenamt	60
7.12	Gerätemanagement und Notfallwagenkontrolle	60
7.13	Materialmanagement.....	61
7.14	Planung Aufenthaltswechsel	61
7.15	Rundgang/Sicherheit gewährleisten	61
8.	Qualitätsmanagement-Aufgaben	62

8.1	Anleitung/Einarbeitung/Ausbildung.....	62
8.2	Audit (intern/extern)	62
8.3	Beschwerdemanagement.....	62
8.4	Bewohnerbefragung.....	62
8.5	Fortbildung	63
8.6	Pflegevisite.....	63
8.7	Projektmanagement.....	63
8.8	Qualitätscontrolling/Kennzahlen/Berichterstattung.....	64
8.9	Qualitätsdokumentation/-handbuch	64
8.10	Qualitätszirkel.....	64
8.11	Risiko- und Fehlermanagement.....	65
9.	Management.....	66
9.1	Betriebswirtschaft/Finanzierung	66
9.2	Gesundheitsförderung/Arbeitsschutz	66
9.3	Kommunikation und Information.....	66
9.4	Öffentlichkeitsarbeit/Marketing	67
9.5	Personal: Entwicklung	67
9.6	Personal: Organisation/Verwaltung	67
9.7	Rezeption und Aneignung gesetzlicher und fachlicher Anforderungen.....	68
9.8	Teamentwicklung	68

1. Mobilität

1.1 Bewegungsförderung

Definition Förderung der Bewegung zur Erhaltung oder zum (Wieder)Aufbau der Mobilität.

Beschreibung Die „Bewegungsförderung“ beinhaltet allgemeine und spezielle Bewegungsübungen (aktiv, passiv, assistiv, resistiv), ebenso wie das Einüben bestimmter Bewegungsabläufe (z. B. Positionsveränderung im Bett, Aufsitzen) mit und ohne Hilfsmittel (Gehhilfen, Rollstuhl, etc.).

Teilschritte

Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen

Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)

Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt

Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel

Positionierung entsprechend der gewählten Übung

Anwendung der geeigneten Methode

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

1.2 Positionierung

Definition Wechsel zu einer neuen Körperhaltung mittels Mikro- und/oder Makrobewegung.

Beschreibung Die Positionierung wird in allen liegenden und sitzenden Positionen unter Beachtung der physiologischen Körperhaltung und Stellung der Gelenke und unter Minimierung von Reibungs- und Scherkräften durchgeführt. Zu beachten ist außerdem die korrekte Anwendung von Lagerungshilfsmitteln, die sowohl den Vorgang als auch den Verbleib in der entsprechenden Positionierung sicherstellen (z. B. Anwendung einer Rutschbremse). Individuelle Merkmale der pflegebedürftigen Person (z. B. Dekubitusrisiko) wirken sich auf die Positionierung in Art und Häufigkeit sowie die Auswahl der Hilfsmittel aus.

Abzugrenzende Intervention: Transfer/Fortbewegen

Teilschritte

Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen

Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)

Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)

Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)

Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt

Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel

Positionierung in die vorgesehene (therapeutisch) korrekte Körperhaltung, unter Minimierung von Reibungs- und Scherkräften

Kontrolle der Körperhaltung unter Beachtung von Wünschen der Pflegebedürftige Person und gebotener Prophylaxemaßnahmen

Auf korrekte Lage von Ableitungen achten

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

1.3 Transfer/Fortbewegen

Definition Wechsel der Körperposition (liegen, sitzen, stehen) mit oder ohne Ortswechsel innerhalb der Einrichtung (einschließlich der Außenanlage).

Beschreibung „Transfer/Fortbewegung“ richtet sich nach dem Mobilitätsgrad der pflegebedürftigen Person. Die Pflegekraft nutzt entsprechende Aufricht-, Hebe- oder Transferhilfen und stellt beim Fortbewegen (frei oder mit Hilfsmittel) die Verringerung des Sturzrisikos durch die Verwendung von festem Schuhwerk, Brille etc. sicher.

Abzugrenzende Intervention: Positionierung

Eingeschlossene Interventionen: An- und Auskleiden

Teilschritte

Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen

Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)

Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt

Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel

Transfer mit der geeigneten Methode durchführen

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

1.4 Transportbegleitung

Definition Begleitung einer pflegebedürftigen Person beim Ortswechsel außerhalb der Einrichtung.

Beschreibung Die „Transportbegleitung“ einer pflegebedürftigen Person kann unter Nutzung der öffentlichen Verkehrsmittel oder mit Kraftfahrzeugen erfolgen. Sie dient der Unterstützung und der Sicherheit der pflegebedürftigen Person. Ein Schwerpunkt kann die psychosoziale Betreuung und/oder die Einnahme einer Vermittlerfunktion der Pflegekraft zwischen pflegebedürftiger Person und den Personen am Zielort sein. Notwendige Unterstützungen am Zielort werden nicht separat erfasst.

Abzugrenzende Intervention: Positionierung, Transfer/Fortbewegen

Eingeschlossene Interventionen: Berufsgruppenübergreifende Kommunikation (extern)

Teilschritte

Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen

Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)

Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt

Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel

Transport begleiten

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten/Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte

2.1 Alltagsgestaltung: Gedächtnistraining

2.2 Alltagsgestaltung: Realitätsorientierung

2.3 Alltagsgestaltung: Kunst

2.4 Alltagsgestaltung: Musik

2.5 Alltagsgestaltung: Spielen

2.6 Alltagsgestaltung: Tiere

2.7 Alltagsgestaltung: sonstige Themenfelder

Definition	Unterstützung und Durchführung von spezifischen körperlichen, kognitiven, sozialen und spirituellen Aktivitäten mit einer Einzelperson oder in der Gruppe.
------------	--

Beschreibung	Die Intervention „Alltagsgestaltung“ umfasst die Planung, Unterstützung, Durchführung und Auswertung von spezifischen körperlichen, kognitiven, sozialen und spirituellen Aktivitäten mit einer Einzelperson oder in der Gruppe. In diesem Zusammenhang ist die Information und Motivation der pflegebedürftigen Person zu berücksichtigen und deren Teilnahme an der Aktivität zu ermöglichen (z. B. durch Transfer, geeignete Positionierung, aktiv oder passiv).
--------------	---

2.8 Alltagsgestaltung: Planung

Definition	Planen von spezifischen körperlichen, kognitiven, sozialen und spirituellen Aktivitäten mit einer Einzelperson oder in der Gruppe.
------------	--

Beschreibung	Die Intervention „Alltagsgestaltung: Planung“ umfasst alle planerischen Tätigkeiten, die für die jeweilige Alltagsgestaltung notwendig sind.
--------------	--

2.9 Alltagsgestaltung: Vorbereitung

Definition	Vorbereiten von spezifischen körperlichen, kognitiven, sozialen und spirituellen Aktivitäten mit einer Einzelperson oder in der Gruppe.
Beschreibung	Die Intervention „Alltagsgestaltung: Vorbereitung“ umfasst die inhaltliche Vorbereitung (Themen, Material) als auch die Vor- und Nachbereitung der Räumlichkeiten.

2.10 Basale Stimulation

Definition	Förderung der Wahrnehmung und Aktivierung der pflegebedürftigen Person durch Angebote zur Kommunikation, zum Austausch mit der Umwelt und zur Regulation ihrer eigenen Bedürfnisse anhand von somatischer, vestibulärer, taktiler, akustischer, vibratorischer, visueller oder oraler Stimulation.
Beschreibung	Die „basale Stimulation“ umfasst alle Handlungen der somatischen (z. B. Massage), vestibulären (z. B. Lagewechsel), taktilen (z. B. Verwendung von Objekten mit unterschiedlichen Formen), akustischen (z. B. Vorspielen von Musik), vibratorischen (z. B. mittels elektrischer Zahnbürsten), visuellen (z. B. Bildbände), olfaktorischen (z. B. Einsatz von Aromen) und oralen Stimulation (z. B. Lieblingsgetränke) mit dem Ziel einer Förderung der Wahrnehmung und der Aktivierung der pflegebedürftigen Personen.

Teilschritte

Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen
Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen), wenn angezeigt
Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen), wenn angezeigt
Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)
Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt
Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel
Basale Stimulation durchführen
Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)
Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

2.11 Bettwache

Definition	Ständige Anwesenheit einer Pflege- oder Betreuungskraft bei einer pflegebedürftigen Person in einer kritischen Situation.
Beschreibung	Bei der Bettwache wird die pflegebedürftige Person nicht alleine gelassen. Bei Sterbenden steht die Hilfe bei sozialen und seelsorgerischen Problemen im Vordergrund.

2.12 Biographiearbeit

Definition Gezielte Informationssammlung mit der pflegebedürftigen Person über ihren Lebenslauf, ihre Lebenseinstellung und historische Zusammenhänge der Generation.

Beschreibung Die Biographiearbeit umfasst neben der Sammlung von Daten und Fakten aus dem Leben der pflegebedürftigen Person Kenntnisse zur Lebenseinstellung, zum Lebensumfeld aber auch zu „kleineren Geschichten“ aus dem Leben, da diese häufig länger abrufbar sind und eine positive Wirkung auf die pflegebedürftige Person haben. Die Biographiearbeit ermöglicht ein Verständnis für die pflegebedürftige Person und erleichtert den Zugang.

2.13 Einkaufsfahrt

Definition Verlassen der Einrichtung mit der pflegebedürftigen Person zur Erledigung von Einkäufen.

Beschreibung Die „Einkaufsfahrt“ umfasst den Einkauf (Supermarkt, Stadtbummel) mit mobilen pflegebedürftigen Personen zur Förderung von Selbstbestimmung und Wohlbefinden.

2.14 Snoezelen

Definition Förderung von Entspannung und Wahrnehmung durch gezielte Sinnesreizungen.

Beschreibung Das „Snoezelen“ umfasst die Nutzung unterschiedlicher Materialien und Methoden zur Sinneswahrnehmung mit der Intention die Entspannung und Wahrnehmung von Personen durch gezielte Sinnesreizungen zu fördern. Die Durchführung ist sowohl bei Gruppen als auch in Form von Einzelangeboten möglich und erfordert ggf. eine Begleitung durch die Pflegekraft.

Teilschritte

Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen

Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)

Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)

Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)

Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt

Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel

Snoezelen durchführen: Nutzen unterschiedlicher Materialien und Methoden zur Sinneswahrnehmung

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

2.15 Spirituelle Unterstützung

Definition Unterstützung einer pflegebedürftigen Person bei der Teilnahme oder Durchführung spiritueller Aktivitäten und Rituale (z. B. Beten, Gottesdienst, Seelsorger) unter Berücksichtigung der religiösen Ausrichtung.

Beschreibung Die „spirituelle Unterstützung“ beinhaltet die Kommunikation über den Glauben, die Beachtung des spirituellen Wohlbefindens, die Ermutigung zur Teilnahme an Aktivitäten zur spirituellen Unterstützung (z. B. Gottesdienst, Seelsorgern), das gemeinsame Beten und ggf. auch die spirituelle Begleitung im Sterbeprozess. In diesem Zusammenhang ist besonders auf einen respektvollen Umgang mit Glaube und Religion, die Schaffung einer geeigneten Atmosphäre und die Einhaltung bestimmter spiritueller Regeln zu achten.

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

3.1 Isolation (räumliche Einschränkung)

Definition Einschränkung der Mobilität einer pflegebedürftigen Person auf einen begrenzten räumlichen Bereich oder Isolation in eine vollständig beschützte Umgebung mit Überwachung.

Beschreibung Die „Isolation“ umfasst die Anwendung und die Beendigung von Maßnahmen zur Einschränkung einer Person auf einen bestimmten räumlichen Bereich (z. B. Einschluss im Zimmer). Die Intervention umfasst zudem die angemessene Überwachung der betroffenen Personen und deren Information. Zudem ist in diesem Zusammenhang zu gewährleisten, dass die Dauer der Durchführung an die Notwendigkeit angepasst ist.

Teilschritte

Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen

Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)

Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)

Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt

Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel

Sichere Kleidung anziehen (Schmuck etc. entfernen), wenn angezeigt

Entfernen von gefährlichen Gegenständen

Isolation durchführen

Überwachung der pflegebedürftigen Person (Prüfen der Notwendigkeit, Dauer der Fixierung, pflegerische Bedürfnisse)

Isolation beenden

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

3.2 Körpernahe Fixierung

Definition Anlegen, Überwachen und Entfernen von mechanisch bedingten Einschränkung der Bewegungsfreiheit einer pflegebedürftigen Person.

Beschreibung Die „Körpernahe Fixierung“ umfasst die Anwendung und das Entfernen von mechanisch bedingten Einschränkungen der Bewegungsfreiheit (z. B. Fixierungsbett mit Gurtsystem, Wegnahme von Hilfsmitteln, Feststellen von Bremsen, Verwendung von Steck bzw. Therapietischen). Die Intervention umfasst zudem die angemessene Überwachung der betroffenen Personen und deren Information. Zudem ist in diesem Zusammenhang zu gewährleisten, dass die Dauer der Durchführung an die Notwendigkeit angepasst ist.

Teilschritte

Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen

Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)

Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)

Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)

Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt

Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel

Anlegen der Fixierung unter Einhaltung einer präventiven Positionierung

Überwachung der pflegebedürftigen Person (Prüfen der Notwendigkeit, Dauer der Fixierung, Hautzustand, pflegerische Bedürfnisse)

Entfernen der Fixierung

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

3.3 Verhaltens- und umgebungsbezogene Interventionen

Definition Unterstützung bei der Bewältigung von Verhaltensweisen und -auffälligkeiten und psychischen Problemlagen

Beschreibung Verhaltens- und umgebungsbezogene Interventionen sind ausgerichtet auf einen Bedarf an personeller Hilfe, der unmittelbar oder indirekt in Folge bestimmter Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen entsteht. Dazu gehören z. B.

- Situationen, die mit einem Risiko der Selbstverletzung einhergehen oder anderer verhaltensbedingter Schädigungen der Gesundheit (z. B. Verweigerung der Nahrungsaufnahme, Ablehnung von notwendiger Unterstützung, Essen ungenießbarer Substanzen),
- Situationen, die zwar keine unmittelbare Gefährdung, aber andere Probleme oder Belastungen für den Betroffenen darstellen können (z. B. sich verlaufen, Horten und Verstecken von Gegenständen, Beschädigung der materiellen Umgebung, veränderter Tag-Nacht-Rhythmus),
- Gefährdungen oder Beeinträchtigungen anderer Personen (z. B. durch aggressives Verhalten oder vokale Auffälligkeiten).

Zu den umgebungsbezogenen zählen die Identifizierung und Veränderung von verhaltenswirksamen Umgebungsfaktoren und die Schaffung einer sicheren und vertrauten Umgebung (z. B. durch Entfernung von Verletzungsquellen oder die Bereitstellung/Beschaffung vertrauter Gegenstände).

Die verhaltensbezogenen Interventionen umfassen verbale Reaktion auf die Verhaltensweisen und die gezielte Ansprache, das Einwirken auf die Verhaltensweisen, Maßnahmen zur Entlastung (z. B. Minderung von Ängsten, Motivation zur Verbalisierung negativer Empfindungen) und Kriseninterventionen.

Teilschritte

Aufmerksam machen auf Verhaltensweisen

Durchführung der geeigneten Maßnahme (motivieren, Alternative anbieten, u.a.m.)

4. Selbstversorgung

4.1 An- und Auskleiden

Definition Unterstützung einer pflegebedürftigen Person beim Kleidungswechsel unter Berücksichtigung von Wünschen, der Witterung und/oder Raumtemperatur bei der Auswahl geeigneter Kleidung.

Beschreibung „An- und Auskleiden“ umfasst die Unterstützung einer Person beim Kleiderwechsel und der Auswahl angemessener Kleidung (z. B. Schuhe mit Halt, nicht einengende Kleidung). Die Intervention umfasst ggf. auch die Verwendung von Anziehhilfen und die Sammlung der Kleidung für die anschließende Reinigung.

Teilschritte

Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen

Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)

Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)

Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)

Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt

Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel

Auswahl der persönlichen Kleidung durch die pflegebedürftige Person (auf Angemessenheit der Kleidung und Schuhe achten)

Oberkörper auskleiden

Oberkörper ankleiden und glattstreichen

Unterkörper auskleiden

Unterkörper ankleiden und glattstreichen

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

4.2 Ausscheidungsmanagement

Definition Unterstützung bei der Urin- und Stuhlausscheidung (Toilette, Toilettenstuhl, im Bett und Stomaversorgung (kein Wechsel)) sowie Versorgung mit Inkontinenzhilfsmitteln.

Beschreibung Das „Ausscheidungsmanagement“ umfasst die Unterstützung bei sämtlichen Formen der Ausscheidungen von Urin und Stuhl, mit und ohne Hilfsmittel, deren Beurteilungen und die Versorgung mit Inkontinenzhilfsmitteln.

Teilschritte

Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen

Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)

Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)

Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)

Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt

Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel

Aufsuchen und benutzen der Toilette oder eines Toilettenstuhls

An- und Auskleiden des Unterkörpers

Anwendung der benötigten Materialien/Hilfsmittel

Intimpflege (Genitalien, Gesäß)

Ggf. Versorgung mit Inkontinenzhilfsmitteln

Pflegebedürftige Person anbieten die Hände zu säubern

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

4.3 Beckenbodentraining

Definition Stärkung der Darm- oder Blasenmuskulatur durch gezielte Kontraktionsübungen zur Verminderung unwillkürlicher Ausscheidung.

Beschreibung Das „Beckenbodentraining“ umfasst die Unterstützung einer Person bei der Stärkung der Darm- oder Blasenmuskulatur. Die Stärkung der Muskulatur erfolgt durch gezielte, regelmäßig durchgeführte Übungen, die durch die Pflegekräfte unterstützt und/oder angeleitet werden.

Teilschritte

Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen

Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)

Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)

Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)

Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt

Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel

Übungen zum Beckenbodentraining durchführen

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

4.4 Enterale Ernährung

Definition Verabreichung von Nahrung und Flüssigkeit über eine liegende Magensonde, einschließlich der Sondenpflege.

Beschreibung Die enterale Ernährung beschreibt die Verabreichung der Nahrung und Flüssigkeit über eine Sonde und die Pflege der liegenden Sonde (z. B. gründliche Spülung, täglicher Wechsel der Fixationsstelle). Um Verkrustungen und Verklebungen zu lösen wird die Nasenpflege mit einem warmwassergetränkten Wattestäbchen durchgeführt.

Teilschritte

Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen

Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)

Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt

Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel

Oberkörperhochlagerung

Kontrolle von Lage und Fixierung der Sonde

Spülen der Sonde

System für die Sondenkost anschließen oder entfernen

Ggf. Nasenpflege

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

4.5 Emesismanagement

Definition	Unterstützung einer pflegebedürftigen Person bei Übelkeit und Erbrechen.
Beschreibung	Das „Emesismanagement“ beinhaltet die Unterstützung einer pflegebedürftigen Person bei Übelkeit und Erbrechen. Nach dem Erbrechen erfolgen ggf. eine Körperpflege und die notwendige Reinigung der Umgebung (z. B. Bett beziehen, Boden wischen, Frischluftzufuhr). Zudem umfasst die Intervention die Beobachtung der betroffenen Person und ggf. die Veranlassung weiterer Maßnahmen (z. B. Anpassung der Kostform und Information eines Arztes bzw. einer Ärztin).

Teilschritte

Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)
Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)
Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt
Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel
Aufrecht lagern (bewusstlose pflegebedürftige Person auf die Seite; ggf. Kopf stützen)
Pflegebedürftige Person beim Vorgang unterstützen (Kopf halten, beengende Kleidung, Schmuck, Zahnprothese entfernen usw.)
Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)
Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

4.6 Haarpflege (einschließlich Rasur)

Definition Unterstützung einer pflegebedürftigen Person bei der Förderung gesunder und sauberer Haare.

Beschreibung Die „Haarpflege und Rasur“ umfasst die Pflege, Reinigung und das Frisieren der Haare sowie das Rasieren diverser Körperstellen. Die Intervention umfasst zudem die Platzierung der betroffenen Person in Rückenlage über einem Haarwaschbecken oder vor einem Waschbecken, die Inspektion von Kopfhaut und Haaren und nach Wunsch auch die Verwendung von Haarpflegeprodukten und Rasierwasser. In diesem Zusammenhang gilt es Schmuck und Hörgeräte vor der Intervention zu entfernen.

Teilschritte

Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen

Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)

Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)

Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)

Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt

Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel

Wassertemperatur erfragen und vor Beginn nochmals prüfen, ggf. Pflegebedürftige Person die Temperatur selbst testen lassen, Waschzusätze nach Bedarf und Wunsch

Schmuck und Hörgeräte entfernen

Haare waschen, spülen und trocknen

Rasur, auf Wunsch

Persönliche Hygiene, soweit erforderlich/erwünscht (Haare kämmen, frisieren, Haarpflegemittel, Rasierwasser)

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

4.7 Hauswirtschaftliche Unterstützung

Definition Unterstützung einer pflegebedürftigen Person bei der hauswirtschaftlichen Versorgung.

Beschreibung Die „Hauswirtschaftliche Unterstützung“ umfasst alle hauswirtschaftlichen Verrichtungen (z. B. Aufräumen der Wohnumgebung incl. benutztes Geschirr, Entsorgung

von Abfall, Waschen/Pflege/Einräumen der Wäsche und Kleidung, Wechseln der Bettwäsche, Unterbringung eingekaufter Gegenstände).

4.8 Hilfe beim Aufstehen

Definition Unterstützung beim Aufrichten aus einer liegenden Position nach einer Ruhe- oder Schlafphase.

Beschreibung Die „Hilfe beim Aufstehen“ beinhaltet das Wecken der pflegebedürftigen Person (zur gewünschten Tageszeit) und die Hilfe beim Transfer aus dem Bett. Ebenfalls gehört die Intimpflege verbunden mit dem Ausscheidungsmanagement (Wechsel der Inkontinenzhilfsmittel) dazu. Das Anziehen der Tageskleidung ist nur Bestandteil der Intervention, wenn keine Körperpflege durchgeführt. Die räumliche Umgebung wird an die Tageszeit und die Wünsche der pflegebedürftigen Person angepasst (Lüften, Rollläden hochziehen, etc.).

Teilschritte

Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen

Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)

Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)

Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)

Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt

Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel

Aufstehen (ggf. Transfer in den Rollstuhl)

An- und Auskleiden

Toilettengang oder Wechsel der Inkontinenzhilfsmittel

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

4.9 Hilfe beim Zubettgehen

Definition	Unterstützung beim Zubettgehen zur gewünschten Tageszeit.
Beschreibung	Das „Zubettgehen“ beinhaltet neben dem Ausscheidungsmanagement (Wechsel der Inkontinenzhilfsmittel) auch den Wechsel der Kleidung und den Transfer ins Bett. Dieser wird durch eine Positionierung ergänzt. Die räumliche Umgebung wird an die Tageszeit und die Wünsche der pflegebedürftigen Person angepasst (Lüften, Rollläden runterziehen, etc.), Rituale zur Schlafförderung werden beachtet.

Teilschritte

Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen
Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)
Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)
Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)
Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt
Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel
Ggf. Toilettengang/Wechsel der Inkontinenzhilfsmittel
An- und Auskleiden
Ggf. Transfer ins Bett
Positionierung
Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)
Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

4.10 Intimpflege

Definition	Reinigen des Intimbereichs zum Zweck der Sauberkeit und Förderung des Wohlbefindens.
Beschreibung	Die „Intimpflege“ umfasst die Reinigung und Inspektion des Intimbereichs unter Berücksichtigung der hygienischen Reihenfolge. Zu beachten sind in diesem Zusammenhang der Wechsel von Waschlappen und Handtüchern sowie ggf. auch ein Waschwasserwechsel.

Teilschritte

Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen

Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)

Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)

Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)

Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt

Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel

Positionierung der pflegebedürftigen Person

An- und Auskleiden des Unterkörpers

Reinigen des Intimbereichs (Einhaltung der hygienischen Reihenfolge)

Versorgung mit Inkontinenzhilfsmitteln

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

4.11 Körperpflege: Baden

Definition Reinigung des gesamten Körpers mittels Eintauchen des Körpers oder einzelner Körperteile in dafür eingelassenes Wasser zur Förderung des Wohlbefindens.

Beschreibung „Baden“ umfasst die Ganzkörperwaschung, die mittels Eintauchen des gesamten Körpers oder einzelner Körperteile durchgeführt wird. Die Intervention umfasst eine allgemeine und spezifische Krankenbeobachtung.

Teilschritte

Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen

Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)

Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)

Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)

Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt

Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel

Wassertemperatur erfragen und vor Beginn nochmals prüfen, ggf. Pflegebedürftige Person die Temperatur selbst testen lassen, Waschzusätze nach Bedarf und Wunsch

Rasieren, soweit erforderlich/erwünscht

Badevorgang durchführen, einschließlich Rückenwaschen, Körperpflege und Haare waschen

Intimpflege (Genitalien, Gesäß)

Abtrocknen, gesamt

Persönliche Hygiene, soweit erforderlich/erwünscht (Make-up, Eau de Toilette, Haare kämmen und frisieren)

An- und Auskleiden

Mund- und Zahnpflege (Prothesenreinigung)

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

4.12 Körperpflege: Duschen

Definition Reinigung des gesamten Körpers unter fließendem Wasser zur Förderung des Wohlbefindens.

Beschreibung „Duschen“ umfasst die Reinigung des Körpers unter fließendem Wasser. Die Intervention umfasst eine allgemeine und spezifische Krankenbeobachtung.

Teilschritte

Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen

Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)

Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)

Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)

Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt

Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel

Wassertemperatur erfragen und vor Beginn nochmals prüfen, ggf. Pflegebedürftige Person die Temperatur selbst testen lassen, Waschzusätze nach Bedarf und Wunsch

Rasieren, soweit erforderlich/erwünscht

Duschvorgang durchführen, einschließlich Rückenwaschen, Körperpflege und Haare waschen

Intimpflege (Genitalien, Gesäß)

Abtrocknen, gesamt

Persönliche Hygiene, soweit erforderlich/erwünscht (Make-up, Eau de Toilette, Haare kämmen und frisieren)

An- und Auskleiden

Mund- und Zahnpflege (Prothesenreinigung)

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

4.13 Körperpflege: Waschen am Waschbecken

Definition Reinigung des Körpers am Waschbecken zur Förderung des Wohlbefindens.

Beschreibung „Waschen am Waschbecken“ umfasst die Ganz- oder Teilkörperpflege, die am Waschbecken durchgeführt wird. Die Intervention umfasst eine allgemeine und spezifische Krankenbeobachtung.

Teilschritte

Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen

Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)

Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)

Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)

Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt

Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel

Wassertemperatur erfragen und vor Beginn nochmals prüfen, ggf. Pflegebedürftige Person die Temperatur selbst testen lassen, Waschzusätze nach Bedarf und Wunsch

Rasieren, soweit erforderlich/erwünscht

Oberkörper waschen, abtrocknen, ggf. eincremen (Gesicht, Hals, Ohren, Arme, Brust, Bauch)

Rücken waschen und abtrocknen

Unterkörper waschen, abtrocknen, ggf. eincremen (Beine, Füße)

Intimpflege (Genitalien, Gesäß)

Waschen der Haare, soweit erforderlich/erwünscht

Persönliche Hygiene, soweit erforderlich/erwünscht (Make-up, Eau de Toilette, Haare kämmen und frisieren)

An- und Auskleiden

Mund- und Zahnpflege (Prothesenreinigung)

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

4.14 Körperpflege: Waschen im Bett

Definition Reinigung des Körpers im Bett zur Förderung des Wohlbefindens.

Beschreibung „Waschen im Bett“ umfasst die Ganz- oder Teilkörperpflege, die im Bett bei Personen durchgeführt wird, die nicht aufstehen können oder dürfen. Die Intervention umfasst eine allgemeine und spezifische Krankenbeobachtung.

Teilschritte

Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen

Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)

Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)

Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)

Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt

Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel

ggf. Lagerungshilfsmittel entfernen; Patientengriff hochhängen

Wassertemperatur erfragen und vor Beginn nochmals prüfen, ggf. Pflegebedürftige Person die Temperatur selbst testen lassen, Waschzusätze nach Bedarf und Wunsch

Oberkörper hoch positionieren, sofern keine Kontraindikation besteht

Rasieren, soweit erforderlich/erwünscht

Oberkörper waschen, abtrocknen, ggf. eincremen (Gesicht, Hals, Ohren, Arme, Brust, Bauch)

Rücken waschen und abtrocknen

Unterkörper waschen, abtrocknen, ggf. eincremen (Beine, Füße)

Intimpflege (Genitalien, Gesäß)

Waschen der Haare, soweit erforderlich/erwünscht

Persönliche Hygiene, soweit erforderlich/erwünscht (Make-up, Eau de Toilette, Haare kämmen und frisieren)

An- und Auskleiden

Mund- und Zahnpflege (Prothesenreinigung)

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

4.15 Maniküre/Pediküre

Definition Reinigen und Inspizieren der Füße und Nägel (normal dicker Fuß- und Fingernägel) zum Zweck der Sauberkeit und Gesundheit der Haut.

Beschreibung „Maniküre und Pediküre“ umfasst die Durchführung von Fuß-/ bzw. Handreinigungen oder Bädern, das Abtrocknen unter besonderer Berücksichtigung der Zehenzwischenräume und das Säubern, Schneiden und Feilen der Nägel. Die Intervention umfasst zudem die Inspektion der Beine und Füße (Ödeme, arterielle Durchblutung, Hydratationsgrad), der Haut (Reizungen, Risse, Läsionen, Hühneraugen etc.), der Nägel (Verdickungen, Verfärbungen) und des Zustands der Schuhe und Strümpfe. Ggf. können Cremes, Puder oder Nagellack verwendet oder eine professionelle Fußpflege beauftragt werden. Das Schneiden der Fuß- oder Fingernägel erfolgt mit Zustimmung der pflegebedürftigen Person, ggf. von speziell ausgebildeten Fachkräften (bei Fußnägel).

Teilschritte

Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen

Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)

Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)

Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)

Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt

Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel

Fuß- und / oder Handreinigung, ggf. Fuß- / Handbad

Füße und/oder Hände abtrocknen, besonders Zehenzwischenräume

Verschmutzungen entfernen: unter den Nägeln

Schneiden und Feilen: Fuß und/oder Fingernägel

ggf. Nagellack auftragen, bzw. entfernen

ggf. Füße und/oder Hände eincremen

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

4.16 Mund- und Zahnpflege

Definition Unterstützung einer pflegebedürftigen Person bei der Mundhygiene incl. Pflege der Zahnprothesen.

Beschreibung Die „Mund- und Zahnpflege“ umfasst die Unterstützung eine Person bei der Inspektion und der Reinigung von Mund, Zähnen und ggf. einer Zahnprothese. Die Intervention umfasst zudem die korrekte Lagerung des Oberkörpers und den Schutz der Kleidung vor Wasserspritzern. Ggf. kann in diesem Zusammenhang auch eine Lippenpflege durchgeführt werden.

Teilschritte

Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen

Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)

Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)

Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)

Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt

Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel

ggf. Zahnprothese(n) entfernen

Mund ausspülen, bzw. auswischen

Zähne / Zahnprothesen putzen

ggf. Zahnprothesen einlegen: in Reinigungsmittel

ggf. Zahnprothesen einsetzen: auf Wunsch mit Haftcreme

Mund / Gesicht abtrocknen

ggf. Lippenpflege

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

4.17 Nahrungsaufnahme: Durchführung

Definition Unterstützung einer pflegebedürftigen Person bei der oralen Nahrungsaufnahme.

Beschreibung Die Intervention „Nahrungsaufnahme: Durchführung“ umfasst die Unterstützung bei der Aufnahme von Getränken oder Speisen unter Berücksichtigung der Wünsche und der Geschwindigkeit der betroffenen Person sowie der notwendigen hygienischen Schutzmaßnahmen. Ggf. umfasst die Intervention körperliche Unterstützungen, wie beispielsweise das „Hand führen“.

Teilschritte

Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen

Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)

Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt

Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel

ggf. Temperatur der Getränke/Speisen kontrollieren

Essvorgang

Trinkvorgang

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

4.18 Nahrungsaufnahme: Vorbereitung

Definition Nahrung und Getränke in der benötigten Kostform und Menge vorbereiten, angepasst an die individuellen Vorlieben der pflegebedürftigen Person.

Beschreibung Die Vorbereitung der Nahrung beinhaltet, dass die Kostform an die Situation und Einschränkungen der pflegebedürftigen Person angepasst, appetitlich aufbereitet (z. B. Fingerfood, „Häppchen“, passiert) und auf angemessene Temperatur der Speisen und Getränke geachtet wird.

4.19 Postmortale Versorgung

Definition Notwendige pflegerische und organisatorische Maßnahmen nach Eintritt des Todes.

Beschreibung	Die „Postmortale Versorgung“ beinhaltet alle organisatorischen und pflegerisch notwendigen Schritte zur Nachsorge, einschließlich der Übergabe des Verstorbenen an das Bestattungsinstitut (z. B. Benachrichtigung des Arztes, die Unterrichtung und Unterstützung der Angehörigen, Nachlassverwaltung).
--------------	--

4.20 Schlucktraining

Definition	Unterstützung der pflegebedürftigen Person bei abgestimmten therapeutischen Interventionen zur Behandlung von Schluckstörungen.
------------	---

Beschreibung	Das Schlucktraining sollte nach den Vorgaben einer medizinischen/therapeutischen Anordnung durchgeführt werden (Facharzt, Logopädie).
--------------	---

Teilschritte

Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen

Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)

Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)

Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)

Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt

Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel

Positionierung (Oberkörperhochlagerung)

Prüfen des Husten- und Schluckreflexes, wenn nötig

Übung zur Förderung des Schluck-/Hustenreflexes und/oder des Schluckvorgangs

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

5. Krankheits- und therapiebedingte Aufgaben

5.1 Absaugen

Definition Entfernen von Atemwegssekret durch einen Absaugkatheter.

Beschreibung Das „Absaugen“ umfasst das Entfernen von Atemwegsekret durch einen Absaugkatheter unter der Beachtung von Dauer und Wiederholung beim Absaugvorgang. Des Weiteren umfasst die Intervention die Kontrolle des Absauggeräts sowie die Anleitung der betroffenen Person zur notwendigen Atem- und Hustentechnik und der Durchführung sekretlösender Maßnahmen.

Teilschritte

Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen

Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)

Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)

Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)

Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt

Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel

Positionierung (Oberkörperhoch- oder Seitenlagerung)

Aufforderungen zu Atem- und/oder Hustentechnik

Verwendung von Gleitmittel bei nasalem Absaugen

Absaugen unter aseptischen Bedingungen

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

5.2 Atemwegsmanagement

Definition Förderung freier Atemwege durch Entfernung von Atemwegssekret durch manuelle sekretlösende Maßnahmen, Anleitung zu Hustentechniken und/oder Anwendung von Nasenspülungen.

Beschreibung Das „Atemwegsmanagement“ schließt die mechanische Sekretolyse durch Perkussion und Vibration (ggf. mit Hilfsmitteln) ebenso wie die Anleitung zu effektiven Abhustentechniken (z. B. Huffing) oder eine Nasenspülung ein.

Teilschritte

Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen

Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)

Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)

Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)

Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt

Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel

Aufforderungen zur notwendigen Atem- und/oder Hustentechnik

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

5.3 Blasenkatheterisierung

Definition Legen/Entfernen eines Blasenkatheters zur vorübergehenden oder dauerhaften Harnableitung.

Beschreibung Die „Blasenkatheterisierung“ umfasst das Einführen/Entfernen des Blasenkatheters sowie die korrekte Anbringung des Urinauffangsystems. Die Intervention umfasst zudem die geschlechtsspezifische Lagerung und Vorbereitung der betroffenen Person (Ausziehen, Schutzunterlage, Lochtuch), die Durchführung einer Intimtoilette und die Beobachtung auf Spontanurin nach der Entfernung eines Katheters.

Teilschritte

Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen

Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)

Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)

Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)

Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt

Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel

An- und Auskleiden des Unterkörpers

Positionierung

Intimpflege (und Rasur)

ggf. Entfernen des Dauerkatheters

Vorbereitung der Arbeitsfläche und Materialien unter aseptischen Bedingungen

Desinfektion des Genitalbereichs (Beachtung der Einwirkzeit)

Gleitgel applizieren (Beachtung der Einwirkzeit)

Blasenkatheter einführen und ggf. blocken

Urinauffangsystem korrekt anbringen

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

5.4 Blutentnahme: venös

Definition	Punktion einer Vene zur Blutentnahme.
Beschreibung	Die Intervention „Blutentnahme: venöse“ umfasst die Punktion einer Vene mit dem Ziel der Blutentnahme, die korrekte Versorgung der Punktionsstelle unter Berücksichtigung der Hygienerichtlinien, den korrekten Transport und die Beschriftung der Blutröhrchen.

Teilschritte

Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen

Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)

Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)

Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)

Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt

Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel

Punktionsstelle zugänglich machen und desinfizieren (Einwirkzeit beachten)

Blutentnahme durchführen

Punktionsstelle komprimieren (lassen)

Pflaster anlegen

Transport ins Labor sicherstellen

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

5.5 Einlauf

Definition	Auslösung einer Stuhlentleerung unter Einbringung einer Flüssigkeit in den Dickdarm. Dabei wird der Reinigungseinlauf, der Hebe-Senk-Einlauf und die Darmspülung unterschieden.
Beschreibung	Der Einlauf umfasst das korrekte Einführen bzw. Entfernen des Darmrohrs und das Einlassen der Spülflüssigkeit zur Darmreinigung. Die Intervention umfasst zudem die korrekte Positionierung der betroffenen Person, die Aufforderung zum Einhalten der Flüssigkeit und die Inspektion des Anus auf Verletzungen oder Hämorrhoiden.

Teilschritte

Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen

Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)

Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)

Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)

Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt

Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel

An- und Auskleiden des Unterkörpers

Positionierung (linke Seite)

Schutzunterlage unter das Gesäß legen

Einlaufvorgang entsprechend der Methode durchführen

ggf. bei Ausscheidung unterstützen

Intimpflege

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

5.6 Ernährungssonde: Legen

Definition Legen einer Sonde durch den Mund oder die Nase, in den Magen-/Darmtrakt mit dem Ziel einer Ernährung (Ernährungssonde) oder Entleerung (Entleersonde).

Beschreibung Das Legen einer Magen-/Darmsonde beinhaltet die Vorbereitung aller benötigten Materialien, die Bestimmung der Sondenlänge und das Einführen der Sonde sowie ihre Kontrolle und Fixierung.

Teilschritte

Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen

Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)

Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)

Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)

Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt

Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel

Positionierung (Oberkörperhoch-/Seitenlagerung)

Anästhesie und Nasentropfen

Einführen und Lagekontrolle der Sonde

Sonde fixieren

ggf. Auffangbeutel anschließen und Ableitungssystem sichern

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

5.7 Erste Hilfe

Definition Einleitung von Hilfsmaßnahmen als Reaktion auf einen akuten Zustand der pflegebedürftigen Person, der eines sofortigen Handelns bedarf.

Beschreibung Die Intervention „Erste Hilfe“ umfasst die Einleitung von Hilfsmaßnahmen als Reaktion auf einen akuten Zustand einer Person. Es kann sich hier um lebensbedrohliche Situationen handeln, die einer ständigen Handlung und Kontrolle der Vitalzeichen bedürfen, bis zur Übergabe an den Arzt oder Rettungsdienst. Die Intervention umfasst die Unterstützung und Informationsweitergabe an das Rettungsteam nach dessen Eintreffen. Es kann sich aber auch um nicht lebensbedrohliche Situationen handeln, die

einer Behandlung bedürfen (z. B. Stillung einer Blutung ohne weitere notwendige Maßnahmen, Behandlung mit bewohnerbezogener Notfallmedikation).

5.8 Infusionsgabe

Definition Intravenöses oder subkutanes Einfließen steriler Lösungen in den Körper, ggf. mit Zugabe weiterer Medikamente.

Beschreibung Die „Infusionsgabe“ umfasst das Anschließen einer Infusion. Diesen Tätigkeiten geht die Kontrolle der vorbereiteten Infusionen, die Inspektion und Vorbereitung des Zugangs oder ggf. das Legen eines subkutanen Zugangs voraus. Des Weiteren umfasst die Intervention das Einstellen der korrekten Tropfgeschwindigkeit, die sachgerechte Entfernung der Infusion und die Behandlung der Einstichstelle.

Teilschritte

Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen

Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)

Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt

Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel

Kontrolle der vorbereiteten Infusion

Positionierung entsprechend des Lokalisationsortes

Hautdesinfektion durchführen (Einwirkzeit beachten)

Zugang überprüfen, ggf. subkutanen Zugang legen

Infusion anschließen und Tropfgeschwindigkeit einstellen

Entfernen der Infusion und Verbinden des Zugangs

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

5.9 Injektion i.c./s.c.

Definition Einspritzen steriler Lösung über eine intrakutane (intradermal) oder subkutane Injektion.

Beschreibung Die Intervention „Injektion i.c. und s.c.“ beschreibt die Inspektion und Vorbereitung des Lokalisationsortes und das anschließende Einspritzen einer sterilen Lösung über eine intrakutane (intradermal) oder subkutane Injektion. Des Weiteren beschreibt die Intervention die Kontrolle der vorbereiteten Injektionen oder das Aufziehen der Injektion direkt vor der Gabe, die sachgerechte Entsorgung der Kanüle und die Versorgung der Einstichstelle.

Teilschritte

Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen

Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)

Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)

Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)

Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt

Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel

Kontrolle der vorbereiteten Spritze

Positionierung entsprechend des Lokalisationsortes

Lokalisationsort inspizieren und desinfizieren (Einwirkzeit beachten)

Injektion durchführen

Kanüle in Abwurf entsorgen, Einstichstelle mit Tupfer komprimieren

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

5.10 Injektion i.m.

Definition Einspritzen steriler Lösung in den Muskel (intramuskulär = i.m.).

Beschreibung Die Intervention „Injektion i.m.“ beschreibt die Inspektion und Vorbereitung des Lokalisationsortes und das anschließende Einspritzen einer sterilen Lösung in einen Muskel. Des Weiteren beschreibt die Intervention die Kontrolle der vorbereiteten Injektionen oder das Aufziehen der Injektion direkt vor der Gabe, die sachgerechte Entsorgung der Kanüle und die Versorgung der Einstichstelle.

Teilschritte

Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen

Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)

Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)

Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)

Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt

Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel

Kontrolle der vorbereiteten Spritze

Positionierung entsprechend des Lokalisationsortes

Lokalisationsort inspizieren und desinfizieren (Einwirkzeit beachten)

Injektion durchführen

Kanüle in Abwurf entsorgen, Einstichstelle mit Tupfer komprimieren

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

5.11 Kompressionsstrümpfe/-verband

Definition Unterstützung beim An-/Ausziehen von Kompressionsstrümpfen oder das Anlegen von Kompressionsverbänden zur Steigerung des venösen Blutrückflusses.

Beschreibung Die Intervention „Kompressionsstrümpfe/-verband“ umfasst neben dem An-/Ausziehen von Kompressionsstrümpfen oder das Anlegen von Kompressionsverbänden auch die Kontrolle auf richtigen Sitz (Falten und Einschnürungen) und eine intensive Hautbeobachtung und -pflege.

Teilschritte

Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen

Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)

Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)

Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)

Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt

Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel

Rückenlage, wenn möglich

Kompressionsstrümpfe anziehen/ausziehen, bzw. -verbände anlegen und fixieren

Kontrolle auf richtigen Sitz (Falten und Einschnürungen)

ggf. Kompressionsstrümpfe(-verbände) waschen

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

5.12 Medikamentengabe

Definition Medikamente anreichen oder verabreichen.

Beschreibung Die „Medikamentengabe“ beinhaltet die Verabreichung oder das Anreichen von Medikamenten in der jeweiligen Darreichungsform (Tropfen, Augen-Nasentropfen oder -salben, Ohrentropfen, Pulver und Granulate, Pflaster, Tabletten und Dragees, Kapseln, Zäpfchen). Zudem umfasst die Intervention die Kontrolle der gerichteten Medikamente vor der Verabreichung und die Beobachtung von Nebenwirkungen bei unbekanntem oder neu verabreichten/dosierten Medikamenten.

Teilschritte

Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen

Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)

Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt

Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel

Gerichtete Medikamente vor Verabreichung kontrollieren

Medikament anreichen oder verabreichen

Ggf. Einnahme überprüfen

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

5.13 Medikationsmanagement

Definition Lagerung, Richten und Entsorgen von Medikamenten.

Beschreibung Das „Medikamentenmanagement“ umfasst die Lagerung, das Richten und die Bestellung bzw. Entsorgung von Medikamenten. Zur Vorbereitung gehört u.a. das Bereitstellen der Pflegedokumentation, Arzneimittel, Dispenser, Abwurfbehälter.

5.14 Sauerstoffgabe

Definition Verabreichung von Sauerstoff

Beschreibung Die „Sauerstoffgabe“ beinhaltet das Freimachen der Atemwege, das Anbringen/ bzw. die Entfernung des Applikationssystems und das Einstellen des Geräts. Des Weiteren umfasst die Intervention die Kontrolle der Geräteeinstellungen und dessen Füllmenge, der Anschlüsse und der Alarmfunktion. Ggf. müssen in diesem Zusammenhang der Sauerstoffbefeuchter aufgefüllt, das Schlauch- und Applikationssystem gewechselt werden.

Teilschritte

Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen

Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)

Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)

Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)

Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt

Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel

Oberkörper erhöht positionieren

Atemwege freimachen (Nase putzen, ggf. absaugen)

Gerät einstellen und Literzahl prüfen/anpassen

Applikationssystem entfernen; Sauerstoffflasche/-gerät verschließen/ausmachen

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

5.15 Temperaturregulation

Definition Anwenden von geeigneten nicht-medizinischen Maßnahmen zur Temperaturregulation.

Beschreibung Die „Temperaturregulation“ umfasst die Anwendung von geeigneten nicht-medizinischen Maßnahmen zur Temperaturregulation (z. B. Wärme zuführen, fiebersenkende Waschung, Anwenden von Kühlelementen). In diesem Zusammenhang umfasst die Intervention das Wählen einer geeigneten Maßnahme, ihre Durchführung und die Beobachtung von Besonderheiten und der Effektivität der getroffenen Maßnahmen.

Teilschritte

Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen

Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)

Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)

Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)

Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt

Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel

Positionierung entsprechend der gewählten Methode

ggf. An- und Auskleiden

Durchführung geeigneter Maßnahmen angepasst an Temperatursituation und Fieberphase

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

5.16 Untersuchungsassistenz

Definition Unterstützung der pflegebedürftigen Person während einer ärztlichen Maßnahme/Untersuchung.

Beschreibung Die „Untersuchungsassistenz“ umfasst die Unterstützung einer pflegebedürftigen Person während einer ärztlichen Maßnahme/Untersuchung, eine fortlaufende kommunikative Interaktion während der pflegerischen Tätigkeit, deren Fokus auf der emotionalen Unterstützung und der Ablenkungen der betroffenen Person liegt.

Teilschritte

Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen

Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)

Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)

Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)

Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt

Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel

Assistenz bei der Intervention (z. B. Überwachung der Lagerung der pflegebedürftigen Person, Verbinden der Behandlungsstelle)

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

5.17 Vitalzeichenkontrolle: Blutdruck und Puls

Definition Erfassung des Pulses und des Blutdrucks.

Beschreibung Die „Vitalzeichenkontrolle: Blutdruck und Puls“ umfasst die korrekte Erfassung des Pulses und des Blutdrucks sowie die anschließende Analyse der Werte und ggf. die Informationsweitergabe an den Arzt bzw. die Ärztin (wenn angezeigt).

Teilschritte

Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen

Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)

Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt

Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel

ggf. Positionierung

Arm zugänglich machen und in Herzhöhe platzieren

Durchführung der Messung

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

5.18 Vitalzeichenkontrolle: Blutzucker

Definition	Kapillare Blutentnahme zur Blutzuckerbestimmung.
Beschreibung	Die „Vitalzeichenkontrolle: Blutzucker“ umfasst die kapillare Blutentnahme mit dem Ziel der Blutzuckerbestimmung sowie die anschließende Analyse der Werte und ggf. die Informationsweitergabe an den Arzt bzw. die Ärztin (wenn angezeigt).

Teilschritte

Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen
Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)
Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt
Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel
ggf. Funktionskontrolle des Messgerätes (nach Herstellerangaben)
Hände der pflegebedürftigen Person gründlich waschen und Durchblutung fördern
Gerät mit Teststreifen und Lanzette/Stechhilfe vorbereiten
Desinfektion der Punktionsstelle (Einwirkzeit beachten)
mit Lanzette/Einstichhilfe Punktionsstelle punktieren
zweiten Blutstropfen für Messung nehmen
Einstichstelle komprimieren (lassen)
Messwert ablesen
Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)
Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

5.19 Vitalzeichenkontrolle: Körpertemperatur

Definition	Erfassung der Körpertemperatur mittels Thermometer.
Beschreibung	Die „Vitalzeichenkontrolle: Körpertemperatur“ umfasst die korrekte Erfassung der Körpertemperatur mittels eines Thermometers sowie die anschließende Analyse der Werte und ggf. die Informationsweitergabe an den Arzt bzw. die Ärztin (wenn angezeigt).

Teilschritte

Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen
Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)
Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)
Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)
Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt
Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel
Messort zugänglich machen, ggf. Positionierung der pflegebedürftigen Person
Thermometer mit Schutzhülle vorbereiten
Durchführung der Messung
Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)
Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

5.20 Wiegen

Definition	Erfassung des Körpergewichts.
Beschreibung	Die Intervention „Wiegen“ umfasst die Erfassung des Körpergewichts unter der Einhaltung immer gleicher Bedingungen (gleiche Waage bzw. gleiches Verfahren, gleiche Tageszeit und gleiche Kleidung), mittels einer Steh-, Sitz oder Bettwaage oder durch Ermittlung des Taillen- und Hüftumfangs (Waist-to-Hip-Ratio = WHR).

Teilschritte

Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen
Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)
Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)
Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt
Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel
Wiegung durchführen oder den Taillen- und Hüftumfang messen
Wert ablesen, ggf. WHR-Ratio ausrechnen
Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)
Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

5.21 Wundpflege

Definition Phasengerechte Versorgung einer Wunde unter Einhaltung hygienischer Vorgaben.

Beschreibung Die „Wundpflege“ umfasst das Anlegen bzw. die Entfernung von Wundverbänden, die Wundreinigung und die Inspektion der Wunde unter Berücksichtigung der ärztlichen Anordnungen. Die Intervention umfasst zudem ggf. die Verabreichung von Schmerzmitteln vor dem Verbandwechsel.

Teilschritte

Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen

Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)

Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)

Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)

Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt

Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel

Positionierung entsprechend des Wundortes, ggf. Lagerungshilfsmittel

Entfernung und Inspektion der alten Wundauflage incl. Tamponaden

Reinigung der Wunde entsprechend der Wundart, ggf. Spülung

ggf. Rasur und Hautpflege

Inspektion der gereinigten Wunde

Anlegen des neuen Wundverbands

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

6. Beratung und Schulung

6.1 Beratung: Chronische Wundversorgung

6.2 Beratung: Dekubitusprophylaxe

6.3 Beratung: Ernährungsmanagement

6.4 Beratung: Förderung der Kontinenz

6.5 Beratung: Mobilität

6.6 Beratung: Schmerzmanagement

6.7 Beratung: Sturzprophylaxe

6.8 Beratung: sonstige Themenfelder

Definition Beratung ist ein kommunikativer Unterstützungsprozess, mit dem Ziel, Strategien zur Problemlösung zu entwickeln.

Beschreibung Durch die Beratung sollen Pflegerisiken und andere Probleme erörtert und erfasst werden. Die Beratung umfasst vier Phasen.

- Die Orientierungsphase soll durch Zuhören das Problem erfassen.
- In der Klärungsphase soll durch gezieltes Nachfragen das Problem spezifiziert werden.
- Die gemeinsame Zielfindung sowie das Aufklären/Aufzeigen von Handlungsmöglichkeiten wird in der Veränderungsphase gemacht.
- Die Abschlussphase dient zur gemeinsamen Reflexion und Auswirkungen der möglichen Veränderungen.

Teilschritte

Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen

Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)

Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel

Beratungsgespräch

ggf. Vermittlung an weitere Beratungsstellen

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

6.9 Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

Definition Beratung der pflegebedürftigen Person über die Möglichkeiten zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase.

Beschreibung Die „Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ beinhaltet die Beratung der pflegebedürftigen Person über die medizinisch-pflegerische Versorgung und Betreuung in der letzten Lebensphase sowie das Aufzeigen von Hilfen und Angeboten der Sterbebegleitung.

Teilschritte

Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen

Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)

Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel

Beratungsgespräch

ggf. Vermittlung an weitere Beratungsstellen

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

6.10 Schulung

Definition Geplante und strukturierte Anleitung einer pflegebedürftigen Person/einer Gruppe zu einer bestimmten Intervention, Verhaltensweise oder zur Behebung von Wissensdefiziten.

Beschreibung Die Intervention „Schulung“ umfasst die Vorbereitung, Durchführung und Evaluation von Schulungsprogrammen unter Berücksichtigung der spezifischen Situation, der Fähigkeiten und der Ressourcen der betroffenen Personen. Dies beinhaltet das gemeinsame Festlegen realistischer Lernziele, die Demonstration der zu erlernenden Handlungen und deren gemeinsames Üben. Ggf. können weitere Bezugspersonen in die Intervention einbezogen werden oder die betroffene Person an weitere Spezialisten vermittelt werden.

Teilschritte

Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen

Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)

Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt

Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel

Theoretische Einführung in die jeweilige Thematik

Demonstration der zu erlernenden Handlung

Üben/Nachmachen der demonstrierten Handlung

Evaluation der Lernziele und Schulung

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

7. Pflegeprozess/Kommunikation/Organisation

7.1 Dokumentation

Definition	Systematische, schriftliche Datensammlung als Teil der prozessorientierten Pflegeplanung.
Beschreibung	Die „Dokumentation“ umfasst das Aufzeichnen sachdienlicher Informationen zur pflegebedürftigen Person in die Pflegedokumentation. Dazu gehört das Schreiben von Berichten über relevante Ereignisse wie Pflegeergebnisse, Veränderungen und Auffälligkeiten. Zudem werden Information und Anordnungen externen Berufsgruppen (Arzt, Therapie usw.) dokumentiert.

7.2 Einzug

Definition	Alle Maßnahmen, die den Einzug einer pflegebedürftigen Person betreffen und die individuelle Eingewöhnung ermöglichen.
Beschreibung	Der „Einzug“ umfasst ein Einzugsgespräch, zur erstmaligen/weiteren Erfassung wichtiger Informationen, die Vorstellung bei den Mitbewohner*innen, den Pflege- und Betreuungskräften und das Zeigen der Einrichtung. Ggf. kann in diesem Rahmen ein Pflegeassessment durchgeführt und die Pflegeplanung vorbereitet werden. Zur Intervention „Einzug“ gehören auch organisatorische Arbeitsschritte wie Beschriften der Akte, der Zimmertür, Kontaktaufnahme zu Ärzten*innen, etc.

7.3 Steuerung des Pflegeprozesses

Definition	Ermittlung pflegerischer Risiken durch die Anwendung von spezifischen Messinstrumenten und der daraus folgenden Planung und Evaluation des pflegerischen Ablaufs.
Beschreibung	Die Intervention „Steuerung des Pflegeprozesses“ umfasst <ul style="list-style-type: none">- ein gezieltes und fortlaufendes Sammeln, Auswerten und Zusammenführen von potenziellen Risikofaktoren (Gesundheits- und Pflegerisiken). Auf dieser Grundlage soll die Pflegestrategie individuell an die pflegebedürftige Person angepasst werden, um eine Risikominderung zu erzielen.- die Erarbeitung einer Pflegeanamnese (einschließlich der hierzu durchgeführten Assessments),- die Festlegung von Pflegezielen (gilt nicht für die Umsetzung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung),- die Planung der Pflegemaßnahmen und deren Evaluation.

Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die Abstimmung mit der pflegebedürftigen Person über mögliche Pflegeprobleme und die einzelnen Planungsschritte. Ggf. werden in diesem Zusammenhang auch Pflegediagnosen formuliert.

7.4 Angehörigenarbeit

Definition	Gegenseitiger Informationsaustausch, Fürsprache, Unterstützung und positiver Verstärkung der Angehörigen einer pflegebedürftigen Person.
Beschreibung	Die „Angehörigenarbeit“ umfasst neben dem Informationsaustausch die Beratung und Anleitung, z. B. zu veränderten Pflegesituationen, zum Umgang mit Hilfsmitteln, Pflege Techniken o.ä.. Ziel der Angehörigenarbeit ist die Steigerung des Wohlbefindens der pflegebedürftigen Person durch die Integration ihrer Angehörigen in die Versorgung, aber auch die Entlastung der Angehörigen z. B. durch Gespräche.

7.5 Berufsgruppenübergreifende Kommunikation (extern)

Definition	Koordination und Steuerung des Informationsflusses zu Behandlungen, notwendiger Dienst- und Sachleistungen einer pflegebedürftigen Person.
Beschreibung	Die „Berufsgruppenübergreifende Kommunikation (extern)“ umfasst den Austausch und Abgleich von personenbezogenen und pflegerelevanten Daten, die Organisation der Pflegehilfsmittelversorgung, den Informationsaustausch zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie weiterer relevanter Dienstleistungen mit der jeweiligen Berufsgruppe und die Koordination von Terminen und Abläufen. Zudem beinhaltet die Intervention die Rücksprache und Abstimmung mit der betroffenen Person und ihren Angehörigen.

7.6 Bewohnergespräch

Definition	Den verbalen/nonverbalen Mitteilungen einer pflegebedürftigen Person Aufmerksamkeit schenken und mit einer Grundhaltung von Empathie, Akzeptanz und Echtheit durch bewusstes Zuhören und Anwenden von auf die Situation angepasster Kommunikationstechniken (z. B. Validation) Beziehungen aufbauen.
Beschreibung	Das „Bewohnergespräch“ umfasst die Konversation mit einer pflegebedürftigen Person unter Einhaltung der allgemeinen Kommunikationsregeln (z. B. ausreden lassen) und geeigneter Validationsmethoden (Fragen, Zusammenfassen, Polarisieren, Vermitteln des Gegenteils, Emotionen, Spiegeln, Musik, Berühren, Verbindung Verhalten - Bedürfnis, Erinnern). Die Pflegekraft zeigt in diesem Zusammenhang Respekt, Akzeptanz, Empathie und Interesse für die Anliegen der pflegebedürftigen Person.

7.7 Dienstübergabe

Definition Übergabe von relevanten Informationen zu den pflegebedürftigen Personen beim Schichtwechsel.

Beschreibung Die „Dienstübergabe“ umfasst die Weitergabe relevanter Informationen über medizinische und pflegerische Diagnosen, den aktuellen pflegerischen und gesundheitlichen Zustand, die angewendeten Maßnahmen, zu Therapieänderungen und Terminen. Ggf. kann hierbei ein Austausch von Ideen zur Lösung möglicher Probleme stattfinden und die pflegebedürftige Person durch eine „Übergabe am Bett“ einbezogen werden.

7.8 Mitarbeiterkommunikation

Definition Austausch mit einem*r Mitarbeiter*in derselben Einrichtung zu relevanten Informationen zu pflegebedürftigen Personen und/oder der Organisation während einer Schicht.

Beschreibung Die „Mitarbeiterkommunikation“ umfasst beispielsweise die Weitergabe eines veränderten Zustandes der pflegebedürftigen Person an Kollegen*innen und das Abstimmen des weiteren Vorgehens. Die Regelung von Verantwortlichkeiten zu anfallenden Aufgaben ist auch Bestandteil der Mitarbeiterkommunikation (z. B. Notwendige Abstimmung mit der Küche, Übernahme nicht geplanter Interventionen).

7.9 Multidisziplinäre Fallbesprechung

Definition Planung und Evaluation gemeinsamer Handlungsschritte durch Zusammentragen von Expertenwissen aller Berufsgruppen, die an der Versorgung der pflegebedürftigen Person beteiligt sind.

Beschreibung Die „Multidisziplinäre Fallbesprechung“ dient der Verbesserung des Pflegeergebnisses und ist somit ein wichtiges Instrument des Qualitätsmanagements. Zur Erreichung eines definierten Ziels werden während des Treffens das Expertenwissen aller an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen zusammengetragen und Lösungsstrategien entwickelt.

7.10 Dienstgang

Definition Verlassen des Arbeitsbereichs während der Arbeitszeit zur Erledigung dienstlicher Aufgaben.

Beschreibung Die Intervention „Dienstgang“ umfasst die Erledigung von dienstlichen Aufgaben wie beispielweise die Beschaffung benötigter Utensilien (z. B. dringend benötigte Medikamente bei der Apotheke holen), durch Verlassen des Arbeitsbereichs. Der Dienstgang schließt die Begleitung durch eine pflegebedürftige Person aus.

7.11 Ehrenamt

Definition Koordination, Unterstützung und Kontrolle der ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen.

Beschreibung Die Intervention „Ehrenamt“ umfasst die Akquise und die Unterstützung von ehrenamtlichen Mitarbeitern*innen sowie Angehörige, Nachbar*innen, Mitglieder von Selbsthilfegruppen und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen. Die Unterstützung umfasst:

- vorbereitende und begleitende Schulungen und/oder
- Planung und Organisation der Einsätze.

Die Kontrolle der Durchführung ehrenamtlich erbrachter Interventionen ist eingeschlossen.

7.12 Gerätemanagement und Notfallwagenkontrolle

Definition Instandhaltung von Geräten und Hilfsmitteln zur Sicherstellung der Pflege (incl. Notfallwagenkontrolle).

Beschreibung Die Intervention „Gerätemanagement“ umfasst die Funktionsprüfung von medizinischen Geräten (z. B. Blutzuckergerät durch Kontrollmessung, Batterien), Hilfsmitteln (z. B. Lifter, Rollstuhl) und die Kontrolle des Notfallwagens (z. B. Vollständigkeit, abgelaufene Materialien). Die Bestellung von neuen Geräten und die Organisation einer professionellen Wartung ist eingeschlossen.

7.13 Materialmanagement

Definition Beschaffung von nicht bewohnerbezogenen Materialien.

Beschreibung Die Intervention „Materialmanagement“ umfasst das Bestellen, Annehmen und Ein-sortieren von Waren wie beispielsweise Büroutensilien, Kleidung der Mitarbeiter*in-nen, Pflegehilfsmittel wie Handschuhe und Desinfektionsmittel.

7.14 Planung Aufenthaltswechsel

Definition Organisation eines vorübergehenden oder dauerhaften Ortswechsels einer pflegebe-dürftigen Person inner- oder außerhalb der Einrichtung.

Beschreibung Die Intervention „Planung Aufenthaltswechsel“ umfasst alle organisatorischen und administrativen Vorbereitungen eines vorübergehenden oder dauerhaften Ortswech-sels einer pflegebedürftigen Person inner- oder außerhalb der Einrichtung (z. B. Um-zug in ein anderes Zimmer, Arzt- /Therapiebesuche, Krankenhausaufenthalte, Umzug in eine andere Einrichtung oder in die häusliche Umgebung, Beurlaubungseinrichtun-gen o.ä.). Dazu gehört auch die Abstimmung mit allen beteiligten Personen und Be-rufsgruppen.

7.15 Rundgang/Sicherheit gewährleisten

Definition Gezieltes Aufsuchen der Bewohnerzimmer, um durch Beobachtung oder kurzen Aus-tausch den Zustand der pflegebedürftigen Person zu erfassen.

Beschreibung Die Intervention „Rundgang/Sicherheit gewährleisten“ umfasst die Beobachtung oder einen kurzen Austausch mit der pflegebedürftigen Person zu ihrem Befinden durch das gezielte Aufsuchen der Bewohnerzimmer. Im Nachdienst ist ein gezielter Blick auf die schlafenden pflegebedürftigen Personen ausreichend. Pflegerische Interventionen sind im „Rundgang“ nicht eingeschlossen.

8. Qualitätsmanagement-Aufgaben

8.1 Anleitung/Einarbeitung/Ausbildung

Definition Unterstützung von Schülern*innen und neuen Mitarbeiter*innen bei der Orientierung und Schaffung von Praxis- und Lernerfahrungen zur schrittweisen eigenständigen Wahrnehmung beruflicher Aufgaben.

Beschreibung Die „Anleitung/Einarbeitung/Ausbildung“ umfasst die Unterstützung bei der Orientierung in der Einrichtung durch die Vorstellung der Einrichtung und des Arbeitsbereichs, das Erörtern von Richtlinien und Inhalten des Qualitätsmanagementhandbuchs, das Führen von Erst- und Reflexionsgesprächen zur Bestimmung von Lernbedarfen und Lernzielen, die Begleitung und Anleitung pflegerischer Interventionen sowie die Beurteilung des Ausbildungs- und Einarbeitungsfortschritts mithilfe von Beurteilungs-/Feedbackgesprächen.

8.2 Audit (intern/extern)

Definition Überprüfung des Qualitätsmanagements durch ein systematisches Untersuchungsverfahren.

Beschreibung Durch die Intervention „Audit (intern/extern)“ umfasst die Planung, Durchführung, Begleitung und Nachbereitung des Untersuchungsverfahrens zur Entwicklung des eigenen Qualitätsmanagementsystems (intern) oder der Feststellung der Qualitätsfähigkeit (extern). Dabei wird die Erfüllung von Anforderungen und Richtlinien zu beispielsweise Themen der Hygiene, Datensicherheit, Arbeitsschutz usw. durch den Qualitätsbeauftragten erfasst.

8.3 Beschwerdemanagement

Definition Systematischer Umgang mit Beschwerden.

Beschreibung Das „Beschwerdemanagement“ umfasst die systematische Erfassung, Bearbeitung und Auswertung von Beschwerden, um die Ursache der Beschwerde zu beheben und den Dienstleistungsprozess zu optimieren.

8.4 Bewohnerbefragung

Definition Abfrage zur Dienstleistungsqualität mittels Fragebögen.

Beschreibung	Die „Bewohnerbefragung“ umfasst die Planung, Durchführung und Nachbereitung einer Bewohnerbefragung, um ein Stimmungsbild der Bewohner einzuholen und auf dieser Grundlage Stärken und Verbesserungspotenziale zu erkennen. Sie werden mittels Fragebögen durchgeführt.
--------------	---

8.5 Fortbildung

Definition	Planung und/oder Durchführung von Mitarbeiterschulungen.
Beschreibung	Die „Fortbildung“ umfasst das Erkennen der unterschiedlichen Bedarfe der Kollegen*innen/Mitarbeiter*innen und diese in den Fortbildungsplan mitaufzunehmen. Ziel ist es, einen aktuellen und gleichen Wissensstand der Kollegen*innen zu erreichen. Fortbildungen können durch externe Mitarbeiter*innen als auch durch qualifizierten Mitarbeiter*innen der Einrichtung erfolgen.

8.6 Pflegevisite

Definition	Geplante und systematische Begutachtung und Analyse des Pflegeprozesses einschließlich der Leistung der Pflegekraft sowie dem Austausch mit der pflegebedürftigen Person.
Beschreibung	Die „Pflegevisite“ umfasst die Überprüfung des Pflegeprozesses sowie der Pflegequalität. Sie kennzeichnet sich durch Gespräche mit Mitarbeiter*innen, pflegebedürftiger Person und einer Begutachtung der Pflege aus. Dabei richtet sich der Blick auf die Umsetzung professioneller Praxisstandards im Zusammenhang mit der Erfassung der Pflegesituation. Die Ergebnisse der Pflegevisite werden in einem abschließenden Gespräch mit der Pflegekraft besprochen und führen ggf. zu einer Anpassung des Pflegeprozesses.

8.7 Projektmanagement

Definition	Planung, Koordination und Evaluation eines Projektes.
Beschreibung	Das „Projektmanagement“ umfasst alle Tätigkeiten, die im Rahmen der Planung, Koordination und Evaluation eines Projekts oder projektübergreifend anfallen (inklusive der einrichtungsspezifischen Arbeitsgruppen, z. B. Qualitätszirkel).

8.8 Qualitätscontrolling/Kennzahlen/Berichterstattung

Definition Erhebung und Auswertung von Daten im Rahmen des Qualitätscontrollings zur Einleitung von Veränderungsprozessen sowie die Übermittlung qualitätsrelevanter Daten, Entwicklungsstand und Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems an die Leitung zur strategischen Entscheidungsfindung.

Beschreibung Die Intervention „Qualitätscontrolling/Kennzahlen/Berichterstattung“ umfasst die Sammlung, Darstellung und die Analyse von definierten Qualitätsindikatoren für Dienstleistungen und Prozesse zum Zweck einer Verbesserung der Versorgung. Definierte Ziele und Kennzahlen werden anhand verschiedener Methoden (Balanced Score Card, Benchmarking) überprüft.

Die Intervention umfasst zudem die Übermittlung aktueller qualitätsrelevanter Daten, den Entwicklungsstand und Wirksamkeit der Maßnahmen des Qualitätsmanagements durch das Qualitätsmanagement an die Leitung nach hausinternen Vorgaben.

8.9 Qualitätsdokumentation/-handbuch

Definition Erarbeitung und Evaluation von Prozessen, Standards und Richtlinien zur Erleichterung von Arbeitsabläufen und Sicherstellung definierter Gütekriterien.

Beschreibung Im Rahmen der Qualitätssicherung umfasst die Intervention „Qualitätsdokumentation/-handbuch“ u. a. die Erarbeitung, Einführung und Evaluation von Standards zu relevanten Leistungsbereichen der Pflege, Hauswirtschaft, sozialer Betreuung, Hygiene oder Ernährung. Bestehende Dokumente des Qualitätshandbuchs werden auf ihre Gültigkeit geprüft und bei Veränderungen überarbeitet und entsprechend des hausinternen Kommunikationsweges an die Mitarbeiter*innen herangetragen.

8.10 Qualitätszirkel

Definition Arbeitstreffen zur Entwicklung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisstandards.

Beschreibung Die Intervention „Qualitätszirkel“ umfasst die Planung und inhaltliche Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung eines Arbeitstreffens (Kleingruppe von Mitarbeiter*innen), um Probleme ihrer Arbeitsbereiche zu identifizieren, analysieren und zu lösen. Ziel ist die Förderung von Qualität und Qualifikation.

8.11 Risiko- und Fehlermanagement

Definition	Systematische Erfassung, Bewertung und Steuerung von Risiken und Fehlern.
Beschreibung	Das „Risiko- und Fehlermanagement“ umfasst das Erfassen und Bewerten von Risiken und Fehler zur Entwicklung von Strategien für Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen (z. B. Hygiene, Datenschutz, Arbeitssicherheit).

9. Management

9.1 Betriebswirtschaft/Finanzierung

Definition Organisation, Planung und Steuerung von Maßnahmen zur unternehmerischen Entscheidungsfindung.

Beschreibung Die „Betriebswirtschaft/Finanzierung“ umfasst alle Maßnahmen zur wirtschaftlichen und einrichtungsorientierten Steuerung und Entscheidung (z. B. Abrechnung, Produkt- und Preisgestaltung, Controlling). Ziel ist die Beschaffung und Verwendung finanzieller Mittel, um die Entwicklung und Fortführung der Einrichtung zu erhalten und sicherzustellen.

Abzugrenzende Intervention: -

Eingeschlossene Interventionen: -

9.2 Gesundheitsförderung/Arbeitsschutz

Definition Planung und Umsetzung von Maßnahmen zur Arbeitssicherheit und Gesundheitsförderung.

Beschreibung Die Intervention „Gesundheitsförderung/Arbeitsschutz“ umfasst die Planung und Umsetzung von Maßnahmen und Strategien, die zur Förderung der Gesundheit der Mitarbeiter*innen dienen oder Gefahren abwenden sollen. Die Intervention umfasst auch Einweisung der Mitarbeiter*innen zu Arbeitsschutzmaßnahmen.

9.3 Kommunikation und Information

Definition Planung, Durchführung und Evaluation von Mitarbeitergesprächen, Dienstbesprechungen und Weitergabe zielgerichteter Informationen anhand des Informationssystems und Kommunikationstechnologien.

Beschreibung Die „Kommunikation und Information“ umfasst die Kommunikation zu einzelnen (potenziellen) Mitarbeiter*innen (z. B. Bewerbungs-, Kündigungs-, Feedbackgespräch) oder dem gesamten Team (z. B. Dienstbesprechung, Stationsbesprechung) einschließlich der Vor- und Nachbereitung.

9.4 Öffentlichkeitsarbeit/Marketing

Definition	Planung, Umsetzung und Evaluation von Maßnahmen und Konzepten, die die Bekanntheit und das Image der Einrichtung fördert.
Beschreibung	Die Intervention „Öffentlichkeitsarbeit/Marketing“ umfasst alle Maßnahmen (z. B. Corporate Design, externe Kommunikation, Messestand, Medienarbeit), die zur zielgerichtete Bekanntheit des Unternehmens führen und dadurch die Erreichung der Unternehmensziele fördern.

9.5 Personal: Entwicklung

Definition	Planung, Durchführung und Evaluation von Maßnahmen zur Förderung der Kompetenzen aller Mitarbeiter*innen.
Beschreibung	Die „Personal: Entwicklung“ umfasst die Berücksichtigung persönlicher und unternehmerischer Interessen bei der Kompetenzförderung (Fort- und Weiterbildung). Ziel ist es, die Entwicklung von Kompetenzen zu jetzigen und zukünftigen Aufgaben der betreffenden Person zu erkennen und durch Instrumente wie z. B. Entwicklungsgespräche und Zielvereinbarungen, bindende Absprachen zu treffen.

9.6 Personal: Organisation/Verwaltung

Definition	Maßnahmen zum organisatorischen und administrativen Beschäftigungsprozess der Mitarbeiter*innen.
Beschreibung	Die Intervention „Personal: Organisation/Verwaltung“ umfasst die Gesamtheit aller Routinetätigkeiten im Bereich der Personalwirtschaft. Dazu gehörten folgende Aufgaben: <ul style="list-style-type: none">- Informationsaufnahme über Mitarbeiter und deren korrekte Speicherung (EDV, Personalakte)- Abwicklungsaufgaben wie Einstellung, Versetzung, Austritt, Beurteilungen wie Zeugnis, Abmahnung usw.- Abrechnungsaufgaben- Meldeaufgaben wie Lohnsteueranmeldung oder Meldung an den Sozialversicherungsträger- Interne Meldungen- Überwachungsaufgaben wie Krankenstand, Fluktuation, Arbeitszeitkonten- Dienst- und Einsatzplanung

9.7 Rezeption und Aneignung gesetzlicher und fachlicher Anforderungen

Definition	Rezipieren und Aneignen von Wissen über gesetzlichen Änderungen, Richtlinien und Standards, die sich auf Pflegesystem und -praktiken auswirken.
Beschreibung	Die „Gesundheitspolitikbeobachtung“ umfasst die gezielte Überwachung von Gesetzen, Verordnungen, Richtlinien und Standards, die sich auf das Pflegesystem auswirken können. Ziel ist die Qualität der Versorgung von pflegebedürftigen Personen sicherzustellen.

9.8 Teamentwicklung

Definition	Anwendung von Methoden zur Förderung konstruktiver Dialoge sowie Reflexion und Beratung.
Beschreibung	Die „Teamentwicklung“ umfasst Maßnahmen zur Erhaltung und Verbesserung der Handlungsfähigkeit durch z. B. Supervision, Coaching, Kollegiale Beratung, Konfliktmanagement.

A 3.3 Handbuch zum Interventionskatalog

PeBeM-Personalbewertung

Inhaltsverzeichnis

1.	Mobilität.....	7
1.1	Bewegungsförderung	7
1.2	Positionierung.....	12
1.3	Transfer/Fortbewegen.....	16
1.4	Transportbegleitung.....	20
2.	Kognitive und kommunikative Fähigkeiten/Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	25
2.1	Alltagsgestaltung: Gedächtnistraining.....	25
2.2	Alltagsgestaltung: Realitätsorientierung.....	25
2.3	Alltagsgestaltung: Kunst.....	25
2.4	Alltagsgestaltung: Musik.....	25
2.5	Alltagsgestaltung: Spielen.....	25
2.6	Alltagsgestaltung: Tiere	25
2.7	Alltagsgestaltung: sonstige Themenfelder	25
2.8	Alltagsgestaltung: Planung	25
2.9	Alltagsgestaltung: Vorbereitung.....	26
2.10	Basale Stimulation	27
2.11	Bettwache	31
2.12	Biographarbeit.....	31

2.13	Einkaufsfahrt.....	31
2.14	Snoezelen.....	33
2.15	Spirituelle Unterstützung.....	38
3.	Verhaltensweisen und psychische Problemlagen.....	39
3.1	Isolation (räumliche Einschränkung).....	39
3.2	Körpernahe Fixierung.....	43
3.3	Verhaltens- und umgebungsbezogene Interventionen.....	47
4.	Selbstversorgung.....	51
4.1	An- und Auskleiden.....	51
4.2	Ausscheidungsmanagement.....	56
4.3	Beckenbodentraining.....	61
4.4	Enterale Ernährung.....	66
4.5	Emesismanagement.....	72
4.6	Haarpflege (einschließlich Rasur).....	76
4.7	Hauswirtschaftliche Unterstützung.....	81
4.8	Hilfe beim Aufstehen.....	83
4.9	Hilfe beim Zubettgehen.....	89
4.10	Intimpflege.....	95
4.11	Körperpflege: Baden.....	101
4.12	Körperpflege: Duschen.....	108
4.13	Körperpflege: Waschen am Waschbecken.....	115

4.14	Körperpflege: Waschen im Bett.....	123
4.15	Maniküre/Pediküre.....	131
4.16	Mund- und Zahnpflege.....	137
4.17	Nahrungsaufnahme: Durchführung.....	143
4.18	Nahrungsaufnahme: Vorbereitung.....	149
4.19	Postmortale Versorgung.....	149
4.20	Schlucktraining.....	150
5.	Krankheits- und therapiebedingte Aufgaben.....	155
5.1	Absaugen.....	155
5.2	Atemwegsmanagement.....	159
5.3	Blasenkatheterisierung.....	163
5.4	Blutentnahme: venös.....	168
5.5	Einlauf.....	173
5.6	Ernährungssonde: Legen.....	178
5.7	Erste Hilfe.....	182
5.8	Infusionsgabe.....	183
5.9	Injektion i.c./s.c.....	187
5.10	Injektion i.m.....	191
5.11	Kompressionsstrümpfe/-verband.....	195
5.12	Medikamentengabe.....	199
5.13	Medikationsmanagement.....	203
5.14	Sauerstoffgabe.....	204

5.15	Temperaturregulation	210
5.16	Untersuchungsassistentz	215
5.17	Vitalzeichenkontrolle: Blutdruck und Puls.....	220
5.18	Vitalzeichenkontrolle: Blutzucker	224
5.19	Vitalzeichenkontrolle: Körpertemperatur	228
5.20	Wiegen	233
5.21	Wundpflege	237
6.	Beratung und Schulung.....	241
6.1	Beratung: Chronische Wundversorgung	241
6.2	Beratung: Dekubitusprophylaxe	241
6.3	Beratung: Ernährungsmanagement	241
6.4	Beratung: Förderung der Kontinenz	241
6.5	Beratung: Mobilität	241
6.6	Beratung: Schmerzmanagement.....	241
6.7	Beratung: Sturzprophylaxe	241
6.8	Beratung: sonstige Themenfelder	241
6.9	Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase	245
6.10	Schulung	249
7.	Pflegeprozess/Kommunikation/Organisation.....	253
7.1	Dokumentation	253
7.2	Einzug.....	253

7.3	Steuerung des Pflegeprozesses	254
7.4	Angehörigenarbeit.....	254
7.5	Berufsgruppenübergreifende Kommunikation (extern).....	255
7.6	Bewohnergespräch.....	255
7.7	Dienstübergabe	259
7.8	Mitarbeiterkommunikation	259
7.9	Multidisziplinäre Fallbesprechung.....	260
7.10	Dienstgang.....	260
7.11	Ehrenamt	261
7.12	Gerätemanagement und Notfallwagenkontrolle	261
7.13	Materialmanagement.....	261
7.14	Planung Aufenthaltswechsel	262
7.15	Rundgang/Sicherheit gewährleisten	262
8.	Qualitätsmanagement.....	263
8.1	Anleitung/Einarbeitung/Ausbildung.....	263
8.2	Audit (intern/extern)	263
8.3	Beschwerdemanagement.....	264
8.4	Bewohnerbefragung.....	264
8.5	Fortbildung	264
8.6	Pflegevisite.....	265
8.7	Projektmanagement	265
8.8	Qualitätscontrolling/Kennzahlen/Berichterstattung.....	266

8.9	Qualitätsdokumentation/-handbuch.....	266
8.10	Qualitätszirkel	267
8.11	Risiko- und Fehlermanagement.....	267
9.	Management.....	268
9.1	Betriebswirtschaft/Finanzierung	268
9.2	Gesundheitsförderung/Arbeitsschutz	268
9.3	Kommunikation und Information	269
9.4	Öffentlichkeitsarbeit/Marketing.....	269
9.5	Personal: Entwicklung.....	269
9.6	Personal: Organisation/Verwaltung	270
9.7	Rezeption und Aneignung gesetzlicher und fachlicher Anforderungen.....	270
9.8	Teamentwicklung.....	271

1. Mobilität

1.1 Bewegungsförderung

Definition	Förderung der Bewegung zur Erhaltung oder zum (Wieder)Aufbau der Mobilität.	
Beschreibung	Die „Bewegungsförderung“ beinhaltet allgemeine und spezielle Bewegungsübungen (aktiv, passiv, assistiv, resistiv), ebenso wie das Einüben bestimmter Bewegungsabläufe (z. B. Positionsveränderung im Bett, Aufsitzen) mit und ohne Hilfsmittel (Gehhilfen, Rollstuhl, etc.).	
	Abzugrenzende Intervention: -	
	Eingeschlossene Interventionen: Positionierung, Transfer/Fortbewegen	
Teilschritte	Ausprägungen	BI-Ableitungen
Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen		
Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)		
Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt		
Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel		
Positionierung entsprechend der gewählten Übung	1:Selbstständige Durchführung; 2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen; 3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen; 4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme	1:ODER(1.1=0;1.2=0;1.3=0) 2:ODER(1.1=1;1.2=1;1.3=1) 3:ODER(1.1=2;1.2=2;1.3=2) 4:ODER(1.1=3;1.2=3;1.3=3;1.6=1a)

Anwendung der geeigneten Methode	<p>1:Selbstständige Durchführung;</p> <p>2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme</p>	<p>1:(1.1=0;1.2=0;1.3=0;1.4=0;1.5=0)</p> <p>2:(1.1=1;1.2=1;1.3=1;1.4=1;1.5=1)</p> <p>3:(1.1=2;1.2=2;1.3=2;1.4=2;1.5=2)</p> <p>4:(1.1=3;1.2=3;1.3=3;1.4=3;1.5=3;1.6=1a)</p>
Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)		
Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien		
Anforderungen	Ausprägungen	BI-Ableitungen
Die Pflege und Betreuung erfolgt aktivierend (Erhaltung oder Wiedergewinnung der körperlichen, geistigen und seelischen Ressourcen)		
Rücksichtnahme auf kulturspezifische Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Kontrollieren der körperlichen Funktionfähigkeiten während der Intervention		
Rückenschonend arbeiten (z. B. Bett auf rückenschonende Arbeitshöhe bringen, Hilfsmittel einsetzen)		
Zeit nehmen und Störungen vermeiden		
Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention (u.a. Bedürfnisse und Befinden erfragen)	1: in einfacher Sprache	1:(2.10=3)

Hilfe beim Erkennen von Personen	1: Wenn erforderlich, sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben; 2: Sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben	1: ODER(2.1=1;2.1=2); 2:(2.1=3)
Hilfe bei der örtlichen Orientierung	1: Wenn erforderlich, Zeit zur örtlichen Orientierung geben; 2: Zeit zur örtlichen Orientierung geben	1: ODER(2.2=1;2.2=2); 2:(2.2=3)
Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben	1: Wenn erforderlich, Zeit für zeitliche Orientierung geben; 2: Zeit für zeitliche Orientierung geben	1: ODER(2.3=1;2.3=2); 2:(2.3=3)
Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	1: Wenn erforderlich, Zeit zur Erinnerung geben; 2: Zeit zur Erinnerung geben	1: ODER(2.4=1;2.4=2); 2:(2.4=3)
Hilfe beim Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	1: Wenn erforderlich, zur Reihenfolge der Teilschritte anleiten; 2: Zur Reihenfolge der Teilschritte anleiten	1: ODER(2.5=1;2.5=2); 2:(2.5=3)
Hilfe beim Treffen von Entscheidungen im Alltag (Förderung der Selbstbestimmung)	1: Wenn erforderlich, Anregungen zur Entscheidungsfindung geben; 2: Anregungen zur Entscheidungsfindung geben	1: ODER(2.6=1;2.6=2); 2:(2.6=3)
Hilfe beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen	1: Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben; 2: Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben und wiederholen	1: ODER(2.7=1;2.7=2); 2:(2.7=3)

Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben und wiederholen	1: ODER(2.8=1,2.8=2); 2:(2.8=3)
Mitteln elementarer Bedürfnisse fördern	1:Auf Mitteilungen elementarer Bedürfnisse achten; 2:Auf nonverbale elementare Bedürfnisse achten und eingehen; 3:Auf elementare Bedürfnisse achten und eingehen	1:(2.9=1); 2:(2.9=2); 3:(2.9=3)
Verstehen von Aufforderungen fördern	1:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, Zeit geben zum Verstehen; 2:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, ggf. wiederholen, Zeit geben zum Verstehen	1:(2.10=1); 2:(2.10=2)
Beteiligten an einem Gespräch fördern	1:Deutliche Ansprache und/oder Wörter und Sätze wiederholen;2:Deutliche Ansprache mit wenigen Worten, geschlossene Fragen stellen;3:Deutliche Ansprache mit wenigen Worten	1: ODER(2.11=1)2:(2.11=2);3:(2.11=3)
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten beachten	1:Wenn erforderlich, die Konzentration auf die aktuelle Tätigkeit lenken	1: ODER(3.1=1,3.1=2,3.1=3)
Beaufsichtigung - Mögliches aggressives Verhalten beachten	1:Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen; 2:Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1: O- DER(3.3=1;3.3=2;3.4=1,3.4=2;3.5=1,3.5=2) ; 2: ODER(3.3=3;3.4=3;3.5=3)
Mögliche verbale Aggression beachten	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1: ODER(3.6=1,3.6=2,3.6=3)
Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen;	1: ODER(3.8=1,3.8=2); 2:(3.8=3)

	2:Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen	
Wahrvorstellungen berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. auf Wahrvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen; 2:Zeit geben, ggf. auf Wahrvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen	1:ODER(3.9=1;3.9=2); 2:(3.9=3)
Ängste berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern; 2:Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern	1:ODER(3.10=1;3.10=2); 2:(3.10=3)
Auf Antriebslosigkeit eingehen	1:Wenn erforderlich, motivieren, ggf. Handlungsschritte selbst zu übernehmen	1:ODER(3.11=1;3.11=2;3.11=3)
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	1:Wenn erforderlich, sich selbst vor Übergriffen schützen	1:ODER(3.12=1;3.12=2;3.12=3)

1.2 Positionierung

Definition	Wechsel zu einer neuen Körperhaltung mittels Mikro- und/oder Makrobewegung.	
Beschreibung	Die Positionierung wird in allen liegenden und sitzenden Positionen unter Beachtung der physiologischen Körperhaltung und Stellung der Gelenke und unter Minimierung von Reibungs- und Scherkräften durchgeführt. Zu beachten ist außerdem die korrekte Anwendung von Lagerungshilfsmitteln, die sowohl den Vorgang als auch den Verbleib in der entsprechenden Positionierung sicherstellen (z. B. Anwendung einer Rutschbremse). Individuelle Merkmale der pflegebedürftigen Person (z. B. Dekubitusrisiko) wirken sich auf die Positionierung in Art und Häufigkeit sowie die Auswahl der Hilfsmittel aus. Abzugrenzende Intervention: Transfer/Fortbewegen Eingeschlossene Interventionen: Keine	
Teilschritte	Ausprägungen	BI-Ableitungen
Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen		
Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)		
Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)		
Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)		
Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt		
Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel		
Positionierung in die vorgesehene (therapeutisch) korrekte Körperhaltung, unter Minimierung von Reibungs- und Scherkräften	2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen; 3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen; 4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme	2:ODER(1.1=1;1.2=1;1.3=1); 3:ODER(1.1=2;1.2=2;1.3=2); 4:ODER(1.1=3;1.2=3;1.3=3;1.6=a)

Kontrolle der Körperhaltung unter Beachtung von Wünschen der Pflegebedürftige Person und gebotener Prophylaxemaßnahmen	
Auf korrekte Lage von Ableitungen achten	
Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)	
Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien	
Anforderungen	Ausprägungen
Die Pflege und Betreuung erfolgt aktivierend (Erhaltung oder Wiedergewinnung der körperlichen, geistigen und seelischen Ressourcen)	
Rücksichtnahme auf kulturspezifische Bedürfnisse, wenn angezeigt	
Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse, wenn angezeigt	
Kontrollieren der körperlichen Funktionsfähigkeiten während der Intervention	
Rückenschonend arbeiten (z. B. Bett auf rückenschonende Arbeitshöhe bringen, Hilfsmittel einsetzen)	
Zeit nehmen und Störungen vermeiden	
Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention (u.a. Bedürfnisse und Befinden erfragen)	1:in einfacher Sprache
Hilfe beim Erkennen von Personen	1:Wenn erforderlich, sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben; 2:Sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben
Hilfe bei der örtlichen Orientierung	1:Wenn erforderlich, Zeit zur örtlichen Orientierung geben; 1:ODER(2.2=1;2.2=2);

	2:Zeit zur örtlichen Orientierung geben	2:(2.2=3)
Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben	1:Wenn erforderlich, Zeit für zeitliche Orientierung geben; 2:Zeit für zeitliche Orientierung geben	1:ODER(2.3=1;2.3=2); 2:(2.3=3)
Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	1:Wenn erforderlich, Zeit zur Erinnerung geben; 2:Zeit zur Erinnerung geben	1:ODER(2.4=1;2.4=2); 2:(2.4=3)
Hilfe beim Treffen von Entscheidungen im Alltag (Förderung der Selbstbestimmung)	1:Wenn erforderlich, Anregungen zur Entscheidungsfindung geben; 2:Anregungen zur Entscheidungsfindung geben	1:ODER(2.6=1;2.6=2); 2:(2.6=3)
Hilfe beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben und wiederholen	1:ODER(2.7=1;2.7=2); 2:(2.7=3)
Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben und wiederholen	1:ODER(2.8=1;2.8=2); 2:(2.8=3)
Mitteilen elementarer Bedürfnisse fördern	1:Auf Mitteilungen elementarer Bedürfnisse achten; 2:Auf nonverbale elementare Bedürfnisse achten und eingehen; 3:Auf elementare Bedürfnisse achten und eingehen	1:(2.9=1); 2:(2.9=2); 3:(2.9=3)
Verstehen von Aufforderungen fördern	1:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, Zeit geben zum Verstehen; 2:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, ggf. wiederholen, Zeit geben zum Verstehen	1:(2.10=1); 2:(2.10=2)
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten beachten	1:Wenn erforderlich, die Konzentration auf die aktuelle Tätigkeit lenken	1:ODER(3.1=1;3.1=2;3.1=3)
Beaufsichtigung - Mögliches aggressives Verhalten beachten	1:Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen;	1:ODER(3.3=1;3.3=2;3.4=1;3.4=2;3.5=1;3.5=2); 2:ODER(3.3=3;3.4=3;3.5=3)

	2:Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	
Mögliche verbale Aggression beachten	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:ODER(3.6=1;3.6=2;3.6=3)
Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen; 2:Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen	1:ODER(3.8=1;3.8=2); 2:(3.8=3)
Wahnvorstellungen berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen; 2:Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen	1:ODER(3.9=1;3.9=2); 2:(3.9=3)
Ängste berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern; 2:Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern	1:ODER(3.10=1;3.10=2); 2:(3.10=3)
Auf Antriebslosigkeit eingehen	1:Wenn erforderlich, motivieren, ggf. Handlungsschritte selbst zu übernehmen	1:ODER(3.11=1;3.11=2;3.11=3)
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	1:Wenn erforderlich, sich selbst vor Übergriffen schützen	1:ODER(3.12=1;3.12=2;3.12=3)

1.3 Transfer/Fortbewegen

Definition Wechsel der Körperposition (liegen, sitzen, stehen) mit oder ohne Ortswechsel innerhalb der Einrichtung (einschließlich der Außenanlage).

Beschreibung „Transfer/Fortbewegung“ richtet sich nach dem Mobilitätsgrad der pflegebedürftigen Person. Die Pflegekraft nutzt entsprechende Aufricht-, Hebe- oder Transferhilfen und stellt beim Fortbewegen (frei oder mit Hilfsmittel) die Verringerung des Sturzrisikos durch die Verwendung von festem Schuhwerk, Brille etc. sicher.

Abzugsende Intervention: Positionierung
Eingeschlossene Interventionen: An- und Auskleiden

Teilschritte

Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen

Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig; Beachtung der Einwirkzeit)

Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt

Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel

Transfer mit der geeigneten Methode durchführen

- | | |
|---|--|
| 1:Selbstständige Durchführung; | 1:ODER(1.1=0;1.2=0;1.3=0;1.4=0;1.5=0); |
| 2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen; | 2:ODER(1.1=1;1.2=1;1.3=1;1.4=1;1.5=1); |
| 3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen; | 3:ODER(1.1=2;1.2=2;1.3=2;1.4=2;1.5=2); |
| 4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme | 4:ODER(1.1=3;1.2=3;1.3=3;1.4=3;1.5=3;1.6=ja) |

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Ausprägungen

BI-Ableitungen

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

Anforderungen

Ausprägungen

BI-Ableitungen

Die Pflege und Betreuung erfolgt aktivierend (Erhaltung oder Wiedergewinnung der körperlichen, geistigen und seelischen Ressourcen)

Rücksichtnahme auf kulturspezifische Bedürfnisse, wenn angezeigt

Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse, wenn angezeigt

Kontrollieren der körperlichen Funktionsfähigkeiten während der Intervention

Rückenschonend arbeiten (z. B. Bett auf rückenschonende Arbeitshöhe bringen, Hilfsmittel einsetzen)

Zeit nehmen und Störungen vermeiden

Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention (u.a. Bedürfnisse und Befinden erfragen)

1:(2.10=3)

Hilfe beim Erkennen von Personen

1:Wenn erforderlich, sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben;
2: Sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben

1: ODER(2.1=1;2.1=2);
2:(2.1=3)

Hilfe bei der örtlichen Orientierung

1:Wenn erforderlich, Zeit zur örtlichen Orientierung geben;
2:Zeit zur örtlichen Orientierung geben

1: ODER(2.2=1;2.2=2);
2:(2.2=3)

Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben

1:Wenn erforderlich, Zeit für zeitliche Orientierung geben;
2:Zeit für zeitliche Orientierung geben

1: ODER(2.3=1;2.3=2);
2:(2.3=3)

Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen

1:Wenn erforderlich, Zeit zur Erinnerung geben;
2:Zeit zur Erinnerung geben

1: ODER(2.4=1;2.4=2);
2:(2.4=3)

Hilfe beim Treffen von Entscheidungen im Alltag (Förderung der Selbstbestimmung)	<p>1: Wenn erforderlich, Anregungen zur Entscheidungsfindung geben; 2: Anregungen zur Entscheidungsfindung geben</p>	<p>1: ODER(2.6=1;2.6=2); 2:(2.6=3)</p>
Hilfe beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen	<p>1: Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben; 2: Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben und wiederholen</p>	<p>1: ODER(2.7=1;2.7=2); 2:(2.7=3)</p>
Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren	<p>1: Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben; 2: Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben und wiederholen</p>	<p>1: ODER(2.8=1;2.8=2); 2:(2.8=3)</p>
Mitteln elementarer Bedürfnisse fördern	<p>1: Auf Mitteilungen elementarer Bedürfnisse achten; 2: Auf nonverbale elementare Bedürfnisse achten und eingehen; 3: Auf elementare Bedürfnisse achten und eingehen</p>	<p>1:(2.9=1); 2:(2.9=2); 3:(2.9=3)</p>
Verstehen von Aufforderungen fördern	<p>1: Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, Zeit geben zum Verstehen; 2: Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, ggf. wiederholen, Zeit geben zum Verstehen</p>	<p>1:(2.10=1); 2:(2.10=2)</p>
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten beachten	<p>1: Wenn erforderlich, die Konzentration auf die aktuelle Tätigkeit lenken</p>	<p>1: ODER(3.1=1;3.1=2;3.1=3)</p>
Beaufsichtigung - Mögliches aggressives Verhalten beachten	<p>1: Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen; 2: Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen</p>	<p>1: O- DER(3.3=1;3.3=2;3.4=1;3.4=2;3.5=1;3.5=2) ; 2: ODER(3.3=3;3.4=3;3.5=3)</p>
Mögliche verbale Aggression beachten	<p>1: Wenn erforderlich, Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen</p>	<p>1: ODER(3.6=1;3.6=2;3.6=3)</p>

Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen	1: Wenn erforderlich, Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen; 2: Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen	1: ODER(3.8=1;3.8=2); 2: (3.8=3)
Wahnvorstellungen berücksichtigen	1: Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen; 2: Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen	1: ODER(3.9=1;3.9=2); 2: (3.9=3)
Ängste berücksichtigen	1: Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern; 2: Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern	1: ODER(3.10=1;3.10=2); 2: (3.10=3)
Auf Antriebslosigkeit eingehen	1: Wenn erforderlich, motivieren, ggf. Handlungsschritte selbst zu übernehmen	1: ODER(3.11=1;3.11=2;3.11=3)
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	1: Wenn erforderlich, sich selbst vor Übergriffen schützen	1: ODER(3.12=1;3.12=2;3.12=3)

1.4 Transportbegleitung

Definition

Begleitung einer pflegebedürftigen Person beim Ortswechsel außerhalb der Einrichtung.

Beschreibung

Die „Transportbegleitung“ einer pflegebedürftigen Person kann unter Nutzung der öffentlichen Verkehrsmittel oder mit Kraftfahrzeugen erfolgen. Sie dient der Unterstützung und der Sicherheit der pflegebedürftigen Person. Ein Schwerpunkt kann die psychosoziale Betreuung und/oder die Einnahme einer Vermittlerfunktion der Pflegekraft zwischen pflegebedürftiger Person und den Personen am Zielort sein. Notwendige Unterstützungen am Zielort werden nicht separat erfasst.

Abzugrenzende Intervention: Positionierung, Transfer/Fortbewegen

Eingeschlossene Interventionen: Berufsgruppenübergreifende Kommunikation (extern)

Teilschritte

Ausprägungen

BI-Ableitungen

Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen

Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)

Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt

Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel

Transport begleiten

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

Anforderungen

Ausprägungen

BI-Ableitungen

Die Pflege und Betreuung erfolgt aktivierend (Erhaltung oder Wiedergewinnung der körperlichen, geistigen und seelischen Ressourcen)		
Rücksichtnahme auf kulturspezifische Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Kontrollieren der körperlichen Funktionsfähigkeiten während der Intervention		
Rückschonend arbeiten (z. B. Bett auf rückschonende Arbeitshöhe bringen, Hilfsmittel einsetzen)		
Zeit nehmen und Störungen vermeiden		
Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention (u.a. Bedürfnisse und Befinden erfragen)	1: in einfacher Sprache	1:(2.10=3)
Hilfe bei der örtlichen Orientierung	1: Wenn erforderlich, Zeit zur örtlichen Orientierung geben; 2: Zeit zur örtlichen Orientierung geben	1: ODER(2.2=1;2.2=2); 2:(2.2=3)
Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben	1: Wenn erforderlich, Zeit für zeitliche Orientierung geben; 2: Zeit für zeitliche Orientierung geben	1: ODER(2.3=1;2.3=2); 2:(2.3=3)
Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	1: Wenn erforderlich, Zeit zur Erinnerung geben; 2: Zeit zur Erinnerung geben	1: ODER(2.4=1;2.4=2); 2:(2.4=3)
Hilfe beim Treffen von Entscheidungen im Alltag (Förderung der Selbstbestimmung)	1: Wenn erforderlich, Anregungen zur Entscheidungsfindung geben; 2: Anregungen zur Entscheidungsfindung geben	1: ODER(2.6=1;2.6=2); 2:(2.6=3)
Hilfe beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen	1: Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben; 2: Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten und wiederholen	1: ODER(2.7=1;2.7=2); 2:(2.7=3)

Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren	<p>1: Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben;</p> <p>2: Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben und wiederholen</p>	<p>1: ODER(2.8=1,2.8=2);</p> <p>2: (2.8=3)</p>
Mitteln elementarer Bedürfnisse fördern	<p>1: Auf Mitteilungen elementarer Bedürfnisse achten;</p> <p>2: Auf nonverbale elementare Bedürfnisse achten und eingehen;</p> <p>3: Auf elementare Bedürfnisse achten und eingehen</p>	<p>1: (2.9=1);</p> <p>2: (2.9=2);</p> <p>3: (2.9=3)</p>
Verstehen von Aufforderungen fördern	<p>1: Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, Zeit geben zum Verstehen;</p> <p>2: Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, ggf. wiederholen, Zeit geben zum Verstehen</p>	<p>1: (2.10=1);</p> <p>2: (2.10=2)</p>
Beteiligten an einem Gespräch fördern	<p>1: Deutliche Ansprache und/oder Wörter und Sätze wiederholen</p>	<p>1: (2.11=1)</p>
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten beachten	<p>1: Wenn erforderlich, die Konzentration auf die aktuelle Tätigkeit lenken</p>	<p>1: ODER(3.1=1,3.1=2,3.1=3)</p>

Beaufsichtigung - Mögliches aggressives Verhalten beachten	1:Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen; 2:Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1: ODER(3.3=1;3.3=2;3.4=1;3.4=2;3.5=1;3.5=2) ;	2: ODER(3.3=3;3.4=3;3.5=3)
Mögliche verbale Aggression beachten	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1: ODER(3.6=1;3.6=2;3.6=3)	
Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen; 2:Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen	1: ODER(3.8=1;3.8=2); 2:(3.8=3)	
Wahnvorstellungen berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen; 2:Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen	1: ODER(3.9=1;3.9=2); 2:(3.9=3)	
Ängste berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern; 2:Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern	1: ODER(3.10=1;3.10=2); 2:(3.10=3)	
Auf Antriebslosigkeit eingehen	1:Wenn erforderlich, motivieren, ggf. Handlungsschritte selbst zu übernehmen	1: ODER(3.11=1;3.11=2;3.11=3)	
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	1:Wenn erforderlich, sich selbst vor Übergriffen schützen	1: ODER(3.12=1;3.12=2;3.12=3)	
Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;	2: ODER(6.5=1); 3:(6.5=2);	

3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme 4(6;5=3)
von Teilhandlungen;

4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme

2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten/Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

2.1 Alltagsgestaltung: Gedächtnistraining
2.2 Alltagsgestaltung: Realitätsorientierung
2.3 Alltagsgestaltung: Kunst
2.4 Alltagsgestaltung: Musik
2.5 Alltagsgestaltung: Spielen
2.6 Alltagsgestaltung: Tiere
2.7 Alltagsgestaltung: sonstige Themenfelder

Definition Unterstützung und Durchführung von spezifischen körperlichen, kognitiven, sozialen und spirituellen Aktivitäten mit einer Einzelperson oder in der Gruppe.

Beschreibung Die Intervention „Alltagsgestaltung“ umfasst die Planung, Unterstützung, Durchführung und Auswertung von spezifischen körperlichen, kognitiven, sozialen und spirituellen Aktivitäten mit einer Einzelperson oder in der Gruppe. In diesem Zusammenhang ist die Information und Motivation der pflegebedürftigen Person zu berücksichtigen und deren Teilnahme an der Aktivität zu ermöglichen (z. B. durch Transfer, geeignete Positionierung, aktiv oder passiv).

Abzugrenzende Intervention: Bewohnergespräch
Eingeschlossene Interventionen: Positionierung

2.8 Alltagsgestaltung: Planung

Definition Planen und Vorbereiten von spezifischen körperlichen, kognitiven, sozialen und spirituellen Aktivitäten mit einer Einzelperson oder in der Gruppe.

Beschreibung Die Intervention „Alltagsgestaltung: Planung“ umfasst alle planerischen Tätigkeiten, die für die jeweilige Alltagsgestaltung notwendig sind.

Abzugrenzende Intervention: Alltagsgestaltung: Vorbereitung

Eingeschlossene Interventionen: -

2.9 Alltagsgestaltung: Vorbereitung

Definition Vorbereiten von spezifischen körperlichen, kognitiven, sozialen und spirituellen Aktivitäten mit einer Einzelperson oder in der Gruppe.

Beschreibung Die Intervention „Alltagsgestaltung: Vorbereitung“ umfasst die inhaltliche Vorbereitung (Themen, Material) als auch die Vor- und Nachbereitung der Räumlichkeiten.

Abzugrenzende Intervention: Alltagsgestaltung: Planung

Eingeschlossene Interventionen: -

2.10 Basale Stimulation

Definition	Förderung der Wahrnehmung und Aktivierung der pflegebedürftigen Person durch Angebote zur Kommunikation, zum Austausch mit der Umwelt und zur Regulation ihrer eigenen Bedürfnisse anhand von somatischer, vestibulärer, taktiler, akustischer, vibratorischer, visueller oder oraler Stimulation.	
Beschreibung	Die „basale Stimulation“ umfasst alle Handlungen der somatischen (z. B. Massage), vestibulären (z. B. Lagewechsel), taktilen (z. B. Verwendung von Objekten mit unterschiedlichen Formen), akustischen (z. B. Vorspielen von Musik), vibratorischen (z. B. mittels elektrischer Zahnbürsten), visuellen (z. B. Bildbände), olfaktorischen (z. B. Einsatz von Aromen) und oralen Stimulation (z. B. Lieblingsgetränke) mit dem Ziel einer Förderung der Wahrnehmung und der Aktivierung der pflegebedürftigen Personen. Abzugrenzende Intervention: Snoezelen Eingeschlossene Interventionen: Positionierung	
Teilschritte	Ausprägungen	Bl-Ableitungen
Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen		
Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen), wenn angezeigt		
Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen), wenn angezeigt		
Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)		
Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt		
Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel		
Basale Stimulation durchführen		
Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)		

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

Anforderungen

Ausprägungen

BI-Ableitungen

Die Pflege und Betreuung erfolgt aktivierend (Erhaltung oder Wiedergewinnung der körperlichen, geistigen und seelischen Ressourcen)

Rücksichtnahme auf kulturspezifische Bedürfnisse, wenn angezeigt

Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse, wenn angezeigt

Kontrollieren der körperlichen Funktionsfähigkeiten während der Intervention

Rückenschonend arbeiten (z.B. Bett auf rückenschonende Arbeitshöhe bringen, Hilfsmittel einsetzen)

Zeit nehmen und Störungen vermeiden

Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention (u.a. Bedürfnisse und Befinden erfragen)

Hilfe bei der örtlichen Orientierung

1: Wenn erforderlich, Zeit zur örtlichen Orientierung geben; 2: Zeit zur örtlichen Orientierung geben
1: ODER(2.2=1;2.2=2);
2: (2.2=3)

Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben

1: Wenn erforderlich, Zeit für zeitliche Orientierung geben;
2: Zeit für zeitliche Orientierung geben
1: ODER(2.3=1;2.3=2);
2: (2.3=3)

Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen

1: Wenn erforderlich, Zeit zur Erinnerung geben;
2: Zeit zur Erinnerung geben
1: ODER(2.4=1;2.4=2);
2: (2.4=3)

Hilfe beim Treffen von Entscheidungen im Alltag (Förderung der Selbstbestimmung)

1: Wenn erforderlich, Anregungen zur Entscheidungsfindung geben;
2: Anregungen zur Entscheidungsfindung geben
1: ODER(2.6=1;2.6=2);
2: (2.6=3)

Hilfe beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen	1: Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben; 2: Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben und wiederholen	1: ODER(2.7=1,2.7=2); 2:(2.7=3)
Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren	1: Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben; 2: Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben und wiederholen	1: ODER(2.8=1,2.8=2); 2:(2.8=3)
Mitteln elementarer Bedürfnisse fördern	1: Auf Mitteilungen elementarer Bedürfnisse achten; 2: Auf nonverbale elementare Bedürfnisse achten und eingehen; 3: Auf elementare Bedürfnisse achten und eingehen	1:(2.9=1); 2:(2.9=2); 3:(2.9=3)
Verstehen von Aufforderungen fördern	1: Aufforderungen und Bitten in einfacher Sprache formulieren, Zeit geben zum Verstehen; 2: Aufforderungen und Bitten in einfacher Sprache formulieren, ggf. wiederholen, Zeit geben zum Verstehen	1:(2.10=1); 2:(2.10=2)

Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten beachten	1:Wenn erforderlich, die Konzentration auf die aktuelle Tätigkeit lenken	1:ODER(3.1=1;3.1=2;3.1=3)
Beaufsichtigung - Mögliches aggressives Verhalten beachten	1:Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen; 2:Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:ODER(3.3=1;3.3=2;3.4=1;3.4=2;3.5=1;3.5=2); 2:ODER(3.3=3;3.4=3;3.5=3)
Mögliche verbale Aggression beachten	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:ODER(3.6=1;3.6=2;3.6=3)
Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen; 2:Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen	1:ODER(3.8=1;3.8=2); 2:(3.8=3)
Wahnvorstellungen berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen; 2:Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen	1:ODER(3.9=1;3.9=2); 2:(3.9=3)
Ängste berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern; 2:Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern	1:ODER(3.10=1;3.10=2); 2:(3.10=3)
Auf Antriebslosigkeit eingehen	1:Wenn erforderlich, motivieren, ggf. Handlungsschritte selbst zu übernehmen	1:ODER(3.11=1;3.11=2;3.11=3)
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	1:Wenn erforderlich, sich selbst vor Übergriffen schützen	1:ODER(3.12=1;3.12=2;3.12=3)

2.11 Bettwache

Definition Ständige Anwesenheit einer Pflege- oder Betreuungskraft bei einer pflegebedürftigen Person in einer kritischen Situation.

Beschreibung Bei der Bettwache wird die pflegebedürftige Person nicht alleine gelassen. Bei Sterbenden steht die Hilfe bei sozialen und seelserge-
rischen Problemen im Vordergrund.

Abzugrenzende Intervention: -

Eingeschlossene Interventionen: -

2.12 Biographarbeit

Definition Gezielte Informationssammlung mit der pflegebedürftigen Person über ihren Lebenslauf, ihre Lebenseinstellung und historische Zusammenhänge der Generation.

Beschreibung Die Biographarbeit umfasst neben der Sammlung von Daten und Fakten aus dem Leben der pflegebedürftigen Person Kenntnisse zur Lebenseinstellung, zum Lebensumfeld aber auch zu „kleineren Geschichten“ aus dem Leben, da diese häufig länger abrufbar sind und eine positive Wirkung auf die pflegebedürftige Person haben. Die Biographarbeit ermöglicht ein Verständnis für die pflegebedürftige Person und erleichtert den Zugang.

Abzugrenzende Intervention: Einzug

Eingeschlossene Interventionen: -

2.13 Einkaufsfahrt

Definition Verlassen der Einrichtung mit der pflegebedürftigen Person zur Erledigung von Einkäufen.

Beschreibung Die „Einkaufsfahrt“ umfasst den Einkauf (Supermarkt, Stadtbummel) mit mobilen pflegebedürftigen Personen zur Förderung von Selbstbestimmung und Wohlbefinden.

Abzugrenzende Intervention: Dienstgang

Eingeschlossene Interventionen: Transfer/Fortbewegen

2.14 Snoezelen

Definition	Förderung von Entspannung und Wahrnehmung durch gezielte Sinnesreize.	
Beschreibung	Das „Snoezelen“ umfasst die Nutzung unterschiedlicher Materialien und Methoden zur Sinneswahrnehmung mit der Intention die Entspannung und Wahrnehmung von Personen durch gezielte Sinnesreize zu fördern. Die Durchführung ist sowohl bei Gruppen als auch in Form von Einzelangeboten möglich und erfordert ggf. eine Begleitung durch die Pflegekraft.	
	Abzugrenzende Intervention:	Basale Stimulation
	Eingeschlossene Interventionen:	Positionierung
Teilschritte	Ausprägungen	Bl-Ableitungen
Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen		
Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)		
Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)		
Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)		
Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt		
Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel		
Snoezelen durchführen: Nutzen unterschiedlicher Materialien und Methoden zur Sinneswahrnehmung		
Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)		
Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien		

Anforderungen	Ausprägungen	BI-Ableitungen
Die Pflege und Betreuung erfolgt aktivierend (Erhaltung oder Wiedergewinnung der körperlichen, geistigen und seelischen Ressourcen)		
Rücksichtnahme auf kulturspezifische Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Kontrollieren der körperlichen Funktionsfähigkeiten während der Intervention		
Rückenschonend arbeiten (z. B. Bett auf rückenschonende Arbeitshöhe bringen, Hilfsmittel einsetzen)		
Zeit nehmen und Störungen vermeiden		1:(2.10=3)
Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention (u.a. Bedürfnisse und Befinden erfragen)	1: in einfacher Sprache	
Hilfe beim Erkennen von Personen	1:Wenn erforderlich, sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben; 2:Sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben	1:ODER(2.1=1;2.1=2); 2:(2.1=3)
Hilfe bei der örtlichen Orientierung	1:Wenn erforderlich, Zeit zur örtlichen Orientierung geben; 2:Zeit zur örtlichen Orientierung geben	1:ODER(2.2=1;2.2=2); 2:(2.2=3)
Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben	1:Wenn erforderlich, Zeit für zeitliche Orientierung geben; 2:Zeit für zeitliche Orientierung geben	1:ODER(2.3=1;2.3=2); 2:(2.3=3)
Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	1:Wenn erforderlich, Zeit zur Erinnerung geben; 2:Zeit zur Erinnerung geben	1:ODER(2.4=1;2.4=2); 2:(2.4=3)
Hilfe beim Treffen von Entscheidungen im Alltag (Förderung der Selbstbestimmung)	1:Wenn erforderlich, Anregungen zur Entscheidungsfindung geben;	1:ODER(2.6=1;2.6=2);

2.:Anregungen zur Entscheidungsfindung geben

2: (2.6=3)

Hilfe beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen

1:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben;

1: ODER(2.7=1;2.7=2);

2:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben und wiederholen

2: (2.7=3)

Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren

1:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben;

1: ODER(2.8=1;2.8=2);

2:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben und wiederholen

2: (2.8=3)

Mitteilen elementarerer Bedürfnisse fördern

1: Auf Mitteilungen elementarerer Bedürfnisse achten;

1: (2.9=1);

2: Auf nonverbale elementare Bedürfnisse achten und eingehen;

2: (2.9=2);

3: Auf elementare Bedürfnisse achten und eingehen

3: (2.9=3)

Verstehen von Aufforderungen fördern

1: Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, Zeit geben zum Verstehen;

1: (2.10=1);

2: Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, ggf. wiederholen, Zeit geben zum Verstehen

2: (2.10=2)

Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten beachten	1:Wenn erforderlich, die Konzentration auf die aktuelle Tätigkeit lenken	1:ODER(3.1=1;3.1=2;3.1=3)
Beaufsichtigung - Mögliches aggressives Verhalten beachten	1:Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen; 2:Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:ODER(3.3=1;3.3=2;3.4=1;3.4=2;3.5=1;3.5=2); 2:ODER(3.3=3;3.4=3;3.5=3)
Mögliche verbale Aggression beachten	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:ODER(3.6=1;3.6=2;3.6=3)
Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen; 2:Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen	1:ODER(3.8=1;3.8=2); 2:(3.8=3)
Wahnvorstellungen berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen; 2:Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen	1:ODER(3.9=1;3.9=2); 2:(3.9=3)
Ängste berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern; 2:Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern	1:ODER(3.10=1;3.10=2); 2:(3.10=3)
Auf Antriebslosigkeit eingehen	1:Wenn erforderlich, motivieren, ggf. Handlungsschritte selbst zu übernehmen	1:ODER(3.11=1;3.11=2;3.11=3)
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	1:Wenn erforderlich, sich selbst vor Übergriffen schützen	1:ODER(3.12=1;3.12=2;3.12=3)

2.15 Spirituelle Unterstützung

Definition	Unterstützung einer pflegebedürftigen Person bei der Teilnahme oder Durchführung spiritueller Aktivitäten und Rituale (Beten, Gottesdienst, Seelsorger) unter Berücksichtigung der religiösen Ausrichtung.
Beschreibung	<p>Die „spirituelle Unterstützung“ beinhaltet die Kommunikation über den Glauben, die Beachtung des spirituellen Wohlbefindens, die Ermütigung zur Teilnahme an Aktivitäten zur spirituellen Unterstützung (z. B. Gottesdienst, Seelsorgern), das gemeinsame Beten und ggf. auch die spirituelle Begleitung im Sterbeprozess. In diesem Zusammenhang ist besonders auf einen respektvollen Umgang mit Glaube und Religion, die Schaffung einer geeigneten Atmosphäre und die Einhaltung bestimmter spiritueller Regeln zu achten.</p> <p>Abzugrenzende Intervention: Alltagsgestaltung, Bewohnergespräch</p> <p>Eingeschlossene Interventionen: -</p>

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

3.1 Isolation (räumliche Einschränkung)

Definition	Einschränkung der Mobilität einer pflegebedürftigen Person auf einen begrenzten räumlichen Bereich oder Isolation in eine vollständig beschützte Umgebung mit Überwachung.	
Beschreibung	Die „Isolation“ umfasst die Anwendung und die Beendigung von Maßnahmen zur Einschränkung einer Person auf einen bestimmten räumlichen Bereich (z. B. Einschluss im Zimmer). Die Intervention umfasst zudem die angemessene Überwachung der betroffenen Personen und deren Information. Zudem ist in diesem Zusammenhang zu gewährleisten, dass die Dauer der Durchführung an die Notwendigkeit angepasst ist. Abzugrenzende Intervention: Körpernahe Fixierung Eingeschlossene Interventionen: An- und Auskleiden	
Teilschritte	Ausprägungen	Bl-Ableitungen
Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen		
Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)		
Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)		
Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt		
Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel		
Sichere Kleidung anziehen (Schmuck etc. entfernen), wenn angezeigt	1:Selbstständige Durchführung; 2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;	1:ODER(4.5=0;4.6=0);2:ODER(4.5=1;4.6=1);3:ODER(4.5=2;4.6=2);4:ODER(4.5=3)

		3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen; 4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme
Entfernen von gefährlichen Gegenständen		
Isolation durchführen		
Überwachung der pflegebedürftigen Person (Prüfen der Notwendigkeit, Dauer der Fixierung, pflegerische Bedürfnisse)		
Isolation beenden		
Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)		
Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien		
Anforderungen	Ausprägungen	BI-Ableitungen
Rücksichtnahme auf kulturspezifische Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Kontrollieren der körperlichen Funktionsfähigkeiten während der Intervention		
Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention (u.a. Bedürfnisse und Befinden erfragen)	1: in einfacher Sprache	1:(2.10=3)
Hilfe beim Erkennen von Personen	1:Wenn erforderlich, sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben; 2:Sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben	1:ODER(2.1=1;2.1=2); 2:(2.1=3)
Hilfe bei der örtlichen Orientierung	1:Wenn erforderlich, Zeit zur örtlichen Orientierung geben; 2:Zeit zur örtlichen Orientierung geben	1:ODER(2.2=1;2.2=2); 2:(2.2=3)

Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben	1: Wenn erforderlich, Zeit für zeitliche Orientierung geben; 2: Zeit für zeitliche Orientierung geben	1: ODER(2.3=1;2.3=2); 2:(2.3=3)
Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	1: Wenn erforderlich, Zeit zur Erinnerung geben; 2: Zeit zur Erinnerung geben	1: ODER(2.4=1;2.4=2); 2:(2.4=3)
Hilfe beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen	1: Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben; 2: Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben und wiederholen	1: ODER(2.7=1;2.7=2); 2:(2.7=3)
Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren	1: Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben; 2: Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben und wiederholen	1: ODER(2.8=1;2.8=2); 2:(2.8=3)
Mitteilen elementarer Bedürfnisse fördern	1: Auf Mitteilungen elementarer Bedürfnisse achten; 2: Auf nonverbale elementare Bedürfnisse achten und eingehen; 3: Auf elementare Bedürfnisse achten und eingehen	1:(2.9=1); 2:(2.9=2); 3:(2.9=3)
Verstehen von Aufforderungen fördern	1: Aufforderungen und Bitten in einfacher Sprache formulieren, Zeit geben zum Verstehen; 2: Aufforderungen und Bitten in einfacher Sprache formulieren, ggf. wiederholen, Zeit geben zum Verstehen	1:(2.10=1); 2:(2.10=2)
Beaufsichtigung - Mögliches aggressives Verhalten beachten	1: Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen; 2: Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1: O- DER(3.3=1;3.3=2;3.4=1;3.4=2;3.5=1;3.5=2) ; 2: ODER(3.3=3;3.4=3;3.5=3)
Mögliche verbale Aggression beachten	1: Wenn erforderlich, Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1: ODER(3.6=1;3.6=2;3.6=3)

Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen	1: Wenn erforderlich, Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen; 2: Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen	1: ODER(3:8=1;3:8=2); 2: (3:8=3)
Wahnvorstellungen berücksichtigen	1: Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen; 2: Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen	1: ODER(3:9=1;3:9=2); 2: (3:9=3)
Ängste berücksichtigen	1: Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern; 2: Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern	1: ODER(3:10=1;3:10=2); 2: (3:10=3)
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	1: Wenn erforderlich, sich selbst vor Übergriffen schützen	1: ODER(3:12=1;3:12=2;3:12=3)

3.2 Körpernahe Fixierung

Definition	Anlegen, Überwachen und Entfernen von mechanisch bedingten Einschränkung der Bewegungsfreiheit einer pflegebedürftigen Person.	
Beschreibung	Die „Körpernahe Fixierung“ umfasst die Anwendung und das Entfernen von mechanisch bedingten Einschränkungen der Bewegungsfreiheit (z. B. Fixierungsbett mit Gurtsystem, Wegnahme von Hilfsmitteln, Feststellen von Bremsen, Verwendung von Steck bzw. Therapietischen). Die Intervention umfasst zudem die angemessene Überwachung der betroffenen Personen und deren Information. Zudem ist in diesem Zusammenhang zu gewährleisten, dass die Dauer der Durchführung an die Notwendigkeit angepasst ist. Abzugrenzende Intervention: Isolation Eingeschlossene Interventionen: Positionierung	
Teilschritte	Ausprägungen	BI-Ableitungen
Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen		
Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)		
Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)		
Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)		
Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt		
Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel		
Anlegen der Fixierung unter Einhaltung einer präventiven Positionierung		
Überwachung der pflegebedürftigen Person (Prüfen der Notwendigkeit, Dauer der Fixierung, Hautzustand, pflegerische Bedürfnisse)		

Entfernen der Fixierung	
Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)	
Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien	
Anforderungen	Ausprägungen
Die Pflege und Betreuung erfolgt aktivierend (Erhaltung oder Wiedergewinnung der körperlichen, geistigen und seelischen Ressourcen)	
Rücksichtnahme auf kulturspezifische Bedürfnisse, wenn angezeigt	
Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse, wenn angezeigt	
Kontrollieren der körperlichen Funktionsfähigkeiten während der Intervention	
Rückenschonend arbeiten (z. B. Bett auf rückenschonende Arbeitshöhe bringen, Hilfsmittel einsetzen)	
Zeit nehmen und Störungen vermeiden	
Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention (u.a. Bedürfnisse und Befinden erfragen)	1: in einfacher Sprache 1: (2.10=3)
Hilfe beim Erkennen von Personen	1: Wenn erforderlich, sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben; 2: Sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben 1: ODER(2.1=1;2.1=2); 2: (2.1=3)
Hilfe bei der örtlichen Orientierung	1: Wenn erforderlich, Zeit zur örtlichen Orientierung geben; 2: Zeit zur örtlichen Orientierung geben 1: ODER(2.2=1;2.2=2); 2: (2.2=3)
Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben	1: Wenn erforderlich, Zeit für zeitliche Orientierung geben; 1: ODER(2.3=1;2.3=2);

	2:Zeit für zeitliche Orientierung geben	2:(2.3=3)
Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	1:Wenn erforderlich, Zeit zur Erinnerung geben; 2:Zeit zur Erinnerung geben	1:ODER(2.4=1;2.4=2); 2:(2.4=3)
Hilfe beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben und wiederholen	1:ODER(2.7=1;2.7=2); 2:(2.7=3)
Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben und wiederholen	1:ODER(2.8=1;2.8=2); 2:(2.8=3)
Mitteln elementarer Bedürfnisse fördern	1:Auf Mitteilungen elementarer Bedürfnisse achten; 2:Auf nonverbale elementare Bedürfnisse achten und eingehen; 3:Auf elementare Bedürfnisse achten und eingehen	1:(2.9=1); 2:(2.9=2); 3:(2.9=3)

Verstehen von Aufforderungen fördern	<p>1:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, Zeit geben zum Verstehen;</p> <p>2:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, ggf. wiederholen, Zeit geben zum Verstehen</p>	<p>1:(2.10=1);</p> <p>2:(2.10=2)</p>
Beaufsichtigung - Mögliches aggressives Verhalten beachten	<p>1:Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen;</p> <p>2:Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen</p>	<p>1:O- DER(3.3=1;3.3=2;3.4=1;3.4=2;3.5=1;3.5=2) ;</p> <p>2:ODER(3.3=3;3.4=3;3.5=3)</p>
Mögliche verbale Aggression beachten	<p>1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen</p>	<p>1:ODER(3.6=1;3.6=2;3.6=3)</p>
Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen	<p>1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen;</p> <p>2:Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen</p>	<p>1:ODER(3.8=1;3.8=2);</p> <p>2:(3.8=3)</p>
Wahnvorstellungen berücksichtigen	<p>1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen;</p> <p>2:Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen</p>	<p>1:ODER(3.9=1;3.9=2);</p> <p>2:(3.9=3)</p>
Ängste berücksichtigen	<p>1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern;</p> <p>2:Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern</p>	<p>1:ODER(3.10=1;3.10=2);</p> <p>2:(3.10=3)</p>
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	<p>1:Wenn erforderlich, sich selbst vor Übergriffen schützen</p>	<p>1:ODER(3.12=1;3.12=2;3.12=3)</p>

3.3 Verhaltens- und umgebungsbezogene Interventionen

Definition	Unterstützung bei der Bewältigung von Verhaltensweisen und -auffälligkeiten und psychischen Problemlagen.	
Beschreibung	<p>Verhaltens- und umgebungsbezogene Interventionen sind ausgerichtet auf einen Bedarf an personeller Hilfe, der unmittelbar oder indirekt in Folge bestimmter Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen entsteht. Dazu gehören z. B.</p> <ul style="list-style-type: none">• Situationen, die mit einem Risiko der Selbstverletzung einhergehen oder anderer verhaltensbedingter Schädigungen der Gesundheit (z. B. Verweigerung der Nahrungsaufnahme, Ablehnung von notwendiger Unterstützung, Essen ungenießbarer Substanzen),• Situationen, die zwar keine unmittelbare Gefährdung, aber andere Probleme oder Belastungen für den Betroffenen darstellen können (z. B. sich verlaufen, Horten und Verstecken von Gegenständen, Beschädigung der materiellen Umgebung, veränderter Tag-Nacht-Rhythmus),• Gefährdungen oder Beeinträchtigungen anderer Personen (z. B. durch aggressives Verhalten oder vokale Auffälligkeiten). <p>Zu den umgebungsbezogenen zählen die Identifizierung und Veränderung von verhaltenswirksamen Umgebungsfaktoren und die Schaffung einer sicheren und vertrauten Umgebung (z. B. durch Entfernung von Verletzungsquellen oder die Bereitstellung/Beschaffung vertrauter Gegenstände).</p> <p>Die verhaltensbezogenen Interventionen umfassen verbale Reaktion auf die Verhaltensweisen und die gezielte Ansprache, das Einwirken auf die Verhaltensweisen, Maßnahmen zur Entlastung (z. B. Minderung von Ängsten, Motivation zur Verbalisierung negativer Empfindungen) und Kriseninterventionen.</p> <p>Abzugrenzende Intervention: - Eingeschlossene Interventionen: -</p>	
Teilschritte	Ausprägungen	BI-Ableitungen
Aufmerksam machen auf Verhaltensweisen		
Durchführung der geeigneten Maßnahme (motivieren, Alternativen anbieten, u.a.m.)		
Anforderungen	Ausprägungen	BI-Ableitungen

Die Pflege und Betreuung erfolgt aktivierend (Erhaltung oder Wiedergewinnung der körperlichen, geistigen und seelischen Ressourcen)		
Rücksichtnahme auf kulturspezifische Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention (u.a. Bedürfnisse und Befinden erfragen)	1: in einfacher Sprache	1:(2.10=3)
Hilfe beim Erkennen von Personen	1:Wenn erforderlich, sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben; 2:Sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben	1:ODER(2.1=1;2.1=2); 2:(2.1=3)
Hilfe bei der örtlichen Orientierung	1:Wenn erforderlich, Zeit zur örtlichen Orientierung geben; 2:Zeit zur örtlichen Orientierung geben	1:ODER(2.2=1;2.2=2); 2:(2.2=3)
Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben	1:Wenn erforderlich, Zeit für zeitliche Orientierung geben; 2:Zeit für zeitliche Orientierung geben	1:ODER(2.3=1;2.3=2); 2:(2.3=3)
Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	1:Wenn erforderlich, Zeit zur Erinnerung geben;2:Zeit für Erinnerung geben	1:ODER(2.4=1;2.4=2); 2:(2.4=3)
Hilfe beim Treffen von Entscheidungen im Alltag (Förderung der Selbstbestimmung)	1:Wenn erforderlich, Anregungen zur Entscheidungsfindung geben; 2:Anregungen zur Entscheidungsfindung geben	1:ODER(2.6=1;2.6=2); 2:(2.6=3)
Hilfe beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben und wiederholen	1:ODER(2.7=1;2.7=2); 2:(2.7=3)
Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben;	1:ODER(2.8=1;2.8=2); 2:(2.8=3)

	2:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben und wiederholen	
Mitteilen elementarerer Bedürfnisse fördern	1: Auf Mitteilungen elementarerer Bedürfnisse achten; 2: Auf nonverbale elementare Bedürfnisse achten und eingehen; 3: Auf elementare Bedürfnisse achten und eingehen	1: (2.9=1); 2: (2.9=2); 3: (2.9=3)
Verstehen von Aufforderungen fördern	1: Aufforderungen und Bitten in einfacher Sprache formulieren, Zeit geben zum Verstehen; 2: Aufforderungen und Bitten in einfacher Sprache formulieren, ggf. wiederholen, Zeit geben zum Verstehen	1: (2.10=1); 2: (2.10=2)
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten beachten	1: Wenn erforderlich, die Konzentration auf die aktuelle Tätigkeit lenken	1: ODER(3.1=1;3.1=2;3.1=3)
Beaufsichtigung - Mögliches aggressives Verhalten beachten	1: Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen; 2: Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1: O- DER(3.3=1;3.3=2;3.4=1;3.4=2;3.5=1;3.5=2) ; 2: ODER(3.3=3;3.4=3;3.5=3)
Mögliche verbale Aggression beachten	1: Wenn erforderlich, Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1: ODER(3.6=1;3.6=2;3.6=3)
Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen	1: Wenn erforderlich, Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen; 2: Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen	1: ODER(3.8=1;3.8=2); 2: (3.8=3)
Wahnvorstellungen berücksichtigen	1: Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen;	1: ODER(3.9=1;3.9=2); 2: (3.9=3)

	2:Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen	
Ängste berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern; 2:Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern	1:ODER(3.10=1;3.10=2); 2:(3.10=3)
Auf Antriebslosigkeit eingehen	1:Wenn erforderlich, motivieren, ggf. Handlungsschritte selbst zu übernehmen	1:ODER(3.11=1;3.11=2;3.11=3)
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	1:Wenn erforderlich, sich selbst vor Übergriffen schützen	1:ODER(3.12=1;3.12=2;3.12=3)

4. Selbstversorgung

4.1 An- und Auskleiden

Definition	Unterstützung einer pflegebedürftigen Person beim Kleidungswechsel unter Berücksichtigung von Wünschen, der Witterung und/o-der Raumtemperatur bei der Auswahl geeigneter Kleidung.	
Beschreibung	<p>„An- und Auskleiden“ umfasst die Unterstützung einer Person beim Kleiderwechsel und der Auswahl angemessener Kleidung (z. B. Schuhe mit Halt, nicht einengende Kleidung). Die Intervention umfasst ggf. auch die Verwendung von Anziehilfen und die Sammlung der Kleidung für die anschließende Reinigung.</p> <p>Abzugrenzende Intervention: Ausscheidungsmanagement (Wechseln von Inkontinenzmaterial)</p> <p>Eingeschlossene Interventionen: Positionierung</p>	
Teilschritte	Ausprägungen	BI-Ableitungen
Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen		
Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)		
Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)		
Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)		
Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt		
Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel		
Auswahl der persönlichen Kleidung durch die pflegebedürftige Person (auf Angemessenheit der Kleidung und Schuhe achten)	1: Wenn erforderlich, Anregungen zur Entscheidungsfindung geben 2: Anregungen zur Entscheidungsfindung geben	1: ODER(2.6=1;2.6=2); 2: (2.6=3)

Oberkörper auskleiden

- | | |
|---|------------|
| 1:Selbstständige Durchführung; | 1:(4.5=0); |
| 2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen; | 2:(4.5=1); |
| 3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen; | 3:(4.5=2); |
| 4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme | 4:(4.5=3) |

Oberkörper ankleiden und glattstreichen

- | | |
|---|------------|
| 1:Selbstständige Durchführung; | 1:(4.5=0); |
| 2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen; | 2:(4.5=1); |
| 3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen; | 3:(4.5=2); |
| 4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme | 4:(4.5=3) |

Unterkörper auskleiden

- | | |
|---|------------|
| 1:Selbstständige Durchführung; | 1:(4.6=0); |
| 2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen; | 2:(4.6=1); |
| 3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen; | 3:(4.6=2); |
| 4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme | 4:(4.6=3) |

Unterkörper ankleiden und glattstreichen

- | | |
|---|------------|
| 1:Selbstständige Durchführung; | 1:(4.6=0); |
| 2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen; | 2:(4.6=1); |
| 3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen; | 3:(4.6=2); |
| 4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme | 4:(4.6=3) |
-

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)		
Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien		
Anforderungen	Ausprägungen	BI-Ableitungen
Die Pflege und Betreuung erfolgt aktivierend (Erhaltung oder Wiedergewinnung der körperlichen, geistigen und seelischen Ressourcen)		
Rücksichtnahme auf kulturspezifische Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Kontrollieren der körperlichen Funktionfähigkeiten während der Intervention		
Rückenschonend arbeiten (z.B. Bett auf rückenschonende Arbeitshöhe bringen, Hilfsmittel einsetzen)		
Zeit nehmen und Störungen vermeiden		
Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention (u.a. Bedürfnisse und Befinden erfragen)	1: in einfacher Sprache	1:(2.10=3)
Hilfe beim Erkennen von Personen	1: Wenn erforderlich, sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben; 2: Sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben	1: ODER(2.1=1;2.1=2); 2:(2.1=3)
Hilfe bei der örtlichen Orientierung	1: Wenn erforderlich, Zeit zur örtlichen Orientierung geben; 2: Zeit zur örtlichen Orientierung geben	1: ODER(2.2=1;2.2=2); 2:(2.2=3)
Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben	1: Wenn erforderlich, Zeit für zeitliche Orientierung geben; 2: Zeit für zeitliche Orientierung geben	1: ODER(2.3=1;2.3=2); 2:(2.3=3)

Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	1:Wenn erforderlich, Zeit zur Erinnerung geben; 2:Zeit zur Erinnerung geben	1:ODER(2.4=1;2.4=2); 2:(2.4=3)
Hilfe beim Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	1:Wenn erforderlich, zur Reihenfolge der Teilschritte anleiten; 2:Zur Reihenfolge der Teilschritte anleiten	1:ODER(2.5=1;2.5=2); 2:(2.5=3)
Hilfe beim Treffen von Entscheidungen im Alltag (Förderung der Selbstbestimmung)	1:Wenn erforderlich, Anregungen zur Entscheidungsfindung geben; 2:Anregungen zur Entscheidungsfindung geben	1:ODER(2.6=1;2.6=2); 2:(2.6=3)
Hilfe beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben und wiederholen	1:ODER(2.7=1;2.7=2); 2:(2.7=3)
Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben und wiederholen	1:ODER(2.8=1;2.8=2); 2:(2.8=3)
Mitteilen elementarer Bedürfnisse fördern	1:Auf Mitteilungen elementarer Bedürfnisse achten; 2:Auf nonverbale elementare Bedürfnisse achten und eingehen; 3:Auf elementare Bedürfnisse achten und eingehen	1:(2.9=1); 2:(2.9=2); 3:(2.9=3)
Verstehen von Aufforderungen fördern	1:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, Zeit geben zum Verstehen; 2:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, ggf. wiederholen, Zeit geben zum Verstehen	1:(2.10=1); 2:(2.10=2)
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten beachten	1:Wenn erforderlich, die Konzentration auf die aktuelle Tätigkeit lenken	1:ODER(3.1=1;3.1=2;3.1=3)

Beaufsichtigung - Mögliches aggressives Verhalten beachten	1:Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen; 2:Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1: ODER(3.3=1;3.3=2;3.4=1;3.4=2;3.5=1;3.5=2) ;	2: ODER(3.3=3;3.4=3;3.5=3)
Mögliche verbale Aggression beachten	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1: ODER(3.6=1;3.6=2;3.6=3)	
Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen; 2:Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen	1: ODER(3.8=1;3.8=2); 2:(3.8=3)	
Wahnvorstellungen berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen; 2:Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen	1: ODER(3.9=1;3.9=2); 2:(3.9=3)	
Ängste berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern; 2:Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern	1: ODER(3.10=1;3.10=2); 2:(3.10=3)	
Auf Antriebslosigkeit eingehen	1:Wenn erforderlich, motivieren, ggf. Handlungsschritte selbst zu übernehmen	1: ODER(3.11=1;3.11=2;3.11=3)	
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	1:Wenn erforderlich, sich selbst vor Übergriffen schützen	1: ODER(3.12=1;3.12=2;3.12=3)	

4.2 Ausscheidungsmanagement

Definition	Unterstützung bei der Urin- und Stuhlausscheidung (Toilette, Toilettenstuhl, im Bett und Stomaversorgung (kein Wechsel)) sowie Versorgung mit Inkontinenzhilfsmitteln.	
Beschreibung	Das „Ausscheidungsmanagement“ umfasst die Unterstützung bei sämtlichen Formen der Ausscheidungen von Urin und Stuhl, mit und ohne Hilfsmittel, deren Beurteilungen und die Versorgung mit Inkontinenzhilfsmitteln. Abzugrenzende Intervention: - Eingeschlossene Interventionen: Transfer/Fortbewegen, An- und Auskleiden, Intimpflege, Positionierung	
Teilschritte	Ausprägungen	Bl-Ableitungen
Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen		
Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)		
Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)		
Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)		
Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt		
Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel		
Aufsuchen und benutzen der Toilette oder eines Toilettenstuhls	1:Selbstständige Durchführung;2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen	1:(4.10=0); 2:(4.10=1); 3:(4.10=2)
An- und Auskleiden des Unterkörpers	1:Selbstständige Durchführung;	1:(4.6=0); 2:(4.6=1);

	<p>2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme</p>	<p>3:(4.6=2);</p> <p>4:(4.6=3)</p>
Anwendung der benötigten Materialien/Hilfsmittel	<p>1:Selbstständige Durchführung;</p> <p>2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme</p>	<p>1:ODER(1.1=0;1.2=0;1.3=0);</p> <p>2:ODER(1.1=1;1.2=1;1.3=1);</p> <p>3:ODER(1.1=2;1.2=2;1.3=2);</p> <p>4:ODER(1.1=3;1.2=3;1.3=3)</p>
Intimpflege (Genitalien, Gesäß)	<p>1:Selbstständige Durchführung;</p> <p>2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme</p>	<p>1:(4.3=0);</p> <p>2:(4.3=1);</p> <p>3:(4.3=2);</p> <p>4:(4.3=3)</p>
Ggf. Versorgung mit Inkontinenzhilfsmitteln	<p>1:Selbstständige Durchführung;</p> <p>2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme</p>	<p>1:ODER(4.11=0;4.12=0);</p> <p>2:ODER(4.11=1;4.12=1);</p> <p>3:ODER(4.11=2;4.12=2);</p> <p>4:ODER(4.11=3;4.12=3)</p>
Pflegebedürftige Person anbieten die Hände zu säubern		

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)		
Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien		
Anforderungen	Ausprägungen	BI-Ableitungen
Die Pflege und Betreuung erfolgt aktivierend (Erhaltung oder Wiedergewinnung der körperlichen, geistigen und seelischen Ressourcen)		
Rücksichtnahme auf kulturspezifische Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Kontrollieren der körperlichen Funktionfähigkeiten während der Intervention		
Rückenschonend arbeiten (z.B. Bett auf rückenschonende Arbeitshöhe bringen, Hilfsmittel einsetzen)		
Zeit nehmen und Störungen vermeiden		
Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention (u.a. Bedürfnisse und Befinden erfragen)	1: in einfacher Sprache	1:(2.10=3)
Hilfe beim Erkennen von Personen	1: Wenn erforderlich, sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben; 2: Sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben	1: ODER(2.1=1;2.1=2); 2:(2.1=3)
Hilfe bei der örtlichen Orientierung	1: Wenn erforderlich, Zeit zur örtlichen Orientierung geben; 2: Zeit zur örtlichen Orientierung geben	1: ODER(2.2=1;2.2=2); 2:(2.2=3)
Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben	1: Wenn erforderlich, Zeit für zeitliche Orientierung geben; 2: Zeit für zeitliche Orientierung geben	1: ODER(2.3=1;2.3=2); 2:(2.3=3)

Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	1:Wenn erforderlich, Zeit zur Erinnerung geben 2:(2.4=3)	1:ODER(2.4=1;2.4=2); 2:(2.4=3)
Hilfe beim Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	1:Wenn erforderlich, zur Reihenfolge der Teilschritte anleiten; 2:Zur Reihenfolge der Teilschritte anleiten	1:ODER(2.5=1;2.5=2); 2:(2.5=3)
Hilfe beim Treffen von Entscheidungen im Alltag (Förderung der Selbstbestimmung)	1:Wenn erforderlich, Anregungen zur Entscheidungsfindung geben; 2:Anregungen zur Entscheidungsfindung geben	1:ODER(2.6=1;2.6=2); 2:(2.6=3)
Hilfe beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben und wiederholen	1:ODER(2.7=1;2.7=2); 2:(2.7=3)
Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben und wiederholen	1:ODER(2.8=1;2.8=2); 2:(2.8=3)
Mitteilen elementarerer Bedürfnisse fördern	1:Auf Mitteilungen elementarerer Bedürfnisse achten; 2:Auf nonverbale elementare Bedürfnisse achten und eingehen; 3:Auf elementare Bedürfnisse achten und eingehen	1:(2.9=1); 2:(2.9=2); 3:(2.9=3)
Verstehen von Aufforderungen fördern	1:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, Zeit geben zum Verstehen; 2:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, ggf. wiederholen, Zeit geben zum Verstehen	1:(2.10=1); 2:(2.10=2)
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten beachten	1:Wenn erforderlich, die Konzentration auf die aktuelle Tätigkeit lenken	1:ODER(3.1=1;3.1=2;3.1=3)

Beaufsichtigung - Mögliches aggressives Verhalten beachten	1:Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen; 2:Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:O- DER(3.3=1;3.3=2;3.4=1;3.4=2;3.5=1;3.5=2) ; 2:(3.3=3;3.4=3;3.5=3)
Mögliche verbale Aggression beachten	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:ODER(3.6=1;3.6=2;3.6=3)
Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen; 2:Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen	1:ODER(3.8=1;3.8=2); 2:(3.8=3)
Wahnvorstellungen berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen; 2:Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen	1:ODER(3.9=1;3.9=2); 2:(3.9=3)
Ängste berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern; 2:Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern	1:ODER(3.10=1;3.10=2); 2:(3.10=3)
Auf Antriebslosigkeit eingehen	1:Wenn erforderlich, motivieren, ggf. Handlungsschritte selbst zu übernehmen	1:ODER(3.11=1;3.11=2;3.11=3)
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	1:Wenn erforderlich, sich selbst vor Übergriffen schützen	1:ODER(3.12=1;3.12=2;3.12=3)

4.3 Beckenbodentraining

Definition	Stärkung der Darm- oder Blasenmuskulatur durch gezielte Kontraktionsübungen zur Verminderung unwillkürlicher Ausscheidung.
Beschreibung	<p>Das „Beckenbodentraining“ umfasst die Unterstützung einer Person bei der Stärkung der Darm- oder Blasenmuskulatur. Die Stärkung der Muskulatur erfolgt durch gezielte, regelmäßig durchgeführte Übungen, die durch die Pflegekräfte unterstützt und/oder angeleitet werden.</p> <p>Abzugrenzende Intervention: -</p> <p>Eingeschlossene Interventionen: Ausscheidungsmanagement, Transfer/Fortbewegen</p>
Teilschritte	Ausprägungen
Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen	Bl-Ableitungen
Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)	
Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)	
Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)	
Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt	
Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel	
Übungen zum Beckenbodentraining durchführen	1:(6.1=0); 2:(6.1=1); 3:(6.1=2); 4:(6.1=3)

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

Anforderungen	Ausprägungen	BI-Ableitungen
Die Pflege und Betreuung erfolgt aktivierend (Erhaltung oder Wiedergewinnung der körperlichen, geistigen und seelischen Ressourcen)		
Rücksichtnahme auf kulturspezifische Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Kontrollieren der körperlichen Funktionsfähigkeiten während der Intervention		
Rückenschonend arbeiten (z. B. Bett auf rückenschonende Arbeitshöhe bringen, Hilfsmittel einsetzen)		
Zeit nehmen und Störungen vermeiden		1: (2.10=3)
Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention (u.a. Bedürfnisse und Befinden erfragen)	1: in einfacher Sprache	
Hilfe beim Erkennen von Personen	1: Wenn erforderlich, sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben; 2: Sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben	1: ODER(2.1=1;2.1=2); 2: (2.1=3)
Hilfe bei der örtlichen Orientierung	1: Wenn erforderlich, Zeit zur örtlichen Orientierung geben; 2: Zeit zur örtlichen Orientierung geben	1: ODER(2.2=1;2.2=2); 2: (2.2=3)
Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben	1: Wenn erforderlich, Zeit für zeitliche Orientierung geben; 2: Zeit für zeitliche Orientierung geben	1: ODER(2.3=1;2.3=2); 2: (2.3=3)
Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	1: Wenn erforderlich, Zeit zur Erinnerung geben; 2: Zeit für Erinnerung geben	1: ODER(2.4=1;2.4=2); 2: (2.4=3)
Hilfe beim Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	1: Wenn erforderlich, zur Reihenfolge der Teilschritte anleiten;	1: ODER(2.5=1;2.5=2);

	2:Zur Reihenfolge der Teilschritte anleiten	2:(2.5=3)
Hilfe beim Treffen von Entscheidungen im Alltag (Förderung der Selbstbestimmung)	1:Wenn erforderlich, Anregungen zur Entscheidungsfindung geben; 2:Anregungen zur Entscheidungsfindung geben	1:ODER(2.6=1;2.6=2); 2:(2.6=3)
Hilfe beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben und wiederholen	1:ODER(2.7=1;2.7=2); 2:(2.7=3)
Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben und wiederholen	1:ODER(2.8=1;2.8=2); 2:(2.8=3)
Mitteln elementarer Bedürfnisse fördern	1:Auf Mitteilungen elementarer Bedürfnisse achten; 2:Auf nonverbale elementare Bedürfnisse achten und eingehen; 3:Auf elementare Bedürfnisse achten und eingehen	1:(2.9=1); 2:(2.9=2); 3:(2.9=3)
Verstehen von Aufforderungen fördern	1:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, Zeit geben zum Verstehen; 2:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, ggf. wiederholen, Zeit geben zum Verstehen	1:(2.10=1); 2:(2.10=2)
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten beachten	1:Wenn erforderlich, die Konzentration auf die aktuelle Tätigkeit lenken	1:ODER(3.1=1;3.1=2;3.1=3)
Beaufsichtigung - Mögliches aggressives Verhalten beachten	1:Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen; 2:Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:0- DER(3.3=1;3.3=2;3.4=1;3.4=2;3.5=1;3.5=2) ; 2:ODER(3.3=3;3.4=3;3.5=3)

Mögliche verbale Aggression beachten	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:ODER(3.6=1;3.6=2;3.6=3)
Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen; 2:Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen	1:ODER(3.8=1;3.8=2); 2:(3.8=3)
Wahrvorstellungen berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. auf Wahrvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen; 2:Zeit geben, ggf. auf Wahrvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen	1:ODER(3.9=1;3.9=2); 2:(3.9=3)
Ängste berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern; 2:Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern	1:ODER(3.10=1;3.10=2); 2:(3.10=3)
Auf Antriebslosigkeit eingehen	1:Wenn erforderlich, motivieren, ggf. Handlungsschritte selbst zu übernehmen	1:ODER(3.11=1;3.11=2;3.11=3)
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	1:Wenn erforderlich, sich selbst vor Übergriffen schützen	1:ODER(3.12=1;3.12=2;3.12=3)

4.4 Entérale Ernährung

Definition	Verabreichung von Nahrung und Flüssigkeit über eine liegende Magensonde, einschließlich der Sondenpflege
Beschreibung	Die enterale Ernährung beschreibt die Verabreichung der Nahrung und Flüssigkeit über eine Sonde und die Pflege der liegenden Sonde (z. B. gründliche Spülung, täglicher Wechsel der Fixationsstelle). Um Verkrustungen und Verklebungen zu lösen wird die Nasenpflege mit einem warmwassergetränkten Wattestäbchen durchgeführt. Abzugrenzende Intervention: Medikamentengabe Eingeschlossene Interventionen: Positionierung, An- und Auskleiden
Teilschritte	Ausprägungen Bl-Ableitungen
Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen	
Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)	
Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt	
Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel	
Oberkörperhochlagerung	1:Selbstständige Durchführung; 2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen; 3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen; 4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme
Kontrolle von Lage und Fixierung der Sonde	1:(4.13=0); 2:(4.13=1);

3: Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen; 3:(4.13=2);
4:(4.13=3)

4: Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme

<p>Spülen der Sonde</p>	<p>1:Selbstständige Durchführung; 2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen; 3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen; 4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme</p>	<p>1:(4.13=0); 2:(4.13=1); 3:(4.13=2); 4:(4.13=3)</p>
<p>System für die Sondenkost anschließen oder entfernen</p>	<p>1:Selbstständige Durchführung; 2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen; 3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen; 4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme</p>	<p>1:(4.13=0); 2:(4.13=1); 3:(4.13=2); 4:(4.13=3)</p>
<p>Ggf. Nasenpflege</p>	<p>1:Selbstständige Durchführung; 2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen; 3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen; 4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme</p>	<p>1:(4.2=0);2:(4.2=1);(4.2=2);(4.2=3)</p>
<p>Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)</p>	<p>Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien</p>	
<p>Anforderungen</p>	<p>Ausprägungen</p>	<p>Bl-Ableitungen</p>

Die Pflege und Betreuung erfolgt aktivierend (Erhaltung oder Wiedergewinnung der körperlichen, geistigen und seelischen Ressourcen)		
Rücksichtnahme auf kulturspezifische Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Kontrollieren der körperlichen Funktionsfähigkeiten während der Intervention		
Rückenschonend arbeiten (z.B. Bett auf rückenschonende Arbeitshöhe bringen, Hilfsmittel einsetzen)		
Zeit nehmen und Störungen vermeiden		
Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention (u.a. Bedürfnisse und Befinden erfragen)	1:in einfacher Sprache	1:(2.10=3)
Hilfe beim Erkennen von Personen	1:Wenn erforderlich, sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben; 2:Sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben	1:ODER(2.1=1;2.1=2); 2:(2.1=3)
Hilfe bei der örtlichen Orientierung	1:Wenn erforderlich, Zeit zur örtlichen Orientierung geben; 2:Zeit zur örtlichen Orientierung geben	1:ODER(2.2=1;2.2=2); 2:(2.2=3)
Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben	1:Wenn erforderlich, Zeit für zeitliche Orientierung geben; 2:Zeit für zeitliche Orientierung geben	1:ODER(2.3=1;2.3=2); 2:(2.3=3)
Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	1:Wenn erforderlich, Zeit zur Erinnerung geben;2:Zeit für Erinnerung geben	1:ODER(2.4=1;2.4=2); 2:(2.4=3)
Hilfe beim Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	1:Wenn erforderlich, zur Reihenfolge der Teilschritte anleiten; 2:Zur Reihenfolge der Teilschritte anleiten	1:ODER(2.5=1;2.5=2); 2:(2.5=3)

Hilfe beim Treffen von Entscheidungen im Alltag (Förderung der Selbstbestimmung)	1:Wenn erforderlich, Anregungen zur Entscheidungsfindung geben; 2:Anregungen zur Entscheidungsfindung geben	1:ODER(2.6=1;2.6=2); 2:(2.6=3)
Hilfe beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben und wiederholen	1:ODER(2.7=1;2.7=2); 2:(2.7=3)
Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben und wiederholen	1:ODER(2.8=1;2.8=2); 2:(2.8=3)
Mitteln elementarer Bedürfnisse fördern	1:Auf Mitteilungen elementarer Bedürfnisse achten; 2:Auf nonverbale elementare Bedürfnisse achten und eingehen; 3:Auf elementare Bedürfnisse achten und eingehen	1:(2.9=1); 2:(2.9=2); 3:(2.9=3)
Verstehen von Aufforderungen fördern	1:Aufforderungen und Bitten in einfacher Sprache formulieren, Zeit geben zum Verstehen; 2:Aufforderungen und Bitten in einfacher Sprache formulieren, ggf. wiederholen, Zeit geben zum Verstehen	1:(2.10=1); 2:(2.10=2)
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten beachten	1:Wenn erforderlich, die Konzentration auf die aktuelle Tätigkeit lenken	1:ODER(3.1=1;3.1=2;3.1=3)
Beaufsichtigung - Mögliches aggressives Verhalten beachten	1:Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen; 2:Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:ODER(3.3=1;3.3=2;3.3=3); 2:ODER(3.3=3;3.4=3;3.5=3)
Mögliche verbale Aggression beachten	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:ODER(3.6=1;3.6=2;3.6=3)

Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen; 2:Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen	1:ODER(3.8=1;3.8=2); 2:(3.8=3)
Wahnvorstellungen berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen; 2:Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen	1:ODER(3.9=1;3.9=2); 2:(3.9=3)
Ängste berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern; 2:Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern	1:ODER(3.10=1;3.10=2); 2:(3.10=3)
Auf Antriebslosigkeit eingehen	1:Wenn erforderlich, motivieren, ggf. Handlungsschritte selbst zu übernehmen	1:ODER(3.11=1;3.11=2;3.11=3)
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	1:Wenn erforderlich, sich selbst vor Übergriffen schützen	1:ODER(3.12=1;3.12=2;3.12=3)

4.5 Emesismanagement

Definition	Unterstützung einer pflegebedürftigen Person bei Übelkeit und Erbrechen
Beschreibung	<p>Das „Emesismanagement“ beinhaltet die Unterstützung einer pflegebedürftigen Person bei Übelkeit und Erbrechen. Nach dem Erbrechen erfolgen ggf. eine Körperpflege und die notwendige Reinigung der Umgebung (z. B. Bett beziehen, Boden wischen, Frischluftzufuhr). Zudem umfasst die Intervention die Beobachtung der betroffenen Person und ggf. die Veranlassung weiterer Maßnahmen (z. B. Anpassung der Kostform und Information eines Arztes bzw. einer Ärztin).</p> <p>Abzugrenzende Intervention: Medikamentengabe, Erste Hilfe</p> <p>Eingeschlossene Interventionen: Positionierung, An- und Ausziehen, Hauswirtschaftliche Unterstützung</p>
Teilschritte	Ausprägungen
	Bl-Ableitungen
Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)	
Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig; Beachtung der Einwirkzeit)	
Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt	
Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel	
Aufrecht lagern (bewusstlose pflegebedürftige Person auf die Seite; ggf. Kopf stützen)	
Pflegebedürftige Person beim Vorgang unterstützen (Kopf halten, beengende Kleidung, Schmuck, Zahnprothese entfernen usw.)	
Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)	
Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien	

Anforderungen	Ausprägungen	BI-Ableitungen
Bei Aspirationsgefahr nicht alleine lassen		
Die Pflege und Betreuung erfolgt aktivierend (Erhaltung oder Wiedergewinnung der körperlichen, geistigen und seelischen Ressourcen)		
Rücksichtnahme auf kulturspezifische Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Kontrollieren der körperlichen Funktionsfähigkeiten während der Intervention		
Rückenschonend arbeiten (z.B. Bett auf rückenschonende Arbeitshöhe bringen, Hilfsmittel einsetzen)		
Zeit nehmen und Störungen vermeiden		1:(2.10=3)
Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention (u.a. Bedürfnisse und Befinden erfragen)	1: in einfacher Sprache	
Hilfe beim Erkennen von Personen	1:Wenn erforderlich, sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben; 2:Sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben	1:ODER(2.1=1;2.1=2); 2:(2.1=3)
Hilfe bei der örtlichen Orientierung	1:Wenn erforderlich, Zeit zur örtlichen Orientierung geben; 2:Zeit zur örtlichen Orientierung geben	1:ODER(2.2=1;2.2=2); 2:(2.2=3)
Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben	1:Wenn erforderlich, Zeit für zeitliche Orientierung geben; 2:Zeit für zeitliche Orientierung geben	1:ODER(2.3=1;2.3=2); 2:(2.3=3)
Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	1:Wenn erforderlich, Zeit zur Erinnerung geben;2:Zeit für Erinnerung geben	1:ODER(2.4=1;2.4=2); 2:(2.4=3)

Hilfe beim Treffen von Entscheidungen im Alltag (Förderung der Selbstbestimmung)	1:Wenn erforderlich, Anregungen zur Entscheidungsfindung geben; 2:Anregungen zur Entscheidungsfindung geben	1:ODER(2.6=1;2.6=2); 2:(2.6=3)
Hilfe beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben und wiederholen	1:ODER(2.7=1;2.7=2); 2:(2.7=3)
Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben und wiederholen	1:ODER(2.8=1;2.8=2); 2:(2.8=3)
Mitteln elementarer Bedürfnisse fördern	1:Auf Mitteilungen elementarer Bedürfnisse achten; 2:Auf nonverbale elementare Bedürfnisse achten und eingehen; 3:Auf elementare Bedürfnisse achten und eingehen	1:(2.9=1); 2:(2.9=2); 3:(2.9=3)
Verstehen von Aufforderungen fördern	1:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, Zeit geben zum Verstehen; 2:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, ggf. wiederholen, Zeit geben zum Verstehen	1:(2.10=1); 2:(2.10=2)
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten beachten	1:Wenn erforderlich, die Konzentration auf die aktuelle Tätigkeit lenken	1:ODER(3.1=1;3.1=2;3.1=3)
Beaufsichtigung - Mögliches aggressives Verhalten beachten	1:Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen; 2:Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:ODER(3.3=1;3.3=2;3.4=1;3.4=2;3.5=1;3.5=2); 2:ODER(3.3=3;3.4=3;3.5=3)
Mögliche verbale Aggression beachten	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:ODER(3.6=1;3.6=2;3.6=3)

Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen	1: Wenn erforderlich, Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen; 2: Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen	1: ODER(3.8=1;3.8=2); 2: (3.8=3)
Wahnvorstellungen berücksichtigen	1: Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen; 2: Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen	1: ODER(3.9=1;3.9=2); 2: (3.9=3)
Ängste berücksichtigen	1: Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern; 2: Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern	1: ODER(3.10=1;3.10=2); 2: (3.10=3)
Auf Antriebslosigkeit eingehen	1: Wenn erforderlich, motivieren, ggf. Handlungsschritte selbst zu übernehmen	1: ODER(3.11=1;3.11=2;3.11=3)
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	1: Wenn erforderlich, sich selbst vor Übergriffen schützen	1: ODER(3.12=1;3.12=2;3.12=3)

4.6 Haarpflege (einschließlich Rasur)

Definition	Unterstützung einer pflegebedürftigen Person bei der Förderung gesunder und sauberer Haare.	
Beschreibung	Die „Haarpflege und Rasur“ umfasst die Pflege, Reinigung und das Frisieren der Haare sowie das Rasieren diverser Körperstellen. Die Intervention umfasst zudem die Platzierung der betroffenen Person in Rückenlage über einem Haarwaschbecken oder vor einem Waschbecken, die Inspektion von Kopfhaut und Haaren und nach Wunsch auch die Verwendung von Haarpflegeprodukten und Rasierwasser. In diesem Zusammenhang gilt es Schmuck und Hörgeräte vor der Intervention zu entfernen.	
	Abzugrenzende Intervention: -	
	Eingeschlossene Interventionen: Positionierung	
Teilschritte		BI-Ableitungen
Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen		
Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)		
Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)		
Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)		
Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt		
Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel		
Wassertemperatur erfragen und vor Beginn nochmals prüfen, ggf. Pflegebedürftige Person die Temperatur selbst testen lassen, Waschsätze nach Bedarf und Wunsch		
Schmuck und Hörgeräte entfernen	1:Selbstständige Durchführung:	1:(4.5=0); 2:(4.5=1);

-
- 2: Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen; 3: (4.5=2); 4: (4.5=3)
 - 3: Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;
 - 4: Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme
-

Haare waschen, spülen und trocknen	<p>1:Selbstständige Durchführung;</p> <p>2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme</p>	<p>1:(4.4=0);</p> <p>2:(4.4=1);</p> <p>3:(4.4=2);</p> <p>4:(4.4=3)</p>
Rasur, auf Wunsch	<p>1:Selbstständige Durchführung;</p> <p>2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme</p>	<p>1:(4.2=0);</p> <p>2:(4.2=1);</p> <p>3:(4.2=2);</p> <p>4:(4.2=3)</p>
Persönliche Hygiene, soweit erforderlich/erwünscht (Haare kämmen, frisieren, Haarpflegemittel, Rasierwasser)	<p>1:Selbstständige Durchführung;</p> <p>2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme</p>	<p>1:ODER(4.1=0;4.2=0);</p> <p>2:ODER(4.1=1;4.2=1);</p> <p>3:ODER(4.1=2;4.2=2);</p> <p>4:ODER(4.1=3;4.2=3);</p>
Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)		
Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien		
Anforderungen	Ausprägungen	Bl-Ableitungen

Die Pflege und Betreuung erfolgt aktivierend (Erhaltung oder Wiedergewinnung der körperlichen, geistigen und seelischen Ressourcen)		
Rücksichtnahme auf kulturspezifische Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Kontrollieren der körperlichen Funktionsfähigkeiten während der Intervention		
Rückenschonend arbeiten (z.B. Bett auf rückenschonende Arbeitshöhe bringen, Hilfsmittel einsetzen)		
Zeit nehmen und Störungen vermeiden		
Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention (u.a. Bedürfnisse und Befinden erfragen)	1: in einfacher Sprache	1:(2.10=3)
Hilfe beim Erkennen von Personen	1: Wenn erforderlich, sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben; 2: Sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben	1: ODER(2.1=1;2.1=2); 2:(2.1=3)
Hilfe bei der örtlichen Orientierung	1: Wenn erforderlich, Zeit zur örtlichen Orientierung geben; 2: Zeit zur örtlichen Orientierung geben	1: ODER(2.2=1;2.2=2); 2:(2.2=3)
Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben	1: Wenn erforderlich, Zeit für zeitliche Orientierung geben; 2: Zeit für zeitliche Orientierung geben	1: ODER(2.3=1;2.3=2); 2:(2.3=3)
Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	1: Wenn erforderlich, Zeit zur Erinnerung geben; 2: Zeit zur Erinnerung geben	1: ODER(2.4=1;2.4=2); 2:(2.4=3)
Hilfe beim Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	1: Wenn erforderlich, zur Reihenfolge der Teilschritte anleiten; 2: Zur Reihenfolge der Teilschritte anleiten	1: ODER(2.5=1;2.5=2); 2:(2.5=3)

Hilfe beim Treffen von Entscheidungen im Alltag (Förderung der Selbstbestimmung)	1:Wenn erforderlich, Anregungen zur Entscheidungsfindung geben; 2:Anregungen zur Entscheidungsfindung geben	1:ODER(2.6=1;2.6=2); 2:(2.6=3)
Hilfe beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben und wiederholen	1:ODER(2.7=1;2.7=2); 2:(2.7=3)
Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben und wiederholen	1:ODER(2.8=1;2.8=2); 2:(2.8=3)
Mitteln elementarer Bedürfnisse fördern	1:Auf Mitteilungen elementarer Bedürfnisse achten; 2:Auf nonverbale elementare Bedürfnisse achten und eingehen; 3:Auf elementare Bedürfnisse achten und eingehen	1:(2.9=1); 2:(2.9=2); 3:(2.9=3)
Verstehen von Aufforderungen fördern	1:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, Zeit geben zum Verstehen; 2:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, ggf. wiederholen, Zeit geben zum Verstehen	1:(2.10=1); 2:(2.10=2)
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten beachten	1:Wenn erforderlich, die Konzentration auf die aktuelle Tätigkeit lenken	1:ODER(3.1=1;3.1=2;3.1=3)

Beaufsichtigung - Mögliches aggressives Verhalten beachten	1:Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen; 2:Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1: ODER(3.3=1;3.3=2;3.4=1;3.4=2;3.5=1;3.5=2) ;	2: ODER(3.3=3;3.4=3;3.5=3)
Mögliche verbale Aggression beachten	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1: ODER(3.6=1;3.6=2;3.6=3)	
Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen; 2:Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen	1: ODER(3.8=1;3.8=2); 2:(3.8=3)	
Wahnvorstellungen berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen; 2:Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen	1: ODER(3.9=1;3.9=2); 2:(3.9=3)	
Ängste berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern; 2:Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern	1: ODER(3.10=1;3.10=2); 2:(3.10=3)	
Auf Antriebslosigkeit eingehen	1:Wenn erforderlich, motivieren, ggf. Handlungsschritte selbst zu übernehmen	1: ODER(3.11=1;3.11=2;3.11=3)	
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	1:Wenn erforderlich, sich selbst vor Übergriffen schützen	1: ODER(3.12=1;3.12=2;3.12=3)	
4.7 Hauswirtschaftliche Unterstützung			
Definition	Unterstützung einer pflegebedürftigen Person bei der hauswirtschaftlichen Versorgung.		

Beschreibung	Die „Hauswirtschaftliche Unterstützung“ umfasst alle hauswirtschaftlichen Verrichtungen (z. B. Aufräumen der Wohnumgebung incl. benutztes Geschirr, Entsorgung von Abfall, Waschen/Pflege/Einräumen der Wäsche und Kleidung, Wechseln der Bettwäsche, Unterbringung eingekaufter Gegenstände). Abzugrenzende Intervention: Nahrungsaufnahme: Vorbereitung, Materialmanagement Eingeschlossene Interventionen: -
--------------	---

4.8 Hilfe beim Aufstehen

Definition	Unterstützung beim Aufrichten aus einer liegenden Position nach einer Ruhe- oder Schlafphase.	
Beschreibung	Die „Hilfe beim Aufstehen“ beinhaltet das Wecken der pflegebedürftigen Person (zur gewünschten Tageszeit) und die Hilfe beim Transfer aus dem Bett. Ebenfalls gehört die Intimpflege verbunden mit dem Ausscheidungsmanagement (Wechsel der Inkontinenzhilfsmittel) dazu. Das Anziehen der Tageskleidung ist nur Bestandteil der Intervention, wenn keine Körperpflege durchgeführt. Die räumliche Umgebung wird an die Tageszeit und die Wünsche der pflegebedürftigen Person angepasst (Lüften, Rollläden hochziehen, etc.).	
	Abzugrenzende Intervention:	Positionierung, Körperpflege
	Eingeschlossene Interventionen:	Transfer/Fortbewegen, An- und Auskleiden, Intimpflege, Ausscheidungsmanagement
Teilschritte	Ausprägungen	Bl-Ableitungen
Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen		
Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)		
Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)		
Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig; Beachtung der Einwirkzeit)		
Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt		
Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel		
Aufstehen (ggf. Transfer in den Rollstuhl)	1:Selbstständige Durchführung; 2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;	1:(1.3=0;1.4=0) 2:(1.3=1;1.4=1) 3:(1.3=2;1.4=2) 4:(1.3=2;1.4=3)

3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;

4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme

An- und Auskleiden	<p>1:Selbstständige Durchführung;</p> <p>2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme</p>	<p>1:ODER(4.5=0;4.6=0);</p> <p>2:ODER(4.5=1;4.6=1);</p> <p>3:ODER(4.5=2;4.6=2);</p> <p>4:ODER(4.5=3;4.6=3)</p>	
Toiletengang oder Wechsel der Inkontinenzhilfsmittel	<p>1:Selbstständige Durchführung;</p> <p>2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme</p>	<p>1:(4.10=0;4.11=0;4.12=0)</p> <p>2:(4.10=1;4.11=1;4.12=1)</p> <p>3:(4.10=2;4.11=2;4.12=2)</p> <p>4:(4.10=3;4.11=3;4.12=3)</p>	
Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)	Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien	Ausprägungen	Bl-Ableitungen
Die Pflege und Betreuung erfolgt aktivierend (Erhaltung oder Wiedergewinnung der körperlichen, geistigen und seelischen Ressourcen)	Rücksichtnahme auf kulturspezifische Bedürfnisse, wenn angezeigt	Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse, wenn angezeigt	Kontrollieren der körperlichen Funktionsfähigkeiten während der Intervention

Rückenschonend arbeiten (z.B. Bett auf rückenschonende Arbeitshöhe bringen, Hilfsmittel einsetzen)		
Zeit nehmen und Störungen vermeiden		1:(2.10=3)
Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention (u.a. Bedürfnisse und Befinden erfragen)	1: in einfacher Sprache	
Hilfe beim Erkennen von Personen	1:Wenn erforderlich, sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben; 2: Sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben	1: ODER(2.1=1,2.1=2); 2:(2.1=3)
Hilfe bei der örtlichen Orientierung	1:Wenn erforderlich, Zeit zur örtlichen Orientierung geben; 2:Zeit zur örtlichen Orientierung geben	1: ODER(2.2=1,2.2=2); 2:(2.2=3)
Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben	1:Wenn erforderlich, Zeit für zeitliche Orientierung geben; 2:Zeit für zeitliche Orientierung geben	1: ODER(2.3=1,2.3=2); 2:(2.3=3)
Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	1:Wenn erforderlich, Zeit zur Erinnerung geben;2:Zeit für Erinnerung geben	1: ODER(2.4=1,2.4=2); 2:(2.4=3)
Hilfe beim Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	1:Wenn erforderlich, zur Reihenfolge der Teilschritte anleiten; 2:Zur Reihenfolge der Teilschritte anleiten	1: ODER(2.5=1,2.5=2); 2:(2.5=3)
Hilfe beim Treffen von Entscheidungen im Alltag (Förderung der Selbstbestimmung)	1:Wenn erforderlich, Anregungen zur Entscheidungsfindung geben; 2:Anregungen zur Entscheidungsfindung geben	1: ODER(2.6=1,2.6=2); 2:(2.6=3)
Hilfe beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben und wiederholen	1: ODER(2.7=1,2.7=2); 2:(2.7=3)
Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben und wiederholen	1: ODER(2.8=1,2.8=2); 2:(2.8=3)

Mitteln elementarer Bedürfnisse fördern	<ol style="list-style-type: none"> 1:Auf Mitteilungen elementarer Bedürfnisse achten; 2:Auf nonverbale elementare Bedürfnisse achten und eingehen; 3:Auf elementare Bedürfnisse achten und eingehen 	<ol style="list-style-type: none"> 1:(2.9=1); 2:(2.9=2); 3:(2.9=3)
Verstehen von Aufforderungen fördern	<ol style="list-style-type: none"> 1:Aufforderungen und Bitten in einfacher Sprache formulieren, Zeit geben zum Verstehen; 2:Aufforderungen und Bitten in einfacher Sprache formulieren, ggf. wiederholen, Zeit geben zum Verstehen 	<ol style="list-style-type: none"> 1:(2.10=1); 2:(2.10=2)
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten beachten	<ol style="list-style-type: none"> 1:Wenn erforderlich, die Konzentration auf die aktuelle Tätigkeit lenken 	<ol style="list-style-type: none"> 1:ODER(3.1=1;3.1=2;3.1=3)
Beaufsichtigung - Mögliches aggressives Verhalten beachten	<ol style="list-style-type: none"> 1:Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen; 2:Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen 	<ol style="list-style-type: none"> 1:0- DER(3.3=1;3.3=2;3.4=1;3.4=2;3.5=1;3.5=2) ; 2:ODER(3.3=3;3.4=3;3.5=3)
Mögliche verbale Aggression beachten	<ol style="list-style-type: none"> 1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen 	<ol style="list-style-type: none"> 1:ODER(3.6=1;3.6=2;3.6=3)
Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen	<ol style="list-style-type: none"> 1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen; 2:Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen 	<ol style="list-style-type: none"> 1:ODER(3.8=1;3.8=2); 2:(3.8=3)
Wahnvorstellungen berücksichtigen	<ol style="list-style-type: none"> 1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen; 	<ol style="list-style-type: none"> 1:ODER(3.9=1;3.9=2); 2:(3.9=3)

	2:Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen	
Ängste berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern; 2:Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern	1:ODER(3.10=1;3.10=2); 2:(3.10=3)
Auf Antriebslosigkeit eingehen	1:Wenn erforderlich, motivieren, ggf. Handlungsschritte selbst zu übernehmen	1:ODER(3.11=1;3.11=2;3.11=3)
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	1:Wenn erforderlich, sich selbst vor Übergriffen schützen	1:ODER(3.12=1;3.12=2;3.12=3)

4.9 Hilfe beim Zubettgehen

Definition	Unterstützung beim Zubettgehen zur gewünschten Tageszeit.	
Beschreibung	Das „Zubettgehen“ beinhaltet neben dem Ausscheidungsmanagement (Wechsel der Inkontinenzhilfsmittel) auch den Wechsel der Kleidung und den Transfer ins Bett. Dieser wird durch eine Positionierung ergänzt. Die räumliche Umgebung wird an die Tageszeit und die Wünsche der pflegebedürftigen Person angepasst (Lüften, Rollläden runterziehen, etc.), Rituale zur Schaffförderung werden beachtet.	
	Abzugrenzende Intervention: Körperpflege, Mund-/Zahnpflege	
	Eingeschlossene Interventionen: Transfer/Fortbewegen, An- und Auskleiden, Intimpflege, Ausscheidungsmanagement, Positionierung	
Teilschritte		
Ausprägungen		
Bl-Ableitungen		
Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen		
Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)		
Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)		
Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)		
Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt		
Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel		
Ggf. Toilettengang/Wechsel der Inkontinenzhilfsmittel	1:Selbstständige Durchführung; 2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;	1:(4.10=0;4.11=0;4.12=0) 2:(4.10=1;4.11=1;4.12=1) 3:(4.10=2;4.11=2;4.12=2) 4:(4.10=3;4.11=3;4.12=3)

3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;

4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme

An- und Auskleiden	<p>1:Selbstständige Durchführung;</p> <p>2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme</p>	<p>1:ODER(4.5=0;4.6=0);</p> <p>2:ODER(4.5=1;4.6=1);</p> <p>3:ODER(4.5=2;4.6=2);</p> <p>4:ODER(4.5=3;4.6=3)</p>
Ggf. Transfer ins Bett	<p>1:Selbstständige Durchführung;</p> <p>2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme</p>	<p>1:(1.3=0;1.4=0)</p> <p>2:(1.3=1;1.4=1)</p> <p>3:(1.3=2;1.4=1)</p> <p>4:(1.3=3;1.4=3;1.6=1a)</p>
Positionierung	<p>1:Selbstständige Durchführung;</p> <p>2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme</p>	<p>1:(1.1=0)</p> <p>2:(1.1=1)</p> <p>3:(1.1=2)</p> <p>4:(1.1=3;1.6=1a)</p>
Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)	Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien	
Anforderungen	Ausprägungen	Bl-Ableitungen

Die Pflege und Betreuung erfolgt aktivierend (Erhaltung oder Wiedergewinnung der körperlichen, geistigen und seelischen Ressourcen)		
Rücksichtnahme auf kulturspezifische Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Kontrollieren der körperlichen Funktionsfähigkeiten während der Intervention		
Rückenschonend arbeiten (z.B. Bett auf rückenschonende Arbeitshöhe bringen, Hilfsmittel einsetzen)		
Zeit nehmen und Störungen vermeiden		
Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention (u.a. Bedürfnisse und Befinden erfragen)	1: in einfacher Sprache	1:(2.10=3)
Hilfe beim Erkennen von Personen	1:Wenn erforderlich, sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben; 2:Sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben	1:ODER(2.1=1;2.1=2); 2:(2.1=3)
Hilfe bei der örtlichen Orientierung	1:Wenn erforderlich, Zeit zur örtlichen Orientierung geben; 2:Zeit zur örtlichen Orientierung geben	1:ODER(2.2=1;2.2=2); 2:(2.2=3)
Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben	1:Wenn erforderlich, Zeit für zeitliche Orientierung geben; 2:Zeit für zeitliche Orientierung geben	1:ODER(2.3=1;2.3=2); 2:(2.3=3)
Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	1:Wenn erforderlich, Zeit zur Erinnerung geben;2:Zeit für Erinnerung geben	1:ODER(2.4=1;2.4=2); 2:(2.4=3)
Hilfe beim Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	1:Wenn erforderlich, zur Reihenfolge der Teilschritte anleiten; 2:Zur Reihenfolge der Teilschritte anleiten	1:ODER(2.5=1;2.5=2); 2:(2.5=3)

Hilfe beim Treffen von Entscheidungen im Alltag (Förderung der Selbstbestimmung)	1:Wenn erforderlich, Anregungen zur Entscheidungsfindung geben; 2:Anregungen zur Entscheidungsfindung geben	1:ODER(2.6=1;2.6=2); 2:(2.6=3)
Hilfe beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben und wiederholen	1:ODER(2.7=1;2.7=2); 2:(2.7=3)
Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben und wiederholen	1:ODER(2.8=1;2.8=2); 2:(2.8=3)
Mitteln elementarer Bedürfnisse fördern	1:Auf Mitteilungen elementarer Bedürfnisse achten; 2:Auf nonverbale elementare Bedürfnisse achten und eingehen; 3:Auf elementare Bedürfnisse achten und eingehen	1:(2.9=1); 2:(2.9=2); 3:(2.9=3)
Verstehen von Aufforderungen fördern	1:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, Zeit geben zum Verstehen; 2:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, ggf. wiederholen, Zeit geben zum Verstehen	1:(2.10=1); 2:(2.10=2)
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten beachten	1:Wenn erforderlich, die Konzentration auf die aktuelle Tätigkeit lenken	1:ODER(3.1=1;3.1=2;3.1=3)
Nächtliche Unruhe beachten	1:Wenn erforderlich, das Einschlafen fördern oder nächtliche Aktivitäten anbieten	1:(3.2=1;3.2=2;3.2=3)

Beaufsichtigung - Mögliches aggressives Verhalten beachten	1:Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen; 2:Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1: ODER(3.3=1;3.3=2;3.4=1;3.4=2;3.5=1;3.5=2) ; 2: ODER(3.3=3;3.4=3;3.5=3)
Mögliche verbale Aggression beachten	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1: ODER(3.6=1;3.6=2;3.6=3)
Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen; 2:Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen	1: ODER(3.8=1;3.8=2); 2:(3.8=3)
Wahnvorstellungen berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen; 2:Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen	1: ODER(3.9=1;3.9=2); 2:(3.9=3)
Ängste berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern; 2:Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern	1: ODER(3.10=1;3.10=2); 2:(3.10=3)
Auf Antriebslosigkeit eingehen	1:Wenn erforderlich, motivieren, ggf. Handlungsschritte selbst zu übernehmen	1: ODER(3.11=1;3.11=2;3.11=3)
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	1:Wenn erforderlich, sich selbst vor Übergriffen schützen	1: ODER(3.12=1;3.12=2;3.12=3)

4.10 Intimpflege

Definition	Reinigen des Intimbereichs zum Zweck der Sauberkeit und Förderung des Wohlbefindens.	
Beschreibung	Die „Intimpflege“ umfasst die Reinigung und Inspektion des Intimbereichs unter Berücksichtigung der hygienischen Reihenfolge. Zu beachten sind in diesem Zusammenhang der Wechsel von Waschlappen und Handtüchern sowie ggf. auch ein Waschwasserwechsel. Abzugrenzende Intervention: - Eingeschlossene Interventionen: An- und Auskleiden, Positionierung	
Teilschritte	Ausprägungen	BI-Ableitungen
Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen		
Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)		
Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)		
Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)		
Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt		
Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel		
Positionierung der pflegebedürftigen Person	1:Selbstständige Durchführung; 2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen; 3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen; 4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme	1:(1.1=0); 2:(1.1=1); 3:(1.1=2); 4:ODER(1.1=3;1.6=1a)

An- und Auskleiden des Unterkörpers

- | | |
|---|------------|
| 1:Selbstständige Durchführung; | 1:(4.6=0); |
| 2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen; | 2:(4.6=1); |
| 3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen; | 3:(4.6=2); |
| 4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme | 4:(4.6=3) |
-

Reinigen des Intimbereichs (Einhaltung der hygienischen Reihenfolge)	<p>1:Selbstständige Durchführung;</p> <p>2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme</p>	<p>1:(4.3=0);</p> <p>2:(4.3=1);</p> <p>3:(4.3=2);</p> <p>4:(4.3=3)</p>
Versorgung mit Inkontinenzhilfsmitteln	<p>1:Selbstständige Durchführung;</p> <p>2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme</p>	<p>1:ODER(4.11=0;4.12=0);</p> <p>2:ODER(4.11=1;4.12=1);</p> <p>3:ODER(4.11=2;4.12=2);</p> <p>4:ODER(4.11=3;4.12=3)</p>
Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)		
Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien		
Anforderungen	Ausprägungen	Bl-Ableitungen
Die Pflege und Betreuung erfolgt aktivierend (Erhaltung oder Wiedergewinnung der körperlichen, geistigen und seelischen Ressourcen)		
Rücksichtnahme auf kulturspezifische Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Kontrollieren der körperlichen Funktionsfähigkeiten während der Intervention		

Rückenschonend arbeiten (z.B. Bett auf rückenchonende Arbeitshöhe bringen, Hilfsmittel einsetzen)		
Zeit nehmen und Störungen vermeiden		1:(2.10=3)
Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention (u.a. Bedürfnisse und Befinden erfragen)	1: in einfacher Sprache	
Hilfe beim Erkennen von Personen	1:Wenn erforderlich, sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben; 2: Sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben	1: ODER(2.1=1,2.1=2); 2:(2.1=3)
Hilfe bei der örtlichen Orientierung	1:Wenn erforderlich, Zeit zur örtlichen Orientierung geben; 2:Zeit zur örtlichen Orientierung geben	1: ODER(2.2=1,2.2=2); 2:(2.2=3)
Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben	1:Wenn erforderlich, Zeit für zeitliche Orientierung geben; 2:Zeit für zeitliche Orientierung geben	1: ODER(2.3=1,2.3=2); 2:(2.3=3)
Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	1:Wenn erforderlich, Zeit zur Erinnerung geben; 2:Zeit zur Erinnerung geben	1: ODER(2.4=1,2.4=2); 2:(2.4=3)
Hilfe beim Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	1:Wenn erforderlich, zur Reihenfolge der Teilschritte anleiten; 2:Zur Reihenfolge der Teilschritte anleiten	1: ODER(2.5=1,2.5=2); 2:(2.5=3)
Hilfe beim Treffen von Entscheidungen im Alltag (Förderung der Selbstbestimmung)	1:Wenn erforderlich, Anregungen zur Entscheidungsfindung geben; 2:Anregungen zur Entscheidungsfindung geben	1: ODER(2.6=1,2.6=2); 2:(2.6=3)
Hilfe beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben und wiederholen	1: ODER(2.7=1,2.7=2); 2:(2.7=3)
Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben und wiederholen	1: ODER(2.8=1,2.8=2); 2:(2.8=3)

Mitteln elementarer Bedürfnisse fördern	<p>1:Auf Mitteilungen elementarer Bedürfnisse achten;</p> <p>2:Auf nonverbale elementare Bedürfnisse achten und eingehen;</p> <p>3:Auf elementare Bedürfnisse achten und eingehen</p>	<p>1:(2.9=1);</p> <p>2:(2.9=2);</p> <p>3:(2.9=3)</p>
Verstehen von Aufforderungen fördern	<p>1:Aufforderungen und Bitten in einfacher Sprache formulieren, Zeit geben zum Verstehen;</p> <p>2:Aufforderungen und Bitten in einfacher Sprache formulieren, ggf. wiederholen, Zeit geben zum Verstehen</p>	<p>1:(2.10=1);</p> <p>2:(2.10=2)</p>
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten beachten	<p>1:Wenn erforderlich, die Konzentration auf die aktuelle Tätigkeit lenken</p>	<p>1:ODER(3.1=1;3.1=2;3.1=3)</p>
Beaufsichtigung - Mögliches aggressives Verhalten beachten	<p>1:Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen;</p> <p>2:Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen</p>	<p>1:0- DER(3.3=1;3.3=2;3.4=1;3.4=2;3.5=1;3.5=2) ;</p> <p>2:ODER(3.3=3;3.4=3;3.5=3)</p>
Mögliche verbale Aggression beachten	<p>1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen</p>	<p>1:ODER(3.6=1;3.6=2;3.6=3)</p>
Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen	<p>1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen;</p> <p>2:Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen</p>	<p>1:ODER(3.8=1;3.8=2);</p> <p>2:(3.8=3)</p>
Wahnvorstellungen berücksichtigen	<p>1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen;</p> <p>2:Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen</p>	<p>1:ODER(3.9=1;3.9=2);</p> <p>2:(3.9=3)</p>

Ängste berücksichtigen	1: Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern; 2: Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern	1: ODER(3.10=1;3.10=2); 2:(3.10=3)
Auf Antriebslosigkeit eingehen	1: Wenn erforderlich, motivieren, ggf. Handlungsschritte selbst zu übernehmen	1: ODER(3.11=1;3.11=2;3.11=3)
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	1: Wenn erforderlich, sich selbst vor Übergriffen schützen	1: ODER(3.12=1;3.12=2;3.12=3)

4.11 Körperpflege: Baden

Definition	Reinigung des gesamten Körpers mittels Eintauchen des Körpers oder einzelner Körperteile in dafür eingelassenes Wasser zur Förderung des Wohlbefindens.		
Beschreibung	„Baden“ umfasst die Ganzkörperwaschung, die mittels Eintauchen des gesamten Körpers oder einzelner Körperteile durchgeführt wird. Die Intervention umfasst eine allgemeine und spezifische Krankenbeobachtung.		
	Abzugrenzende Intervention:	Transfer/Fortbewegen ins Badezimmer, Ausscheidungsmanagement, Maniküre/Pediküre	
	Eingeschlossene Interventionen:	An- und Auskleiden, Haarpflege und Rasur, Transfer in und aus der Badewanne, Intimpflege, Mund-/Zahnpflege	
Teilschritte		Ausprägungen	BI-Ableitungen
Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen			
Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)			
Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)			
Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)			
Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt			
Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel			
Wassertemperatur erfragen und vor Beginn nochmals prüfen, ggf. Pflegebedürftige Person die Temperatur selbst testen lassen, Waschsätze nach Bedarf und Wunsch			
Rasieren, soweit erforderlich/erwünscht	1:Selbstständige Durchführung;	1:(4.2=0); 2:(4.2=1);	

-
- 2: Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen; 3: (4.2=2); 4: (4.2=3)
 - 3: Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;
 - 4: Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme
-

Badevorgang durchführen, einschließlich Rückenwaschen, Körperpflege und Haare waschen	<p>1:Selbstständige Durchführung; 2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen; 3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen; 4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme</p>	<p>1:(4.4=0); 2:(4.4=1); 3:(4.4=2); 4:(4.4=3)</p>
Intimpflege (Genitalien, Gesäß)	<p>1:Selbstständige Durchführung; 2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen; 3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen; 4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme</p>	<p>1:(4.3=0); 2:(4.3=1); 3:(4.3=2); 4:(4.3=3)</p>
Abtrocknen, gesamt	<p>1:Selbstständige Durchführung; 2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen; 3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen; 4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme</p>	<p>1:(4.4=0); 2:(4.4=1); 3:(4.4=2); 4:(4.4=3)</p>
Persönliche Hygiene, soweit erforderlich/erwünscht (Make-up, Eau de Toilette, Haare kämmen und frisieren)	<p>1:Selbstständige Durchführung; 2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen; 3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen; 4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme</p>	<p>1:ODER(4.1=0;4.2=0); 2:ODER(4.1=1;4.2=1); 3:ODER(4.1=2;4.2=2); 4:ODER(4.1=3;4.2=3);</p>

An- und Auskleiden	<p>1:Selbstständige Durchführung;</p> <p>2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme</p>	<p>1:ODER(4.5=0;4.6=0);</p> <p>2:ODER(4.5=1;4.6=1);</p> <p>3:ODER(4.5=2;4.6=2);</p> <p>4:ODER(4.5=3;4.6=3)</p>	
Mund- und Zahnpflege (Prothesenreinigung)	<p>1:Selbstständige Durchführung;</p> <p>2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme</p>	<p>1:(4.2=0);</p> <p>2:(4.2=1);</p> <p>3:(4.2=2);</p> <p>4:(4.2=3)</p>	
Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)	Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien	Ausprägungen	Bl-Ableitungen
Die Pflege und Betreuung erfolgt aktivierend (Erhaltung oder Wiedergewinnung der körperlichen, geistigen und seelischen Ressourcen)	Rücksichtnahme auf kulturspezifische Bedürfnisse, wenn angezeigt	Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse, wenn angezeigt	Kontrollieren der körperlichen Funktionsfähigkeiten während der Intervention

Rückenschonend arbeiten (z.B. Bett auf rückenschonende Arbeitshöhe bringen, Hilfsmittel einsetzen)		
Zeit nehmen und Störungen vermeiden		1:(2.10=3)
Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention (u.a. Bedürfnisse und Befinden erfragen)	1: in einfacher Sprache	
Hilfe beim Erkennen von Personen	1:Wenn erforderlich, sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben; 2: Sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben	1: ODER(2.1=1;2.1=2); 2:(2.1=3)
Hilfe bei der örtlichen Orientierung	1:Wenn erforderlich, Zeit zur örtlichen Orientierung geben; 2:Zeit zur örtlichen Orientierung geben	1: ODER(2.2=1;2.2=2); 2:(2.2=3)
Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben	1:Wenn erforderlich, Zeit für zeitliche Orientierung geben; 2:Zeit für zeitliche Orientierung geben	1: ODER(2.3=1;2.3=2); 2:(2.3=3)
Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	1:Wenn erforderlich, Zeit zur Erinnerung geben; 2:Zeit zur Erinnerung geben	1: ODER(2.4=1;2.4=2); 2:(2.4=3)
Hilfe beim Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	1:Wenn erforderlich, zur Reihenfolge der Teilschritte anleiten; 2:Zur Reihenfolge der Teilschritte anleiten	1: ODER(2.5=1;2.5=2); 2:(2.5=3)
Hilfe beim Treffen von Entscheidungen im Alltag (Förderung der Selbstbestimmung)	1:Wenn erforderlich, Anregungen zur Entscheidungsfindung geben; 2:Anregungen zur Entscheidungsfindung geben	1: ODER(2.6=1;2.6=2); 2:(2.6=3)
Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben und wiederholen	1: ODER(2.8=1;2.8=2); 2:(2.8=3)
Mitteln elementarer Bedürfnisse fördern	1:Auf Mitteilungen elementarer Bedürfnisse achten; 2:Auf nonverbale elementare Bedürfnisse achten und eingehen;	1:(2.9=1); 2:(2.9=2);

	3:Auf elementare Bedürfnisse achten und eingehen	3:(2.9=3)
Verstehen von Aufforderungen fördern	1:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, Zeit geben zum Verstehen; 2:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, ggf. wiederholen, Zeit geben zum Verstehen	1:(2.10=1); 2:(2.10=2)
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten beachten	1:Wenn erforderlich, die Konzentration auf die aktuelle Tätigkeit lenken	1:ODER(3.1=1;3.1=2;3.1=3)
Beaufsichtigung - Mögliches aggressives Verhalten beachten	1:Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen; 2:Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:O- DER(3.3=1;3.3=2;3.4=1;3.4=2;3.5=1;3.5=2) ; 2:ODER(3.3=3;3.4=3;3.5=3)
Mögliche verbale Aggression beachten	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:ODER(3.6=1;3.6=2;3.6=3)
Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen; 2:Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen	1:ODER(3.8=1;3.8=2); 2:(3.8=3)
Wahnvorstellungen berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen; 2:Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen	1:ODER(3.9=1;3.9=2); 2:(3.9=3)
Ängste berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern;	1:ODER(3.10=1;3.10=2); 2:(3.10=3)

	2:Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern	
Auf Antriebslosigkeit eingehen	1:Wenn erforderlich, motivieren, ggf. Handlungsschritte selbst zu übernehmen	1:ODER(3.11=1;3.11=2;3.11=3)
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	1:Wenn erforderlich, sich selbst vor Übergriffen schützen	1:ODER(3.12=1;3.12=2;3.12=3)

4.12 Körperpflege: Duschen

Definition	Reinigung des gesamten Körpers unter fließendem Wasser zur Förderung des Wohlbefindens.		
Beschreibung	„Duschen“ umfasst die Reinigung des Körpers unter fließendem Wasser. Die Intervention umfasst eine allgemeine und spezifische Krankenbeobachtung.		
	Abzugrenzende Intervention:	Transfer/Fortbewegen ins Badezimmer, Ausscheidungsmanagement, Maniküre/Pediküre	
	Eingeschlossene Interventionen:	An- und Auskleiden, Haarpflege und Rasur, Intimpflege, Mund-/Zahnpflege	
Teilschritte		Ausprägungen	
Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen			
Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)			
Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)			
Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)			
Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt			
Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel			
Wassertemperatur erfragen und vor Beginn nochmals prüfen, ggf. Pflegebedürftige Person die Temperatur selbst testen lassen, Waschsätze nach Bedarf und Wunsch			
Rasieren, soweit erforderlich/erwünscht	1:Selbstständige Durchführung;	1:(4.2=0);	
	2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;	2:(4.2=1);	
		3:(4.2=2);	

3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen; 4:(4.2=3)

4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme

Duschvorgang durchführen, einschließlich Rückenwaschen, Körperpflege und Haare waschen	<p>1:Selbstständige Durchführung;</p> <p>2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme</p>	<p>1:(4.4=0);</p> <p>2:(4.4=1);</p> <p>3:(4.4=2);</p> <p>4:(4.4=3)</p>
Intimpflege (Genitalien, Gesäß)	<p>1:Selbstständige Durchführung;</p> <p>2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme</p>	<p>1:(4.3=0);</p> <p>2:(4.3=1);</p> <p>3:(4.3=2);</p> <p>4:(4.3=3)</p>
Abtrocknen, gesamt	<p>1:Selbstständige Durchführung;</p> <p>2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme</p>	<p>1:(4.4=0);</p> <p>2:(4.4=1);</p> <p>3:(4.4=2);</p> <p>4:(4.4=3)</p>
Persönliche Hygiene, soweit erforderlich/erwünscht (Make-up, Eau de Toilette, Haare kämmen und frisieren)	<p>1:Selbstständige Durchführung;</p> <p>2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme</p>	<p>1:(4.1=0);</p> <p>2:(4.1=1);</p> <p>3:(4.1=2);</p> <p>4:(4.1=3);</p> <p>1:(4.2=0);</p> <p>2:(4.2=1);</p>

3:(4.2=2);
4:(4.2=3);

An- und Auskleiden

1:Selbstständige Durchführung;
1:ODER(4.5=0;4.6=0);

2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle
2:ODER(4.5=1;4.6=1);

Übernahme von Teilhandlungen;
3:ODER(4.5=2;4.6=2);

3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Über-
nahme von Teilhandlungen;
4:ODER(4.5=3;4.6=3)

4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme

Mund- und Zahnpflege (Prothesenreinigung)

1:Selbstständige Durchführung;
1:(4.2=0);

2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle
2:(4.2=1);
Übernahme von Teilhandlungen;
3:(4.2=2);

3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Über-
nahme von Teilhandlungen;
4:(4.2=3)

4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Be-
dienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und
nicht persönlichen Utensilien

Anforderungen

Ausprägungen

Bl-Ableitungen

Die Pflege und Betreuung erfolgt aktivierend (Erhaltung oder
Wiedergewinnung der körperlichen, geistigen und seelischen
Ressourcen)

Rücksichtnahme auf kulturspezifische Bedürfnisse, wenn an-
gezeigt

Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse, wenn angezeigt

Kontrollieren der körperlichen Funktionsfähigkeiten während der Intervention	
Rückenschonend arbeiten (z.B. Bett auf rückenschonende Arbeitshöhe bringen, Hilfsmittel einsetzen)	
Zeit nehmen und Störungen vermeiden	
Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention (u.a. Bedürfnisse und Befinden erfragen)	1.: in einfacher Sprache
Beaufsichtigung - Halten einer stabilen Sitzposition	1.:Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen;2.:Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle
Hilfe beim Erkennen von Personen	1.:Wenn erforderlich, sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben; 2.:Sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben
Hilfe bei der örtlichen Orientierung	1.:Wenn erforderlich, Zeit zur örtlichen Orientierung geben; 2.:Zeit zur örtlichen Orientierung geben
Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben	1.:Wenn erforderlich, Zeit für zeitliche Orientierung geben; 2.:Zeit für zeitliche Orientierung geben
Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	1.:Wenn erforderlich, Zeit zur Erinnerung geben; 2.:Zeit zur Erinnerung geben
Hilfe beim Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	1.:Wenn erforderlich, zur Reihenfolge der Teilschritte anleiten; 2.:Zur Reihenfolge der Teilschritte anleiten
Hilfe beim Treffen von Entscheidungen im Alltag (Förderung der Selbstbestimmung)	1.:Wenn erforderlich, Anregungen zur Entscheidungsfindung geben; 2.:(2.6=3)

	2:Anregungen zur Entscheidungsfindung geben	
Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben und wiederholen	1:ODER(2.8=1;2.8=2); 2:(2.8=3)
Mitteln elementarerer Bedürfnisse fördern	1:Auf Mitteilungen elementarer Bedürfnisse achten; 2:Auf nonverbale elementare Bedürfnisse achten und eingehen; 3:Auf elementare Bedürfnisse achten und eingehen	1:(2.9=1); 2:(2.9=2); 3:(2.9=3)
Verstehen von Aufforderungen fördern	1:Aufforderungen und Bitten in einfacher Sprache formulieren, Zeit geben zum Verstehen; 2:Aufforderungen und Bitten in einfacher Sprache formulieren, ggf. wiederholen, Zeit geben zum Verstehen	1:(2.10=1); 2:(2.10=2)
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten beachten	1:Wenn erforderlich, die Konzentration auf die aktuelle Tätigkeit lenken	1:ODER(3.1=1;3.1=2;3.1=3)
Beaufsichtigung - Mögliches aggressives Verhalten beachten	1:Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen; 2:Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:O- DER(3.3=1;3.3=2;3.4=1;3.4=2;3.5=1;3.5=2) ; 2:ODER(3.3=3;3.4=3;3.5=3)
Mögliche verbale Aggression beachten	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:ODER(3.6=1;3.6=2;3.6=3)

Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen; 2:Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen	1:ODER(3.8=1,3.8=2); 2:(3.8=3)
Wahnvorstellungen berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen; 2:Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen	1:ODER(3.9=1,3.9=2); 2:(3.9=3)
Ängste berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern; 2:Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern	1:ODER(3.10=1,3.10=2); 2:(3.10=3)
Auf Antriebslosigkeit eingehen	1:Wenn erforderlich, motivieren, ggf. Handlungsschritte selbst zu übernehmen	1:ODER(3.11=1,3.11=2,3.11=3)
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	1:Wenn erforderlich, sich selbst vor Übergriffen schützen	1:ODER(3.12=1,3.12=2,3.12=3)

4.13 Körperpflege: Waschen am Waschbecken

Definition	Reinigung des Körpers am Waschbecken zur Förderung des Wohlbefindens.	
Beschreibung	„Waschen am Waschbecken“ umfasst die Ganz- oder Teilkörperpflege, die am Waschbecken durchgeführt wird. Die Intervention umfasst eine allgemeine und spezifische Krankenbeobachtung.	
	Abzugrenzende Intervention:	Transfer/Fortbewegen zum Waschbecken, Ausscheidungsmanagement, Maniküre/Pediküre
	Eingeschlossene Interventionen:	An- und Auskleiden, Haarpflege und Rasur, Intimpflege, Mund-/Zahnpflege
Teilschritte		Ausprägungen
Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen		
Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)		
Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)		
Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)		
Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt		
Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel		
Wassertemperatur erfragen und vor Beginn nochmals prüfen, ggf. Pflegebedürftige Person die Temperatur selbst testen lassen, Waschzusätze nach Bedarf und Wunsch		
Rasieren, soweit erforderlich/erwünscht	1:Selbstständige Durchführung;	1:(4.2=0);
	2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;	2:(4.2=1);
		3:(4.2=2);

3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen; 4:(4.2=3)

4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme

<p>Oberkörper waschen, abtrocknen, ggf. eincremen (Gesicht, Hals, Ohren, Arme, Brust, Bauch)</p>	<p>1:Selbstständige Durchführung; 2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen; 3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen; 4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme</p>	<p>1:(4.1=0); 2:(4.1=1); 3:(4.1=2); 4:(4.1=3)</p>
<p>Rücken wachen und abtrocknen</p>	<p>1:Selbstständige Durchführung; 2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen; 3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen; 4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme</p>	<p>1:(4.5=0); 2:(4.5=1); 3:(4.5=2); 4:(4.5=3)</p>
<p>Unterkörper waschen, abtrocknen, ggf. eincremen (Beine, Füße)</p>	<p>1:Selbstständige Durchführung; 2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen; 3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen; 4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme</p>	<p>1:(4.6=0); 2:(4.6=1); 3:(4.6=2); 4:(4.6=3)</p>
<p>Intimpflege (Genitalien, Gesäß)</p>	<p>1:Selbstständige Durchführung; 2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen; 3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen; 4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme</p>	<p>1:(4.3=0); 2:(4.3=1); 3:(4.3=2); 4:(4.3=3)</p>

Waschen der Haare, soweit erforderlich/erwünscht	<p>1:Selbstständige Durchführung;</p> <p>2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme</p>	<p>1:(4.4=0);</p> <p>2:(4.4=1);</p> <p>3:(4.4=2);</p> <p>4:(4.4=3)</p>
Persönliche Hygiene, soweit erforderlich/erwünscht (Make-up, Eau de Toilette, Haare kämmen und frisieren)	<p>1:Selbstständige Durchführung;</p> <p>2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme</p>	<p>1:(4.2=0);</p> <p>2:(4.2=1);</p> <p>3:(4.2=2);</p> <p>4:(4.2=3)</p>
An- und Auskleiden	<p>1:Selbstständige Durchführung;</p> <p>2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme</p>	<p>1:ODER(4.5=0;4.6=0);</p> <p>2:ODER(4.5=1;4.6=1);</p> <p>3:ODER(4.5=2;4.6=2);</p> <p>4:ODER(4.5=3;4.6=3)</p>
Mund- und Zahnpflege (Prothesenreinigung)	<p>1:Selbstständige Durchführung;</p> <p>2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme</p>	<p>1:(4.2=0);</p> <p>2:(4.2=1);</p> <p>3:(4.2=2);</p> <p>4:(4.2=3)</p>

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)	
Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien	
Anforderungen	Ausprägungen
Die Pflege und Betreuung erfolgt aktivierend (Erhaltung oder Wiedergewinnung der körperlichen, geistigen und seelischen Ressourcen)	
Rücksichtnahme auf kulturspezifische Bedürfnisse, wenn angezeigt	
Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse, wenn angezeigt	
Kontrollieren der körperlichen Funktionfähigkeiten während der Intervention	
Rückenschonend arbeiten (z.B. Bett auf rückenschonende Arbeitshöhe bringen, Hilfsmittel einsetzen)	
Zeit nehmen und Störungen vermeiden	
Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention (u.a. Bedürfnisse und Befinden erfragen)	1: in einfacher Sprache 1:(2:10=3)
Beaufsichtigung - Halten einer stabilen Sitzposition	1:Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen,2:Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle

Hilfe beim Erkennen von Personen	1:Wenn erforderlich, sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben; 2:Sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben	1:ODER(2.1=1;2.1=2); 2:(2.1=3)
Hilfe bei der örtlichen Orientierung	1:Wenn erforderlich, Zeit zur örtlichen Orientierung geben; 2:Zeit zur örtlichen Orientierung geben	1:ODER(2.2=1;2.2=2); 2:(2.2=3)
Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben	1:Wenn erforderlich, Zeit für zeitliche Orientierung geben; 2:Zeit für zeitliche Orientierung geben	1:ODER(2.3=1;2.3=2); 2:(2.3=3)
Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	1:Wenn erforderlich, Zeit zur Erinnerung geben;2:Zeit für Erinnerung geben	1:ODER(2.4=1;2.4=2); 2:(2.4=3)
Hilfe beim Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	1:Wenn erforderlich, zur Reihenfolge der Teilschritte anleiten; 2:Zur Reihenfolge der Teilschritte anleiten	1:ODER(2.5=1;2.5=2); 2:(2.5=3)
Hilfe beim Treffen von Entscheidungen im Alltag (Förderung der Selbstbestimmung)	1:Wenn erforderlich, Anregungen zur Entscheidungsfindung geben; 2:Anregungen zur Entscheidungsfindung geben	1:ODER(2.6=1;2.6=2); 2:(2.6=3)
Hilfe beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben und wiederholen	1:ODER(2.7=1;2.7=2); 2:(2.7=3)
Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben und wiederholen	1:ODER(2.8=1;2.8=2); 2:(2.8=3)
Mitteln elementarer Bedürfnisse fördern	1:Auf Mitteilungen elementarer Bedürfnisse achten; 2:Auf nonverbale elementare Bedürfnisse achten und eingehen; 3:Auf elementare Bedürfnisse achten und eingehen	1:(2.9=1); 2:(2.9=2); 3:(2.9=3)
Verstehen von Aufforderungen fördern	1:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, Zeit geben zum Verstehen;	1:(2.10=1);

	2.:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, ggf. wiederholen, Zeit geben zum Verstehen	2: (2.10=2)
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten beachten	1.:Wenn erforderlich, die Konzentration auf die aktuelle Tätigkeit lenken	1: ODER(3.1=1;3.1=2;3.1=3)
Beaufsichtigung - Mögliches aggressives Verhalten beachten	1.:Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen; 2.:Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1: O- DER(3.3=1;3.3=2;3.4=1;3.4=2;3.5=1;3.5=2) ; 2: ODER(3.3=3;3.4=3;3.5=3)
Mögliche verbale Aggression beachten	1.:Wenn erforderlich, Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1: ODER(3.6=1;3.6=2;3.6=3)
Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen	1.:Wenn erforderlich, Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen; 2.:Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen	1: ODER(3.8=1;3.8=2); 2: (3.8=3)
Wahnvorstellungen berücksichtigen	1.:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen; 2.:Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen	1: ODER(3.9=1;3.9=2); 2: (3.9=3)
Ängste berücksichtigen	1.:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern; 2.:Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern	1: ODER(3.10=1;3.10=2); 2: (3.10=3)
Auf Antriebslosigkeit eingehen	1.:Wenn erforderlich, motivieren, ggf. Handlungsschritte selbst zu übernehmen	1: ODER(3.11=1;3.11=2;3.11=3)

Sozial inadäquate Verhaltensweisen

1: Wenn erforderlich, sich selbst vor Übergriffen schützen

1: ODER(3.12=1;3.12=2;3.12=3)

4.14 Körperpflege: Waschen im Bett

Definition	Reinigung des Körpers im Bett zur Förderung des Wohlbefindens.
Beschreibung	„Waschen im Bett“ umfasst die Ganz- oder Teilkörperpflege, die im Bett bei Personen durchgeführt wird, die nicht aufstehen können oder dürfen. Die Intervention umfasst eine allgemeine und spezifische Krankenbeobachtung. Abzugrenzende Intervention: Maniküre/Pediküre, Nachgelagerte Positionierung Eingeschlossene Interventionen: An- und Auskleiden, Haarpflege und Rasur, Intimpflege, Ausscheidungsmanagement, Mund- und Zahnpflege
Teilschritte	Ausprägungen
Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen	Bl-Ableitungen
Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)	
Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)	
Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)	
Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt	
Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel	
ggf. Lagerungshilfsmittel entfernen; Patientenhaltgriff hochhängen	
Wassertemperatur erfragen und vor Beginn nochmals prüfen, ggf. Pflegebedürftige Person die Temperatur selbst testen lassen, Waschsätze nach Bedarf und Wunsch	

Oberkörper hoch positionieren, sofern keine Kontraindikation besteht	1:Selbstständige Durchführung; 2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen; 3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen; 4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme	1:(1.1=0); 2:(1.1=1); 3:(1.1=2); 4:(1.1=3)
--	--	---

Rasieren, soweit erforderlich/erwünscht	<p>1:Selbstständige Durchführung;</p> <p>2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme</p>	<p>1:(4.2=0);</p> <p>2:(4.2=1);</p> <p>3:(4.2=2);</p> <p>4:(4.2=3)</p>
Oberkörper waschen, abtrocknen, ggf. eincremen (Gesicht, Hals, Ohren, Arme, Brust, Bauch)	<p>1:Selbstständige Durchführung;</p> <p>2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme</p>	<p>1:(4.1=0);</p> <p>2:(4.1=1);</p> <p>3:(4.1=2);</p> <p>4:(4.1=3)</p>
Rücken wachen und abtrocknen	<p>1:Selbstständige Durchführung;</p> <p>2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme</p>	<p>1:(4.5=0);</p> <p>2:(4.5=1);</p> <p>3:(4.5=2);</p> <p>4:(4.5=3)</p>
Unterkörper waschen, abtrocknen, ggf. eincremen (Beine, Füße)	<p>1:Selbstständige Durchführung;</p> <p>2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme</p>	<p>1:(4.6=0);</p> <p>2:(4.6=1);</p> <p>3:(4.6=2);</p> <p>4:(4.6=3)</p>

Intimpflege (Genitalien, Gesäß)

- | | |
|---|------------|
| 1:Selbstständige Durchführung; | 1:(4.3=0); |
| 2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen; | 2:(4.3=1); |
| 3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen; | 3:(4.3=2); |
| 4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme | 4:(4.3=3) |

Waschen der Haare, soweit erforderlich/erwünscht

- | | |
|---|------------|
| 1:Selbstständige Durchführung; | 1:(4.4=0); |
| 2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen; | 2:(4.4=1); |
| 3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen; | 3:(4.4=2); |
| 4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme | 4:(4.4=3) |

Persönliche Hygiene, soweit erforderlich/erwünscht (Make-up, Eau de Toilette, Haare kämmen und frisieren)

- | | |
|---|------------|
| 1:Selbstständige Durchführung; | 1:(4.2=0); |
| 2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen; | 2:(4.2=1); |
| 3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen; | 3:(4.2=2); |
| 4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme | 4:(4.2=3) |

An- und Auskleiden

- | | |
|---|----------------------|
| 1:Selbstständige Durchführung; | 1:ODER(4.5=0;4.6=0); |
| 2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen; | 2:ODER(4.5=1;4.6=1); |
| 3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen; | 3:ODER(4.5=2;4.6=2); |
| 4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme | 4:ODER(4.5=3;4.6=3) |
-

Mund- und Zahnpflege (Prothesenreinigung)	1:Selbstständige Durchführung; 2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen; 3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen; 4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme	1:(4.2=0);2:(4.2=1);3:(4.2=2);4:(4.3=3)
Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)		
Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien		
Anforderungen	Ausprägungen	BI-Ableitungen
Die Pflege und Betreuung erfolgt aktivierend (Erhaltung oder Wiedergewinnung der körperlichen, geistigen und seelischen Ressourcen)		
Rücksichtnahme auf kulturspezifische Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Kontrollieren der körperlichen Funktionsfähigkeiten während der Intervention		
Rückenschonend arbeiten (z. B. Bett auf rückenschonende Arbeitshöhe bringen, Hilfsmittel einsetzen)		
Zeit nehmen und Störungen vermeiden		
Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention (u.a. Bedürfnisse und Befinden erfragen)	1: in einfacher Sprache	1:(2.10=3)

Hilfe beim Erkennen von Personen	1:Wenn erforderlich, sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben; 2:Sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben	1:ODER(2.1=1;2.1=2); 2:(2.1=3)
Hilfe bei der örtlichen Orientierung	1:Wenn erforderlich, Zeit zur örtlichen Orientierung geben; 2:Zeit zur örtlichen Orientierung geben	1:ODER(2.2=1;2.2=2); 2:(2.2=3)
Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben	1:Wenn erforderlich, Zeit für zeitliche Orientierung geben; 2:Zeit für zeitliche Orientierung geben	1:ODER(2.3=1;2.3=2); 2:(2.3=3)
Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	1:Wenn erforderlich, Zeit zur Erinnerung geben;2:Zeit für Erinnerung geben	1:ODER(2.4=1;2.4=2); 2:(2.4=3)
Hilfe beim Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	1:Wenn erforderlich, zur Reihenfolge der Teilschritte anleiten; 2:Zur Reihenfolge der Teilschritte anleiten	1:ODER(2.5=1;2.5=2); 2:(2.5=3)
Hilfe beim Treffen von Entscheidungen im Alltag (Förderung der Selbstbestimmung)	1:Wenn erforderlich, Anregungen zur Entscheidungsfindung geben; 2:Anregungen zur Entscheidungsfindung geben	1:ODER(2.6=1;2.6=2); 2:(2.6=3)
Hilfe beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben und wiederholen	1:ODER(2.7=1;2.7=2); 2:(2.7=3)
Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben und wiederholen	1:ODER(2.8=1;2.8=2); 2:(2.8=3)
Mitteln elementarer Bedürfnisse fördern	1:Auf Mitteilungen elementarer Bedürfnisse achten; 2:Auf nonverbale elementare Bedürfnisse achten und eingehen; 3:Auf elementare Bedürfnisse achten und eingehen	1:(2.9=1); 2:(2.9=2); 3:(2.9=3)
Verstehen von Aufforderungen fördern	1:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, Zeit geben zum Verstehen;	1:(2.10=1);

	2.:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, ggf. wiederholen, Zeit geben zum Verstehen	2: (2.10=2)
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten beachten	1.:Wenn erforderlich, die Konzentration auf die aktuelle Tätigkeit lenken	1: ODER(3.1=1;3.1=2;3.1=3)
Beaufsichtigung - Mögliches aggressives Verhalten beachten	1.:Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen; 2.:Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1: O- DER(3.3=1;3.3=2;3.4=1;3.4=2;3.5=1;3.5=2) ; 2: ODER(3.3=3;3.4=3;3.5=3)
Mögliche verbale Aggression beachten	1.:Wenn erforderlich, Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1: ODER(3.6=1;3.6=2;3.6=3)
Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen	1.:Wenn erforderlich, Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen; 2.:Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen	1: ODER(3.8=1;3.8=2); 2: (3.8=3)
Wahnvorstellungen berücksichtigen	1.:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen; 2.:Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen	1: ODER(3.9=1;3.9=2); 2: (3.9=3)
Ängste berücksichtigen	1.:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern; 2.:Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern	1: ODER(3.10=1;3.10=2); 2: (3.10=3)
Auf Antriebslosigkeit eingehen	1.:Wenn erforderlich, motivieren, ggf. Handlungsschritte selbst zu übernehmen	1: ODER(3.11=1;3.11=2;3.11=3)

Sozial inadäquate Verhaltensweisen

1: Wenn erforderlich, sich selbst vor Übergriffen schützen

1: ODER(3.12=1;3.12=2;3.12=3)

4.15 Maniküre/Pediküre

Definition	Reinigen und Inspizieren der Füße und Nägel (normal dicker Fuß- und Fingernägel) zum Zweck der Sauberkeit und Gesundheit der Haut.	
Beschreibung	„Maniküre und Pediküre“ umfasst die Durchführung von Fuß-/ bzw. Handreinigungen oder Bädern, das Abtrocknen unter besonderer Berücksichtigung der Zehenzwischenräume und das Säubern, Schneiden und Feilen der Nägel. Die Intervention umfasst zudem die Inspektion der Beine und Füße (Ödeme, arterielle Durchblutung, Hydratationsgrad), der Haut (Reizungen, Risse, Läsionen, Hühneraugen etc.), der Nägel (Verdickungen, Verfärbungen) und des Zustands der Schuhe und Strümpfe. Ggf. können Cremes, Puder oder Nagellack verwendet oder eine professionelle Fußpflege beauftragt werden. Das Schneiden der Fuß- oder Fingernägel erfolgt mit Zustimmung der pflegebedürftigen Person, ggf. von speziell ausgebildeten Fachkräften (bei Fußnägel).	
	Abzugrenzende Intervention:	-
	Eingeschlossene Interventionen:	An- und Auskleiden (teilweise), Positionierung
Teilschritte		Bl-Ableitungen
Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen		
Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)		
Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)		
Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)		
Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt		
Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel		

Fuß- und / oder Handreinigung, ggf. Fuß- / Handbad	<p>1:Selbstständige Durchführung;</p> <p>2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme</p>	<p>1:(1.2=0;4.6=0;)</p> <p>2:(1.2=1;4.6=1;)</p> <p>3:(1.2=2;4.6=2;)</p> <p>4:(1.2=3;4.6=3;)</p>
Füße und/oder Hände abtrocknen, besonders Zehezwischenräume	<p>1:Selbstständige Durchführung;</p> <p>2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme</p>	<p>1:(1.2=0;4.6=0;)</p> <p>2:(1.2=1;4.6=1;)</p> <p>3:(1.2=2;4.6=2;)</p> <p>4:(1.2=3;4.6=3;)</p>
Verschmutzungen entfernen: unter den Nägeln	<p>1:Selbstständige Durchführung;</p> <p>2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme</p>	<p>1:(1.2=0;4.6=0;)</p> <p>2:(1.2=1;4.6=1;)</p> <p>3:(1.2=2;4.6=2;)</p> <p>4:(1.2=3;4.6=3;)</p>
Schneiden und Feilen: Fuß und/oder Fingernägel	<p>1:Selbstständige Durchführung;</p> <p>2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme</p>	<p>1:(1.2=0;4.6=0;)</p> <p>2:(1.2=1;4.6=1;)</p> <p>3:(1.2=2;4.6=2;)</p> <p>4:(1.2=3;4.6=3;)</p>

ggf. Nagellack auftragen, bzw. entfernen

- | | |
|---|------------------|
| 1:Selbstständige Durchführung; | 1:(1.2=0;4.6=0;) |
| 2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen; | 2:(1.2=1;4.6=1;) |
| 3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen; | 3:(1.2=2;4.6=2;) |
| 4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme | 4:(1.2=3;4.6=3;) |

ggf. FüÙe und/oder Hände eincremen

- | | |
|---|------------------|
| 1:Selbstständige Durchführung; | 1:(1.2=0;4.6=0;) |
| 2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen; | 2:(1.2=1;4.6=1;) |
| 3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen; | 3:(1.2=2;4.6=2;) |
| 4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme | 4:(1.2=3;4.6=3;) |

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

Anforderungen	Ausprägungen	BI-Ableitungen
Die Pflege und Betreuung erfolgt aktivierend (Erhaltung oder Wiedergewinnung der körperlichen, geistigen und seelischen Ressourcen)		
Rücksichtnahme auf kulturspezifische Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Kontrollieren der körperlichen Funktionsfähigkeiten während der Intervention		
Rückenschonend arbeiten (z. B. Bett auf rückenschonende Arbeitshöhe bringen, Hilfsmittel einsetzen)		
Zeit nehmen und Störungen vermeiden		
Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention (u.a. Bedürfnisse und Befinden erfragen)	1.: in einfacher Sprache	1: (2.10=3)
Hilfe beim Erkennen von Personen	1: Wenn erforderlich, sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben; 2: Sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben	1: ODER(2.1=1;2.1=2); 2: (2.1=3)
Hilfe bei der örtlichen Orientierung	1: Wenn erforderlich, Zeit zur örtlichen Orientierung geben; 2: Zeit zur örtlichen Orientierung geben	1: ODER(2.2=1;2.2=2); 2: (2.2=3)
Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben	1: Wenn erforderlich, Zeit für zeitliche Orientierung geben; 2: Zeit für zeitliche Orientierung geben	1: ODER(2.3=1;2.3=2); 2: (2.3=3)
Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	1: Wenn erforderlich, Zeit zur Erinnerung geben; 2: Zeit zur Erinnerung geben	1: ODER(2.4=1;2.4=2); 2: (2.4=3)
Hilfe beim Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	1: Wenn erforderlich, zur Reihenfolge der Teilschritte anleiten;	1: ODER(2.5=1;2.5=2);

	2:Zur Reihenfolge der Teilschritte anleiten	2:(2.5=3)
Hilfe beim Treffen von Entscheidungen im Alltag (Förderung der Selbstbestimmung)	1:Wenn erforderlich, Anregungen zur Entscheidungsfindung geben; 2:Anregungen zur Entscheidungsfindung geben	1:ODER(2.6=1;2.6=2); 2:(2.6=3)
Hilfe beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben und wiederholen	1:ODER(2.7=1;2.7=2); 2:(2.7=3)
Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben und wiederholen	1:ODER(2.8=1;2.8=2); 2:(2.8=3)
Mitteln elementarer Bedürfnisse fördern	1:Auf Mitteilungen elementarer Bedürfnisse achten; 2:Auf nonverbale elementare Bedürfnisse achten und eingehen; 3:Auf elementare Bedürfnisse achten und eingehen	1:(2.9=1); 2:(2.9=2); 3:(2.9=3)
Verstehen von Aufforderungen fördern	1:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, Zeit geben zum Verstehen; 2:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, ggf. wiederholen, Zeit geben zum Verstehen	1:(2.10=1); 2:(2.10=2)
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten beachten	1:Wenn erforderlich, die Konzentration auf die aktuelle Tätigkeit lenken	1:ODER(3.1=1;3.1=2;3.1=3)
Beaufsichtigung - Mögliches aggressives Verhalten beachten	1:Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen; 2:Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:0- DER(3.3=1;3.3=2;3.4=1;3.4=2;3.5=1;3.5=2) ; 2:ODER(3.3=3;3.4=3;3.5=3)

Mögliche verbale Aggression beachten	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:ODER(3.6=1;3.6=2;3.6=3)
Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen; 2:Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen	1:ODER(3.8=1;3.8=2); 2:(3.8=3)
Wahrvorstellungen berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. auf Wahrvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen; 2:Zeit geben, ggf. auf Wahrvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen	1:ODER(3.9=1;3.9=2); 2:(3.9=3)
Ängste berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern; 2:Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern	1:ODER(3.10=1;3.10=2); 2:(3.10=3)
Auf Antriebslosigkeit eingehen	1:Wenn erforderlich, motivieren, ggf. Handlungsschritte selbst zu übernehmen	1:ODER(3.11=1;3.11=2;3.11=3)
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	1:Wenn erforderlich, sich selbst vor Übergriffen schützen	1:ODER(3.12=1;3.12=2;3.12=3)

4.16 Mund- und Zahnpflege

Definition	Unterstützung einer pflegebedürftigen Person bei der Mundhygiene incl. Pflege der Zahnprothesen.
Beschreibung	Die „Mund- und Zahnpflege“ umfasst die Unterstützung einer Person bei der Inspektion und der Reinigung von Mund, Zähnen und ggf. einer Zahnprothese. Die Intervention umfasst zudem die korrekte Lagerung des Oberkörpers und den Schutz der Kleidung vor Wasserspritzern. Ggf. kann in diesem Zusammenhang auch eine Lippenpflege durchgeführt werden. Abzugrenzende Intervention: Transfer/Fortbewegen Eingeschlossene Interventionen: Positionierung
Teilschritte	Ausprägungen Bl-Ableitungen
Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen	
Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)	
Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)	
Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)	
Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt	
Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel	
ggf. Zahnprothese(n) entfernen	1:Selbstständige Durchführung; 2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen; 3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen; 4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme

Mund ausspülen, bzw. auswaschen

- 1:Selbstständige Durchführung; 1:(1.1=0;1.2=0;4.2=0;)
- 2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen; 2:(1.1=1;1.2=1;4.2=1)
3:(1.1=2;1.2=2;4.2=2)
4:(1.1=3;1.2=3;4.2=3)
- 3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;
- 4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme

Zähne / Zahnprothesen putzen

- 1:Selbstständige Durchführung; 1:(4.2=0)
- 2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen; 2:(4.2=1)
3:(4.2=2)
- 3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen; 4:(4.2=3)
- 4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme

ggf. Zahnprothesen einlegen: in Reinigungsmittel

- 1:Selbstständige Durchführung; 1:(4.2=0)
- 2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen; 2:(4.2=1)
3:(4.2=2)
- 3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen; 4:(4.2=3)
- 4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme

ggf. Zahnprothesen einsetzen: auf Wunsch mit Haftcreme

- 1:Selbstständige Durchführung; 1:(4.2=0)
- 2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen; 2:(4.2=1)
3:(4.2=2)
- 3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen; 4:(4.2=3)
- 4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme

Mund / Gesicht abtrocknen	<p>1:Selbstständige Durchführung;</p> <p>2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme</p>	<p>1:(4.1=0)</p> <p>2:(4.1=1)</p> <p>3:(4.1=2)</p> <p>4:(4.1=3)</p>
ggf. Lippenpflege	<p>1:Selbstständige Durchführung;</p> <p>2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme</p>	<p>1:(4.1=0)</p> <p>2:(4.1=1)</p> <p>3:(4.1=2)</p> <p>4:(4.1=3)</p>
Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)		
Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien		

Anforderungen	Ausprägungen	BI-Ableitungen
Die Pflege und Betreuung erfolgt aktivierend (Erhaltung oder Wiedergewinnung der körperlichen, geistigen und seelischen Ressourcen)		
Rücksichtnahme auf kulturspezifische Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Kontrollieren der körperlichen Funktionsfähigkeiten während der Intervention		
Rückenschonend arbeiten (z. B. Bett auf rückenschonende Arbeitshöhe bringen, Hilfsmittel einsetzen)		
Zeit nehmen und Störungen vermeiden		1:(2.10=3)
Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention (u.a. Bedürfnisse und Befinden erfragen)	1: in einfacher Sprache	
Hilfe beim Erkennen von Personen	1:Wenn erforderlich, sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben; 2:Sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben	1:ODER(2.1=1;2.1=2) 2:(2.1=3)
Hilfe bei der örtlichen Orientierung	1:Wenn erforderlich, Zeit zur örtlichen Orientierung geben; 2:Zeit zur örtlichen Orientierung geben	1:ODER(2.2=1;2.2=2) 2:(2.2=3)
Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben	1:Wenn erforderlich, Zeit für zeitliche Orientierung geben; 2:Zeit für zeitliche Orientierung geben	1:ODER(2.3=1;2.3=2); 2:(2.3=3)
Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	1:Wenn erforderlich, Zeit zur Erinnerung geben; 2:Zeit zur Erinnerung geben	1:ODER(2.4=1;2.4=2); 2:(2.4=3)
Hilfe beim Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	1:Wenn erforderlich, zur Reihenfolge der Teilschritte anleiten;	1:ODER(2.5=1;2.5=2);

	2:Zur Reihenfolge der Teilschritte anleiten	2:(2.5=3)
Hilfe beim Treffen von Entscheidungen im Alltag (Förderung der Selbstbestimmung)	1:Wenn erforderlich, Anregungen zur Entscheidungsfindung geben; 2:Anregungen zur Entscheidungsfindung geben	1:ODER(2.6=1;2.6=2); 2:(2.6=3)
Hilfe beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben und wiederholen	1:ODER(2.7=1;2.7=2); 2:(2.7=3)
Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben und wiederholen	1:ODER(2.8=1;2.8=2); 2:(2.8=3)
Mitteln elementarer Bedürfnisse fördern	1:Auf Mitteilungen elementarer Bedürfnisse achten; 2:Auf nonverbale elementare Bedürfnisse achten und eingehen; 3:Auf elementare Bedürfnisse achten und eingehen	1:(2.9=1); 2:(2.9=2); 3:(2.9=3)
Verstehen von Aufforderungen fördern	1:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, Zeit geben zum Verstehen; 2:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, ggf. wiederholen, Zeit geben zum Verstehen	1:(2.10=1); 2:(2.10=2)
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten beachten	1:Wenn erforderlich, die Konzentration auf die aktuelle Tätigkeit lenken	1:ODER(3.1=1;3.1=2;3.1=3)
Beaufsichtigung - Mögliches aggressives Verhalten beachten	1:Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen; 2:Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:0- DER(3.3=1;3.3=2;3.4=1;3.4=2;3.5=1;3.5=2) ; 2:ODER(3.3=3;3.4=3;3.5=3)

Mögliche verbale Aggression beachten	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:ODER(3.6=1;3.6=2;3.6=3)
Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen; 2:Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen	1:ODER(3.8=1;3.8=2); 2:(3.8=3)
Wahrvorstellungen berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. auf Wahrvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen; 2:Zeit geben, ggf. auf Wahrvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen	1:ODER(3.9=1;3.9=2); 2:(3.9=3)
Ängste berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern; 2:Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern	1:ODER(3.10=1;3.10=2); 2:(3.10=3)
Auf Antriebslosigkeit eingehen	1:Wenn erforderlich, motivieren, ggf. Handlungsschritte selbst zu übernehmen	1:ODER(3.11=1;3.11=2;3.11=3)
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	1:Wenn erforderlich, sich selbst vor Übergriffen schützen	1:ODER(3.12=1;3.12=2;3.12=3)

4.17 Nahrungsaufnahme: Durchführung

Definition	Unterstützung einer pflegebedürftigen Person bei der oralen Nahrungsaufnahme.	
Beschreibung	Die Intervention „Nahrungsaufnahme: Durchführung“ umfasst die Unterstützung bei der Aufnahme von Getränken oder Speisen unter Berücksichtigung der Wünsche und der Geschwindigkeit der betroffenen Person sowie der notwendigen hygienischen Schutzmaßnahmen. Ggf. umfasst die Intervention körperliche Unterstützungen, wie beispielsweise das „Hand führen“.	
	Abzugrenzende Intervention: Medikamentengabe, Nahrungsaufnahme: Vorbereitung	
	Eingeschlossene Interventionen: -	
Teilschritte	Ausprägungen	BI-Ableitungen
Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen		
Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)		
Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt		
Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel		
ggf. Temperatur der Getränke/Speisen kontrollieren	1:Selbstständige Durchführung;	1:ODER(4,9=0;4,8=0);
	2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;	2:ODER(4,9=1;4,8=1);
	3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;	3:ODER(4,9=2;4,8=2);
	4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme	4:ODER(4,9=3;4,8=3)
Essvorgang	1:Selbstständige Durchführung;	1:(4,8=0);
	2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;	2:(4,8=1);

3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen; 3:(4.8=2);

4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme 4:(4.8=3)

Trinkvorgang	<p>1:Selbstständige Durchführung;</p> <p>2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme</p>	<p>1:(4.9=0);</p> <p>2:(4.9=1);</p> <p>3:(4.9=2);</p> <p>4:(4.9=3)</p>
Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)		
Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien		
Anforderungen	Ausprägungen	BI-Ableitungen
Die Pflege und Betreuung erfolgt aktivierend (Erhaltung oder Wiedergewinnung der körperlichen, geistigen und seelischen Ressourcen)		
Rücksichtnahme auf kulturspezifische Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Kontrollieren der körperlichen Funktionsfähigkeiten während der Intervention		
Rückenschonend arbeiten (z. B. Bett auf rückenschonende Arbeitshöhe bringen, Hilfsmittel einsetzen)		
Zeit nehmen und Störungen vermeiden		
Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention (u.a. Bedürfnisse und Befinden erfragen)	1: in einfacher Sprache	1:(2.10=3)

Hilfe beim Erkennen von Personen	1:Wenn erforderlich, sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben; 2:Sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben	1:ODER(2.1=1;2.1=2); 2:(2.1=3)
Hilfe bei der örtlichen Orientierung	1:Wenn erforderlich, Zeit zur örtlichen Orientierung geben; 2:Zeit zur örtlichen Orientierung geben	1:ODER(2.2=1;2.2=2); 2:(2.2=3)
Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben	1:Wenn erforderlich, Zeit für zeitliche Orientierung geben; 2:Zeit für zeitliche Orientierung geben	1:ODER(2.3=1;2.3=2); 2:(2.3=3)
Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	1:Wenn erforderlich, Zeit zur Erinnerung geben; 2:Zeit zur Erinnerung geben	1:ODER(2.4=1;2.4=2); 2:(2.4=3)
Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben und wiederholen	1:ODER(2.8=1;2.8=2); 2:(2.8=3)
Hilfe beim Treffen von Entscheidungen im Alltag (Förderung der Selbstbestimmung)	1:Wenn erforderlich, Anregungen zur Entscheidungsfindung geben; 2:Anregungen zur Entscheidungsfindung geben	1:ODER(2.6=1;2.6=2); 2:(2.6=3)
Hilfe beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben und wiederholen	1:ODER(2.7=1;2.7=2); 2:(2.7=3)
Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben und wiederholen	1:ODER(2.8=1;2.8=2); 2:(2.8=3)
Mitteln elementarer Bedürfnisse fördern	1:Auf Mitteilungen elementarer Bedürfnisse achten; 2:Auf nonverbale elementare Bedürfnisse achten und eingehen; 3:Auf elementare Bedürfnisse achten und eingehen	1:(2.9=1); 2:(2.9=2); 3:(2.9=3)

Verstehen von Aufforderungen fördern	1:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, Zeit geben zum Verstehen; 2:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, ggf. wiederholen, Zeit geben zum Verstehen	1:(2.10=1); 2:(2.10=2)
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten beachten	1:Wenn erforderlich, die Konzentration auf die aktuelle Tätigkeit lenken	1:ODER(3.1=1;3.1=2;3.1=3)
Beaufsichtigung - Mögliches aggressives Verhalten beachten	1:Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen; 2:Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:O- DER(3.3=1;3.3=2;3.4=1;3.4=2;3.5=1;3.5=2) ; 2:ODER(3.3=3;3.4=3;3.5=3)
Mögliche verbale Aggression beachten	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:ODER(3.6=1;3.6=2;3.6=3)
Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen; 2:Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen	1:ODER(3.8=1;3.8=2); 2:(3.8=3)
Wahnvorstellungen berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen; 2:Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen	1:ODER(3.9=1;3.9=2); 2:(3.9=3)
Ängste berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern; 2:Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern	1:ODER(3.10=1;3.10=2); 2:(3.10=3)

Auf Antriebslosigkeit eingehen	1:Wenn erforderlich, motivieren, ggf. Handlungsschritte selbst zu übernehmen	1:ODER(3.11=1;3.11=2;3.11=3)
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	1:Wenn erforderlich, sich selbst vor Übergriffen schützen	1:ODER(3.12=1;3.12=2;3.12=3)

4.18 Nahrungsaufnahme: Vorbereitung

Definition

Nahrung und Getränke in der benötigten Kostform und Menge vorbereiten, angepasst an die individuellen Vorlieben der pflegebedürftigen Person.

Beschreibung

Die Vorbereitung der Nahrung beinhaltet, dass die Kostform an die Situation und Einschränkungen der pflegebedürftigen Person angepasst, appetitlich aufbereitet (z. B. Fingerfood, „Häppchen“, passiert) und auf angemessene Temperatur der Speisen und Getränke geachtet wird.

Abzugrenzende Intervention: Hauswirtschaftliche Unterstützung, Nahrungsaufnahme: Durchführung

Eingeschlossene Interventionen: -

4.19 Postmortale Versorgung

Definition

Notwendige pflegerische und organisatorische Maßnahmen nach Eintritt des Todes.

Beschreibung

Die „Postmortale Versorgung“ beinhaltet alle organisatorischen und pflegerisch notwendigen Schritte zur Nachsorge, einschließlich der Übergabe des Verstorbenen an das Bestattungsinstitut (z. B. Benachrichtigung des Arztes, die Unterrichtung und Unterstützung der Angehörigen, Nachlassverwaltung).

Abzugrenzende Intervention: -

Eingeschlossene Interventionen: Körperpflege, Positionierung, Angehörigenarbeit, Mitarbeiterkommunikation, Berufsübergreifende Kommunikation (extern)

4.20 Schlucktraining

Definition	Unterstützung der pflegebedürftigen Person bei abgestimmten therapeutischen Interventionen zur Behandlung von Schluckstörungen.
Beschreibung	Das Schlucktraining sollte nach den Vorgaben einer medizinischen/therapeutischen Anordnung durchgeführt werden (Facharzt, Logopädie). Abzugrenzende Intervention: Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme Eingeschlossene Interventionen: Positionierung
Teilschritte	Ausprägungen Bl-Ableitungen
Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen	
Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)	
Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)	
Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)	
Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt	
Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel	
Positionierung (Oberkörperhochlagerung)	1:ODER(1.1=0;1.2=0;1.3=0) 2:ODER(1.1=1;1.2=1;1.3=1) 3:ODER(1.1=2;1.2=2;1.3=2) 4:ODER(1.1=3;1.2=3;1.3=3;1.6=1a)
	1:Selbstständige Durchführung; 2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen; 3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen; 4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme

Prüfen des Husten- und Schluckreflexes, wenn nötig	
Übung zur Förderung des Schluck-/Hustenreflexes und/oder des Schluckvorgangs	<p>1:Selbstständige Durchführung;</p> <p>2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme</p>
Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)	
Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien	
Anforderungen	Ausprägungen
Die Pflege und Betreuung erfolgt aktivierend (Erhaltung oder Wiedergewinnung der körperlichen, geistigen und seelischen Ressourcen)	
Rücksichtnahme auf kulturspezifische Bedürfnisse, wenn angezeigt	
Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse, wenn angezeigt	
Kontrollieren der körperlichen Funktionsfähigkeiten während der Intervention	
Rückenschonend arbeiten (z.B. Bett auf rücken schonende Arbeitshöhe bringen, Hilfsmittel einsetzen)	
Zeit nehmen und Störungen vermeiden	
Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention (u.a. Bedürfnisse und Befinden erfragen)	1: in einfacher Sprache
	1:(2.10=3)

Hilfe beim Erkennen von Personen	1: Wenn erforderlich, sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben; 2: Sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben	1: ODER(2.1=1;2.1=2); 2:(2.1=3)
Hilfe bei der örtlichen Orientierung	1: Wenn erforderlich, Zeit zur örtlichen Orientierung geben; 2: Zeit zur örtlichen Orientierung geben	1: ODER(2.2=1;2.2=2); 2:(2.2=3)
Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben	1: Wenn erforderlich, Zeit für zeitliche Orientierung geben; 2: Zeit für zeitliche Orientierung geben	1: ODER(2.3=1;2.3=2); 2:(2.3=3)
Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	1: Wenn erforderlich, Zeit zur Erinnerung geben; 2: Zeit zur Erinnerung geben	1: ODER(2.4=1;2.4=2); 2:(2.4=3)
Hilfe beim Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	1: Wenn erforderlich, zur Reihenfolge der Teilschritte anleiten; 2: Zur Reihenfolge der Teilschritte anleiten	1: ODER(2.5=1;2.5=2); 2:(2.5=3)
Hilfe beim Treffen von Entscheidungen im Alltag (Förderung der Selbstbestimmung)	1: Wenn erforderlich, Anregungen zur Entscheidungsfindung geben; 2: Anregungen zur Entscheidungsfindung geben	1: ODER(2.6=1;2.6=2); 2:(2.6=3)
Hilfe beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen	1: Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben; 2: Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben und wiederholen	1: ODER(2.7=1;2.7=2); 2:(2.7=3)
Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren	1: Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben; 2: Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben und wiederholen	1: ODER(2.8=1;2.8=2); 2:(2.8=3)
Mitteilen elementarerer Bedürfnisse fördern	1: Auf Mitteilungen elementarerer Bedürfnisse achten; 2: Auf nonverbale elementare Bedürfnisse achten und eingehen; 3: Auf elementare Bedürfnisse achten und eingehen	1:(2.9=1); 2:(2.9=2); 3:(2.9=3)

Verstehen von Aufforderungen fördern	<p>1:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, Zeit geben zum Verstehen;</p> <p>2:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, ggf. wiederholen, Zeit geben zum Verstehen</p>	<p>1:(2.10=1);</p> <p>2:(2.10=2)</p>
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten beachten	<p>1:Wenn erforderlich, die Konzentration auf die aktuelle Tätigkeit lenken</p>	<p>1:ODER(3.1=1;3.1=2;3.1=3)</p>
Beaufsichtigung - Mögliches aggressives Verhalten beachten	<p>1:Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen;</p> <p>2:Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen</p>	<p>1:O- DER(3.3=1;3.3=2;3.4=1;3.4=2;3.5=1;3.5=2) ;</p> <p>2:ODER(3.3=3;3.4=3;3.5=3)</p>
Mögliche verbale Aggression beachten	<p>1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen</p>	<p>1:ODER(3.6=1;3.6=2;3.6=3)</p>
Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen	<p>1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen;</p> <p>2:Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen</p>	<p>1:ODER(3.8=1;3.8=2);</p> <p>2:(3.8=3)</p>
Wahnvorstellungen berücksichtigen	<p>1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen;</p> <p>2:Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen</p>	<p>1:ODER(3.9=1;3.9=2);</p> <p>2:(3.9=3)</p>
Ängste berücksichtigen	<p>1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern;</p> <p>2:Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern</p>	<p>1:ODER(3.10=1;3.10=2);</p> <p>2:(3.10=3)</p>

Auf Antriebslosigkeit eingehen	1: Wenn erforderlich, motivieren, ggf. Handlungsschritte selbst zu übernehmen	1: ODER(3.11=1;3.11=2;3.11=3)
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	1: Wenn erforderlich, sich selbst vor Übergriffen schützen	1: ODER(3.12=1;3.12=2;3.12=3)

5. Krankheits- und therapiebedingte Aufgaben

5.1 Absaugen

Definition	Entfernen von Atemwegssekret durch einen Absaugkatheter.		
Beschreibung	Das „Absaugen“ umfasst das Entfernen von Atemwegssekret durch einen Absaugkatheter unter der Beachtung von Dauer und Wiederholung beim Absaugvorgang. Des Weiteren umfasst die Intervention die Kontrolle des Absauggeräts sowie die Anleitung der betroffenen Person zur notwendigen Atem- und Hustentechnik und der Durchführung sekretlösender Maßnahmen. Abzugrenzende Intervention: Eingeschlossene Interventionen: Vitalzeichenkontrolle, Positionierung, Atemwegsmanagement		
Teilschritte	Ausprägungen	BI-Ableitungen	
Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen			
Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)			
Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)			
Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)			
Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt			
Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel			
Positionierung (Oberkörperhoch- oder Seitenlagerung)	1:Selbstständige Durchführung; 2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;	1:(1.1=0); 2:(1.1=1); 3:(1.1=2);	

	3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;	4:(1.1=3)
	4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme	
Aufforderungen zu Atem- und/oder Hustentechnik	1:Aufforderungen und Bitten in einfacher Sprache formulieren, Zeit geben zum Verstehen;	1:(2.10=1); 2:(2.10=2)
	2:Aufforderungen und Bitten in einfacher Sprache formulieren, ggf. wiederholen, Zeit geben zum Verstehen	
Verwendung von Gleitmittel bei nasalem Absaugen		
Absaugen unter aseptischen Bedingungen		
Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)		
Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien		
Anforderungen	Ausprägungen	Bl-Ableitungen
Die Pflege und Betreuung erfolgt aktivierend (Erhaltung oder Wiedergewinnung der körperlichen, geistigen und seelischen Ressourcen)		
Rücksichtnahme auf kulturspezifische Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Kontrollieren der körperlichen Funktionsfähigkeiten während der Intervention		
Rückenschonend arbeiten (z.B. Bett auf rückenschonende Arbeitshöhe bringen, Hilfsmittel einsetzen)		
Zeit nehmen und Störungen vermeiden		

Auf Pausen während des Absaugvorgangs achten		
Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Interaktion (u.a. Bedürfnisse und Befinden erfragen)	1.: in einfacher Sprache	1:(2.10=3)
Hilfe beim Erkennen von Personen	1:Wenn erforderlich, sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben; 2:Sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben	1:ODER(2.1=1;2.1=2); 2:(2.1=3)
Hilfe bei der örtlichen Orientierung	1:Wenn erforderlich, Zeit zur örtlichen Orientierung geben; 2:Zeit zur örtlichen Orientierung geben	1:ODER(2.2=1;2.2=2); 2:(2.2=3)
Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben	1:Wenn erforderlich, Zeit für zeitliche Orientierung geben; 2:Zeit für zeitliche Orientierung geben	1:ODER(2.3=1;2.3=2); 2:(2.3=3)
Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	1:Wenn erforderlich, Zeit zur Erinnerung geben;2:Zeit für Erinnerung geben	1:ODER(2.4=1;2.4=2); 2:(2.4=3)
Hilfe beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben und wiederholen	1:ODER(2.7=1;2.7=2); 2:(2.7=3)
Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben und wiederholen	1:ODER(2.8=1;2.8=2); 2:(2.8=3)
Mitteln elementarer Bedürfnisse fördern	1:Auf Mitteilungen elementarer Bedürfnisse achten; 2:Auf nonverbale elementare Bedürfnisse achten und eingehen; 3:Auf elementare Bedürfnisse achten und eingehen	1:(2.9=1); 2:(2.9=2); 3:(2.9=3)
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten beachten	1:Wenn erforderlich, die Konzentration auf die aktuelle Tätigkeit lenken	1:ODER(3.1=1;3.1=2;3.1=3)

Beaufsichtigung - Mögliches aggressives Verhalten beachten	1:Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen; 2:Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:O- DER(3.3=1;3.3=2;3.4=1;3.4=2;3.5=1;3.5=2) ;	2:ODER(3.3=3;3.4=3;3.5=3)
Mögliche verbale Aggression beachten	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:ODER(3.6=1;3.6=2;3.6=3)	
Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen; 2:Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen	1:ODER(3.8=1;3.8=2); 2:(3.8=3)	
Wahnvorstellungen berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen; 2:Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen	1:ODER(3.9=1;3.9=2); 2:(3.9=3)	
Ängste berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern; 2:Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern	1:ODER(3.10=1;3.10=2); 2:(3.10=3)	
Auf Antriebslosigkeit eingehen	1:Wenn erforderlich, motivieren, ggf. Handlungsschritte selbst zu übernehmen	1:ODER(3.11=1;3.11=2;3.11=3)	
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	1:Wenn erforderlich, sich selbst vor Übergriffen schützen	1:ODER(3.12=1;3.12=2;3.12=3)	

5.2 Atemwegsmanagement

Definition	Förderung freier Atemwege durch Entfernung von Atemwegssekret durch manuelle sekretlösende Maßnahmen, Anleitung zu Hustentechniken und/oder Anwendung von Nasenspülungen.	
Beschreibung	Das „Atemwegsmanagement“ schließt die mechanische Sekretolyse durch Perkussion und Vibration (ggf. mit Hilfsmitteln) ebenso wie die Anleitung zu effektiven Abhustentechniken (z. B. Huffing) oder eine Nasenspülung ein.	
	Abzugrenzende Intervention:	Absaugen
	Eingeschlossene Interventionen:	Positionierung
Teilschritte	Ausprägungen	Bl-Ableitungen
Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen		
Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)		
Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)		
Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)		
Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt		
Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel		
Aufforderungen zur notwendigen Atem- und/oder Hustentechnik	1:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, Zeit geben zum Verstehen;	1:(2.10=1); 2:(2.10=2)
	2:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, ggf. wiederholen, Zeit geben zum Verstehen	
Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)		

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

Anforderungen

Ausprägungen

BI-Ableitungen

Die Pflege und Betreuung erfolgt aktivierend (Erhaltung oder Wiedergewinnung der körperlichen, geistigen und seelischen Ressourcen)

Rücksichtnahme auf kulturspezifische Bedürfnisse, wenn angezeigt

Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse, wenn angezeigt

Kontrollieren der körperlichen Funktionsfähigkeiten während der Intervention

Rückenschonend arbeiten (z.B. Bett auf rückenschonende Arbeitshöhe bringen, Hilfsmittel einsetzen)

Zeit nehmen und Störungen vermeiden

Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention (u.a. Bedürfnisse und Befinden erfragen)

1:(2.10=3)

Hilfe beim Erkennen von Personen

1:Wenn erforderlich, sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben;

1:ODER(2.1=1;2.1=2);

2:Sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben

2:(2.1=3)

Hilfe bei der örtlichen Orientierung

1:Wenn erforderlich, Zeit zur örtlichen Orientierung geben;

1:ODER(2.2=1;2.2=2);

2:Zeit zur örtlichen Orientierung geben

2:(2.2=3)

Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben

1:Wenn erforderlich, Zeit für zeitliche Orientierung geben;

1:ODER(2.3=1;2.3=2);

2:Zeit für zeitliche Orientierung geben

2:(2.3=3)

Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen

1:Wenn erforderlich, Zeit zur Erinnerung geben;2:Zeit für Erinnerung geben

1:ODER(2.4=1;2.4=2);
2:(2.4=3)

Hilfe beim Treffen von Entscheidungen im Alltag (Förderung der Selbstbestimmung)	1:Wenn erforderlich, Anregungen zur Entscheidungsfindung geben; 2:Anregungen zur Entscheidungsfindung geben	1:ODER(2.6=1;2.6=2); 2:(2.6=3)
Hilfe beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben und wiederholen	1:ODER(2.7=1;2.7=2); 2:(2.7=3)
Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben und wiederholen	1:ODER(2.8=1;2.8=2); 2:(2.8=3)
Mitteln elementarer Bedürfnisse fördern	1:Auf Mitteilungen elementarer Bedürfnisse achten; 2:Auf nonverbale elementare Bedürfnisse achten und eingehen; 3:Auf elementare Bedürfnisse achten und eingehen	1:(2.9=1); 2:(2.9=2); 3:(2.9=3)
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten beachten	1:Wenn erforderlich, die Konzentration auf die aktuelle Tätigkeit lenken	1:ODER(3.1=1;3.1=2;3.1=3)
Beaufsichtigung - Mögliches aggressives Verhalten beachten	1:Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen; 2:Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:ODER(3.3=1;3.3=2;3.4=1;3.4=2;3.5=1;3.5=2); 2:ODER(3.3=3;3.4=3;3.5=3)
Mögliche verbale Aggression beachten	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:ODER(3.6=1;3.6=2;3.6=3)
Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen; 2:Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen	1:ODER(3.8=1;3.8=2); 2:(3.8=3)

Wahnvorstellungen berücksichtigen	1: Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen; 2: Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen	1: ODER(3.9=1;3.9=2); 2:(3.9=3)
Ängste berücksichtigen	1: Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern; 2: Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern	1: ODER(3.10=1;3.10=2); 2:(3.10=3)
Auf Antriebslosigkeit eingehen	1: Wenn erforderlich, motivieren, ggf. Handlungsschritte selbst zu übernehmen	1: ODER(3.11=1;3.11=2;3.11=3)
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	1: Wenn erforderlich, sich selbst vor Übergriffen schützen	1: ODER(3.12=1;3.12=2;3.12=3)

5.3 Blasenkatheterisierung

Definition	Legen/Entfernen eines Blasenkatheters zur vorübergehenden oder dauerhaften Harnableitung.		
Beschreibung	Die „Blasenkatheterisierung“ umfasst das Einführen/Entfernen des Blasenkatheters sowie die korrekte Anbringung des Urinauffangsystems. Die Intervention umfasst zudem die geschlechtsspezifische Lagerung und Vorbereitung der betroffenen Person (Ausziehen, Schutzunterlage, Lochtuch), die Durchführung einer Intimtoilette und die Beobachtung auf Spontanurin nach der Entfernung eines Katheters. Abzugrenzende Intervention: - Eingeschlossene Interventionen: An- und Auskleiden, Positionierung, Intimpflege, Ausscheidungsmanagement		
Teilschritte		Ausprägungen	
Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen			
Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)			
Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)			
Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)			
Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt			
Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel			
An- und Auskleiden des Unterkörpers	1:Selbstständige Durchführung; 2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen; 3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;	1:(4.6=0); 2:(4.6=1); 3:(4.6=2); 4:(4.6=3)	

	4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme	
Positionierung	<p>1:Selbstständige Durchführung;</p> <p>2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme</p>	<p>1:(1.1=0);</p> <p>2:(1.1=1);</p> <p>3:(1.1=2);</p> <p>4:ODER(1.1=3;1.6=1a)</p>
Intimpflege (und Rasur)	<p>1:Selbstständige Durchführung;</p> <p>2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;</p> <p>4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme</p>	<p>1:(4.3=0);</p> <p>2:(4.3=1);</p> <p>3:(4.3=2);</p> <p>4:(4.3=3)</p>
ggf. Entfernen des Dauerkatheters		
Vorbereitung der Arbeitsfläche und Materialien unter aseptischen Bedingungen		
Desinfektion des Genitalbereichs (Beachtung der Einwirkzeit)		
Gleitgel applizieren (Beachtung der Einwirkzeit)		
Blasenkatheter einführen und ggf. blocken		
Urinauffangsystem korrekt anbringen		
Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)		

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

Anforderungen

Ausprägungen

BI-Ableitungen

Die Pflege und Betreuung erfolgt aktivierend (Erhaltung oder Wiedergewinnung der körperlichen, geistigen und seelischen Ressourcen)

Rücksichtnahme auf kulturspezifische Bedürfnisse, wenn angezeigt

Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse, wenn angezeigt

Kontrollieren der körperlichen Funktionfähigkeiten während der Intervention

Rückenschonend arbeiten (z.B. Bett auf rückenschonende Arbeitshöhe bringen, Hilfsmittel einsetzen)

Zeit nehmen und Störungen vermeiden

Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention (u.a. Bedürfnisse und Befinden erfragen)

1:(2.10=3)

Hilfe beim Erkennen von Personen	1:Wenn erforderlich, sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben; 2:Sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben	1:ODER(2.1=1;2.1=2); 2:(2.1=3)
Hilfe bei der örtlichen Orientierung	1:Wenn erforderlich, Zeit zur örtlichen Orientierung geben; 2:Zeit zur örtlichen Orientierung geben	1:ODER(2.2=1;2.2=2); 2:(2.2=3)
Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben	1:Wenn erforderlich, Zeit für zeitliche Orientierung geben; 2:Zeit für zeitliche Orientierung geben	1:ODER(2.3=1;2.3=2); 2:(2.3=3)
Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	1:Wenn erforderlich, Zeit zur Erinnerung geben;2:Zeit für Erinnerung geben	1:ODER(2.4=1;2.4=2); 2:(2.4=3)
Hilfe beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben und wiederholen	1:ODER(2.7=1;2.7=2); 2:(2.7=3)
Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben und wiederholen	1:ODER(2.8=1;2.8=2); 2:(2.8=3)
Mitteln elementarer Bedürfnisse fördern	1:Auf Mitteilungen elementarer Bedürfnisse achten; 2:Auf nonverbale elementare Bedürfnisse achten und eingehen; 3:Auf elementare Bedürfnisse achten und eingehen	1:(2.9=1); 2:(2.9=2); 3:(2.9=3)
Verstehen von Aufforderungen fördern	1:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, Zeit geben zum Verstehen; 2:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, ggf. wiederholen, Zeit geben zum Verstehen	1:(2.10=1); 2:(2.10=2)
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten beachten	1:Wenn erforderlich, die Konzentration auf die aktuelle Tätigkeit lenken	1:ODER(3.1=1;3.1=2;3.1=3)

Beaufsichtigung - Mögliches aggressives Verhalten beachten	1:Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen; 2:Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:O- DER(3.3=1;3.3=2;3.4=1;3.4=2;3.5=1;3.5=2) ;	2:ODER(3.3=3;3.4=3;3.5=3)
Mögliche verbale Aggression beachten	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:ODER(3.6=1;3.6=2;3.6=3)	
Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen; 2:Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen	1:ODER(3.8=1;3.8=2); 2:(3.8=3)	
Wahnvorstellungen berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen; 2:Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen	1:ODER(3.9=1;3.9=2); 2:(3.9=3)	
Ängste berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern; 2:Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern	1:ODER(3.10=1;3.10=2); 2:(3.10=3)	
Auf Antriebslosigkeit eingehen	1:Wenn erforderlich, motivieren, ggf. Handlungsschritte selbst zu übernehmen	1:ODER(3.11=1;3.11=2;3.11=3)	
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	1:Wenn erforderlich, sich selbst vor Übergriffen schützen	1:ODER(3.12=1;3.12=2;3.12=3)	

5.4 Blutentnahme: venös

Definition	Punktion einer Vene zur Blutentnahme.	
Beschreibung	Die Intervention „Blutentnahme: venöse“ umfasst die Punktion einer Vene mit dem Ziel der Blutentnahme, die korrekte Versorgung der Punktionsstelle unter Berücksichtigung der Hygienerichtlinien, den korrekten Transport und die Beschriftung der Blutröhrchen. Abzugrenzende Intervention: - Eingeschlossene Interventionen: Positionierung	
Teilschritte	Ausprägungen	BI-Ableitungen
Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen		
Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)		
Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)		
Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)		
Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt		
Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel		
Punktionsstelle zugänglich machen und desinfizieren (Einwirkzeit beachten)		
Blutentnahme durchführen		
Punktionsstelle komprimieren (lassen)		
Pflaster anlegen		
Transport ins Labor sicherstellen		

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

Anforderungen	Ausprägungen	BI-Ableitungen
Rücksichtnahme auf kulturspezifische Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Kontrollieren der körperlichen Funktionsfähigkeiten während der Intervention		
Rückenschonend arbeiten (z. B. Bett auf rückenschonende Arbeitshöhe bringen, Hilfsmittel einsetzen)		
Zeit nehmen und Störungen vermeiden		
Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention (u.a. Bedürfnisse und Befinden erfragen)	1: in einfacher Sprache	1:(2.10=3)
Hilfe beim Erkennen von Personen	1:Wenn erforderlich, sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben; 2: Sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben	1: ODER(2.1=1;2.1=2); 2:(2.1=3)
Hilfe bei der örtlichen Orientierung	1: Wenn erforderlich, Zeit zur örtlichen Orientierung geben; 2: Zeit zur örtlichen Orientierung geben	1: ODER(2.2=1;2.2=2); 2:(2.2=3)
Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben	1: Wenn erforderlich, Zeit für zeitliche Orientierung geben; 2: Zeit für zeitliche Orientierung geben	1: ODER(2.3=1;2.3=2); 2:(2.3=3)
Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	1: Wenn erforderlich, Zeit zur Erinnerung geben; 2: Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben und wiederholen	1: ODER(2.4=1;2.4=2); 2:(2.4=3)
Hilfe beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen	1: Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben; 2: Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben und wiederholen	1: ODER(2.7=1;2.7=2); 2:(2.7=3)

Mitteln elementarer Bedürfnisse fördern	<p>1:Auf Mitteilungen elementarer Bedürfnisse achten;</p> <p>2:Auf nonverbale elementare Bedürfnisse achten und eingehen;</p> <p>3:Auf elementare Bedürfnisse achten und eingehen</p>	<p>1:(2.9=1);</p> <p>2:(2.9=2);</p> <p>3:(2.9=3)</p>
Verstehen von Aufforderungen fördern	<p>1:Aufforderungen und Bitten in einfacher Sprache formulieren, Zeit geben zum Verstehen;</p> <p>2:Aufforderungen und Bitten in einfacher Sprache formulieren, ggf. wiederholen, Zeit geben zum Verstehen</p>	<p>1:(2.10=1);</p> <p>2:(2.10=2)</p>
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten beachten	<p>1:Wenn erforderlich, die Konzentration auf die aktuelle Tätigkeit lenken</p>	<p>1:ODER(3.1=1;3.1=2;3.1=3)</p>
Beaufsichtigung - Mögliches aggressives Verhalten beachten	<p>1:Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen;</p> <p>2:Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen</p>	<p>1:0- DER(3.3=1;3.3=2;3.4=1;3.4=2;3.5=1;3.5=2) ;</p> <p>2:ODER(3.3=3;3.4=3;3.5=3)</p>
Mögliche verbale Aggression beachten	<p>1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen</p>	<p>1:ODER(3.6=1;3.6=2;3.6=3)</p>
Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen	<p>1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen;</p> <p>2:Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen</p>	<p>1:ODER(3.8=1;3.8=2);</p> <p>2:(3.8=3)</p>
Wahnvorstellungen berücksichtigen	<p>1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen;</p> <p>2:Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen</p>	<p>1:ODER(3.9=1;3.9=2);</p> <p>2:(3.9=3)</p>

Ängste berücksichtigen	<p>1: Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern;</p> <p>2: Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern</p>	<p>1: ODER(3.10=1;3.10=2);</p> <p>2:(3.10=3)</p>
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	1: Wenn erforderlich, sich selbst vor Übergriffen schützen	1: ODER(3.12=1;3.12=2;3.12=3)

5.5 Einlauf

Definition	Auslösung einer Stuhlentleerung unter Einbringung einer Flüssigkeit in den Dickdarm. Dabei wird der Reinigungseinlauf, der Hebe-Senk-Einlauf und die Darmspülung unterschieden.	
Beschreibung	Der Einlauf umfasst das korrekte Einführen bzw. Entfernen des Darmrohrs und das Einlassen der Spülflüssigkeit zur Darmreinigung. Die Intervention umfasst zudem die korrekte Positionierung der betroffenen Person, die Aufforderung zum Einhalten der Flüssigkeit und die Inspektion des Anus auf Verletzungen oder Hämorrhoiden. Abzugrenzende Intervention: Medikamentengabe Eingeschlossene Interventionen: Positionierung, An- und Auskleiden, Intimpflege, Ausscheidungsmanagement	
Teilschritte	Ausprägungen	BI-Ableitungen
Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen		
Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)		
Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)		
Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)		
Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt		
Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel		
An- und Auskleiden des Unterkörpers	1:Selbstständige Durchführung; 2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen; 3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;	1:(4.6=0); 2:(4.6=1); 3:(4.6=2); 4:(4.6=3)

4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme

Positionierung (linke Seite)

1:Selbstständige Durchführung:

1:(1.1=0);

2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;

2:(1.1=1);

3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;

3:(1.1=2);

4:ODER(1.1=3;1.6=Ja)

4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme

Schutzunterlage unter das Gesäß legen

Einlaufvorgang entsprechend der Methode durchführen

ggf. bei Ausscheidung unterstützen

1:Selbstständige Durchführung:

1:(4.10=0);

2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;

2:(4.10=1);

3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;

3:(4.10=2);

4:(4.10=3)

4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme

Intimpflege

1:Selbstständige Durchführung:

1:(4.3=0);

2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;

2:(4.3=1);

3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;

3:(4.3=2);

4:(4.3=3)

4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien		
Anforderungen	Ausprägungen	BI-Ableitungen
Rücksichtnahme auf kulturspezifische Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Kontrollieren der körperlichen Funktionfähigkeiten während der Intervention		
Rückenschonend arbeiten (z.B. Bett auf rückenschonende Arbeitshöhe bringen, Hilfsmittel einsetzen)		
Zeit nehmen und Störungen vermeiden		1: (2.10=3)
Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention (u.a. Bedürfnisse und Befinden erfragen)	1: in einfacher Sprache	
Hilfe beim Erkennen von Personen	1: Wenn erforderlich, sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben; 2: Sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben	1: ODER(2.1=1;2.1=2); 2: (2.1=3)
Hilfe bei der örtlichen Orientierung	1: Wenn erforderlich, Zeit zur örtlichen Orientierung geben; 2: Zeit zur örtlichen Orientierung geben	1: ODER(2.2=1;2.2=2); 2: (2.2=3)
Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben	1: Wenn erforderlich, Zeit für zeitliche Orientierung geben; 2: Zeit für zeitliche Orientierung geben	1: ODER(2.3=1;2.3=2); 2: (2.3=3)
Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	1: Wenn erforderlich, Zeit zur Erinnerung geben; 2: Zeit für Erinnerung geben	1: ODER(2.4=1;2.4=2); 2: (2.4=3)
Hilfe beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen	1: Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben;	1: ODER(2.7=1;2.7=2); 2: (2.7=3)

	2:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben und wiederholen	
Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben und wiederholen	1: ODER(2.8=1;2.8=2); 2:(2.8=3)
Mitteln elementarer Bedürfnisse fördern	1:Auf Mitteilungen elementarer Bedürfnisse achten; 2:Auf nonverbale elementare Bedürfnisse achten und eingehen; 3:Auf elementare Bedürfnisse achten und eingehen	1:(2.9=1); 2:(2.9=2); 3:(2.9=3)
Verstehen von Aufforderungen fördern	1:Aufforderungen und Bitten in einfacher Sprache formulieren, Zeit geben zum Verstehen; 2:Aufforderungen und Bitten in einfacher Sprache formulieren, ggf. wiederholen, Zeit geben zum Verstehen	1:(2.10=1); 2:(2.10=2)
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten beachten	1:Wenn erforderlich, die Konzentration auf die aktuelle Tätigkeit lenken	1: ODER(3.1=1;3.1=2;3.1=3)
Beaufsichtigung - Mögliches aggressives Verhalten beachten	1:Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen; 2:Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1: ODER(3.3=1;3.3=2;3.4=1;3.4=2;3.5=1;3.5=2); 2: ODER(3.3=3;3.4=3;3.5=3)
Mögliche verbale Aggression beachten	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1: ODER(3.6=1;3.6=2;3.6=3)
Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen; 2:Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen	1: ODER(3.8=1;3.8=2); 2:(3.8=3)

Wahnvorstellungen berücksichtigen	1: Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen; 2: Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen	1: ODER(3.9=1;3.9=2); 2: (3.9=3)
Ängste berücksichtigen	1: Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern; 2: Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern	1: ODER(3.10=1;3.10=2); 2: (3.10=3)
Auf Antriebslosigkeit eingehen	1: Wenn erforderlich, motivieren, ggf. Handlungsschritte selbst zu übernehmen	1: ODER(3.11=1;3.11=2;3.11=3)
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	1: Wenn erforderlich, sich selbst vor Übergriffen schützen	1: ODER(3.12=1;3.12=2;3.12=3)

5.6 Ernährungssonde: Legen

Definition	Legen einer Sonde durch den Mund oder die Nase, in den Magen-/Darmtrakt mit dem Ziel einer Ernährung (Ernährungssonde) oder Entleerung (Entleeronde)
Beschreibung	Das Legen einer Magen-/Darmsonde beinhaltet die Vorbereitung aller benötigten Materialien, die Bestimmung der Sondenslänge und das Einführen der Sonde sowie ihre Kontrolle und Fixierung. Abzugrenzende Intervention: - Eingeschlossene Interventionen: Positionierung, Medikamentengabe
Teilschritte	Ausprägungen
Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen	Bl-Ableitungen
Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)	
Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)	
Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)	
Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt	
Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel	
Positionierung (Oberkörperhoch-/Seitenlagerung)	1:(1.1=0); 2:(1.1=1); 3:(1.1=2); 4:(1.1=3)
	1:Selbstständige Durchführung; 2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen; 3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen; 4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme

Anästhesie und Nasentropfen		
Einführen und Lagekontrolle der Sonde		
Sonde fixieren		
ggf. Auffangbeutel anschließen und Ableitungssystem sichern		
Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)		
Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien		
Anforderungen	Ausprägungen	BI-Ableitungen
Rücksichtnahme auf kulturspezifische Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Kontrollieren der körperlichen Funktionsfähigkeiten während der Intervention		
Rückenschonend arbeiten (z.B. Bett auf rückenschonende Arbeitshöhe bringen, Hilfsmittel einsetzen)		
Zeit nehmen und Störungen vermeiden		
Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention (u.a. Bedürfnisse und Befinden erfragen)	1: in einfacher Sprache	1:(2.10=3)
Hilfe beim Erkennen von Personen	1:Wenn erforderlich, sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben; 2:Sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben	1:ODER(2.1=1;2.1=2); 2:(2.1=3)
Hilfe bei der örtlichen Orientierung	1:Wenn erforderlich, Zeit zur örtlichen Orientierung geben; 2:Zeit zur örtlichen Orientierung geben	1:ODER(2.2=1;2.2=2); 2:(2.2=3)

Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben	1:Wenn erforderlich, Zeit für zeitliche Orientierung geben; 2:Zeit für zeitliche Orientierung geben	1:ODER(2.3=1;2.3=2); 2:(2.3=3)
Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	1:Wenn erforderlich, Zeit zur Erinnerung geben;2:Zeit für Erinnerung geben	1:ODER(2.4=1;2.4=2); 2:(2.4=3)
Hilfe beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben und wiederholen	1:ODER(2.7=1;2.7=2); 2:(2.7=3)
Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben und wiederholen	1:ODER(2.8=1;2.8=2); 2:(2.8=3)
Mitteilen elementarerer Bedürfnisse fördern	1:Auf Mitteilungen elementarer Bedürfnisse achten; 2:Auf nonverbale elementare Bedürfnisse achten und eingehen; 3:Auf elementare Bedürfnisse achten und eingehen	1:(2.9=1); 2:(2.9=2); 3:(2.9=3)
Verstehen von Aufforderungen fördern	1:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, Zeit geben zum Verstehen; 2:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, ggf. wiederholen, Zeit geben zum Verstehen	1:(2.10=1); 2:(2.10=2)
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten beachten	1:Wenn erforderlich, die Konzentration auf die aktuelle Tätigkeit lenken	1:ODER(3.1=1;3.1=2;3.1=3)
Beaufsichtigung - Mögliches aggressives Verhalten beachten	1:Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen; 2:Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:0- DER(3.3=1;3.3=2;3.4=1;3.4=2;3.5=1;3.5=2) ; 2:ODER(3.3=3;3.4=3;3.5=3)

Mögliche verbale Aggression beachten	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:ODER(3.6=1;3.6=2;3.6=3)
Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen; 2:Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen	1:ODER(3.8=1;3.8=2); 2:(3.8=3)
Wahrvorstellungen berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. auf Wahrvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen; 2:Zeit geben, ggf. auf Wahrvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen	1:ODER(3.9=1;3.9=2); 2:(3.9=3)
Ängste berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern; 2:Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern	1:ODER(3.10=1;3.10=2); 2:(3.10=3)
Auf Antriebslosigkeit eingehen	1:Wenn erforderlich, motivieren, ggf. Handlungsschritte selbst zu übernehmen	1:ODER(3.11=1;3.11=2;3.11=3)
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	1:Wenn erforderlich, sich selbst vor Übergriffen schützen	1:ODER(3.12=1;3.12=2;3.12=3)

5.7 Erste Hilfe

Definition

Einleitung von Hilfsmaßnahmen als Reaktion auf einen akuten Zustand der pflegebedürftigen Person, der eines sofortigen Handelns bedarf.

Beschreibung

Die Intervention „Erste Hilfe“ umfasst die Einleitung von Hilfsmaßnahmen als Reaktion auf einen akuten Zustand einer Person. Es kann sich hier um lebensbedrohliche Situationen handeln, die einer ständigen Handlung und Kontrolle der Vitalzeichen bedürfen, bis zur Übergabe an den Arzt oder Rettungsdienst. Die Intervention umfasst die Unterstützung und Informationsweitergabe an das Rettungsteam nach dessen Eintreffen. Es kann sich aber auch um nicht lebensbedrohliche Situationen handeln, die einer Behandlung bedürfen (z. B. Stillung einer Blutung ohne weitere notwendige Maßnahmen, Behandlung mit bewohnerbezogener Notfallmedikation).

Abzugrenzende Intervention: -

Eingeschlossene Interventionen: Vitalzeichenkontrolle, Berufsgruppenübergreifende Kommunikation (extern), Angehörigenarbeit, Medikamentengabe, Untersuchungsassistentenz

5.8 Infusionsgabe

Definition

Intravenöses oder subkutanes Einfließen steriler Lösungen in den Körper, ggf. mit Zugabe weiterer Medikamente.

Beschreibung

Die „Infusionsgabe“ umfasst das Anschließen einer Infusion. Diesen Tätigkeiten geht die Kontrolle der vorbereiteten Infusionen, die Inspektion und Vorbereitung des Zugangs oder ggf. das Legen eines subkutanen Zugangs voraus. Des Weiteren umfasst die Intervention das Einstellen der korrekten Tropfgeschwindigkeit, die sachgerechte Enttarnung der Infusion und die Behandlung der Einstichstelle.

Abzugrenzende Intervention: Medikamentenmanagement

Eingeschlossene Interventionen: Positionierung

Teilschritte

Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeiten und Vorgehen abstimmen

Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)

Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt

Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel

Kontrolle der vorbereiteten Infusion

Positionierung entsprechend des Lokalisationsortes

- | | |
|---|------------|
| 1:Selbstständige Durchführung; | 1:(1.1=0); |
| 2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen; | 2:(1.1=1); |
| 3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen; | 3:(1.1=2); |
| 4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme | 4:(1.1=3) |

Hautdesinfektion durchführen (Einwirkzeit beachten)

Ausprägungen

BI-Ableitungen

Zugang überprüfen, ggf. subkutanen Zugang legen		
Infusion anschließen und Tropfgeschwindigkeit einstellen		
Entfernen der Infusion und Verbinden des Zugangs		
Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)		
Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien		
Anforderungen	Ausprägungen	BI-Ableitungen
Die Pflege und Betreuung erfolgt aktivierend (Erhaltung oder Wiedergewinnung der körperlichen, geistigen und seelischen Ressourcen)		
Rücksichtnahme auf kulturspezifische Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Kontrollieren der körperlichen Funktionsfähigkeiten während der Intervention		
Rückenschonend arbeiten (z. B. Bett auf rückenschonende Arbeitshöhe bringen, Hilfsmittel einsetzen)		
Zeit nehmen und Störungen vermeiden		
Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention (u. a. Bedürfnisse und Befinden erfragen)	1: in einfacher Sprache	1:(2.10=3)
Hilfe beim Erkennen von Personen	1:Wenn erforderlich, sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben; 2:Sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben	1:ODER(2.1=1;2.1=2); 2:(2.1=3)
Hilfe bei der örtlichen Orientierung	1:Wenn erforderlich, Zeit zur örtlichen Orientierung geben;	1:ODER(2.2=1;2.2=2);

	2:Zeit zur örtlichen Orientierung geben	2:(2.2=3)
Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben	1:Wenn erforderlich, Zeit für zeitliche Orientierung geben; 2:Zeit für zeitliche Orientierung geben	1:ODER(2.3=1;2.3=2); 2:(2.3=3)
Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	1:Wenn erforderlich, Zeit zur Erinnerung geben;2:Zeit für Erinnerung geben	1:ODER(2.4=1;2.4=2); 2:(2.4=3)
Hilfe beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben und wiederholen	1:ODER(2.7=1;2.7=2); 2:(2.7=3)
Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben und wiederholen	1:ODER(2.8=1;2.8=2); 2:(2.8=3)
Mitteln elementarer Bedürfnisse fördern	1:Auf Mitteilungen elementarer Bedürfnisse achten; 2:Auf nonverbale elementare Bedürfnisse achten und eingehen; 3:Auf elementare Bedürfnisse achten und eingehen	1:(2.9=1); 2:(2.9=2); 3:(2.9=3)
Verstehen von Aufforderungen fördern	1:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, Zeit geben zum Verstehen; 2:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, ggf. wiederholen, Zeit geben zum Verstehen	1:(2.10=1); 2:(2.10=2)
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten beachten	1:Wenn erforderlich, die Konzentration auf die aktuelle Tätigkeit lenken	1:ODER(3.1=1;3.1=2;3.1=3)
Beaufsichtigung - Mögliches aggressives Verhalten beachten	1:Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen;	1:ODER(3.3=1;3.3=2;3.4=1;3.4=2;3.5=1;3.5=2); 2:ODER(3.3=3;3.4=3;3.5=3)

	<p>2: Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen</p>	
Mögliche verbale Aggression beachten	<p>1: Wenn erforderlich, Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen</p>	1: ODER(3.6=1;3.6=2;3.6=3)
Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen	<p>1: Wenn erforderlich, Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen; 2: Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen</p>	<p>1: ODER(3.8=1;3.8=2); 2: (3.8=3)</p>
Wahnvorstellungen berücksichtigen	<p>1: Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen; 2: Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen</p>	<p>1: ODER(3.9=1;3.9=2); 2: (3.9=3)</p>
Ängste berücksichtigen	<p>1: Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern; 2: Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern</p>	<p>1: ODER(3.10=1;3.10=2); 2: (3.10=3)</p>
Auf Antriebslosigkeit eingehen	<p>1: Wenn erforderlich, motivieren, ggf. Handlungsschritte selbst zu übernehmen</p>	1: ODER(3.11=1;3.11=2;3.11=3)
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	<p>1: Wenn erforderlich, sich selbst vor Übergriffen schützen</p>	1: ODER(3.12=1;3.12=2;3.12=3)

5.9 Injektion i.c./s.c.

Definition	Einspritzen steriler Lösung über eine intrakutane (intradermal) oder subkutane Injektion.	
Beschreibung	Die Intervention „Injektion i.c. und s.c.“ beschreibt die Inspektion und Vorbereitung des Lokalisationsortes und das anschließende Einspritzen einer sterilen Lösung über eine intrakutane (intradermal) oder subkutane Injektion. Des Weiteren beschreibt die Intervention die Kontrolle der vorbereiteten Injektionen oder das Aufziehen der Injektion direkt vor der Gabe, die sachgerechte Entsorgung der Kanüle und die Versorgung der Einstichstelle. Abzugrenzende Intervention: - Eingeschlossene Interventionen: Positionierung, An- und Auskleiden	
Teilschritte	Ausprägungen	BI-Ableitungen
Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen		
Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)		
Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)		
Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)		
Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt		
Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel		
Kontrolle der vorbereiteten Spritze		
Positionierung entsprechend des Lokalisationsortes	1:Selbstständige Durchführung; 2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;	1:(1.1=0); 2:(1.1=1); 3:(1.1=2);

3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen; 4:(1.1=3)

4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme

Lokalisationsort inspizieren und desinfizieren (Einwirkzeit beachten)

Injektion durchführen

Kanüle in Abwurf entsorgen, Einstichstelle mit Tupfer komprimieren

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

Anforderungen

Ausprägungen

BI-Ableitungen

Die Pflege und Betreuung erfolgt aktivierend (Erhaltung oder Wiedergewinnung der körperlichen, geistigen und seelischen Ressourcen)

Rücksichtnahme auf kulturspezifische Bedürfnisse, wenn angezeigt

Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse, wenn angezeigt

Kontrollieren der körperlichen Funktionfähigkeiten während der Intervention

Rückenschonend arbeiten (z. B. Bett auf rückenschonende Arbeitshöhe bringen, Hilfsmittel einsetzen)

Zeit nehmen und Störungen vermeiden

Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention (u.a. Bedürfnisse und Befinden erfragen)	1.: in einfacher Sprache	1: (2.10=3)
Hilfe beim Erkennen von Personen	1: Wenn erforderlich, sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben; 2: Sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben	1: ODER (2.1=1; 2.1=2); 2: (2.1=3)
Hilfe bei der örtlichen Orientierung	1: Wenn erforderlich, Zeit zur örtlichen Orientierung geben; 2: Zeit zur örtlichen Orientierung geben	1: ODER (2.2=1; 2.2=2); 2: (2.2=3)
Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben	1: Wenn erforderlich, Zeit für zeitliche Orientierung geben; 2: Zeit für zeitliche Orientierung geben	1: ODER (2.3=1; 2.3=2); 2: (2.3=3)
Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	1: Wenn erforderlich, Zeit zur Erinnerung geben; 2: Zeit für Erinnerung geben	1: ODER (2.4=1; 2.4=2); 2: (2.4=3)
Hilfe beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen	1: Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben; 2: Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben und wiederholen	1: ODER (2.7=1; 2.7=2); 2: (2.7=3)
Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren	1: Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben; 2: Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben und wiederholen	1: ODER (2.8=1; 2.8=2); 2: (2.8=3)
Mitteln elementarer Bedürfnisse fördern	1: Auf Mittellungen elementarer Bedürfnisse achten; 2: Auf nonverbale elementare Bedürfnisse achten und eingehen; 3: Auf elementare Bedürfnisse achten und eingehen	1: (2.9=1); 2: (2.9=2); 3: (2.9=3)
Verstehen von Aufforderungen fördern	1: Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, Zeit geben zum Verstehen; 2: Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, ggf. wiederholen, Zeit geben zum Verstehen	1: (2.10=1); 2: (2.10=2)

Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten beachten	1:Wenn erforderlich, die Konzentration auf die aktuelle Tätigkeit lenken	1:ODER(3.1=1;3.1=2;3.1=3)
Beaufsichtigung - Mögliches aggressives Verhalten beachten	1:Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen; 2:Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:ODER(3.3=1;3.3=2;3.4=1;3.4=2;3.5=1;3.5=2); 2:ODER(3.3=3;3.4=3;3.5=3)
Mögliche verbale Aggression beachten	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:ODER(3.6=1;3.6=2;3.6=3)
Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen; 2:Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen	1:ODER(3.8=1;3.8=2); 2:(3.8=3)
Wahnvorstellungen berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen; 2:Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen	1:ODER(3.9=1;3.9=2); 2:(3.9=3)
Ängste berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern; 2:Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern	1:ODER(3.10=1;3.10=2); 2:(3.10=3)
Auf Antriebslosigkeit eingehen	1:Wenn erforderlich, motivieren, ggf. Handlungsschritte selbst zu übernehmen	1:ODER(3.11=1;3.11=2;3.11=3)
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	1:Wenn erforderlich, sich selbst vor Übergriffen schützen	1:ODER(3.12=1;3.12=2;3.12=3)

5.10 Injektion i.m.

Definition	Einspritzen steriler Lösung in den Muskel (intramuskulär = i.m.).	
Beschreibung	Die Intervention „Injektion i.m.“ beschreibt die Inspektion und Vorbereitung des Lokalisationsortes und das anschließende Einspritzen einer sterilen Lösung in einen Muskel. Des Weiteren beschreibt die Intervention die Kontrolle der vorbereiteten Injektionen oder das Aufziehen der Injektion direkt vor der Gabe, die sachgerechte Entsorgung der Kanüle und die Versorgung der Einstichstelle. Abzugrenzende Intervention: - Eingeschlossene Interventionen: Positionierung, An- und Auskleiden	
Teilschritte	Ausprägungen	BI-Ableitungen
Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen		
Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)		
Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)		
Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)		
Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt		
Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel		
Kontrolle der vorbereiteten Spritze		
Positionierung entsprechend des Lokalisationsortes	1:Selbstständige Durchführung; 2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen; 3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;	1:(1.1=0); 2:(1.1=1); 3:(1.1=2); 4:(1.1=3)

4: Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme

Lokalisationsort inspizieren und desinfizieren (Einwirkzeit beachten)

Injektion durchführen

Kanüle in Abwurf entsorgen, Einstichstelle mit Tupfer komprimieren

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

Anforderungen

Ausprägungen

Bl-Ableitungen

Die Pflege und Betreuung erfolgt aktivierend (Erhaltung oder Wiedergewinnung der körperlichen, geistigen und seelischen Ressourcen)

Rücksichtnahme auf kulturspezifische Bedürfnisse, wenn angezeigt

Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse, wenn angezeigt

Kontrollieren der körperlichen Funktionsfähigkeiten während der Intervention

Rückenschonend arbeiten (z.B. Bett auf rückenschonende Arbeitshöhe bringen, Hilfsmittel einsetzen)

Zeit nehmen und Störungen vermeiden

Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention (u.a. Bedürfnisse und Befinden erfragen)	1.: in einfacher Sprache	1: (2.10=3)
Hilfe beim Erkennen von Personen	1: Wenn erforderlich, sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben; 2: Sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben	1: ODER (2.1=1; 2.1=2); 2: (2.1=3)
Hilfe bei der örtlichen Orientierung	1: Wenn erforderlich, Zeit zur örtlichen Orientierung geben; 2: Zeit zur örtlichen Orientierung geben	1: ODER (2.2=1; 2.2=2); 2: (2.2=3)
Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben	1: Wenn erforderlich, Zeit für zeitliche Orientierung geben; 2: Zeit für zeitliche Orientierung geben	1: ODER (2.3=1; 2.3=2); 2: (2.3=3)
Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	1: Wenn erforderlich, Zeit zur Erinnerung geben; 2: Zeit für Erinnerung geben	1: ODER (2.4=1; 2.4=2); 2: (2.4=3)
Hilfe beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen	1: Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben; 2: Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben und wiederholen	1: ODER (2.7=1; 2.7=2); 2: (2.7=3)
Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren	1: Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben; 2: Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben und wiederholen	1: ODER (2.8=1; 2.8=2); 2: (2.8=3)
Mitteln elementarer Bedürfnisse fördern	1: Auf Mittellungen elementarer Bedürfnisse achten; 2: Auf nonverbale elementare Bedürfnisse achten und eingehen; 3: Auf elementare Bedürfnisse achten und eingehen	1: (2.9=1); 2: (2.9=2); 3: (2.9=3)
Verstehen von Aufforderungen fördern	1: Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, Zeit geben zum Verstehen; 2: Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, ggf. wiederholen, Zeit geben zum Verstehen	1: (2.10=1); 2: (2.10=2)

Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten beachten	1:Wenn erforderlich, die Konzentration auf die aktuelle Tätigkeit lenken	1:ODER(3.1=1;3.1=2;3.1=3)
Beaufsichtigung - Mögliches aggressives Verhalten beachten	1:Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen; 2:Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:ODER(3.3=1;3.3=2;3.4=1;3.4=2;3.5=1;3.5=2); 2:ODER(3.3=3;3.4=3;3.5=3)
Mögliche verbale Aggression beachten	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:ODER(3.6=1;3.6=2;3.6=3)
Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen; 2:Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen	1:ODER(3.8=1;3.8=2); 2:(3.8=3)
Wahnvorstellungen berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen; 2:Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen	1:ODER(3.9=1;3.9=2); 2:(3.9=3)
Ängste berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern; 2:Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern	1:ODER(3.10=1;3.10=2); 2:(3.10=3)
Auf Antriebslosigkeit eingehen	1:Wenn erforderlich, motivieren, ggf. Handlungsschritte selbst zu übernehmen	1:ODER(3.11=1;3.11=2;3.11=3)
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	1:Wenn erforderlich, sich selbst vor Übergriffen schützen	1:ODER(3.12=1;3.12=2;3.12=3)

5.11 Kompressionsstrümpfe/-verband

Definition	Unterstützung beim An-/Ausziehen von Kompressionsstrümpfen oder das Anlegen von Kompressionsverbänden zur Steigerung des venösen Blutrückflusses.
Beschreibung	Die Intervention „Kompressionsstrümpfe/-verband“ umfasst neben dem An-/Ausziehen von Kompressionsstrümpfen oder das Anlegen von Kompressionsverbänden auch die Kontrolle auf richtigen Sitz (Falten und Einschnürungen) und eine intensive Hautbeobachtung und -pflege. Abzugrenzende Intervention: - Eingeschlossene Interventionen: An- und Auskleiden, Positionierung
Teilschritte	
Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen	
Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)	
Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)	
Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)	
Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt	
Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel	
Rückanlage, wenn möglich	
	1:(1.1=0); 2:(1.1=1); 3:(1.1=2); 4:(1.1=3)
	1:(1.1=0); 2:(1.1=1); 3:(1.1=2); 4:(1.1=3)
	1:(1.1=0); 2:(1.1=1); 3:(1.1=2); 4:(1.1=3)
	1:(1.1=0); 2:(1.1=1); 3:(1.1=2); 4:(1.1=3)

4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme

Kompressionsstrümpfe anziehen/ausziehen, bzw. -verbände anlegen und fixieren

Kontrolle auf richtigen Sitz (Falten und Einschnürungen)

ggf. Kompressionsstrümpfel(-verbände) waschen

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

Anforderungen

Ausprägungen

BI-Ableitungen

Die Pflege und Betreuung erfolgt aktivierend (Erhaltung oder Wiedergewinnung der körperlichen, geistigen und seelischen Ressourcen)

Rücksichtnahme auf kulturspezifische Bedürfnisse, wenn angezeigt

Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse, wenn angezeigt

Kontrollieren der körperlichen Funktionfähigkeiten während der Intervention

Rückenschonend arbeiten (z.B. Bett auf rückenschonende Arbeitshöhe bringen, Hilfsmittel einsetzen)

Zeit nehmen und Störungen vermeiden

Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention (u.a. Bedürfnisse und Befinden erfragen)

Hilfe beim Erkennen von Personen

1: in einfacher Sprache

1:(2..10=3)

1:Wenn erforderlich, sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben;

1:ODER(2..1=1;2..1=2);

	2: Sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben	2: (2.1=3)
Hilfe bei der örtlichen Orientierung	1: Wenn erforderlich, Zeit zur örtlichen Orientierung geben; 2: Zeit zur örtlichen Orientierung geben	1: ODER(2.2=1;2.2=2); 2: (2.2=3)
Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben	1: Wenn erforderlich, Zeit für zeitliche Orientierung geben; 2: Zeit für zeitliche Orientierung geben	1: ODER(2.3=1;2.3=2); 2: (2.3=3)
Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	1: Wenn erforderlich, Zeit zur Erinnerung geben; 2: Zeit für Erinnerung geben	1: ODER(2.4=1;2.4=2); 2: (2.4=3)
Hilfe beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen	1: Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben; 2: Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben und wiederholen	1: ODER(2.7=1;2.7=2); 2: (2.7=3)
Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren	1: Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben; 2: Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben und wiederholen	1: ODER(2.8=1;2.8=2); 2: (2.8=3)
Mitteln elementarer Bedürfnisse fördern	1: Auf Mitteilungen elementarer Bedürfnisse achten; 2: Auf nonverbale elementare Bedürfnisse achten und eingehen; 3: Auf elementare Bedürfnisse achten und eingehen	1: (2.9=1); 2: (2.9=2); 3: (2.9=3)
Verstehen von Aufforderungen fördern	1: Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, Zeit geben zum Verstehen; 2: Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, ggf. wiederholen, Zeit geben zum Verstehen	1: (2.10=1); 2: (2.10=2)
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten beachten	1: Wenn erforderlich, die Konzentration auf die aktuelle Tätigkeit lenken	1: ODER(3.1=1;3.1=2;3.1=3)

Beaufsichtigung - Mögliches aggressives Verhalten beachten	1:Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen; 2:Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:O- DER(3.3=1;3.3=2;3.4=1;3.4=2;3.5=1;3.5=2) ;	2:ODER(3.3=3;3.4=3;3.5=3)
Mögliche verbale Aggression beachten	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:ODER(3.6=1;3.6=2;3.6=3)	
Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen; 2:Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen	1:ODER(3.8=1;3.8=2); 2:(3.8=3)	
Wahnvorstellungen berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen; 2:Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen	1:ODER(3.9=1;3.9=2); 2:(3.9=3)	
Ängste berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern; 2:Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern	1:ODER(3.10=1;3.10=2); 2:(3.10=3)	
Auf Antriebslosigkeit eingehen	1:Wenn erforderlich, motivieren, ggf. Handlungsschritte selbst zu übernehmen	1:ODER(3.11=1;3.11=2;3.11=3)	
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	1:Wenn erforderlich, sich selbst vor Übergriffen schützen	1:ODER(3.12=1;3.12=2;3.12=3)	

5.12 Medikamentengabe

Definition	Medikamente anreichen oder verabreichen.	
Beschreibung	Die „Medikamentengabe“ beinhaltet die Verabreichung oder das Anreichen von Medikamenten in der jeweiligen Darreichungsform (Tropfen, Augen-Nasentropfen oder -salben, Ohrentropfen, Pulver und Granulate, Pflaster, Tabletten und Dragees, Kapseln, Zäpfchen). Zudem umfasst die Intervention die Kontrolle der gerichteten Medikamente vor der Verabreichung und die Beobachtung von Nebenwirkungen bei unbekanntem oder neu verabreichten/dosierten Medikamenten. Abzugrenzende Intervention: Medikamentenmanagement Eingeschlossene Interventionen: Positionierung	
Teilschritte		Bl-Ableitungen
Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen		
Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)		
Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt		
Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel		
Gerichtete Medikamente vor Verabreichung kontrollieren		
Medikament anreichen oder verabreichen		
Ggf. Einnahme überprüfen		
Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)		
Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien		
Anforderungen	Ausprägungen	Bl-Ableitungen

Die Pflege und Betreuung erfolgt aktivierend (Erhaltung oder Wiedergewinnung der körperlichen, geistigen und seelischen Ressourcen)	
Rücksichtnahme auf kulturspezifische Bedürfnisse, wenn angezeigt	
Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse, wenn angezeigt	
Kontrollieren der körperlichen Funktionsfähigkeiten während der Intervention	
Rückschonend arbeiten (z.B. Bett auf rückschonende Arbeitshöhe bringen, Hilfsmittel einsetzen)	
Zeit nehmen und Störungen vermeiden	
Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention (u.a. Bedürfnisse und Befinden erfragen)	1: in einfacher Sprache
Hilfe beim Erkennen von Personen	1: Wenn erforderlich, sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben; 2: Sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben
Hilfe bei der örtlichen Orientierung	1: Wenn erforderlich, sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben; 2: Sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben
Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben	1: Wenn erforderlich, Zeit zur örtlichen Orientierung geben; 2: Zeit zur örtlichen Orientierung geben
Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben	1: Wenn erforderlich, Zeit für zeitliche Orientierung geben; 2: Zeit für zeitliche Orientierung geben
Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	1: Wenn erforderlich, sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben; 2: Sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben
Hilfe beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen	1: Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben; 2: Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben und wiederholen

Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren	1: Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben; 2: Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben und wiederholen	1: ODER(2.8=1,2.8=2); 2: (2.8=3)
Mitteln elementarer Bedürfnisse fördern	1: Auf Mitteilungen elementarer Bedürfnisse achten; 2: Auf nonverbale elementare Bedürfnisse achten und eingehen; 3: Auf elementare Bedürfnisse achten und eingehen	1: (2.9=1); 2: (2.9=2); 3: (2.9=3)
Verstehen von Aufforderungen fördern	1: Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, Zeit geben zum Verstehen; 2: Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, ggf. wiederholen, Zeit geben zum Verstehen	1: (2.10=1); 2: (2.10=2)
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten beachten	1: Wenn erforderlich, die Konzentration auf die aktuelle Tätigkeit lenken	1: ODER(3.1=1,3.1=2,3.1=3)

Beaufsichtigung - Mögliches aggressives Verhalten beachten	1:Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen; 2:Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1: ODER(3.3=1;3.3=2;3.4=1;3.4=2;3.5=1;3.5=2) ;	2: ODER(3.3=3;3.4=3;3.5=3)
Mögliche verbale Aggression beachten	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1: ODER(3.6=1;3.6=2;3.6=3)	
Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen; 2:Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen	1: ODER(3.8=1;3.8=2); 2:(3.8=3)	
Wahnvorstellungen berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen; 2:Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen	1: ODER(3.9=1;3.9=2); 2:(3.9=3)	
Ängste berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern; 2:Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern	1: ODER(3.10=1;3.10=2); 2:(3.10=3)	
Auf Antriebslosigkeit eingehen	1:Wenn erforderlich, motivieren, ggf. Handlungsschritte selbst zu übernehmen	1: ODER(3.11=1;3.11=2;3.11=3)	
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	1:Wenn erforderlich, sich selbst vor Übergriffen schützen	1: ODER(3.12=1;3.12=2;3.12=3)	

5.13 Medikationsmanagement

Definition	Lagerung, Richten und Entsorgen von Medikamenten.
Beschreibung	Das „Medikamentenmanagement“ umfasst die Lagerung, das Richten und die Bestellung bzw. Entsorgung von Medikamenten. Zur Vorbereitung gehört u.a. das Bereitstellen der Pflegedokumentation, Arzneimittel, Dispenser, Abwurfbehälter. Abzugrenzende Intervention: Medikamentengabe, Injektion i.c/s.c., Injektion i.m., Infusion, Berufsgruppenübergreifende Kommunikation (extern) Eingeschlossene Interventionen: -

5.14 Sauerstoffgabe

Definition	Verbreichung von Sauerstoff.	
Beschreibung	Die „Sauerstoffgabe“ beinhaltet das Freimachen der Atemwege, das Anbringen/ bzw. die Entfernung des Applikationssystems und das Einstellen des Geräts. Des Weiteren umfasst die Intervention die Kontrolle der Geräteeinstellungen und dessen Füllmenge, der Anschlüsse und der Alarmfunktion. Ggf. müssen in diesem Zusammenhang der Sauerstoffbefeuchter aufgefüllt, das Schlauch- und Applikationssystem gewechselt werden. Abzugrenzende Intervention: - Eingeschlossene Interventionen: Positionierung, Absaugen	
Teilschritte	Ausprägungen	BI-Ableitungen
Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen		
Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)		
Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)		
Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)		
Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt		
Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel		
Oberkörper erhöht positionieren	1:Selbstständige Durchführung; 2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;	1:ODER(1.1=0;1.2=0;1.3=0); 2:ODER(1.1=1;1.2=1;1.3=1); 3:ODER(1.1=2;1.2=2;1.3=2); 4:ODER(1.1=3;1.2=3;1.3=3)

3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;

4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme

Atemwege freimachen (Nase putzen, ggf. absaugen)	1:Selbstständige Durchführung; 2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen; 3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen; 4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme	1:(4.2=0); 2:(4.2=1); 3:(4.2=2); 4:(4.2=3)
Gerät einstellen und Literzahl prüfen/anpassen		
Applikationssystem entfernen; Sauerstoffflasche/-gerät verschließen/ausmachen		
Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)		
Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien		
Anforderungen	Ausprägungen	BI-Ableitungen
Die Pflege und Betreuung erfolgt aktivierend (Erhaltung oder Wiedergewinnung der körperlichen, geistigen und seelischen Ressourcen)		
Rücksichtnahme auf kulturspezifische Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Kontrollieren der körperlichen Funktionsfähigkeiten während der Intervention		
Rückenschonend arbeiten (z.B. Bett auf rückenschonende Arbeitshöhe bringen, Hilfsmittel einsetzen)		
Zeit nehmen und Störungen vermeiden		

Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention (u.a. Bedürfnisse und Befinden erfragen)	1.: in einfacher Sprache	1: (2.10=3)
Hilfe beim Erkennen von Personen	1: Wenn erforderlich, sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben; 2: Sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben	1: ODER (2.1=1; 2.1=2); 2: (2.1=3)
Hilfe bei der örtlichen Orientierung	1: Wenn erforderlich, Zeit zur örtlichen Orientierung geben; 2: Zeit zur örtlichen Orientierung geben	1: ODER (2.2=1; 2.2=2); 2: (2.2=3)
Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben	1: Wenn erforderlich, Zeit für zeitliche Orientierung geben; 2: Zeit für zeitliche Orientierung geben	1: ODER (2.3=1; 2.3=2); 2: (2.3=3)
Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	1: Wenn erforderlich, Zeit zur Erinnerung geben; 2: Zeit für Erinnerung geben	1: ODER (2.4=1; 2.4=2); 2: (2.4=3)
Hilfe beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen	1: Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben; 2: Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben und wiederholen	1: ODER (2.7=1; 2.7=2); 2: (2.7=3)
Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren	1: Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben; 2: Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben und wiederholen	1: ODER (2.8=1; 2.8=2); 2: (2.8=3)
Mitteln elementarer Bedürfnisse fördern	1: Auf Mitteilungen elementarer Bedürfnisse achten; 2: Auf nonverbale elementare Bedürfnisse achten und eingehen; 3: Auf elementare Bedürfnisse achten und eingehen	1: (2.9=1); 2: (2.9=2); 3: (2.9=3)
Verstehen von Aufforderungen fördern	1: Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, Zeit geben zum Verstehen; 2: Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, ggf. wiederholen, Zeit geben zum Verstehen	1: (2.10=1); 2: (2.10=2)

Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten beachten	1:Wenn erforderlich, die Konzentration auf die aktuelle Tätigkeit lenken	1:ODER(3.1=1,3.1=2,3.1=3)
Beaufsichtigung - Mögliches aggressives Verhalten beachten	1:Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen; 2:Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:ODER(3.3=1,3.3=2,3.4=1,3.4=2,3.5=1,3.5=2); 2:ODER(3.3=3,3.4=3,3.5=3)
Mögliche verbale Aggression beachten	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:ODER(3.6=1,3.6=2,3.6=3)
Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen; 2:Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen	1:ODER(3.8=1,3.8=2); 2:(3.8=3)
Wahnvorstellungen berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen; 2:Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen	1:ODER(3.9=1,3.9=2); 2:(3.9=3)

Ängste berücksichtigen	1: Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern; 2: Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern	1: ODER(3.10=1;3.10=2); 2:(3.10=3)
Auf Antriebslosigkeit eingehen	1: Wenn erforderlich, motivieren, ggf. Handlungsschritte selbst zu übernehmen	1: ODER(3.11=1;3.11=2;3.11=3)
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	1: Wenn erforderlich, sich selbst vor Übergriffen schützen	1: ODER(3.12=1;3.12=2;3.12=3)

5.15 Temperaturregulation

Definition	Anwenden von geeigneten nicht-medizinischen Maßnahmen zur Temperaturregulation.	
Beschreibung	Die „Temperaturregulation“ umfasst die Anwendung von geeigneten nicht-medizinischen Maßnahmen zur Temperaturregulation (z. B. Wärme zuführen, fiebersenkende Waschung, Anwenden von Kühlelementen). In diesem Zusammenhang umfasst die Intervention das Wählen einer geeigneten Maßnahme, ihre Durchführung und die Beobachtung von Besonderheiten und der Effektivität der getroffenen Maßnahmen. Abzugrenzende Intervention: Körperpflege, Vitalzeichenkontrolle: Temperatur Eingeschlossene Interventionen: An- und Auskleiden, Positionierung	
Teilschritte	Ausprägungen	Bl-Ableitungen
Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen		
Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)		
Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)		
Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)		
Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt		
Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel		
Positionierung entsprechend der gewählten Methode		
ggf. An- und Auskleiden		
Durchführung geeigneter Maßnahmen angepasst an Temperatursituation und Fieberphase		

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

Anforderungen	Ausprägungen	BI-Ableitungen
Die Pflege und Betreuung erfolgt aktivierend (Erhaltung oder Wiedergewinnung der körperlichen, geistigen und seelischen Ressourcen)		
Rücksichtnahme auf kulturspezifische Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Kontrollieren der körperlichen Funktionsfähigkeiten während der Intervention		
Rückenschonend arbeiten (z. B. Bett auf rückenschonende Arbeitshöhe bringen, Hilfsmittel einsetzen)		
Zeit nehmen und Störungen vermeiden		1:(2.10=3)
Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention (u.a. Bedürfnisse und Befinden erfragen)	1: in einfacher Sprache	
Hilfe beim Erkennen von Personen	1:Wenn erforderlich, sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben; 2:Sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben	1:ODER(2.1=1;2.1=2); 2:(2.1=3)
Hilfe bei der örtlichen Orientierung	1:Wenn erforderlich, Zeit zur örtlichen Orientierung geben; 2:Zeit zur örtlichen Orientierung geben	1:ODER(2.2=1;2.2=2); 2:(2.2=3)
Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben	1:Wenn erforderlich, Zeit für zeitliche Orientierung geben; 2:Zeit für zeitliche Orientierung geben	1:ODER(2.3=1;2.3=2); 2:(2.3=3)
Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	1:Wenn erforderlich, Zeit zur Erinnerung geben;2:Zeit für Erinnerung geben	1:ODER(2.4=1;2.4=2); 2:(2.4=3)
Hilfe beim Treffen von Entscheidungen im Alltag (Förderung der Selbstbestimmung)	1:Wenn erforderlich, Anregungen zur Entscheidungsfindung geben;	1:ODER(2.6=1;2.6=2);

	2.:Anregungen zur Entscheidungsfindung geben	2:.(2.6=3)
Hilfe beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben und wiederholen	1:ODER(2.7=1;2.7=2); 2:.(2.7=3)
Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben und wiederholen	1:ODER(2.8=1;2.8=2); 2:.(2.8=3)
Mitteln elementarer Bedürfnisse fördern	1:Auf Mitteilungen elementarer Bedürfnisse achten; 2:Auf nonverbale elementare Bedürfnisse achten und eingehen; 3:Auf elementare Bedürfnisse achten und eingehen	1:.(2.9=1); 2:.(2.9=2); 3:.(2.9=3)
Verstehen von Aufforderungen fördern	1:Aufforderungen und Bitten in einfacher Sprache formulieren, Zeit geben zum Verstehen; 2:Aufforderungen und Bitten in einfacher Sprache formulieren, ggf. wiederholen, Zeit geben zum Verstehen	1:.(2.10=1); 2:.(2.10=2)
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten beachten	1:Wenn erforderlich, die Konzentration auf die aktuelle Tätigkeit lenken	1:ODER(3.1=1;3.1=2;3.1=3)
Beaufsichtigung - Mögliches aggressives Verhalten beachten	1:Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen; 2:Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:0- DER(3.3=1;3.3=2;3.4=1;3.4=2;3.5=1;3.5=2) ; 2:ODER(3.3=3;3.4=3;3.5=3)
Mögliche verbale Aggression beachten	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:ODER(3.6=1;3.6=2;3.6=3)

Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen	1: Wenn erforderlich, Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen; 2: Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen	1: ODER(3.8=1;3.8=2); 2:(3.8=3)
Wahnvorstellungen berücksichtigen	1: Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen; 2: Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen	1: ODER(3.9=1;3.9=2); 2:(3.9=3)
Ängste berücksichtigen	1: Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern; 2: Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern	1: ODER(3.10=1;3.10=2); 2:(3.10=3)
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	1: Wenn erforderlich, sich selbst vor Übergriffen schützen	1: ODER(3.12=1;3.12=2;3.12=3)

5.16 Untersuchungsassistenz

Definition	Unterstützung der pflegebedürftigen Person während einer ärztlichen Maßnahme/Untersuchung.
Beschreibung	Die „Untersuchungsassistenz“ umfasst die Unterstützung einer pflegebedürftigen Person während einer ärztlichen Maßnahme/Untersuchung, eine fortlaufende kommunikative Interaktion während der pflegerischen Tätigkeit, deren Fokus auf der emotionalen Unterstützung und der Ablenkungen der betroffenen Person liegt. Abzugrenzende Intervention: - Eingeschlossene Interventionen: Positionierung, Berufsgruppenübergreifende Kommunikation (extern)
Teilschritte	Ausprägungen
Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen	BI-Ablenkungen
Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)	
Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)	
Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)	
Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt	
Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel	
Assistenz bei der Intervention (z. B. Überwachung der Lagerung der pflegebedürftigen Person, Verbinden der Behandlungsstelle)	

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

Anforderungen	Ausprägungen	BI-Ableitungen
Die Pflege und Betreuung erfolgt aktivierend (Erhaltung oder Wiedergewinnung der körperlichen, geistigen und seelischen Ressourcen)		
Rücksichtnahme auf kulturspezifische Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Kontrollieren der körperlichen Funktionsfähigkeiten während der Intervention		
Rückenschonend arbeiten (z. B. Bett auf rückenschonende Arbeitshöhe bringen, Hilfsmittel einsetzen)		
Zeit nehmen und Störungen vermeiden		1: (2.10=3)
Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention (u.a. Bedürfnisse und Befinden erfragen)	1: in einfacher Sprache	
Hilfe beim Erkennen von Personen	1: Wenn erforderlich, sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben; 2: Sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben	1: ODER(2.1=1;2.1=2); 2: (2.1=3)
Hilfe bei der örtlichen Orientierung	1: Wenn erforderlich, Zeit zur örtlichen Orientierung geben; 2: Zeit zur örtlichen Orientierung geben	1: ODER(2.2=1;2.2=2); 2: (2.2=3)
Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben	1: Wenn erforderlich, Zeit für zeitliche Orientierung geben; 2: Zeit für zeitliche Orientierung geben	1: ODER(2.3=1;2.3=2); 2: (2.3=3)
Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	1: Wenn erforderlich, Zeit zur Erinnerung geben; 2: Zeit für Erinnerung geben	1: ODER(2.4=1;2.4=2); 2: (2.4=3)
Hilfe beim Treffen von Entscheidungen im Alltag (Förderung der Selbstbestimmung)	1: Wenn erforderlich, Anregungen zur Entscheidungsfindung geben;	1: ODER(2.6=1;2.6=2);

	2.:Anregungen zur Entscheidungsfindung geben	2: (2.6=3)
Hilfe beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben und wiederholen	1: ODER(2.7=1;2.7=2); 2: (2.7=3)
Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben und wiederholen	1: ODER(2.8=1;2.8=2); 2: (2.8=3)
Mitteln elementarerer Bedürfnisse fördern	1:Auf Mitteilungen elementarerer Bedürfnisse achten; 2:Auf nonverbale elementare Bedürfnisse achten und eingehen; 3:Auf elementare Bedürfnisse achten und eingehen	1: (2.9=1); 2: (2.9=2); 3: (2.9=3)
Verstehen von Aufforderungen fördern	1:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, Zeit geben zum Verstehen; 2:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, ggf. wiederholen, Zeit geben zum Verstehen	1: (2.10=1); 2: (2.10=2)
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten beachten	1:Wenn erforderlich, die Konzentration auf die aktuelle Tätigkeit lenken	1: ODER(3.1=1;3.1=2;3.1=3)
Beaufsichtigung - Mögliches aggressives Verhalten beachten	1:Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen; 2:Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1: O- DER(3.3=1;3.3=2;3.4=1;3.4=2;3.5=1;3.5=2); 2: ODER(3.3=3;3.4=3;3.5=3)
Mögliche verbale Aggression beachten	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1: ODER(3.6=1;3.6=2;3.6=3)

Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen	1: Wenn erforderlich, Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen; 2: Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen	1: ODER(3.8=1;3.8=2); 2: (3.8=3)
Wahnvorstellungen berücksichtigen	1: Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen; 2: Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen	1: ODER(3.9=1;3.9=2); 2: (3.9=3)
Ängste berücksichtigen	1: Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern; 2: Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern	1: ODER(3.10=1;3.10=2); 2: (3.10=3)
Auf Antriebslosigkeit eingehen	1: Wenn erforderlich, motivieren, ggf. Handlungsschritte selbst zu übernehmen	1: ODER(3.11=1;3.11=2;3.11=3)
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	1: Wenn erforderlich, sich selbst vor Übergriffen schützen	1: ODER(3.12=1;3.12=2;3.12=3)

5.17 Vitalzeichenkontrolle: Blutdruck und Puls

Definition	Erfassung des Pulses und des Blutdrucks.	
Beschreibung	Die „Vitalzeichenkontrolle: Blutdruck und Puls“ umfasst die korrekte Erfassung des Pulses und des Blutdrucks sowie die anschließende Analyse der Werte und ggf. die Informationsweitergabe an den Arzt bzw. die Ärztin (wenn angezeigt).	
	Abzugrenzende Intervention:	-
	Eingeschlossene Interventionen:	Positionierung, An- und Auskleiden
Teilschritte	Ausprägungen	BI-Ableitungen
Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen		
Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)		
Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt		
Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel		
ggf. Positionierung	1:Selbstständige Durchführung; 2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen; 3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen; 4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme	1:(1.1=0); 2:(1.1=1); 3:(1.1=2); 4:(1.1=3)
Arm zugänglich machen und in Herzhöhe platzieren	1:Selbstständige Durchführung; 2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;	1:(4.5=0); 2:(4.5=1);

3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen; 3:(;4.5=2);
4:(4.5=3)

4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme

Durchführung der Messung

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

Anforderungen

Ausprägungen

Bl-Ableitungen

Die Pflege und Betreuung erfolgt aktivierend (Erhaltung oder Wiedergewinnung der körperlichen, geistigen und seelischen Ressourcen)

Rücksichtnahme auf kulturspezifische Bedürfnisse, wenn angezeigt

Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse, wenn angezeigt

Kontrollieren der körperlichen Funktionsfähigkeiten während der Intervention

Rückenschonend arbeiten (z.B. Bett auf rückenschonende Arbeitshöhe bringen, Hilfsmittel einsetzen)

Zeit nehmen und Störungen vermeiden

Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention (u.a. Bedürfnisse und Befinden erfragen)

Hilfe beim Erkennen von Personen

1:(2.10=3)

1: in einfacher Sprache
1:Wenn erforderlich, sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben;

2:(2.1=3)

2:Sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben

Hilfe bei der örtlichen Orientierung	1:Wenn erforderlich, Zeit zur örtlichen Orientierung geben; 2:Zeit zur örtlichen Orientierung geben	1:ODER(2.2=1;2.2=2); 2:(2.2=3)
Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben	1:Wenn erforderlich, Zeit für zeitliche Orientierung geben; 2:Zeit für zeitliche Orientierung geben	1:ODER(2.3=1;2.3=2); 2:(2.3=3)
Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	1:Wenn erforderlich, Zeit zur Erinnerung geben;2:Zeit für Erinnerung geben	1:ODER(2.4=1;2.4=2); 2:(2.4=3)
Hilfe beim Treffen von Entscheidungen im Alltag (Förderung der Selbstbestimmung)	1:Wenn erforderlich, Anregungen zur Entscheidungsfindung geben; 2:Anregungen zur Entscheidungsfindung geben	1:ODER(2.6=1;2.6=2); 2:(2.6=3)
Hilfe beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben und wiederholen	1:ODER(2.7=1;2.7=2); 2:(2.7=3)
Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben und wiederholen	1:ODER(2.8=1;2.8=2); 2:(2.8=3)
Mitteln elementarer Bedürfnisse fördern	1:Auf Mitteilungen elementarer Bedürfnisse achten; 2:Auf nonverbale elementare Bedürfnisse achten und eingehen; 3:Auf elementare Bedürfnisse achten und eingehen	1:(2.9=1); 2:(2.9=2); 3:(2.9=3)
Verstehen von Aufforderungen fördern	1:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, Zeit geben zum Verstehen; 2:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, ggf. wiederholen, Zeit geben zum Verstehen	1:(2.10=1); 2:(2.10=2)
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten beachten	1:Wenn erforderlich, die Konzentration auf die aktuelle Tätigkeit lenken	1:ODER(3.1=1;3.1=2;3.1=3)

Beaufsichtigung - Mögliches aggressives Verhalten beachten	1:Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen; 2:Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:O- DER(3.3=1;3.3=2;3.4=1;3.4=2;3.5=1;3.5=2) ;	2:ODER(3.3=3;3.4=3;3.5=3)
Mögliche verbale Aggression beachten	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:ODER(3.6=1;3.6=2;3.6=3)	
Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen; 2:Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen	1:ODER(3.8=1;3.8=2); 2:(3.8=3)	
Wahrvorstellungen berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. auf Wahrvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen; 2:Zeit geben, ggf. auf Wahrvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen	1:ODER(3.9=1;3.9=2); 2:(3.9=3)	
Ängste berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern; 2:Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern	1:ODER(3.10=1;3.10=2); 2:(3.10=3)	
Auf Antriebslosigkeit eingehen	1:Wenn erforderlich, motivieren, ggf. Handlungsschritte selbst zu übernehmen	1:ODER(3.11=1;3.11=2;3.11=3)	
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	1:Wenn erforderlich, sich selbst vor Übergriffen schützen	1:ODER(3.12=1;3.12=2;3.12=3)	

5.18 Vitalzeichenkontrolle: Blutzucker

Definition	Kapillare Blutentnahme zur Blutzuckerbestimmung.	
Beschreibung	Die „Vitalzeichenkontrolle: Blutzucker“ umfasst die kapillare Blutentnahme mit dem Ziel der Blutzuckerbestimmung sowie die anschließende Analyse der Werte und ggf. die Informationsweitergabe an den Arzt bzw. die Ärztin (wenn angezeigt).	
	Abzugrenzende Intervention:	-
	Eingeschlossene Interventionen:	-
Teilschritte		Ausprägungen
Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen		
Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)		
Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt		
Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel		
ggf. Funktionskontrolle des Messgerätes (nach Herstellerangaben)		
Durchblutung fördern	1:Selbstständige Durchführung; 2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen; 3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen; 4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme	1:(4.1=0); 2:(4.1=1); 3:(4.1=2); 4:(4.1=3)
Gerät mit Teststreifen und Lanzette/Stechhilfe vorbereiten		

Desinfektion der Punktionsstelle (Einwirkzeit beachten)	
mit Lanzette/Einstichhilfe Punktionsstelle punktieren	
zweiten Blutstropfen für Messung nehmen	
Einstichstelle komprimieren (lassen)	
Messwert ablesen	
Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)	
Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien	
Anforderungen	Ausprägungen
Die Pflege und Betreuung erfolgt aktivierend (Erhaltung oder Wiedergewinnung der körperlichen, geistigen und seelischen Ressourcen)	
Rücksichtnahme auf kulturspezifische Bedürfnisse, wenn angezeigt	
Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse, wenn angezeigt	
Kontrollieren der körperlichen Funktionsfähigkeiten während der Intervention	
Rückenschonend arbeiten (z. B. Bett auf rückenschonende Arbeitshöhe bringen, Hilfsmittel einsetzen)	
Zeit nehmen und Störungen vermeiden	
Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention (u.a. Bedürfnisse und Befinden erfragen)	1: in einfacher Sprache
Hilfe beim Erkennen von Personen	1: (2.10=3) 1: ODER (2.1=1; 2.1=2); 1: Wenn erforderlich, sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben;

	2: Sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben	2: (2.1=3)
Hilfe bei der örtlichen Orientierung	1: Wenn erforderlich, Zeit zur örtlichen Orientierung geben; 2: Zeit zur örtlichen Orientierung geben	1: ODER(2.2=1; 2.2=2); 2: (2.2=3)
Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben	1: Wenn erforderlich, Zeit für zeitliche Orientierung geben; 2: Zeit für zeitliche Orientierung geben	1: ODER(2.3=1; 2.3=2); 2: (2.3=3)
Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	1: Wenn erforderlich, Zeit zur Erinnerung geben; 2: Zeit für Erinnerung geben	1: ODER(2.4=1; 2.4=2); 2: (2.4=3)
Hilfe beim Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	1: Wenn erforderlich, zur Reihenfolge der Teilschritte anleiten; 2: Zur Reihenfolge der Teilschritte anleiten	1: ODER(2.5=1; 2.5=2); 2: (2.5=3)
Hilfe beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen	1: Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben; 2: Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben und wiederholen	1: ODER(2.7=1; 2.7=2); 2: (2.7=3)
Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren	1: Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben; 2: Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben und wiederholen	1: ODER(2.8=1; 2.8=2); 2: (2.8=3)
Mitteln elementarer Bedürfnisse fördern	1: Auf Mitteilungen elementarer Bedürfnisse achten; 2: Auf nonverbale elementare Bedürfnisse achten und eingehen; 3: Auf elementare Bedürfnisse achten und eingehen	1: (2.9=1); 2: (2.9=2); 3: (2.9=3)
Verstehen von Aufforderungen fördern	1: Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, Zeit geben zum Verstehen; 2: Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, ggf. wiederholen, Zeit geben zum Verstehen	1: (2.10=1); 2: (2.10=2)

Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten beachten	1:Wenn erforderlich, die Konzentration auf die aktuelle Tätigkeit lenken	1:ODER(3.1=1;3.1=2;3.1=3)
Beaufsichtigung - Mögliches aggressives Verhalten beachten	1:Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen; 2:Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:ODER(3.3=1;3.3=2;3.4=1;3.4=2;3.5=1;3.5=2); 2:ODER(3.3=3;3.4=3;3.5=3)
Mögliche verbale Aggression beachten	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:ODER(3.6=1;3.6=2;3.6=3)
Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen; 2:Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen	1:ODER(3.8=1;3.8=2); 2:(3.8=3)
Wahnvorstellungen berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen; 2:Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen	1:ODER(3.9=1;3.9=2); 2:(3.9=3)
Ängste berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern; 2:Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern	1:ODER(3.10=1;3.10=2); 2:(3.10=3)
Auf Antriebslosigkeit eingehen	1:Wenn erforderlich, motivieren, ggf. Handlungsschritte selbst zu übernehmen	1:ODER(3.11=1;3.11=2;3.11=3)
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	1:Wenn erforderlich, sich selbst vor Übergriffen schützen	1:ODER(3.12=1;3.12=2;3.12=3)

5.19 Vitalzeichenkontrolle: Körpertemperatur

Definition	Erfassung der Körpertemperatur mittels Thermometer.	
Beschreibung	Die „Vitalzeichenkontrolle: Körpertemperatur“ umfasst die korrekte Erfassung der Körpertemperatur mittels eines Thermometers sowie die anschließende Analyse der Werte und ggf. die Informationsweitergabe an den Arzt bzw. die Ärztin (wenn angezeigt).	
	Abzugrenzende Intervention:	Temperaturregulation
	Eingeschlossene Interventionen:	An- und Auskleiden, Positionierung
Teilschritte	Ausprägungen	BI-Ableitungen
Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen		
Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)		
Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)		
Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)		
Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt		
Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel		
Messort zugänglich machen, ggf. Positionierung der pflegebedürftigen Person	1:Selbstständige Durchführung; 2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen; 3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen; 4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme	1:(4.6=0); 2:(4.6=1); 3:(4.6=2); 4:(4.6=3)

Thermometer mit Schutzhülle vorbereiten

Durchführung der Messung

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

Anforderungen

Ausprägungen

Bl-Ableitungen

Die Pflege und Betreuung erfolgt aktivierend (Erhaltung oder Wiedergewinnung der körperlichen, geistigen und seelischen Ressourcen)

Rücksichtnahme auf kulturspezifische Bedürfnisse, wenn angezeigt

Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse, wenn angezeigt

Kontrollieren der körperlichen Funktionsfähigkeiten während der Intervention

Rückenschonend arbeiten (z.B. Bett auf rückenschonende Arbeitshöhe bringen, Hilfsmittel einsetzen)

Zeit nehmen und Störungen vermeiden

Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention (u.a. Bedürfnisse und Befinden erfragen)

Hilfe beim Erkennen von Personen

Hilfe bei der örtlichen Orientierung

1: in einfacher Sprache

1:(2.10=3)

1:Wenn erforderlich, sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben;
2:Sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben

1:ODER(2.1=1;2.1=2);
2:(2.1=3)

1:Wenn erforderlich, Zeit zur örtlichen Orientierung geben;

1:ODER(2.2=1;2.2=2);

	2:Zeit zur örtlichen Orientierung geben	2:(2.2=3)
Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben	1:Wenn erforderlich, Zeit für zeitliche Orientierung geben; 2:Zeit für zeitliche Orientierung geben	1:ODER(2.3=1;2.3=2); 2:(2.3=3)
Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	1:Wenn erforderlich, Zeit zur Erinnerung geben;2:Zeit für Erinnerung geben	1:ODER(2.4=1;2.4=2); 2:(2.4=3)
Hilfe beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben und wiederholen	1:ODER(2.7=1;2.7=2); 2:(2.7=3)
Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben und wiederholen	1:ODER(2.8=1;2.8=2); 2:(2.8=3)
Mitteln elementarer Bedürfnisse fördern	1:Auf Mitteilungen elementarer Bedürfnisse achten; 2:Auf nonverbale elementare Bedürfnisse achten und eingehen; 3:Auf elementare Bedürfnisse achten und eingehen	1:(2.9=1); 2:(2.9=2); 3:(2.9=3)

Verstehen von Aufforderungen fördern	<p>1:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, Zeit geben zum Verstehen;</p> <p>2:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, ggf. wiederholen, Zeit geben zum Verstehen</p>	<p>1:(2.10=1);</p> <p>2:(2.10=2)</p>
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten beachten	<p>1:Wenn erforderlich, die Konzentration auf die aktuelle Tätigkeit lenken</p>	<p>1:ODER(3.1=1;3.1=2;3.1=3)</p>
Beaufsichtigung - Mögliches aggressives Verhalten beachten	<p>1:Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen;</p> <p>2:Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen</p>	<p>1:ODER(3.3=1;3.3=2;3.4=1;3.4=2;3.5=1;3.5=2);</p> <p>2:ODER(3.3=3;3.4=3;3.5=3)</p>
Mögliche verbale Aggression beachten	<p>1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen</p>	<p>1:ODER(3.6=1;3.6=2;3.6=3)</p>
Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen	<p>1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen;</p> <p>2:Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen</p>	<p>1:ODER(3.8=1;3.8=2);</p> <p>2:(3.8=3)</p>
Wahnvorstellungen berücksichtigen	<p>1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen;</p> <p>2:Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen</p>	<p>1:ODER(3.9=1;3.9=2);</p> <p>2:(3.9=3)</p>
Ängste berücksichtigen	<p>1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern;</p> <p>2:Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern</p>	<p>1:ODER(3.10=1;3.10=2);</p> <p>2:(3.10=3)</p>

Auf Antriebslosigkeit eingehen	1: Wenn erforderlich, motivieren, ggf. Handlungsschritte selbst zu übernehmen	1: ODER(3.11=1;3.11=2;3.11=3)
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	1: Wenn erforderlich, sich selbst vor Übergriffen schützen	1: ODER(3.12=1;3.12=2;3.12=3)

5.20 Wiegen

Definition	Erfassung des Körpergewichts.	
Beschreibung	Die Intervention „Wiegen“ umfasst die Erfassung des Körpergewichts unter der Einhaltung immer gleicher Bedingungen (gleiche Waage bzw. gleiches Verfahren, gleiche Tageszeit und gleiche Kleidung), mittels einer Steh-, Sitz oder Bettwaage oder durch Ermittlung des Taillen- und Hüftumfangs (Waist-to-Hip-Ratio = WHR).	
	Abzugszehende Intervention:	-
	Eingeschlossene Interventionen:	Transfer/Fortbewegen, An- und Auskleiden
Teilschritte	Ausprägungen	Bl-Ableitungen
Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen		
Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)		
Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)		
Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt		
Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel		
Wiegung durchführen oder den Taillen- und Hüftumfang messen		
Wert ablesen, ggf. WHR-Ratio ausrechnen		
Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)		
Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien		

Anforderungen	Ausprägungen	BI-Ableitungen
Die Pflege und Betreuung erfolgt aktivierend (Erhaltung oder Wiedergewinnung der körperlichen, geistigen und seelischen Ressourcen)		
Rücksichtnahme auf kulturspezifische Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Kontrollieren der körperlichen Funktionsfähigkeiten während der Intervention		
Rückenschonend arbeiten (z. B. Bett auf rückenschonende Arbeitshöhe bringen, Hilfsmittel einsetzen)		
Zeit nehmen und Störungen vermeiden		1:(2.10=3)
Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention (u.a. Bedürfnisse und Befinden erfragen)	1: in einfacher Sprache	
Hilfe beim Erkennen von Personen	1:Wenn erforderlich, sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben; 2:Sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben	1:ODER(2.1=1;2.1=2); 2:(2.1=3)
Hilfe bei der örtlichen Orientierung	1:Wenn erforderlich, Zeit zur örtlichen Orientierung geben; 2:Zeit zur örtlichen Orientierung geben	1:ODER(2.2=1;2.2=2); 2:(2.2=3)
Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben	1:Wenn erforderlich, Zeit für zeitliche Orientierung geben; 2:Zeit für zeitliche Orientierung geben	1:ODER(2.3=1;2.3=2); 2:(2.3=3)
Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	1:Wenn erforderlich, Zeit zur Erinnerung geben;2:Zeit für Erinnerung geben	1:ODER(2.4=1;2.4=2); 2:(2.4=3)
Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben;	1:ODER(2.8=1;2.8=2);

	2:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben und wiederholen	2:(2.8=3)
Hilfe beim Treffen von Entscheidungen im Alltag (Förderung der Selbstbestimmung)	1:Wenn erforderlich, Anregungen zur Entscheidungsfindung geben; 2:Anregungen zur Entscheidungsfindung geben	1:ODER(2.6=1;2.6=2); 2:(2.6=3)
Hilfe beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben und wiederholen	1:ODER(2.7=1;2.7=2); 2:(2.7=3)
Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben und wiederholen	1:ODER(2.8=1;2.8=2); 2:(2.8=3)
Mitteilen elementarer Bedürfnisse fördern	1:Auf Mitteilungen elementarer Bedürfnisse achten; 2:Auf nonverbale elementare Bedürfnisse achten und eingehen; 3:Auf elementare Bedürfnisse achten und eingehen	1:(2.9=1); 2:(2.9=2); 3:(2.9=3)
Verstehen von Aufforderungen fördern	1:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, Zeit geben zum Verstehen; 2:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, ggf. wiederholen, Zeit geben zum Verstehen	1:(2.10=1); 2:(2.10=2)
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten beachten	1:Wenn erforderlich, die Konzentration auf die aktuelle Tätigkeit lenken	1:ODER(3.1=1;3.1=2;3.1=3)
Beaufsichtigung - Mögliches aggressives Verhalten beachten	1:Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen; 2:Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:0- DER(3.3=1;3.3=2;3.4=1;3.4=2;3.5=1;3.5=2) ; 2:ODER(3.3=3;3.4=3;3.5=3)

Mögliche verbale Aggression beachten	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:ODER(3.6=1;3.6=2;3.6=3)
Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen; 2:Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen	1:ODER(3.8=1;3.8=2); 2:(3.8=3)
Wahrvorstellungen berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. auf Wahrvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen; 2:Zeit geben, ggf. auf Wahrvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen	1:ODER(3.9=1;3.9=2); 2:(3.9=3)
Ängste berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern; 2:Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern	1:ODER(3.10=1;3.10=2); 2:(3.10=3)
Auf Antriebslosigkeit eingehen	1:Wenn erforderlich, motivieren, ggf. Handlungsschritte selbst zu übernehmen	1:ODER(3.11=1;3.11=2;3.11=3)
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	1:Wenn erforderlich, sich selbst vor Übergriffen schützen	1:ODER(3.12=1;3.12=2;3.12=3)

5.21 Wundpflege

Definition	Phasengerechte Versorgung einer Wunde unter Einhaltung hygienischer Vorgaben.		
Beschreibung	Die „Wundpflege“ umfasst das Anlegen bzw. die Entfernung von Wundverbänden, die Wundreinigung und die Inspektion der Wunde unter Berücksichtigung der ärztlichen Anordnungen. Die Intervention umfasst zudem ggf. die Verabreichung von Schmerzmitteln vor dem Verbandwechsel.		
	Abzugrenzende Intervention: Transfer/Fortbewegen		
	Eingeschlossene Interventionen: An- und Auskleiden, Positionierung		
Teilschritte		Ausprägungen	BI-Ableitungen
Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen			
Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)			
Durchzug vermeiden (Fenster, Türen schließen)			
Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)			
Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt			
Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel			
Positionierung entsprechend des Wundortes, ggf. Lagerungshilfsmittel	1:Selbstständige Durchführung;	1:(1.1=0;1.2=1);	
	2:Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Übernahme von Teilhandlungen;	2:(1.1=1;1.2=1);	
	3:Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Übernahme von Teilhandlungen;	3:(1.1=2;1.2=2);	
	4:Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme	4:(1.1=3;1.2=3;1.6=Ja)	

Entfernung und Inspektion der alten Wundauflage incl. Tamponaden	
Reinigung der Wunde entsprechend der Wundart, ggf. Spülung	
ggf. Rasur und Hautpflege	
Inspektion der gereinigten Wunde	
Anlegen des neuen Wundverbands	
Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)	
Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien	
Anforderungen	Ausprägungen
Die Pflege und Betreuung erfolgt aktivierend (Erhaltung oder Wiedergewinnung der körperlichen, geistigen und seelischen Ressourcen)	
Rücksichtnahme auf kulturspezifische Bedürfnisse, wenn angezeigt	
Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse, wenn angezeigt	
Kontrollieren der körperlichen Funktionsfähigkeiten während der Intervention	
Rückenschonend arbeiten (z. B. Bett auf rückenschonende Arbeitshöhe bringen, Hilfsmittel einsetzen)	
Zeit nehmen und Störungen vermeiden	
Ausreichende Analgesie berücksichtigt	

Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention (u.a. Bedürfnisse und Befinden erfragen)	1.: in einfacher Sprache	1: (2.10=3)
Hilfe beim Erkennen von Personen	1: Wenn erforderlich, sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben; 2: Sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben	1: ODER (2.1=1; 2.1=2); 2: (2.1=3)
Hilfe bei der örtlichen Orientierung	1: Wenn erforderlich, Zeit zur örtlichen Orientierung geben; 2: Zeit zur örtlichen Orientierung geben	1: ODER (2.2=1; 2.2=2); 2: (2.2=3)
Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben	1: Wenn erforderlich, Zeit für zeitliche Orientierung geben; 2: Zeit für zeitliche Orientierung geben	1: ODER (2.3=1; 2.3=2); 2: (2.3=3)
Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	1: Wenn erforderlich, Zeit zur Erinnerung geben; 2: Zeit für Erinnerung geben	1: ODER (2.4=1; 2.4=2); 2: (2.4=3)
Hilfe beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen	1: Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben; 2: Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben und wiederholen	1: ODER (2.7=1; 2.7=2); 2: (2.7=3)
Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren	1: Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben; 2: Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben und wiederholen	1: ODER (2.8=1; 2.8=2); 2: (2.8=3)
Mitteln elementarer Bedürfnisse fördern	1: Auf Mitteilungen elementarer Bedürfnisse achten; 2: Auf nonverbale elementare Bedürfnisse achten und eingehen; 3: Auf elementare Bedürfnisse achten und eingehen	1: (2.9=1); 2: (2.9=2); 3: (2.9=3)
Verstehen von Aufforderungen fördern	1: Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, Zeit geben zum Verstehen; 2: Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, ggf. wiederholen, Zeit geben zum Verstehen	1: (2.10=1); 2: (2.10=2)

Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten beachten	1:Wenn erforderlich, die Konzentration auf die aktuelle Tätigkeit lenken	1:ODER(3.1=1;3.1=2;3.1=3)
Beaufsichtigung - Mögliches aggressives Verhalten beachten	1:Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen; 2:Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:ODER(3.3=1;3.3=2;3.4=1;3.4=2;3.5=1;3.5=2); 2:ODER(3.3=3;3.4=3;3.5=3)
Mögliche verbale Aggression beachten	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:ODER(3.6=1;3.6=2;3.6=3)
Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen; 2:Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen	1:ODER(3.8=1;3.8=2); 2:(3.8=3)
Wahnvorstellungen berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen; 2:Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen	1:ODER(3.9=1;3.9=2); 2:(3.9=3)
Ängste berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern; 2:Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern	1:ODER(3.10=1;3.10=2); 2:(3.10=3)
Auf Antriebslosigkeit eingehen	1:Wenn erforderlich, motivieren, ggf. Handlungsschritte selbst zu übernehmen	1:ODER(3.11=1;3.11=2;3.11=3)
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	1:Wenn erforderlich, sich selbst vor Übergriffen schützen	1:ODER(3.12=1;3.12=2;3.12=3)

6. Beratung und Schulung

6.1 Beratung: Chronische Wundversorgung
6.2 Beratung: Dekubitusprophylaxe
6.3 Beratung: Ernährungsmanagement
6.4 Beratung: Förderung der Kontinenz
6.5 Beratung: Mobilität
6.6 Beratung: Schmerzmanagement
6.7 Beratung: Sturzprophylaxe
6.8 Beratung: sonstige Themenfelder

Definition	Beratung ist ein kommunikativer Unterstützungsprozess, mit dem Ziel, Strategien zur Problemlösung zu entwickeln.
Beschreibung	<p>Durch die Beratung sollen Pflegerisiken und andere Probleme erörtert und erfasst werden. Die Beratung umfasst vier Phasen.</p> <ul style="list-style-type: none">• Die Orientierungsphase soll durch Zuhören das Problem erfassen.• In der Klärungsphase soll durch gezieltes Nachfragen das Problem spezifiziert werden.• Die gemeinsame Zielfindung sowie das Aufklären/Aufzeigen von Handlungsmöglichkeiten wird in der Veränderungsphase gemacht.• Die Abschlussphase dient zur gemeinsamen Reflexion und Auswirkungen der möglichen Veränderungen. <p>Abzugrenzende Intervention: Transfer/Fortbewegen, Dokumentation, Schulung</p> <p>Eingeschlossene Interventionen: -</p>

Teilschritte	Ausprägungen	Bl-Ableitungen
Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen		
Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)		

Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel		
Beratungsgespräch		
ggf. Vermittlung an weitere Beratungsstellen		
Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)		
Anforderungen	Ausprägungen	Bl-Ableitungen
Rücksichtnahme auf kulturspezifische Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse, wenn angezeigt		
Zeit nehmen und Störungen vermeiden		
Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention (u.a. Bedürfnisse und Befinden erfragen)	1: in einfacher Sprache	1: (2.10=3)
Hilfe beim Erkennen von Personen	1: Wenn erforderlich, sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben; 2: Sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben	1: ODER(2.1=1;2.1=2); 2: (2.1=3)
Hilfe bei der örtlichen Orientierung	1: Wenn erforderlich, Zeit zur örtlichen Orientierung geben; 2: Zeit zur örtlichen Orientierung geben	1: ODER(2.2=1;2.2=2); 2: (2.2=3)
Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben	1: Wenn erforderlich, Zeit für zeitliche Orientierung geben; 2: Zeit für zeitliche Orientierung geben	1: ODER(2.3=1;2.3=2); 2: (2.3=3)
Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	1: Wenn erforderlich, Zeit zur Erinnerung geben; 2: Zeit für Erinnerung geben	1: ODER(2.4=1;2.4=2); 2: (2.4=3)
Hilfe beim Treffen von Entscheidungen im Alltag (Förderung der Selbstbestimmung)	1: Wenn erforderlich, Anregungen zur Entscheidungsfindung geben; 2: Anregungen zur Entscheidungsfindung geben	1: ODER(2.6=1;2.6=2); 2: (2.6=3)

Hilfe beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben und wiederholen	1:ODER(2.7=1,2.7=2); 2:(2.7=3)
Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben und wiederholen	1:ODER(2.8=1,2.8=2); 2:(2.8=3)
Mitteln elementarer Bedürfnisse fördern	1:Auf Mittellungen elementarer Bedürfnisse achten; 2:Auf nonverbale elementare Bedürfnisse achten und eingehen; 3:Auf elementare Bedürfnisse achten und eingehen	1:(2.9=1); 2:(2.9=2); 3:(2.9=3)
Verstehen von Aufforderungen fördern	1:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, Zeit geben zum Verstehen; 2:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, ggf. wiederholen, Zeit geben zum Verstehen	1:(2.10=1); 2:(2.10=2)
Beteiligen an einem Gespräch fördern	1:Deutliche Ansprache und/oder Wörter und Sätze wiederholen;2:Deutliche Ansprache mit wenigen Worten, geschlossene Fragen stellen;3:Deutliche Ansprache mit wenigen Worten	1:ODER(2.11=1)2:(2.11=2)3:(2.11=3)
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten beachten	1:Wenn erforderlich, die Konzentration auf die aktuelle Tätigkeit lenken	1:ODER(3.1=1,3.1=2,3.1=3)
Beaufsichtigung - Mögliches aggressives Verhalten beachten	1:Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen; 2:Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:ODER(3.3=1,3.3=2,3.3=3,3.4=1,3.4=2,3.5=1,3.5=2) 2:ODER(3.3=3,3.4=3,3.5=3)

Mögliche verbale Aggression beachten	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:ODER(3.6=1;3.6=2;3.6=3)
Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen; 2:Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen	1:ODER(3.8=1;3.8=2); 2:(3.8=3)
Wahrvorstellungen berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. auf Wahrvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen; 2:Zeit geben, ggf. auf Wahrvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen	1:ODER(3.9=1;3.9=2); 2:(3.9=3)
Ängste berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern; 2:Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern	1:ODER(3.10=1;3.10=2); 2:(3.10=3)
Auf Antriebslosigkeit eingehen	1:Wenn erforderlich, motivieren, ggf. Handlungsschritte selbst zu übernehmen	1:ODER(3.11=1;3.11=2;3.11=3)
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	1:Wenn erforderlich, sich selbst vor Übergriffen schützen	1:ODER(3.12=1;3.12=2;3.12=3)

6.9 Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

Definition

Beratung der pflegebedürftigen Person über die Möglichkeiten zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase.

Beschreibung

Die „Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ beinhaltet die Beratung der pflegebedürftigen Person über die medizinisch-pflegerische Versorgung und Betreuung in der letzten Lebensphase sowie das Aufzeigen von Hilfen und Angeboten der Sterbebegleitung.

Abzugrenzende Intervention: Dokumentation, Steuerung des Pflegeprozesses, Multidisziplinäre Fallbesprechung

Eingeschlossene Interventionen: -

Teilschritte

Ausprägungen

Bl-Ableitungen

Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen

Privatsphäre sicherstellen (ggf. Sichtschutz aufbauen, ggf. Besucher auffordern zu gehen)

Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel

Beratungsgespräch

ggf. Vermittlung an weitere Beratungsstellen

Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)

Anforderungen

Ausprägungen

Bl-Ableitungen

Rücksichtnahme auf kulturspezifische Bedürfnisse, wenn angezeigt

Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse, wenn angezeigt

Zeit nehmen und Störungen vermeiden

Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Interaktion (u.a. Bedürfnisse und Befinden erfragen)	1.: in einfacher Sprache	1: (2.10=3)
Hilfe beim Erkennen von Personen	1: Wenn erforderlich, sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben; 2: Sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben	1: ODER(2.1=1;2.1=2); 2: (2.1=3)
Hilfe bei der örtlichen Orientierung	1: Wenn erforderlich, Zeit zur örtlichen Orientierung geben; 2: Zeit zur örtlichen Orientierung geben	1: ODER(2.2=1;2.2=2); 2: (2.2=3)
Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben	1: Wenn erforderlich, Zeit für zeitliche Orientierung geben; 2: Zeit für zeitliche Orientierung geben	1: ODER(2.3=1;2.3=2); 2: (2.3=3)
Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	1: Wenn erforderlich, Zeit zur Erinnerung geben; 2: Zeit für Erinnerung geben	1: ODER(2.4=1;2.4=2); 2: (2.4=3)
Hilfe beim Treffen von Entscheidungen im Alltag (Förderung der Selbstbestimmung)	1: Wenn erforderlich, Anregungen zur Entscheidungsfindung geben; 2: Anregungen zur Entscheidungsfindung geben	1: ODER(2.6=1;2.6=2); 2: (2.6=3)
Hilfe beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen	1: Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben; 2: Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben und wiederholen	1: ODER(2.7=1;2.7=2); 2: (2.7=3)
Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren	1: Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben; 2: Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben und wiederholen	1: ODER(2.8=1;2.8=2); 2: (2.8=3)
Mitteln elementarer Bedürfnisse fördern	1: Auf Mitteilungen elementarer Bedürfnisse achten; 2: Auf nonverbale elementare Bedürfnisse achten und eingehen; 3: Auf elementare Bedürfnisse achten und eingehen	1: (2.9=1); 2: (2.9=2); 3: (2.9=3)
Verstehen von Aufforderungen fördern	1: Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, Zeit geben zum Verstehen;	1: (2.10=1);

2.:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, ggf. wiederholen, Zeit geben zum Verstehen 2:.(2.10=2)

Beteiligten an einem Gespräch fördern

1.:Deutliche Ansprache und/oder Wörter und Sätze wiederholen;2.:Deutliche Ansprache mit wenigen Worten, geschlossene Fragen stellen;3.:Deutliche Ansprache mit wenigen Worten 1:ODER(2.11=1)2:.(2.11=2);3:.(2.11=3)

Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten beachten

1.:Wenn erforderlich, die Konzentration auf die aktuelle Tätigkeit lenken 1:ODER(3.1=1;3.1=2;3.1=3)

Beaufsichtigung - Mögliches aggressives Verhalten beachten

1.:Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen; 1:O-DER(3.3=1;3.3=2;3.4=1;3.4=2;3.5=1;3.5=2)
2.:Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen 2:ODER(3.3=3;3.4=3;3.5=3)

Mögliche verbale Aggression beachten

1.:Wenn erforderlich, Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen 1:ODER(3.6=1;3.6=2;3.6=3)

Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen	1: Wenn erforderlich, Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen; 2: Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen	1: ODER(3.8=1;3.8=2); 2: (3.8=3)
Wahnvorstellungen berücksichtigen	1: Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen; 2: Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen	1: ODER(3.9=1;3.9=2); 2: (3.9=3)
Ängste berücksichtigen	1: Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern; 2: Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern	1: ODER(3.10=1;3.10=2); 2: (3.10=3)
Auf Antriebslosigkeit eingehen	1: Wenn erforderlich, motivieren, ggf. Handlungsschritte selbst zu übernehmen	1: ODER(3.11=1;3.11=2;3.11=3)
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	1: Wenn erforderlich, sich selbst vor Übergriffen schützen	1: ODER(3.12=1;3.12=2;3.12=3)

6.10 Schulung

Definition	Geplante und strukturierte Anleitung einer pflegebedürftigen Person/einer Gruppe zu einer bestimmten Intervention, Verhaltensweise oder zur Behebung von Wissensdefiziten.	
Beschreibung	Die Intervention „Schulung“ umfasst die Vorbereitung, Durchführung und Evaluation von Schulungsprogrammen unter Berücksichtigung der spezifischen Situation, der Fähigkeiten und der Ressourcen der betroffenen Personen. Dies beinhaltet das gemeinsame Festlegen realistischer Lernziele, die Demonstration der zu erlernenden Handlungen und deren gemeinsames Üben. Ggf. können weitere Bezugspersonen in die Intervention einbezogen werden oder die betroffene Person an weitere Spezialisten vermittelt werden. Abzugrenzende Intervention: Beratung Eingeschlossene Interventionen: -	
Teilschritte	Ausprägungen	Bl-Ableitungen
Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen		
Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)		
Schutzmaßnahmen beachten (Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzkittel, etc.), wenn angezeigt		
Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel		
Theoretische Einführung in die jeweilige Thematik		
Demonstration der zu erlernenden Handlung		
Üben/Nachmachen der demonstrierten Handlung		
Evaluation der Lernziele und Schulung		
Benötigte Gegenstände in Reichweite platzieren (Klingel, Bedienung für das Bett und für den Fernseher, Trinken)		

Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

Anforderungen

Ausprägungen

BI-Ableitungen

Die Pflege und Betreuung erfolgt aktivierend (Erhaltung oder Wiedergewinnung der körperlichen, geistigen und seelischen Ressourcen)

Rücksichtnahme auf kulturspezifische Bedürfnisse, wenn angezeigt

Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse, wenn angezeigt

Kontrollieren der körperlichen Funktionsfähigkeiten während der Intervention

Rückenschonend arbeiten (z.B. Bett auf rückenschonende Arbeitshöhe bringen, Hilfsmittel einsetzen)

Zeit nehmen und Störungen vermeiden

Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention (u.a. Bedürfnisse und Befinden erfragen)

1:(2.10=3)

Hilfe beim Erkennen von Personen

1:Wenn erforderlich, sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben;

1:ODER(2.1=1;2.1=2);

2:Sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben

2:(2.1=3)

Hilfe bei der örtlichen Orientierung

1:Wenn erforderlich, Zeit zur örtlichen Orientierung geben;

1:ODER(2.2=1;2.2=2);

2:Zeit zur örtlichen Orientierung geben

2:(2.2=3)

Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben

1:Wenn erforderlich, Zeit für zeitliche Orientierung geben;

1:ODER(2.3=1;2.3=2);

2:Zeit für zeitliche Orientierung geben

2:(2.3=3)

Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen

1:Wenn erforderlich, Zeit zur Erinnerung geben

1:(2.4=1)

Hilfe beim Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	1:Wenn erforderlich, zur Reihenfolge der Teilschritte anleiten	1:(2.5=1)
Hilfe beim Treffen von Entscheidungen im Alltag (Förderung der Selbstbestimmung)	1:Wenn erforderlich, Anregungen zur Entscheidungsfindung geben	1:(2.6=1)
Hilfe beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben	1:(2.7=1)
Mitteln elementarer Bedürfnisse fördern	1:Auf Mitteilungen elementarer Bedürfnisse achten	1:(2.9=1)
Verstehen von Aufforderungen fördern	1:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, Zeit geben zum Verstehen	1:(2.10=1)
Beteiligten an einem Gespräch fördern	1:Deutliche Ansprache und/oder Wörter und Sätze wiederholen	1:(2.11=1)
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten beachten	1:Wenn erforderlich, die Konzentration auf die aktuelle Tätigkeit lenken	1:(3.1=1)

Beaufsichtigung - Mögliches aggressives Verhalten beachten	1:Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen; 2:Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:O- DER(3.3=1;3.3=2;3.4=1;3.4=2;3.5=1;3.5=2) ; 2:ODER(3.3=3;3.4=3;3.5=3)
Mögliche verbale Aggression beachten	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:(3.6=1;3.6=2)
Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Maßnahme zu verstehen, ggf. Abwehr durch Gesprächsführung und Aufklärung auflösen	1:(3.8=1;3.8=2)
Wahnvorstellungen berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen	1:(3.9=1;3.9=2)
Ängste berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern; 2:Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern	1:ODER(3.10=1;3.10=2); 2:(3.10=3)
Auf Antriebslosigkeit eingehen	1:Wenn erforderlich, motivieren, ggf. Handlungsschritte selbst zu übernehmen	1:ODER(3.11=1;3.11=2)
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	1:Wenn erforderlich, sich selbst vor Übergriffen schützen	1:ODER(3.12=1;3.12=2)

7. Pflegeprozess/Kommunikation/Organisation

7.1 Dokumentation

Definition

Systematische, schriftliche Datensammlung als Teil der prozessorientierten Pflegeplanung.

Beschreibung

Die „Dokumentation“ umfasst das Aufzeichnen sachdienlicher Informationen zur pflegebedürftigen Person in die Pflegedokumentation. Dazu gehört das Schreiben von Berichten über relevante Ereignisse wie Pflegeergebnisse, Veränderungen und Auffälligkeiten. Zudem werden Information und Anordnungen externen Berufsgruppen (Arzt, Therapie usw.) dokumentiert.

Abzugrenzende Intervention: Pflegeplanung, Pflegeassessment

Eingeschlossene Interventionen: -

7.2 Einzug

Definition

Alle Maßnahmen, die den Einzug einer pflegebedürftigen Person betreffen und die individuelle Eingewöhnung ermöglichen.

Beschreibung

Der „Einzug“ umfasst ein Einzugsgespräch, zur erstmaligen/weiteren Erfassung wichtiger Informationen, die Vorstellung bei den Mitbewohner*innen, den Pflege- und Betreuungskräften und das Zeigen der Einrichtung. Ggf. kann in diesem Rahmen ein Pflegeassessment durchgeführt und die Pflegeplanung vorbereitet werden. Zur Intervention „Einzug“ gehören auch organisatorische Arbeitsschritte wie Beschriften der Akte, der Zimmertür, Kontaktaufnahme zu Ärzten*innen, etc.

Abzugrenzende Intervention: Pflegeplanung

Eingeschlossene Interventionen: Pflegeassessment, Dokumentation

7.3 Steuerung des Pflegeprozesses

Definition Ermittlung pflegerischer Risiken durch die Anwendung von spezifischen Messinstrumenten und der daraus folgenden Planung und Evaluation des pflegerischen Ablaufs.

Beschreibung

Die Intervention „Steuerung des Pflegeprozesses“ umfasst

- ein gezieltes und fortlaufendes Sammeln, Auswerten und Zusammenführen von potenziellen Risikofaktoren (Gesundheits- und Pflegerisiken). Auf dieser Grundlage soll die Pflegestrategie individuell an die pflegebedürftige Person angepasst werden, um eine Risikominderung zu erzielen.
- die Erarbeitung einer Pflegeanamnese (einschließlich der hierzu durchgeführten Assessments),
- die Festlegung von Pflegezielen (gilt nicht für die Umsetzung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung),
- die Planung der Pflegemaßnahmen und deren Evaluation.

Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die Abstimmung mit der pflegebedürftigen Person über mögliche Pflegeprobleme und die einzelnen Planungsschritte. Ggf. werden in diesem Zusammenhang auch Pflegediagnosen formuliert.

Abzugrenzende Intervention: Einzug

Eingeschlossene Interventionen: Dokumentation

7.4 Angehörigenarbeit

Definition

Gegenseitiger Informationsaustausch, Fürsprache, Unterstützung und positiver Verstärkung der Angehörigen einer pflegebedürftigen Person.

Beschreibung

Die „Angehörigenarbeit“ umfasst neben dem Informationsaustausch die Beratung und Anleitung, z. B. zu veränderten Pflegesituationen, zum Umgang mit Hilfsmitteln, Pflegetechniken o.ä.. Ziel der Angehörigenarbeit ist die Steigerung des Wohlbefindens der pflegebedürftigen Person durch die Integration ihrer Angehörigen in die Versorgung, aber auch die Entlastung der Angehörigen z. B. durch Gespräche.

Abzugrenzende Intervention: Pflegeplanung, Dokumentation, Beratung, Schulung

Eingeschlossene Interventionen: -

7.5 Berufsgruppenübergreifende Kommunikation (extern)

Definition

Koordination und Steuerung des Informationsflusses zu Behandlungen, notwendiger Dienst- und Sachleistungen einer pflegebedürftigen Person.

Beschreibung

Die „Berufsgruppenübergreifende Kommunikation (extern)“ umfasst den Austausch und Abgleich von personenbezogenen und pflege relevanten Daten, die Organisation der Pflegehilfsmittelversorgung, den Informationsaustausch zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie weiterer relevanter Dienstleistungen mit der jeweiligen Berufsgruppe und die Koordination von Terminen und Abläufen. Zudem beinhaltet die Intervention die Rücksprache und Abstimmung mit der betroffenen Person und ihren Angehörigen.

Abzugrenzende Intervention: Einzug, Planung Aufenthaltswechsel, Multidisziplinäre Fallbesprechung

Eingeschlossene Interventionen: Dokumentation

7.6 Bewohnergespräch

Definition

Den verbalen/nonverbalen Mitteilungen einer pflegebedürftigen Person Aufmerksamkeit schenken und mit einer Grundhaltung von Empathie, Akzeptanz und Ehrlichkeit durch bewusstes Zuhören und Anwenden von auf die Situation angepasster Kommunikationstechniken (z. B. Validation) Beziehungen aufbauen.

Beschreibung

Das „Bewohnergespräch“ umfasst die Konversation mit einer pflegebedürftigen Person unter Einhaltung der allgemeinen Kommunikationsregeln (z. B. ausreden lassen) und geeigneter Validationsmethoden (Fragen, Zusammenfassen, Polarisieren, Vermitteln des Gegenteils, Emotionen, Spiegeln, Musik, Berühren, Verbindung Verhalten - Bedürfnis, Erinnern). Die Pflegekraft zeigt in diesem Zusammenhang Respekt, Akzeptanz, Empathie und Interesse für die Anliegen der pflegebedürftigen Person.

Abzugrenzende Intervention: Beratung, Biographiarbeit, Einzug

Eingeschlossene Interventionen: -

Anforderungen

Ausprägungen

BI-Ableitungen

Hilfe beim Erkennen von Personen	1:Wenn erforderlich, sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben; 2:Sich vorstellen und Zeit zum Erkennen geben	1:ODER(2.1=1;2.1=2); 2:(2.1=3)
Hilfe bei der örtlichen Orientierung	1:Wenn erforderlich, Zeit zur örtlichen Orientierung geben; 2:Zeit zur örtlichen Orientierung geben	1:ODER(2.2=1;2.2=2); 2:(2.2=3)
Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben	1:Wenn erforderlich, Zeit für zeitliche Orientierung geben; 2:Zeit für zeitliche Orientierung geben	1:ODER(2.3=1;2.3=2); 2:(2.3=3)
Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	1:Wenn erforderlich, Zeit zur Erinnerung geben;2:Zeit für Erinnerung geben	1:ODER(2.4=1;2.4=2); 2:(2.4=3)
Hilfe beim Treffen von Entscheidungen im Alltag (Förderung der Selbstbestimmung)	1:Wenn erforderlich, Anregungen zur Entscheidungsfindung geben; 2:Anregungen zur Entscheidungsfindung geben	1:ODER(2.6=1;2.6=2); 2:(2.6=3)
Hilfe beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Sachverhalten geben und wiederholen	1:ODER(2.7=1;2.7=2); 2:(2.7=3)
Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren	1:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben; 2:Wenn erforderlich, Informationen zu Risiken und Gefahren geben und wiederholen	1:ODER(2.8=1;2.8=2); 2:(2.8=3)
Mitteln elementarer Bedürfnisse fördern	1:Auf Mittlungen elementarer Bedürfnisse achten; 2:Auf nonverbale elementare Bedürfnisse achten und eingehen; 3:Auf elementare Bedürfnisse achten und eingehen	1:(2.9=1); 2:(2.9=2); 3:(2.9=3)
Verstehen von Aufforderungen fördern	1:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, Zeit geben zum Verstehen; 2:Aufforderungen und Biten in einfacher Sprache formulieren, ggf. wiederholen, Zeit geben zum Verstehen	1:(2.10=1); 2:(2.10=2)

Beteiligten an einem Gespräch fördern	1:Deutliche Ansprache und/oder Wörter und Sätze wiederholen;2:Deutliche Ansprache mit wenigen Worten, geschlossene Fragen stellen;3:Deutliche Ansprache mit wenigen Worten	1:ODER(2.11=1)2:(2.11=2)3:(2.11=3)
Beaufsichtigung - Mögliches aggressives Verhalten beachten	1:Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen; 2:Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:0- DER(3.3=1;3.3=2;3.4=1;3.4=2;3.5=1;3.5=2) ; 2:ODER(3.3=3;3.4=3;3.5=3)
Mögliche verbale Aggression beachten	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, Aggressionen durch Gesprächsführung wieder abzubauen	1:ODER(3.6=1;3.6=2;3.6=3)
Wahnvorstellungen berücksichtigen	1:Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen; 2:Zeit geben, ggf. auf Wahnvorstellungen durch Gesprächsführung und Aufklärung eingehen	1:ODER(3.9=1;3.9=2); 2:(3.9=3)

Ängste berücksichtigen	1: Wenn erforderlich, Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern; 2: Zeit geben, ggf. Ängste und Sorgen durch Gesprächsführung mindern	1: ODER(3.10=1;3.10=2); 2:(3.10=3)
Auf Antriebslosigkeit eingehen	1: Wenn erforderlich, motivieren, ggf. Handlungsschritte selbst zu übernehmen	1: ODER(3.11=1;3.11=2;3.11=3)
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	1: Wenn erforderlich, sich selbst vor Übergriffen schützen	1: ODER(3.12=1;3.12=2;3.12=3)

7.7 Dienstübergabe

Definition

Übergabe von relevanten Informationen zu den pflegebedürftigen Personen beim Schichtwechsel.

Beschreibung

Die „Dienstübergabe“ umfasst die Weitergabe relevanter Informationen über medizinische und pflegerische Diagnosen, den aktuellen pflegerischen und gesundheitlichen Zustand, die angewendeten Maßnahmen, zu Therapieänderungen und Terminen. Ggf. kann hierbei ein Austausch von Ideen zur Lösung möglicher Probleme stattfinden und die pflegebedürftige Person durch eine „Übergabe am Bett“ einbezogen werden.

Abzugrenzende Intervention: Pflegeplanung, Dokumentation, Multidisziplinäre Fallbesprechung

Eingeschlossene Interventionen: -

7.8 Mitarbeiterkommunikation

Definition

Austausch mit einem *r Mitarbeiter* in derselben Einrichtung zu relevanten Informationen zu pflegebedürftigen Personen und/oder der Organisation während einer Schicht.

Beschreibung

Die „Mitarbeiterkommunikation“ umfasst beispielsweise die Weitergabe eines veränderten Zustandes der pflegebedürftigen Person an Kollegen*innen und das Abstimmen des weiteren Vorgehens. Die Regelung von Verantwortlichkeiten zu anfallenden Aufgaben ist auch Bestandteil der Mitarbeiterkommunikation (z. B. Notwendige Abstimmung mit der Küche, Übernahme nicht geplanter Interventionen).

Abzugrenzende Intervention: Übergabe, Anleitung/Einarbeitung/Ausbildung

Eingeschlossene Interventionen: -

7.9 Multidisziplinäre Fallbesprechung

Definition Planung und Evaluation gemeinsamer Handlungsschritte durch Zusammentragen von Expertenwissen aller Berufsgruppen, die an der Versorgung der pflegebedürftigen Person beteiligt sind.

Beschreibung Die „Multidisziplinäre Fallbesprechung“ dient der Verbesserung des Pflegeergebnisses und ist somit ein wichtiges Instrument des Qualitätsmanagements. Zur Erreichung eines definierten Ziels werden während des Treffens das Expertenwissen aller an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen zusammengetragen und Lösungsstrategien entwickelt.

Abzugrenzende Intervention: Pflegeplanung

Eingeschlossene Interventionen: Dokumentation

7.10 Dienstgang

Definition Verlassen des Arbeitsbereichs während der Arbeitszeit zur Erledigung dienstlicher Aufgaben.

Beschreibung Die Intervention „Dienstgang“ umfasst die Erledigung von dienstlichen Aufgaben wie beispielsweise die Beschaffung benötigter Utensilien (z. B. dringend benötigte Medikamente bei der Apotheke holen), durch Verlassen des Arbeitsbereichs. Der Dienstgang schließt die Begleitung durch eine pflegebedürftige Person aus.

Abzugrenzende Intervention: -

Eingeschlossene Interventionen: -

7.11 Ehrenamt

Definition Koordination, Unterstützung und Kontrolle der ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen.

Beschreibung

Die Intervention „Ehrenamt“ umfasst die Akquise und die Unterstützung von ehrenamtlichen Mitarbeitern*innen sowie Angehörige, Nachbar*innen, Mitglieder von Selbsthilfegruppen und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereitete Personen und Organisationen. Die Unterstützung umfasst:

- vorbereitende und begleitende Schulungen und/oder
- Planung und Organisation der Einsätze.

Die Kontrolle der Durchführung ehrenamtlich erbrachter Interventionen ist eingeschlossen.

Abzugrenzende Intervention: Beratung, Dokumentation, Personal: Organisation/Verwaltung, Alltagsgestaltung

Eingeschlossene Interventionen: -

7.12 Gerätemanagement und Notfallwagenkontrolle

Definition Instandhaltung von Geräten und Hilfsmitteln zur Sicherstellung der Pflege (incl. Notfallwagenkontrolle).

Beschreibung

Die Intervention „Gerätemanagement“ umfasst die Funktionsprüfung von medizinischen Geräten (z. B. Blutzuckergerät durch Kontrollmessung, Batterien), Hilfsmitteln (z. B. Lifter, Rollstuhl) und die Kontrolle des Notfallwagens (z. B. Vollständigkeit, abgelieferte Materialien). Die Bestellung von neuen Geräten und die Organisation einer professionellen Wartung ist eingeschlossen.

Abzugrenzende Intervention: Materialmanagement

Eingeschlossene Interventionen: -

7.13 Materialmanagement

Definition Beschaffung von nicht bewohnerbezogenen Materialien.

Beschreibung

Die Intervention „Materialmanagement“ umfasst das Bestellen, Annehmen und Einsortieren von Waren wie beispielsweise Bürotensilien, Kleidung der Mitarbeiter*innen, Pflegehilfsmittel wie Handschuhe und Desinfektionsmittel.

Abzugrenzende Intervention: Gerätemanagement und Notfallwagenkontrolle, Hauswirtschaftliche Unterstützung, Einkaufsfahrt
Eingeschlossene Interventionen: Berufsgruppenübergreifende Kommunikation (extern)

7.14 Planung Aufenthaltswechsel

Definition Organisation eines vorübergehenden oder dauerhaften Ortswechsels einer pflegebedürftigen Person inner- oder außerhalb der Einrichtung.

Beschreibung

Die Intervention „Planung Aufenthaltswechsel“ umfasst alle organisatorischen und administrativen Vorbereitungen eines vorübergehenden oder dauerhaften Ortswechsels einer pflegebedürftigen Person inner- oder außerhalb der Einrichtung (z. B. Umzug in ein anderes Zimmer, Arzt- /Therapiebesuche, Krankenhausaufenthalte, Umzug in eine andere Einrichtung oder in die häusliche Umgebung, Beurlaubungseinrichtungen o.ä.). Dazu gehört auch die Abstimmung mit allen beteiligten Personen und Berufsgruppen.

Abzugrenzende Intervention: Pflegeplanung

Eingeschlossene Interventionen: Dokumentation, Berufsgruppenübergreifende Kommunikation (extern), Beratung, Angehörigenarbeit

7.15 Rundgang/Sicherheit gewährleisten

Definition Gezieltes Aufsuchen der Bewohnerzimmer, um durch Beobachtung oder kurzen Austausch den Zustand der pflegebedürftigen Person zu erfassen.

Beschreibung

Die Intervention „Rundgang/Sicherheit gewährleisten“ umfasst die Beobachtung oder einen kurzen Austausch mit der pflegebedürftigen Person zu ihrem Befinden durch das gezielte Aufsuchen der Bewohnerzimmer. Im Nachdienst ist ein gezielter Blick auf die schlafenden pflegebedürftigen Personen ausreichend. Pflegerische Interventionen sind im „Rundgang“ nicht eingeschlossen.

Abzugrenzende Intervention: Bewohnergespräch

Eingeschlossene Interventionen: -

8. Qualitätsmanagement

8.1 Anleitung/Einarbeitung/Ausbildung

Definition	Unterstützung von Schülern*innen und neuen Mitarbeiter*innen bei der Orientierung und Schaffung von Praxis- und Lernerfahrungen zur schrittweisen eigenständigen Wahrnehmung beruflicher Aufgaben.
Beschreibung	Die „Anleitung/Einarbeitung/Ausbildung“ umfasst die Unterstützung bei der Orientierung in der Einrichtung durch die Vorstellung der Einrichtung und des Arbeitsbereichs, das Erörtern von Richtlinien und Inhalten des Qualitätsmanagementhandbuchs, das Führen von Erst- und Reflexionsgesprächen zur Bestimmung von Lernbedarfen und Lernzielen, die Begleitung und Anleitung pflegerischer Interventionen sowie die Beurteilung des Ausbildungs- und Einarbeitungsfortschritts mithilfe von Beurteilungs-/Feedbackgesprächen. Abzugrenzende Intervention: Mitarbeiterkommunikation, Fortbildung Eingeschlossene Interventionen: -

8.2 Audit (intern/extern)

Definition	Überprüfung des Qualitätsmanagements durch ein systematisches Untersuchungsverfahren.
Beschreibung	Durch die Intervention „Audit (intern/extern)“ umfasst die Planung, Durchführung, Begleitung und Nachbereitung des Untersuchungsverfahrens zur Entwicklung des eigenen Qualitätsmanagementsystems (intern) oder der Feststellung der Qualitätstauglichkeit (extern). Dabei wird die Erfüllung von Anforderungen und Richtlinien zu beispielsweise Themen der Hygiene, Datensicherheit, Arbeitsschutz usw. durch den Qualitätsbeauftragten erfasst. Abzugrenzende Intervention: - Eingeschlossene Interventionen: -

8.3 Beschwerdemanagement

Definition Systematischer Umgang mit Beschwerden.

Beschreibung Das „Beschwerdemanagement“ umfasst die systematische Erfassung, Bearbeitung und Auswertung von Beschwerden, um die Ursache der Beschwerde zu beheben und den Dienstleistungsprozess zu optimieren.

Abzugrenzende Intervention: -

Eingeschlossene Interventionen: -

8.4 Bewohnerbefragung

Definition Abfrage zur Dienstleistungsqualität mittels Fragebögen.

Beschreibung Die „Bewohnerbefragung“ umfasst die Planung, Durchführung und Nachbereitung einer Bewohnerbefragung, um ein Stimmungsbild der Bewohner einzuholen und auf dieser Grundlage Stärken und Verbesserungspotenziale zu erkennen. Sie werden mittels Fragebögen durchgeführt.

Abzugrenzende Intervention: -

Eingeschlossene Interventionen: -

8.5 Fortbildung

Definition Planung und/oder Durchführung von Mitarbeiterschulungen.

Beschreibung Die „Fortbildung“ umfasst das Erkennen der unterschiedlichen Bedarfe der Kollegen*innen/Mitarbeiter*innen und diese in den Fortbildungsplan miteinzunehmen. Ziel ist es, einen aktuellen und gleichen Wissensstand der Kollegen*innen zu erreichen. Fortbildungen können durch externe Mitarbeiter*innen als auch durch qualifizierten Mitarbeiter*innen der Einrichtung erfolgen.

Abzugrenzende Intervention: -

Eingeschlossene Interventionen: -

8.6 Pflegevisite

Definition
Geplante und systematische Begutachtung und Analyse des Pflegeprozesses einschließlich der Leistung der Pflegekraft sowie dem Austausch mit der pflegebedürftigen Person.

Beschreibung
Die „Pflegevisite“ umfasst die Überprüfung des Pflegeprozesses sowie der Pflegequalität. Sie kennzeichnet sich durch Gespräche mit Mitarbeiter*innen, pflegebedürftiger Person und einer Begutachtung der Pflege aus. Dabei richtet sich der Blick auf die Umsetzung professioneller Praxisstandards im Zusammenhang mit der Erfassung der Pflegesituation. Die Ergebnisse der Pflegevisite werden in einem abschließenden Gespräch mit der Pflegekraft besprochen und führen ggf. zu einer Anpassung des Pflegeprozesses.

Abzugrenzende Intervention: Pflegeplanung, Pflegeassessment, Anleitung/Einarbeitung/Schulung

Eingeschlossene Interventionen: Kommunikation und Information

8.7 Projektmanagement

Definition
Planung, Koordination und Evaluation eines Projektes.

Beschreibung
Das „Projektmanagement“ umfasst alle Tätigkeiten, die im Rahmen der Planung, Koordination und Evaluation eines Projekts oder projektübergreifend anfallen (inklusive der einrichtungsspezifischen Arbeitsgruppen, z. B. Qualitätszirkel).

Abzugrenzende Intervention: -

Eingeschlossene Interventionen: -

8.8 Qualitätscontrolling/Kennzahlen/Berichterstattung

Definition Erhebung und Auswertung von Daten im Rahmen des Qualitätscontrollings zur Einleitung von Veränderungsprozessen sowie die Übermittlung qualitätsrelevanter Daten, Entwicklungsstand und Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems an die Leitung zur strategischen Entscheidungsfindung.

Beschreibung Die Intervention „Qualitätscontrolling/Kennzahlen/Berichterstattung“ umfasst die Sammlung, Darstellung und die Analyse von definierten Qualitätsindikatoren für Dienstleistungen und Prozesse zum Zweck einer Verbesserung der Versorgung. Definierte Ziele und Kennzahlen werden anhand verschiedener Methoden (Balanced Score Card, Benchmarking) überprüft.

Die Intervention „QM-Berichterstattung Management“ umfasst die Übermittlung aktueller qualitätsrelevanter Daten, den Entwicklungsstand und Wirksamkeit der Maßnahmen des Qualitätsmanagements durch das Qualitätsmanagement an die Leitung nach hausinternen Vorgaben.

Abzugrenzende Intervention: -

Eingeschlossene Interventionen: -

8.9 Qualitätsdokumentation/-handbuch

Definition Erarbeitung und Evaluation von Prozessen, Standards und Richtlinien zur Erleichterung von Arbeitsabläufen und Sicherstellung definierter Gütekriterien.

Beschreibung Im Rahmen der Qualitätssicherung umfasst die Intervention „Qualitätsdokumentation/-handbuch“ u. a. die Erarbeitung, Einführung und Evaluation von Standards zu relevanten Leistungsbereichen der Pflege, Hauswirtschaft, sozialer Betreuung, Hygiene oder Ernährung. Bestehende Dokumente des Qualitätshandbuchs werden auf ihre Gültigkeit geprüft und bei Veränderungen überarbeitet und entsprechend des hausinternen Kommunikationsweges an die Mitarbeiter*innen herangetragen.

Abzugrenzende Intervention: -

Eingeschlossene Interventionen: -

8.10 Qualitätszirkel

Definition

Arbeitstreffen zur Entwicklung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisstandards.

Beschreibung

Die Intervention „Qualitätszirkel“ umfasst die Planung und inhaltliche Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung eines Arbeitstreffens (Kleingruppe von Mitarbeiter*innen), um Probleme ihrer Arbeitsbereiche zu identifizieren, analysieren und zu lösen. Ziel ist die Förderung von Qualität und Qualifikation.

Abzugrenzende Intervention: -

Eingeschlossene Interventionen: -

8.11 Risiko- und Fehlermanagement

Definition

Systematische Erfassung, Bewertung und Steuerung von Risiken und Fehlern.

Beschreibung

Das „Risiko- und Fehlermanagement“ umfasst das Erfassen und Bewerten von Risiken und Fehler zur Entwicklung von Strategien für Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen (z. B. Hygiene, Datenschutz, Arbeitssicherheit).

Abzugrenzende Intervention: -

Eingeschlossene Interventionen: -

9. Management

9.1 Betriebswirtschaft/Finanzierung

Definition	Organisation, Planung und Steuerung von Maßnahmen zur unternehmerischen Entscheidungsfindung.
Beschreibung	Die „Betriebswirtschaft/Finanzierung“ umfasst alle Maßnahmen zur wirtschaftlichen und einrichtungsorientierten Steuerung und Entscheidung (z. B. Abrechnung, Produkt- und Preisgestaltung, Controlling). Ziel ist die Beschaffung und Verwendung finanzieller Mittel, um die Entwicklung und Fortführung der Einrichtung zu erhalten und sicherzustellen. Abzugrenzende Intervention: - Eingeschlossene Interventionen: -

9.2 Gesundheitsförderung/Arbeitsschutz

Definition	Planung und Umsetzung von Maßnahmen zur Arbeitssicherheit und Gesundheitsförderung.
Beschreibung	Die Intervention „Gesundheitsförderung/Arbeitsschutz“ umfasst die Planung und Umsetzung von Maßnahmen und Strategien, die zur Förderung der Gesundheit der Mitarbeiter*innen dienen oder Gefahren abwenden sollen. Die Intervention umfasst auch Einweisung der Mitarbeiter*innen zu Arbeitsschutzmaßnahmen. Abzugrenzende Intervention: - Eingeschlossene Interventionen: -

9.3 Kommunikation und Information

Definition

Planung, Durchführung und Evaluation von Mitarbeitergesprächen, Dienstbesprechungen und Weitergabe zielgerichteter Informationen anhand des Informationssystems und Kommunikationstechnologien.

Beschreibung

Die „Kommunikation und Information“ umfasst die Kommunikation zu einzelnen (potentiellen) Mitarbeiter*innen (z. B. Bewerbungs-, Kündigungs-, Feedbackgespräch) oder dem gesamten Team (z. B. Dienstbesprechung, Stationsbesprechung) einschließlich der Vor- und Nachbereitung.

Abzugrenzende Intervention: -

Eingeschlossene Interventionen: -

9.4 Öffentlichkeitsarbeit/Marketing

Definition

Planung, Umsetzung und Evaluation von Maßnahmen und Konzepten, die die Bekanntheit und das Image der Einrichtung fördert.

Beschreibung

Die Intervention „Öffentlichkeitsarbeit/Marketing“ umfasst alle Maßnahmen (z. B. Corporate Design, externe Kommunikation, Messestand, Medienarbeit), die zur zielgerichtete Bekanntheit des Unternehmens führen und dadurch die Erreichung der Unternehmensziele fördern.

Abzugrenzende Intervention: -

Eingeschlossene Interventionen: -

9.5 Personal: Entwicklung

Definition

Planung, Durchführung und Evaluation von Maßnahmen zur Förderung der Kompetenzen aller Mitarbeiter*innen.

Beschreibung

Die „Personal: Entwicklung“ umfasst die Berücksichtigung persönlicher und unternehmerischer Interessen bei der Kompetenzförderung (Fort- und Weiterbildung). Ziel ist es, die Entwicklung von Kompetenzen zu jetzigen und zukünftigen Aufgaben der betreffenden Person zu erkennen und durch Instrumente wie z. B. Entwicklungsgespräche und Zielvereinbarungen, bindende Absprachen zu treffen.

-
- Abzugrenzende Intervention: -
Eingeschlossene Interventionen: -
-

9.6 Personal: Organisation/Verwaltung

Definition Maßnahmen zum organisatorischen und administrativen Beschäftigungsprozess der Mitarbeiter*innen.

Beschreibung Die Intervention „Personal: Organisation/Verwaltung“ umfasst die Gesamtheit aller Routinetätigkeiten im Bereich der Personalwirtschaft. Dazu gehörten folgende Aufgaben:

- Informationsaufnahme über Mitarbeiter und deren korrekte Speicherung (EDV, Personalakte)
- Abwicklungsaufgaben wie Einstellung, Versetzung, Austritt, Beurteilungen wie Zeugnis, Abmahnung usw.
- Abrechnungsaufgaben
- Meldeaufgaben wie Lohnsteueranmeldung oder Meldung an den Sozialversicherungsträger
- Interne Meldungen
- Überwachungsaufgaben wie Krankenstand, Fluktuation, Arbeitszeitkonten
- Dienst- und Einsatzplanung

- Abzugrenzende Intervention: -
Eingeschlossene Interventionen: -
-

9.7 Rezeption und Aneignung gesetzlicher und fachlicher Anforderungen

Definition Rezipieren und Aneignen von Wissen über gesetzlichen Änderungen, Richtlinien und Standards, die sich auf Pflegesystem und -praktiken auswirken.

Beschreibung Die „Rezeption und Aneignung gesetzlicher und fachlicher Anforderungen“ umfasst die gezielte Überwachung von Gesetzen, Verordnungen, Richtlinien und Standards, die sich auf das Pflegesystem auswirken können. Ziel ist die Qualität der Versorgung von pflegebedürftigen Personen sicherzustellen.

- Abzugrenzende Intervention: -
-

Eingeschlossene Interventionen: -

9.8 Teamentwicklung

Definition Anwendung von Methoden zur Förderung konstruktiver Dialoge sowie Reflexion und Beratung.

Beschreibung Die „Teamentwicklung“ umfasst Maßnahmen zur Erhaltung und Verbesserung der Handlungsfähigkeit durch z. B. Supervision, Coaching, Kollegiale Beratung, Konfliktmanagement.

Abzugrenzende Intervention: -

Eingeschlossene Interventionen: -

A 3.4 Qualifikationsanforderungen für die fachgerechte Erbringung der Interventionen

PeBeM – Personalbemessung

Inhaltsverzeichnis

1. Mobilität.....	7
1.1 Bewegungsförderung	7
1.2 Positionierung.....	7
1.3 Transfer/Fortbewegung.....	8
1.4 Transport(begleitung).....	8
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten / Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte	9
2.1 Alltagsgestaltung: Gedächtnistraining.....	9
2.2 Alltagsgestaltung: Realitätsorientierung	9
2.3 Alltagsgestaltung: Kunst	9
2.4 Alltagsgestaltung: Musik.....	9
2.5 Alltagsgestaltung: Spielen	9
2.6 Alltagsgestaltung: Tiere	9
2.7 Alltagsgestaltung: sonstige Themenfelder	9
2.8 Alltagsgestaltung: Planung.....	9
2.9 Alltagsgestaltung: Vorbereitung	10
2.10 Basale Stimulation	10

2.11	Bettwache	10
2.12	Biographiearbeit	10
2.13	Einkaufsfahrt.....	11
2.14	Snoezeln.....	11
2.15	Spirituelle Unterstützung.....	11
3.	Verhaltensweisen und psychische Problemlagen.....	12
3.1	Isolation (räumliche Einschränkung)	12
3.2	Körpernahe Fixierung.....	12
3.3	Verhaltens- und umgebungsbezogene Interventionen.....	12
4.	Selbstversorgung.....	13
4.1	An- und Auskleiden.....	13
4.2	Ausscheidungsmanagement.....	13
4.3	Beckenbodentraining.....	14
4.4	Enterale Ernährung.....	14
4.5	Emesismanagement	14
4.6	Haarpflege (einschließlich Rasur)	14
4.7	Hauswirtschaftliche Unterstützung	15
4.8	Hilfe beim Aufstehen	15
4.9	Hilfe beim Zubettgehen	16
4.10	Intimpflege.....	16

4.11	Körperpflege: Baden	17
4.12	Körperpflege: Duschen	17
4.13	Körperpflege: Waschen am Waschbecken	18
4.14	Körperpflege: Waschen im Bett.....	18
4.15	Maniküre/Pediküre.....	19
4.16	Mund- und Zahnpflege	19
4.17	Nahrungsaufnahme: Durchführung.....	20
4.18	Nahrungsaufnahme: Vorbereitung.....	20
4.19	Postmortale Versorgung.....	20
4.20	Schlucktraining.....	20
5.	Krankheits- und therapiebedingte Aufgaben	21
5.1	Absaugen	21
5.2	Atemwegsmanagement.....	21
5.3	Blasenkatheterisierung.....	21
5.4	Blutentnahme: venös	21
5.5	Einlauf	22
5.6	Ernährungssonde: Legen	22
5.7	Erste Hilfe.....	22
5.8	Infusionsgabe.....	22
5.9	Injektionen i.c/s.c.....	23
5.10	Injektionen i.m.....	23

5.11	Kompressionsstrümpfe/-verband.....	23
5.12	Medikamentengabe.....	23
5.13	Medikationsmanagement	24
5.14	Sauerstoffgabe.....	24
5.15	Temperaturregulation	24
5.16	Untersuchungsassistenz	24
5.17	Vitalzeichenkontrolle: Blutdruck und Puls.....	25
5.18	Vitalzeichenkontrolle: Blutzucker	25
5.19	Vitalzeichenkontrolle: Körpertemperatur	25
5.20	Wiegen.....	25
5.21	Wundpflege	25
6.	Beratung und Schulung.....	26
6.1	Beratung: Chronische Wundversorgung	26
6.2	Beratung: Dekubitusprophylaxe.....	26
6.3	Beratung: Ernährungsmanagement	26
6.4	Beratung: Förderung der Kontinenz.....	26
6.5	Beratung: Mobilität	26
6.6	Beratung: Schmerzmanagement.....	26
6.7	Beratung: Sturzprophylaxe	26
6.8	Beratung: sonstige Themenfelder	26
6.9	Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase	26

6.10	Schulung	27
7.	Pflegeprozess/Kommunikation/Organisation	28
7.1	Dokumentation	28
7.2	Einzug	28
7.3	Steuerung des Pflegeprozesses	28
7.4	Angehörigenarbeit	28
7.5	Berufsübergreifende Kommunikation (extern)	29
7.6	Bewohnergespräch	29
7.7	Dienstübergabe	29
7.8	Mitarbeiterkommunikation	29
7.9	Multidisziplinäre Fallbesprechung	30
7.10	Dienstgang	30
7.11	Ehrenamt	30
7.12	Gerätemanagement und Notfallwagenkontrolle	30
7.13	Materialmanagement	31
7.14	Planung Aufenthaltswechsel	31
7.15	Rundgang/Sicherheit gewährleisten	31
8.	Qualitätsmanagement	32
8.1	Anleitung/Einarbeitung/Ausbildung	32
8.2	Audit (intern/extern)	32

8.3	Beschwerdenmanagement.....	32
8.4	Bewohnerbefragung.....	32
8.5	Fortbildung	33
8.6	Pflegevisite.....	33
8.7	Projektmanagement.....	33
8.8	Qualitätscontrolling/Kennzahlen/Berichterstattung.....	33
8.9	Qualitätsdokumentation/-handbuch.....	34
8.10	Qualitätszirkel.....	34
8.11	Risiko- und Fehlermanagement.....	34
9.	Management-Aufgaben.....	35
9.1	Betriebswirtschaft/Finanzierung.....	35
9.2	Gesundheitsförderung/Arbeitsschutz.....	35
9.3	Kommunikation und Information.....	35
9.4	Öffentlichkeitsarbeit/Marketing.....	35
9.5	Personal: Entwicklung.....	36
9.6	Personal: Organisation/Verwaltung.....	36
9.7	Rezeption und Aneignung gesetzlicher und fachlicher Anforderungen.....	36
9.8	Teamentwicklung.....	36

1. Mobilität

1.1 Bewegungsförderung

Definition

Förderung der Bewegung zur Erhaltung oder zum (Wieder)Aufbau der Mobilität.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 4

D

1.2 Positionierung

Definition

Wechsel zu einer neuen Körperhaltung mittels Mikro- und/oder Makrobewegung.

Qualifikationsniveau abhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit nach BI (MDS 2017) und von der gesundheitlichen Situation (Pflegeplanung) **Klassifizierung**

QN 2

G

QN 3 wenn Modul 1 Schweregrad der Beeinträchtigung = *schwere ODER*
wenn Modul 3 Items 3.3 bis 3.13 ein Item > 1 Punkt

QN 4 wenn Modul 1 Schweregrad der Beeinträchtigung = *schwerste ODER*
wenn Modul 3 Items 3.3 bis 3.13 ein Item > 3 Punkte **ODER**

Instabile gesundheitliche Situation

1.3 Transfer/Fortbewegung

Definition

Wechsel der Körperposition (liegen, sitzen, stehen) mit oder ohne Ortswechsel innerhalb der Einrichtung (einschließlich der Außenanlage).

Qualifikationsniveau abhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit nach BI (MDS 2017) und von **Klassifizierung** der gesundheitlichen Situation (Pflegeplanung)

QN 2

G

QN 3 wenn Modul 1 Schweregrad der Beeinträchtigung = **schwere ODER**

wenn Modul 3 Items 3.3 bis 3.13 ein Item > 1 Punkt

QN 4 wenn Modul 1 Schweregrad der Beeinträchtigung = **schwerste ODER**

wenn Modul 3 Items 3.3 bis 3.13 ein Item > 3 Punkte **ODER**

Instabile gesundheitliche Situation

1.4 Transport(begleitung)

Definition

Begleitung einer pflegebedürftigen Person beim Ortswechsel außerhalb der Einrichtung.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 1 – 5 (abhängig von der Situation und dem Allgemeinzustand der PP)

J

2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten / Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte

2.1 Alltagsgestaltung: Gedächtnistraining
2.2 Alltagsgestaltung: Realitätsorientierung
2.3 Alltagsgestaltung: Kunst
2.4 Alltagsgestaltung: Musik
2.5 Alltagsgestaltung: Spielen
2.6 Alltagsgestaltung: Tiere
2.7 Alltagsgestaltung: sonstige Themenfelder

Definition Unterstützung und Durchführung von spezifischen körperlichen, kognitiven, sozialen und spirituellen Aktivitäten mit einer Einzelperson oder in der Gruppe.

Qualifikationsniveau

QN 2

Klassifizierung

H 1

2.8 Alltagsgestaltung: Planung

Definition

Planen von spezifischen körperlichen, kognitiven, sozialen und spirituellen Aktivitäten mit einer Einzelperson oder in der Gruppe.

Qualifikationsniveau

QN 4

Klassifizierung

H 2

2.9 Alltagsgestaltung: Vorbereitung

Definition Vorbereiten von spezifischen körperlichen, kognitiven, sozialen und spirituellen Aktivitäten mit einer Einzelperson oder in der Gruppe.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 1

I

2.10 Basale Stimulation

Definition

Förderung der Wahrnehmung und Aktivierung der pflegebedürftigen Person durch Angebote zur Kommunikation, zum Austausch mit der Umwelt und zur Regulation ihrer eigenen Bedürfnisse anhand von somatischer, vestibulärer, taktiler, akustischer, vibratorischer, visueller oder oraler Stimulation.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 4

D

2.11 Bettwache

Definition

Ständige Anwesenheit einer Pflege- oder Betreuungskraft bei einer pflegebedürftigen Person in einer kritischen Situation.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 2

H 1

2.12 Biographiarbeit

Definition

Gezielte Informationssammlung mit der pflegebedürftigen Person über ihren Lebenslauf, ihre Lebenseinstellung und historische Zusammenhänge der Generation.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 4

D

2.13 Einkaufsfahrt

Definition

Verlassen der Einrichtung mit der pflegebedürftigen Person zur Erledigung von Einkäufen.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 2

H 1

2.14 Snoezeln

Definition

Förderung von Entspannung und Wahrnehmung durch gezielte Sinnesreize.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 2

H 1

2.15 Spirituelle Unterstützung

Definition

Unterstützung einer pflegebedürftigen Person bei der Teilnahme oder Durchführung spiritueller Aktivitäten und Rituale (z. B. Beten, Gottesdienst, Seelsorger) unter Berücksichtigung der religiösen Ausrichtung.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 2

H 1

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

3.1 Isolation (räumliche Einschränkung)

Definition Einschränkung der Mobilität einer pflegebedürftigen Person auf einen begrenzten räumlichen Bereich oder Isolation in eine vollständig beschützte Umgebung mit Überwachung.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 4

D

3.2 Körpernahe Fixierung

Definition Anlegen, Überwachen und Entfernen von mechanisch bedingten Einschränkung der Bewegungsfreiheit einer pflegebedürftigen Person.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 4

D

3.3 Verhaltens- und umgebungsbezogene Interventionen

Definition Unterstützung bei der Bewältigung von Verhaltensweisen und -auffälligkeiten und psychischen Problemlagen.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 4

D

4. Selbstversorgung

4.1 An- und Auskleiden

Definition

Unterstützung einer pflegebedürftigen Person beim Kleidungswechsel unter Berücksichtigung von Wünschen, der Witterung und/oder Raumtemperatur bei der Auswahl geeigneter Kleidung.

Qualifikationsniveau abhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit nach BI (MDS 2017) und von **Klassifizierung** der gesundheitlichen Situation (Pflegeplanung)

QN 2

G

QN 3 wenn Modul 1 Schweregrad der Beeinträchtigung = *schwere ODER*
wenn Modul 3 Items 3.3 bis 3.13 ein Item > 1 Punkt

QN 4 wenn Modul 1 Schweregrad der Beeinträchtigung = *schwerste ODER*
wenn Modul 3 Items 3.3 bis 3.13 ein Item > 3 Punkte **ODER**

Instabile gesundheitliche Situation

4.2 Ausscheidungsmanagement

Definition

Unterstützung bei der Urin- und Stuhlausscheidung (Toilette, Toilettenstuhl, im Bett und Stomaversorgung (kein Wechsel)) sowie Versorgung mit Inkontinenzhilfsmitteln.

Qualifikationsniveau abhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit nach BI (MDS 2017) und von **Klassifizierung** der gesundheitlichen Situation (Pflegeplanung)

QN 2

G

QN 3 wenn Modul 1 Schweregrad der Beeinträchtigung = *schwere ODER*
wenn Modul 3 Items 3.3 bis 3.13 ein Item > 1 Punkt

QN 4 wenn Modul 1 Schweregrad der Beeinträchtigung = *schwerste ODER*
wenn Modul 3 Items 3.3 bis 3.13 ein Item > 3 Punkte **ODER**

Instabile gesundheitliche Situation

4.3 Beckenbodentraining

Definition Stärkung der Darm- oder Blasenmuskulatur durch gezielte Kontraktionsübungen zur Verminderung unwillkürlicher Ausscheidung.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 4

D

4.4 Enterale Ernährung

Definition Verabreichung von Nahrung und Flüssigkeit über eine liegende Magensonde, einschließlich der Sondenpflege.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 4

F

4.5 Emesismanagement

Definition Unterstützung einer pflegebedürftigen Person bei Übelkeit und Erbrechen.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 1-5

J

4.6 Haarpflege (einschließlich Rasur)

Definition Unterstützung einer pflegebedürftigen Person bei der Förderung gesunder und sauberer Haare.

Qualifikationsniveau abhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit nach BI (MDS 2017) und von der gesundheitlichen Situation (Pflegeplanung) **Klassifizierung**

QN 2

G

QN 3 wenn Modul 1 Schweregrad der Beeinträchtigung = *schwere ODER*
wenn Modul 3 Items 3.3 bis 3.13 ein Item > 1 Punkt

QN 4 wenn Modul 1 Schweregrad der Beeinträchtigung = *schwerste ODER*
wenn Modul 3 Items 3.3 bis 3.13 ein Item > 3 Punkte *ODER*

Instabile gesundheitliche Situation

4.7 Hauswirtschaftliche Unterstützung

Definition Unterstützung einer pflegebedürftigen Person bei der hauswirtschaftlichen Versorgung.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 1

I

4.8 Hilfe beim Aufstehen

Definition Unterstützung beim Aufrichten aus einer liegenden Position nach einer Ruhe- oder Schlafphase.

Qualifikationsniveau abhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit nach BI (MDS 2017) und von der gesundheitlichen Situation (Pflegeplanung) **Klassifizierung**

QN 2

G

QN 3 wenn Modul 1 Schweregrad der Beeinträchtigung = **schwere ODER**
wenn Modul 3 Items 3.3 bis 3.13 ein Item > 1 Punkt

QN 4 wenn Modul 1 Schweregrad der Beeinträchtigung = **schwerste ODER**
wenn Modul 3 Items 3.3 bis 3.13 ein Item > 3 Punkte **ODER**

Instabile gesundheitliche Situation

4.9 Hilfe beim Zubettgehen

Definition

Unterstützung beim Zubettgehen zur gewünschten Tageszeit.

Qualifikationsniveau abhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit nach BI (MDS 2017) und von **Klassifizierung** der gesundheitlichen Situation (Pflegeplanung)

QN 2

G

QN 3 wenn Modul 1 Schweregrad der Beeinträchtigung = *schwere ODER*
wenn Modul 3 Items 3.3 bis 3.13 ein Item > 1 Punkt

QN 4 wenn Modul 1 Schweregrad der Beeinträchtigung = *schwerste ODER*
wenn Modul 3 Items 3.3 bis 3.13 ein Item > 3 Punkte **ODER**
Instabile gesundheitliche Situation

4.10 Intimpflege

Definition

Reinigen des Intimbereichs zum Zweck der Sauberkeit und Förderung des Wohlbefindens.

Qualifikationsniveau abhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit nach BI (MDS 2017) und von **Klassifizierung** der gesundheitlichen Situation (Pflegeplanung)

QN 2

G

QN 3 wenn Modul 1 Schweregrad der Beeinträchtigung = *schwere ODER*
wenn Modul 3 Items 3.3 bis 3.13 ein Item > 1 Punkt

QN 4 wenn Modul 1 Schweregrad der Beeinträchtigung = *schwerste ODER*
wenn Modul 3 Items 3.3 bis 3.13 ein Item > 3 Punkte **ODER**
Instabile gesundheitliche Situation

4.11 Körperpflege: Baden

Definition

Reinigung des Körpers im Bett zur Förderung des Wohlbefindens.

Qualifikationsniveau abhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit nach BI (MDS 2017) und von **Klassifizierung** der gesundheitlichen Situation (Pflegeplanung)

QN 2

G

QN 3 wenn Modul 1 Schweregrad der Beeinträchtigung = *schwere ODER*
wenn Modul 3 Items 3.3 bis 3.13 ein Item > 1 Punkt

QN 4 wenn Modul 1 Schweregrad der Beeinträchtigung = *schwerste ODER*
wenn Modul 3 Items 3.3 bis 3.13 ein Item > 3 Punkte **ODER**
Instabile gesundheitliche Situation

4.12 Körperpflege: Duschen

Definition

Reinigung des gesamten Körpers unter fließendem Wasser zur Förderung des Wohlbefindens.

Qualifikationsniveau abhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit nach BI (MDS 2017) und von **Klassifizierung** der gesundheitlichen Situation (Pflegeplanung)

QN 2

G

QN 3 wenn Modul 1 Schweregrad der Beeinträchtigung = *schwere ODER*
wenn Modul 3 Items 3.3 bis 3.13 ein Item > 1 Punkt

QN 4 wenn Modul 1 Schweregrad der Beeinträchtigung = *schwerste ODER*
wenn Modul 3 Items 3.3 bis 3.13 ein Item > 3 Punkte **ODER**
Instabile gesundheitliche Situation

4.13 Körperpflege: Waschen am Waschbecken

Definition

Reinigung des gesamten Körpers am Waschbecken zur Förderung des Wohlbefindens.

Qualifikationsniveau abhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit nach BI (MDS 2017) und von **Klassifizierung** der gesundheitlichen Situation (Pflegeplanung)

QN 2

G

QN 3 wenn Modul 1 Schweregrad der Beeinträchtigung = *schwere* **ODER**
wenn Modul 3 Items 3.3 bis 3.13 ein Item > 1 Punkt

QN 4 wenn Modul 1 Schweregrad der Beeinträchtigung = *schwerste* **ODER**
wenn Modul 3 Items 3.3 bis 3.13 ein Item > 3 Punkte **ODER**

Instabile gesundheitliche Situation

4.14 Körperpflege: Waschen im Bett

Definition

Reinigung des Körpers im Bett zur Förderung des Wohlbefindens.

Qualifikationsniveau abhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit nach BI (MDS 2017) und von **Klassifizierung** der gesundheitlichen Situation (Pflegeplanung)

QN 2

G

QN 3 wenn Modul 1 Schweregrad der Beeinträchtigung = *schwere* **ODER**
wenn Modul 3 Items 3.3 bis 3.13 ein Item > 1 Punkt

QN 4 wenn Modul 1 Schweregrad der Beeinträchtigung = *schwerste* **ODER**
wenn Modul 3 Items 3.3 bis 3.13 ein Item > 3 Punkte **ODER**

Instabile gesundheitliche Situation

4.15 Maniküre/Pediküre

Definition

Reinigen und Inspizieren der FüÙe und Nägel (normal dicker Fuß- und Fingernägel) zum Zweck der Sauberkeit und Gesundheit der Haut.

Qualifikationsniveau abhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit nach BI (MDS 2017) und von **Klassifizierung** der gesundheitlichen Situation (Pflegeplanung)

QN 2

G

QN 3 wenn Modul 1 Schweregrad der Beeinträchtigung = **schwere ODER**
wenn Modul 3 Items 3.3 bis 3.13 ein Item > 1 Punkt

QN 4 wenn Modul 1 Schweregrad der Beeinträchtigung = **schwerste ODER**
wenn Modul 3 Items 3.3 bis 3.13 ein Item > 3 Punkte **ODER**

Instabile gesundheitliche Situation

4.16 Mund- und Zahnpflege

Definition

Unterstützung einer pflegebedürftigen Person bei der Mundhygiene incl. Pflege der Zahnprothesen.

Qualifikationsniveau abhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit nach BI (MDS 2017) und von **Klassifizierung** der gesundheitlichen Situation (Pflegeplanung)

QN 2

G

QN 3 wenn Modul 1 Schweregrad der Beeinträchtigung = **schwere ODER**
wenn Modul 3 Items 3.3 bis 3.13 ein Item > 1 Punkt

QN 4 wenn Modul 1 Schweregrad der Beeinträchtigung = **schwerste ODER**
wenn Modul 3 Items 3.3 bis 3.13 ein Item > 3 Punkte **ODER**

Instabile gesundheitliche Situation

4.17 Nahrungsaufnahme: Durchführung

Definition

Unterstützung einer pflegebedürftige Person bei der oralen Nahrungsaufnahme.

Qualifikationsniveau abhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit nach BI (MDS 2017) und von **Klassifizierung** der gesundheitlichen Situation (Pflegeplanung)

QN 2 G

QN 3 wenn Modul 3 Items 3.3 bis 3.13 ein Item > 1 Punkt **ODER**
wenn Modul 4 Items 4.8 und 4.9 gemeinsam > 5 Punkte

QN 4 wenn Modul 3 Items 3.3 bis 3.13 ein Item > 3 Punkte **ODER**
Instabile gesundheitliche Situation

4.18 Nahrungsaufnahme: Vorbereitung

Definition

Nahrung und Getränke in der benötigten Kostform und Menge vorbereiten, angepasst an die individuellen Vorlieben der pflegebedürftigen Person.

Qualifikationsniveau **Klassifizierung**

QN 1 I

4.19 Postmortale Versorgung

Definition

Notwendige pflegerische und organisatorische Maßnahmen nach Eintritt des Todes.

Qualifikationsniveau **Klassifizierung**

QN 4 D

4.20 Schlucktraining

Definition

Unterstützung der pflegebedürftigen Person bei abgestimmten therapeutischen Interventionen zur Behandlung von Schluckstörungen.

Qualifikationsniveau **Klassifizierung**

QN 4 D

5. Krankheits- und therapiebedingte Aufgaben

5.1 Absaugen

Definition Enternen von Atemwegssekret durch einen Absaugkatheter.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 4

C

5.2 Atemwegsmanagement

Definition Förderung freier Atemwege durch Entfernunng von Atemwegssekret durch manuelle sekretlösende Maßnahmen, Anleitung zu Hustentechniken und/oder Anwendung von Nasenspülungen.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 3

F

5.3 Blasenkatheterisierung

Definition Legen/Entfernen eines Blasenkatheters zur vorübergehenden oder dauerhaften Harnableitung.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 4

C

5.4 Blutentnahme: venös

Definition Punktion einer Vene zur Blutentnahme.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 4

C

5.5 Einlauf

Definition Auslösung einer Stuhlentleerung unter Einbringung einer Flüssigkeit in den Dickdarm. Dabei wird der Reinigungseinlauf, der Hebe-Senk-Einlauf und die Darmspülung unterschieden.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 4

C

5.6 Ernährungssonde: Legen

Definition Legen einer Sonde durch den Mund oder die Nase, in den Magen-/Darmtrakt mit dem Ziel einer Ernährung (Ernährungssonde) oder Entleerung (Entleersonde).

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 4

C

5.7 Erste Hilfe

Definition Einleitung von Hilfsmaßnahmen als Reaktion auf einen akuten Zustand der pflegebedürftigen Person, der eines sofortigen Handelns bedarf.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 1-5

J

5.8 Infusionsgabe

Definition Intravenöses oder subkutanes Einfließen steriler Lösungen in den Körper, ggf. mit Zugabe weiterer Medikamente.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 4

C

5.9 Injektionen i.c/s.c.

Definition

Einspritzen steriler Lösung über eine intrakutane (intradermal) oder subkutane Injektion.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 3

F

5.10 Injektionen i.m.

Definition

Einspritzen steriler Lösung in den Muskel (intramuskulär = i.m.).

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 4

C

5.11 Kompressionsstrümpfe/-verband

Definition

Unterstützung beim An-/Ausziehen von Kompressionsstrümpfen oder das Anlegen von Kompressionsverbänden zur Steigerung des venösen Blutrückflusses.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 3

F

5.12 Medikamentengabe

Definition

Medikamente anreichen oder verabreichen.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 3

F

5.13 Medikationsmanagement

Definition

Lagerung, Richten und Entsorgen von Medikamenten.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 4

C

5.14 Sauerstoffgabe

Definition

Verabreichung von Sauerstoff.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 3

F

5.15 Temperaturregulation

Definition

Anwenden von geeigneten nicht-medizinischen Maßnahmen zur Temperaturregulation.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 3

F

5.16 Untersuchungsassistenz

Definition

Unterstützung der pflegebedürftigen Person während einer ärztlichen Maßnahme/Untersuchung.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 4

C

5.17 Vitalzeichenkontrolle: Blutdruck und Puls

Definition Erfassung des Pulses und des Blutdrucks.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 3

F

5.18 Vitalzeichenkontrolle: Blutzucker

Definition Kapillare Blutentnahme zur Blutzuckerbestimmung.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 3

F

5.19 Vitalzeichenkontrolle: Körpertemperatur

Definition Erfassung der Körpertemperatur mittels Thermometer.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 3

F

5.20 Wiegen

Definition Erfassung des Körpergewichts.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 3

F

5.21 Wundpflege

Definition Phasengerechte Versorgung einer Wunde unter Einhaltung hygienischer Vorgaben.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 4

C

6. Beratung und Schulung

6.1 Beratung: Chronische Wundversorgung
6.2 Beratung: Dekubitusprophylaxe
6.3 Beratung: Ernährungsmanagement
6.4 Beratung: Förderung der Kontinenz
6.5 Beratung: Mobilität
6.6 Beratung: Schmerzmanagement
6.7 Beratung: Sturzprophylaxe
6.8 Beratung: sonstige Themenfelder

Definition

Beratung ist ein kommunikativer Unterstützungsprozess, mit dem Ziel, Strategien zur Problemlösung zu entwickeln.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 4

D

6.9 Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

Definition

Beratung der pflegebedürftigen Person über die Möglichkeiten zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 4

D

6.10 Schulung

Definition

Geplante und strukturierte Anleitung einer pflegebedürftigen Person/einer Gruppe zu einer bestimmten Intervention, Verhaltensweise oder zur Behebung von Wissensdefiziten.

Qualifikationsniveau

QN 4

Klassifizierung

D

7. Pflegeprozess/Kommunikation/Organisation

7.1 Dokumentation

Definition

Systematische, schriftliche Datensammlung als Teil der prozessorientierten Pflegeplanung.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 1-5

J

7.2 Einzug

Definition

Alle Maßnahmen, die den Einzug einer pflegebedürftigen Person betreffen und deren individuelle Eingewöhnung ermöglichen.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 4

E

7.3 Steuerung des Pflegeprozesses

Definition

Ermittlung pflegerischer Risiken durch die Anwendung von spezifischen Messinstrumenten und der daraus folgenden Planung und Evaluation des pflegerischen Ablaufs.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 4

E

7.4 Angehörigenarbeit

Definition

Gegenseitiger Informationsaustausch, Fürsprache, Unterstützung und positiver Verstärkung der Angehörigen einer pflegebedürftigen Person.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 4

D

7.5 Berufsübergreifende Kommunikation (extern)

Definition Koordination und Steuerung des Informationsflusses zu Behandlungen, notwendiger Dienst- und Sachleistungen einer pflegebedürftigen Person.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 4

E

7.6 Bewohnergespräch

Definition Den verbalen/nonverbalen Mitteilungen einer pflegebedürftigen Person Aufmerksamkeit schenken und mit einer Grundhaltung von Empathie, Akzeptanz und Echtheit durch bewusstes Zuhören und Anwenden von auf die Situation angepasster Kommunikationstechniken (z. B. Validation) Beziehungen aufbauen.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 1-5

J

7.7 Dienstübergabe

Definition Übergabe von relevanten Informationen zu den pflegebedürftigen Personen beim Schichtwechsel.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 1-5

J

7.8 Mitarbeiterkommunikation

Definition Austausch mit einem *r Mitarbeiter* in derselben Einrichtung zu relevanten Informationen zu pflegebedürftigen Personen und/oder der Organisation während einer Schicht.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 1-5

J

7.9 Multidisziplinäre Fallbesprechung

Definition Planung und Evaluation gemeinsamer Handlungsschritte durch Zusammentragen von Expertenwissen aller Berufsgruppen, die an der Versorgung der pflegebedürftigen Person beteiligt sind.

Qualifikationsniveau

QN 4

Klassifizierung

D/E

7.10 Dienstgang

Definition Verlassen des Arbeitsbereichs während der Arbeitszeit zur Erledigung dienstlicher Aufgaben.

Qualifikationsniveau

QN 1-5

Klassifizierung

J

7.11 Ehrenamt

Definition Koordination, Unterstützung und Kontrolle der ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen.

Qualifikationsniveau

QN 4

Klassifizierung

D

7.12 Gerätemanagement und Notfallwagenkontrolle

Definition Instandhaltung von Geräten und Hilfsmitteln zur Sicherstellung der Pflege (incl. Notfallwagenkontrolle).

Qualifikationsniveau

QN 4

Klassifizierung

C/E

7.13 Materialmanagement

Definition Beschaffung von nicht bewohnerbezogenen Materialien.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 1-5

J

7.14 Planung Aufenthaltswechsel

Definition Organisation eines vorübergehenden oder dauerhaften Ortswechsels einer pflegebedürftigen Person inner- oder außerhalb der Einrichtung.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 4

E

7.15 Rundgang/Sicherheit gewährleisten

Definition Gezieltes Aufsuchen der Bewohnerzimmer, um durch Beobachtung oder kurzen Austausch den Zustand der pflegebedürftigen Person zu erfassen.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 4

E

8. Qualitätsmanagement

8.1 Anleitung/Einarbeitung/Ausbildung

Definition Unterstützung von Schülern*innen und neuen Mitarbeiter*innen bei der Orientierung und Schaffung von Praxis- und Lernerfahrungen zur schrittweisen eigenständigen Wahrnehmung beruflicher Aufgaben.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 4

D

8.2 Audit (intern/extern)

Definition Überprüfung des Qualitätsmanagements durch ein systematisches Untersuchungsverfahren.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 5

A

8.3 Beschwerdemanagement

Definition Systematischer Umgang mit Beschwerden.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 5

A

8.4 Bewohnerbefragung

Definition Abfrage zur Dienstleistungsqualität mittels Fragebögen.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 5

A

8.5 Fortbildung

Definition Planung und/oder Durchführung von Mitarbeiterschulungen.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 5

A

8.6 Pflegevisite

Definition Geplante und systematische Begutachtung und Analyse des Pflegeprozesses einschließlich der Leistung der Pflegekraft sowie dem Austausch mit der pflegebedürftigen Person.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 4

D/E

8.7 Projektmanagement

Definition Planung, Koordination und Evaluation eines Projektes.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 5

A

8.8 Qualitätscontrolling/Kennzahlen/Berichterstattung

Definition Erhebung und Auswertung von Daten im Rahmen des Qualitätscontrollings zur Einleitung von Veränderungsprozessen sowie die Übermittlung qualitätsrelevanter Daten, Entwicklungsstand und Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems an die Leitung zur strategischen Entscheidungsfindung.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 5

A

8.9 Qualitätsdokumentation/-handbuch

Definition Erarbeitung und Evaluation von Prozessen, Standards und Richtlinien zur Erleichterung von Arbeitsabläufen und Sicherstellung definierter Gütekriterien.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 5

A

8.10 Qualitätszirkel

Definition Arbeitstreffen zur Entwicklung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisstandards.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 5

A

8.11 Risiko- und Fehlermanagement

Definition Systematische Erfassung, Bewertung und Steuerung von Risiken und Fehlern.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 5

A

9. Management-Aufgaben

9.1 Betriebswirtschaft/Finanzierung

Definition

Organisation, Planung und Steuerung von Maßnahmen zur unternehmerischen Entscheidungsfindung.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 5

A

9.2 Gesundheitsförderung/Arbeitsschutz

Definition

Planung und Umsetzung von Maßnahmen zur Arbeitssicherheit und Gesundheitsförderung.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 5

A

9.3 Kommunikation und Information

Definition

Planung, Durchführung und Evaluation von Mitarbeitergesprächen, Dienstbesprechungen und Weitergabe zielgerichteter Informationen anhand des Informationssystems und Kommunikationstechnologien.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 5

A

9.4 Öffentlichkeitsarbeit/Marketing

Definition

Planung, Umsetzung und Evaluation von Maßnahmen und Konzepten, die die Bekanntheit und das Image der Einrichtung fördert.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 5

A

9.5 Personal: Entwicklung

Definition

Planung, Durchführung und Evaluation von Maßnahmen zur Förderung der Kompetenzen aller Mitarbeiter*innen.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 5

A

9.6 Personal: Organisation/Verwaltung

Definition

Maßnahmen zum organisatorischen und administrativen Beschäftigungsprozess der Mitarbeiter*innen.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 5

A

9.7 Rezeption und Aneignung gesetzlicher und fachlicher Anforderungen

Definition

Rezipieren und Aneignen von Wissen über gesetzlichen Änderungen, Richtlinien und Standards, die sich auf Pflegesystem und -praktiken auswirken.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 5

A

9.8 Teamentwicklung

Definition

Anwendung von Methoden zur Förderung konstruktiver Dialoge sowie Reflexion und Beratung.

Qualifikationsniveau

Klassifizierung

QN 5

A

A 4 Projektdurchführung II

Inhalt

A 4.1 Datenschutzkonzept

A 4.2 Studieninformation zur Rekrutierung der Einrichtungen

A 4.3 Informationsschreiben für Pflegeeinrichtungen

A 4.4 Informationsschreiben für die Mitarbeiter*innen

A 4.5 Informationsschreiben und Einverständniserklärung für die Bewohner*innen

A 4.6 Verpflichtungserklärung Datenerheber*innen

A 4.7 Handbuch zur Datenerhebung

A 4.8 Informationsschreiben über Anpassungen im Projektverlauf Datenerheber*innen

A 4.9 Informationsschreiben zur Strukturdaten- und Dienstplanerhebung

A 4.10 Zweites Anschreiben zur Strukturdaten- und Dienstplanerhebung

A 4.11 Bogen zur Strukturdatenerhebung

A 4.12 Bogen zur Dienstplanerhebung

A 4.13 Bogen zum Selbstaufschrieb

A 4.14 Anschreiben zum Feedback für die Datenerheber*innen

A 4.15 Feedbackbogen für die Datenerheber*innen

Datenschutzkonzept

zum Projekt

**Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten
Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des
Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach
qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß
§ 113c SGB XI (PeBeM)**

SOCIUM - Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik

Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)

Institut für Arbeit und Wirtschaft (iaw)

Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (KKSb)

Bremen, V4 (August 2019)

Inhaltsverzeichnis

1	Studienleitung, beteiligte Institutionen und Mitarbeitende	3
2	Zusammenfassung.....	4
3	Zielsetzung des Vorhabens.....	4
3.1	Hintergrund	5
3.2	Ziele	5
3.3	Zielpopulation / Sektorendifferenzierung	6
4	Studientyp und Forschungsdesign	6
4.1	Studientyp	6
4.2	Studienteilnehmer und Rekrutierung.....	6
4.3	Datenerhebung.....	6
4.3.1	Zu erhebende Daten	7
4.3.2	Durchführung der Datenerhebung	8
4.4	Zeitplan.....	9
5	Datengeheimnis	9
6	Datenerhebung und Auswertung	9
6.1	Erhebungsinstrumente, Datenbanken	9
6.2	Kontaktaufnahme zu den Einrichtungen, Information der Pflegebedürftigen und Einverständnis	10
6.3	Pseudonymisierung	10
6.4	Datenerhebung.....	11
6.5	Datenfluss/Datenhaltung	11
7	Datenschutzvorkehrungen	11
7.1	In den Pflegeeinrichtungen	12
7.2	Pflegegutachter, MDKs, Medicproof	12
7.3	Datenerheber	12
7.4	SOCIUM	13
7.5	Technische und organisatorische Datenschutzmaßnahmen am KKSBB	13
7.6	Kontrolle durch den Datenschutzbeauftragten.....	14
8.	Anhang	15

1. Studienleitung, beteiligte Institutionen und Mitarbeitende

Projektleitung:

SOCIUM – Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik
Prof. Dr. Heinz Rothgang
Mary-Somerville-Straße 5, 28359 Bremen
Tel.: 0421 218-58557, E-Mail: rothgang@uni-bremen.de

Projektpartner:

Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)
Prof. Dr. Stefan Görres, Tel.: 0421 218-68900, sgoerres@uni-bremen.de
Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck, Tel.: 0421 218-68940, darmann@uni-bremen.de
Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann, Tel.: 0421 218-68960, wolf-ostermann@uni-bremen.de
Grazer Str. 4, 28359 Bremen

Institut für Arbeit und Wirtschaft (iaw)
PD Dr. Guido Becke, Tel.: 0421 218-61747, becke@uni-bremen.de
Wiener Straße 9, 28359 Bremen

Datentrustcenter:

Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (KKSB)
Prof. Dr. Werner Brannath
Linzer Straße 4, 28359 Bremen
Tel.: 0421-218-63790, E-Mail: brannath@math.uni-bremen.de

Wissenschaftliches Studienteam:

Janet Cordes (IPP), Cora Schwerdt (iaw), Dr. Stephan Kloep (KKSB), Mathias Fünfstück (SOCIUM), Thomas Kalwitzki (SOCIUM), Agata Krempa (SOCIUM), Sarah Sticht (SOCIUM), Dr. Claudia Stolle (Socium), Lukas Matzner (SOCIUM), Franziska Heinze (SOCIUM)

Kooperationspartner:

Cairful GmbH, Otto-Brenner-Straße 19, 52353 Düren (EDV)
Medizinische Dienste der Krankenkassen (MDK) und Medicproof GmbH (Gutachtenerstellung)
Medizinische Dienste der Krankenkassen, Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung und freiberuflich tätige Pflegekräfte (Datenerhebung)

Für die empirische Datenerhebung im ambulanten Sektor:

Hochschule Osnabrück, Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Prof. Dr. Andreas Büscher
Caprivistraße 30a, 49076 Osnabrück
Tel.: 0541 969-3591, E-Mail: a.buescher@hs-osnabrueck.de

2. Zusammenfassung

Ziel des Projektes ist die Erarbeitung eines Personalbemessungsverfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen. Dieses Verfahren soll für vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen auf Basis des Zustandes der versorgten Pflegebedürftigen das zur fachgerechten Versorgung erforderliche Personal bemessen. Für den ambulanten Sektor ist ein Unterauftrag an die Hochschule Osnabrück ergangen, in dem die Ermittlung von Personalanhaltswerten für diesen Teilbereich erfolgt.

Für ihren empirischen Arbeitsteil nutzt die Universität Bremen ein Mixed-Methods-Design, aus Beobachtungen und Befragungen. Es werden keine Interventionen/Untersuchungen an den beteiligten Personen vorgenommen. Verwendet werden drei verschiedene Datenzugänge: Erstens werden in einer bundesweiten Studie Pflegekräfte bei der Durchführung von Pflegehandlungen beobachtet. Die Ergebnisse dieses Studienteils zeigen, welcher Personalbedarf der Versorgung von Pflegebedürftigen in Abhängigkeit von den individuellen Einschränkungen zugeordnet werden kann. Diese werden zweitens unter Einbezug der jeweiligen teil-standardisiert erhobenen Einrichtungsstrukturen und -konzepte interpretiert und für eine einheitliche Bemessung zugänglich gemacht. Hierzu werden von allen teilnehmenden Einrichtungen fragebogengestützt der institutionelle Aufbau, das pflegewissenschaftliche Konzept und die vorhandene Personalausstattung erhoben. Ergänzt wird dies drittens durch eine zusätzliche Beobachtungs- und Gruppeninterviewstudie in 4 ausgewählten Einrichtungen, in der explizit die inter- und intrapersonelle Interaktionsarbeit erfasst wird, um diese als Faktor der Personalbemessung qualitativ und quantitativ fassbar zu machen.

Das integrierte Personalbemessungsverfahren als Endprodukt soll dann in der Lage sein, zu jeder gegebenen Struktur von Pflegebedürftigen entsprechend ihren unterschiedlichen Einschränkungen eine Personalstruktur zu errechnen, mit der nach empirischen und normativen Erkenntnissen eine fachgerechte Pflege möglich ist.

3. Zielsetzung des Vorhabens

Das hier gegenständliche Vorhaben adressiert eine wissenschaftlich unbegründete Fragmentierung im Geltungsbereich der deutschen Pflegeversicherung: Obwohl das entsprechende Elfte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB XI) bundesweite Gültigkeit hat und bundesweit das gleiche Instrument zur sozialrechtlich relevanten Erfassung von Pflegebedürftigkeit eingesetzt wird, existieren bisher keine länderübergreifenden Werte für den Personalbedarf in der Langzeitpflege. Vielmehr sind jeweils auf Länderebene sehr unterschiedliche Personalwerte politisch festgesetzt. Das hat jedoch formell zur Folge, dass einer Person mit dem gleichen Grad der Pflegebedürftigkeit je nach Bundesland eine unterschiedliche Personalmenge zugeordnet wird, deren Personalkosten wiederum zur fachgerechten Versorgung vergütet werden. Hierbei handelt es sich einerseits um einen Effekt des Föderalismus, der das Leistungsrecht auf Bundesebene, das Vergütungs- und Ordnungsrecht allerdings auf Landesebene verortet, fußt andererseits aber auch auf der Tatsache, dass bisher kein anwendbares Personalbemessungsverfahren existiert, das auf die Struktur der deutschen Pflegelandschaft zugeschnitten ist. Das Forschungsvorhaben wird ein empirisch fundiertes Verfahren entwickeln, das bundesweit für die Personalbemessung in der Langzeitpflege eingesetzt werden kann.

3.1 Hintergrund

Der Auftrag zum vorliegenden Projekt wurde im Zuge eines Angebotsverfahrens im März 2017 von den Vertragsparteien nach § 113 SGB XI an die Universität Bremen vergeben. Bei der Auftraggeberin handelt es sich somit um die Gruppe der Akteure der bundesdeutschen Pflegeselbstverwaltung. Diese erfüllen mit Vergabe des Auftrages eine gesetzliche Verpflichtung, die mit dem Zweiten Pflege-stärkungsgesetz (PSG II) vom Gesetzgeber in § 113c des 11. Buches des Sozialgesetzbuches Soziale Pflegeversicherung (SGB XI) aufgenommen wurde. Hier heißt es, dass die Vertragsparteien beauftragt werden „ein strukturiertes, empirisch abgesichertes und valides Verfahren für die Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen auf Basis des durchschnittlichen Versorgungsaufwandes für direkte und indirekte pflegerische Maßnahmen sowie für Hilfen bei der Haushaltsführung unter Berücksichtigung der fachlichen Ziele und Konzeption des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu erstellen. Hierzu sind einheitliche Maßstäbe zu ermitteln, die insbesondere Qualifikationsanforderungen, quantitative Bedarfe und die fachliche Angemessenheit der Maßnahmen berücksichtigen.“

Für die Entwicklung und die anschließende Erprobung des Verfahrens ist der Zeitraum bis zum 30. Juni 2020 gesetzlich festgelegt, wobei der hier bezuschlagte Teil die Entwicklung des Verfahrens bis zum 31.8.2019 umfasst. Die Erprobung wird in einem gesonderten Auftrag vergeben. Bei beiden Teilen sind die Vertragsparteien verpflichtet, zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit die Aufträge an eine fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtung zu vergeben.

In den ursprünglichen Ausschreibungsunterlagen waren keine abschließenden Aussagen darüber enthalten, zu welchen Anteilen die Entwicklung des Personalbemessungsverfahrens auf theoretischen oder empirischen Arbeiten beruhen sollte. Im letztlich eingereichten Angebot hat die Universität Bremen ein Vorgehen entwickelt bei dem der Ausgangspunkt der Verfahrensentwicklung in einer empirischen Erhebung liegt. Auf die hierzu nötigen und hierdurch entstehenden Daten bezieht sich das vorliegende Datenschutzkonzept.

3.2 Ziele

Das Ziel des Gesamtprojektes besteht darin, ein Personalbemessungsverfahren zu erarbeiten, das auf Basis der Anzahl versorgter Pflegebedürftiger und ihrer Merkmale, wie sie im Rahmen der Begutachtungen zur Feststellung einer Pflegebedürftigkeit erhoben werden, nach Qualifikationsniveaus differenzierte Personalmengen (SOLL-Werte) errechnet, die als Grundlage für Landesrahmenverträge und Verhandlungen auf Ebene der einzelnen Einrichtungen genutzt werden können.

Im Einzelnen zielt die Studie ab auf

1. die literaturbasierte Erarbeitung eines sektorenübergreifenden **Interventionskatalogs** zur Abbildung der möglichen direkten und indirekten Pflegeinterventionen, der pflegerischen Betreuungmaßnahmen und Haushaltshilfen,
2. die literaturbasierte Ermittlung der jeweils notwendigen **Qualifikationsniveaus**, die für die fachgerechte Erbringung dieser Interventionen in Abhängigkeit von den Selbständigkeitseinschränkungen des spezifischen Pflegebedürftigen, wie sie im Begutachtungsverfahren ermittelt werden, erforderlich sind,
3. die empirische Datenerhebung der **durchschnittlichen (Zeit-)Aufwände** für die Erbringung dieser Interventionen (IST-Werte),

4. die empirische Bestimmung der **SOLL-Werte** für die Erbringung dieser Interventionen in Abhängigkeit von den Selbständigkeitseinschränkungen der Pflegebedürftigen und
5. die Entwicklung eines Personalbemessungsverfahrens unter Berücksichtigung der **organisatorischen Rahmenbedingungen** der Einrichtungen, der **Einrichtungsgröße**, der **unterschiedlichen strukturellen Vorgaben** in den Bundesländern sowie des **Einsatzes von Hilfsmitteln**.

3.3 Zielpopulation / Sektorendifferenzierung

Das Gesamt-Projekt bezieht sich auf alle drei Sektoren der professionellen Langzeitpflege in Deutschland. Der Teil der von der Universität Bremen durchgeführt und in diesem Konzept behandelt wird, beschäftigt sich empirisch mit der Versorgung von Pflegebedürftigen in vollstationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen. Zielpopulation der Studie sind somit einerseits die Pflegeeinrichtungen, die – vollständig oder in Teilen – als Erhebungseinheiten rekrutiert werden, andererseits die Pflegebedürftigen dieser Erhebungseinheiten, deren Versorgung beobachtet wird.

Studientyp und Forschungsdesign

4. Studientyp

Beim vorliegenden Forschungsvorhaben wird ein Mixed-Methods-Design aus Beobachtungen und Befragungen verwendet. An den beteiligten Personen werden weder Interventionen durchgeführt noch werden Ihnen Interventionen vorenthalten. Da es sich nicht um ein experimentelles Design handelt, erfolgt keine Aufteilung in Interventions- und Kontrollgruppe.

4.1 Studienteilnehmer und Rekrutierung

Die studienteilnehmenden Einrichtungen und Pflegebedürftigen nehmen freiwillig teil. Die Rekrutierung der Einrichtungen erfolgte durch die Bundesverbände der privaten Einrichtungsträger (bpa) und der frei-gemeinnützigen Einrichtungsträger (BAGFW). Diese haben ihre Mitgliedseinrichtungen angeschrieben und über die Studie informiert. Die Daten teilnahmeinteressierter Einrichtungen wurden an die Universität Bremen weitergeleitet. Hier wurde eine quotierte Stichprobe nach Bundesländern, Größe der Einrichtungen, Preisniveau der Einrichtungen, Trägerschaft und Agglomerationsraum gezogen. Innerhalb der Einrichtungen werden die Pflegebedürftigen über die Studie schriftlich und mündlich informiert. Die Pflegebedürftigen können danach entscheiden, ob Sie an der Studie teilnehmen möchten. Dieses Einverständnis erfolgt schriftlich und verbleibt für die Dauer des Gesamtprojektes in der Pflegeeinrichtung. Aus forschungsökonomischen Gründen ist es nicht sinnvoll eine Einrichtung für die Studie zu berücksichtigen, wenn nicht eine Mindestanzahl der möglichen Studienteilnehmer ihr Einverständnis gibt. Für diese Quote wurde als Richtwert 50 Prozent der möglichen Teilnehmer festgesetzt. Nach aktuellem Stand nehmen 53 vollstationäre und 6 teilstationäre Einrichtungen an der Studie teil. Hieraus sind Daten zur Versorgung von rund 1.500 bis 2.000 Pflegebedürftigen zu erwarten.

4.2 Datenerhebung

Zur Erhebung der Datenbasis erfolgt eine Datenerhebung in drei Teilen.

Es handelt sich hierbei

(1) um die eigentliche Beobachtungsstudie der Versorgungszeiten und Qualifikationsniveaus, bei der speziell qualifizierte Pflegekräfte als Datenerheber in den Einrichtungen fungieren,

(2) um die Beobachtung und Befragung in Bezug auf die Interaktionsarbeit, bei der eine Mitarbeiterin der Universität Bremen in 4 ausgewählten Einrichtungen tätig wird und

(3) um eine schriftliche Befragung der Einrichtungen zum Zwecke der Strukturdatenerhebung.

4.2.1 Zu erhebende Daten

Nachfolgend werden die persönlichen Daten, die in den jeweiligen Studienschritten temporär oder dauerhaft generiert werden, beschrieben.

Beobachtungsstudie der Versorgungszeiten und Qualifikationsniveaus

Zur Durchführung der Beobachtungsstudie der Versorgungszeiten und Qualifikationsniveaus werden personenbezogene Daten von den Mitarbeitern der Einrichtung und von den Pflegebedürftigen, die zuvor in die Studienteilnahme eingewilligt haben, erhoben.

Von den Mitarbeitern werden vor der Datenerhebung die Namen und Qualifikationsgrade aller Mitarbeiter erhoben, die im Erhebungszeitraum in der Erhebungseinheit eingesetzt werden. Diese Daten werden in der Erhebungssoftware verwendet, um die Mitarbeiter identifizieren zu können. Dies ermöglicht somit eine einfache und weitestgehend fehlerfreie Auswahl der Pflegekräfte und somit ihres Qualifikationsgrades. Da in vielen Einrichtungen die Mitarbeiter Namensschilder tragen, kann dies durch die Datenerheber ohne weitere Nachfragen erfolgen und somit ohne in den Arbeitsablauf einzugreifen. In den erfassten Daten sind die Namen der Mitarbeiter durch ein numerisches Pseudonym ersetzt und nur die Qualifikationsniveaus zu Auswertungen verwendbar. Diese personenbezogenen Daten der Mitarbeiter werden nach Abschluss der Studie vollständig entfernt und nicht für weitere Auswertungen genutzt.

Von den Pflegebedürftigen werden Name, Geschlecht, Wohnbereich und zusätzlich die Daten, die im Rahmen der Begutachtung durch das Begutachtungsinstrument (BI) erhoben werden, aufgenommen. Eine vollständige Liste der einzelnen Items ist in der Anlage *Einverständniserklärung* beigefügt. Name und Wohnbereich der Pflegebedürftigen werden nur für die technische Abwicklung der Erhebung genutzt, alle weiteren Daten werden pseudonymisiert erhoben.

Beobachtungs- und Interviewstudie zur Interaktionsarbeit

Innerhalb der Beobachtungs- und Interviewstudie zur Interaktionsarbeit werden nur *Pflegebedürftige* eingeschlossen, die bereits Einwilligung zur Erhebung nach Abschnitt 4.3.1.1. gegeben hatten. Von diesen werden keine zusätzlichen personenbezogenen Daten erhoben. Die Teilnahme an der Beobachtungs- und Interviewstudie zur Interaktionsarbeit erfolgt für die *Mitarbeiter*innen* nach vorheriger persönlicher Absprache und Einwilligung. Es werden keine zusätzlichen personenbezogenen Daten erhoben. Alle Beobachtungen werden anonymisiert protokolliert. Alle Interviewdaten werden bei der Transkription anonymisiert und die Originalaufzeichnungen nach der Transkription gelöscht.

Erhebung einrichtungsbezogener Strukturdaten

Die Erhebung der Strukturdaten erfolgt freiwillig durch die Ansprechpartner der jeweiligen Einrichtungen. Auch ein nur teilweises Ausfüllen ist ausdrücklich erwünscht, wenn innerbetrieblich Gründe oder ein zu hoher Aufwand der vollständigen Datenübermittlung entgegenstehen. Es werden keine zusätzlichen personenbezogenen Daten erhoben. Die verwendeten Erhebungsinstrumente sind diesem Konzept als Anlage beigefügt.

4.2.2 Durchführung der Datenerhebung

Die studienforderlichen Daten werden für die drei genannten Studienteile separat und zu unterschiedlichen Zeiten erhoben. Der nachfolgende Abschnitt dient dazu, die Abläufe der Datenerhebung darzustellen und transparent abzubilden.

Beobachtungsstudie der Versorgungszeiten und Qualifikationsniveaus

Die Datenerhebung findet im Zeitraum von April bis Oktober 2018 statt. Jede Einrichtung wird dabei idealtypisch über 3 Wochen in die Datenerhebung einbezogen.

In Woche 1 werden alle teilnehmenden Pflegebedürftigen durch Gutachter der MDK-Gemeinschaft oder der Medicproof GmbH unter Einsatz des bundeseinheitlichen Begutachtungsinstrumentes zur Bestimmung der Pflegebedürftigkeit begutachtet. Die so entstehenden Studiengutachten haben dabei keine sozialrechtliche Relevanz und werden nicht an die Pflegekassen weitergeleitet. Um dies sicherzustellen haben alle Beteiligten technische Vorkehrung getroffen, um dies zu gewährleisten (z.B. getrenntes Datenbanksystem). Die Begutachtung erfolgt nur bei einer vorliegenden Einverständniserklärung. In diesem Fall werden die Stammdaten der Bewohner über eine SFTP (Secure File Transfer Protocol) Datenverbindung von der Einrichtung an das Datenvertrauenscenter KKSÜ übermittlel. Ebenfalls über diese Datenverbindung übermittleln die Prüforganisationen nach Abschluss der Begutachtungen die entsprechenden pseudonymisierten Datensätze an das KKSÜ. Diese Datensätze werden dann in eine eigens für diese Studie angepasste Datenbank eingelesen und bilden die Grundlage der nächsten Erhebungsschritte.

In Woche 2 reist ein wissenschaftlicher Mitarbeiter der Universität Bremen oder ein entsprechend qualifizierter Studienmitarbeiter in die jeweilige Einrichtung. Dort werden unter Einbezug der Gutachten aus Woche 1, der vorhandenen Pflegedokumentation vor Ort und der Gespräche mit den zuständigen Pflegekräften in der Einrichtung standardisierte Pflegeplanungen erstellt, die das Raster der eigentlichen Erhebung darstellen. Die Erstellung der Pflegeplanungen erfolgt über einen passwortgeschützten und verschlüsselten Web-Zugriff direkt auf die entsprechende Studiendatenbank, die sich auf einem Server des Datenvertrauenscenters KKSÜ befindet.

In Woche 3 findet die eigentliche Datenerfassung statt. Hierfür werden alle pflegerisch tätigen Mitarbeiter, die während dieser Woche in dem studienteilnehmenden Bereich eingesetzt werden, während ihrer gesamten Dienstzeit jeweils von einem Datenerheber begleitet. Es handelt sich bei dieser Form der Beobachtung um ein sogenanntes Shadowing, also eine 1 zu 1 Zuordnung von Handelndem und Datenerhebendem. In vollstationären Einrichtungen wird das Shadowing in der Erhebungswoche in 4 Früh- und 4 Spätdiensten sowie einem Nachtdienst durchgeführt. In teilstationären Einrichtungen findet das Shadowing an 5 Tagen statt, hier findet jedoch aufgrund des Pflegeangebotes der Tagespflege üblicherweise keine Differenzierung nach Schichten statt. Die Datenerheber erfassen für die geplanten Interventionen aus Woche 2 und für akut erforderliche Bedarfsinterventionen die jeweiligen IST-Erbringungszeiten. Zusätzlich findet eine Beurteilung der fachgerechten Erbringung aller Interventionen statt, die gegebenenfalls auch die Angabe von zeitlichen Zu- oder Abschlägen ermöglicht, die zu einer fachgerechten Erbringung notwendig wären. Alle diese Daten werden auf Tablet-PCs während der Leistungserbringung erfasst. Die Tablet-PCs synchronisieren sich in den Einrichtungen über ein gesichertes, nur für die Studie aufgebautes eigenes WLAN direkt auf die jeweilige Studiendatenbank auf dem Server des Datenvertrauenscenters KKSÜ.

Beobachtungs- und Interviewstudie zur Interaktionsarbeit

In vier Einrichtungen wird eine zusätzliche Erhebung zur Interaktionsarbeit durchgeführt. Diese vier Einrichtungen wurden aus der Gesamtstichprobe maximal kontrastierend ausgewählt und auf Basis einer gesonderten Zustimmung einbezogen. Die Durchführung wird durch eine wissenschaftliche

Mitarbeiterin des Instituts für Arbeit und Wirtschaft, Frau Cora Schwerdt, durchgeführt. Sie führt in den Einrichtungen über eine Woche eine teilnehmende Beobachtung der Interventionserbringung bei teilnehmenden Pflegebedürftigen durch. Die Beobachtungen werden anonymisiert protokolliert und auf dem Dienst-PC von Frau Schwerdt passwortgeschützt abgelegt und abschließend auf das gesicherte Datenhaltungssystem Seafiler der Universität Bremen übertragen. Im Abstand von 6 Wochen wird zu den Ergebnissen der Beobachtungsphase noch eine Gruppendiskussion in der jeweiligen Einrichtung durchgeführt.

4.4.3 Erhebung einrichtungsbezogener Strukturdaten

Für die Erhebung der Strukturdaten der teilnehmenden Einrichtungen sind standardisierte Erhebungsbögen erarbeitet worden. Diese enthalten keine personenbezogenen Daten. Die Erhebungsbögen werden von den Einrichtungen über eine gesicherte SFTP-Verbindung an das Datenvertrauenscenter KKSÜ übermittlel.

4.3 Zeitplan

Die Gesamtstudie ist auf den Zeitraum 1.7.2017 bis 31.8.2019 festgelegt. Die Datenerhebung der Beobachtungsstudie (1) findet im Zeitraum April bis Oktober 2018 statt. Die Datenerhebung zur Interaktionsarbeit (2) wird in den Monaten Juni bis November 2018 durchgeführt. Die standardisierte Abfrage der Strukturdaten (3) erfolgt in den Monaten September bis November 2018.

5. Datengeheimnis

Alle an dem Forschungsvorhaben beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind dem Datengeheimnis und der Vertraulichkeit verpflichtet. Diese Verpflichtung wird vom Projektleiter oder einer vom ihm beauftragten Person vorgenommen. Sie wird aktenkundig gemacht und von dem/der Verpflichtenden durch Unterschrift bestätigt. Die für die Datenerhebung in den Einrichtungen zuständigen Datenerheber werden zusätzlich seitens des SOCIUM auf das Datengeheimnis verpflichtet.

6. Datenerhebung und Auswertung

6.1 Erhebungsinstrumente, Datenbanken

Die Datenerhebung für alle drei Erhebungsteile –

- (1) die eigentliche Beobachtungsstudie der Versorgungszeiten und Qualifikationsniveaus, die Beobachtung und Befragung,
- (2) in Bezug auf die Interaktionsarbeit und
- (3) die Befragung der Einrichtungen zum Zwecke der Strukturdatenerhebung –

findet elektronisch statt oder wird elektronisch dokumentiert.

Dabei werden die Daten zu (1) ausschließlich über eine speziell für die Studie angepasste Erhebungsoftware erfasst. Diese wird auf passwortgesicherten PCs und Tablet-PCs ausgeführt, wobei alle Daten ständig auf den Studien-Server des KKSÜ über eine verschlüsselte Leitung, übertragen werden. Auf diesem ist für jede studienteilnehmende Einrichtung eine eigene Datenbank angelegt, in der nur die Daten der Pflegebedürftigen abgelegt werden, die einer Studienteilnahme zugestimmt haben. Es

handelt sich hierbei um die Pflegegutachten und die Dokumentationen der einzelnen beobachteten pflegerischen Interventionen.

Als Daten zu (2) werden Beobachtungsprotokolle angelegt und akustische Aufzeichnungen von Gruppeninterviews angefertigt. Letztere werden danach in Transkripte überführt und nach Abschluss der vollständigen Transkription gelöscht. Die Transkripte werden dabei anonymisiert erstellt und nur auf dem passwortgesicherten Dienst-PC der studierendurchführenden Mitarbeiterin gespeichert und auf einem datensicheren Seafile-Laufwerk gesichert auf dessen Dateistruktur nur die Studienmitarbeiter Zugriff haben.

Die standardisierten Daten zu (3) werden von den Einrichtungen über einen gesicherten Server-Pfad direkt auf den Server des KKSBB übertragen. Sie enthalten keine personenbezogenen Daten und werden vom KKSBB über Seafile dem SOCIUM zur Auswertung übermittelt.

6.2 Kontaktaufnahme zu den Einrichtungen, Information der Pflegebedürftigen und Einverständnis

Die erste Kontaktaufnahme zu den Einrichtungen und die Information zur Studie erfolgt über die Bundesverbände der Leistungsanbieter. An diese werden die Teilnahmebereitschaft der Einrichtungen zurückgemeldet. Die Kontaktdaten dieser Einrichtungen werden an die Universität Bremen übermittelt. Aus diesen potenziellen Teilnehmern wird eine quotierte Stichprobe erstellt. Den Einrichtungen werden daraufhin schriftliche Informationsschreiben zur Verfügung gestellt, mit denen die Einrichtungsleitungen, die Mitarbeiter und die Pflegebedürftigen der Einrichtungen über die Ziele und Abläufe der Studie aufgeklärt werden (siehe A 1.2 und A 4.3-5).

Die Pflegebedürftigen der teilnehmenden Einheit der Einrichtung und/oder ihre rechtlichen Vertreter werden in einem persönlichen Gespräch durch einen Mitarbeiter der Einrichtung auf Basis des Informationsschreibens um ihre Studienteilnahme gebeten. Dabei werden sämtliche rechtlichen Belange, wie Freiwilligkeit, Recht zum Widerruf und Datenschutz explizit berücksichtigt. Bei Pflegebedürftigen die sich in rechtlicher Betreuung befinden, wird die Zustimmung des Betreuenden eingeholt und nur beim Vorliegen dieser ist eine Studienteilnahme möglich. Das schriftliche Einverständnis nach Aufklärung wird von dem Pflegebedürftigen selbst (oder von ihrem/seinem gesetzlichen Betreuer) erbeten („informed consent“). Jeder Pflegebedürftige gilt so lange als einwilligungsfähig, solange sie/er keine/n Betreuer/in hat oder die aufklärende Person nicht den Eindruck gewinnt, die aufzuklärende Person sei in der aktuellen Situation nicht in der Lage, das für sie/ihn Wesentliche des Gesprächs zu begreifen. Im Verlauf der Studie wird ein „ongoing consent“ beachtet, der ggf. auch nonverbale Äußerungen berücksichtigt.

Nach dem schriftlichen Einverständnis der Pflegebedürftigen oder ihrer gesetzlichen Betreuer werden Namen und Zimmernummer dieser Personen über eine gesicherte Serververbindung an das KKSBB übersandt. Durch dieses Vorgehen erhält das Studienteam/KKSBB erst nach einer Einwilligung in die Studienteilnahme entsprechende Kontaktdaten der Studienteilnehmer.

6.3 Pseudonymisierung

Während der Studie ist es notwendig personenbezogene Daten zu erheben, da ansonsten eine Durchführung nicht oder nur mittels eines erheblichen, unzumutbaren Mehraufwandes möglich ist. Es ist sinnvoll und erforderlich, dass die teilnahmebereiten Pflegebedürftigen durch ihre Namen von den Gutachtern und den Datenerhebern in den Einrichtungen identifizierbar sind. Dadurch kann sichergestellt werden, dass schnell und fehlerfrei zwischen Teilnehmern und nicht-teilnehmenden Be-

wohnern unterschieden werden kann. Über Art und Umfang der erhobenen personenbezogenen Daten werden die TeilnehmerInnen in der Einwilligungserklärung (bzw. dem Informationsschreiben, das der Einwilligungserklärung vorausgeht) informiert. Die Verwendung personenbezogener Daten ist vor allem bei der Beschattung der Mitarbeiter und der Erfassung der Pflegeintervention notwendig, da ansonsten eine simultane Erfassung und Überprüfung zwischen (auf den Zustand des individuellen Pflegebedürftigen bezogenen) Anforderungen und den (auf den Qualifikationsgrad des individuellen Mitarbeiters bezogenen) Fähigkeiten nicht gewährleistet werden kann. Es werden hierzu im Verlauf zur Studienorganisation und zum Betrieb der Erhebungssoftware unterschiedlichen Pseudonyme erstellt. Neben den Teilnehmern (Heimbewohner und Pflegepersonal) wird auch eine ID für die teilnehmenden Einrichtungen erstellt. Alle Pseudonyme werden dabei bereits in der Erzeugung der jeweiligen Stammdaten – also vor Einbezug der Einrichtungen, Mitarbeiter und Pflegebedürftigen in die Studie – generiert und somit innerhalb der Daten als Verbindungsschlüssel der unterschiedlichen Datenquellen verwendet. In der Datenerfassung werden die Datensätze in eigenen Datentabellen erzeugt und sowohl die Personendaten der Pflegebedürftigen als auch der Mitarbeiter und die Daten der Einrichtungen pseudonymisiert abgelegt, da an dieser Stelle eine *direkte* Rückverfolgbarkeit der Daten nicht mehr erforderlich ist. In einer separaten Datei werden Pseudonym und Klarnamen noch solange aufbewahrt, wie dies (a) für den vollständigen technischen Betrieb der Studiendatenbanken notwendig ist und diese Daten (b) noch zur Fehlerprüfung dienlich sein können. Nach der Erstellung des finalen Datenausguges, der zur abschließenden Datenauswertung für den Endbericht des Gesamtprojektes genutzt wird, werden diese Schlüsseldateien gelöscht, wodurch es ab diesem Zeitpunkt nicht mehr möglich ist, dem Pseudonym einer Person/Einrichtung zuzuordnen. Daten, die zur Auswertung vorgesehen sind, werden entsprechend nur in pseudonymisierter Form vom Kompetenzzentrum für Klinische Studien (KKSb) den Mitarbeitern des SOCIUM zur Verfügung gestellt.

6.4 Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgt wie unter Punkt 4.3 beschrieben. Der dazu notwendige Datenaustausch mit der Datenbank und der Software erfolgt dabei immer und ausschließlich über eine gesicherte und verschlüsselte Datenleitung.

6.5 Datenfluss/Datenhaltung

Die unterschriebene Einverständniserklärung verbleibt in der Pflegeeinrichtung und kann dort bei Bedarf z.B. von den Gutachtern eingesehen werden. Die Liste der teilnehmenden Bewohner wird über eine verschlüsselte Datenverbindung auf den Server des KKSb hochgeladen. Den Bewohnern wird im Anschluss eine eindeutige ID zugeordnet, die für die weitere Datenerhebung das Identifikationsmerkmal darstellt.

Der Datenfluss in dieser Studie ist schematisch im Angang als Datenflussdiagramm dargestellt (Anhang I). Die Datenhaltung erfolgt ausschließlich auf dem Server des Kompetenzzentrums für Klinische Studien Bremen (KKSb).

7. Datenschutzvorkehrungen

7.1 In den Pflegeeinrichtungen

Die Rekrutierung der Studienteilnehmer erfolgt durch die Pflegeeinrichtungen selbst. Diesen werden die entsprechenden Informationsschreiben und Einverständniserklärungen vom SOCIUM zur Verfügung gestellt. Die unterschriebenen Einverständniserklärungen verbleiben in den Einrichtungen und werden der entsprechenden Pflege-Akte hinzugefügt oder in einem separaten Ordner aufbewahrt und können dort bei Bedarf eingesehen werden. Dadurch ist gewährleistet, dass die Einverständniserklärung denselben Schutzvorkehrungen unterliegt, wie die übrigen personenbezogenen Daten in den einzelnen Einrichtungen. Das Kompetenzzentrum für Klinische Studien (KKSb) erhält über eine gesicherte Datenleitung lediglich eine Liste der teilnehmenden Pflegebedürftigen und Mitarbeiter, welche das KKSb dann Careful auf dem Server des KKSb zur Verfügung stellt, um diese Namen in die Software zur Beschattung und Pflegeplanung zu integrieren. Nach Abschluss der Studie werden die Einverständniserklärungen vernichtet. Dazu können diese an das KKSb zur datensicheren Vernichtung übersendet werden oder von den Einrichtungen direkt einer Vernichtung zugeführt werden. Letzteres ist dem KKSb schriftlich zu bestätigen.

Zur praktischen Durchführung der Studie in den Pflegeeinrichtungen ist es notwendig personenbezogene Daten und auch Klarnamen zu verwenden, da eine Identifizierung der Pflegebedürftigen vor Ort nur sinnvoll durch die – ohnehin an den Zimmertüren veröffentlichten – Namen erfolgen kann. Eine Beschattung der Pflegekräfte wäre – ohne eine massive Veränderung der zu beobachtenden Leistungserbringung – nicht angemessen möglich, wenn nicht eine eindeutige, sichere und schnelle Identifikation von teilnehmenden und nicht-teilnehmenden Pflegebedürftigen möglich ist. Die Klarnamen zur Identifikation der Studienteilnehmer liegen dabei nur auf dem Server des KKSb und werden über eine gesicherte Datenleitung auf die Tablet Computer übertragen.

7.2 Pflegegutachter, MDKs, Medicproof

Die in der Studie eingesetzten Gutachter sind erfahrene Gutachter der MDKs oder von Medicproof. Sie erstellen Ihre Gutachten wie gewohnt über die EDV-Systeme der jeweiligen Prüforganisationen. Sie übertragen somit auch die Daten auf dem üblichen datengesicherten Weg an die zuständigen MDKs oder an Medicproof. Alle Beteiligten verarbeiten die personenbezogenen Daten in der üblichen datengeschützten Weise und treffen geeignete technische Maßnahmen, um die Trennung der Studiendaten, von den übrigen Gutachten zu gewährleisten (z.B. getrennte Datenbanksysteme). Die erhobenen Studiendaten, werden zum frühestmöglichen Zeitpunkt gelöscht, spätestens jedoch mit Abschluss der Studie.

7.3 Datenerheber

Die in der Studie eingesetzten Datenerheber sind erfahrene Pflegekräfte der MDKs, des PKV-Prüfdienstes, von Einrichtungen privater oder freigemeinnütziger Träger oder in freiberuflicher Tätigkeit. Alle beteiligten Datenerheber sind in einer speziellen Schulung über die Ziele der Studie und die Bedienung der Erhebungshard- und -software aufgeklärt worden. Sie sind zur Vertraulichkeit in Bezug auf Studiendaten und alle Informationen, von denen sie im Kontext der Studie Kenntnis erlangen, verpflichtet worden. Alle Beteiligten verarbeiten die personenbezogenen Daten in der üblichen datengeschützten Weise. Alle erhobenen Daten werden durch die Erhebungssoftware direkt auf den Server des KKSb übertragen. Eine gesonderte Datenhaltung der Datenerheber erfolgt nicht.

7.4 SOCIUM

Alle an der Studie beteiligten Mitarbeiter des SOCIUM unterliegen der Schweigepflicht. Sie wurden vom Leiter (Prof. Dr. Heinz Rothgang) angewiesen, die Ihnen anvertrauten Daten streng vertraulich zu behandeln und nur zum vorgesehenen Studienzweck zu verwenden. Eine entsprechende Erklärung wurde von allen Mitarbeitern des SOCIUMs unterschrieben.

Alle an Auswertung der Studie beteiligten Personen arbeiten nach Abschluss der Datenplausibilitätsprüfung ausschließlich mit anonymisierten Daten. Alle Daten werden auf passwortgeschützten Computern und einem Seafile-Ordner vorgehalten und verarbeitet, auf den nur die jeweiligen Mitarbeiter Zugriff haben.

7.5 Technische und organisatorische Datenschutzmaßnahmen am KKS

Zutrittskontrolle und bauliche Gegebenheiten

Für Außenstehende des KKS existieren mehrfache Zugangssperren. Ein Zutritt zum KKS erfolgt nur mit Schlüssel oder erfordert das Passieren einer Zutrittskontrolle. Diese erfolgt an der zutrittsgesicherten KKS-Eingangstür für Besucher durch die Anmeldung im Sekretariat und einen Eintrag im Besucher-Log. Zusätzlich sind die Räume des KKS alarmgesichert und es liegt eine bauliche Trennung des Serverraumes vor.

Zugangskontrolle

Das Log-In der Studienrechner ist passwortgeschützt. Nur in der Windows-Benutzerkontenverwaltung eingetragene User können sich einloggen. Alle verwendeten Rechner sind passwortgeschützt und während der Abwesenheit von berechtigten Personen gesperrt.

Zugriffskontrolle

Der Zugriff erfolgt ausschließlich durch autorisierte Mitarbeiter des KKS und der Cairful GmbH, die im Projekt Personalbemessung mitarbeiten.

Die Datenbanken, in denen die Studiendaten gespeichert sind, sind auf User-Ebene passwortgeschützt. Dadurch haben Mitarbeiter des KKS und der Cairful GmbH nur auf die Daten und Datenbanken Zugriff für die ihnen die Berechtigung erteilt worden ist. Alle verwendeten Rechner sind passwortgeschützt und während der Abwesenheit von berechtigten Personen gesperrt.

Auftragskontrolle

Die Daten werden ausschließlich von den für die Studie beauftragten Mitarbeitern des KKS verarbeitet. Diese Mitarbeiter kennen die Ziele der Studie, das Datenschutzkonzept sowie die SOPs des KKS. Die mit dem Datenmanagement betrauten Mitarbeiter des KKS werden vom Leiter (Prof. Dr. Werner Brannath) der Abteilung der Biometrie oder dem Geschäftsführer (Dr. Stephan Kloep) des KKS angewiesen, die Ihnen anvertrauten Daten streng vertraulich zu behandeln und sie nur zum vorgesehenen Studienzweck zu verwenden. Eine entsprechende Erklärung wird von allen Mitarbeitern des KKS unterschrieben.

Verfügbarkeitskontrolle

Die Verfügbarkeit der Daten auf dem KKS-Server wird über zwei Maßnahmen gesichert.

1. Sicherung: Die Daten auf dem KKS-B-Server werden permanent auf zwei Festplatten parallel geschrieben, geändert und gespeichert (RAID). Dadurch wird ein Datenverlust durch einen Defekt einer Festplatte vermieden.
2. Sicherung: extern auf einem Server in einen passwortgeschützten TrueCrypt-Container mit täglicher automatischer differentieller Sicherung und monatlicher Vollsicherung. Für den Zugang zum Server ist eine gesicherte Verbindung eingerichtet.

Zweckbindung: Getrennte Verarbeitung der Daten

Alle Daten der Studie werden zum selben Zweck (den festgelegten Studienzielen) erhoben und verarbeitet. Daten anderer Studien werden in einer anderen Datenbank mit einem anderen Passwort verarbeitet und gespeichert.

Die im Rahmen dieser Studie erhobenen Daten werden nicht an Dritte weitergegeben und werden gelöscht, sobald das Forschungsziel dieses erlaubt, d.h. wenn die Datenerhebung und Plausibilitätsprüfung abgeschlossen ist.

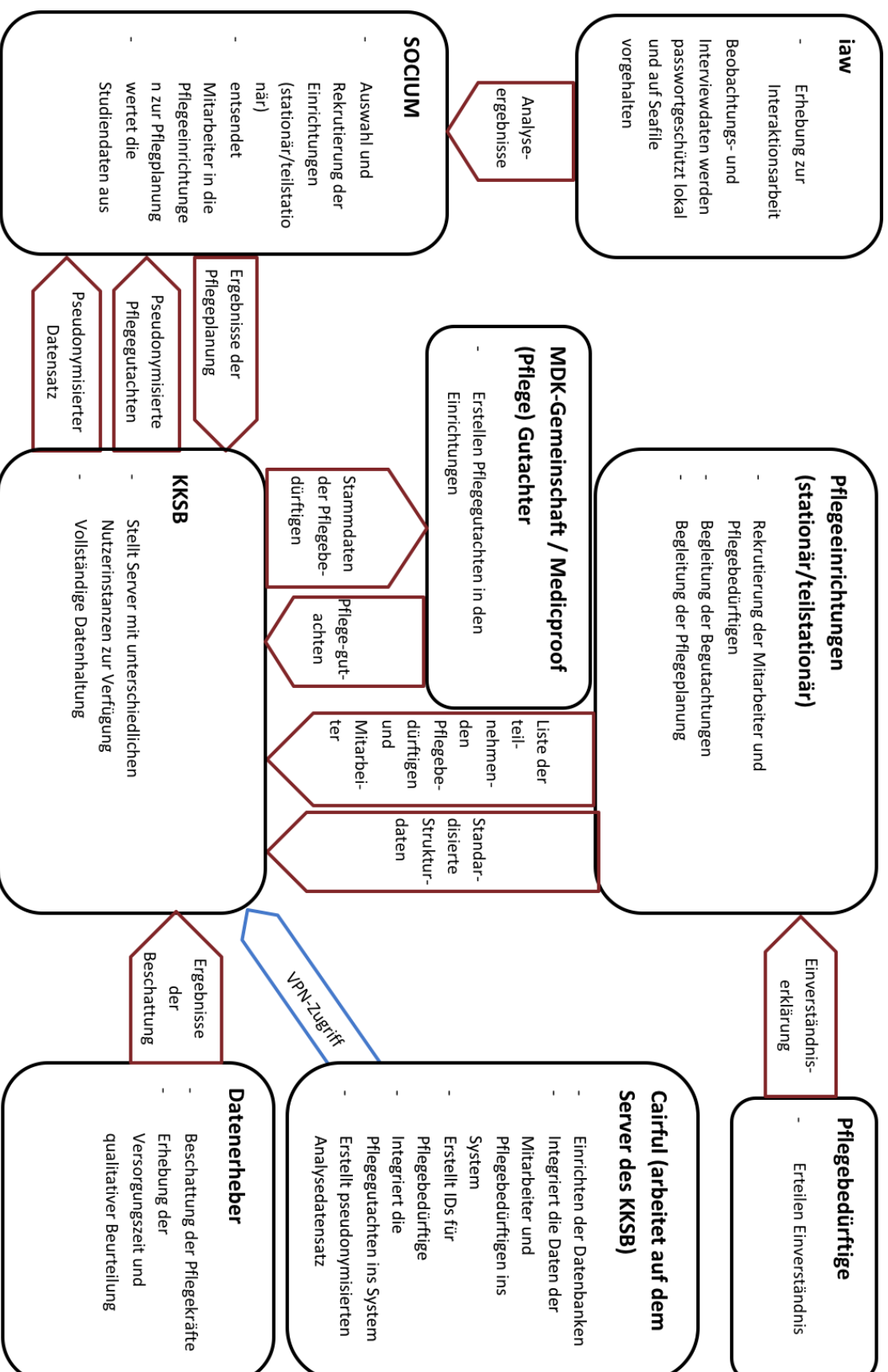
7.6 Kontrolle durch den Datenschutzbeauftragten

Das gesamte Vorgehen unterliegt der Kontrolle der Landesbeauftragten für Datenschutz in Bremen. Das vorliegende Datenschutzkonzept ist Grundlage der datenschutzrechtlichen Prüfung.

8. Anhang

- I. Schaubild Datenfluss im Projekt**
- II. Informationsschreiben für teilnehmende Einrichtungen (A.4.3)**
- III. Informationsschreiben für die Mitarbeiter (A 4.4)**
- IV. Informationsschreiben und Einverständniserklärung für die Pflegebedürftigen (A 4.5)**
- V. Informationsschreiben zur Interaktionsarbeit (A 1.2)**

Schaubild Datenfluss im Projekt



A 4.2 Studieninformation zur Rekrutierung der Einrichtungen

Kurzkonzeption zur empirischen Studie in stationären und teilstationären Einrichtungen im Rahmen des Projektes

„Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI“

1. Ziel

Das Ziel des Gesamtprojektes besteht darin, ein Personalbemessungsverfahren zu erarbeiten, das auf wissenschaftlicher Basis nach Qualifikationsniveaus differenzierte Personalmengen (Soll-Werte) errechnet, die als Grundlage für Landesrahmenverträge und Verhandlungen auf Ebene der Einrichtungen genutzt werden können.

2. Grundgedanke

In den stationären und teil-stationären Sektoren, die hier betrachtet werden, entstehen diese Personalmengen in Relation zu den jeweiligen Bewohnerzahlen und -strukturen der Einrichtungen. Ausschlaggebend sind dabei jeweils die Anzahl der versorgten Pflegebedürftigen und deren individuelle Einschränkungen der Selbständigkeit auf Basis des NBA:

Die Personenkonstellationen werden anhand der individuellen Kombination der fünf einstufigsrelevanten NBA-Module (nachfolgend: NBA-Konstellationen) erfasst. Grundannahme ist also, dass bei gleichen NBA-Konstellationen sehr ähnliche Pflegebedarfe vorliegen. Es werden die korrespondierenden Personalmengen pro Pflegebedürftigen ermittelt und für das Personalbemessungsverfahren genutzt.

Empirisch werden für diese Bewohner die tatsächlichen durchschnittlichen Versorgungszeiten mittels einer empirischen Studie auf breiter Grundlage erfasst.

Dabei bewerten hochqualifizierte Datenerheber die Leistungserbringung anhand eines im Projekt erarbeiteten Rasters und sind so in der Lage, fehlende bzw. nicht notwendige Versorgung zu identifizieren und zu quantifizieren, um so gemessene IST-Werte in SOLL-Werte zu transformieren, die letztlich für die Personalbemessung genutzt werden.

3. Einbezogene Einrichtungen und Pflegebedürftige

Geplant ist, dass als Brutto-Datenbasis, für die NBA-Gutachten zu erstellen sind, rund 2.500 Pflegebedürftige aus ca. 40 stationären und 15 teilstationären Erhebungseinheiten in die Studie einbezogen werden. Eine Erhebungseinheit kann im Sinne des Projektes eine Einrichtung oder auch eine abgeschlossene Organisationseinheit innerhalb einer Einrichtung sein. Für die Netto-Datenbasis, bei der eine Datenerhebung stattfindet, sollen im stationären Bereich als Zielgröße einer Erhebungseinheit etwa 38 Bewohner, im teilstationären Bereich etwa 26 Pflegebedürftige angestrebt werden. Die Dif-

ferenz zwischen Brutto- und Netto-Datenbasis resultiert dabei daraus, dass in den Einrichtungen erfahrungsgemäß nicht alle Bewohner einbezogen werden können, für die ursprünglich eine Zustimmung vorlag.

3.1 Empirisches Vorgehen

Die empirische Erhebung erstreckt sich über einen Zeitraum von acht Monaten zwischen März 2018 und Oktober 2018. Dabei werden jeweils 4 oder 5 Erhebungseinheiten *parallel* bearbeitet. Jede teilnehmende Erhebungseinheit ist über einen Zeitraum von 3 Wochen in die Studie einbezogen:

In Woche 1 werden alle teilnehmenden Pflegebedürftigen durch Gutachter der MDK-Gemeinschaft bzw. von Medicproof gemäß NBA begutachtet. Hierzu ist es erforderlich, dass in 14 aufeinander folgenden Wochen in jeweils 4 oder 5 Einrichtungen rund 40 NBA-Gutachten pro Erhebungseinheit durchgeführt werden.

In Woche 2 werden durch Personal der Universität Bremen gemeinsam mit den zuständigen Pflegefachkräften der Einrichtungen für alle teilnehmenden Pflegebedürftigen standardisierte Pflegepläne erstellt.

In Woche 3 findet die Datenerfassung statt, indem jeder Mitarbeiter im Pflegedienst der teilnehmenden Erhebungseinheit in den Tagschichten durch einen Datenerheber „beschattet“ wird. Hierbei ist anzunehmen, dass – je nach Organisationsstruktur der teilnehmenden Einrichtungen – über 14 aufeinander folgende Wochen jeweils 3 bis 6 Mitarbeiter in jeder der beiden Tagschichten in jeder Erhebungseinheit durch jeweils einen Datenerheber beschattet werden müssen. Dies bedeutet über 14 Wochen einen Bedarf von rund 40 Datenerhebern pro Tag.

Abgestellt wird empirisch auf die 100 häufigsten NBA-Konstellationen, wodurch bereits für über 70% aller Fälle eine präzise Berücksichtigung der Pflegebedarfe erfolgt. Nicht empirisch zugängliche NBA-Konstellationen werden mathematisch abgeschätzt. Hierzu muss die qualitative und quantitative Leistungsmenge je NBA-Merkmalsskombination festgestellt werden. Es ist jeweils zu ermitteln, welche Leistungen wie häufig notwendig sind, welcher Zeitaufwand benötigt wird und mit welcher Qualifikation die Leistungen zu erbringen sind. Dazu sind mehrere Teilprozesse notwendig:

3.2 Erstellung einer Pflegeplanung

Von den wissenschaftlichen Mitarbeitern und Study Nurses der Universität Bremen werden für die teilnehmenden Pflegebedürftigen in stationären und teilstationären Einrichtungen *Pflegeplanungen* (Maßnahmenplanungen) erstellt. Eine grundlegende (nicht ausschließliche) Informationsbasis bildet hierbei das zu diesem Zeitpunkt vorliegende aktuelle NBA-Gutachten. Dieses wird durch die beteiligten Prüfdienste jeweils speziell aus Gründen der Studienbeteiligung in der ersten Woche der empirischen Phase in einer Einrichtung angefertigt. Aus der Informationssammlung werden die wesentlichen Pflegeprobleme abgeleitet und entsprechend der Ressourcen, Fähigkeiten und Potenziale des Pflegebedürftigen erreichbare Ziele definiert, die die Basis zur Zuordnung der notwendigen Pflegemaßnahmen bilden. Die Erstellung der Maßnahmenplanung erfolgt in Kooperation mit den Pflegeeinrichtungen und wird (soweit wie möglich) mit der pflegebedürftigen Person bzw. der rechtlichen Vertretung besprochen.

3.3 Datenerhebung der Leistungserbringung in den Tagschichten

Alle Pflegekräfte in den Einrichtungen werden durch einen „Schatten“ begleitet, der jede Maßnahme dokumentiert und gleichzeitig festhält, ob der tatsächliche Zeitaufwand den Kriterien einer fachgerechten Leistungserbringung genügt. Durch sie erfolgt somit sowohl die Messung der Zeitaufwände, als auch eine Bewertung, ob für die konkrete fachlich angemessene Leistungserbringung Zu- oder Abschläge erforderlich sind sowie das Festhalten von weiterführenden Beobachtungen, beispielsweise von spezifischen interaktiven Tätigkeiten. Zur praktischen Durchführung werden für die datenerhebenden Pflegefachkräfte Tablets eingesetzt, für die eine Anwendungsapplikation erstellt wird, um die zu messenden Pflege- und Betreuungsleistungen effektiv und fehlerfrei erfassen zu können. Ausdrücklich werden bei der Datenerhebung auch die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege maßnahmenspezifisch erfasst, so dass diese später auch in Umfang und Bedeutung nach NBA-Konstellation dargestellt werden können.

3.4 Zusätzliche Datenerhebung für den Nachtdienst

Während für die Tagdienste wie beschrieben ein vollständiges „Shadowing“ während der Leistungserbringung erfolgt, wird dies für den Bereich des Nachtdienstes nicht sinnvoll durchführbar sein. Hier wird deshalb ein Vorgehen gewählt, dass die Leistungen nicht primär individuumsbezogen erfasst, sondern eine Beurteilung des Gesamtnachtdienstes ermöglicht. Auf Basis der in den erstellten Pflegeplanungen verankerten SOLL-Maßnahmen im Nachtdienst wird hierzu eine Dokumentenanalyse durchgeführt, die bei ausgewählten Bewohnern die Erbringung nächtlicher Leistungen noch einmal fachlich überprüft. Ergänzend erfolgen danach Befragungen des Nachtdienstes durch das Forschungsteam der Universität Bremen und für jede stationäre Einrichtung die Begleitung eines einzelnen Nachtdienstes.

3.5 Ermittlung der Aufwände für Interaktionsarbeit

Zur Berücksichtigung der *Interaktionsarbeit* werden in ausgewählten Pflegeeinrichtungen die interaktiven Tätigkeiten durch qualitative Verfahren der teilnehmenden Beobachtung sowie unmittelbar daran anschließende Beobachtungsinterviews mit den beobachteten Pflegefachkräften erhoben und ermittelt. Dabei liegt der Fokus darauf, wo Interaktionsarbeit im Rahmen von Pfl egetätigkeiten auftaucht, um welche spezifischen interaktiven Tätigkeiten es sich dabei handelt und welche erfahrungsbasierten Zeitbedarfe dafür zu erkennen und aus der Perspektive der Pflegekräfte zu kalkulieren sind.

A 4.3 Informationsschreiben für Pflegeeinrichtungen

Informationsschreiben für Pflegeeinrichtungen

zur Studie „Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI“

Stand: 28.03.2018

Sehr geehrte Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen,

herzlichen Dank für Ihre Bereitschaft, bei unserer Studie zum Personalbedarf in Pflegeeinrichtungen mitzuwirken. Sie leisten damit einen nicht zu ersetzenden Beitrag zur Weiterentwicklung Pflege und des Pflegeversicherungssystems in Deutschland.

Wie Ihnen bekannt ist, hat die Universität Bremen durch die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI den Auftrag erhalten, ein Personalbemessungsverfahren zu entwickeln, das eine einheitliche Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen ermöglichen soll. Hierzu sollen berücksichtigt werden:

- Die Anzahl der versorgten Pflegebedürftigen und ihre Merkmale, wie sie im Rahmen der Pflegebegutachtung mit dem aktuellen Begutachtungsinstrument (BI) erhoben werden
- Die notwendigen Leistungen in Art, Umfang und Häufigkeit
- Die Qualifikationsanforderungen der Mitarbeiter*innen für die jeweiligen Leistungen
- Einrichtungs- und länderspezifische Rahmenbedingungen
- In die Gesamtstudie werden rund 2.500 teilnehmende Pflegebedürftige aus 56 stationären und 12 teilstationären Einrichtungen einbezogen.

Um das Ziel eines einheitlichen Bemessungsverfahrens zu erreichen, wird ermittelt, welche Erbringungszeiten für die fachgerechte Pflege von Pflegebedürftigen mit unterschiedlichen Ausprägungen von Pflegebedürftigkeit erforderlich sind. Unter der Annahme, dass bei Pflegebedürftigen mit vergleichbarer Pflegebedürftigkeit ähnliche Pflegebedarfe vorliegen, kann auf dieser Grundlage die erforderliche Personalmenge für jeden Pflegebedürftigen bestimmt werden. Unter Einbezug aller Pflegebedürftigen einer Pflegeeinrichtung entsteht dann eine nach Qualifikationsstufen differenzierte Gesamtpersonalmenge.

Zeitlicher Rahmen und Ablauf:

Die empirische Erhebung erstreckt sich über den Zeitraum zwischen März 2018 und Oktober 2018. Ein spezifischer Termin für die Studiendurchführung in Ihrer Einrichtung ist Ihnen bereits per Mail zugegangen.

Die für diese Berechnungen erforderliche Datenerhebung umfasst insgesamt drei Schritte, die sich in jeder Einrichtung über einen Zeitraum von drei, in einigen Fällen vier Wochen erstrecken.

Im ersten Schritt begutachten Mitarbeiter*innen der MDK-Gemeinschaft bzw. von Medicproof alle teilnehmenden Pflegebedürftigen hinsichtlich ihrer individuellen Pflegebedürftigkeit. Die Ausprägung

der Pflegebedürftigkeit wird mit dem bekannten Begutachtungsinstrument ermittelt. Diese Begutachtung hat dabei jedoch keinen Einfluss auf den gültigen Pflegegrad der Pflegebedürftigen, sondern hat im Rahmen der Studie nur wissenschaftliche Relevanz.

Im zweiten Schritt erstellen wissenschaftliche Mitarbeiter*innen der Universität Bremen gemeinsam mit den Pflegekräften vor Ort softwaregestützt Tagesablaufplanungen. Diese enthalten für jeden teilnehmenden Pflegebedürftigen die individuell notwendigen Pflege- und Betreuungsmaßnahmen. Die Planungen basieren auf der vorangegangenen Begutachtung, der bestehenden Pflegedokumentation und -planung und den individuellen Informationen zu den Pflegebedürftigen seitens der Pflegekräfte.

Im dritten Schritt werden bei den teilnehmenden Pflegebedürftigen die Erbringungszeiten der Pflege- und Betreuungsleistungen erhoben. Dazu werden im Erhebungszeitraum alle Pflegekräfte während des Dienstes von einem/einer Datenerheber*in begleitet, die selbst Pflegefachkraft ist. Während die Pflegekräfte die Pflege- und Betreuungsleistungen ausführen, wird die aufgewendete Zeit erfasst. Der/die Datenerheber*in nutzt hierfür einen tragbaren Computer (Tablet), auf dem die Tagesablaufplanungen der teilnehmenden Pflegebedürftigen zu sehen sind und ergänzt etwaige Bedarfsleistungen. Darüber hinaus wird die fachliche Angemessenheit der Leistungserbringung dokumentiert. Abweichungen werden festgehalten und fachlich danach beurteilt, ob die Erbringungszeit angemessen, zu kurz oder zu lang war. Zwischen den Pflegekräften und den Datenerheber*innen erfolgt bei Bedarf ein Abgleich der Situationseinschätzung. Jegliche Informationen werden von den Datenerheber*innen streng vertraulich behandelt. Es erfolgt keine Rückmeldung an Kollegen oder den Arbeitgeber. Alle Studienmitarbeiter*innen sind explizit zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Die Datenerfassung erfolgt über 5 Tage in jeweils vier Früh- und Spätdiensten. Die Erhebung im Nachtdienst erfolgt für eine Nacht. Planungen und Datenerhebungen können sowohl unter der Woche als auch am Wochenende und an Feiertagen stattfinden.

Ein Teil der Mitarbeiter, die nicht in die vorgenannte Datenerhebung einbezogen sind, werden zudem gebeten, ein einfaches strukturiertes Protokoll über Ihren Arbeitsablauf zu führen.

Einbezogene Pflegebedürftige:

Eingeschlossen werden können alle volljährigen Pflegebedürftigen, die zum Zeitpunkt der Datenerhebung nicht mechanisch beatmet werden. Es muss eine schriftliche Einwilligung jedes teilnehmenden Pflegebedürftigen bzw. der rechtlichen Vertretung vorliegen. Die Vorlage für die Einwilligungserklärung wird Ihnen von der Universität Bremen zur Verfügung gestellt.

Aufwandsschätzung:

Der für Sie zu erwartende Aufwand ergibt sich aus mehreren notwendigen Schritten:

- Verteilung des Informationsschreibens an die Pflegebedürftigen bzw. deren rechtliche Vertretungen (das Informationsschreiben wird von der Universität Bremen bereitgestellt)
- Einverständniserklärung der teilnehmenden Pflegebedürftigen und/oder der rechtlichen Betreuung einholen
- Information des Pflegepersonals (das Informationsschreiben wird von der Universität Bremen bereitgestellt)

- Ausfüllen eines Erhebungsbogens zu den Strukturdaten der Einrichtung, zu den teilnehmenden Pflegebedürftigen und den zum Erhebungszeitraum eingesetzten Mitarbeiter*innen
- Koordination der Gutachter*innen von MDK oder Medicproof und Begleitung durch das Pflegepersonal
- Begleitung der softwaregestützten Planung der Tagesabläufe der Mitarbeiter*innen der Universität Bremen. Der zeitliche Aufwand bei 40 teilnehmenden Bewohnern wird beispielhaft auf fünf Tage geschätzt.
- Die Datenerheber*innen arbeiten überwiegend selbständig. Aus diesem Grund reicht es aus, wenn in dieser Phase eine Ansprechperson aus der Pflegeeinrichtung erreichbar ist.

Datenschutz:

Für die Durchführung der Studie wurde ein Datenschutzkonzept erarbeitet, welches mit der Rechtsstelle und der Datenschutzbeauftragten der Universität Bremen abgestimmt ist. Auf Anfrage kann das Datenschutzkonzept weitergeleitet werden. Alle Daten werden pseudonymisiert erfasst, sodass keine Rückschlüsse auf einzelne Pflegebedürftigen, Pflegefachkräfte und die Pflegeeinrichtung möglich sind.

Ansprechpartner:

Bei weiteren Fragen wenden Sie sich gerne direkt an den Projektkoordinator an der Universität Bremen, Thomas Kalwitzki, unter der Telefonnummer 0421-218-58544.

Wir bedanken uns bei Ihnen für Ihre Unterstützung!

A 4.4 Informationsschreiben für die Mitarbeiter*innen

Informationsschreiben für Mitarbeiter*innen

zur Studie „Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI“

Stand: 28.03.2018

Sehr geehrte Mitarbeiter*innen,

herzlichen Dank für Ihre Bereitschaft, bei unserer Studie zum Personalbedarf in Pflegeeinrichtungen mitzuwirken. Sie leisten damit einen nicht zu ersetzenden Beitrag zur Weiterentwicklung der Pflege und des Pflegeversicherungssystems in Deutschland.

Die Universität Bremen hat durch die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI den Auftrag erhalten, ein Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen zu entwickeln. Hierzu sollen berücksichtigt werden:

- die Anzahl der versorgten Pflegebedürftigen und ihre Merkmale, wie sie im Rahmen der Pflegebegutachtung mit dem aktuellen Begutachtungsinstrument (BI) erhoben werden,
- die notwendigen Leistungen in Art, Umfang und Häufigkeit und
- die Qualifikationsanforderungen an die Mitarbeiter*innen für die jeweiligen Leistungen

Um dieses Ziel zu erreichen, wird ermittelt, welche Erbringungszeiten für die fachgerechte Pflege von Pflegebedürftigen mit unterschiedlichen Ausprägungen von Pflegebedürftigkeit erforderlich sind. Unter der Annahme, dass bei Pflegebedürftigen mit vergleichbarer Pflegebedürftigkeit ähnliche Pflegebedarfe vorliegen, kann auf dieser Grundlage die erforderliche Personalmenge für jeden Pflegebedürftigen bestimmt werden. Unter Einbezug aller Pflegebedürftigen einer Pflegeeinrichtung entsteht dann eine nach Qualifikationsstufen differenzierte Gesamtpersonalmenge.

Ablauf der Datenerhebung

Die für diese Berechnungen erforderliche Datenerhebung umfasst insgesamt drei Schritte, die sich in jeder Einrichtung über einen Zeitraum von drei Wochen erstrecken.

Im ersten Schritt begutachten Mitarbeiter*innen der MDK-Gemeinschaft bzw. von Medicproof alle teilnehmenden Pflegebedürftigen hinsichtlich ihrer individuellen Pflegebedürftigkeit. Die Ausprägung der Pflegebedürftigkeit wird mit dem bekannten Begutachtungsinstrument ermittelt. Diese Begutachtung hat dabei jedoch keinen Einfluss auf den gültigen Pflegegrad der Pflegebedürftigen, sondern hat im Rahmen der Studie nur wissenschaftliche Relevanz.

Im zweiten Schritt erstellen wissenschaftliche Mitarbeiter*innen der Universität Bremen gemeinsam mit den Pflegekräften vor Ort softwaregestützt Tagesablaufplanungen. Diese enthalten für jeden teilnehmenden Pflegebedürftigen die individuell notwendigen Pflege- und Betreuungsmaßnahmen. Die Planungen basieren auf der vorangegangenen Begutachtung, der bestehenden Pflegedokumentation und -planung und den individuellen Informationen zu den Pflegebedürftigen seitens der Pflegekräfte.

Im dritten Schritt werden bei den teilnehmenden Pflegebedürftigen die Erbringungszeiten der Pflege- und Betreuungsleistungen erhoben. Dazu werden im Erhebungszeitraum alle Pflegekräfte während

des Dienstes von einem/einer Datenerheber*in begleitet, die selbst Pflegefachkraft ist. Während die Pflegekräfte die Pflege- und Betreuungsleistungen ausführen, wird die aufgewendete Zeit erfasst. Der/die Datenerheber*in nutzt hierfür einen tragbaren Computer (Tablet), auf dem die Tagesablaufplanungen der teilnehmenden Pflegebedürftige zu sehen sind und ergänzt etwaige Bedarfsleistungen. Darüber hinaus wird die fachliche Angemessenheit der Leistungserbringung dokumentiert. Abweichungen werden festgehalten und fachlich danach beurteilt, ob die Erbringungszeit angemessen, zu kurz oder zu lang war. Zwischen den Pflegekräften und den Datenerheber*innen erfolgt bei Bedarf ein Abgleich der Situationseinschätzung. Jegliche Informationen werden von den Datenerheber*innen streng vertraulich behandelt. Es erfolgt keine Rückmeldung an Kollegen oder den Arbeitgeber. Alle Studienmitarbeiter*innen sind explizit zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Die Datenerfassung erfolgt über 5 Tage in jeweils vier Früh- und Spätdiensten. Die Erhebung im Nachtdienst erfolgt für eine Nacht. Planungen und Datenerhebungen können sowohl unter der Woche als auch am Wochenende und an Feiertagen stattfinden.

Welche Daten werden erhoben und wie werden diese Daten geschützt?

Zu jeder Pflegekraft werden für den Zeitraum der Datenerhebung Name und Vorname, das Geschlecht und die Qualifikation erfasst. Name und Vorname werden ausschließlich während der Datenerhebung verwendet und im Anschluss durch eine Identifikationsnummer ersetzt, die keine Rückschlüsse auf die Einzelperson zulässt.

Für die Durchführung der Studie wurde ein Datenschutzkonzept erarbeitet, welches mit der Rechtsstelle und der Datenschutzbeauftragten der Universität Bremen abgestimmt ist. Auf Anfrage kann das Datenschutzkonzept weitergeleitet werden. Alle Daten werden pseudonymisiert erfasst, sodass keine Rückschlüsse auf einzelne Bewohner, Pflegefachkräfte und die Pflegeeinrichtung möglich sind.

Sämtliche Informationen, die im Rahmen des Projektes erhoben werden, unterliegen der Vertraulichkeit. Das gesamte Studienpersonal unterliegt im Hinblick auf alle personenbezogenen Daten der Verschwiegenheit. Alle personenbezogenen Daten werden pseudonymisiert, datenschutzkonform und sicher verwahrt und sind nur den Forscher*Innen dieser Untersuchung zugänglich.

Was passiert mit den Daten?

Die erhobenen Daten werden von der Universität Bremen ausgewertet. Sie sollen Aufschluss geben, wie viel und welches Pflegepersonal erforderlich ist, um bei Personen mit verschiedenen Einschränkungen eine fachlich angemessene Pflege zu erbringen. Sie können also einen Beitrag dazu leisten, dass für eine angemessene Pflege auch eine entsprechende Menge an Pflegepersonal zur Verfügung steht.

Die Ergebnisse werden in einem Bericht zusammengefasst und dem Auftraggeber zur Verfügung gestellt. Sie und Ihre Einrichtung erhalten eine Zusammenfassung der Ergebnisse für die eigene Verwendung, nicht aber zur Weitergabe an Dritte.

Ansprechpartner

Bei weiteren Fragen sprechen Sie mit der Leitung Ihrer Einrichtung oder wenden Sie sich gerne direkt an den Projektkoordinator an der Universität Bremen, Thomas Kalwitzki, unter der Telefonnummer 0421-218-58544.

Wir bedanken uns bei Ihnen für Ihr Unterstützung!

A 4.5 Informationsschreiben und Einverständniserklärung für die Bewohner*innen

Informationsschreiben und Einverständniserklärung für Bewohner*innen stationärer Pflegeeinrichtungen und Gäste teilstationärer Pflegeeinrichtungen

zur Studie „Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI“

Stand: 28.03.2018

Sehr geehrte Damen und Herren,
sehr geehrte*r Betreuer*in oder Bevollmächtigte*r,

zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung hat der Gesetzgeber eine Reihe von Aufgaben formuliert, durch welche die zukünftige Pflegelandschaft mitgestaltet werden soll. Eine dieser Aufgaben ist eine Studie zur Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen mit deren Durchführung die Universität Bremen durch die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI beauftragt wurde.

Für die Studienteilnahme wurden Pflegeeinrichtungen in ganz Deutschland gewonnen. Ihre Einrichtung hat sich zu dieser Teilnahme bereit erklärt und wird in den nächsten Monaten über einen Zeitraum von etwa drei Wochen in die Studie eingebunden. Nun ist es für uns erforderlich, auch möglichst viele Bewohner*innen oder Gäste Ihrer Einrichtung für eine Teilnahme gewinnen zu können.

Hierfür bitten wir Sie um Ihre Unterstützung und Teilnahme.

Was ist das Ziel der Studie?

Das Ziel der Studie besteht darin, ein Personalbemessungsverfahren zu entwickeln, auf dessen Grundlage angemessene Personalmengen für die stationäre und die teilstationäre Pflege errechnet werden können. Grundlage hierfür sind die Ergebnisse der jeweiligen Pflegebegutachtung, die individuell notwendigen Pflege- und Betreuungsleistungen sowie die notwendigen Qualifikationen der Mitarbeiter*innen.

Wie läuft die Studie ab und wie kann ich teilnehmen?

Die Studie umfasst insgesamt drei Schritte in denen Ihre persönliche Zustimmung und Beteiligung wichtig ist:

Im ersten Schritt wird für jede*n teilnehmenden Bewohner*in oder Gast ein Pflegegutachten erstellt, um den aktuellen Pflegegrad zu ermitteln. Diese Aufgabe wird durch Mitarbeiter*innen von MDK und Medicproof übernommen. Das Studiengutachten hat keine Auswirkung auf Ihren bisherigen Pflegegrad, da die erhobenen Daten nicht an die Pflegekassen weitergegeben werden. Dieser Studienschritt entspricht einer regulären Pflegebegutachtung und wird für Sie einen zeitlichen Aufwand von rund einer Stunde bedeuten.

Im zweiten Schritt werden Mitarbeiter*innen der Universität Bremen zusammen mit den für Sie zuständigen Pflegekräften einen pflegerischen Tagesablaufplan erstellen. Hierbei werden die Mitarbeiter*innen der Universität Bremen Einsicht in Ihre Pflegedokumentation nehmen und weitere persönliche Informationen über Sie erhalten. Die Informationen werden ausschließlich für die Erstellung der Tagesplanung verwendet. Die Mitarbeiter*innen der Universität Bremen sind ausdrücklich zur Verschwiegenheit verpflichtet. Dieser Studienschritt bedeutet für Sie normalerweise keinen Aufwand.

Im dritten Schritt werden die Ihnen vertrauten Mitarbeiter*innen der Einrichtung bei ihrer Arbeit von speziell geschulten externen Pflegefachkräften begleitet. Diese fungieren als Datenerheber*innen und dokumentieren personenbezogen, welche Pflegeleistungen erbracht werden. Hierzu wird ein tragbarer Computer eingesetzt und die beobachteten Leistungen mit der benötigten Zeit festgehalten. Zudem werden die Ausführung der Pflegeleistung und die erforderliche Qualifikation der Mitarbeiter*innen erfasst. Sie haben in diesem Arbeitsschritt keinen zeitlichen Aufwand. Sie unterstützen uns jedoch durch Ihre Zustimmung, dass an fünf aufeinanderfolgenden Tagen bei den für Sie erbrachten Pflegeleistungen jeweils zusätzlich zu den Pflegekräften ein*e Datenerheber*in anwesend sein darf.

Wenn Sie an der Studie teilnehmen wollen, unterschreiben Sie bitte die beiliegende Einverständniserklärung. Die Teilnahme an der Studie ist für Sie als Bewohner*in oder Gast freiwillig. Sie können Ihre Zusage jederzeit ohne Angabe von Gründen oder einen Nachteil befürchten zu müssen, widerrufen. Ihre personenbezogenen Daten werden daraufhin umgehend gelöscht.

Welche Daten werden erhoben und wie werden diese Daten geschützt?

Im Anhang zu diesem Schreiben finden Sie eine vollständige Liste aller Daten, die für die Studie erhoben werden.

Für die Durchführung der Studie wurde ein Datenschutzkonzept erarbeitet, welches mit der Rechtsstelle und der Datenschutzbeauftragten der Universität Bremen abgestimmt ist. Auf Anfrage kann das Datenschutzkonzept weitergeleitet werden. Alle Daten werden pseudonymisiert erfasst. Ihr Name wird dabei durch eine Identifikationsnummer ersetzt, welche nicht zu Ihnen zurückverfolgt werden kann. So sind keine Rückschlüsse auf einzelne Bewohner*innen oder Gäste, Pflegefachkräfte und die Pflegeeinrichtung möglich.

Sämtliche Informationen, die im Rahmen des Projektes erhoben werden, unterliegen der Vertraulichkeit. Das Studienpersonal unterliegt im Hinblick auf alle persönlichen und personenbezogenen Daten der Verschwiegenheit. Alle personenbezogenen Daten werden pseudonymisiert, im Sinne des Datenschutzes sicher verwahrt und sind nur den Forscher*Innen dieser Untersuchung in pseudonymisierter Form zugänglich.

Was passiert mit den Daten?

Die erhobenen Daten werden von der Universität Bremen in einer Datenbank gespeichert und danach ausgewertet. Die Daten geben Aufschluss darüber, wie viel und welches Pflegepersonal erforderlich ist, um bei Personen mit verschiedenen Einschränkungen eine fachlich angemessene Pflege zu ermöglichen. Mit Ihrer Teilnahme tragen Sie also dazu bei, dass für eine angemessene Pflege auch eine entsprechende Menge an Pflegepersonal zur Verfügung steht.

Die Ergebnisse werden in einem Bericht zusammengefasst und dem Auftraggeber zur Verfügung gestellt. Sie und Ihre Einrichtung erhalten eine Zusammenfassung der Ergebnisse für die eigene Verwendung, nicht aber zur Weitergabe an Dritte.

Ansprechpartner

Bei weiteren Fragen sprechen Sie mit dem Pflegepersonal oder der Leitung Ihrer Einrichtung oder wenden Sie sich gerne direkt an den Projektkoordinator an der Universität Bremen, Thomas Kalwitzki, unter der Telefonnummer 0421-218-58544.

Wir bedanken uns bei Ihnen für Ihre Unterstützung!

Einverständniserklärung zum Studienvorhaben

Über die Bedingungen der Teilnahme an der Studie „*Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI*“

hat mich Frau/Herr _____ informiert.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- ich weiß, dass die Teilnahme freiwillig ist und ich die Teilnahme an der Studie jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne persönliche Nachteile abbrechen kann,
- ich das Informationsschreiben zur Studie erhalten, gelesen (vorgelesen bekommen) und den Inhalt verstanden habe,
- mir bewusst ist, dass für die Teilnahme an der Studie die Einsichtnahme in meine Pflegedokumentation erforderlich ist,
- ich weiß, dass die Pflegekräfte, die mich versorgen, während der Leistungserbringung an fünf aufeinander folgenden Tagen von einer Datenerheber*in begleitet werden. Diese*r Datenerheber *in beobachtet die Ausführung aller Maßnahmen und dokumentiert diese auf einem tragbaren Computer.
- ich weiß, dass mein Name und mein genaues Geburtsdatum nicht dauerhaft gespeichert werden und alle aus meinen Akten entnommenen Daten nur mit einer Identifikationsnummer versehen werden,
- ich Gelegenheit hatte, Nachfragen zu stellen und die Antworten verstanden habe und
- unter diesen Bedingungen an der Studie teilnehme.

Ich entbinde

- die Gutachter des MDK und der Medicproof GmbH für die Erfassung und Übermittlung der Begutachtungsdaten und
- die Pflegeeinrichtungen für die Pflegeplanung und Datenerhebung der Studie

von der Schweigepflicht gegenüber dem Studienpersonal und erlaube die Einsicht in meine Pflegedokumentation.

Mir wurde versichert, dass der Umgang mit meinen Daten und den Untersuchungsergebnissen den aktuellen Vorgaben der Datenschutzgesetze auf Bundes- und Landesebene entspricht und meine personenbezogenen Daten, die allein in der Identifikationsliste vorhanden sind, spätestens nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist gelöscht werden. Ab diesem Zeitpunkt sind die Forschungsdaten anonym und ein Rückschluss auf meine Person ist unmöglich.

Die Einwilligung wird von den Forschungsdaten separat verwahrt und nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist vernichtet. Ich weiß, dass mir das Studienteam auch in der Zukunft auftretende Fragen beantworten wird.

Ich erkläre hiermit meine freiwillige Teilnahme an dieser Studie.

Ort, Datum,

Vor- und Zuname des*r Teilnehmer*in
in Druckbuchstaben

Unterschrift

Ggf. Vor- und Zuname des Betreuers oder
Bevollmächtigten in Druckbuchstaben

Unterschrift

Vom Studienpersonal erhobene und für die Studie verwendete personenbezogene Daten:

Allgemeine Angaben

- Identifikationsnummer (wird innerhalb des Projektes vergeben)
- Alter, Geschlecht, Geburtsdatum, Größe und Gewicht
- Datum des Einzugs oder Datum des ersten Besuchs
- Richterlicher Beschluss zu freiheitsentziehenden Maßnahmen
- Krankheitsereignisse, außergewöhnliche Erkrankungen oder Belastungen
- Ablehnung von Prophylaxemaßnahmen
- Bewusstseinszustand
- Aktueller Pflegegrad
- Datum der aktuellen Einstufung oder der Überleitung

Angaben zur Mobilität

- Positionswechsel im Bett
- Stabile Sitzposition halten
- Aufstehen aus sitzender Position/Umsetzen
- Fortbewegen innerhalb der Einrichtung/des Wohnbereichs
- Treppensteigen

Angaben zu den kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten

- Personen aus dem näheren Umfeld erkennen
- Örtliche Orientierung
- Zeitliche Orientierung
- Gedächtnis
- Mehrschrittige Alltagshandlungen ausführen
- Entscheidungen im Alltagsleben treffen
- Sachverhalte und Informationen verstehen
- Risiken und Gefahren erkennen
- Mitteilung elementarer Bedürfnisse
- Verstehen von Aufforderungen
- Beteiligung an einem Gespräch
- Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes

Angaben zu Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen

- Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten
- Nächtliche Unruhe
- Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten
- Beschädigung von Gegenständen
- Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen
- Verbale Aggression

- Andere vokale Auffälligkeiten
- Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen
- Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen
- Ängste
- Antriebslosigkeit, depressive Stimmungslage
- Sozial inadäquate Verhaltensweisen
- Sonstige inadäquate Handlungen

Angaben zur Selbstversorgung

- Sondenernährung
- Parenterale Ernährung
- Blasenkontrolle/Harninkontinenz
- Darmkontrolle/Stuhlinkontinenz
- Künstliche Harnableitung
- Colo-/Ileostoma
- Körperpflege
- Ernährung
- Ausscheidung

Angaben zu krankheits- und therapiebedingten Anforderungen

- Medikation/Injektion/Infusion
- Absaugen/Sauerstoffgabe
- Einreibungen/Kälte-/Wärmeanwendungen
- Vitalzeichen
- Einsatz von Hilfsmitteln
- Wundversorgungen
- Versorgungen von Ableitungen
- Therapiemaßnahmen
- Arztbesuche
- Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen
- Diäten

Angaben zur Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

- Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen
- Ruhen und Schlafen
- Sich beschäftigen
- In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen
- Interaktion mit Personen im direkten Kontakt

Versorgungsrelevante Informationen

- Bewegungsmöglichkeiten außerhalb der Einrichtung/des Wohnbereichs
- Fähigkeiten zur Haushaltsführung

- Leistungen der medizinischen Rehabilitation
- Einsatz von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln
- Inanspruchnahme von Heilmitteln
- Einsatz von Präventionsmaßnahmen

Angaben zu möglichen Risiken

- Dekubitus
- Kontrakturen
- Soor- und Parodontitis
- Pneumonie

Ergänzende Angaben zur pflegerischen Planung

- Biographische Aspekte
- Notwendige pflegerische Maßnahmen
- Häufigkeit und Dauer pflegerischer Maßnahmen

A 4.6 Verpflichtungserklärung Datenerheber*innen

Vorhaben

Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI

Verpflichtungserklärung Vertraulichkeit, Neutralität und Unabhängigkeit

In dem vorgenannten Vorhaben wurde am 31.3.2017 der Universität Bremen im Ergebnis eines EU-weiten Vergabeverfahrens der Zuschlag für die Durchführung des Auftrags erteilt.

Ich, _____, werde im Rahmen dieses Projektes als Datenerheber fungieren. Diese Tätigkeit führe ich

- auf freiberuflicher Basis
- entsendet durch meinen Arbeitgeber _____

durch.

Als Vorbereitung des Einsatzes als Datenerheber habe ich am _____ in _____ an der verpflichtenden Schulung teilgenommen.

Mir ist bewusst, dass ich meine Tätigkeit als Datenerheber stets neutral und unabhängig wahrzunehmen und mir im Rahmen meiner Tätigkeit bekannt gewordene Informationen und Unterlagen stets vertraulich zu behandeln habe.

Hierzu werde ich die nachfolgenden Pflichten während meiner Tätigkeit beachten:

1. Ich verpflichte mich, dass ich meine Tätigkeit als Datenerheber jederzeit neutral und unabhängig von der Einflussnahme des Auftraggebers, des Auftragnehmers oder Dritter erbringen werde. Jede versuchte Einflussnahme des Auftragnehmers werde ich dem Auftraggeber unverzüglich melden.
2. Ich verpflichte mich, zur Wahrung der Neutralität jegliche geschäftlichen oder institutionellen Beziehungen, die zwischen mir und dem Auftragnehmer bestehen, dem Auftraggeber zur Kenntnis zu bringen, und ihn über zukünftig entstehende geschäftliche oder institutionelle Beziehungen mit dem Auftragnehmer unverzüglich zu unterrichten. Geschäftliche Beziehungen im Sinne dieser Verpflichtung sind beispielsweise entgeltliche Beschäftigung oder Beauftragung (auch projektbezogen), Lehraufträge sowie wissenschaftliche Kooperationen. Institutionelle Beziehungen im Sinne dieser Verpflichtung sind beispielsweise die Mitgliedschaft in einem Organ des Auftragnehmers (z. B. Vorstand, Aufsichtsrat, Beirat).
3. Ich verpflichte mich, sämtliche Vorgänge und Informationen, von denen ich im Rahmen meiner Tätigkeit als Datenerheber Kenntnis erlange, vertraulich zu behandeln und diesbezüglich Verschwiegenheit gegenüber Dritten zu wahren. Darüber hinaus werde ich keine der so erlangten Informationen zu meinem eigenen Vorteil bzw. zum Vorteil Dritter verwenden. Die Pflicht zur Vertraulichkeit und Verschwiegenheit besteht auch über die Beendigung meiner Tätigkeit als Datenerheber fort.
4. Ich verpflichte mich, alle Unterlagen, die mir im Zusammenhang mit der Durchführung des Vorhabens oder meiner Tätigkeit als Datenerheber übergeben werden, unter Verschluss aufzubewahren und geeignete Vorkehrungen gegen eine Kenntnisnahme durch Unbefugte zu treffen; bei elektronisch übermittelten Informationen und Dokumenten werde ich entsprechende Maßnahmen ergreifen, die eine Vertraulichkeit und Integrität der Daten gewährleisten.

Name des Unterzeichners

Name der Einrichtung/Institution/Unternehmen

Ort und Datum

Unterschrift

A 4.7 Handbuch zur Datenerhebung

PeBeM – Personalbemessung – Stand Juni 2018

Inhalt

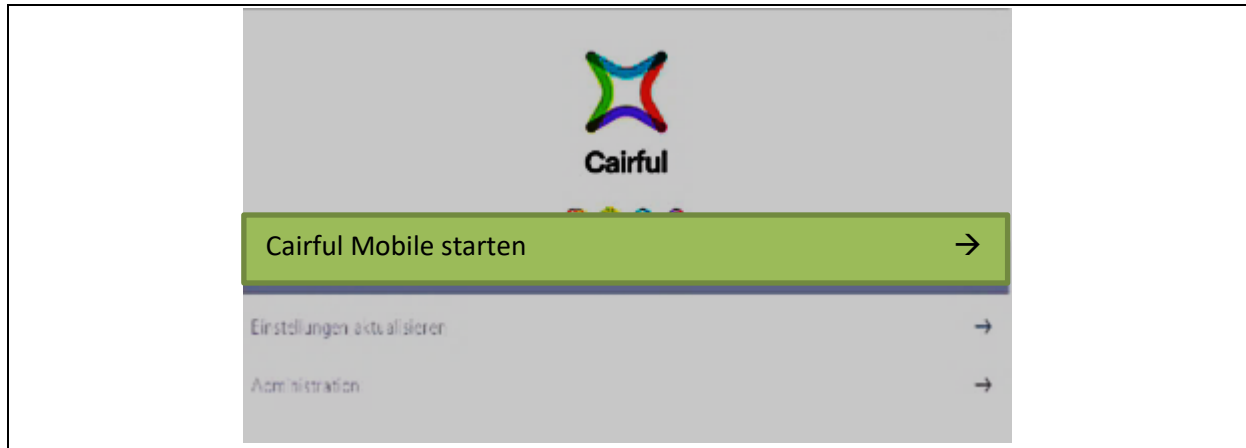
1	Die wichtigsten Schritte auf dem Tablet.....	3
1.1	Starten des Programms	3
1.2	Anmeldung	3
1.3	Bedeutung der Symbole	5
2	Ablauf der Datenerhebung	10
2.1	Vor der Datenerhebung.....	10
2.2	Während der Datenerhebung	10
2.3	Nach der Datenerhebung	11
3	Allgemeine Erfassungsregeln	12
3.1	Allgemeine Erfassungsregeln	12
3.2	Notwendigkeit	12
3.3	Angemessene Zeit:	12
3.4	Angemessene Qualifikation:.....	13
3.5	Zeit-Begründungen.....	13
3.6	QN-Begründungen.....	15
3.7	Umgang mit Unterbrechungen	15
3.8	Umgang mit nicht selbst beendeten Interventionen oder fortgeführten Interventionen.....	15
3.9	Wegezeiten.....	16
3.10	Notwendige, aber nicht geplante und nicht durchgeführte Interventionen	16
3.11	Gruppeninterventionen.....	16
3.12	Offene Interventionen zum Dienstende.....	16
3.13	Umgang mit besonderen Situationen	16
3.14	Umgang mit Fixierungen	17
3.15	Eingabefehler und Fragen bei der Datenerfassung.....	17
3.16	Hinweise zum Handling der Tablets	18
4	Interaktionsarbeit	19
4.1	Dimension der Interaktionsarbeit: Kooperationsarbeit.....	19

4.2	Dimension der Interaktionsarbeit: Gefühlsarbeit	20
4.3	Dimension der Interaktionsarbeit: subjektivierendes Arbeitshandeln	21
4.4	Dimension der Interaktionsarbeit: Emotionsarbeit	22

1 Die wichtigsten Schritte auf dem Tablet

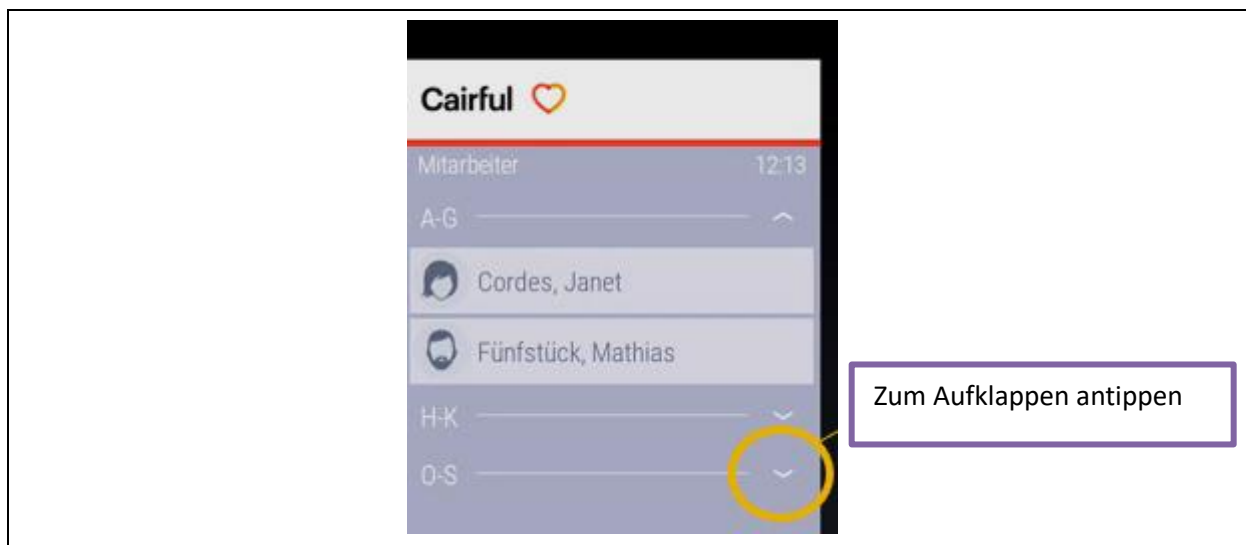
1.1 Starten des Programms

→ „Cairful Mobile starten“ auswählen.

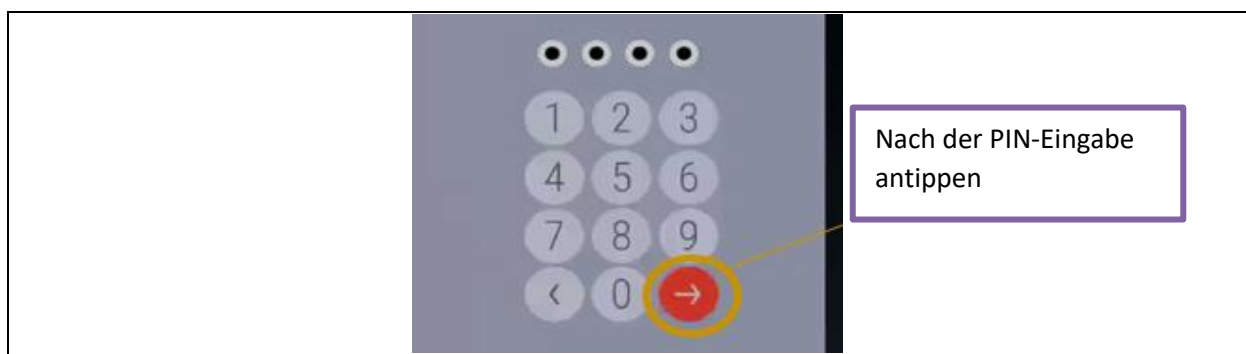


1.2 Anmeldung

→ Wählen Sie ihren Namen aus.

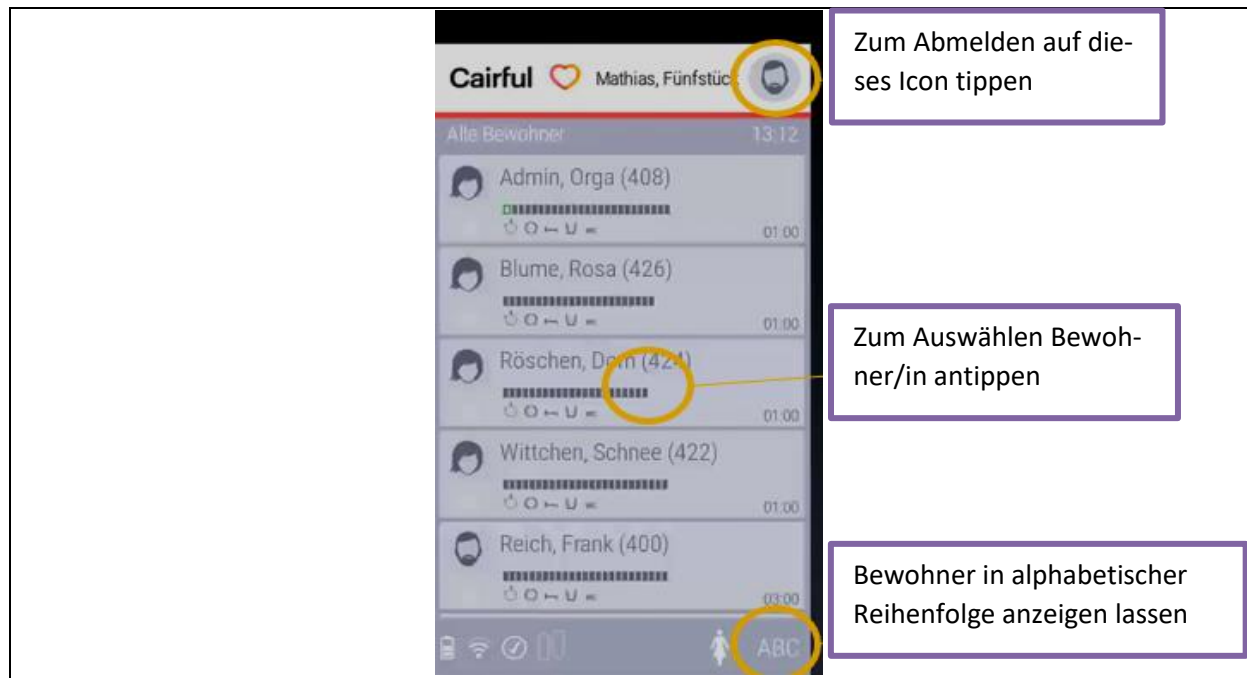


→ Geben Sie ihren PIN ein.

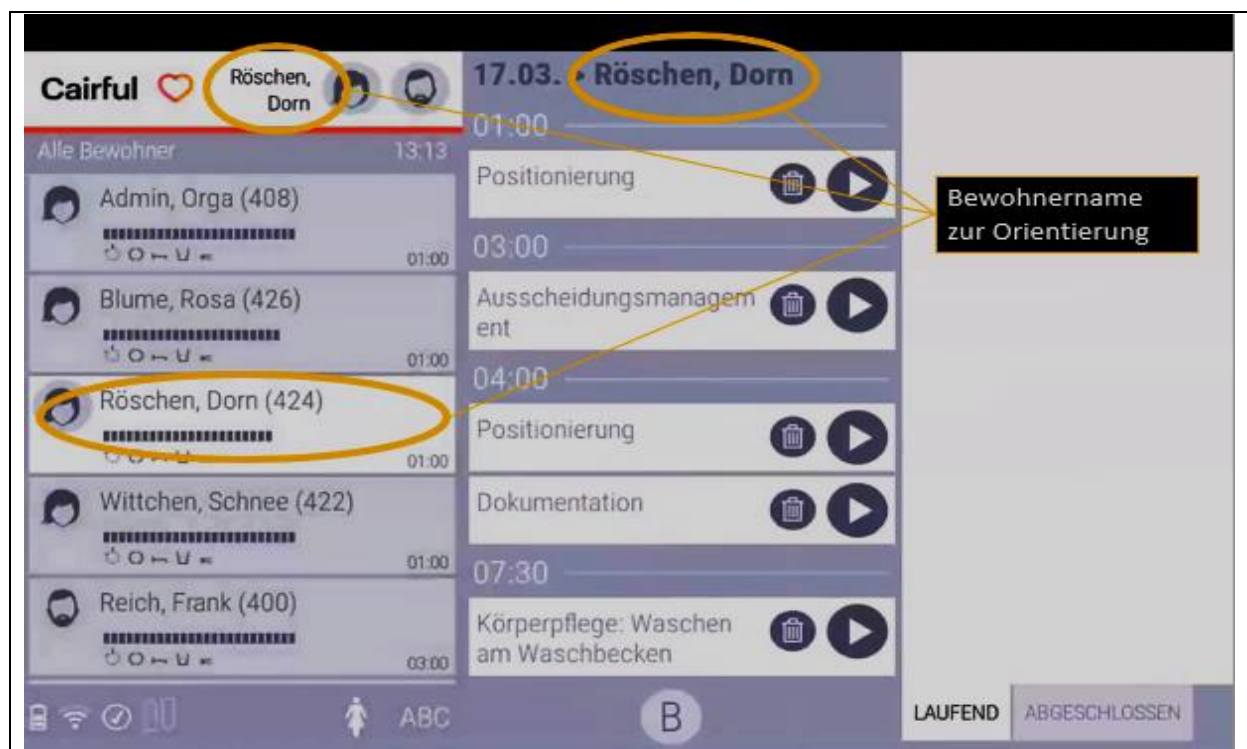


Nach der Anmeldung...

Erscheint die Übersicht aller teilnehmenden Bewohner*innen.



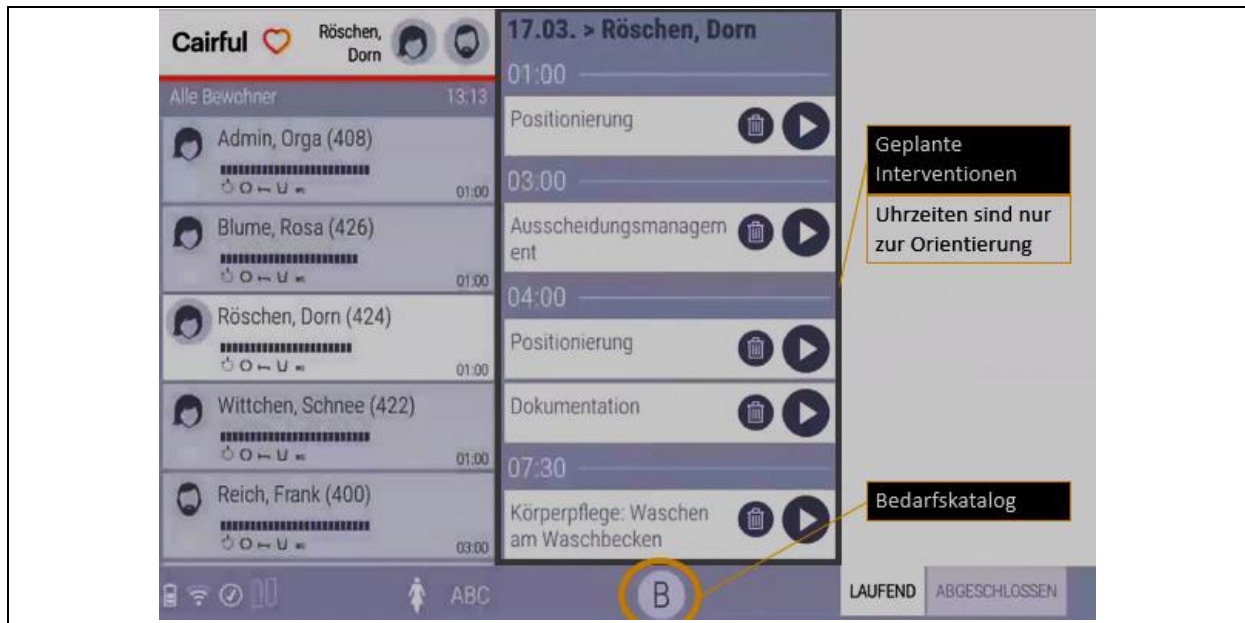
Der/Die aktuell ausgewählte Bewohner*in ist in den gekennzeichneten Feldern zu erkennen:



Nach der Auswahl des Bewohners erscheinen die geplanten Interventionen. Die Uhrzeiten dienen der Orientierung und geben den ungefähren Zeitpunkt an, an dem die Intervention erfolgen sollte.

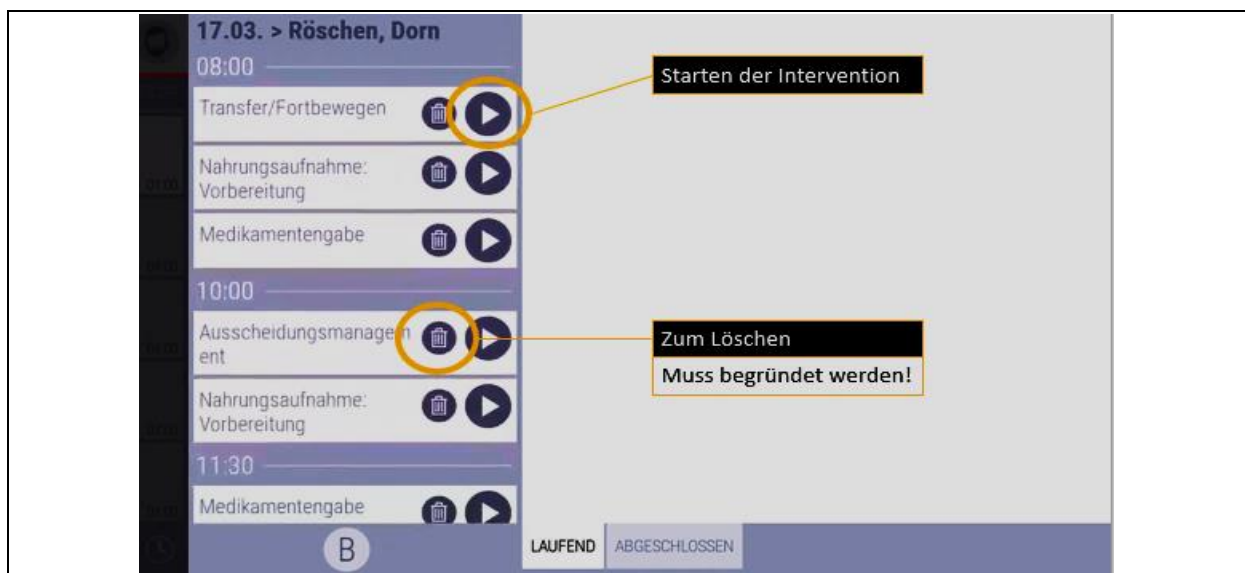
1.3 Bedeutung der Symbole

Der Button „B“ steht für Bedarfskatalog. In dem Bedarfskatalog befinden sich alle Leistungen, die bei Bedarf geleistet und dementsprechend ebenfalls gemessen werden.

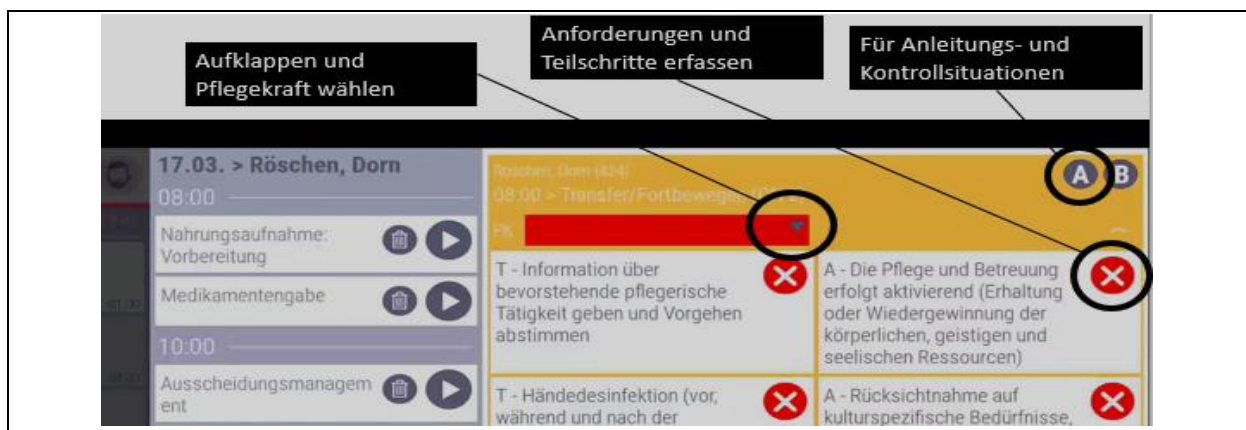


→ Das „Play“-Symbol steht für das Starten des Erfassungszeitpunktes der Intervention.

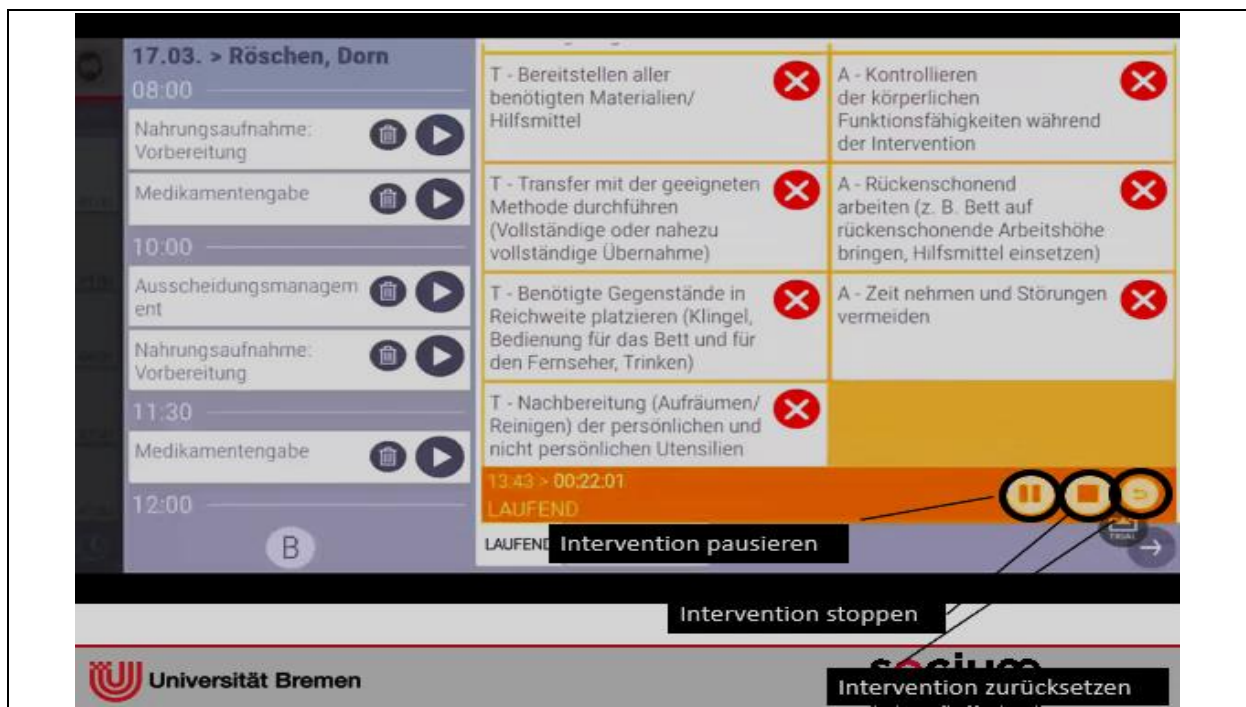
→ Der Papierkorb für das Löschen einer Intervention (WICHTIG! Das Löschen muss immer begründet werden!)



- In dem roten Feld muss immer der Name der „beschatteten“ Pflegekraft ausgewählt sein.
- Für einige gestartete Interventionen sind Teilschritte und Anforderungen notwendig. Das rote Kreuz wird bei Erbringung angetippt und wandelt sich dadurch in einen grünen Haken (Teilschritt erfüllt).
- Das „A“ wird bei Anleitungssituationen angetippt. (Wichtig: tippt nur der bzw. die Datenerheber*in an, dessen Pflegekraft angeleitet wird. Die Pflegekraft, die die Anleitung übernimmt, wird mit der Leistung „Anleitung/Einarbeitung/Ausbildung“ erfasst.)

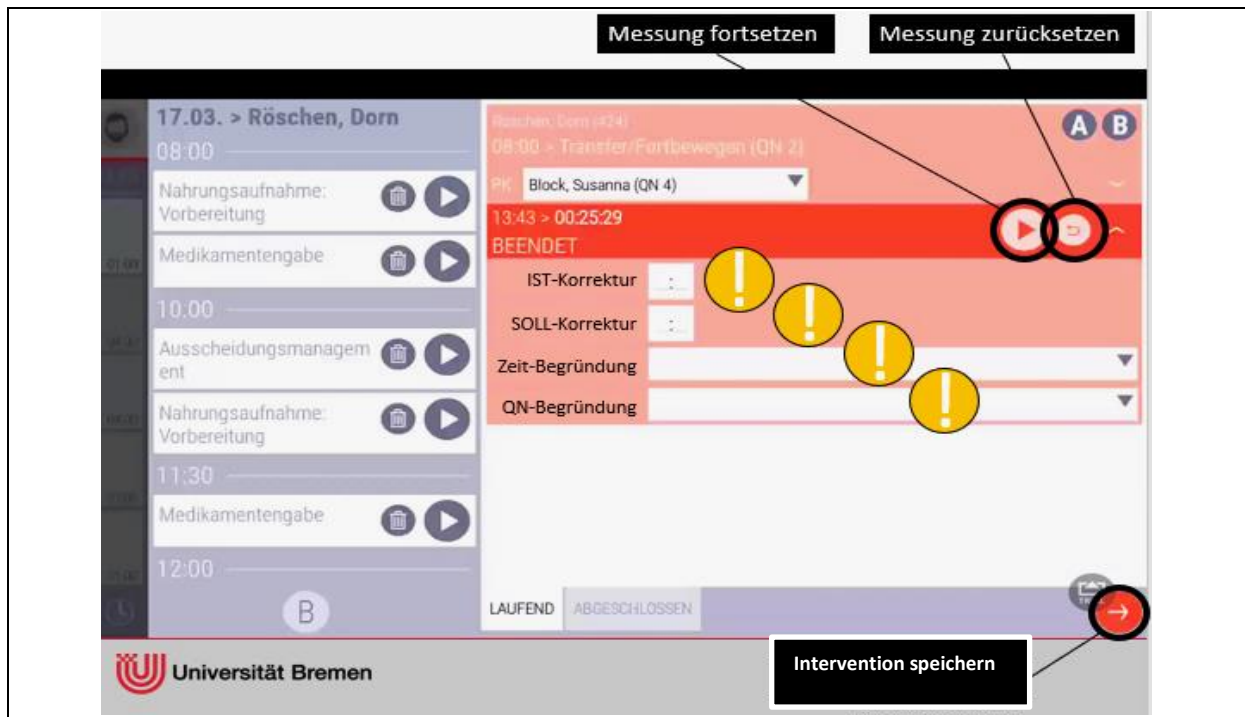


- Mit dem „Pause“-Symbol wird die Erfassung der Intervention pausiert.
- Mit dem „Stop“-Symbol wird die Erfassung einer Intervention beendet.
- Mit dem „Zurück“-Pfeil kann eine Intervention, die versehentlich gestartet wurde, wieder in den Tagesablauf zurückgesetzt werden.



→ Mit dem „Play“-Symbol werden pausierte Interventionen, fortgesetzt.

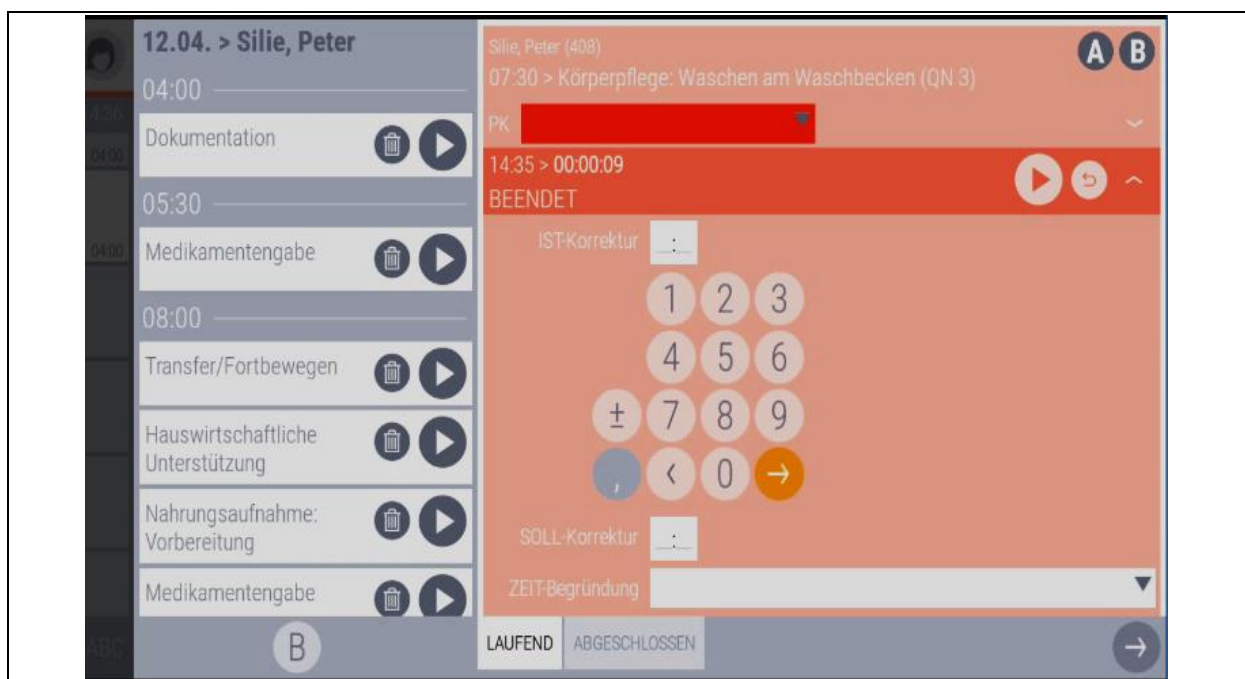
→ Mit dem roten Pfeil unten rechts wird die abgeschlossene Intervention gespeichert.



→ In dem Feld für die Ist-Korrektur können Zeitzuschläge oder -abschläge in Minuten- und Sekundenangaben eingegeben werden.

→ In dem Feld für die Soll-Korrektur können Zeitzuschläge oder -abschläge in Minuten- und Sekundenangaben eingegeben werden.

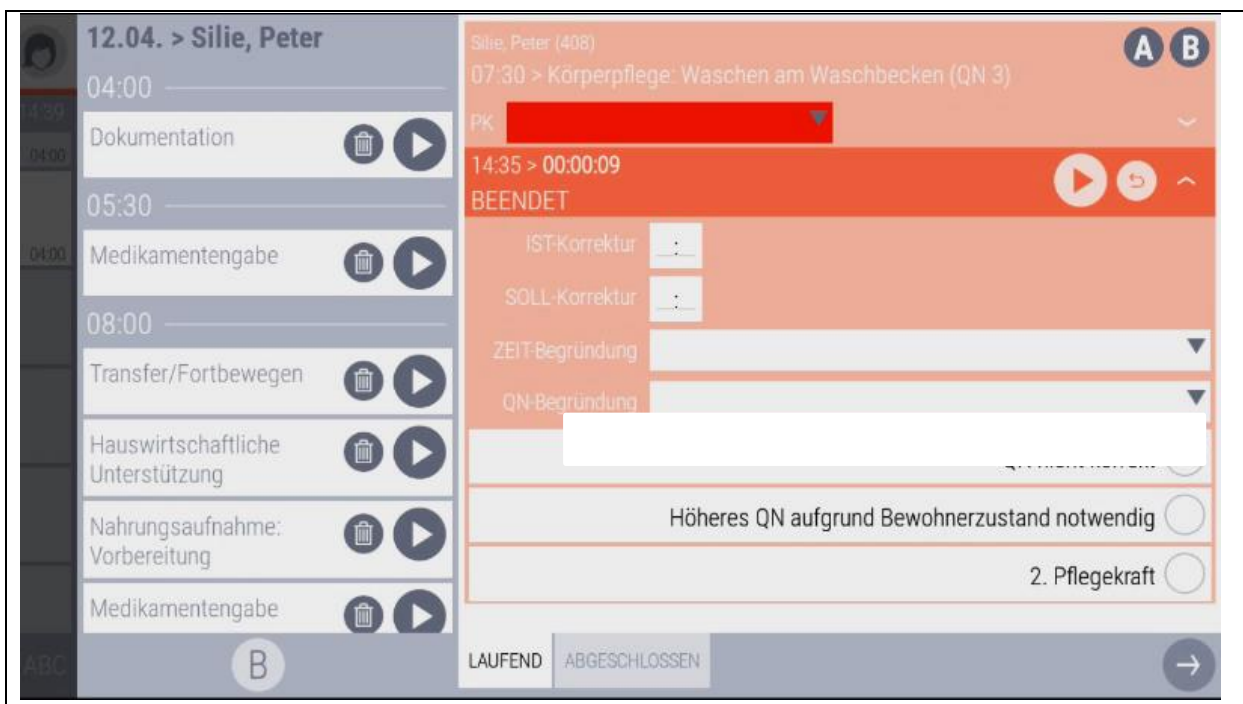
→ Bei Zeitabschlägen muss das Plus/Minus-Symbol vorher angetippt werden.



→ Durch das Aufklappen der Zeit-Begründungen erscheint eine Auswahl an Begründungen, die der bzw. die Datenerheber*in bei Zeitzuschlägen/-abschlägen, gelöschten Interventionen oder nicht selbst beendeten Interventionen auswählen muss.



→ Durch Aufklappen des Feldes für die QN-Begründungen erscheint eine Auswahl an Begründungen, die der bzw. die Datenerheber*in bei abweichendem Qualifikationsniveau auswählen muss.



→ die Interventionen sind farblich markiert:

- Frühdienst: Grün
- Spätdienst: Türkis

- Nachtdienst: Blau
- Vergangenheit: Rot
- Zukunft: Violett

→ Interventionen - pausieren (grau)

→ Interventionen - beendet (braun) aber noch nicht gespeichert

→ Interventionen - aktiv (gelb)

2 Ablauf der Datenerhebung

2.1 Vor der Datenerhebung

Der Dienstbeginn wird vor der Datenerhebung für jede*n Datenerheber*in bekannt gegeben.

Die Anzahl der Datenerheber*innen richtet sich nach dem eingesetzten Personal in der Einrichtung und wird im Vorfeld bestimmt; Änderungen (Pflegepersonal erkrankt) werden vor dem Dienst und somit vor Beginn der Datenerhebung abgesprochen.

Beginn und Ende der Datenerhebung richten sich nach den Dienstzeiten der Pflegekraft, sofern nicht anders vereinbart.

Gerätezuordnung und Zuordnung der Datenerheber*innen zu den Pflegekräften erfolgt vor der Dienstübergabe.

Alle Pflegekräfte erhalten je eine*n Datenerheber*in an die Seite (Schatten).

Der erste Dienst beginnt immer eine halbe Stunde vor der eigentlichen Datenerhebung. Erscheinen Sie bitte bei jedem neuen Einsatz pünktlich 30 Minuten vor Ihrem ersten Spät- oder Frühdienst in der Einrichtung. Diese Zeit hat sich als sehr wichtig erwiesen,

- um noch einmal die wichtigsten Fragen der Erhebung zu erläutern,
- alle neuen und erfahrenen Datenerheber auf einen aktuellen Stand zu bringen und
- besondere Eigenheiten der Einrichtung und des Wohnbereichs zu vermitteln.

2.2 Während der Datenerhebung

Während der Dienstzeit begleitet der bzw. die Datenerheber*in ihre Pflegekraft bei allen Interventionen, die bei teilnehmenden Bewohner*innen geleistet werden.

Der bzw. die Datenerheber*in wahrt dabei immer die Privatsphäre der teilnehmenden Bewohner*innen (z. B. auf Wunsch vor dem Badezimmer warten).

Der bzw. die Datenerheber*in steht in ständiger Kommunikation mit der begleiteten Pflegekraft. Hilfreich ist hier, der Pflegekraft vorher deutlich zu machen, dass Sie nicht alle Namen den teilnehmenden Bewohner*innen zuordnen können und die Pflegekraft bitten jede geplante Intervention anzukündigen (z. B. „Zu welchem Bewohner gehen Sie jetzt? Welche Intervention ist jetzt geplant?").

Während der Datenerhebung die Datenerheber*in bitte immer in Kontakt mit der Pflegekraft, die sie begleitet. Das bedeutet, dass die Datenerheber*innen

- sich immer in der Nähe und Sichtweite der Pflegekraft aufhalten,
- die Pflegekraft in die Zimmer der studienteilnehmenden Bewohner begleiten, sofern der Pflegebedürftige dies nicht ablehnt,
- sich bei Pflegehandlungen, die in Zimmern von nicht-studienteilnehmenden Pflegebedürftigen durchgeführt werden, in Sichtweite des Zimmers aufhalten,
- die Pausenzeiten an die der Pflegekraft anpassen. Sollten die Pausenzeiten durch die Pflegekraft nicht eingehalten werden, dann besprechen die Datenerheber*innen dies bitte mit der Pflegekraft und führen die Pause etwa bei der Versorgung von Pflegebedürftigen durch, die nicht an der Studie teilnehmen, sodass Sie alle Tätigkeiten zeitlich beurteilen können

- zusätzliche Pausen – explizit die guten alten Raucherpausen – nur mit der Pflegekraft zusammen nehmen können (wenn möglich, sollten Raucher*innen Raucher*innen beschatten)!

Es erfolgt keine Bewertung/Auswertung der Pflege und/oder der Organisation der Einrichtung.

Grundsätzlich sind wir – sowohl das Studienteam der Universität, als auch Sie als Datenerheber – Gäste in den Einrichtungen und auf die Freiwilligkeit der Pflegebedürftigen und Pflegekräfte angewiesen. Verhalten Sie Sich deswegen bitte auch wie ein Gast, den Sie als Gastgeber gerne wieder einladen möchten!

Explizit gehört hierzu der Apell, aus der bisherigen Studienerfahrung, auf einen angemessenen Kommunikationsstil zu achten. Gespräche können auch zwischen den Datenerhebern natürlich gerne geführt werden. Verhalten Sie Sich dabei aber bitte wertschätzend und diskret.

2.3 Nach der Datenerhebung

Reflexionsgespräch: Dieser kurze Austausch zwischen Datenerheber*in und Pflegekraft wird dazu genutzt, offen gebliebene Interventionen zu klären. Diese werden dann entsprechend bewertet. Das gilt auch für erbrachte Interventionen durch Ehrenamtliche oder Angehörige.

3 Allgemeine Erfassungsregeln

3.1 Allgemeine Erfassungsregeln

- Es wird jeweils nur eine Person beschattet – bei einem Wechsel auch die Pflegekraft auf dem Tablett wechseln
- Es werden alle Leistungen erfasst, die von der Pflegekraft für den jeweiligen Bewohner erbracht werden (direkte Pflege, indirekte Pflege, Betreuung, Zusammenarbeit mit den Kollegen)
- Jede Leistung muss bewertet werden (Bewertung der Teilschritte und Anforderungen, der notwendigen Zeiten und der notwendigen Qualifikation).
- Synergieeffekte können nicht erfasst werden. Führt die Pflegekraft z. B. während des Anreichens von Nahrung ein Gespräch mit anderen Bewohner*innen am Tisch, wird die Hauptleistung „Nahrungsaufnahme Durchführung“ weiterhin erfasst.

3.2 Notwendigkeit

- Angemessenheit (Zeit, Anforderungen, Qualifikation)
- Bewohnerbezug: Alles, was eindeutig einem einzelnen Bewohner zu zuordnen ist, wird über diesen erfasst.
Zum Beispiel: die indirekte Pflegeleistung, eine bewohnerindividuelle Pflegeplanung zu erstellen, wird für den Bewohner erfasst.
- Erst wenn die bewohnerbezogene Erfassung den eigentlichen Aufwand des Erfassens übersteigt (Checklisten abhaken, Bestellungen für mehrere Bewohner etc.), dann ist die bewohnerübergreifende Funktion mittels „Admin/Orga“ zu Hilfe zu nehmen.
- Der „Admin/Orga“ bezieht sich auf mehrere oder alle Bewohner des Wohnbereichs. Es muss nicht überlegt werden, welcher Bewohner an der Studie teilnimmt und welcher nicht.

3.3 Angemessene Zeit:

Alle notwendigen Schritte und Anforderungen wurden berücksichtigt

→ Keine Korrektur der Zeitwerte

Erfassung wurde zu spät gestartet oder zu früh gestoppt

→ IST-Wert korrigieren

Nicht alle notwendigen Teilschritte und Anforderungen wurden berücksichtigt

→ Bestimmung der SOLL-Zeit

Die **Soll-Korrektur** muss immer vorgenommen werden. Das entsprechende Feld ist rot hinterlegt und die Intervention kann erst abgeschlossen werden, wenn es hierzu einen Eintrag gegeben hat.

Sollten Sie den Sollwert bewusst nicht korrigieren wollen, tragen Sie bitte eine Null ein. Es reicht, wenn eine Null eingetragen wird: __:__ → 0__:__ die restlichen Felder werden automatisch durch weitere Nullen ergänzt.

Ein positiver Soll-Wert wird eingetragen, wenn die Leistung zu schnell und/oder unvollständig erbracht wurde. Ein negativer Wert wird notwendig, wenn zu viel Zeit für eine fachgerechte Durchführung benötigt wurde. Es kann auch vorkommen, dass Sie sowohl Minuten rauf, aber auch wieder runter rechnen, weil mehrere Bedingungen zusammengekommen sind.

Folgende Interventionen bekommen keine Zeitkorrektur:

- Interventionen, die von anderen Personen (z. B. Angehörige, Ehrenamtliche, nicht beschattete Pflegekräfte) erbracht wurden.
- Interventionen, die „nicht notwendig“ waren, werden ebenfalls gelöscht, entsprechend begründet und bekommen ebenfalls keinen Zeitwert!
- Interventionen, die „notwendig waren, aber nicht durchgeführt“ wurden, werden ebenfalls gelöscht, entsprechend begründet und bekommen keinen Zeitwert!

Fast alle Interventionen sind mit Teilschritten und Anforderungen hinterlegt. Diese dienen als Raster, um in Abhängigkeit vom Zustand des jeweiligen Pflegebedürftigen, die strukturierte Beurteilung der Intervention zu ermöglichen und eine Orientierung für die Soll-Korrektur zu bekommen.

Bei jeder erfassten Intervention muss zu jedem der Teilschritte und Anforderungen eine Entscheidung vorliegen (in der Software).

- Rote Markierung: Der Teilschritt oder die Anforderung wurde nicht, nicht ausreichend oder falsch durchgeführt/beachtet.
- Grüne Markierung: Der Teilschritt oder die Anforderung wurde korrekt durchgeführt/beachtet.
- Gelbe Markierung: Der Teilschritt oder die Anforderung war in der individuellen Situationen nicht zu beachten.

3.4 Angemessene Qualifikation:

Bewertung:

- ist die Qualifikation für die Pflegekraft im Verhältnis zur erbrachten Leistung angemessen?
- erfordert der Zustand des Bewohners ein anderes Qualifikationsniveau?
- besteht die Gefahr durch Verkennung (fehlende fachliche Ausbildung)?
- ist die Intervention eindeutig einem höheren Qualifikationsniveau vorbehalten?

Es wird nicht berücksichtigt, ob alternativ in der Situation eine Person mit dem jeweils adäquaten Qualifikationsniveau tatsächlich zur Verfügung steht!

3.5 Zeit-Begründungen

Werden Teilschritte oder Anforderungen nicht durchgeführt, wird der bzw. die Datenerheber*in durch das Programm gezwungen entsprechend eine Begründung anzugeben, bevor die Intervention gespeichert werden kann. Folgende Begründungen stehen zur Auswahl:

Fachgerecht durchgeführt

Obwohl ein Teil der geplanten Teilschritte und Anforderungen nicht erfüllt wurden, kann eine Intervention trotzdem für den Bewohner korrekt erbracht worden sein. Es wird keine Zeit-Korrektur vorgenommen.

Abgelehnt/abgebrochen/verschoben

Wesentliche Teilschritte und Anforderungen sind nicht vollständig erbracht worden, weil der Bewohner dies ablehnte. Es muss keine Soll-Korrektur erfolgen, da die Interaktionsarbeit eine notwendige Vorbereitung für die Durchführung zu einem eventuell späteren Zeitpunkt ist.

Nicht notwendig

Es ist für den Schatten erkennbar, dass die erbrachte Intervention in dieser Pflegesituation nicht notwendig gewesen wäre. Es wird keine Zeit-Korrektur vorgenommen.

Abweichungen beim Übernahmeniveau

Das geplante Übernahmeniveau für einzelnen oder alle Teilschritte wurde übergangen. Durch die beispielsweise nicht notwendige „vollständige Übernahme“ wurden die Ressourcen und die Aktivierung des Bewohners nicht berücksichtigt. Die Pflegekraft hätte dazu länger gebraucht. Es muss eine Soll-Korrektur vorgenommen werden.

Anforderungen/Teilschritte unzureichend berücksichtigt

Durch den Wegfall von einzelnen Teilschritten und Anforderungen ist ersichtlich, dass die Intervention bei dem Bewohner nicht fachgerecht erbracht wurde. Es muss eine Soll-Korrektur vorgenommen werden.

Nicht selbst beendet/fortgeführt

Die Pflegekraft beginnt eine Intervention, führt sie jedoch nicht zu Ende aus. Oder: Eine Pflegekraft übernimmt eine angefangene Intervention für eine andere Pflegekraft. Es muss keine Zeit-Korrektur vorgenommen werden.

Fehlmanagement (Prozess/Struktur)

Hier ist eine Vielzahl von Situationen denkbar. Beispielsweise werden unnötig viele Wege für die Vorbereitung zurückgelegt. Die Pflegekraft muss häufig die Pflegesituation verlassen, um fehlende Materialien zu holen. Diese Zeiten wären unnötig gewesen, wenn sie direkt an alles gedacht hätte. Dies führt zum Abzug entsprechender Minuten bei der Soll-Korrektur. Es muss eine Soll-Korrektur vorgenommen werden.

Notwendige Intervention nicht erbracht

Diese Begründung wird am Ende des Schichtdienstes bei der Reflexionsrunde zwischen Schatten und Pflegekraft genutzt, wenn auf Nachfragen zu nicht erbrachten Interventionen deutlich wird, dass diese tatsächlich notwendig waren, aber vergessen wurden oder bewusst nicht erbracht werden konnten, weil die Zeit fehlte. Es muss keine Zeit-Korrektur vorgenommen werden.

erbracht durch Angehörige/Ehrenamtliche / erbracht durch weitere Mitarbeiter*innen ohne Beschatzung

Diese Begründung wird ausgewählt, wenn die Intervention von anderen Personen, die nicht beschatet werden, erbracht wird. Die Intervention bekommt keinen Zeitwert!

3.6 QN-Begründungen

Ferner wird das durch die Planung festgelegte Qualifikationsniveau mit dem der durchführenden Pflegekraft verglichen. Hier muss der bzw. die Datenerheber*in folgende Möglichkeiten berücksichtigen:

Akute Änderung des Bewohnerzustandes

Obwohl ein niedrigeres QN geplant wurde, wird in der Pflegesituation deutlich, dass der Zustand des Bewohners sich enorm verändert hat, sodass hier die Intervention von einer Pflegekraft mit höherem QN hätte durchgeführt werden müssen.

2. Pflegekraft

Wird eine Intervention mit zwei Pflegekräften durchgeführt, so darf die zweite Pflegekraft ein niedrigeres QN haben, da sie unter Anleitung arbeitet.

3.7 Umgang mit Unterbrechungen

Wird eine Intervention unterbrochen, so besteht die Möglichkeit diese zu pausieren und zu einem späteren Zeitpunkt wieder fortzuführen. So kann beispielsweise im Zuge des „Ausscheidungsmanagements“ die Begleitung zur Toilette stattgefunden haben. Während des Toilettengangs verlässt die Pflegekraft die Pflegesituation und nimmt eine andere Intervention bei einem anderen Bewohner auf. Danach beendet sie das „Ausscheidungsmanagement“.

3.8 Umgang mit nicht selbst beendeten Interventionen oder fortgeführten Interventionen

Es kann vorkommen, dass eine begonnene Intervention von einer anderen Pflegekraft fortgeführt wird, indem beispielsweise eine Begleitung zur Toilette stattfindet („Ausscheidungsmanagement“), die zu pflegende Person Zeit bekommt und sich selber wieder meldet. In der Zwischenzeit kann eine andere Intervention stattfinden und die Leistung pausiert. Übernimmt nun eine andere Pflegekraft die Begleitung von der Toilette („Ausscheidungsmanagement“) wird die Intervention auch von ihrem Schatten erfasst.

Für die Pflegekraft A: - Intervention „Ausscheidungsmanagement“ starten
- Intervention pausieren
- Intervention stoppen, keinen Sollwert eingeben und mit „nicht selbst beendet / fortgeführt“ begründen

Für die Pflegekraft B: - Intervention „Ausscheidungsmanagement“ starten
- Intervention stoppen, keinen Sollwert eingeben und mit „nicht selbst beendet / fortgeführt“ begründen

Hierdurch werden beide Teilleistungen von der jeweiligen Pflegekraft über die Schatten erfasst.

3.9 Wegezeiten

Wegezeiten werden immer dann erfasst, wenn die PK zwischen den Interventionen Wege geht. Die pflegerische Intervention startet immer dann, wenn das Bewohnerzimmer betreten wird und klar ist, welche Intervention folgt oder bei dem Sammeln der Materialien auf dem Weg (z. B. Waschschüssel aus dem Pflegearbeitsraum mitnehmen).

3.10 Notwendige, aber nicht geplante und nicht durchgeführte Interventionen

Sie stellen fest, dass Bewohner*innen situationsbezogen Leistungen benötigen, die nicht erbracht werden (Bewohner*innen wird übergangen). Sie können die notwendige Leistung aus dem Bedarfskatalog holen, starten/stoppen, keine Zeitwerte eintragen und mit „Notwendige Intervention nicht erbracht“ begründen. Bitte tauschen Sie sich hierzu mit ihrer Pflegekraft aus.

3.11 Gruppeninterventionen

Es findet eine Gruppenaktivität z. B. Schulung/Beratung bei 5 Bewohner*innen gleichzeitig statt. Intervention wird bei einer/einem Bewohner*in gestartet. Nach der Messung wird die Leistung für die anderen Bewohner*innen nachgetragen und der ist-Wert korrigiert.

3.12 Offene Interventionen zum Dienstende

Am Ende des Dienstes sollen bei keinem Bewohner offene Interventionen stehen. Es sei denn, es wurde mitgeteilt, dass geplante Interventionen im nachfolgenden Dienst durchgeführt werden. Nur dann liegt die Verantwortung über diese Intervention bei dem/der Datenerheber*in aus dem nachfolgenden Dienst.

Am Ende der Dienstzeit muss somit ein Austausch stattfinden, um zu klären ob die Interventionen nicht oder eventuell von einer anderen Pflegekraft erbracht wurden. Beide Optionen sind entsprechend zu erfassen.

→ Intervention löschen, keine Zeitwerte eintragen, Zeitbegründung wählen („Nicht notwendig“, „Notwendige Intervention nicht erbracht“ oder „Erbracht durch Andere“)

3.13 Umgang mit besonderen Situationen

Grundsätzlich gilt die Zurückhaltung im Feld. Es werden durch die Datenerheber*innen keine pflegerischen Tätigkeiten unterstützt oder übernommen.

In Notfällen ist selbstverständlich zu helfen (erste Hilfe Maßnahmen, wenn diese nicht bereits durch die anwesende Pflegekraft getätigt werden).

Bei Beobachtung von Straftaten (unzulässige Fixierungen) oder unangemessenem Umgang mit Personen ist der Eingriff in diese Situation selbstverständlich nach eigenem Ermessen erforderlich (Zivilcourage).

3.14 Umgang mit Fixierungen

Dauerhafte Fixierungen können vorkommen und werden bereits bei der Erstellung der pflegerelevanten Tagesplanung berücksichtigt.

Bei Feststellung von ungerechtfertigten Fixierungen (Straftaten) sind situationsgerechte Eingriffe nach eigenem Ermessen durchzuführen.

3.15 Eingabefehler und Fragen bei der Datenerfassung

Eingabefehler	Lösung
Falsche Intervention gewählt	„zurücksetzen“ über den „Zurück“-Pfeil (unten rechts in der Intervention)
Falscher Bewohner ausgewählt	<ul style="list-style-type: none"> - Intervention zurücksetzen - Gelaufene Zeit merken - Intervention bei dem richtigen Bewohner starten - IST-Korrektur mit der bereits gelaufenen Zeit
Intervention zu spät gestartet/beendet	IST-Wert korrigieren
Intervention zu früh gestartet/beendet	IST-Wert korrigieren
Intervention nicht in der Tagesstruktur	Intervention im Bedarfskatalog suchen und starten
Intervention aus der falschen Planungszeit gewählt	<p>2 Möglichkeiten:</p> <p>1. Uhrzeiten sind nicht genau planbar und die Intervention wird lediglich zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführt oder</p> <p>2. Uhrzeit wurde versehentlich aus anderem Dienst gestartet, und ist aber für den Frühdienst ebenfalls geplant, dann:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervention zurücksetzen - Gelaufene Zeit merken - Intervention zu richtiger Uhrzeit starten - Ist-Korrektur mit bereits gelaufener Zeit

Fragen bei der Erhebung	Lösung
Bewohner lehnt einen Teil der Beschattung ab (z. B. Datenerheber soll bei der Körperpflege nicht anwesend sein)	<ul style="list-style-type: none"> - Privatsphäre akzeptieren - Vor dem Badezimmer warten - Intervention starten - Teilschritte und Anforderungen mit der Pflegekraft absprechen und bewerten
Teilschritte können aufgrund von zeitlichen Problemen nicht so schnell bewertet werden	<ul style="list-style-type: none"> - Intervention stoppen/pausieren - Teilschritte und Anforderungen können zu einem Zeitpunkt (während langen Phasen

	einer anderen Intervention) bearbeitet, beendet und gespeichert werden
Teilschritte wurden zwar erbracht, entsprechen aber nicht dem fachlichen Standard	<ul style="list-style-type: none"> - Bewertung, ob bei fachgerechter Durchführung mehr Zeit nötig gewesen wäre, wenn ja - Soll-Wert korrigieren - Begründung „Anforderungen/Teilschritte unzureichend berücksichtigt“
Mehrere Begründungen sind für die Soll-Korrektur ausschlaggebend	<ul style="list-style-type: none"> - Es kann nur eine Begründung ausgewählt werden (Priorität wählen)

3.16 Hinweise zum Handling der Tablets

In der ersten Datenerhebungsphase ist es zu einigen wenigen Problemen mit den Tablets, die zur Erhebung genutzt werden, gekommen:

- Die Tablets erweisen sich als robust, aber nicht unzerstörbar. Bitte melden Sie Beschädigungen sofort an den/die zuständigen StudienmitarbeiterIn vor Ort oder direkt an die Universität Bremen. Nur so kann die Reparatur der Tablets eingeleitet werden.
- In drei Fällen ist es zu Komplettabstürzen der Tablets gekommen, die auf eine Fehlbedienung zurückzuführen sind: Wenn versehentlich beim Einschalten der Tablets die Ein/Aus-Taste und die Lautstärke-Wippe gleichzeitig gedrückt werden, startet das Tablet in einem Konfigurations- oder Hardwaretest-Modus. Dieser lässt jedoch keine Datenerfassung zu. Auf dem Bildschirm sind dann unleserliche Schriftzeichen, farbige Linien oder Ähnliches zu sehen. Sollte es zu diesem Zustand kommen, drücken Sie bitte einmal kurz den Reset-Button, der sich unterhalb der Lautstärke-Wippe befindet. Hierdurch sollte das Tablet wieder startfähig werden.

In einem einzelnen Fall ist es durch das vorstehend beschriebene Reset dazu gekommen, dass das Tablet vollständig gelöscht und auf Werkseinstellungen zurückgesetzt wurde. In diesem Fall kann ein Start erst nach manueller Neuinstallation außerhalb der Einrichtung erfolgen. Vermeiden Sie es aus diesem Grund bitte unbedingt, dieses Risiko überhaupt einzugehen.

4 Interaktionsarbeit

4.1 Dimension der Interaktionsarbeit: Kooperationsarbeit

Kernmerkmal	Positivbeispiel (für ‚Kooperationsarbeit‘)	Beobachtbarkeit (eigener Vorschlag)
(grundlegende) Beziehung aufrechterhalten und pflegen	<p>PK versucht für ZP eine Bezugsperson zu sein</p> <p>Vertrauensvolle Beziehung/ Umgang</p> <p>Anklopfen, Begrüßen mit Namen (Frau Müller), Nachfragen, wie es ihr geht</p>	<p>Intime oder persönliche Themen/Probleme der ZP werden mit PK besprochen</p> <p>ZP freut sich über Anwesenheit von PK (z.B. Lächeln)</p> <p>Verhalten der Pflegekraft ist auf das der ZP abgestimmt</p> <p>Freundliche Begrüßung der ZP, Höflicher Umgang (Siezen, Anklopfen), Zustand/Befindlichkeit erfragen, Blickkontakt halten, loben/motivieren der ZP, Körperkontakt zu ZP herstellen</p>
Eingehen auf ZP	<p>ZP sind Gastgeber und PK müssen auf ZP eingehen (Interesse zeigen)</p>	<p>erfragen und berücksichtigen von Wünschen und Fragen der ZP, zuhören, Eingehen auf Gesagtes, Zeit geben sich zu äußern/nicht unterbrechen, Eingehen auf persönliche Gegenstände wie Fotos, Initiativen des Gegenüber zulassen, Eigenarten berücksichtigen, Veränderungen ansprechen</p>
Aushandeln von Erwartungen und Wünschen	<p>Situatives Aushandeln von Erwartungen, z.B. körperliche Nähe und Distanz</p> <p>Balance von Nähe und Distanz</p>	<p>Eingehen auf die Wünsche, Austausch über Erwartungen in einer konkreten Situation (Essen, Waschen), Wahlmöglichkeiten lassen, gemeinsames Gestalten von Tätigkeiten, Hilfsangebote</p> <p>Berührungen zulassen/ Wunsch nach körperlicher Nähe nachkommen, Grenzen setzen bei Körperkontakt/ Bedürfnis nach Nähe</p>
Erklären von und Informieren über folgende Arbeits-handlungen	<p>Informieren über die anstehende Pflegehandlung wie einen Verbandswchsel</p>	<p>Kommunikation über Arbeitstätigkeit, Erläutern von anstehenden Maßnahmen (Pflegehandlungen)</p>

4.2 Dimension der Interaktionsarbeit: Gefühlsarbeit

Kernmerkmal	Positivbeispiel (für ‚Gefühlsarbeit‘)	Beobachtbarkeit (eigener Vorschlag)
Empathie zeigen	<p>Rücksichtnahme auf emotionale Befindlichkeiten der ZP; Aussetzen von Verrichtungen, die von ZP aktuell nicht erwünscht sind</p> <p>Fragen nach Wünschen</p> <p>Eingehen auf die Lebensgeschichte</p> <p>Gefühle erkennen und interpretieren</p> <p>Verständnis für zunächst nicht sinnvoll erscheinenden Ängsten/Hysterien</p>	<p>Verbal durch Zuspruch und Betonung von Mitgefühl und Verständnis, Erklärungen, um Ängste zu nehmen und anschließend Zeit nehmen, um den Prozess des Verstehens zu zulassen</p> <p>Nonverbal durch Körperkontakt herstellen und zulassen (Berührungen)</p> <p>Gefühlsäußerungen ernst nehmen, sie berücksichtigen und darauf eingehen</p>
Positive Stimmung herstellen	<p>Positive Atmosphäre schaffen durch, z.B. durch freundliche Begrüßung</p>	<p>Witz/ Humor, Ansprache positiver Ereignisse (z.B. Besuch von Angehörigen), gutes Zureden als Ausgleich von Missstimmung, Besänftigen (kommunikativ oder durch Berührung)</p>
Hilfe bei der Bewältigung negativer Gefühle der ZP	<p>Ängste abbauen vor medizinischen Eingriffen</p> <p>Fragen nach Wünschen der ZP zum Sterben</p> <p>Eingehen auf auftretende Gefühle (z.B. Scham) bei für die Bewohner_in neuen/ungewohnten Situationen (z. B. Intimpflege)</p> <p>Unterstützung bei der Eingewöhnung neuer Bewohner_innen</p>	<p>Körperkontakt (Streicheln, Berührung), Gespräche über Ängste/Leid/Sterben, Besänftigen der ZP, Trösten, Aufmuntern, Beruhigen, geduldig sein, durch Präsenz bei Transfer Sicherheit vermitteln</p> <p>Erklärungen, Beruhigen, um Ängste abzubauen</p> <p>einbeziehen in die Alltagsstruktur (Aufgaben zuteilen/übertragen, Einladung zu Gruppenaktivitäten)</p>
Gefühl der Selbstbestimmtheit vermitteln	<p>Abholen der ZP in ihrer Situation</p>	<p>ZP Tätigkeiten machen lassen, was sie noch kann (Gehen, Essen, Sprechen); ZP zu eigenem Handeln / Aktivität ermutigen</p>

		Verhandeln mit zu Pflegenden, berücksichtigen von Ängsten
Wahrnehmen der ZP	, Aufmerksamkeit der PK gegenüber der ZP Teilen von freudvollen Momenten (Feiern nach Kitwood)	Aufrechterhalten des Blickkontaktes zur ZP, Wahrnehmen der ZP durch PK mit allen / verschiedenen Sinnen (Sehen, Hören, Riechen, Berühren) „strahlendes Lächeln“ der PK beim Erblicken der ZP PK und ZP erfasst eine ähnliche Stimmung
Der ZP Anerkennung vermitteln	kein kollektives Wir Erfahrung würdigen (?)	Sprache als Ausdruck von Anerkennung, Blickkontakt, Grüßen
Manipulation der ZP der Aufgabenerfüllung der PK	ZP zum Essen motivieren, indem man sagt, selbst gekocht zu haben	Offensichtlichen Widerspruch zur alltäglichen Praxis in der stationären Einrichtung
Sich Zeitnehmen für ZP	Ausreden lassen, persönliches Gespräch suchen, aktivierende Pflege	Gelassenheit der PK, Ruhe vermitteln, Eingehen auf kommunizierte Wünsche der ZP , ZP Tätigkeiten machen lassen, was sie noch kann (Gehen, Essen, Sprechen), Möglichkeit Ärger, Verletzungen oder Konflikte zu kommunizieren Gemeinsame Tätigkeiten (Zusammenarbeit -Kitwood) Eingehen auf zunächst nicht sinnvoll erscheinende Angst/Hysterien
Sinnliche Zuwendung	Mit Düften Erinnerungen, z.B. Freimarkt, wachrufen	Verwendung von Düften, Stoffen, Farben und Musik, (Timalation)

4.3 Dimension der Interaktionsarbeit: subjektivierendes Arbeitshandeln

Kernmerkmal	Positivbeispiel (für , Interaktionsarbeit')	Beobachtbarkeit (eigener Vorschlag)
-------------	---	-------------------------------------

Situatives Handeln auf Unvorhergesehenes/ Unplanbares	Erkennen einer plötzlichen Veränderung des Gesundheitszustandes der/s ZP	Flexibles, situations- und kontextbezogenes Handeln der PK
Einsetzen von Sinnen als Arbeitsmittel zur Wahrnehmung der gesundheitlichen und psycho-physischen Verfassung/ Zustand des/r ZP	Fiebrigkeit erkennen anhand von Berührung und sichtbarer Veränderungen der ZP Beobachtung des ZP in seiner unmittelbaren Wohnumgebung auf Auffälligkeiten/Abweichungen hin	Wahrnehmung der Situation durch Sehen, Ertasten, Riechen, Hören Auf Körperzeichen (wie Hautrötung, Schweißbildung) achten
Dialogisch-interaktives Vorgehen	Eingehen auf die unvorhergesehene Situation, die veränderte Verfassung der ZP (z.B. demenziell Erkrankte) und darauf bezogen abgestimmte Pflegehandlung/-handeln	Fragen stellen, Handlungen entsprechend ausrichten Nonverbale Kommunikation als Reaktion
Empathie als Einfühlen in und Verständnis für die Person und ihre Möglichkeiten	Erreichbarkeit der Klingel, Verfügbarkeit von Wasser (Situation an den ZP anpassen)	Korrekturhandlungen (Wasser holen; Klingel heranziehen), Warten auf, Beobachten von, Kontrollieren selbstständig ausgeführter Handlungen der ZP
Körperkontakt ermöglichen	Zulassen von körperliche Nähe/Körperkontakt als menschliches Grundbedürfnis	Berührungen der PK durch ZP werden nicht abgewehrt, sondern toleriert bzw. erwidert

4.4 Dimension der Interaktionsarbeit: Emotionsarbeit

Kernmerkmal	Positivbeispiel (für ‚Emotionsarbeit‘)	Beobachtbarkeit (eigener Vorschlag)
Freundlichkeit im Umgang mit den zu Pflegenden wahren	Bei aggressivem oder übergriffigem Verhalten	Bestimmtes und zugewandtes Verhalten gegenüber die zu Pflegenden, Grenzen setzen durch (non)verbale Kommunikation; zu Hilfe holen von Kolleg_innen

	Bei unangemessenem Verhalten aufgrund der Erkrankung (Demenz)	Bei demenziell erkrankten ZP: Unangemessenes Verhalten wird akzeptiert/toleriert; Gelassenheit bei unangemessenem Verhalten
Eigene negative Gefühle unterdrücken	Ekel, Zorn, Ärger, Abneigung, Ängste, Misstrauen gegenüber der ZP werden seitens der PK nicht gezeigt.	Achtsamkeitsrituale/-praktiken, wie tiefes Durchatmen in oder nach Einstellen auf die (neue) Situation; Sich zusammennehmen/sammeln; PK bleibt gelassen
Umgang mit Leid und Tod der zu Pflegenden	mitfühlen ohne mitleiden	PK nimmt sich Zeit für sterbende ZP; Austausch mit Kolleg_innen suchen; Trauerrituale der PK (z.B. individuelles Abschiednehmen von gerade verstorbenen ZP)

A 4.8 Informationsschreiben über Anpassungen im Projektverlauf Datenerheber*innen

Informationsschreiben für die Datenerheber*innen

in der Studie Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflege- einrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI

Stand: Juli
2018

Liebe Datenerheber*innen,

wir haben gemeinsam – Sie in Ihren ersten Datenerhebungen und wir als Studienteam in Planung und Begleitung – die erste Hälfte der Studie erfolgreich absolviert. Jetzt möchten wir gerne ein kleines Zwischenfazit ziehen und Ihnen, an die ersten Erfahrungen anschließend, einige Hinweise für die weitere Studiendurchführung geben.

Bedeutung der vollständigen Datenerhebung

Die Methodik der Studie ist darauf ausgelegt, dass an jedem Tag in jeder Erhebungseinheit eine vollständige Datenerhebung erfolgt. Das bedeutet, dass alle in der Pflege eingesetzten Kräfte von der ersten bis zur letzten Minute ihrer Arbeitszeit von einem Datenerheber begleitet werden. Nur so kann den studienteilnehmenden Pflegebedürftigen das jeweils erforderliche Personal zugeordnet werden. Schon eine einzelne unbesetzte Datenerberschicht und einzelne nicht eingehaltene Erhebungszeiten sind deshalb sehr problematisch und müssen von uns gemeinsam vermieden werden.

Wir – das Studienteam der Universität Bremen – stellen hierfür sicher, dass in jeder Einrichtung immer die richtige Anzahl an Datenerhebern gebucht ist. Von Ihnen als Datenerheber benötigen wir dann vor Ort die Kenntnis der Studienanforderungen und Ihr Bestreben, diese Anforderungen immer zu erfüllen.

Letzteres wird von der großen Mehrheit von Ihnen absolut großartig erfüllt. Hierfür möchten wir Ihnen jetzt schon einmal herzlich danken. In Einzelfällen könnte allerdings die Qualität der Datenerhebung verbessert werden. Aus diesem Grunde haben wir nachfolgend noch einmal allgemeine Verhaltensanforderungen aufgeführt, die Sie bitte immer beachten:

Verhalten

- Erscheinen Sie bitte bei jedem neuen Einsatz pünktlich 30 Minuten vor Ihrem ersten Spät- oder Frühdienst in der Einrichtung. Diese Zeit ist sehr wichtig,
 - um noch einmal die wichtigsten Fragen der Erhebung zu erläutern,
 - um alle neuen und erfahrenen Datenerheber auf einen aktuellen Stand zu bringen und
 - um besondere Eigenheiten der Einrichtung und des Wohnbereichs zu vermitteln.
- Für die Tage der Datenerhebung werden Ihnen vorab die geplanten Dienstzeiten der Mitarbeiter, die Sie begleiten werden, mitgeteilt. Es handelt sich hierbei nicht um Ihre konkreten Einsatzzeiten, sondern um Orientierungszeiten, die vor allem den Erhebungsbeginn festlegen. Ihre spezifischen Einsatzzeiten richten sich jedoch nach der echten Arbeitszeit der Pflegekräfte. Wenn die Ihnen zugeordnete Pflegekraft länger bleibt, muss auch diese zusätzliche Zeit von Ihnen begleitet

werden. Aus diesem Grunde wird Ihnen als Datenerheber unabhängig von den konkreten Dienstzeiten ein pauschaler Tagessatz als Vergütung gezahlt. Durch die Mischung von kürzeren und längeren Dienstzeiten wird somit jede Datenerhebung gleichbehandelt. Datenerhebungen, die beendet werden, bevor die beschattete Pflegekraft ihren Dienst beendet, werden nicht voll vergütet.

- Fällt die durch Sie begleitete Pflegekraft kurzfristig aus, so besprechen Sie bitte mit der zuständigen Leitungskraft der Einrichtung, wann und in welcher Form eine Ersatzkraft eingesetzt wird und begleiten Sie stattdessen die Ersatzkraft.
- Während der Datenerhebung bleiben Sie bitte immer in Kontakt mit der Pflegekraft, die Sie begleiten. Das bedeutet, dass Sie
 - sich immer in der Nähe und Sichtweite der Pflegekraft aufhalten,
 - die Pflegekraft in die Zimmer der studienteilnehmenden Bewohner begleiten, sofern der Pflegebedürftige dies nicht ablehnt,
 - sich bei Pflegehandlungen, die in Zimmern von nicht-studienteilnehmenden Pflegebedürftigen durchgeführt werden, in Sichtweite des Zimmers aufhalten,
 - Ihre Pausenzeiten an die Pflegekraft anpassen. Sollten die Pausenzeiten durch die Pflegekraft nicht eingehalten werden, dann besprechen Sie dies bitte mit Ihrer Pflegekraft und führen Ihre Pause etwa während der Versorgung von Pflegebedürftigen durch, die nicht an der Studie teilnehmen.
 - zusätzliche Pausen – explizit die guten alten Raucherpausen – nur mit der Pflegekraft zusammen nehmen können (wenn möglich, sollten Raucher*innen Raucher*innen beschatten!)
- Grundsätzlich sind wir – sowohl das Studienteam der Universität, als auch Sie als Datenerheber – Gäste in den Einrichtungen und auf die Freiwilligkeit der Pflegebedürftigen und Pflegekräfte angewiesen. Verhalten Sie sich deswegen bitte auch wie ein Gast, den Sie als Gastgeber gerne wieder einladen möchten! Explizit gehört hierzu der Appell, auf einen angemessenen Kommunikationsstil zu achten. Gespräche auch zwischen den Datenerhebern können natürlich gerne geführt werden. Verhalten Sie sich dabei aber bitte wertschätzend und diskret.

Änderungen der Software

- Die Software zur Datenerhebung dient dazu, dass Sie die erbrachten Interventionen in möglichst strukturierter Form erfassen können. Dazu wurden zu fast allen Interventionen Teilschritte und Anforderungen geplant. In den bisherigen Datenerhebungen mussten Sie diese mit roten Kreuzen (für falsch) oder grünen Haken (für richtig) bewerten. Die Auswertung der ersten Studiendaten hat gezeigt, dass diese Bewertung mit zwei Möglichkeiten nicht ausreichend war. Vor allem hat es sich gezeigt, dass die einzelnen Teilschritte nur im Zusammenhang mit den vor- und nachgelagerten Interventionen beurteilt werden können. Aus diesem Grund wurde zur Beurteilung der Teilschritte und Anforderungen eine gelbe Bewertung als dritte Option aufgenommen. Dadurch können Teilschritte und Anforderungen nun als
 - nicht erbracht/nicht fachgerecht erbracht (rot),
 - nicht erforderlich/nicht angezeigt (gelb) und
 - fachgerecht erbracht (grün)

bewertet werden. Zu Beginn sind alle Teilschritte auf gelb gesetzt. Einmaliges Antippen ändert die gelbe Markierung zu einem grünen Haken, erneutes Antippen zu einem roten Kreuz. Dabei ist es wichtig zu verstehen, dass Sie sich in der Datenerhebung zu jedem der Teilschritte und Anforderungen verhalten. Nur wenn in Ihrer fachlichen Beurteilung einer der vorhandenen Punkte als falsch erbracht oder fälschlich nicht erbracht beurteilt wird, darf die rote Bewertung ausgewählt werden.

Wenn Teilschritte und Anforderungen fachgerecht erbracht wurden, wird die grüne Bewertung ausgewählt. Für den Fall, dass Teilschritte und Anforderungen in der Situation nicht erforderlich sind, sind diese mit gelb zu bewerten.

- Innerhalb der einzelnen Interventionen sind viele der Teilschritte und Anforderungen an bestimmte Bedingungen geknüpft. Sie erkennen das immer daran, dass im jeweiligen Text „wenn angezeigt/wenn erforderlich/soweit erforderlich/erwünscht“ enthalten ist.
- Durch die Änderungen im Bewertungssystem auf grün, gelb und rot ergeben sich folgende Änderungen:
 - In allen Fällen bedingter Teilschritte und Anforderungen gilt, dass die Nichterbringung nicht fachgerecht ist, wenn der Teilschritt oder die Anforderung angezeigt/notwendig sind. In diesem Fall müssen die betreffenden Punkte zwingend mit einem roten Kreuz markiert werden! Das gilt bei jeder Intervention und für jeden einzelnen Teilschritt/Anforderung.
 - Die grüne Bewertung darf nur dann ausgewählt werden, wenn der betreffende Punkt erforderlich/angezeigt war und erbracht/beachtet wurde.
 - In allen anderen Fällen nicht notwendiger Teilschritte und Anforderungen muss die gelbe Ausgangsbewertung beibehalten werden.

Erfolgt dies nicht oder nur unvollständig, kann die Intervention nicht konsistent bewertet werden.

- Die bisherigen Studiendaten zeigen, dass es ungünstig ist, wenn die Eingabe eines SOLL-Korrekturwertes nur optional ist. Es ist in diesen Fällen nicht zu unterscheiden, ob keine SOLL-Korrektur erfolgen musste oder dieser Schritt schlicht übersprungen wurde. Aus diesem Grund ist ab sofort immer eine Eingabe erforderlich. Das Feld ist rot hinterlegt und die Intervention kann erst abgeschlossen werden, wenn es hierzu einen Eintrag gegeben hat. Ein positiver, durch Sie festgelegter SOLL-Wert wird eingetragen, wenn die Leistung zu schnell und/oder unvollständig erbracht wurde. Ein negativer Wert wird notwendig, wenn zu viel Zeit für eine fachgerechte Durchführung benötigt wurde. Wenn die Intervention in einer angemessenen Zeit durchgeführt wurde, ist der Wert 0 einzutragen.
- Oft kommt es vor, dass geplante Leistungen zwar erbracht werden, dies jedoch nicht durch die Mitarbeiter der Einrichtung erfolgt. In diesen Fällen müssen die geplanten Leistungen spätestens zum Ende der Schicht händisch mit der Begründung „erbracht durch weitere Mitarbeiter*innen ohne Beschattung“ bzw. „erbracht durch Angehörige/Ehrenamtliche“ abgeschlossen werden. In diesen Fällen erfolgt natürlich keine Zeitmessung und auch keine Soll- und Ist-Korrektur. Diese Interventionen werden später statistisch berücksichtigt, indem bei der Datenauswertung die Zeiten einbezogen werden, die für eine professionelle und fachgerechte Erbringung notwendig gewesen wären.

Erhebung allgemein

- Ihre Rückmeldung und unsere bisherigen Beobachtungen zeigen, dass eine genaue Kenntnis des pflegewissenschaftlichen Studienhintergrundes der wichtigste Erfolgsfaktor für die Datenerhebung ist. Gerade in den ersten Einsätzen ist es erforderlich, dass Sie schon vorab den Interventionskatalog und das Handbuch zur Datenerhebung genau kennen. Dies gibt Handlungssicherheit in Bezug auf die Teilschritte und Anforderungen jeder Intervention und erleichtert den Zugriff auf Bedarfsleistungen, die teilweise in sehr kurzer Zeit in den Erhebungsplan aufgenommen werden müssen.
- Gleiches gilt für die genauen Bedingungen, unter denen die Korrektur von IST- und SOLL-Werten vorzunehmen ist. Die wichtigsten Anmerkungen hierzu sind nachfolgend noch einmal angeführt. Lesen Sie diese bitte aber zusätzlich auch noch einmal genau im Handbuch nach!

- Wann eine Soll-Korrektur notwendig ist und wie diese zu begründen ist, finden Sie im Handbuch, dies sollte gelernt und geübt werden. Im Handbuch wird auch der Umgang mit der IST-Korrektur erläutert.
- Die eingegebenen Ist- und Sollwerte sind positive Werte, wenn Zeiten auf die Messwerte aufgeschlagen werden sollen. Eine positive IST-Korrektur bedeutet, dass der gemessenen Erbringungszeit der Korrekturwert hinzugerechnet werden muss, etwa weil die Erfassung zu spät begonnen wurde. Eine positive SOLL-Korrektur bedeutet, dass der gemessenen Erbringungszeit der Korrekturwert hinzugerechnet werden muss, etwa weil die fachgerechte Erbringung der Intervention mehr Zeit erfordert hätte.
- Die IST- und SOLL-Werte sind jeweils Zuschläge. Es wird hier nicht die korrigierte Zeit eingegeben, die als Summe von gemessener Zeit und Korrekturzeit entsteht!
- Ist eine Intervention „fachgerecht durchgeführt“, darf keine SOLL-Korrektur vorgenommen werden. Sollte die Intervention etwa zu lange gedauert haben und eine negative Zeitkorrektur erforderlich sein, darf bei der Zeitbegründung nicht „fachgerecht durchgeführt“ ausgewählt werden. Vielmehr ist jetzt „Fehlmanagement“ anzugeben.
- Wenn nicht/von Anderen erbrachte Interventionen für den Abschluss der Dokumentation gestartet werden müssen, sollten die erfassten Zeitwerte mit einer negativen Ist-Korrektur auf 0 korrigiert werden und der Grund der Nichterbringung entsprechend begründet werden.
- Grundsätzlich werden alle Interventionen, die geplant sind, als notwendig erachtet. Dies bedeutet, dass die Begründung „nicht notwendig“ nur gewählt werden kann, wenn eine Intervention situativ gerechtfertigt nicht erbracht wurde. Dann darf eine als „nicht notwendig“ abgeschlossene Leistung nicht mit einem SOLL-Korrekturwert hinterlegt werden.
- Am Ende der Schicht sind womöglich nicht durchgeführte Interventionen noch offen. Diese müssen abgeschlossen werden. Dazu tauschen sich alle Schatten dieser Schicht aus. Achten Sie darauf, dass Ihre Tablets bei dieser Besprechung denselben Synchronisationsstand zeigen. Ggf. müssen Sie sich dazu alle gemeinsam einmal ab- und neu anmelden. Der Abschluss und die Begründung geplanter Interventionen kann durch das Löschen über das Mülleimer-Symbol erfolgen.
- Werden geplante Leistungen nicht erbracht und sind diese am Ende der Schicht noch „offen“, ist zu klären, ob diese erforderlich gewesen wären und somit eine erforderliche Leistung nicht erbracht wurde oder ob diese Leistung nicht erforderlich war. Bitte wählen Sie immer im Feld „Zeitbegründung“ die Antwort „nicht notwendig“ oder „notwendige Leistung nicht erbracht“. Im letztgenannten Fall werden vom Studienteam in der Datenauswertung dann entsprechende Soll-Korrekturzeiten zugewiesen und auch statistisch ausgewertet.
- Der Umgang mit dem Feld „ZeitBegründungen“ stellen verschiedene Ansprüche an die Bewertung der Teilschritte und Anforderungen. Bei den Begründungen „Abweichung vom Übernahmeniveau“, „Anforderungen/Teilschritte unzureichend berücksichtigt“, und „Fehlmanagement“ wird mindestens eine rote Bewertung eines Teilschritts oder Anforderung erwartet. Hingegen kann eine Intervention mit mindestens einem roten Teilschritte oder einer roten Anforderung nicht als „fachgerecht durchgeführt“ eingestuft werden.

Hinweise zum Handling der Tablettts

In der ersten Datenerhebungsphase ist es zu einigen wenigen Problemen mit den Tablettts, die zur Erhebung genutzt werden, gekommen:

- Die Tablettts erweisen sich als robust, aber nicht unzerstörbar. Bitte melden Sie Beschädigungen sofort an den/die zuständigen StudienmitarbeiterIn vor Ort oder direkt an die Universität Bremen. Nur so kann die Reparatur der Tablettts eingeleitet werden.
- In drei Fällen ist es zu Komplettabstürzen der Tablettts gekommen, die auf eine Fehlbedienung zurückzuführen sind: Wenn versehentlich beim Einschalten der Tablettts die Ein/Aus-Taste und die Lautstärke-Wippe gleichzeitig gedrückt werden, startet das Tablett in einem Konfigurations- oder Hardwaretest-Modus. Dieser lässt jedoch keine Datenerfassung zu. Auf dem Bildschirm sind dann unleserliche Schriftzeichen, farbige Linien oder Ähnliches zu sehen. Sollte es zu diesem Zustand kommen, drücken Sie bitte einmal kurz den Reset-Button, der sich unterhalb der Lautstärke-Wippe befindet. Hierdurch sollte das Tablett wieder startfähig werden.
- In einem einzelnen Fall ist es durch das vorstehend beschriebene Reset dazu gekommen, dass das Tablett vollständig gelöscht und auf Werkseinstellungen zurückgesetzt wurde. In diesem Fall kann ein Start erst nach manueller Neuinstallation außerhalb der Einrichtung erfolgen. Vermeiden Sie es aus diesem Grund bitte unbedingt, dieses Risiko überhaupt einzugehen.

Wie Sie sehen, handelt es sich bei unserem Personalbemessungsprojekt um ein sehr dynamisches Projekt, das an einer permanenten Rückkoppelung aus Planungs-, Durchführungs- und Auswertungserfahrungen wächst. In diesem Sinne werden wir Ihnen in der nächsten Zeit – eventuell auch in kleinerem Umfang, als in diesem Anschreiben – noch weitere Berichte und abgeleitete Empfehlungen oder Novellierungen zukommen lassen.

Wir danken Ihnen noch einmal für Ihren großen Einsatz in der ersten Studienhälfte und freuen uns auf weiterhin so gute Zusammenarbeit auch in den verbleibenden Monaten.

Es grüßt Sie herzlich

das Team von PeBeM

A 4.9 Informationsschreiben zur Strukturdaten- und Dienstplanerhebung

Informationsschreiben zur Struktur- und Dienstplanerhebung

in der Studie „Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI“

Stand 10.2018

Sehr geehrte Einrichtungsleitungen,

im Rahmen der Studie zur einheitlichen Personalbemessung sind wir aufgefordert auch die besonderen Aspekte der Pflegeeinrichtungen für die Personalbemessung und die Leistungen des Einrichtungsmanagements zu berücksichtigen. Aus diesem Grund übersenden wir Ihnen drei weitere Erhebungsdateien:

- PeBeM_Selbstaufschriebe
- PeBeM_Dienstplanerhebung
- PeBeM_Strukturdaten

Selbstaufschriebe

Zur Erhebung der Leistungen des Managements benötigen wir von Ihnen sogenannte Selbstaufschriebe. Die Selbstaufschriebe benötigen wir von allen Mitarbeiter*innen, die mit Leitungsaufgaben und/oder Qualitätsmanagementaufgaben betraut sind (Einrichtungsleitungen, Pflegedienstleitungen, Qualitätsmanagementbeauftragte, Leitungen der Betreuungs- und Hauswirtschaftskräfte bzw. des Sozialen Dienstes). Sollte der Fall eintreten, dass entsprechende Mitarbeiter*innen die benannten Funktionen stellenanteilig innehaben, müssen nur die Zeiten festgehalten werden, die für Leitungs- und Qualitätsmanagementtätigkeiten anfallen.

Füllen Sie hierzu bitte die Exceltabelle „**PeBeM_Selbstaufschriebe**“ aus.

Wir benötigen die Daten für einen Zeitraum von vier Tagen (entsprechend Ihres Dienstes), idealerweise zeitgleich mit der Erhebung der pflegerischen Ist- und Soll-Zeiten durch unsere Schatten. Sollten Sie die Datenerhebung der Schatten sehr eng begleiten, wäre dieser Zeitpunkt jedoch nicht ideal. Ihre Selbstaufschriebe sollten dann in den anschließenden Tagen erfolgen. Sollten Urlaubstage oder andere Abwesenheiten anstehen, möchten wir Sie bzw. Ihre Kolleg*innen bitten, die Erhebung der Selbstaufschriebe so zu verschieben, dass **an 4 aufeinanderfolgenden Tagen** die Leistungen festgehalten werden können. Da Sie nicht permanent an einem PC sitzen werden, können Sie auch gern Notizen anfertigen, die Sie anschließen in die Exceltabelle übertragen.

- Halten Sie bitte das Datum und die Uhrzeit zu Beginn und zum Ende einer jeweiligen Leistung fest.
- In der Spalte „Interventions-Kategorie“ wählen Sie bitte eine Kategorie (Zelle anklicken, dann erscheint rechts ein Dreieck – dieses zur Auswahl der Kategorie anklicken)

- In der Spalte „Intervention“ wählen Sie bitte eine Intervention aus (Zelle anklicken, dann erscheint rechts ein Dreieck – dieses zur Auswahl der Intervention anklicken)
- Anmerkungen können in der letzten Spalte eingetragen werden

Dienstplanerhebung

Im Rahmen der Dienstplanerhebung benötigen wir die geleisteten Stunden von jeder Pflege-, Hauswirtschafts- und Betreuungskraft (inclusive den § 43b-Kräften) die an den Datenerhebungstagen in der Wohneinheit anwesend war. Hierzu führen Sie bitte für den jeweiligen Bereich alle Mitarbeiter*innen auf, die diesem Bereich laut Dienstplan zugeordnet waren. Sollten mehrere Wohneinheiten in die Datenerhebung einbezogen worden sein, benötigen wir die Angaben je Wohneinheit in einer separaten Exceltabelle.

Füllen Sie hierzu bitte die Exceltabelle „**PeBeM_ Dienstplanerhebung**“ aus.

Bitte tragen Sie zunächst die Namen aller Mitarbeiter*innen ein, die während der Datenerhebung im Dienst waren. Dies ist notwendig, um den Überblick nicht zu verlieren – die Namen werden später wieder gelöscht. Tragen Sie bitte anschließend das jeweilige Qualifikationsniveaus ein. Diese sind in der Liste vorgegeben, welche über das kleine Dreieck geöffnet werden kann (siehe Bild).

The image shows a screenshot of an Excel spreadsheet. The first row has columns for 'Name', 'Vorname', 'Qualifikationsniveau', 'Beginn', 'Ende', and 'Be'. The first row is highlighted in green and contains the text 'Muster' and 'Max'. A red circle highlights a small downward-pointing triangle in the 'Qualifikationsniveau' cell. A dropdown menu is open, listing various qualification levels: 'Azubi Pflegekraft', 'Azubi Pflegefachkraft', 'Servicekraft', 'Pflegekraft (< 1 Jahr Ausbildung)', 'Betreuungskraft (§43b)', 'Pflegekraft (1 bis 2 Jahre Ausbildung)', 'Pflegefachkraft', 'Pflegefachkraft mit Zusatzqualifikation', and 'Betreuungsfachkraft (nicht §43b)'. The background of the spreadsheet shows other rows with blue grid lines.

Füllen Sie nun die roten Felder aus. Es genügt die Uhrzeit, für den Beginn und das Ende des jeweiligen Dienstes, einzutragen. Sie müssen hierbei darauf achten, dass die Eingabe mit einer Zahl und einem Doppelpunkt (08:00) erfolgt. Für die Tage, an denen die jeweiligen Mitarbeiter*innen nicht anwesend waren, tragen Sie bitte in beide Felder eine Null ein. Berücksichtigen Sie, dass für den ersten Erhebungstag kein Frühdienst eingetragen werden muss und für den letzten Erhebungstag kein Spät- und Nachtdienst. Sind alle Felder grün und in den Spalten T bis X keine Rautezeichen (####) zu sehen, können Sie nun alle Namen der Mitarbeiter*innen wieder löschen und die Tabelle speichern.

Strukturdaten

Mit der Erhebung der Strukturdaten sollen die besonderen Gegebenheiten Ihrer Pflegeeinrichtung für die Personalbemessung berücksichtigt werden.

Füllen Sie hierzu bitte die Exceltabelle „**PeBeM_ Strukturdaten**“ aus.

Alle auszufüllende Felder sind grün. In jedem Bereich finden Sie ein Kommentarfeld (Spalte L). Bitte nutzen Sie dieses, um ggf. weitere Erläuterungen zu den jeweiligen Punkten anzugeben. Sollten dennoch weitere Punkte aus Ihrer Sicht eine Rolle spielen und Sie wissen nicht, wie Sie diese in der Tabelle abbilden können, schreiben Sie uns diese Punkte gern in einer Email an die Studienadresse pebem@uni-bremen.de.

Ansprechpartner

Weitere Rückfragen richten Sie bitte an:

Thomas Kalwitzki oder Lukas Matzner (Telefonnummer 0421 – 218-58544)

Wir bedanken uns bei Ihnen für Ihr Unterstützung!

A 4.10 Zweites Anschreiben zur Strukturdaten- und Dienstplanerhebung

Zweites Anschreiben zur Strukturdatenerhebung

in der Studie „Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI“

Stand: Mai

2019

Sehr geehrte Einrichtungsleitung,

im letzten Jahr haben Sie mit Ihrer Pflegeeinrichtung an der Studie zur Personalbemessung teilgenommen. An dieser Stelle nochmals vielen Dank für Ihre Teilnahme und Unterstützung!

Mittlerweile werden die gesammelten Daten intensiv ausgewertet, so auch die von Ihnen übermittelten Daten zu Struktur, Dienstplan und Selbstaufschrieben. Die Plausibilitätsprüfungen sind nun abgeschlossen. An einigen Stellen gehen wir in Ihren Dateien von Tippfehlern aus, deren Korrektur wir benötigen, um die Daten auswerten zu können.

Zusätzlich haben sich im Projektverlauf seitens des Auftraggebers weitere Fragestellungen ergeben, die wir an dieser Stelle nacherheben müssen. Der Aufwand für Sie dazu ist uns bewusst. Ohne Ihre erneute Mithilfe können wir jedoch notwendige Analysen nicht durchführen und eine Umsetzung der mehr als überfälligen neuen Personalbemessung ist nicht gesichert.

Wir bitten Sie die angehängten Dateien zu prüfen und zu ergänzen. Wir benötigen die endgültigen Versionen bis zum 22.05. Wir werden versuchen Sie parallel telefonisch zu kontaktieren, um Sie bei Unklarheiten in der Bearbeitung der Dateien zu unterstützen.

1. Dienstplanerhebung

- Sie haben uns den Dienstplan der Erhebungstage übermittelt (XY.XY.2018 bis YX.YX.2018). Im Auswertungsprozess ist aufgefallen, dass wir spezifischere Informationen zu den Qualifikationsniveaus 2 und 5 benötigen. Bitte ordnen Sie diese neu zu.
 - QN 2 nach Pflege oder Betreuung
 - QN 5 nach möglichen Weiterbildungsinhalten (Leitungsaufgaben, Palliativ Care, Gerontopsychiatrie)
 - sollten bei einem zuvor zu QN 5 zugeordneten MA keine inhaltliche Zuordnung möglich sein, so wählen Sie bitte QN 4 aus

In der Spalte „offene Zuordnungen“ ist das zuvor angegebene QN hinterlegt. Zur Orientierung sind die dazugehörigen Dienstzeiten ebenfalls angeben. Die Reihenfolge wurde von Ihrer Antwort übernommen. Wurden die Daten von Ihnen nicht nach Mitarbeiter*innen sondern nach Tag geordnet, so sind die MA bzw. das QN nun alphabetisch hinterlegt.

- Außerdem bitten wir um **Zuordnung des hauptsächlichen Aufgabenbereichs** in
 - Pflege
 - Betreuung
 - Hauswirtschaft.

Da die Vergütungsgrundlagen für diese Punkte aus unterschiedlichen Bereichen des SGBs resultieren, werden diese Detailinformationen benötigt, um eine Verteilung der Bedarfe im Zusammenhang mit den SGB-Bereichen darstellen zu können.

Alle zu bearbeitenden Felder sind gelb hinterlegt.

Bitte beachten Sie, dass bei einer Erhebung von 2 Erhebungseinheiten dies bei der Zuordnung der Mitarbeiter kenntlich gemacht wird.

2. Selbstaufschrieb

Wenn Sie eine Datei mit Ihrem Selbstaufschrieb zugesendet bekommen, so fehlt darin die Angabe zur Funktion der Person, die den Bogen ausgefüllt hat. Bitte ergänzen Sie diese.

3. Strukturdaten

Wir wissen um den immensen Aufwand den diese Erfassung bereits bei Ihnen verursacht hat und sind uns darüber bewusst, wie aufwändig eine erweiterte Erfassung an dieser Stelle für Sie ist!

Bei der Datenauswertung hat sich gezeigt, dass in einigen Bereichen Angaben gemacht wurden, die nach unseren Plausibilitätsprüfungen nicht möglich bzw. fraglich sind. In Diskussionen zu den Strukturdaten mit dem Auftraggeber, der über die Einführung der neuen Personalbemessung mitentscheiden wird, wurde jedoch klar herausgearbeitet, dass es nur mit präzisen Strukturdaten möglich ist, die mit der Beschattung der Pflegenden ermittelten Zeitaufwände in den Gesamtkontext der Versorgung und Personalsituation zusetzen. Dies bedeutet: Ohne die überarbeiteten Strukturdaten können wichtige Zusammenhänge zu den gemessenen Personalaufwänden nicht dargestellt werden, die aber eine wesentliche Grundlage bilden, um eine neue Personalbemessung umsetzen und koordinieren zu können.

Wir bitten Sie hiermit erneut, um eine Nacherhebung der Daten. Auf dieser Datenbasis soll zukünftig die Personalbemessung deutschlandweit in der stationären Langzeitversorgung erfolgen. Bitte unterstützen Sie die Datenerfassung und Auswertung – auch im eigenen Interesse – indem Sie uns die entsprechenden Daten zur Verfügung stellen!

Sie haben dazu eine Datei erhalten in der Sie bitte die gelb/orange markierten Felder neu ausfüllen, alle anderen Daten liegen uns bereits vor und müssen nicht mehr eingegeben werden. Für viele Angaben gilt der erste Tag der Datenerhebung in Ihrer Einrichtung als Stichtag. Dies war der XY.XY.2018.

Wir bitten Sie die Rückübermittlung der korrigierten Strukturdaten, Dienstpläne und Selbstaufschriebe bis zum 22.05 vorzunehmen. Bitte hängen Sie uns nach Möglichkeit für die anschließende Datenauswertung bei der Datenübermittlung zusätzlich ihr **Einrichtungskonzept** an.

Für die Rückübermittlung der Excel-Tabellen nutzen Sie bitte den Server bzw. die Zugangsdaten zum Server, die Sie auch für die Übermittlung der Stammdaten genutzt haben. Sollten Sie hierzu technische Fragen haben oder Ihnen der Zugang zum Server nicht mehr vorliegen, wenden Sie sich bitte per Email an unseren Mitarbeiter Herrn Kloep: kloep@uni-bremen.de .

Für alle Rückfragen stehen wir Ihnen gerne unter 0421/21858563, 0421/21858548 oder per Email (pebem@uni-bremen.de) zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und Unterstützung!

Mit freundlichen Grüßen aus Bremen

Ihr PeBeM-Team

A 4.11 Bogen zur Strukturdatenerhebung

PeBeM- Strukturdatenerhebung						Einrich- tungs- name							
						Einrich- tungs-ID							
1 Angaben zur <u>gesamten</u> Einrichtung - Stichtag ist der erste Erhebungstag													
	Anzahl der zugelassenen Betten												
	Belegte Betten												
	Anzahl der Ein-Bett-Zimmer												
	Anzahl der Mehr-Bett-Zimmer												
	Pflegegradverteilung aller Bewoh- ner*innen					Anzahl der Bewohner*innen, die den zum Erhebungstag gültigen Pflegegrad durch die Überleitung vom 01.01.17 zugeordnet be- kommen haben.							

	Anzahl PG 1														
	Anzahl PG 2														
	Anzahl PG 3														
	Anzahl PG 4														
	Anzahl PG 5														
	ohne Pflegegrad														
	Gibt es einen pflegfachlichen Schwerpunkt für die gesamte Einrichtung?														
	Wenn ja, bitte den pflegfachlichen Schwerpunkt angeben:														
	Auslastung der Einrichtung														
	Führten Sie eine Warteliste zur Aufnahme von Bewohner*innen in ihrer Einrichtung?														

	Fehlten zwischen 01.01.18 und 30.09.18 <u>freie</u> Kapazitäten, um neue Bewohner aufzunehmen?																		
	Kam es zwischen 01.01.18 und 30.09.18 aus <u>Personalmangel</u> zu einem Aufnahme-stopp?																		
	Mussten aufgrund von Personalmangel Wohnbereiche oder Teile davon geschlossen werden?																		
2	Angaben zu den Erhebungseinheiten (WB, Wohngruppe) (nur für stationäre Einrichtungen) - Stichtag ist der erste Erhebungstag																		
	Anzahl aller Wohnbereiche (WB) der Einrichtung																		
	Anzahl der Erhebungseinheiten																		
	<u>Informationen zur 1. Erhebungseinheit</u>																		

Erinnerung: Erhebungseinheiten sind Wohnbereiche (WB) / Wohngruppen / Hausgemeinschaften / Wohneinheiten, die jeweils einen eigenen Dienstplan haben

	Bettenkapazität des Wohnbereichs									
	Belegte Betten									
	Pflegegrade der Bewohner*innen im Wohnbereich									
	Anzahl PG 1									
	Anzahl PG 2									
	Anzahl PG 3									
	Anzahl PG 4									
	Anzahl PG 5									

Anzahl der Bewohner*innen, die den zum Erhebungstag gültigen Pflegegrad durch die **Überleitung** vom 01.01.17 zugeordnet bekommen haben.

	ohne Pflegegrad								
	Hat dieser Wohnbereich einen eigenen pflegerfachlichen (indikationsspezifischen) Schwerpunkt?						1 = ja 2 = nein		
	Wurde zu dem pflegerfachlichen Schwerpunkt ein gesonderter Versorgungsvertrag geschlossen?						1 = ja 2 = nein		
	Wird in diesem Wohnbereich nach einem indikationsspezifischen Pflegekonzept gearbeitet?						1 = ja 2 = nein		
	Welche personalrelevanten Aspekte sind mit dem indikationsspezifischen Pflegekonzept verbunden:								
	Informationen zur 2. Erhebungseinheit								

	Bettenkapazität des Wohnbereichs																		
	Belegte Betten																		
	Pflegegrade der Bewohner*innen																		
	Anzahl PG 1																		
	Anzahl PG 2																		
	Anzahl PG 3																		
	Anzahl PG 4																		
	Anzahl PG 5																		
	ohne Pflegegrad																		

Anzahl der Bewohner*innen, die den zum Erhebungstag gültigen Pflegegrad durch die **Überleitung** vom 01.01.17 zugeordnet bekommen haben.

	Informationen zur 1. Erhebungseinheit							
	Nach welchem konzeptionellen Pflegemodell (Pflegetheorie) arbeiten Sie?				1 = Krohwinkel (fördernde Prozesspflege)			
					2 = Peplau (psychodynamisches Modell)			
	<i>Bitte denken Sie daran, dass die SIS kein Pflegemodell ist</i>				3 = Orem			
					4 = Böhm (psychobiographisches Modell)			
					5 = keins der genannten			
	Arbeiten Sie nach einem bestimmten Konzept zum Umgang mit Menschen mit Demenz?					1 = ja		2 = nein
		Wenn ja, nach welchem:			<i>z. B. Kitwood, Silviahemmet oder andere</i>			
	Sind weitere pflegerische Konzepte in Ihrem Einrichtungskonzept					1 = ja		2 = nein
		Bobath						

	verankert?			Kinästhetik							
				Basale Stimulation							
				Weitere:							
	Ihre Ablauforganisation entspricht am ehesten welchem Pflegesystem:										
										1 = Funktionspflege	
										2 = Einfache Bezugspflege (Gruppen- / Bereichspflege)	
										3 = Primary Nursing	
				Andere, und zwar:							

	Ist ein besonderes Wohnkonzept in Ihrer Ein- richtung verankert?				1 = ja	2 = nein
	(z. B. Hausgemeinschaftsprinzip, Pflegeoase)					
				Wenn ja, welche?		
	Gibt es besondere (kostenfreie) Serviceangebote für die Bewohner*innen (z. B. Nachtcafé, Tierbesuchsdienste)				1 = ja	2 = nein
				Wenn ja, welche?		
	Wie ist die Zubereitung der Mahlzeiten organisiert?				<i>(Mehrfachnennung zweites Feld nutzen)</i>	
						Mahlzeit wird nicht an-
		Früh- stück			999 = geboten	

		2. Frühstück						1 =	dezentral im Wohnbereich (Wohnküche)
		Mittagessen						2 =	zentral (hauseigene Küche)
		Kaffee trinken						3 =	externe Küche
		Abendessen							
		Bei zentraler/externer Küche:							
		Werden die Teller zu den Mahlzeiten durch die zentrale/externe Küche bestückt (Tallettsystem)?						1 =	ja
								2 =	nein
		Wie erfolgt das Stellen der Medikamente?						1 =	durch die Pflege
								2 =	durch die Apotheke

	Wie erfolgt die Wäscherversorgung der Bewohner*innen?					(Mehrfachnennung zweites Feld nutzen)		
							1 =	Durch Mitarbeiter*innen im eigenen Haus
							2 =	Durch eine Fremdfirma
								(auch bei Zugehörigkeit zum eigenen Träger)
								Angehörige
							3 =	
	Wie erfolgt die Gebäudereinigung?						1 =	Durch eigene Mitarbeiter*innen
							2 =	Durch eine Fremdfirma
								(auch bei Zugehörigkeit zum eigenen Träger)
							3 =	Mischform
	Mit welcher Dokumentationsform arbeiten Sie?						1 =	ausschließlich Papier basiert

	Arbeiten Sie nach dem Sturkturmodell (SIS)?			1		1 = ja	2 = nein
						1 = ja	2 = nein

	(z. B. Hausgemeinschaftsprinzip, Pflegecase)								
				Wenn ja, welche?					
	Gibt es besondere (kostenfreie) Serviceangebote für die Bewohner*innen (z. B. Nachtcafé, Tierbesuchsdienste)			Wenn ja, welche?					
	Wie ist die Zubereitung der Mahlzeiten organisiert?				(Mehrfachnennung zweites Feld nutzen)				
		Frühstück					999 =	Mahlzeit wird nicht angeboten	
		2. Frühstück					1 =	dezentral im Wohnbereich (Wohnküche)	

		Mittagessen							2 =	zentral (hauseigene Küche)		
		Kaffee trinken							3 =	externe Küche		
		Abendessen										
		Bei zentraler/externer Küche:										
	Werden die Teller zu den Mahlzeiten durch die zentrale/externe Küche bestückt (Tabelletsystem)?								1 =	ja	2 =	nein
	Wie erfolgt das Stellen der Medikamente?								1 =	durch die Pflege		
									2 =	durch die Apotheke		
	Wie erfolgt die Wäscheversorgung der Bewohner*innen?											

(Mehrfachnennung zweites Feld nutzen)

Durch Mitarbeiter*innen im eigenen Haus

									2 =	Durch eine Fremdfirma
										(auch bei Zugehörigkeit zum eigenen Träger)
									3 =	Angehörige
									1 =	Durch eigene Mitarbeiter*innen
									2 =	Durch eine Fremdfirma
										(auch bei Zugehörigkeit zum eigenen Träger)
									3 =	Mischform
									1 =	ausschließlich Papier basiert
									2 =	überwiegend Papier basiert
									3 =	überwiegend EDV basiert

Mit welcher **Dokumentationsform** arbeiten Sie?

										1 = ja	2 = nein	
		Gibt es weitere Aspekte, die bei der Personalbemessung in Ihrer Einrichtung zu be- rücksichtigen sind, z. B. Konzeption, Räumlichkeiten?										
									Welche?			
4		Personalausstattung und -konzept neu										

	Zur Berechnung der Nettoarbeitszeit benötigen wir Information zu Urlaubsregelungen, Mehrarbeit und Krankheitsausfälle sowie Mitarbeiterwechsel. Besonders hilfreich sind für uns hier die Kennzahlen aus Ihrer Jahrestatistik. Damit kann die Belastung der Pflegekräfte und der Mehraufwand für die Einrichtungen berücksichtigt werden.									
4.1	Allgemeine Angaben zu Vertragsbestandteilen und internen Regelungen									
	Vollzeitstundenumfang pro Woche						h/Woche			
	Urlaubstage pro Jahr und Mitarbeiter						pro Jahr			
	Umgang mit Mehrarbeit							1 = Freizeit- aus-gleich		Ausbezahlte Mehrarbeits- stunden sind zusätzlich eingekaufte Arbeitszei- ten, also be- nötigte Per- sonalstun- den
								2 = Auszah- lung		
								3 = beides möglich		

			<u>Jahr 2018</u>			
			<u>Folgemonat der Datenerhebung</u>			
4.2	Personalzu- und Abgänge gesamte Einrichtung im Jahr 2018					
	Jeder Personalwechsel ist mit Kosten verbunden. Durch Ihre Angaben erhalten wir gute Anhaltspunkte.					
	Personalabgänge in der Pflege im <u>Jahr 2018</u> der gesamten Einrichtung					
	Sind in Ihrer Einrichtung im Jahr 2018 Mitarbeiter*innen der Pflege und Betreuung ausgeschieden?				1 = ja	2 = nein
	Qualifikationsniveau	Grund	h/Woche l. Vertrag	neu besetzt		
	QN 4 (Pflegefachperson, 3 Jahre Aus- bildung)	Rente	30	nein		

	Qualifikationsniveau	h/Wo- che l. Ver- trag								
	QN 2 Mitarbeiter*in Pflege/Betreu- ung ohne Ausbildung mit Fortbildung)	20								

				(Auszubildende* r zur Pflegefachperson) QN0						
				(Servicekraft) QN1						
				Mitarbeiter*in Pflege/Betreuung ohne Ausbildung mit Fortbildung) QN2						
				(Pflegehelfer, 1-2 Jahre Ausbildung) QN3						
				(Pflegefachperson, 3 Jahre Ausbildung) QN4						
				(Pflegefachperson mit Weiterbildung) QN5						
				(Pflegefachperson mit Bachelorabschluss) QN6						
				(Pflegefachperson mit Masterabschluss) QN7						

			Mitarbeiter*in Pflege/Betreuung ohne Ausbildung mit Fortbildung) QN2						
			(Pflegehelfer, 1-2 Jahre Ausbildung) QN3						
			(Pflegefachperson, 3 Jahre Ausbildung) QN4						
			(Pflegefachperson mit Weiterbildung) QN5						
			(Pflegefachperson mit Bachelorabschluss) QN6						
			(Pflegefachperson mit Masterabschluss) QN7						
			(Pflegefachperson mit Promotion) QN8						*Langzeit-krank
			Andere						** Elternzeit

	Pflegesatzverhandlung																
	Bitte prüfen Sie die angegebenen Pflegesätze, die mit den Sozialleistungsträgern Stichtag <u>01.07.2018</u> vereinbart wurden und ergänzen Sie den Personalschlüssel, der zu diesem Zeitpunkt gültig war.																
			verhandelter Pflegesatz				vereinbarter Personal-										
			pro Tag				schlüssel										
			Pflegegrad 1:		1:												
			Pflegegrad 2:		1:												
			Pflegegrad 3:		1:												
			Pflegegrad 4:		1:												
			Pflegegrad 5:		1:												
			einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (EEE)														
			Unterkunft, Verpflegung pro Tag														

	Investitionskosten pro Tag										
	Tarifbindung										
	Erfolgt die Bezahlung der Pflegenden nach einem Tarifvertrag?							1 = ja		2 = nein	
		Wenn ja, nach welchem:									
4.5	Welche Personen <u>außerhalb</u> der Pflege sind im Folgemonat der Datenerhebung in der <u>gesamten Einrichtung</u> beschäftigt?										
	Bitte geben Sie uns zu den aufgelisteten Berufsgruppen die <u>vertraglich festgelegten</u> Gesamtstunden pro Woche an:										
	Beispiel: Gesamt 3 Betreuungskräfte nach §43 MA 1 = 20 h/Woche MA 2 = 15 h/Woche MA 3 = 25 h/Woche → gesamt 60 h/Woche Ergotherapeuten werden nicht beschäftigt. → 999 eingeben										

				<i>Betreuungskräfte nach §43</i>	60,0	h/Wo- che				
				<i>Ergotherapeut*in</i>	999	h/Wo- che				
				Pflegemanagement						
				Einrichtungsleitung		h/Wo- che				
				Pflegedienstleiter*in		h/Wo- che				
				stv. Pflegedienstleiter*in		h/Wo- che				
				Qualitätssicherung hausintern		h/Wo- che				
				Qualitätssicherung Träger		h/Wo- che				
				Soziale/therapeutische Betreuung						

				Sozialpädagogen*in		h/Wo- che			
				Sozialarbeiter*in		h/Wo- che			
				Ergotherapeut*in		h/Wo- che			
				Physiotherapeut*in/ Krankengymnas- ten*in		h/Wo- che			
				Personen mit gerontopsychiatrischer Helferqualifikation		h/Wo- che			
				Ehrenamt		h/Wo- che			
				Sonstige Therapeuten*in		h/Wo- che			
				Hauswirtschaftliche Versorgung					
				Hausmeister*in		h/Wo- che			

				Betreuungskräfte <u>nicht</u> nach §43b		h/Wo- che					
				Präsenzkraft		h/Wo- che					
				Weitere eigene Angaben							
						h/Wo- che					
						h/Wo- che					
						h/Wo- che					
						h/Wo- che					
						h/Wo- che					
						h/Wo- che					
						h/Wo- che					
						h/Wo- che					
						h/Wo- che					
						h/Wo- che					
						h/Wo- che					
						h/Wo- che					
						h/Wo- che					
						h/Wo- che					
						h/Wo- che					
						h/Wo- che					
						h/Wo- che					
						h/Wo- che					
						h/Wo- che					
						h/Wo- che					
						h/Wo- che					
						h/Wo- che					

4.6	Fortbildungsstunden der Pflegenden							
				Anzahl der Fortbildungsstunden der Pflegenden im 1. an der Studie teilnehmenden WB 01.01.18 bis 30.09.18	Anzahl der Fortbildungsstunden der Pflegenden im 2. an der Studie teilnehmenden WB 01.01.18 bis 30.09.18			
			(Servicekraft) QN1					
			(Mitarbeiter*in Pflege/Betreuung ohne Ausbildung mit Fortbildung) QN2					
			(Pflegehelfer, 1-2 Jahre Ausbildung) QN3					
			(Pflegefachperson, 3 Jahre Ausbildung) QN4					
			(Pflegefachperson mit Weiterbildung) QN5					

				(Pflegerfachperson mit Bachelorabschluss) QN6																
				(Pflegerfachperson mit Masterabschluss) QN7																
				(Pflegerfachperson mit Promotion) QN8																
				Anderere																
				Wenn ja, welche:																

	<p>Sie haben es geschafft!</p> <p>Vielen Dank, dass Sie diese Studie unterstüt-</p> <p>zen!!!</p>
--	--

A 4.12 Bogen zur Dienstplanerhebung

PeBem-Dienstplanerhebung

Beispiel		Beginn	Ende	Beginn	Ende	Beginn	Ende	Beginn	Ende	Beginn	Ende	
Martha	Müller	QN 2a - Mitarbeiter*in ohne Ausbildung mit Fortbildung im Pflegebereich	6:00	13:30	6:00	13:30	6:00	13:30	6:00	13:30	6:00	13:30
Herbert	Muster	QN 5b - Pflegefachperson mit Fachweiterbildung Palliativ Care	6:30	14:00	6:30	14:00	6:30	14:00	0:00	0:00	0:00	0:00
Einrichtungsummer:												
		Tag 1		Tag 2		Tag 3		Tag 4		Tag 5		
		kein Frühdienst		Frühdienst		Frühdienst		Frühdienst		Frühdienst		
		Spätdienst		Spätdienst		Spätdienst		Spätdienst		kein Spätdienst		
		Nachtdienst		Nachtdienst		Nachtdienst		Nachtdienst		kein Nachtdienst		
		Beginn	Ende	Beginn	Ende	Beginn	Ende	Beginn	Ende	Beginn	Ende	
		Qualifikationsniveau										
		QN 1 - Auszubildende* zum Pflegehelfer										
		QN 0 - Auszubildende* zur Pflegefachperson										
		QN 1 - Servicekraft										
		QN 2a - Mitarbeiter*in ohne Ausbildung mit Fortbildung im Pflegebereich										
		QN 2b - Mitarbeiter*in ohne Ausbildung mit Fortbildung im Betreuungsbereich										
		QN 3 - Pflegehelfer, 1-2 Jahre Ausbildung										
		QN 4 - Pflegefachperson, 3 Jahre Ausbildung										
		QN 5a - Pflegefachperson mit Fachweiterbildung Leitungsaufgaben in der Pflege										
		QN 5b - Pflegefachperson mit Fachweiterbildung Palliativ Care										
		QN 5c - Pflegefachperson mit Fachweiterbildung Gerontopsychiatrie										
		QN 5d - Pflegefachperson mit mehreren Fachweiterbildungen (Palliative Care und Gerontopsychiatrie)										
		QN 5e - Pflegefachperson mit mehreren Fachweiterbildungen (Palliative Care und Leitungsaufgaben in der Pflege)										
		QN 5f - Pflegefachperson mit mehreren Fachweiterbildungen (Gerontopsychiatrie und Leitungsaufgaben in der Pflege)										
		QN 6 - Pflegefachperson mit Bachelorabschluss										
		QN 7 - Pflegefachperson mit Masterabschluss										
		QN 8 - Pflegefachperson mit Promotion										
		Andere										
		Bereich										
		Pflege										
		Betreuung										
		Hauswirtschaft										

A 4.13 Bogen zum Selbstaufschrieb

PeBeM-Selbstaufschrieb		Einrichtungs-ID	
		Funktion	

Dokumentieren Sie bitte für den gesamten Erhebungszeitraum Ihre durchgeführten Leistungen. Gehen Sie dabei wie folgt vor:

1. Geben Sie zu Beginn Ihrer Schicht das aktuelle Datum ein (für einen neuen Tag muss das Datum aktualisiert werden).
 2. Notieren Sie bei den nächsten Leistungen immer erst die Uhrzeit - Beginn und Ende der jeweiligen Tätigkeit.
 3. Wählen Sie anschließend erst eine Interventions-Kategorie aus (in der 2. Tabelle / 2. Excel-Sheet sehen Sie eine Übersicht).
 4. Wählen Sie danach die passende Intervention aus (funktioniert nur, wenn eine Kategorie ausgewählt wurde).
- Können Sie Ihre Handlung keiner der aufgeführten Interventionen zuordnen, so nutzen Sie bitte die Spalte "Freitext" für ein Stichwort.
- Sobald Sie eine Eintragung in der nächsten Zeile unter der Tabelle vornehmen, erweitert sich die Tabelle automatisch.

Tipp: Wenn Sie die Hochstelltaste, Steuerungstaste und Punkt gleichzeitig drücken, wird die aktuelle Zeit automatisch eingetragen:

Auf dem Mac: Hochstelltaste, command und Punkt gleichzeitig drücken.

Die Zeile, in der die Uhrzeit rein soll, muss ausgewählt sein.



Datum	Startzeit	Ende	Stunden:Minuten:Sekunden	Interventions-Kategorie	Intervention	Freitext
05.06.2018			00:00:00			
05.06.2018			00:00:00			

Bogen zum Selbstaufschrieb- Interventionskategorien			
Management	Qualitätsmanagement	Pflegeprozess	Krankheitsbedingte Aufgaben
Betriebswirtschaftl./finanzierung	Anleitung/Einarbeitung/Ausbildung	Dokumentation	Beratung: Chronische Wundversorgung
Gesundheitsförderung/Arbeitschau	Audit (intern/extern)	Einzig	Beratung: Dekubitusprophylaxe
Kommunikation und Information	Beschwerdemanagement	Steuerung des Pflegeprozesses	Beratung: Ernährungsmanagement
Öffentlichkeitsarbeit/Marketing	Bewohnerbefragung	Angehörigenarbeit	Beratung: Förderung der Kontinenz
Personal: Entwicklung	Fortbildung	Berufsruppenübergreifende Kommun	Beratung: Mobilität
Personal: Organisation/Verwaltung	Pflegevisite	Bewohnergespräch	Beratung: Schmerzmanagement
gesetzlicher und fachlicher Anforderungen	Projektmanagement	Dienstübergabe	Beratung: Sturzprophylaxe
Teamentwicklung	Qualitätscontrolling/ Kennzahlen/Berichterstattung	Mitarbeiterkommunikation	Beratung: sonstige Themenfelder
	Qualitätsdokumentation/-handbuch	Multidisziplinäre Fallbesprechung	Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase
	Qualitätszirkel	Dienstgang	Schulung
	Risiko- und Fehlermanagement	Ehrenamt	Injektion i.m.
		Gerätemanagement und Notfallwagenkontrolle	Kompressionsstrümpfe/-verband
		Materialmanagement	Medikamentengabe
		Planung Aufenthaltswechsel	Medikationsmanagement
		Rundgang/Sicherheit gewährleisten	Sauerstoffgabe
		Telefongespräch	Temperaturregulation
			Untersuchungsassistentz
			Vitalzeichenkontrolle: Blutdruck und Puls
Selbstversorgung	Verhaltensweisen	Kognition, Kommunikation, Alltagsgestaltung	Mobilität
An- und Auskleiden	Isolation (räumliche Einschränkung)	Alltagsgestaltung: Gedächtnistraining	Bewegungsförderung
Ausscheidungsmangement	Körpernahe Fixierung	Alltagsgestaltung: Realitätsorientierung	Positionierung
Beckenbodentraining	Verhaltens- und umgebungsbezogene Interventionen	Alltagsgestaltung: Kunst	Transfer-/fortbewegen
Enterale Ernährung		Alltagsgestaltung: Musik	Transportbegleitung
Ernährungsmanagement		Alltagsgestaltung: Spielen	
Haarpflege (einschließlich Rasur)		Alltagsgestaltung: Tiere	
Hauswirtschaftliche Unterstützung		Alltagsgestaltung: sonstige Themenfelder	
Hilfe beim Aufstehen		Alltagsgestaltung: Planung	
Hilfe beim Zubettgehen		Alltagsgestaltung: Vorbereitung	
Intimpflege		Basale Stimulation	
Körperpflege: Baden		Bettwache	
Körperpflege: Duschen		Biographiearbeit	
Körperpflege: Waschen am Waschbecken		Einkaufsfahrt	
Körperpflege: Waschen im Bett		Snoezelen	
Maniküre/Pediküre		Spirituelle Unterstützung	
Mund- und Zahnpflege			
Nahrungsaufnahme: Durchführung			
Nahrungsaufnahme: Vorbereitung			
Postnortale Versorgung			
Schlucktraining			

A 4.14 Anschreiben zum Feedback für die Datenerheber*innen

Stand: November 2018

Sehr geehrte Kolleginnen,

Sehr geehrte Kollegen,

wir möchten uns auf diesem Weg noch einmal recht herzlich für ihr hohes Interesse an unserer Studie sowie für ihre engagierte Unterstützung in den Pflegeeinrichtungen bedanken. Die Phase der Datenerhebung konnte nun abgeschlossen werden.

Rückblickend haben wir gemeinsam sehr viele Eindrücke gewinnen können, von denen einige uns und sicherlich auch Ihnen noch lange erhalten bleiben.

Abschließend möchten wir Sie bitten, uns Ihre wichtigen Eindrücke mitzuteilen.

- Welche positiven Erfahrungen haben Sie in Ihren jeweiligen Einrichtungen sammeln können?
- Welche negativen Erfahrungen haben Sie erleben müssen?
- Welche Aspekte erscheinen Ihnen wichtig, die für eine Personalbemessung relevant sind, wir sie im Erhebungsprozess aber nicht oder nur unzureichend berücksichtigt haben?
- Gibt es Punkte, die Sie uns als Team oder allgemein zur Studie rückmelden möchten?

Wir haben Ihnen hierzu ein offenes Formular vorbereitet und im Anhang mitgesendet. Ihr Feedback kann unter Nennung der jeweiligen Einrichtung erfolgen. Für mehrere Einrichtungen können Sie die Tabelle auch gern kopieren und einzeln bearbeiten oder in der vorliegenden Tabelle allgemeine Rückmeldungen geben.

Selbstverständlich behandeln wir Ihre Angaben vertraulich und werden im Rahmen der Auswertung keine Einrichtungen namentlich benennen. Ebenso wird nicht festgehalten, wer die jeweilige Rückmeldung gesendet hat, so dass keine Rückschlüsse auf Personen oder Einrichtungen möglich sind.

Die Teilnahme am Feedback ist freiwillig. Wir möchten Sie bei Teilnahme bitten, uns Ihre Rückmeldung bis zum 30.11.2018 zur Verfügung zu stellen.

Für Rückfragen steht Ihnen unser Kollege Mathias Fünfstück unter der Rufnummer

0421 218 58637 zur Verfügung.

A 4.15 Feedbackbogen für die Datenerheber*innen

Feedbackbogen zur Personalbemessungsstudie der Universität Bremen

Als Datenerheber*in haben Sie im Rahmen Ihrer Einsätze viele Eindrücke an Ihren Einsatzorten gewinnen können. Rückblickend möchten wir gerne von Ihnen wissen, welche positiven und auch negative Erfahrungen Sie in den jeweiligen Einrichtungen sammeln konnten, die möglicherweise einen Einfluss auf die Personalbemessung haben könnten.

Es wäre für uns hilfreich, wenn Sie Ihre Schilderungen den jeweiligen Einrichtungen zuordnen könnten. Wir können Ihre Angaben dann mit anderen Variablen zur Personalbemessung verknüpfen und auswerten. Selbstverständlich werden Ihre Daten anonymisiert ausgewertet und vertraulich behandelt.

Recht herzlichen Dank!!!

Welche positiven Erfahrungen haben Sie in Ihren jeweiligen Einrichtungen sammeln können?
Welche negativen Erfahrungen haben Sie erleben müssen?
Welche Aspekte erscheinen Ihnen wichtig, die für eine Personalbemessung relevant sind, wir sie im Erhebungsprozess aber nicht oder nur unzureichend berücksichtigt haben?
Gibt es Punkte, die Sie uns als Team oder allgemein zur Studie rückmelden möchten?

A 5 Projektdurchführung III

Inhalt

A 5.1 Beschlussprotokoll des Expertengremiums vom 04. bis 05.12.2018

A 5.2 Ersatzinterventionen, Ersatzzeiträume, Cut-off-Werte, Admin-Orga/Bewohner-Zuordnung und Notwendigkeit von Interventionen

A 5.3 Sensitivitätsanalyse

A 5.4 Prüfaufträge

Entscheidungen des Expertengremiums am 04.12.2018 und am 05.12.2018

Die Gliederung und Nummerierung der Punkte folgt der Systematik der Power Point Präsentation.

Alle Beschlüsse sind das Ergebnis einer einstimmigen Entscheidung der Anwesenden.

Der in diesem Dokument angegebene Hintergrund beschreibt das Ergebnis der Diskussion und stimmt nicht immer mit den Formulierungen auf den präsentierten Folien überein.

Alle Ergebnisse werden im Verlauf der Datenauswertung separat nach Settings ausgewiesen. Zusätzlich werden im Nachtdienst die geplanten Interventionen und ihr Erbringungshintergrund noch einmal getrennt ausgewertet werden. Dies wird durch das Projektteam bis zum zweiten Zwischenbericht erfolgen.

In allen statistischen Darstellungen werden zur besseren Nachvollziehbarkeit Maßzahlen zur Streuung (z.B. Standardabweichung und Interquartilsabstände) ausgewiesen.

A. Zu konsentierende Punkte zur Datenaufbereitung und Auswertung

II.1 Ausschluss der ersten 10 Interventionen pro Datenerheber*in

Hintergrund: Trotz Schulung benötigten die Datenerheber*innen beim ersten Einsatz eine gewisse Zeit, um die Erhebungs-EDV flüssig zu bedienen. Hierdurch kann die Qualität der ersten erhobenen Daten nicht garantiert werden.

Vorschlag des Projektteams: Ausschluss der ersten 10 erhobenen Interventionen jeder Datenerheber*in aus der Zeitkomponente. Für die Mengenkomponekte werden sie beibehalten und Zeitwerte werden imputiert.

Klarstellung: Ausschlüsse betreffen nur Früh- und Spätdienst.

Beschluss: Der Vorschlag wird angenommen. Der Punkt ist konsentiert.

II.2 Möglichkeit zum Ausschluss der Dokumentationen bestimmter Datenerheber*innen

Hintergrund: Bei drei (von 241 eingesetzten) Datenerheber*innen gibt es Hinweise, dass die Datenerhebungen nicht immer valide durchgeführt wurden. Diese haben sich noch nicht bestätigt, die Prüfung war aus Zeitgründen aber bisher kursorisch.

Vorschlag des Projektteams: Wenn die Überprüfung systematische Unterschiede bei diesen Datenerheber*innen zeigt, können diese Erhebungsdaten von der Berechnung der Zeitkomponente ausgeschlossen werden. Für die Mengenkomponekte werden die Interventionen beibehalten.

Beschluss: Der Vorschlag wird angenommen. Der Punkt ist konsentiert.

II.3 Korrektur einzelner Fehlbedienungen während der Datenerhebung

Hintergrund: In einigen wenigen Fällen haben Datenerhebende während oder im Anschluss an die Datenerhebung Fehlbedienungen an das Studienteam gemeldet. Hierbei handelt es sich um

- Fehlbedienungen bei einzelnen konkreten Interventionen oder
- systematische Fehler, etwa die Verwechslung von Sekunden und Minuten.

Bisher betrifft dies eine dreistellige Anzahl von Interventionen.

Vorschlag des Projektteams: Sofern die gemeldeten Fehler in den Daten eindeutig identifiziert werden können, erfolgt eine händische Korrektur. Sollten Fälle auftreten, bei denen eine klare Identifizierung aufgrund von uneindeutigen Informationen nicht möglich ist, erfolgt eine Einzelfallentscheidung durch das Studienteam.

Beschluss: Der Vorschlag wird angenommen. Der Punkt ist konsentiert.

II.4 Mehrfache Dokumentationen einer Intervention durch denselben Schatten

Hintergrund: In der Datenerhebung traten Fälle auf, in denen eine pflegerische Intervention in mehreren Datensatzeinträgen erfasst wurde. Das führt zwar zu einer (summarisch) korrekten Erbringungszeit, führt jedoch zu Fehlern, wenn diese Messungen zur Ermittlung von Imputationswerten herangezogen werden, da durch die Doppelerfassung eine Überschätzung der Mengen- und eine Unterschätzung der Durchschnittszeiten resultieren.

Vorschlag des Projektteams: Mehrere Dateneinsatzinträge werden zusammengefasst, wenn

- Innerhalb von 10 Minuten dieselbe Intervention
- bei identischen Pflegebedürftigen durch die selbe Pflegekraft erbracht und durch den selben Datenerheber erfasst wird und
- ~~dazwischen höchstens eine andere Intervention vom Datenerheber dokumentiert wurde.~~

Als ZEITBEGRÜNDUNG wird der zuletzt dokumentierte Wert zugeordnet.

Beschluss: Der dritte Spiegelstrich des Vorschlags wird gestrichen. Die beiden ersten Spiegelstriche werden konsentiert unter der Maßgabe, dass das Studienteam prüft, ob sich mit dieser Regel auch ein robustes Ergebnis ergibt. Sollte es kein robustes Ergebnis geben, ist das Projektteam in der Pflicht, eine alternative Auswertung zu erarbeiten dem Gremium zur Abstimmung vorzulegen.

Ergänzung: Im Beschluss werden keine Aussagen zur Zeitkomponente gemacht. Im Nachgang schlagen wir daher vor, dass die Zeitwerte hier zu imputieren sind, und bitten alle Mitglieder des Gremiums, die damit nicht einverstanden sind, um einen alternativen Vorschlag.

II.5 Anwendung von Cut-Off-Werten auf die Interventionen, die nach STATUS ZB von beschatteter PK erbracht werden

Hintergrund: Aus Gründen der Bedienlogik und aufgrund von Nachdokumentationen wurden Interventionen nur für wenige Sekunden aufgerufen, um die Intervention abschließen zu können, ohne dass eine tatsächliche Intervention erfolgt ist.

Beschluss: Abweichend von der Vorlage wird beschlossen und konsentiert:

1. Wir definieren einen Cut-Off-Wert für alle Interventionen von 3 Sekunden. Interventionen mit einer gemessenen IST-ZEIT von 3 oder weniger Sekunden gelten als Bedienfehler.
2. Interventionen mit einer IST-ZEIT von bis zu 3 Sekunden gelten als nicht erbracht, außer es liegt eine zusätzliche positive SOLLKORREKTUR vor. Dann wird die Erfassung so akzeptiert (Soll-Menge und SOLL-ZEIT), geht aber nicht in die Berechnung der durchschnittlichen SOLLKORREKTUR (Deltas) ein.

II.6 Zuordnung von Interventionen, die ohne ZEITBEGRÜNDUNG abgeschlossen wurden

Hintergrund: Zur Unterscheidung von fachgerecht erbrachten und nicht erbrachten Interventionen wird zunächst auf die Variable ZEITBEGRÜNDUNG abgestellt. Insofern hierzu keine Angaben vorliegen und keine Angaben zu den Bewertungen von Teilschritten vorhanden sind, kann die genannte Unterscheidung mit diesen Variablen nicht herbeigeführt werden. Es kann stattdessen auf die IST-ZEITEN abgestellt werden.

Beschluss: Die direkten Interventionen über der 3 Sekunden Grenze werden als erbracht angesehen, jedoch wird für sie der Zeitwert imputiert und sie werden nicht für die Ermittlung der durchschnittlichen Zeitwerte für die Imputation genutzt. Direkte Interventionen mit einer IST-ZEIT von bis zu 3 Sekunden gelten als nicht erbracht.

Ergänzung: Die indirekten Interventionen über der 3-Sekunden-Grenze werden angenommen, ihre Zeitwerte werden genutzt. Indirekte Interventionen mit einer IST-ZEIT von bis zu 3 Sekunden gelten als nicht erbracht.

Der Punkt ist in der ergänzten Fassung konsentiert.

II.7 Fehlerhafte Eingaben bei ZEITBEGRÜNDUNG und Zeitwerten

Hintergrund zu allen Vorschlägen unter II.7: Innerhalb der Datenerhebung wurden einige Eingaben systematisch anders durchgeführt, als dies durch die Schulungen vermittelt wurde. Dies zeigt sich im Wesentlichen durch Kombinationen von Variablenausprägungen der Zeitwerte und der ZEITBEGRÜNDUNG. Es handelt sich hierbei um Fehlbedienungen, die systematisch behoben werden können.

Vorschlag des Projektteams (I): Bei Interventionen, die

- nach ZEITBEGRÜNDUNG *DURCH ANDERE ERBRACHT* wurden oder
- geplant und notwendig sind, aber nicht erbracht wurden

werden alle Zeitwerte auf „missing“ korrigiert.

Dies ermöglicht es, für diese Interventionen später einen gemittelten Wert für die fachgerechte Erbringung durch Pflegepersonal zu imputieren.

Beschluss: Dem Vorschlag wird zugestimmt, insofern die Interventionen in der Mengenkategorie berücksichtigt bleiben. Der Punkt ist konsentiert.

Vorschlag (II):

Bei Interventionen, die von einer Pflegekraft erbracht wurden und deren IST-ZEIT = 0, deren ISTKORREKTUR = 0 ist, aber die SOLL-ZEIT größer als 0 ist, hat eine falsche Nachdokumentation stattgefunden. Statt einer Korrektur der IST-ZEIT wurde fälschlich die SOLL-ZEIT korrigiert.

In diesem Fall wird die finale SOLL-ZEIT übernommen. Die SOLL- KORREKTUR und die IST-ZEIT werden auf „missing“ gesetzt.

Beschluss: Der Vorschlag wird angenommen. Der Punkt ist konsentiert.

Vorschlag des Projektteams (III): Wenn die einzelnen Zeitwerte der Interventionen genau gleiche Werte enthalten, deutet dies auf eine Fehlbedienung hin, bei der Werte irrtümlich mehrfach eingegeben wurden.

Für alle Fälle, in denen eine von 0 verschiedene IST-ZEIT dokumentiert ist und

- die ISTKORREKTUR exakt der gemessenen Zeit oder
- die ISTKORREKTUR exakt der SOLLKORREKTUR oder
- die IST-ZEIT exakt der SOLLKORREKTUR

entspricht, werden die angegebenen Zeitwerte als unsicher angesehen und gehen nicht in die Berechnung der Zeitkomponente ein. Es werden später Werte für die fachgerechte Erbringung durch Pflegepersonal imputiert.

Beschluss: Dem Vorschlag wird zugestimmt, insofern die Interventionen in der Mengenkompente berücksichtigt bleiben. Der Punkt ist konsentiert.

Vorschlag des Projektteams (IV): Alle Interventionen, die mit einer negativen IST-ZEIT oder negativen SOLL-ZEIT dokumentiert sind, werden als grundsätzlich fehlerhaft betrachtet und von der weiteren Auswertung komplett ausgeschlossen.

Beschluss: Dem Vorschlag wird zugestimmt. Der Punkt ist konsentiert.

Der Vorschlag des Projektteams (V) wird neu formuliert: Bedarfsinterventionen, die stattgefunden haben und die mit der ZEITBEGRÜNDUNG *NICHT NOTWENDIG* abgeschlossen wurden, werden nicht weiter berücksichtigt. Dies betrifft die Mengen- und die Zeitkomponente.

Beschluss: Der neuen Formulierung wird zugestimmt. Der Punkt ist konsentiert.

II.8 Umgang mit vorgezogenen Interventionen eines späteren Planungstages

Hintergrund: Als Gerüst für die Datenerhebung wurden tagesstrukturierte Interventionsplanungen für jeden Pflegebedürftigen angelegt. Im Gegensatz zum Regelbetrieb der Software war es in der Studienversion dabei möglich, auch auf geplante Interventionen eines folgenden Tages zuzugreifen. Wenn dies erfolgt, stand die geplante Leistung jedoch am Folgetag nicht mehr in der Interventions-

planung zur Verfügung. Wenn diese Intervention dann fälschlich nicht erbracht wurde, findet sich dies nicht in den Daten wieder.

Vorschlag des Projektteams: Um die potenzielle Unterschätzung zu korrigieren, werden die vorgezogenen Interventionen als Bedarfsinterventionen gekennzeichnet und die ursprüngliche Intervention am Planungstag neu erzeugt. Die zusätzliche Intervention wird vorläufig auf die ZEITBEGRÜNDUNG *NICHT NOTWENDIG* gesetzt und später der Notwendigkeitsprüfung unterzogen.

Beschluss: Dem Vorschlag wird zugestimmt. Der Punkt ist konsentiert.

II.9 Doppeldokumentation einer geplanten Intervention durch mehrere Schatten

Hintergrund zu allen Vorschlägen unter II.9: Es traten Fälle auf, in denen zu einer geplanten Intervention mehrere Datensatzeinträge durch verschiedene Datenerheber*innen erfasst wurden. Dies kann durch Synchronisationsfehler innerhalb der Studien-EDV und das Beginnen und Fortsetzen von Interventionen durch verschiedene Pflegekräfte geschehen.

Vorschlag des Projektteams (I): Bei Synchronisationsfehlern sind die Datensatzeinträge über die Planungsdaten eindeutig als Doppeldokumentationen derselben geplanten Intervention zu identifizieren. Es wird angenommen, dass die Intervention entsprechend der Planung von einer Pflegekraft erbracht wurde. Um die richtige Dokumentation zu identifizieren, werden die Einträge der ZEITBEGRÜNDUNG verglichen. Die *ERBRINGUNG DURCH EINE BESCHATTETE PK* wird gegenüber der *ERBRINGUNG DURCH ANDERE* oder der Dokumentation einer Nicht-Erbringung bevorzugt. Liegen identische ZEITBEGRÜNDUNGEN vor, wird die zeitlich früher dokumentierte Intervention beibehalten. Die anderen Interventionen werden gelöscht.

Beschluss: Der Vorschlag wird angenommen. Der Punkt ist konsentiert.

Vorschlag des Projektteams (II): Da die Dokumentation einer fortgeführten Intervention über den Aufruf einer zusätzlichen Bedarfsintervention erfolgt, können die Interventionspaare nicht über die Planungsdaten identifiziert werden. Über die ZEITBEGRÜNDUNG *NICHT SELBST BEENDET/FORTGEFÜHRT* können Interventionspaare eindeutig zugeordnet werden. Diese werden zu einer Intervention fusioniert. Kommen mehrere Interventionen als „Partner“ in Frage, wird die zeitlich nächste Intervention genutzt.

Beschluss: Der Vorschlag wird angenommen. Der Punkt ist konsentiert.

Vorschlag des Projektteams (III):

Wenn innerhalb von 45 Minuten eine Intervention als *NICHT SELBST BEENDET/FORTGEFÜHRT* dokumentiert wurde und eine gleiche Intervention mit einer anderen ZEITBEGRÜNDUNG beendet wurde, werden diese dennoch als Interventionspaar angesehen und fusioniert. Die ZEITBEGRÜNDUNG der zuerst dokumentierten Intervention wird beibehalten.

Beschluss: Der Vorschlag wird angenommen. Der Punkt ist konsentiert.

Vorschlag des Projektteams (IV): Wenn innerhalb von 45 Minuten nur eine Intervention als *NICHT SELBST BEENDET/FORTGEFÜHRT* dokumentiert wird und keine zweite gleiche Intervention vorliegt, wird angenommen, dass die Intervention einmal durchgeführt wurde, aber der zweite Dokumentationsteil fehlt. Aus diesem Grund wird die Intervention im Mengengerüst als notwendige Intervention beibehalten, die IST-ZEIT und SOLL-ZEIT jedoch durch imputierte Zeitwerte ersetzt.

Beschluss: Der Vorschlag wird angenommen. Der Punkt ist konsentiert.

II.10 Zuweisung der Variablen ANGEBOT

Hintergrund: Bei einer Reihe von Interventionen erfolgen regelmäßig nicht nur vollständige Leistungserbringungen, sondern auch Angebote für Interventionen. Sowohl Leistungserbringung als auch Angebot können notwendig sein und sind somit für die Personalbemessung relevant. Sie sind jedoch mit unterschiedlichen Zeiten zu hinterlegen.

Vorschlag: Es wird eine zusätzliche Variable **ANGEBOT** genutzt, die als „Schalter“ fungiert und anzeigt, ob für eine Intervention die Erbringungszeit oder die Angebotszeit einzubeziehen ist. Alle Interventionen werden dabei als Erbringungen betrachtet, außer wenn sie

- mit der ZEITBEGRÜNDUNG *ABGEBROCHEN/ABGELEHNT/VERSCHOBEN* beendet wurden ~~oder~~
- die ~~IST-ZEIT im Intervall von 0 bis zum Cut-Off-Wert liegt, die Intervention aber laut ZEITBEGRÜNDUNG vollständig vom Pflegepersonal erbracht wurde~~

Beschluss: Der Vorschlag wird bis einschließlich des ersten Stichpunktes akzeptiert. Der zweite Stichpunkt wird gestrichen. Der Punkt ist konsentiert.

II.11: Notwendigkeitsprüfung

Hintergrund: Interventionen, die von den Datenerhebern oder im Rahmen der Datenaufbereitung mit der ZEITBEGRÜNDUNG *NICHT NOTWENDIG* bewertet werden, werden einer Notwendigkeitsprüfung unterzogen. Dabei sind die Bedarfsinterventionen und die geplanten Interventionen getrennt zu behandeln.

Vorschlag des Projektteams zu Bedarfsinterventionen: Wenn Bedarfsinterventionen mit der ZEITBEGRÜNDUNG *NICHT NOTWENDIG* abgeschlossen wurden, wird dies als fehlerhafter Aufruf betrachtet und die Intervention für die Berechnung der Mengen- und Zeitkomponente ausgeschlossen.

Beschluss: Dem Vorschlag wird zugestimmt. Der Punkt ist konsentiert.

Vorschlag des Projektteams zu geplanten Interventionen: Für diese Interventionen wird geprüft, ob eine spezifische Ersatzintervention gemäß Anlage 2a innerhalb eines festgelegten Ersatzzeitraums erbracht wurde. Ist dies der Fall, gilt die geplante Intervention als *NICHT NOTWENDIG* und wird von der weiteren Auswertung ausgeschlossen. Andernfalls geht sie als Angebot in das Mengengerüst ein.

Beschluss: Dem Vorschlag wird zugestimmt. Auch den in Anlage 2a definierten Parametern zu Ersatzinterventionen wird zugestimmt. Der Punkt ist konsentiert.

Zu II.12 Zusammenführung gleich indizierter Interventionen

Hintergrund: In den vorhergehend beschriebenen Datenaufbereitungen wurden Fälle identifiziert, in denen mehrere Interventionen zu einer einzigen zusammengefasst werden müssen. In diesen Fällen wurde für alle zu fusionierenden Interventionen die Variable INDEX_INTERVENTION mit dem identischen Wert gefüllt. Sofern diese Zusammenfassung nicht bereits in einem vorhergehenden Schritt erfolgt ist, müssen die zusammengehörenden Interventionen abschließend vereinigt werden.

Festlegung aufbauend auf dem Vorschlag des Projektteams: Hierzu erhält die fusionierte Intervention

- die summierten IST_FIN- und SOLL_FIN-Werte
- die übereinstimmende ZB_FIN und
- ZEIT_FÜRAUSWERTUNG=1 bei einem SOLL_FIN-Wert von mehr als 3 Sekunden, ZEIT_FÜRAUSWERTUNG=0 bei einem SOLL_FIN-Wert von maximal 3 Sekunden

Beschluss: Dem Vorschlag wird zugestimmt. Der Punkt ist konsentiert.

III.1 Abwesenheit der Pflegebedürftigen

Hintergrund: Wenn Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen an einzelnen Tagen nicht an der Datenerhebung teilnahmen – etwa aufgrund eines Krankenhausaufenthaltes – waren für diesen Bewohner dennoch geplante Leistungen in der Erhebungssoftware hinterlegt. Ohne weitere Analyse wurden diese Interventionen bisher als notwendige, aber nicht erbrachte Leistungen bewertet und mit vollen Erbringungszeiten hinterlegt.

Beschluss: Die Tage an denen die Bewohner aufgrund von Abwesenheit nicht versorgt wurden (nicht notwendige Interventionen), werden identifiziert. Die Daten werden in zwei getrennten Varianten ausgewiesen:

1. Die Menge, die vorgehalten werden muss, wenn die Bewohner anwesend gewesen wären.
2. Die Menge, die erforderlich ist, wenn die Bewohner nicht anwesend sind.

Der Punkt ist konsentiert.

III.2 Umgang mit der ERBRINGUNG DURCH ANDERE

Hintergrund: In der Datenerhebung wurde ein Teil der Interventionen durch Personen erbracht, die nicht durch einen Schatten begleitet wurden. Das konnten dabei sowohl andere Pflegekräfte oder professionell Handelnde sein, aber auch Angehörige oder Ehrenamtliche, die notwendige Leistungen übernahmen. Während klar ist, dass die Leistungen nicht beschatteter Pflegekräfte einen Teil der Personalbemessung darstellen müssen, kann für die Datenauswertung nun der Personalbedarf in Be-

zug auf die Interventionen von Angehörigen und Ehrenamtlichen auf zwei Arten berücksichtigt werden:

Vorschlag a: Diese Personen und ihre Leistungserbringung sind Teil des Leistungsgeschehens der Einrichtungen und sollen dies auch zukünftig sein. Aus diesem Grund muss nicht sichergestellt werden, dass alle diese Interventionen auch durch professionelle Pflegekräfte erbracht werden können. Diese Interventionen werden deshalb für die weiteren Auswertungen als nicht notwendig betrachtet.

Vorschlag b: Diese Personen und ihre Leistungserbringung sind zwar Teil des Leistungsgeschehens der Einrichtungen, es kann aber nicht unterstellt werden, dass sie es auch in Zukunft regelmäßig sein werden. Aus diesem Grund muss sichergestellt werden, dass alle diese Interventionen auch durch professionelle Pflegekräfte erbracht werden können. Diese Interventionen werden deshalb für die weiteren Auswertungen als *NOTWENDIG* betrachtet. Für alle durch andere Personen erbrachten Interventionen wird die SOLL-ZEIT einer vollständigen professionellen Erbringung imputiert.

Hinweis: Bisher wurde Alternative b für die Auswertungen verwendet.

Beschluss: Die weiteren Berechnungen werden mit Vorschlag b vorgenommen. Es werden aber die durch unbeschattete Pflegekräfte und Angehörige/Ehrenamtliche erbrachten Leistungen separat ausgewiesen.

Das Projektteam skizziert im Rahmen der Ergebnispräsentation und -interpretation die Rationale der beiden Varianten.

Der Punkt ist konsentiert.

III.3 Imputationshierarchie

Hintergrund: Nicht für alle Kombinationen aus BI-Konstellation und Intervention sind im Datensatz SOLL-Werte vorhanden. Dies wird dann problematisch, wenn die Mengenkomponekte dabei größer als Null ist. Hier müssen Parameterwerte imputiert werden.

Beschluss: Das Verfahren der Imputation wird von den Statistikern des KKSb in Absprache mit dem Team des SOCIUM festgelegt. Dabei werden mehrere Verfahren angewendet (insbesondere multiple Regressionen) und Sensitivitätsanalysen durchgeführt.

Der Punkt ist konsentiert.

III.4 Regeln zur Hochrechnung auf eine Woche

Hintergrund: Der Personalbedarf berechnet sich auf Basis einer Mengenkomponekte. Diese Mengenkomponekte muss auf einen sich wiederholenden Zeitraum bezogen werden (pro Tag/Woche/Monat/Jahr). Bisher liegen Daten für jeden vollstationär versorgten Pflegebedürftigen für vier Erhebungstage und einen Nachtdienst vor. Teilweise sind Wochenenden und Feiertage darin einbezogen, teilweise nicht.

Vorschlag: Wir wählen als Bezugsgröße eine Woche. Diese wird zusammengesetzt aus 7 Nachtdiensten, 5 Wochentagen und 2 Wochenendtagen. Ein Wochentag setzt sich zusammen aus einer durchschnittlichen Früh- und Spätschicht zwischen Montag und Freitag. Wochenendtage setzen sich zusammen aus einer durchschnittlichen Früh- und Spätschicht von Samstag und Sonntag.

In Fällen, in denen keine Wochenend-Mengen erhoben wurden, wird die Menge eines Wochentages mit dem Verhältniswert der Studie zwischen Wochenendtag und Wochentag angenähert.

Beschluss: Dem Vorschlag wird zugestimmt. Der Punkt ist konsentiert.

Zu III.5 Umrechnung der Erbringungszeiten auf Vollzeitäquivalente

Hintergrund: Alle Zeit-Berechnungen sind bisher auf reine Erbringungszeit (in Stunden) berechnet worden. Der kumulierte Wert pro Pflegeeinrichtung muss für einen Personalplanung in VZÄ überführt werden.

Vorschlag: In den Personalbemessungs-Algorithmus wird ein Parameter für die Jahresarbeitszeit in Stunden eingebaut. Übliche Werte liegen hier meist zwischen 1.550 und 1.700 Stunden. Zur Produktion von beschreibbaren Ergebnissen wird der Parameter vorläufig auf 1.650 Stunden gesetzt. Dieser Parameter wird als Variable in den Algorithmus eingebaut, damit auf Landes- oder Einrichtungsebene diesbezügliche Vereinbarungen getroffen werden können, die individuelle Regelungen etwa zu Wochenarbeitszeiten und Urlaubsansprüchen berücksichtigen können.

Beschluss: Dem Vorschlag wird zugestimmt. Der Punkt ist konsentiert.

Ergänzend zu den im Rahmen der Konsentierungssitzung getroffenen Beschlüssen wurden nachträglich drei weitere Punkte identifiziert, die bislang fälschlicherweise in der Datenaufbereitung nicht berücksichtigt wurden. Weil sich diese direkt auf die Zeit- und Mengenkompente auswirken, bitten wir daher nachträglich um Kenntnisnahme der Vorschläge und eine schriftliche Zustimmung oder Ablehnung (per E-Mail) zu diesen. Im Falle eines negativen Votums bitten um ausformulierte Alternativen zu unseren Vorschläge.

1. Ausreißerkontrolle

Hintergrund: In einzelnen Fällen wurden – jenseits der Punkte II.1-3 – Interventionen mit unrealistisch hohen IST- und/oder SOLL- Zeitwerten dokumentiert. Zum Beispiel wurde in mindestens einem Fall für die Erbringung der Intervention *AUSSCHIEDUNGSMANAGEMENT* eine IST-ZEIT von mehr als 24-Stunden dokumentiert. Hierbei handelt es sich offensichtlich um Eingabefehler. Wenn diese Interventionen in die Berechnung der Zeitkomponente einfließen, würde es zu einer Überschätzung der mittleren Zeitwerte kommen.

Vorschlag: In Absprache mit den Statistikern des KKSb wird ein Verfahren zur statistischen Ausreißerkontrolle ausgewählt, mit dem die betroffenen Interventionen aus der Berechnung der Zeitkomponente ausgeschlossen und stattdessen Zeiten imputiert werden. Die Interventionen werden weiterhin für die Mengenkompente berücksichtigt, wenn sie im Rahmen der Datenaufbereitung als notwendige Interventionen identifiziert werden. Die Anzahl der ausgeschlossenen Werte und die

hierzu verwendeten statistischen Verfahren werden nach Erarbeitung ausgewiesen. Entsprechende Informationen werden dem Gremium zur Verfügung gestellt.

2. Ausschluss von geplanten Interventionen in nicht beschatteten Schichten

Hintergrund: Durch die Bedienlogik der Planungssoftware wurden Interventionen für fünf ganze Tage erzeugt. Weil in vollstationären Einrichtungen über fünf Tage versetzt nur jeweils vier Früh- und Spätschichten sowie eine Nachtschicht beschattet wurden, liegen also zusätzliche Planungsdaten zu vier Nacht- und jeweils einer Früh- und Spätschicht vor, zu denen keine Dokumentationen stattgefunden haben. Die für diese über die Beschattung hinausgehenden Zeiträume geplanten Interventionen wurden bisher irrtümlich für die weitere Auswertung mit berücksichtigt.

Vorschlag: Anhand der ersten und letzten vorgenommenen Dokumentation aller Schatten innerhalb einer Einrichtung wird die beschattete Zeitspanne für jeden Erhebungstag festgelegt. Geplante Interventionen außerhalb dieser Zeitspanne werden nicht berücksichtigt.

3. Zeitwerte für Angebote

Hintergrund: Ist-Zeitwerte liegen für die Interventionen vor, die in der ZEITBEGRÜNDUNG mit *ABGELEHNT* /*ABGEBROCHEN*/*VERSCHOBEN* abgeschlossen wurden und die somit gemäß Punkt II.10 als ANGEBOTE in das Mengengerüst eingehen. ANGEBOTE entstehen gemäß Punkt II.11 auch für Leistungen, die geplant wurden, aber von den Datenerhebern abschließend nicht bearbeitet oder als *NICHT NOTWENDIG* eingestuft wurden. Für diese Leistungen liegen aber keine Zeitwerte vor.

Vorschlag: Da in den Punkten II.10 und II.11 konsentiert wurde, wann Interventionen als Angebote betrachtet werden sollen, um sie in der Personalbemessung berücksichtigen zu können, ist es auch erforderlich, entsprechende Zeitwerte als Parameter einzubringen. Hierzu wird im Algorithmus ein Parameter eingebaut, der zum Zweck von Sensitivitätsanalysen variiert wird und der auch von den Anwendern des Personalbemessungsverfahrens auf Landes- oder Einrichtungsebene verändert werden kann. Für die ersten Berechnungen wird als default ein einheitlicher Wert von 1 Minute für ein Angebot verwendet.

Die aus dieser Setzung resultierenden Personalmengen werden zudem getrennt ausgewiesen.

B. Zu ergänzenden Aspekte in der Personalbemessung

Protokollnotiz

In der Vorlage wird der Begriff „Untererfassung“ in zwei Bedeutungen verwendet, die eigentlich unterschieden werden müssen:

1. Untererfassung: Personalbedarf, der im Rahmen der Erhebung (systematisch) nicht erfasst werden konnte. Beispiel: Neueinzug und Pflegebedürftige in der Sterbephase (palliative Pflege).
2. Potenzielle Unterversorgung: Notwendige Interventionen, die zwar korrekt erfasst, aber tatsächlich nur (zu) selten erbracht wurden.

Nachfolgend wird versucht, die jeweilige Bedeutung deutlich zu machen.

Die nachfolgende Diskussion ergänzender Aspekte wird entlang der Qualifikationsniveaus strukturiert.

1. Alle Qualifikationsniveaus

Zum Thema „Untererfassung“/„potenzielle Unterversorgung“ von Interventionen wird Folgendes konsentiert:

1. Zunächst prüft das Projektteam für alle Interventionen, ob
 - a. es systematische Gründe für eine Untererfassung gibt (z.B. Leistungen beim Einzug oder Palliativversorgung) und
 - b. eine insgesamt geringe Mengenkompente Hinweise auf eine mögliche Unterversorgung liefert.
2. Für die bei dieser Überprüfung auffälligen Interventionen wird überprüft, ob es in der Literatur belastbare Angaben gibt, die zu evtl. Korrekturen verwendet werden können.
3. Hierauf aufbauend werden Ergänzungsoptionen ermittelt, die dem Expertengremium vorgelegt werden.

Beschluss: Der Vorschlag wird wie hier vorstehend angenommen. Der Punkt ist konsentiert.

2. QN 4 – Allgemein

Hintergrund: Schon auf Grund der Vorbehaltsaufgaben ist es fachlich notwendig, dass immer eine Pflegekraft mit Qualitätsniveau 4 oder höher vorhanden ist. Insbesondere in kleineren Einrichtungen können sich auf Basis des Algorithmus Personalziffern für QN 4+ ergeben, die kleiner als 1 sind. Daraus darf sich in der Realität keine Unterbesetzung ergeben.

Beschluss:

Generalklausel: Unabhängig von den Ergebnissen des Personalbemessungsverfahrens ist das Ordnungsrecht (d.h. Vorgaben zu Personal, die sich aus länderspezifischen Regelungen wie Personalverordnungen aus den „Länderheimgesetzen“) zu berücksichtigen.

Aus fachlichen Gründen muss immer eine Fachkraft anwesend sein. Bei kleinen Einrichtungen ist eine entsprechende Personalvorhaltung fachlich angezeigt (Sockel) – auch wenn der Algorithmus kleinere Werte ergibt.

3. QN 4 – Bewohnerbezogene Mindestfachkraftquote

Hintergrund: Um Anreize für eine Segregation von Bewohner*innen mit einem niedrigen Grad zu vermeiden, kann eine bewohnerbezogene Mindestfachkraftquote festgesetzt werden.

Vorschlag: Zunächst abwarten, welche Soll-Werte als Quoten von Fachkraft pro Bewohner*in durch die Feldstudie ermittelt werden, dann eine deutlich niedrigere Quote als „Auffangnetz“ etablieren (z. B. im Tagdienst 1 : 30).

Beschluss: Der Vorschlag wird abgelehnt. Der Punkt wird gestrichen.

4. QN4 – Ausbildung- und Anleitungsaufgaben (I)

Hintergrund: In der Feldstudie wurden arbeitsprozessbegleitende Anleitungen und Beratungen von Auszubildenden empirisch nur selten gemessen und sind möglicherweise untererfasst.

Vorschlag: 10 % der praktischen Ausbildungszeit pro Azubi als zusätzliche Arbeitszeit einer Pflegefachperson mit QN 4.

Beschluss: Der Diskussionsvorschlag wird abgelehnt. Ausbildungs- und Anleitungsaufgaben sollen im Rahmen der Thematik „untererfasste Interventionen“ gemäß dem Beschluss zu B.1 bearbeitet werden. Das Projektteam überprüft die empirische Messung und bewertet diese unter fachlichen Gesichtspunkten und anhand von Literatur. Die Diskrepanz wird benannt und ein Vorschlag zum Umgang unterbreitet.

5. QN 4 – Ausbildungs- und Anleitungszeiten (II)

Hintergrund: In der Feldstudie wurden die Anleitung und Beratung der Mitarbeiter*innen der QN 1-3 empirisch nur selten gemessen und sind möglicherweise untererfasst.

Vorschlag: Pro QN 1-3 monatlich 60 min Arbeitszeit einer Pflegefachperson QN 4 zusätzlich berechnen.

Beschluss: Der Diskussionsvorschlag wird abgelehnt. Ausbildungs- und Anleitungsaufgaben sollen im Rahmen der Thematik „untererfasste Interventionen“ gemäß dem Beschluss zu B.1 bearbeitet werden. Das Projektteam überprüft die empirische Messung und bewertet diese unter fachlichen Gesichtspunkten und anhand von Literatur. Die Diskrepanz der nicht ausreichend wahrgenommenen

Aufgaben in der Anleitung von QN1-3 durch QN4 wird benannt und ein Vorschlag zum Umgang unterbreitet.

6. QN 4 – Koordinierungsaufgaben

Hintergrund: In der Feldstudie wurden zwar Koordinierungsaufgaben wie die „mitarbeiterbezogene Kommunikation“ gemessen. Allerdings wurden im Interventionshandbuch für die Koordinierungsaufgaben keine Teilschritte und Anforderungen zur fachlich korrekten Form der Durchführung beschrieben, so dass an dieser Stelle in der empirischen Erfassung kein Ist-Soll-Vergleich stattgefunden hat.

Vorschlag:

1. X min Fachkräftezeit pro Pflegeperson QN 1-3.
2. Das Verhältnis von QN 1-3 zu QN 4 sollte begrenzt werden.

Beschluss: Vorschlag 1 wird gestrichen.

Weitere Interventionen, die Koordinierungsaufgaben enthalten, werden identifiziert. Die Ist-Zeit-Messungen werden der Literatur gegenübergestellt und es wird ein Vorschlag für den weiteren Umgang unterbreitet.

Vorschlag 2 wird gestrichen. Im Bericht muss ein Hinweis und eine Diskussion dazu erfolgen, dass das Verhältnis von QN1-3 zu QN4+ in Abhängigkeit der Studienergebnisse im Rahmen zukünftiger, zum Beispiel ordnungsrechtlicher Regelungen berücksichtigt werden muss.

7. QN 5 – Fachweiterbildung Gerontopsychiatrie

Hintergrund: Vor dem Hintergrund der zunehmenden dementiellen Erkrankungen zur Sicherung einer qualifizierten Versorgung von Pflegebedürftigen gibt es einen Bedarf an Pflegenden mit Fachweiterbildung Gerontopsychiatrie.

Beschluss: In der Studie wurde bei QN 5 nicht nach den Fachweiterbildungen unterschieden. Im Nachgang wird versucht, diese Information von den Einrichtungen noch zu erhalten. Aufgrund des Grundansatzes der Studie, Personalbedarfe bewohnerbezogen zu ermitteln, ist es nicht möglich, Aussagen über die vorzuhaltenden Personalmengen mit Fachweiterbildung abzuleiten. Hierauf wird im Punkt „Limitationen der Studie“ hingewiesen werden.

Ergänzend zum normativ-empirischen Teil wird daher überprüft, ob es möglich ist, auf Basis von Literaturangaben (z.B. DNQP 2018) Hinweise auf Vorhaltemengen abzuleiten.

Im Algorithmus wird ein Parameter vorgesehen, um länder- bzw. einrichtungsspezifische entsprechend vereinbarte Werte einbeziehen zu können.

8. QN5 – Fachweiterbildung Palliativpflege

Feststellung: Pflegebedürftige in der Sterbephase sind in der Studie unterrepräsentiert. Entsprechenden Leistungen werden daher womöglich untererfasst. Zudem sind keine Aussagen über die vorzuhaltende Personalmenge mit entsprechender Fachweiterbildung möglich (s.o.).

Beschluss: Bei palliativen Leistungen wird nach dem beschriebenen Verfahren überprüft, ob eine Untererfassung erkennbar ist und werden entsprechend dem Beschluss B.1 bearbeitet.

In jeder Einrichtung muss mindestens eine Person mit der Fachweiterbildung Palliativpflege vorhanden sein. Den Vertragspartnern wird ausdrücklich empfohlen, hierzu Regelungen zu finden.

9. QN 6 und QN 7 – Hochschulisch qualifizierte Pflegende (Bachelor und Master)

Hintergrund: Dem Arbeitsmarkt stehen hochschulisch qualifizierte Pflegende zur Verfügung, die unter anderem zu einer Evidenzbasierung der Pflegepraxis und einer Optimierung von Steuerungsprozessen beitragen können. Diese Personen werden derzeit aber noch selten eingesetzt.

Beschluss: Das Gremium fordert die Selbstverwaltungspartner zu einer nachhaltigen Beschäftigung mit der Thematik auf.

C. Weitere zu konsentierende Punkte

1. Für die Personalberechnung verwendete Personenkonstellationen

Hintergrund: Im Antrag wurde vorgesehen, die Personalbemessung auf Basis der 100 häufigsten BI-Konstellationen durchzuführen und die restlichen Personen über den Pflegegrad abzubilden.

Vorschlag: Daneben wird auch eine Personalberechnung auf Basis der Pflegegrade durchgeführt. Sollten sich aus fachlicher Perspektive oder auf Grundlage statistischer Berechnungen andere Gruppenbildungen ergeben, die eine geringere Heterogenität in den Gruppen aufweisen, wird für diese ebenfalls ein Algorithmus berechnet.

Beschluss: Dem Vorschlag wird zugestimmt. Der Punkt ist konsentiert.

2. Berücksichtigung der Interaktionsarbeit im Mengen- und Zeitgerüst der Personalbemessung

Hintergrund: Zum derzeitigen Zeitpunkt ist eine Entscheidung über den Umfang der zusätzlich zu berücksichtigenden Interaktionsarbeit auf Grund der noch nicht abgeschlossenen Datenauswertung im iaw und im SOCIUM nicht möglich.

Beschluss: Es wird auf Interventionsebene geprüft, inwieweit die Interaktionsarbeit in den Datenerfassungen bereits abgedeckt ist oder ein zusätzlicher Zuschlag notwendig ist. Es erfolgen weitere Analysen und Modellrechnungen. Das Projektteam erarbeitet einen Vorschlag zur Berücksichtigung der Interaktionsarbeit im Zeitgerüst aus und gibt das Ergebnis dem Gremium zur Kommentierung.

D. Weiteres Vorgehen

1. Protokoll:

Nach allen eingegangenen Rückmeldungen wird die aktuell vorliegende Form des Protokolls als ausreichend zur Dokumentation der Konsentierungssitzung bewertet. Ein zusätzliches Verlaufsprotokoll wird nicht erstellt. Das Beschlussprotokoll wird im Umlaufverfahren bearbeitet und beschlossen.

2. Prozessverlauf:

In einer Reihe von Punkten wurde vorstehend beschlossen, in der Behandlung der Daten verschiedene Versionen auszuarbeiten und dem Gremium vorzulegen. Dies gilt auch für die endgültigen Ergebnisse zur Interaktionsarbeit und zu ihrer quantitativen Anschlussfähigkeit an das Personalbemessungsverfahren. Entsprechenden Ergebnisse werden ausgearbeitet und dem Expertengremium schriftlich zur Verfügung gestellt. Danach wird beraten, ob die Einberufung einer weiteren Gremiensitzung als erforderlich angesehen wird.

A.5.2 Ersatzinterventionen, Ersatzzeiträume, Cut-off-Werte, Admin-Orga/Bewohner-Zuordnung und Notwendigkeit von Interventionen

	Intervention und Zeitraum möglicher Ersatzinterventionen. Die Definition in dieser Spalte beinhaltet den Ersatz der geplanten Intervention sowohl durch eine Ersatzintervention, als auch durch dieselbe Intervention im Tagesverlauf mit entsprechend definierter Zeit.	Mögliche Ersatzinterventionen	mind. Zeitangabe für eine Erbringung: mehr als	Notwendig, wenn geplant und kein Ersatz	Zuordnung nach: Admin-Orga (0) Bewohner (1) Nicht eindeutig (2)
1	Mobilität				
1.1	Bewegungsförderung (Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie in einem Zeitabstand von 14h (vorher oder nachher) zur geplanten Intervention erfolgte.		3 sec.	ja	0
1.2	Positionierung (Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie in einem Zeitabstand von 2h (vorher oder nachher) zur geplanten Intervention erfolgte.	<ul style="list-style-type: none"> - 1.1 Bewegungsförderung - 1.3 Transfer/Fortbewegen - 4.2 Ausscheidungsmanagement - 4.8 Hilfe beim Aufstehen - 4.9 Hilfe beim Zubettgehen - 4.10 Intimpflege 	3 sec.	ja	1
1.3	Transfer/Fortbewegen (Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie in einem Zeitabstand von 2h (vorher oder nachher) zur geplanten Intervention erfolgte.	<ul style="list-style-type: none"> - 1.1 Bewegungsförderung - 1.2 Positionierung - 1.4 Transportbegleitung - 2.1 Alltagsgestaltung: Gedächtnistraining - 2.2 Alltagsgestaltung: Realitätsorientierung - 2.3 Alltagsgestaltung: Kunst - 2.4 Alltagsgestaltung: Musik - 2.5 Alltagsgestaltung: Spielen - 2.6 Alltagsgestaltung: Tiere - 2.7 Alltagsgestaltung: Sonstige Themenfelder - 2.10 Basale Stimulation - 2.13 Einkaufsfahrt 	3 sec.	nein	1

		<ul style="list-style-type: none"> - 2.14 Snoezelen - 2.15 Spirituelle Unterstützung - 4.2 Ausscheidungsmanagement - 4.8 Hilfe beim Aufstehen - 4.9 Hilfe beim Zubettgehen - 5.16 Untersuchungsassistentz - 5.20 Wiegen 			
1.4	Transportbegleitung (Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie in einem Zeitabstand von 14h (vorher oder nachher) zur geplanten Intervention erfolgte.		3 sec.	nein	1
2	Kognitive und kommunikative Fähigkeiten/Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte				
2.1	Alltagsgestaltung: Gedächtnistraining (Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie innerhalb einer Schicht zur geplanten Intervention erfolgte.	<ul style="list-style-type: none"> - 1.1 Bewegungsförderung - 2.2 Alltagsgestaltung: Realitätsorientierung - 2.3 Alltagsgestaltung: Kunst - 2.4 Alltagsgestaltung: Musik - 2.5 Alltagsgestaltung: Spielen - 2.6 Alltagsgestaltung: Tiere - 2.7 Alltagsgestaltung: sonstige Themenfelder - 2.10 Basale Stimulation - 2.12 Biographiarbeit - 2.13 Einkaufsfahrt - 2.14 Snoezelen - 2.15 Spirituelle Unterstützung 	3 sec.	ja	2
2.2	Alltagsgestaltung: Realitätsorientierung (Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie innerhalb einer Schicht zur geplanten Intervention erfolgte.	<ul style="list-style-type: none"> - 1.1 Bewegungsförderung - 2.1 Alltagsgestaltung: Gedächtnistraining - 2.3 Alltagsgestaltung: Kunst - 2.4 Alltagsgestaltung: Musik - 2.5 Alltagsgestaltung: Spielen - 2.6 Alltagsgestaltung: Tiere - 2.7 Alltagsgestaltung: sonstige Themenfelder - 2.10 Basale Stimulation 	3 sec.	ja	2

	<ul style="list-style-type: none"> - 2.12 Biographiearbeit - 2.13 Einkaufsfahrt - 2.14 Snoezelen - 2.15 Spirituelle Unterstützung 			
<p>2.3 Alltagsgestaltung: Kunst (Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie innerhalb einer Schicht zur geplanten Intervention erfolgte.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 1.1 Bewegungsförderung - 2.1 Alltagsgestaltung: Gedächtnistraining - 2.2 Alltagsgestaltung: Realitätsorientierung - 2.4 Alltagsgestaltung: Musik - 2.5 Alltagsgestaltung: Spielen - 2.6 Alltagsgestaltung: Tiere - 2.7 Alltagsgestaltung: sonstige Themenfelder - 2.10 Basale Stimulation - 2.12 Biographiearbeit - 2.13 Einkaufsfahrt - 2.14 Snoezelen - 2.15 Spirituelle Unterstützung 	3 sec.	ja	2
<p>2.4 Alltagsgestaltung: Musik (Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie innerhalb einer Schicht zur geplanten Intervention erfolgte.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 1.1 Bewegungsförderung - 2.1 Alltagsgestaltung: Gedächtnistraining - 2.2 Alltagsgestaltung: Realitätsorientierung - 2.3 Alltagsgestaltung: Kunst - 2.5 Alltagsgestaltung: Spielen - 2.6 Alltagsgestaltung: Tiere - 2.7 Alltagsgestaltung: sonstige Themenfelder - 2.10 Basale Stimulation - 2.12 Biographiearbeit - 2.13 Einkaufsfahrt - 2.14 Snoezelen - 2.15 Spirituelle Unterstützung 	3 sec.	ja	2
<p>2.5 Alltagsgestaltung: Spielen (Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie innerhalb einer Schicht zur geplanten Intervention erfolgte.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 1.1 Bewegungsförderung - 2.1 Alltagsgestaltung: Gedächtnistraining - 2.2 Alltagsgestaltung: Realitätsorientierung - 2.3 Alltagsgestaltung: Kunst - 2.4 Alltagsgestaltung: Musik - 2.6 Alltagsgestaltung: Tiere 	3 sec.	ja	2

2.6	Alltagsgestaltung: Tiere (Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie innerhalb einer Schicht zur geplanten Intervention erfolgte.	<ul style="list-style-type: none"> - 2.7 Alltagsgestaltung: sonstige Themenfelder - 2.10 Basale Stimulation - 2.12 Biographiearbeit - 2.13 Einkaufsfahrt - 2.14 Snoezelen - 2.15 Spirituelle Unterstützung 		ja	2
2.7	Alltagsgestaltung: sonstige Themenfelder (Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie innerhalb einer Schicht zur geplanten Intervention erfolgte.	<ul style="list-style-type: none"> - 1.1 Bewegungsförderung - 2.1 Alltagsgestaltung: Gedächtnistraining - 2.2 Alltagsgestaltung: Realitätsorientierung - 2.3 Alltagsgestaltung: Kunst - 2.4 Alltagsgestaltung: Musik - 2.5 Alltagsgestaltung: Spielen - 2.6 Alltagsgestaltung: Tiere - 2.10 Basale Stimulation - 2.12 Biographiearbeit - 2.13 Einkaufsfahrt - 2.14 Snoezelen - 2.15 Spirituelle Unterstützung 	3 sec.	ja	2
2.8	Alltagsgestaltung: Planung (Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie innerhalb einer Schicht zur geplanten Intervention erfolgte.	<ul style="list-style-type: none"> - 2.15 Spirituelle Unterstützung 	3 sec.	nein	2

2.9	Alltagsgestaltung: Vorbereitung (Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie innerhalb einer Schicht zur geplanten Intervention erfolgte.			3 sec.	nein	2
2.10	Basale Stimulation (Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie innerhalb einer Schicht zur geplanten Intervention erfolgte.	<ul style="list-style-type: none"> - 1.1 Bewegungsförderung - 2.1 Alltagsgestaltung: Gedächtnisstraining - 2.2 Alltagsgestaltung: Realitätsorientierung - 2.3 Alltagsgestaltung: Kunst - 2.4 Alltagsgestaltung: Musik - 2.5 Alltagsgestaltung: Spielen - 2.6 Alltagsgestaltung: Tiere - 2.7 Alltagsgestaltung: sonstige Themenfelder - 2.10 Basale Stimulation - 2.12 Biographiearbeit - 2.13 Einkaufsfahrt - 2.14 Snoezelen - 2.15 Spirituelle Unterstützung 	3 sec.	ja	1	
2.11	Bettwache (Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie innerhalb einer Schicht zur geplanten Intervention erfolgte.			3 sec.	ja	1
2.12	Biographiearbeit (Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie innerhalb einer Schicht zur geplanten Intervention erfolgte.	<ul style="list-style-type: none"> - 2.1 Alltagsgestaltung: Gedächtnisstraining - 2.2 Alltagsgestaltung: Realitätsorientierung - 7.3 Steuerung des Pflegeprozesses - 7.6 Bewohnergespräch 	3 sec.	ja	1	
2.13	Einkaufsfahrt (Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie innerhalb einer Schicht zur geplanten Intervention erfolgte.	<ul style="list-style-type: none"> - 1.4 Transportbegleitung - 1.1 Bewegungsförderung - 1.3 Transfer/Fortbewegen - 2.7 Alltagsgestaltung: sonstige Themenfelder 	3 sec.	nein	2	
2.14	Snoezelen (Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie innerhalb einer Schicht zur geplanten Intervention erfolgte.	<ul style="list-style-type: none"> - 1.1 Bewegungsförderung - 2.1 Alltagsgestaltung: Gedächtnisstraining - 2.2 Alltagsgestaltung: Realitätsorientierung - 2.3 Alltagsgestaltung: Kunst - 2.4 Alltagsgestaltung: Musik - 2.5 Alltagsgestaltung: Spielen - 2.6 Alltagsgestaltung: Tiere 	3 sec.	ja	1	

2.15	Spirituelle Unterstützung (Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie innerhalb einer Schicht zur geplanten Intervention erfolgte.	- 2.7 Alltagsgestaltung: sonstige Themenfelder - 2.10 Basale Stimulation - 2.12 Biographiearbeit - 2.13 Einkaufsfahrt - 2.15 Spirituelle Unterstützung				2
3	Verhaltensweisen und psychische Problemlagen					
3.1	Isolation (räumliche Einschränkung)			3 sec.	nein	1
3.2	Körpernahe Fixierung			3 sec.	nein	1
3.3	Verhaltens- und umgebungsbezogene Interventionen	- 3.1 Isolation (räumliche Einschränkung) - 7.6 Bewohnergespräch - 3.2 Körpernahe Fixierung		3 sec.	nein	1
4	Selbstversorgung					
4.1	An- und Auskleiden (Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie innerhalb einer Schicht zur geplanten Intervention erfolgte.	- 4.2 Ausscheidungsmanagement - 4.8 Hilfe beim Aufstehen - 4.9 Hilfe beim Zubettgehen - 4.10 Intimpflege - 4.11 Körperpflege: Baden - 4.12 Körperpflege: Duschen - 4.13 Körperpflege: Waschen am Waschbecken - 4.14 Körperpflege: Waschen im Bett		3 sec.	nein	1
4.2	Ausscheidungsmanagement (Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie in einem Zeitabstand von 1,5h (vorher oder nachher) zur geplanten Intervention erfolgte.	- 1.2 Positionierung - 4.8 Hilfe beim Aufstehen - 4.9 Hilfe beim Zubettgehen - 4.10 Intimpflege - 4.12 Körperpflege: Duschen - 4.13 Körperpflege: Waschen am Waschbecken - 4.14 Körperpflege: Waschen im Bett		3 sec.	ja	1
4.3	Beckenbodentraining			3 sec.	ja	1

	(Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie in einem Zeitabstand von 14h (vorher oder nachher) zur geplanten Intervention erfolgte.						
4.4	Enterale Ernährung (Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie in einem Zeitabstand von 1,5h (vorher oder nachher) zur geplanten Intervention erfolgte.	- 5.8 - 4.17 - 4.18	Infusionsgabe Nahrungsaufnahme: Durchführung Nahrungsaufnahme: Vorbereitung	3 sec.	ja	1	
4.5	Emesismanagement			3 sec.	nein	1	
4.6	Haarpflege (einschließlich Rasur) (Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie in einem Zeitabstand von 14h (vorher oder nachher) zur geplanten Intervention erfolgte.	- 4.11 - 4.12 - 4.13 - 4.14	Körperpflege: Baden Körperpflege: Duschen Körperpflege: Waschen am Waschbecken Körperpflege: Waschen im Bett	3 sec.	ja	1	
4.7	Hauswirtschaftliche Unterstützung	- 4.18 - 7.13	Nahrungsaufnahme: Vorbereitung Materialmanagement	3 sec.	nein	2	
4.8	Hilfe beim Aufstehen (Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie innerhalb einer Schicht zur geplanten Intervention erfolgte.	- 1.2 - 1.3 - 4.2	Positionierung Transfer/Fortbewegen Ausscheidungsmanagement	3 sec.	ja	1	
4.9	Hilfe beim Zubettgehen (Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie innerhalb einer Schicht zur geplanten Intervention erfolgte.	- 1.2 - 1.3 - 4.2	Positionierung Transfer/Fortbewegen Ausscheidungsmanagement	3 sec.	ja	1	
4.10	Intimpflege (Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie in einem Zeitabstand von 1,5h (vorher oder nachher) zur geplanten Intervention erfolgte.	- 4.2 - 4.8 - 4.9 - 4.11 - 4.12 - 4.13 - 4.14	Ausscheidungsmanagement Hilfe beim Aufstehen Hilfe beim Zubettgehen Körperpflege: Baden Körperpflege: Duschen Körperpflege: Waschen am Waschbecken Körperpflege: Waschen im Bett	3 sec.	ja	1	
4.11	Körperpflege: Baden (Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie in einem Zeitabstand von 18h (vorher oder nachher) zur geplanten Intervention erfolgte.	- 4.11 - 4.12 - 4.13 - 4.14	Körperpflege: Baden Körperpflege: Duschen Körperpflege: Waschen am Waschbecken Körperpflege: Waschen im Bett	3 sec.	ja	1	
4.12	Körperpflege: Duschen	- 4.11 - 4.12	Körperpflege: Baden Körperpflege: Duschen	3 sec.	ja	1	

	(Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie in einem Zeitabstand von 18h (vorher oder nachher) zur geplanten Intervention erfolgte.	- 4.13 - 4.14	Körperpflege: Waschen am Waschbecken Körperpflege: Waschen im Bett				
4.13	Körperpflege: Waschen am Waschbecken (Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie innerhalb einer Schicht zur geplanten Intervention erfolgte.	- 4.11 - 4.12 - 4.13 - 4.14	Körperpflege: Baden Körperpflege: Duschen Körperpflege: Waschen am Waschbecken Körperpflege: Waschen im Bett	3 sec.	ja		1
4.14	Körperpflege: Waschen im Bett (Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie innerhalb einer Schicht zur geplanten Intervention erfolgte.	- 4.11 - 4.12 - 4.13 - 4.14	Körperpflege: Baden Körperpflege: Duschen Körperpflege: Waschen am Waschbecken Körperpflege: Waschen im Bett	3 sec.	ja		1
4.15	Maniküre/Pediküre			3 sec.	nein		1
	Die geplante Intervention kann von einer (Ersatz-)Intervention innerhalb von zwei Tagen ersetzt werden.						
4.16	Mund- und Zahnpflege (Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie in einem Zeitabstand von 1,5h (vorher oder nachher) zur geplanten Intervention erfolgte.	- 4.11 - 4.12 - 4.13 - 4.14	Körperpflege: Baden Körperpflege: Duschen Körperpflege: Waschen am Waschbecken Körperpflege: Waschen im Bett	3 sec.	ja		1
4.17	Nahrungsaufnahme: Durchführung (Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie in einem Zeitabstand von 2,5h (vorher oder nachher) zur geplanten Intervention erfolgte.	- 4.18 - 4.4	Nahrungsaufnahme: Vorbereitung Enterale Ernährung	3 sec.	ja		1
4.18	Nahrungsaufnahme: Vorbereitung (Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie in einem Zeitabstand von 3h (vorher oder nachher) zur geplanten Intervention erfolgte.	- 4.17 - 4.7	Nahrungsaufnahme: Durchführung Hauswirtschaftliche Unterstützung	3 sec.	nein		2
4.19	Postmortale Versorgung			3 sec.	nein		2
4.20	Schlucktraining (Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie in einem Zeitabstand von 14h (vorher oder nachher) zur geplanten Intervention erfolgte.			3 sec.	ja		1
5	Krankheits- und therapiebedingte Aufgaben						
5.1	Absaugen	- 5.2	Atemwegsmanagement	3 sec.	nein		1

	(Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie in einem Zeitabstand von 1,5h (vorher oder nachher) zur geplanten Intervention erfolgte.						
5.2	Atemwegsmanagement (Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie innerhalb einer Schicht zur geplanten Intervention erfolgte.	- 5.1	Absaugen	3 sec.	nein	1	
5.3	Blasenkatheterisierung (Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie in einem Zeitabstand von 14h (vorher oder nachher) zur geplanten Intervention erfolgte.	- 4.2 - 5.16	Ausscheidungsmanagement Untersuchungsassistenz	3 sec.	ja	1	
5.4	Blutentnahme: venös	- 5.16	Untersuchungsassistenz	3 sec.	nein	1	
5.5	Einlauf (Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie in einem Zeitabstand von 14h (vorher oder nachher) zur geplanten Intervention erfolgte.	- 4.2	Ausscheidungsmanagement	3 sec.	ja	1	
5.6	Ernährungssonde: Legen	- 5.16	Untersuchungsassistenz	3 sec.	nein	1	
5.7	Erste Hilfe	-		3 sec.	nein	1	
5.8	Infusionsgabe (Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie in einem Zeitabstand von 2,5h (vorher oder nachher) zur geplanten Intervention erfolgte.	- 4.4	Enterale Ernährung	3 sec.	ja	1	
5.9	Injektion i.c./s.c.			3 sec.	ja	1	
5.10	Injektion i.m. (Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie innerhalb einer Schicht zur geplanten Intervention erfolgte.			3 sec.	ja	1	
5.11	Kompressionsstrümpfe/-verband (Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie in einem Zeitabstand von 14h (vorher oder nachher) zur geplanten Intervention erfolgte.	-		3 sec.	ja	1	
5.12	Medikamentengabe (Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie innerhalb einer Schicht zur geplanten Intervention erfolgte.	- 5.13	Medikationsmanagement	3 sec.	ja	2	

	(Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie in einem Zeitabstand von 2,5h (vorher oder nachher) zur geplanten Intervention erfolgte.						
5.13	Medikationsmanagement (Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie in einem Zeitabstand von 2,5h (vorher oder nachher) zur geplanten Intervention erfolgte.	- 5.12	Medikamentengabe	3 sec.	nein	2	
5.14	Sauerstoffgabe (Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie in einem Zeitabstand von 2,5h (vorher oder nachher) zur geplanten Intervention erfolgte.	- 5.2	Atemwegsmanagement	3 sec.	ja	1	
5.15	Temperaturregulation (Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie innerhalb einer Schicht zur geplanten Intervention erfolgte.	- 4.11 - 4.13 - 4.1	Körperpflege: Baden Körperpflege: Waschen am Waschbecken An- und Auskleiden	3 sec.	nein	1	
5.16	Untersuchungsassistenz Die geplante Intervention kann von einer (Ersatz-)Intervention innerhalb von vier Tagen ersetzt werden.	- 5.4	Blutentnahme: venös	3 sec.	nein	1	
5.17	Vitalzeichenkontrolle: Blutdruck und Puls (Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie in einem Zeitabstand von 14h (vorher oder nachher) zur geplanten Intervention erfolgte.			3 sec.	ja	1	
5.18	Vitalzeichenkontrolle: Blutzucker (Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie in einem Zeitabstand von 4h (vorher oder nachher) zur geplanten Intervention erfolgte.			3 sec.	ja	1	
5.19	Vitalzeichenkontrolle: Körpertemperatur (Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie in einem Zeitabstand von 14h (vorher oder nachher) zur geplanten Intervention erfolgte.			3 sec.	nein	1	
5.20	Wiegen Die geplante Intervention kann von einer (Ersatz-)Intervention innerhalb von 24h ersetzt werden.			3 sec.	ja	1	

5.21	Wundpflege Die geplante Intervention kann von einer (Ersatz-)Intervention innerhalb von 24h ersetzt werden.	- 5.16	Untersuchungsassistentenz	3 sec.	ja	1
6 Beratung und Schulung						
6.1	Beratung: Chronische Wundversorgung Die geplante Intervention kann von einer (Ersatz-)Intervention innerhalb von vier Tagen ersetzt werden.			3 sec.	ja	1
6.2	Beratung: Dekubitusprophylaxe Die geplante Intervention kann von einer (Ersatz-)Intervention innerhalb von vier Tagen ersetzt werden.			3 sec.	ja	1
6.3	Beratung: Ernährungsmanagement Die geplante Intervention kann von einer (Ersatz-)Intervention innerhalb von vier Tagen ersetzt werden.			3 sec.	ja	1
6.4	Beratung: Förderung der Kontinenz Die geplante Intervention kann von einer (Ersatz-)Intervention innerhalb von vier Tagen ersetzt werden.			3 sec.	ja	1
6.5	Beratung: Mobilität Die geplante Intervention kann von einer (Ersatz-)Intervention innerhalb von vier Tagen ersetzt werden.			3 sec..	ja	1
6.6	Beratung: Schmerzmanagement Die geplante Intervention kann von einer (Ersatz-)Intervention innerhalb von vier Tagen ersetzt werden.			3 sec..	ja	1
6.7	Beratung: Sturzprophylaxe Die geplante Intervention kann von einer (Ersatz-)Intervention innerhalb von vier Tagen ersetzt werden.			3 sec.	ja	1
6.8	Beratung: sonstige Themenfelder Die geplante Intervention kann von einer (Ersatz-)Intervention innerhalb von vier Tagen ersetzt werden.			3 sec.	ja	1

6.9	Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase Die geplante Intervention kann von einer (Ersatz-)Intervention innerhalb von vier Tagen ersetzt werden.			3 sec.	ja	1
6.10	Schulung Die geplante Intervention kann von einer (Ersatz-)Intervention innerhalb von vier Tagen ersetzt werden.			3 sec.	ja	2
7	Pflegeprozess/Kommunikation/Organisation					
7.1	Dokumentation (Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie in einem Zeitabstand von 14h (vorher oder nachher) zur geplanten Intervention erfolgte.	- 7.7 - 7.14	Dienstübergabe Planung Aufenthaltswechsel	3 sec.	nein	2
7.2	Einzug Steuerung des Pflegeprozesses	- 7.1 - 7.3 - 7.4 - 7.6	Dokumentation Steuerung des Pflegeprozesses Angehörigenarbeit Bewohnergespräch	3 sec.	nein	2
7.3	Die geplante Intervention kann von einer (Ersatz-)Intervention innerhalb von vier Tagen ersetzt werden.			3 sec.	ja	2
7.4	Angehörigenarbeit Die geplante Intervention kann von einer (Ersatz-)Intervention innerhalb von vier Tagen ersetzt werden.			3 sec.	nein	2
7.5	Berufsgruppenübergreifende Kommunikation (extern) (Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie in einem Zeitabstand von 14h (vorher oder nachher) zur geplanten Intervention erfolgte.	- 7.14 - 5.16	Planung Aufenthaltswechsel Untersuchungsassistenz	3 sec.	nein	2
7.6	Bewohnergespräch (Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie in einem Zeitabstand von 14h (vorher oder nachher) zur geplanten Intervention erfolgte.			3 sec.	ja	2
7.7	Dienstübergabe	- 7.1	Dokumentation	3 sec.	nein	0

		- 7.8 - 7.9 - 7.14	Mitarbeiterkommunikation Multidisziplinäre Fallbesprechung Planung Aufenthaltswechsel				
7.8	Mitarbeiterkommunikation	3 sec.	nein	0			
7.9	Multidisziplinäre Fallbesprechung	3 sec.	Ja	2			
7.10	Dienstgang	3 sec.	nein	2			
7.11	Ehrenamt	3 sec.	nein	2			
7.12	Gerätemanagement und Notfallwagenkontrolle	3 sec.	nein	2			
7.13	Materialmanagement	- 4. 7	nein	2			
7.14	Planung Aufenthaltswechsel	3 sec.	nein	2			
	Die geplante Intervention kann von einer (Ersatz-)Intervention innerhalb von vier Tagen ersetzt werden.						
7.15	Rundgang/Sicherheit gewährleisten (Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie in einem Zeitabstand von 4h (vorher oder nachher) zur geplanten Intervention erfolgte.	3 sec.	ja	2			
8	Qualitätsmanagement						
8.1	Anleitung/Einarbeitung/Ausbildung (Ersatz-)Intervention ist nur zulässig, wenn sie innerhalb einer Schicht zur geplanten Intervention erfolgte.	3 sec.	nein	2			
8.2	Audit (intern/extern)	3 sec.	nein	0			
8.3	Beschwerdemanagement	3 sec.	nein	0			
8.4	Bewohnerbefragung	3 sec.	nein	2			
8.5	Fortbildung	3 sec.	nein	0			
8.6	Pflegevisite	3 sec.	nein	2			
8.7	Projektmanagement	3 sec.	nein	0			
8.8	Qualitätscontrolling/Kennzahlen/Berichterstattung	3 sec.	nein	0			
8.9	Qualitätsdokumentation/-handbuch	3 sec.	Nein	0			
8.10	Qualitätszirkel	3 sec.	nein	0			
8.11	Risiko- und Fehlermanagement	3 sec.	nein	0			

9	Management							
9.1	Betriebswirtschaft/Finanzierung			3 sec.	nein	0		
9.2	Gesundheitsförderung/Arbeitsschutz			3 sec.	nein	0		
9.3	Kommunikation und Information			3 sec.	nein	2		
9.4	Öffentlichkeitsarbeit/Marketing			3 sec.	nein	0		
9.5	Personal: Entwicklung			3 sec.	nein	0		
9.6	Personal: Organisation/Verwaltung			3 sec.	nein	0		
9.7	Rezeption und Aneignung gesetzlicher und fachlicher Anforderungen			3 sec.	nein	0		
9.8	Teamentwicklung			3 sec.	nein	0		
	Sonstiges							
	Pause			3 sec.	nein	0		
	Telefongespräch			3 sec.	nein	2		
	Wegezeit			3 sec.	nein	0		

Sensitivitätsanalyse

im Projekt

Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI

(PeBeM)

SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik
Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)

Institut für Arbeit und Wirtschaft (iaw)

Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (KKSB)

Bremen, September 2019

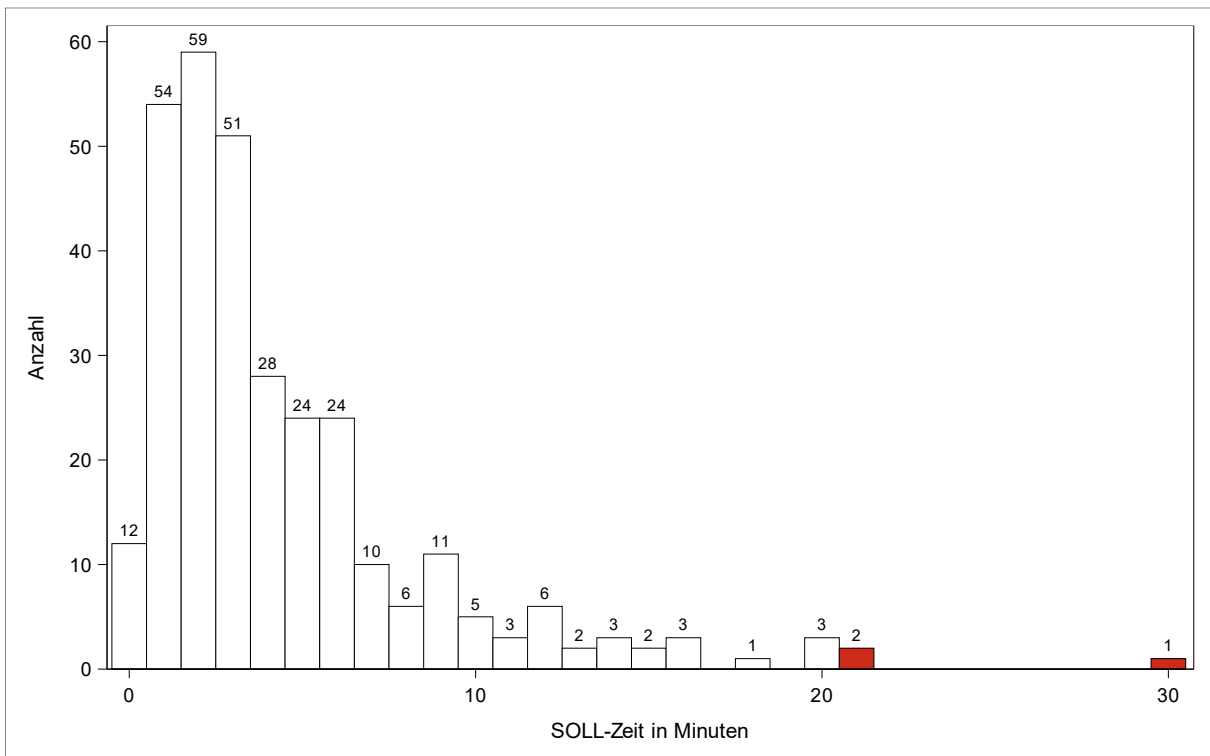
Inhalt

1.1	Bewegungsförderung.....	4
1.2	Positionierung.....	5
1.3	Transportbegleitung.....	5
1.4	Transfer/Fortbewegen.....	6
2.1	Alltagsgestaltung: Gedächtnistraining.....	7
2.2	Alltagsgestaltung: Realitätsorientierung.....	8
2.3	Alltagsgestaltung: Kunst.....	9
2.4	Alltagsgestaltung: Musik.....	10
2.5	Alltagsgestaltung: Spielen.....	11
2.6	Alltagsgestaltung: Tiere.....	12
2.7	Alltagsgestaltung: sonstige Themenfelder.....	13
2.8	Alltagsgestaltung: Planung.....	14
2.9	Alltagsgestaltung: Vorbereitung.....	15
2.10	Basale Stimulation.....	16
2.11	Bettwache.....	16
2.12	Biographiearbeit.....	17
2.13	Einkaufsfahrt.....	17
2.14	Snoezelen.....	18
2.15	Spirituelle Unterstützung.....	18
3.1	Isolation.....	19
3.2	Körpernahe Fixierung.....	19
3.3	Verhaltens- und umgebungsbezogene Interventionen.....	19
4.1	An- und Auskleiden.....	20
4.2	Ausscheidungsmanagement.....	20
4.3	Beckenbodentraining.....	21
4.4	Enterale Ernährung.....	21
4.5	Emesismanagement.....	21
4.6	Haarpflege.....	22
4.7	Hauswirtschaftliche Unterstützung.....	23
4.8	Hilfe beim Aufstehen.....	24
4.9	Hilfe beim Zubettgehen.....	24
4.10	Intimpflege.....	25
4.11	Körperpflege: Baden.....	25
4.12	Körperpflege: Duschen.....	26
4.13	Körperpflege: Waschen am Waschbecken.....	26
4.13	Körperpflege: Waschen im Bett.....	27
4.14	Maniküre/Pediküre.....	27
4.15	Mund- und Zahnpflege.....	28

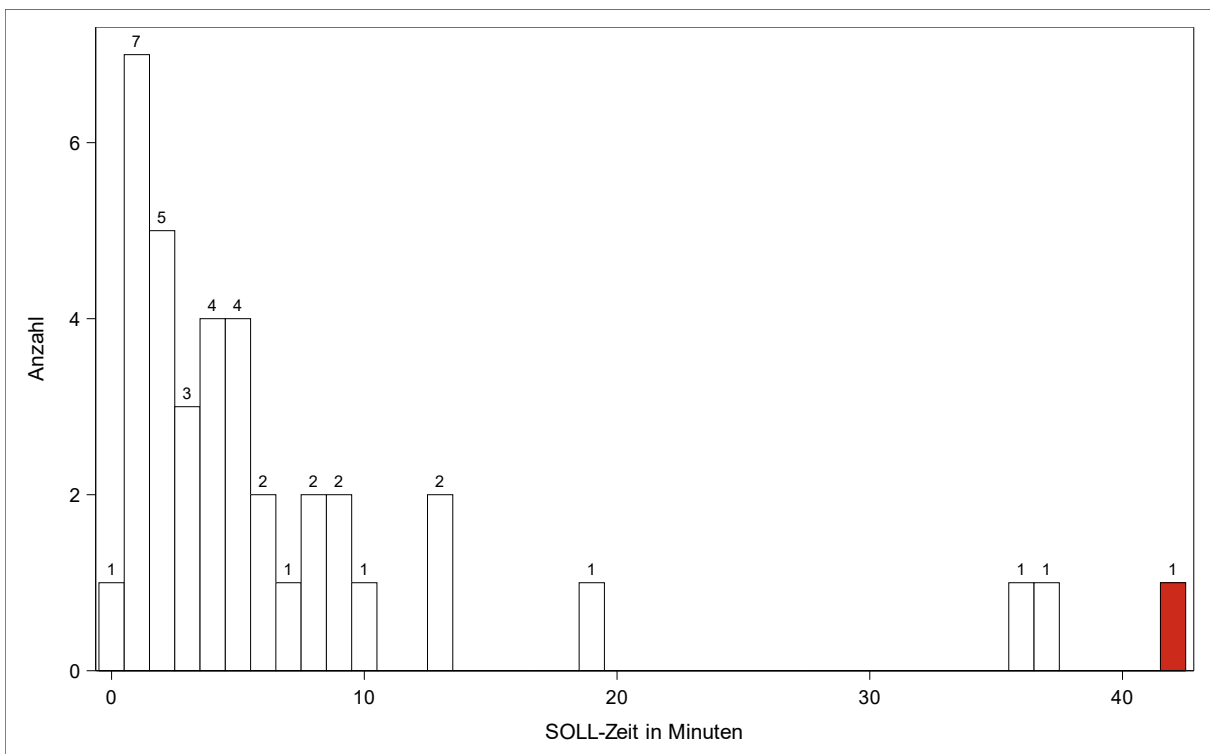
4.16	Nahrungsaufnahme: Durchführung	28
4.17	Nahrungsaufnahme: Vorbereitung	29
4.18	Postmortale Versorgung	30
4.19	Schlucktraining	30
5.1	Absaugen	31
5.2	Atemwegsmanagement	31
5.3	Blasenkatheterisierung	32
5.4	Blutentnahme: venös	32
5.5	Einlauf	33
5.6	Ernährungssonde: Legen	33
5.7	Erste Hilfe	34
5.8	Infusionsgabe	34
5.9	Injektion i.c./s.c.	35
5.10	Injektion i.m.	35
5.11	Kompressionsstrümpfe/-verband	36
5.12	Medikamentengabe	37
5.13	Medikationsmanagement	38
5.14	Sauerstoffgabe	39
5.15	Temperaturregulation	39
5.16	Untersuchungsassistenz	40
5.17	Vitalzeichenkontrolle: Blutdruck und Puls	40
5.18	Vitalzeichenkontrolle: Blutzucker	41
5.19	Vitalzeichenkontrolle: Körpertemperatur	41
5.20	Wiegen	42
5.21	Wundpflege	42
6.1	Beratung: Chronische Wundversorgung	43
6.2	Beratung: Dekubitusprophylaxe	43
6.3	Beratung: Ernährungsmanagement	44
6.4	Beratung: Förderung der Kontinenz	44
6.5	Beratung: Mobilität	45
6.6	Beratung: Schmerzmanagement	45
6.7	Beratung: Sturzprophylaxe	46
6.8	Beratung: sonstige Themenfelder	46
6.9	Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase	47
6.10	Schulung	47
7.1	Dokumentation	48
7.2	Einzug	49
7.3	Steuerung des Pflegeprozesses	50
7.4	Angehörigenarbeit	51
7.5	Berufsgruppenübergreifende Kommunikation	52
7.6	Bewohnergespräch	53

7.7	Dienstübergabe.....	54
7.8	Mitarbeiterkommunikation	54
7.9	Multidisziplinäre Fallbesprechung	55
7.10	Dienstgang	56
7.11	Ehrenamt	57
7.12	Gerätemanagement und Notfallwagenkontrolle.....	57
7.13	Materialmanagement	58
7.14	Planung Aufenthaltswechsel.....	59
7.15	Rundgang/Sicherheit gewährleisten	60
8.1	Anleitung/Einarbeitung/Ausbildung	61
8.2	Audit.....	62
8.3	Beschwerdemanagement	62
8.4	Bewohnerbefragung	63
8.5	Fortbildung.....	64
8.6	Pflegevisite	64
8.7	Projektmanagement	65
8.8	Qualitätscontrolling/Kennzahlen/Berichterstattung	65
8.9	Qualitätsdokumentation/-handbuch	66
8.10	Qualitätszirkel	66
8.11	Risiko- und Fehlermanagement	67
9.1	Betriebswirtschaft/Finanzierung.....	67
9.2	Gesundheitsförderung/Arbeitsschutz.....	68
9.3	Kommunikation und Information	69
9.4	Öffentlichkeitsarbeit/Marketing	69
9.5	Personal: Entwicklung	70
9.6	Personal: Organisation/Verwaltung.....	70
9.7	Rezeption und Aneignung gesetzlicher und fachlicher Anforderungen.....	71
9.8	Teamentwicklung.....	71
10.1	Pause.....	72
10.2	Telefongespräch.....	73
10.3	Wegezeit	74

1.1 Bewegungsförderung

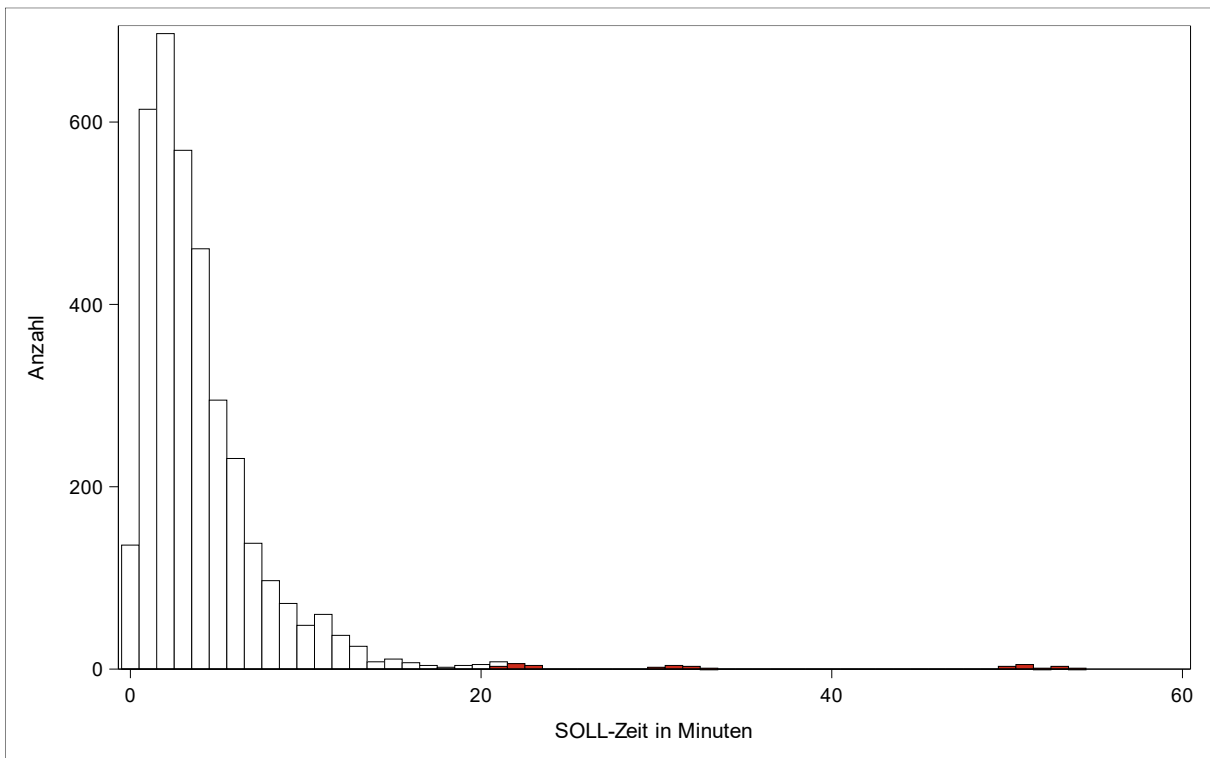


Direkte Pflege



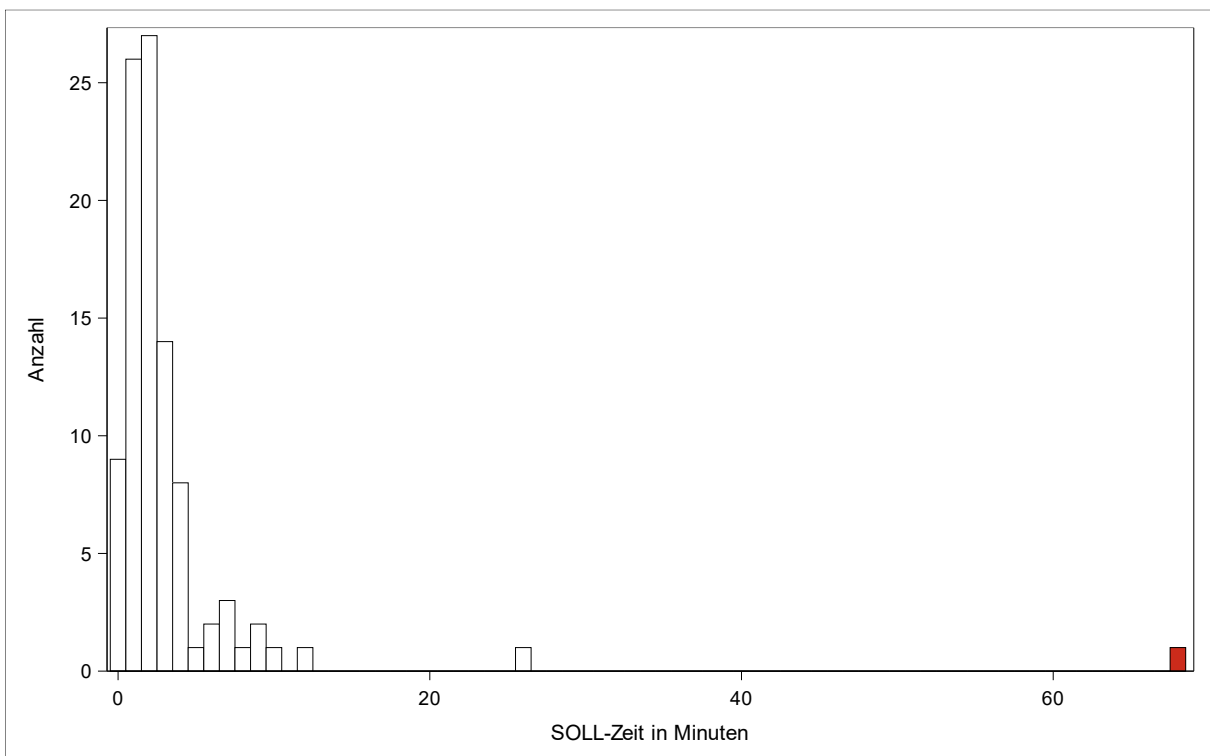
Indirekte Pflege

1.2 Positionierung



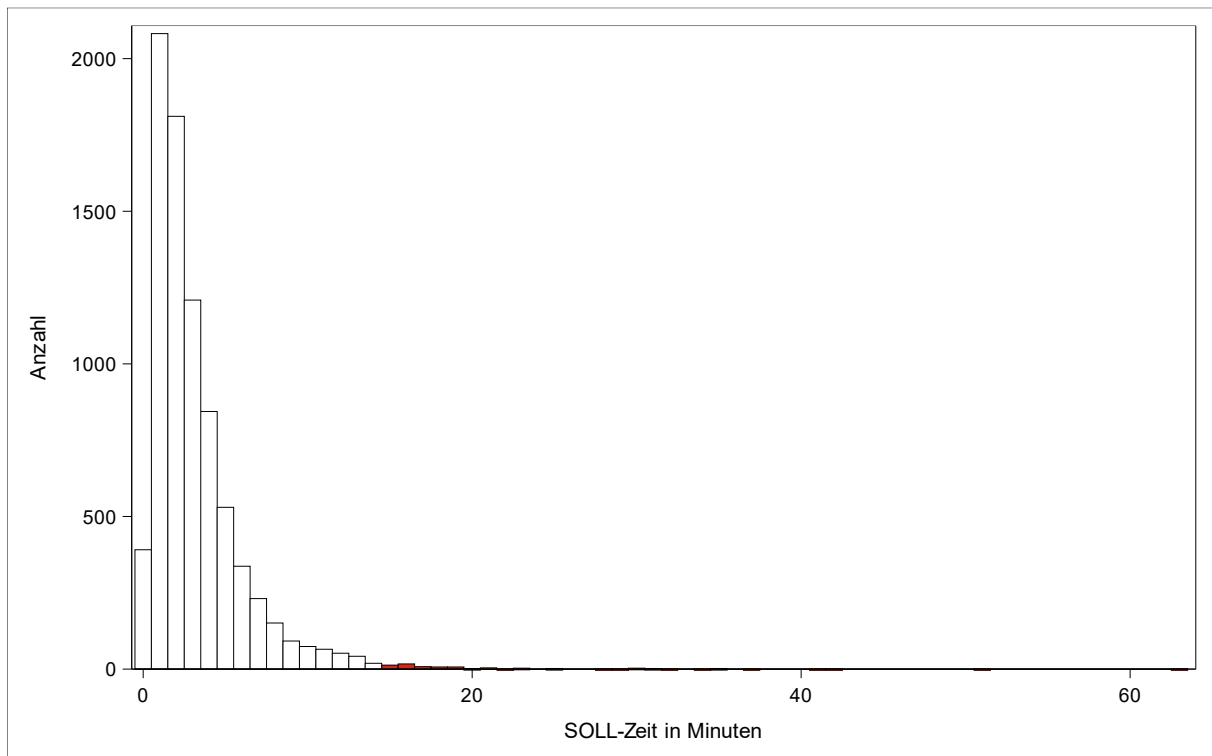
Direkte Pflege

1.3 Transportbegleitung



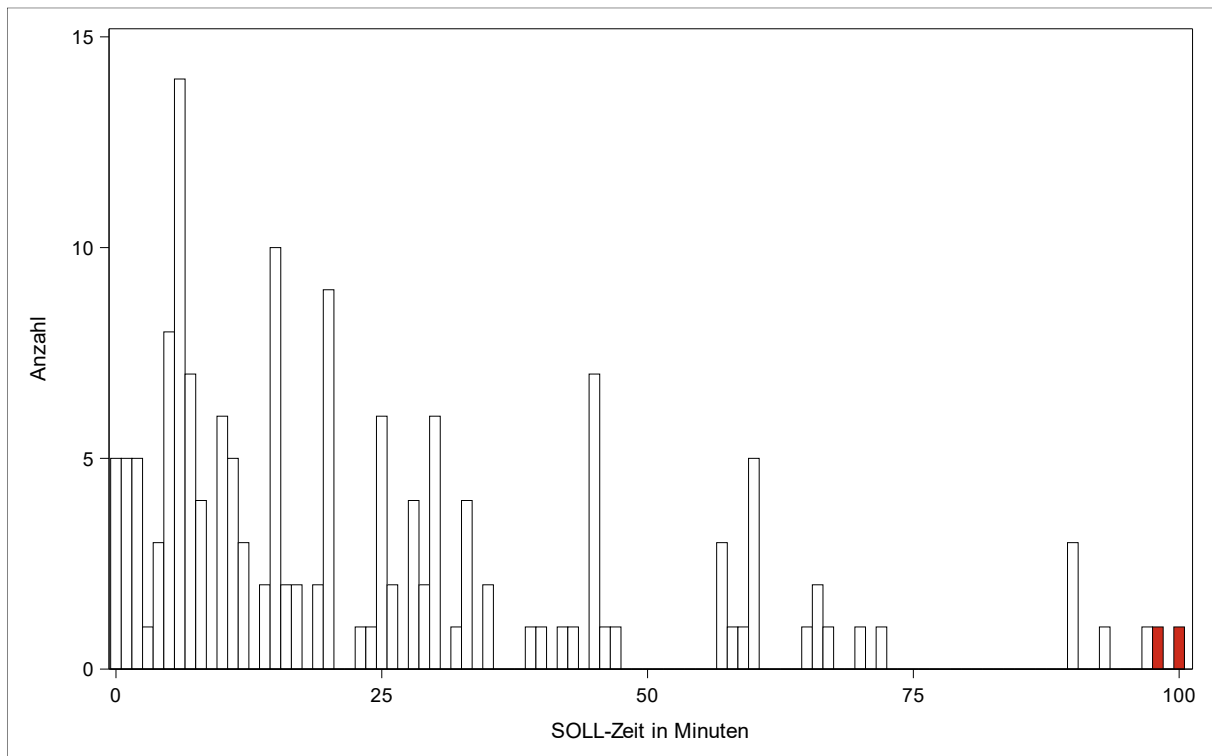
Direkte Pflege

1.4 Transfer/Fortbewegen

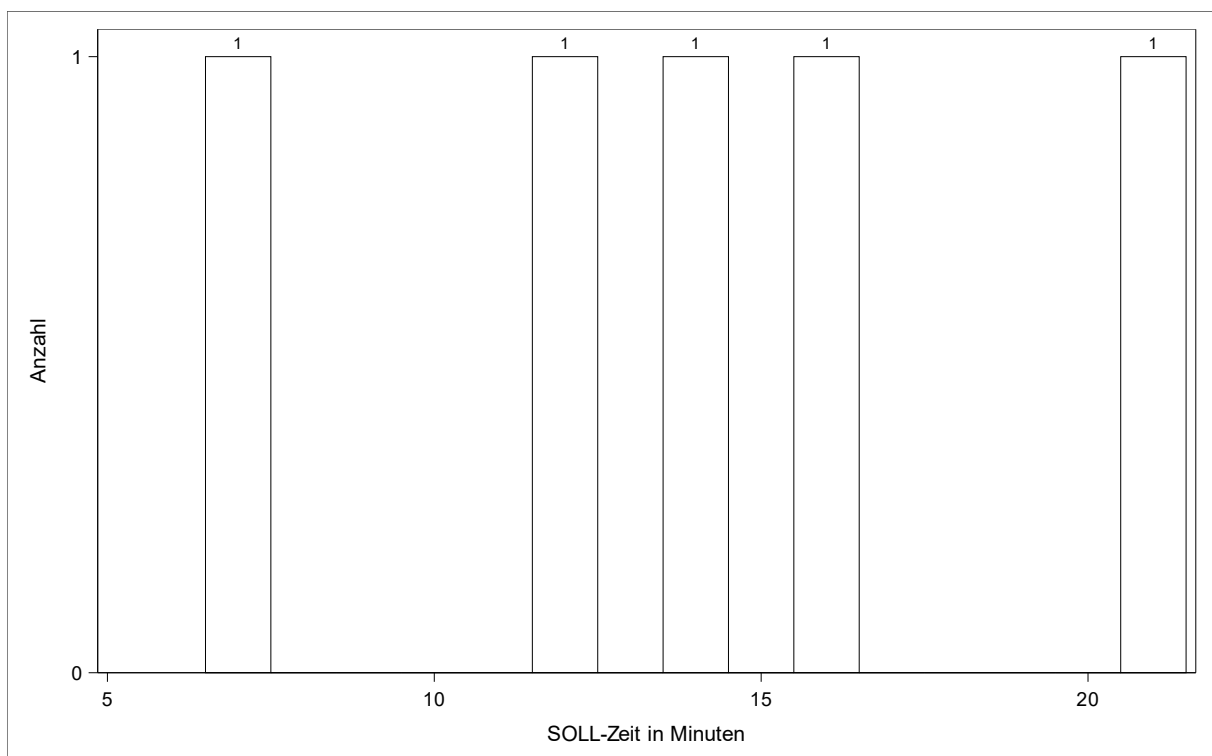


Direkte Pflege

2.1 Alltagsgestaltung: Gedächtnistraining

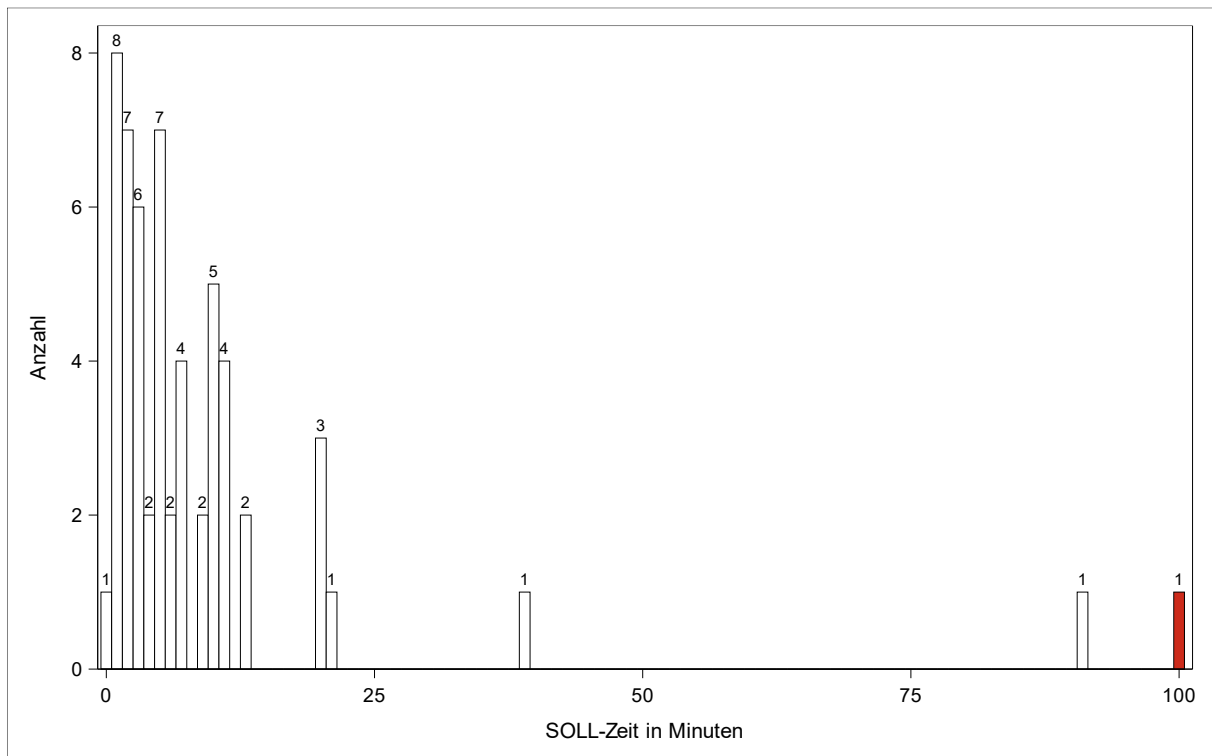


Direkte Pflege

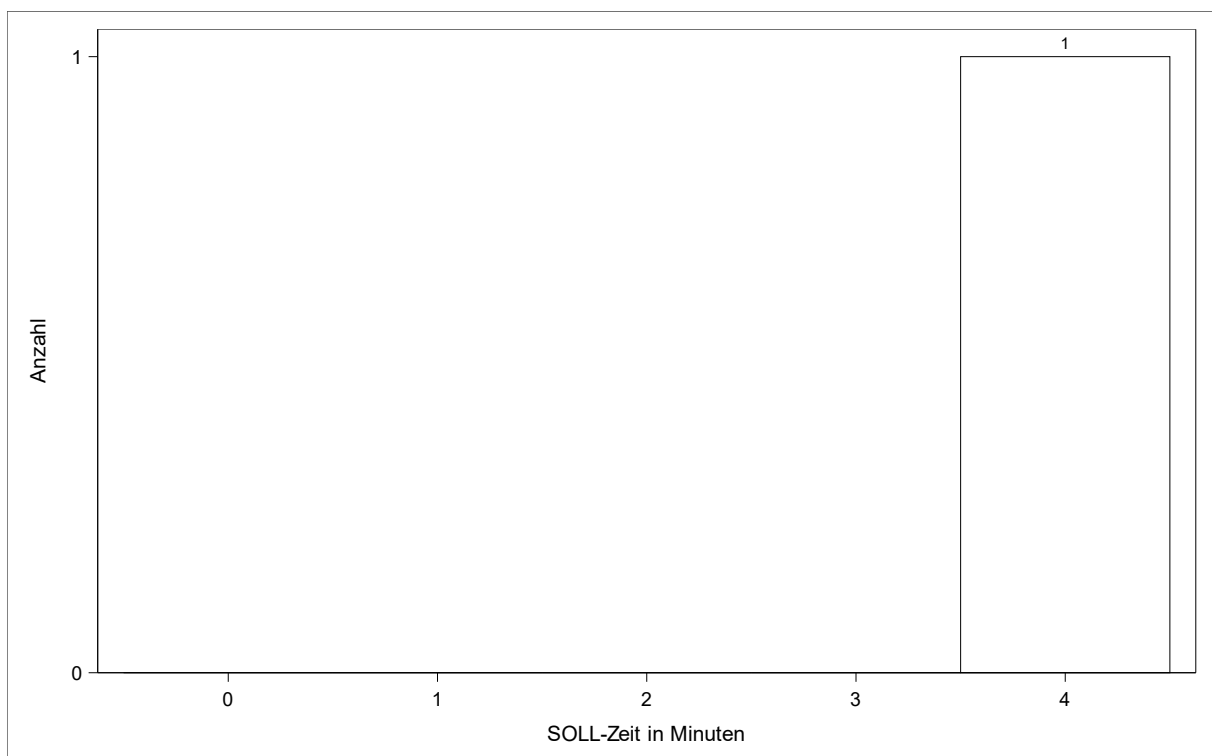


Indirekte Pflege

2.2 Alltagsgestaltung: Realitätsorientierung

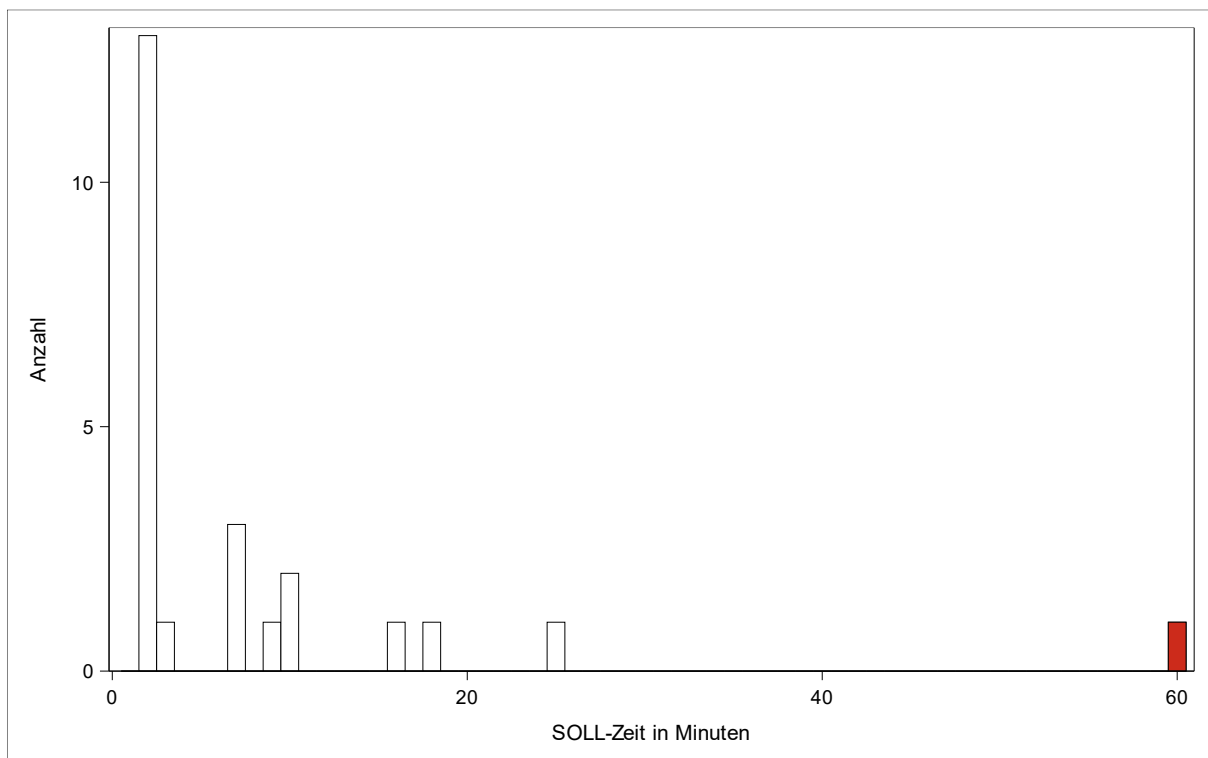


Direkte Pflege

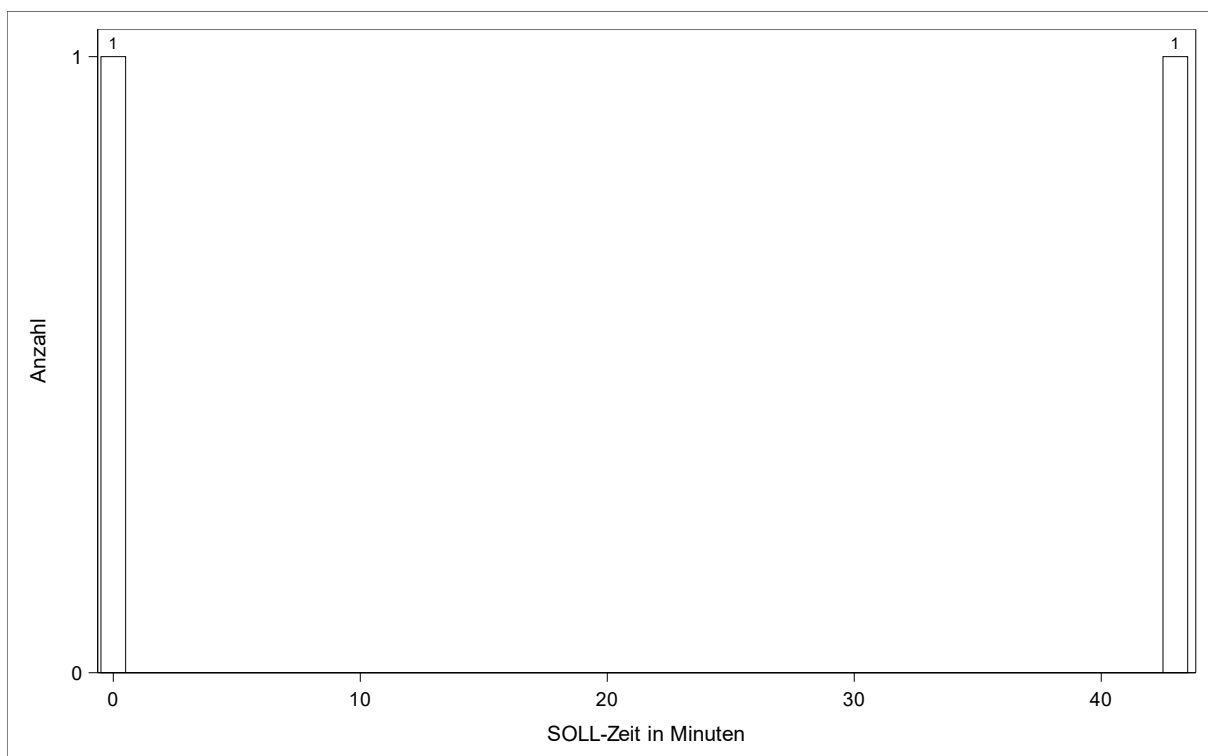


Indirekte Pflege

2.3 Alltagsgestaltung: Kunst

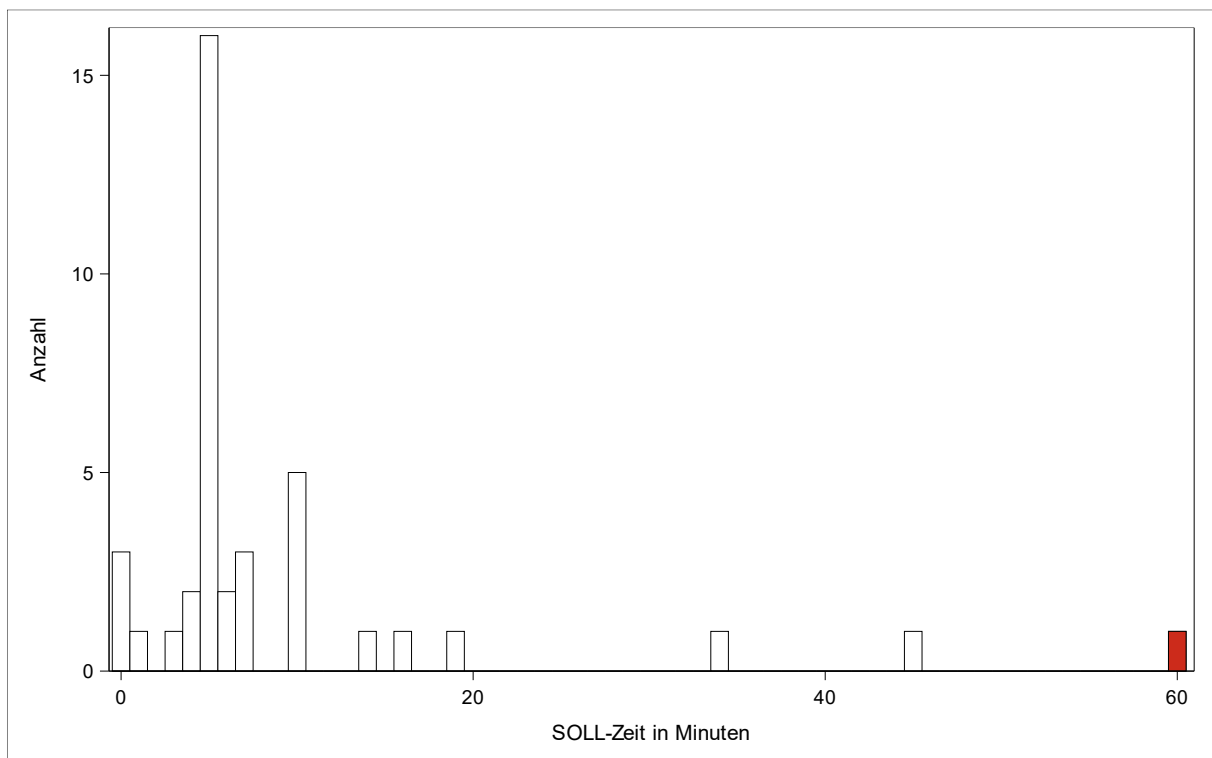


Direkte Pflege

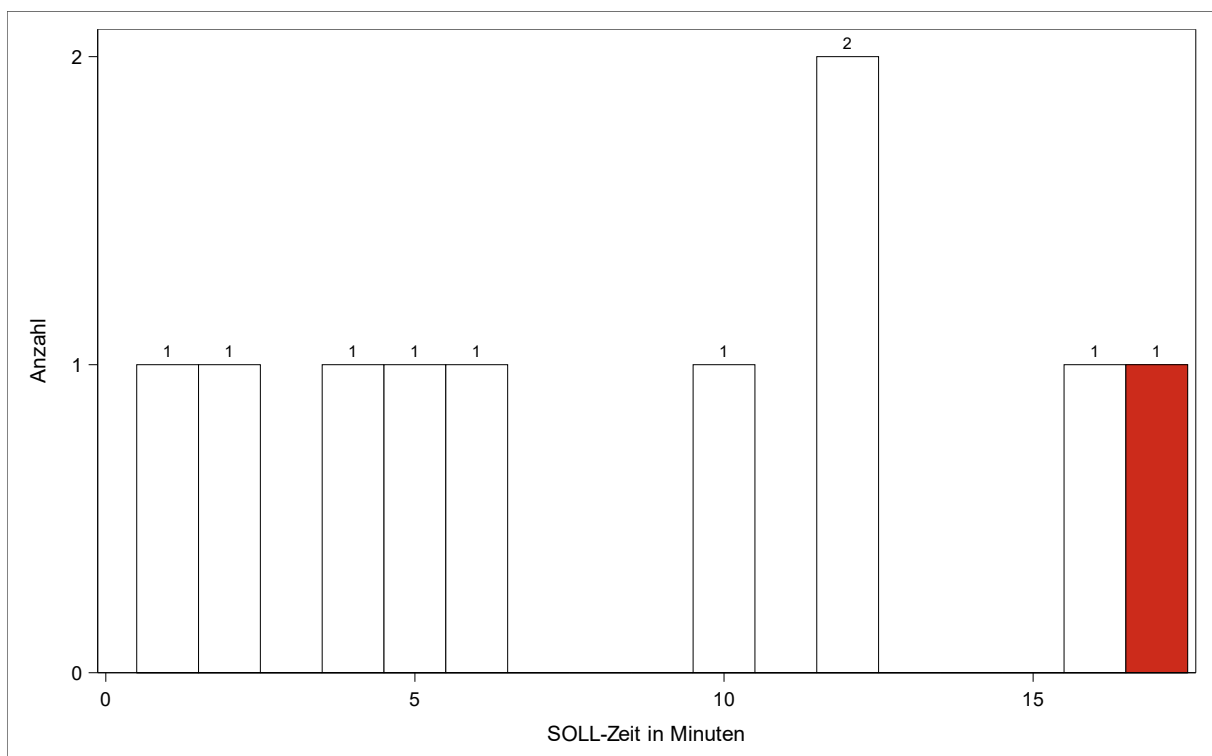


Indirekte Pflege

2.4 Alltagsgestaltung: Musik

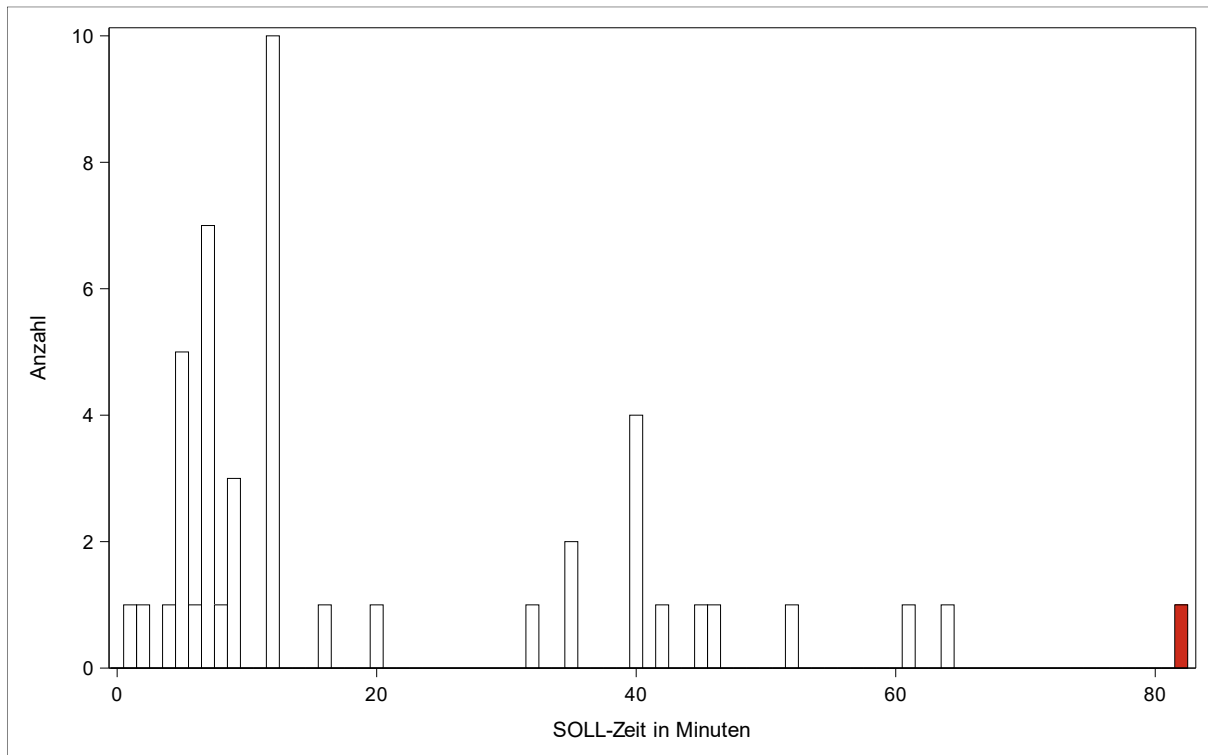


Direkte Pflege

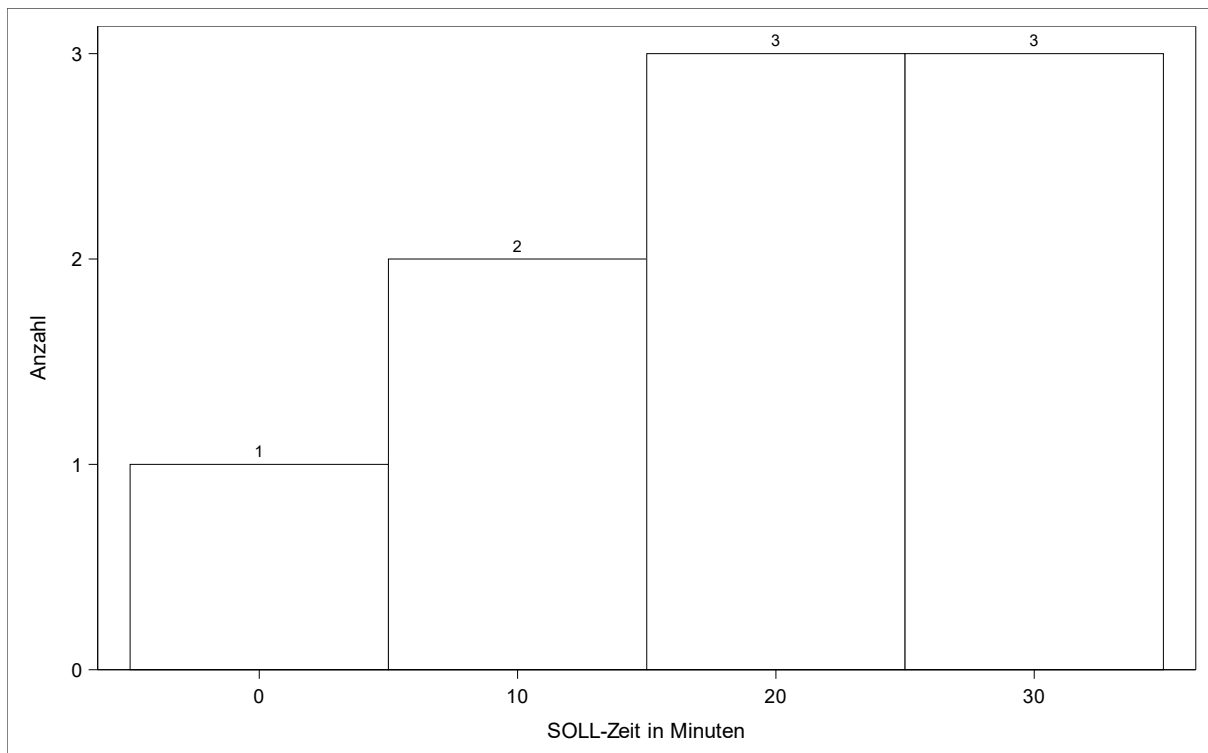


Indirekte Pflege

2.5 Alltagsgestaltung: Spielen

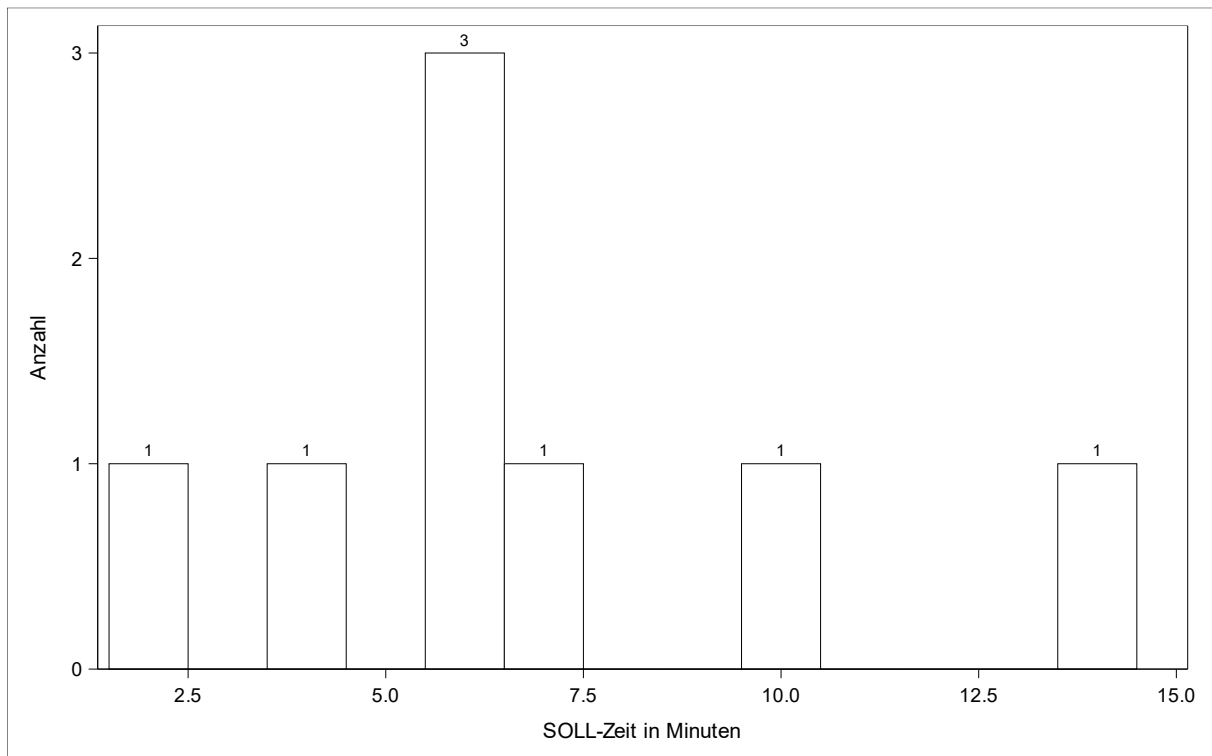


Direkte Pflege



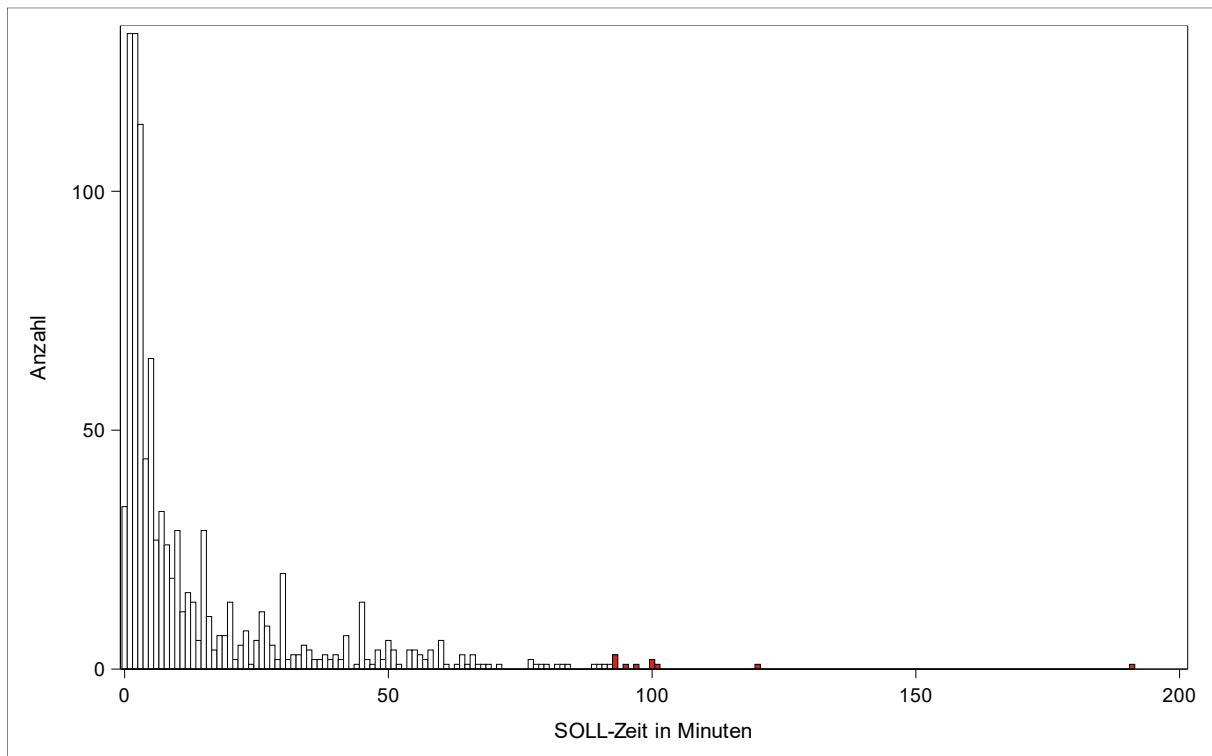
Indirekte Pflege

2.6 Alltagsgestaltung: Tiere

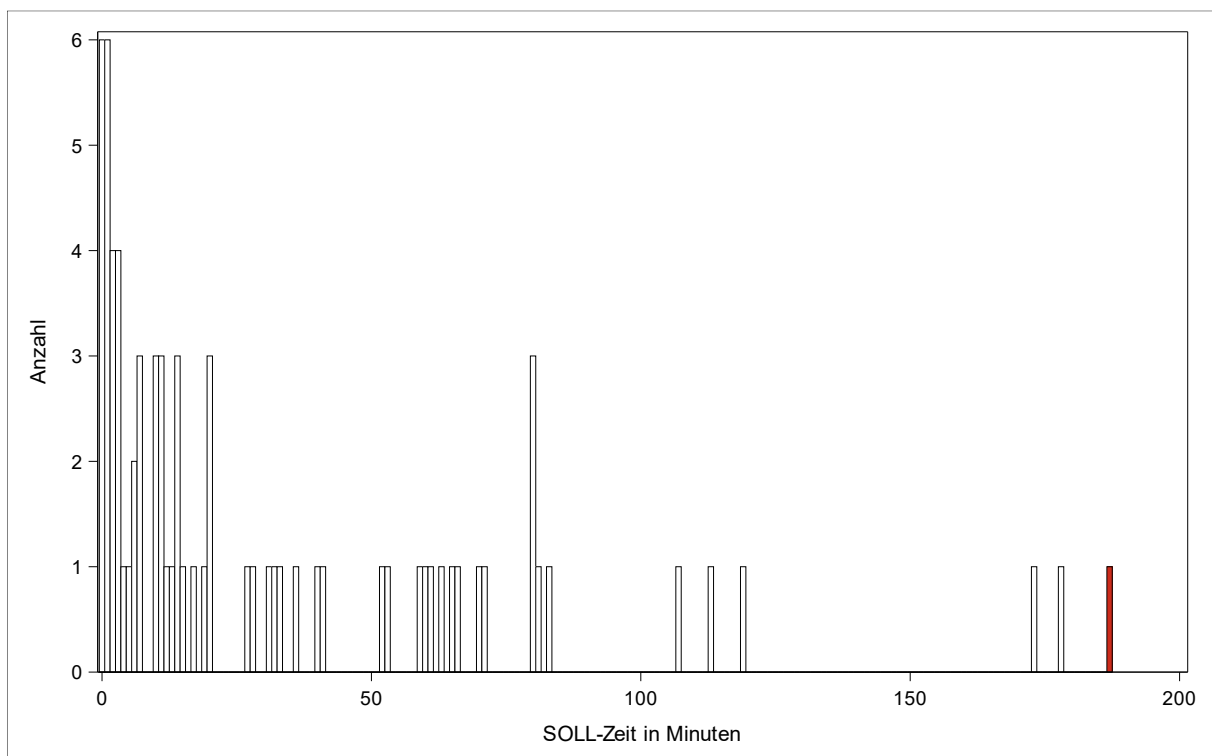


Direkte Pflege

2.7 Alltagsgestaltung: sonstige Themenfelder

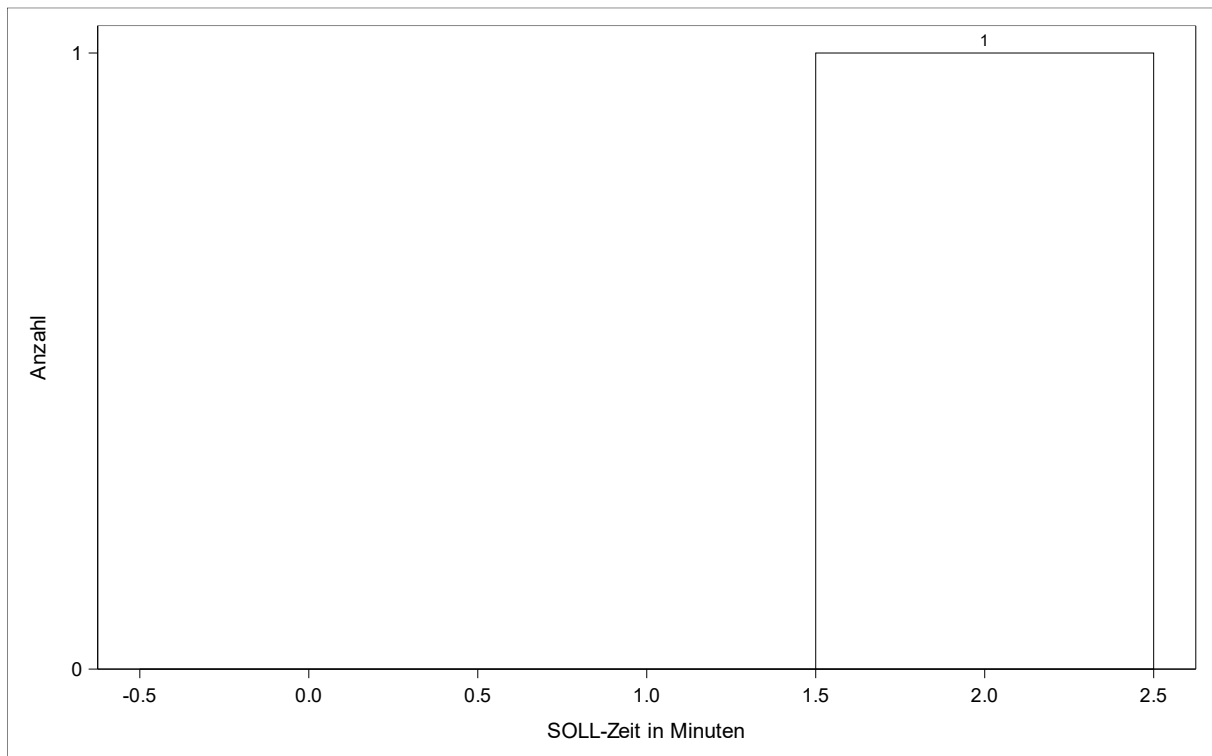


Direkte Pflege

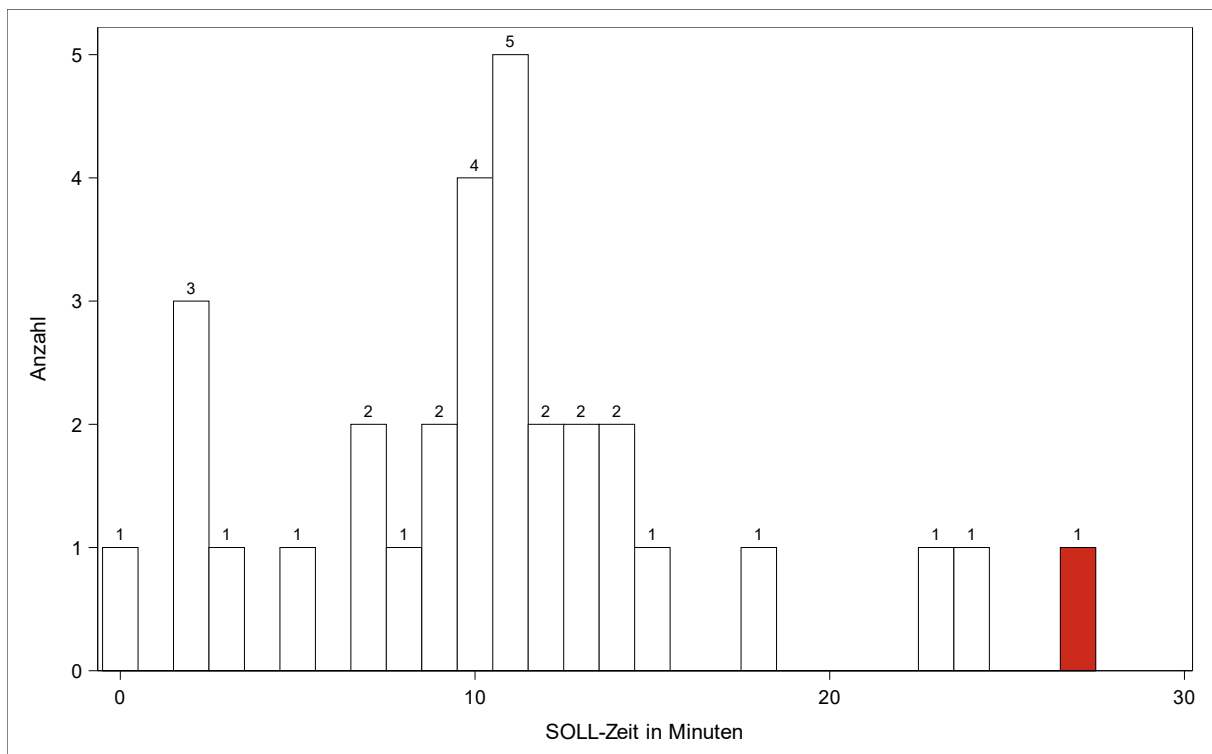


Indirekte Pflege

2.8 Alltagsgestaltung: Planung

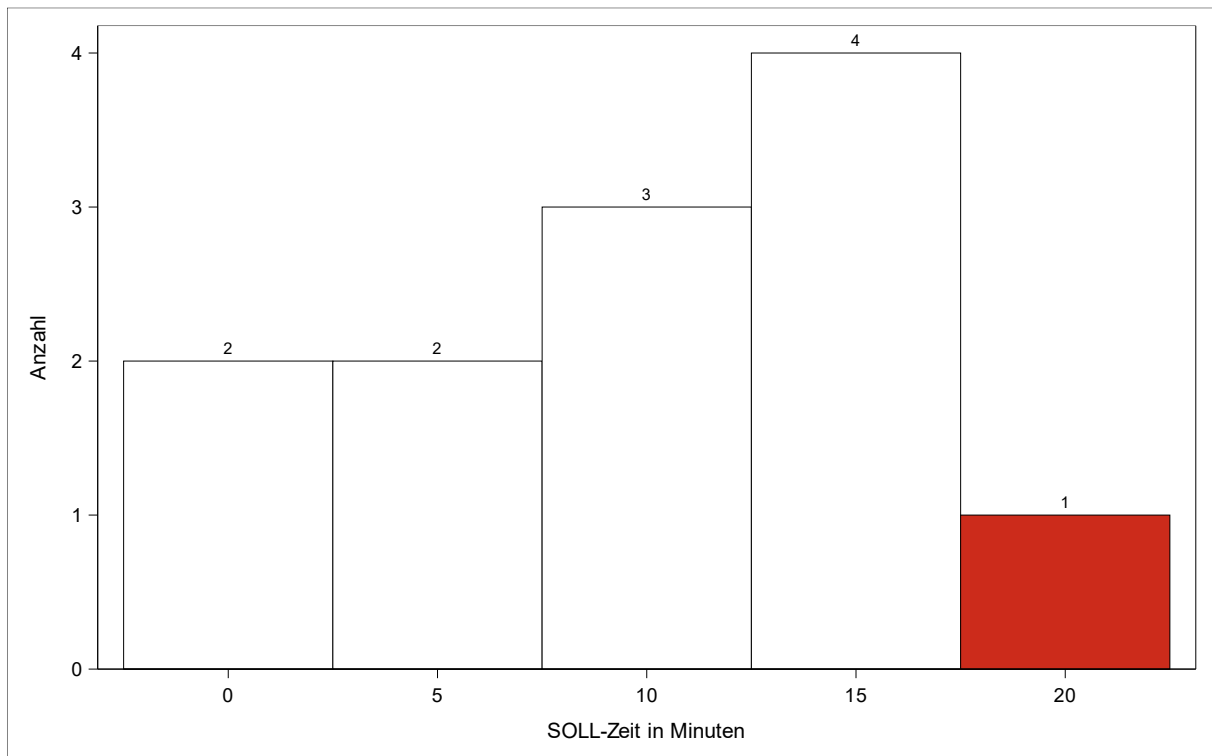


Direkte Pflege

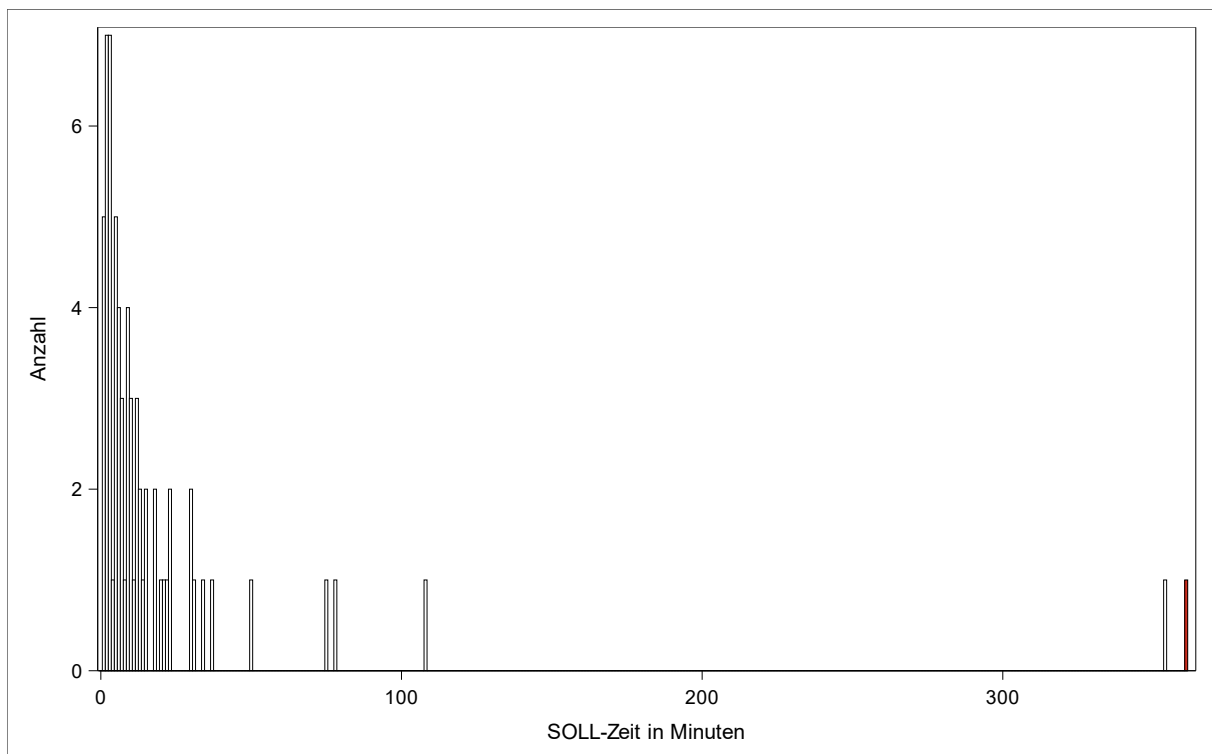


Indirekte Pflege

2.9 Alltagsgestaltung: Vorbereitung

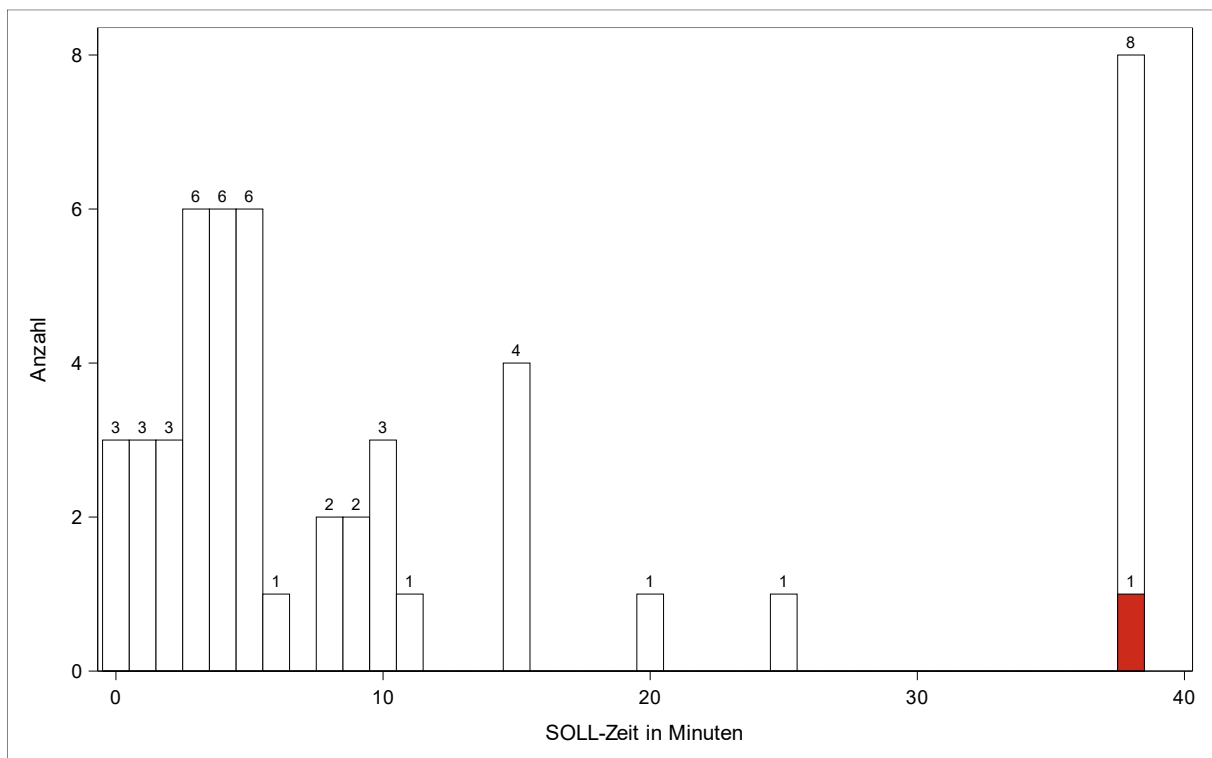


Direkte Pflege



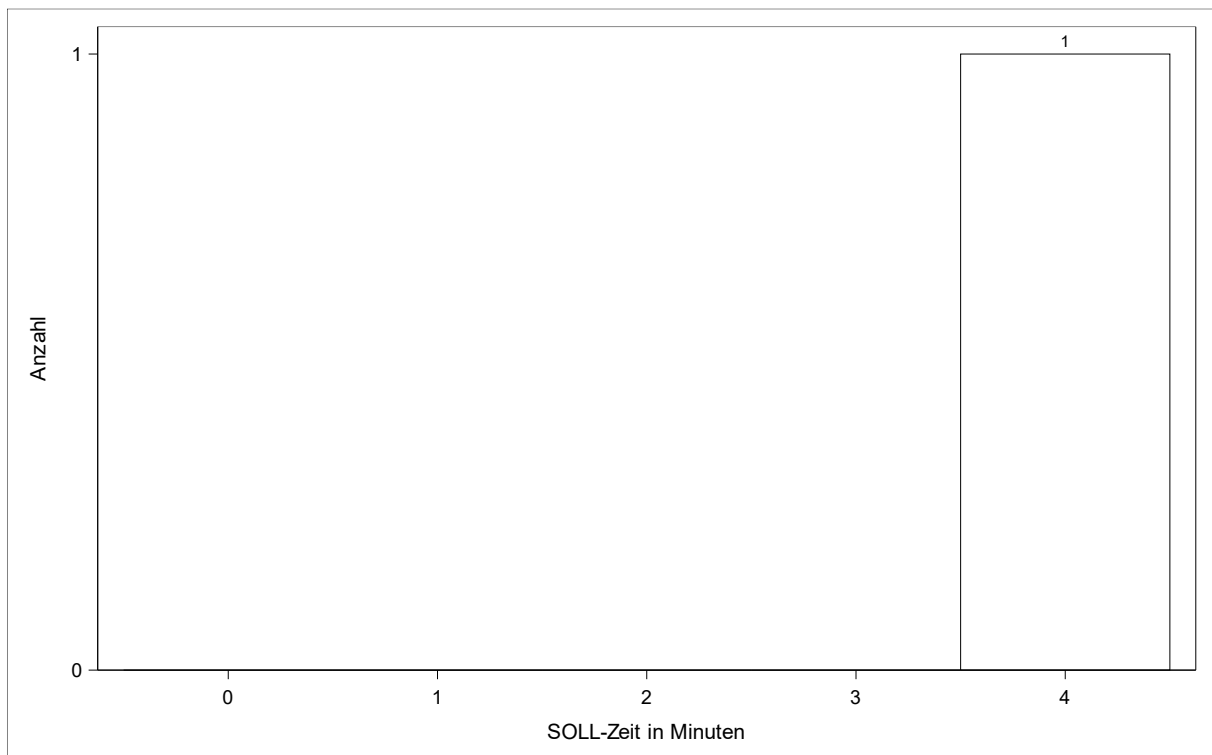
Indirekte Pflege

2.10 Basale Stimulation



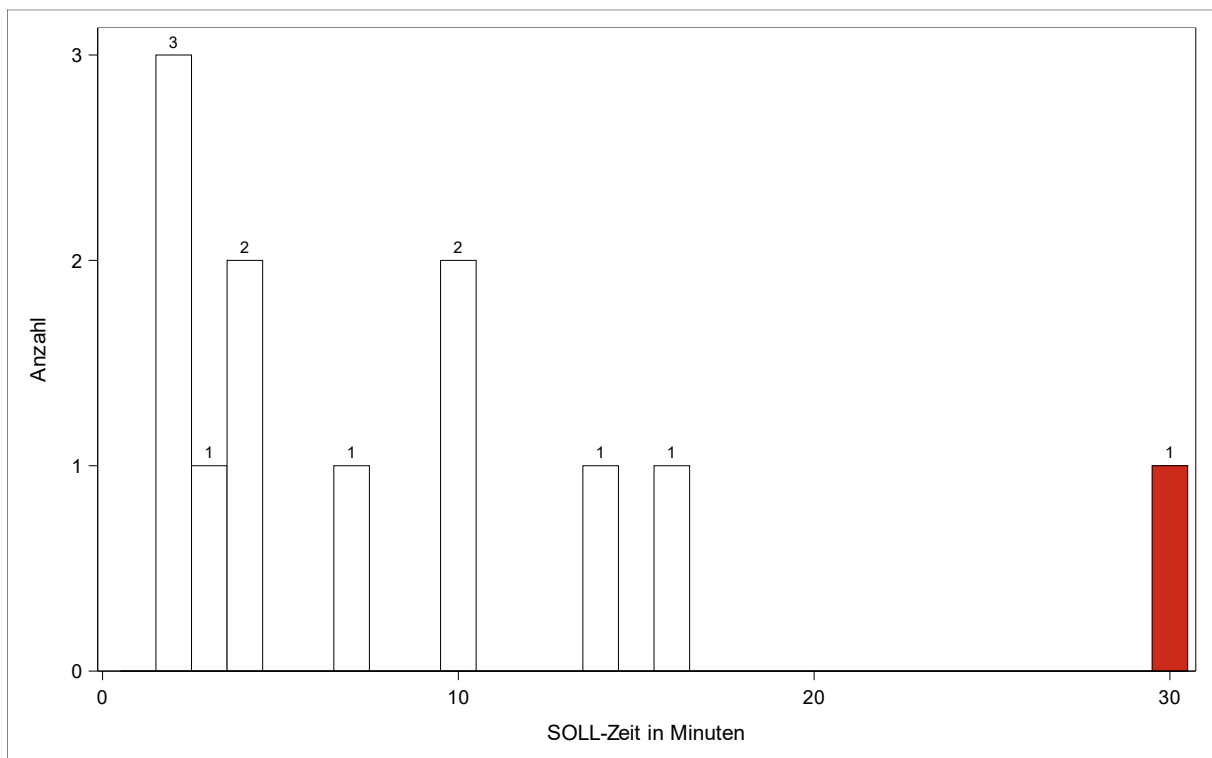
Direkte Pflege

2.11 Bettwache



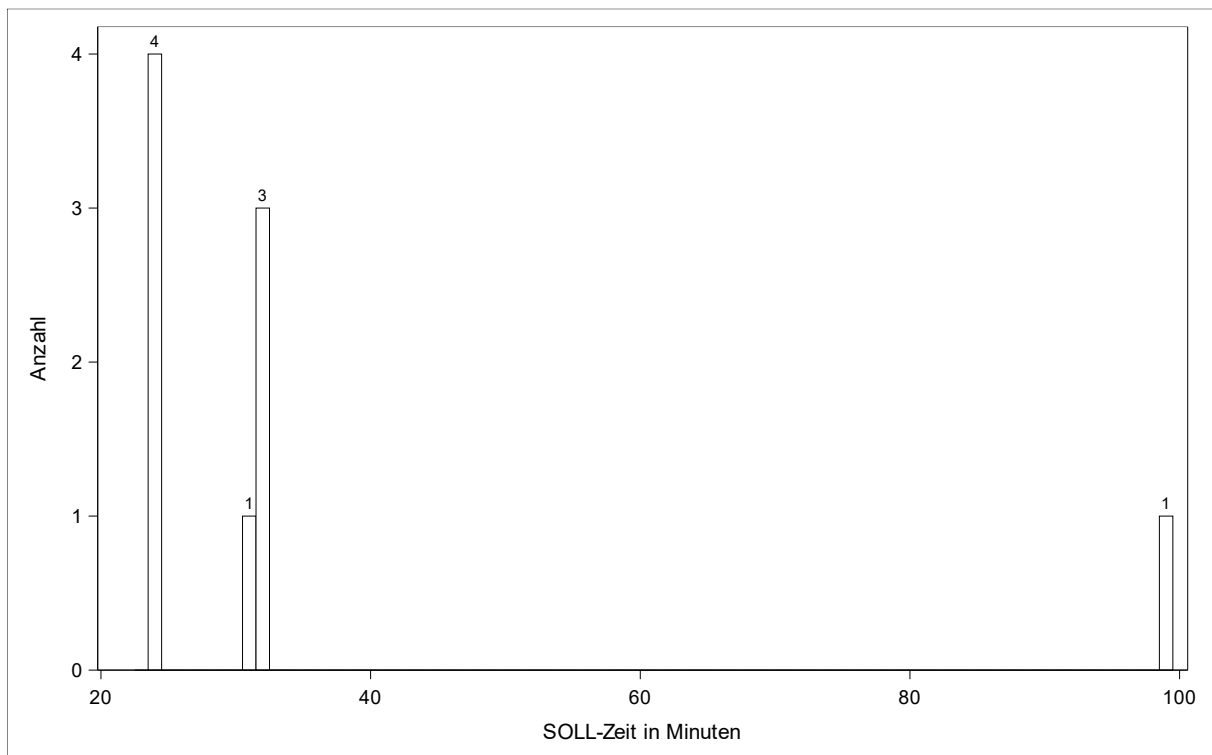
Direkte Pflege

2.12 Biographiearbeit



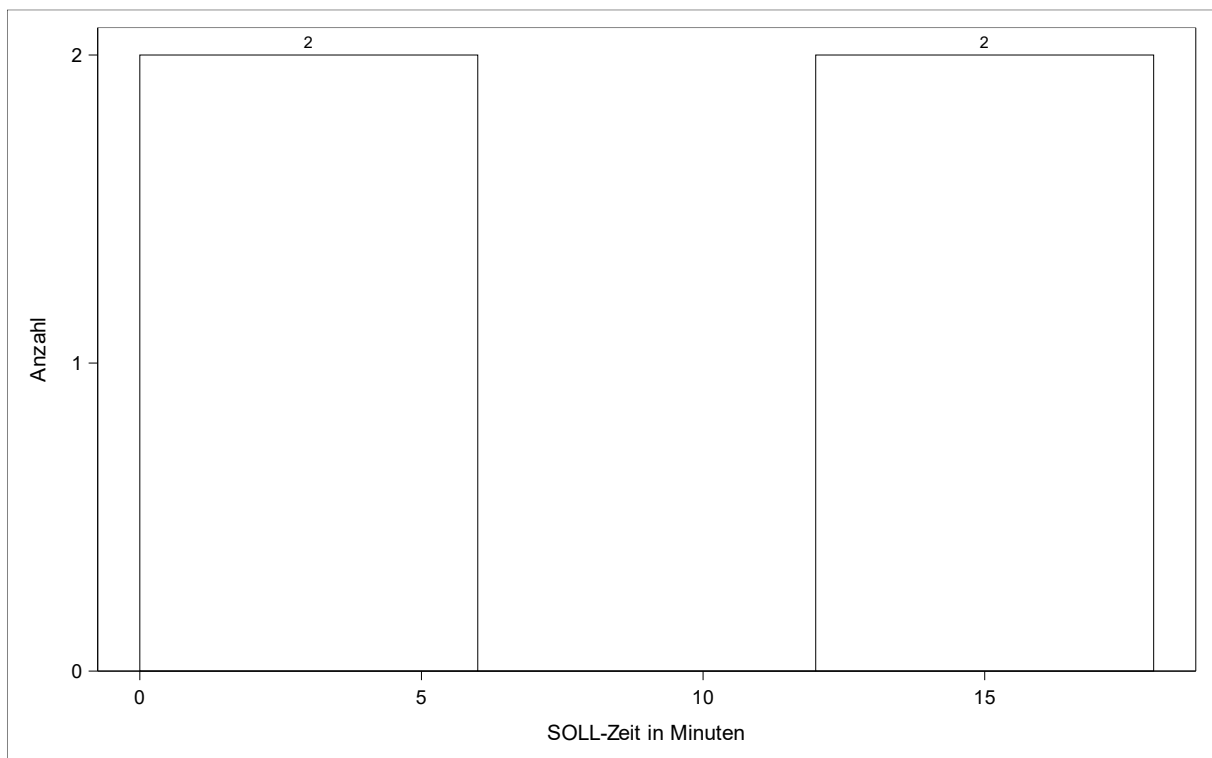
Direkte Pflege

2.13 Einkaufsfahrt



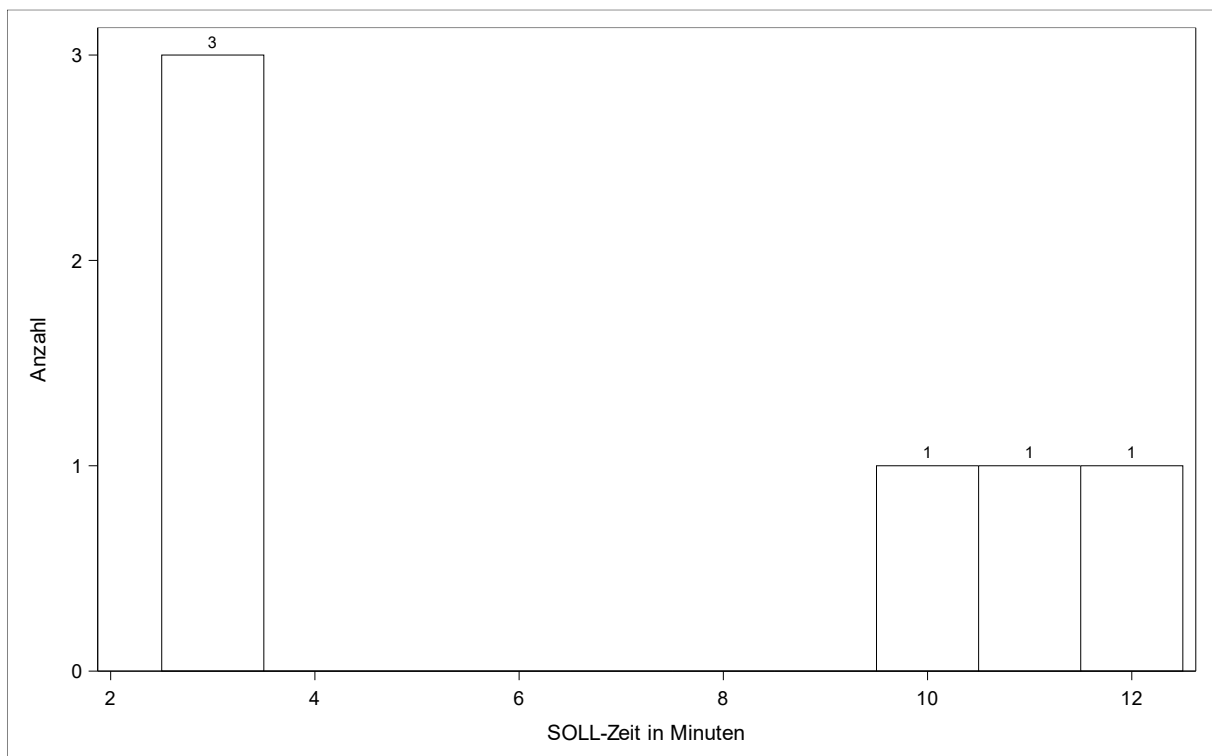
Direkte Pflege

2.14 Snoezelen



Direkte Pflege

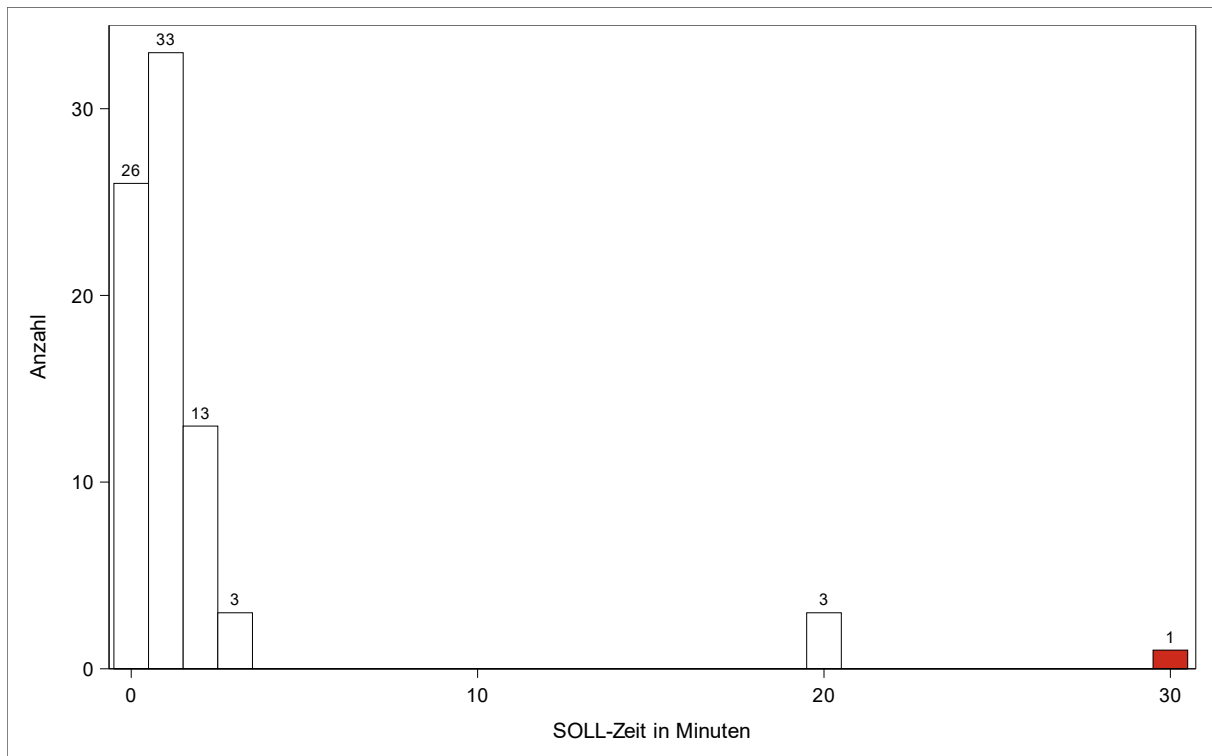
2.15 Spirituelle Unterstützung



Direkte Pflege

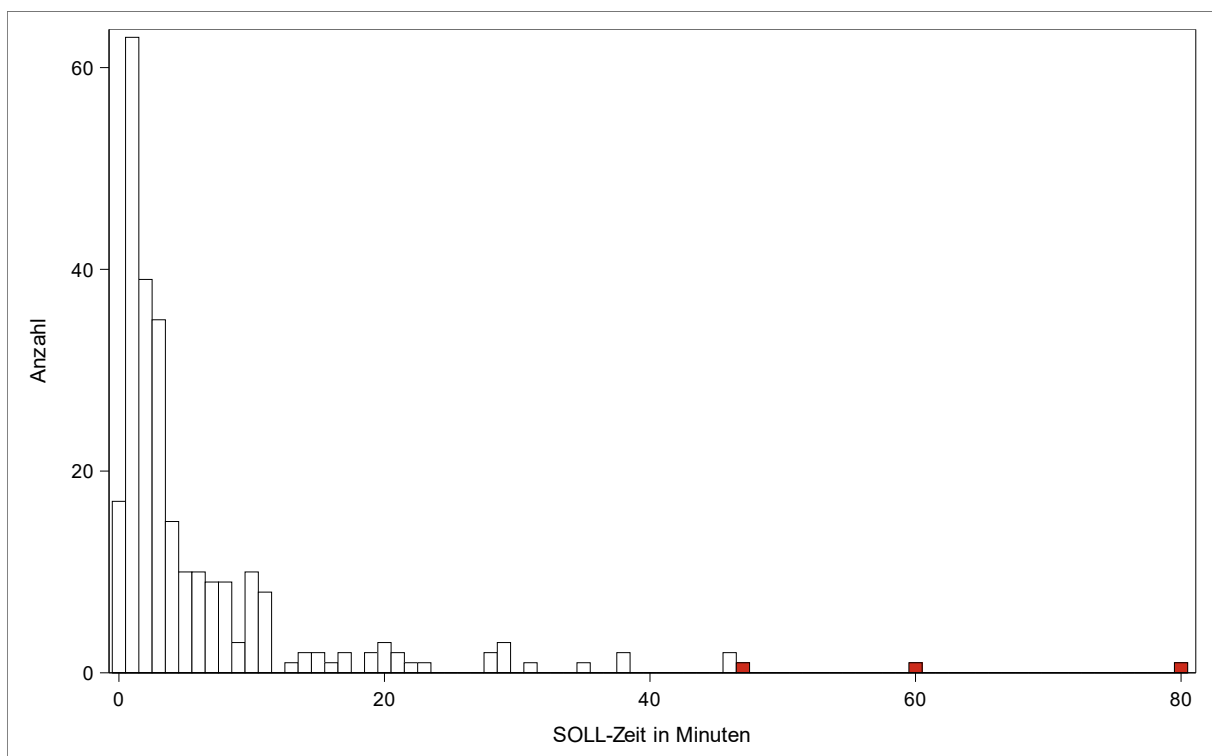
3.1 Isolation

3.2 Körpernahe Fixierung



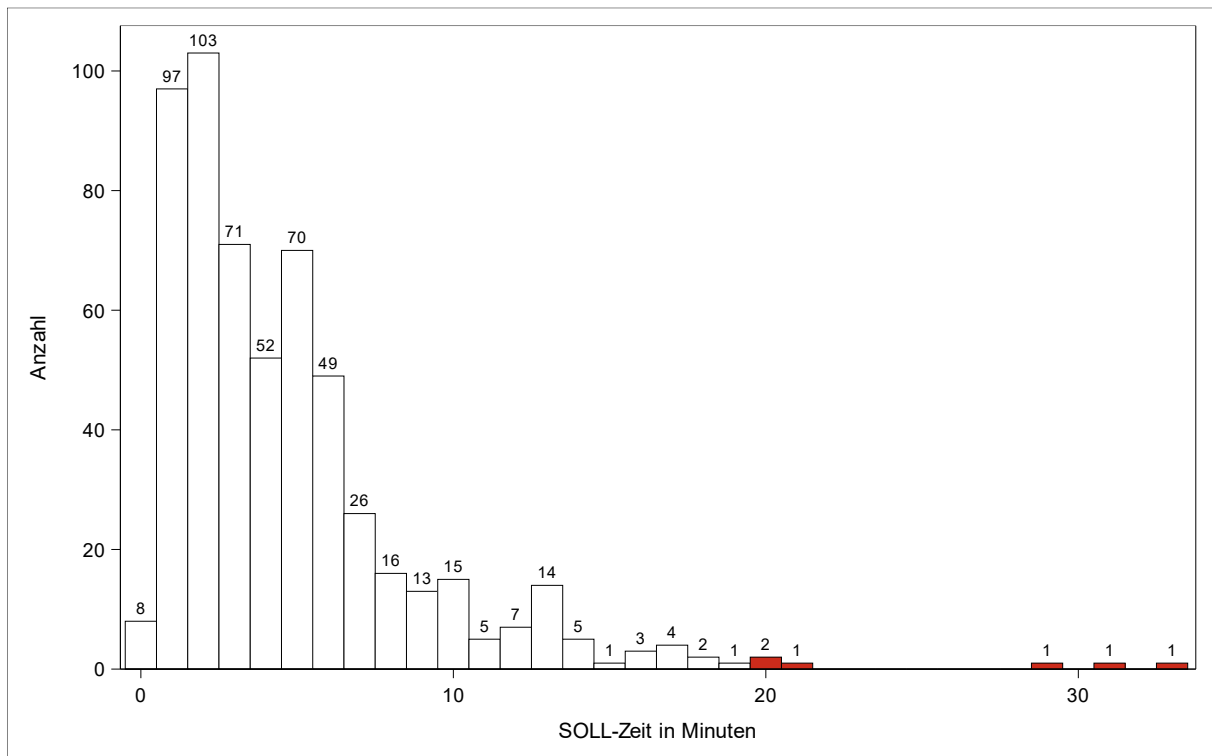
Direkte Pflege

3.3 Verhaltens- und umgebungsbezogene Interventionen



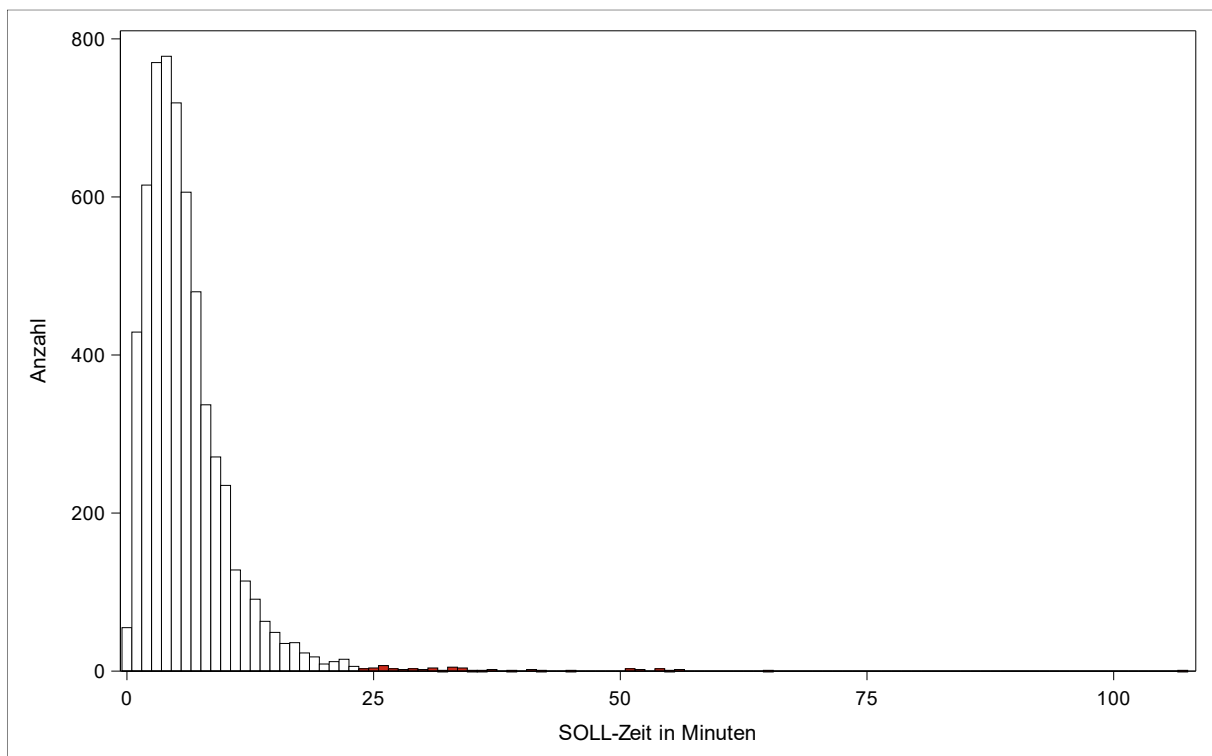
Direkte Pflege

4.1 An- und Auskleiden



Direkte Pflege

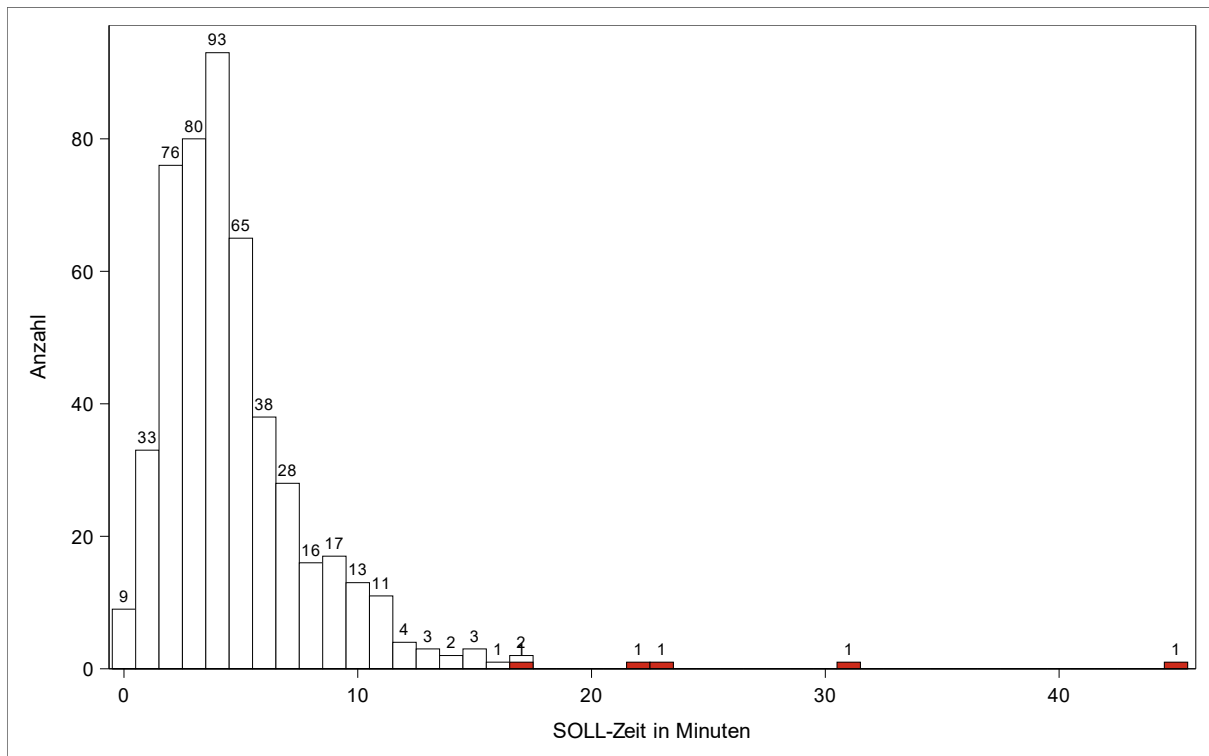
4.2 Ausscheidungsmanagement



Direkte Pflege

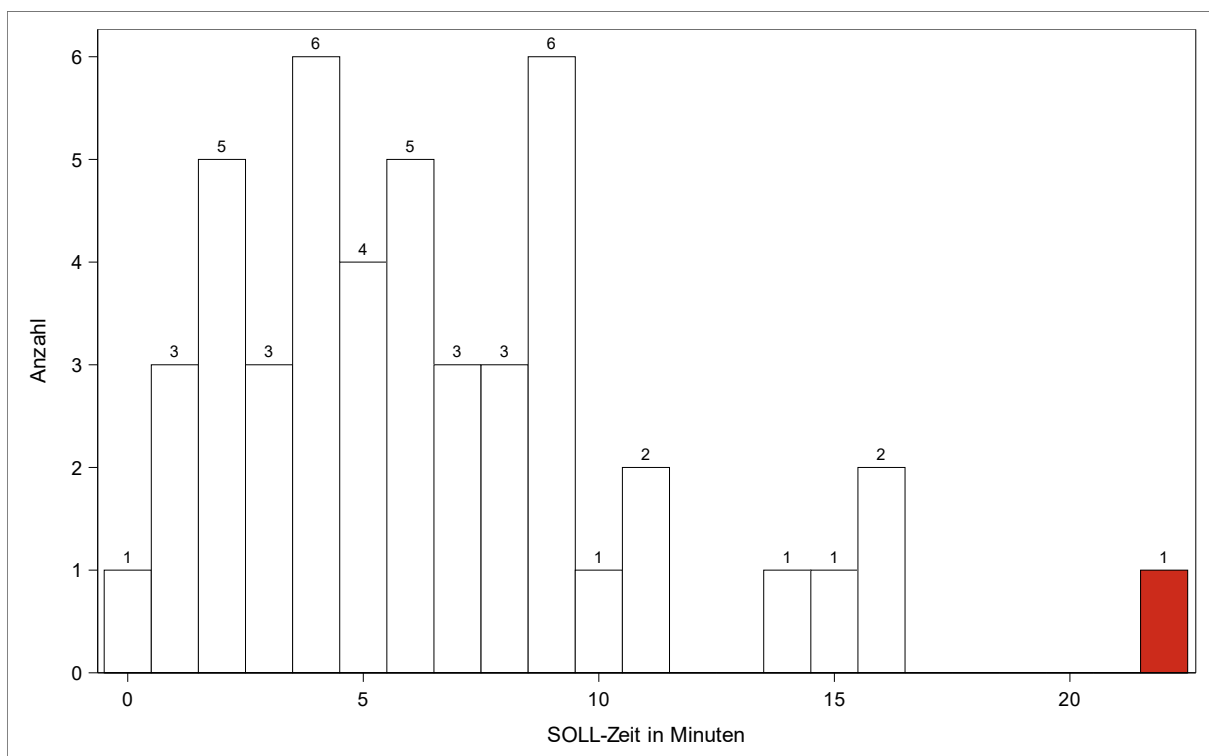
4.3 Beckenbodentraining

4.4 Enterale Ernährung



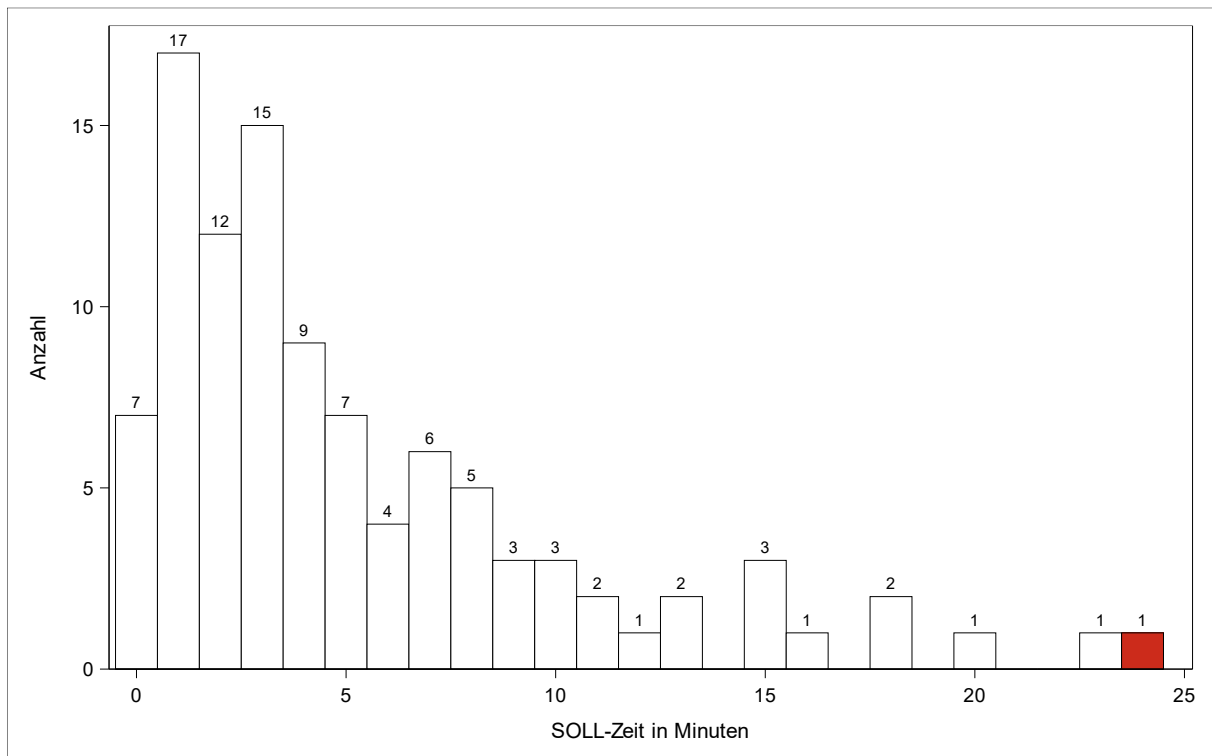
Direkte Pflege

4.5 Emesismanagement



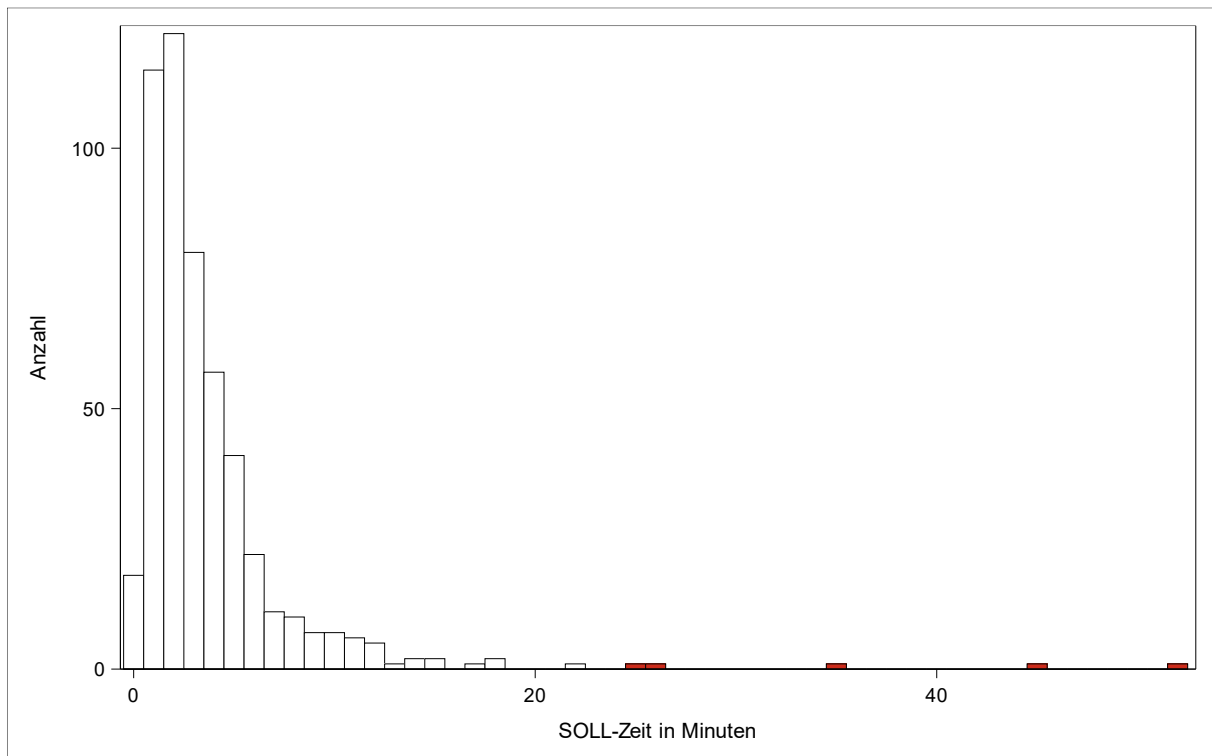
Direkte Pflege

4.6 Haarpflege

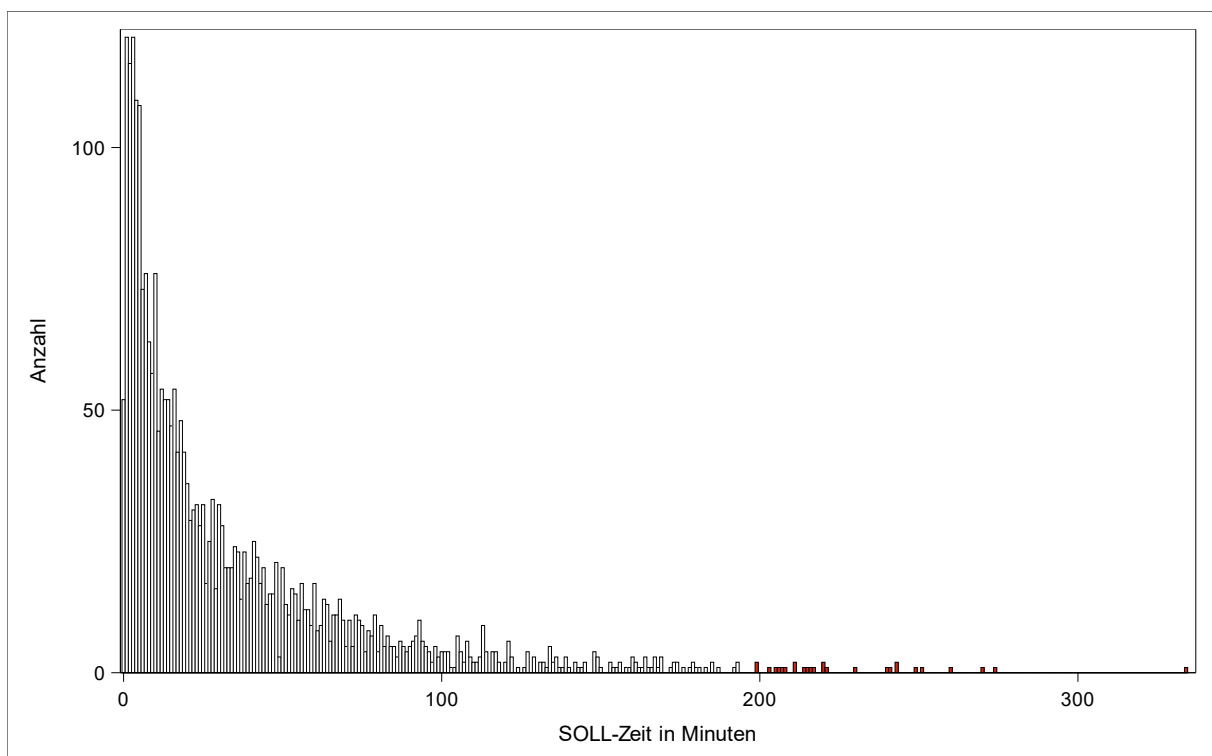


Direkte Pflege

4.7 Hauswirtschaftliche Unterstützung

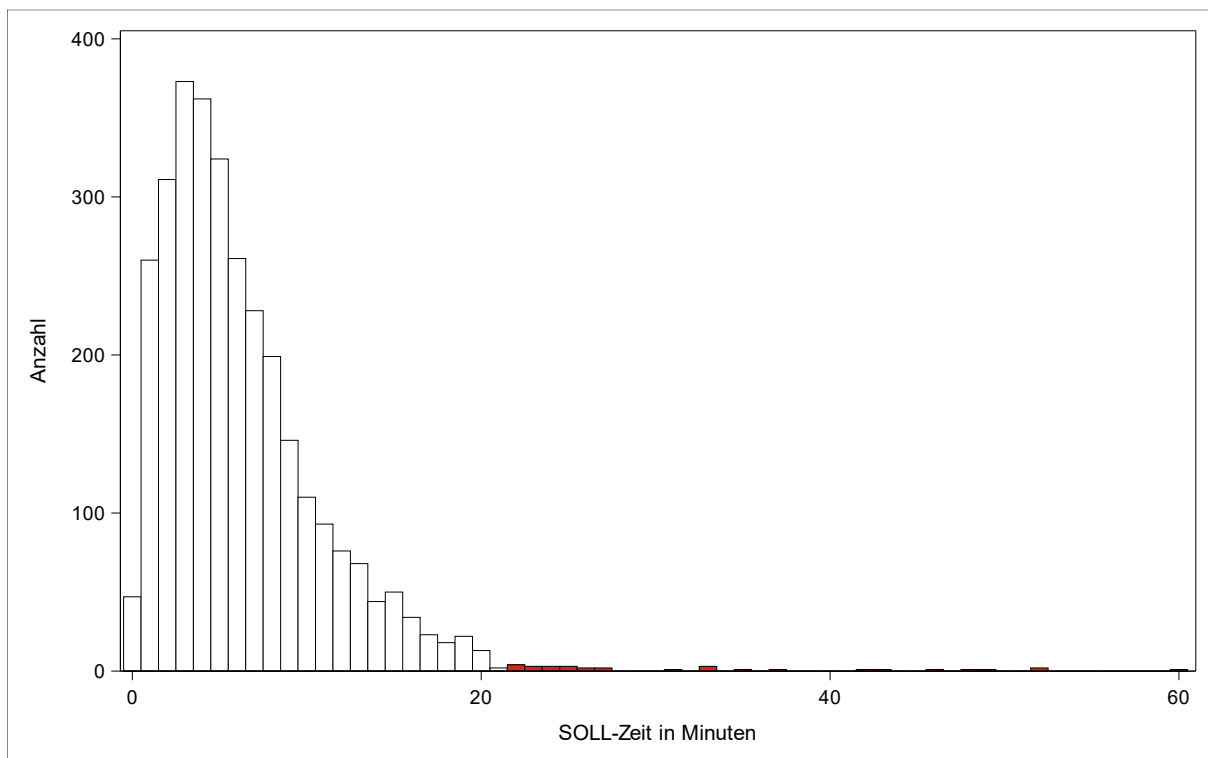


Direkte Pflege



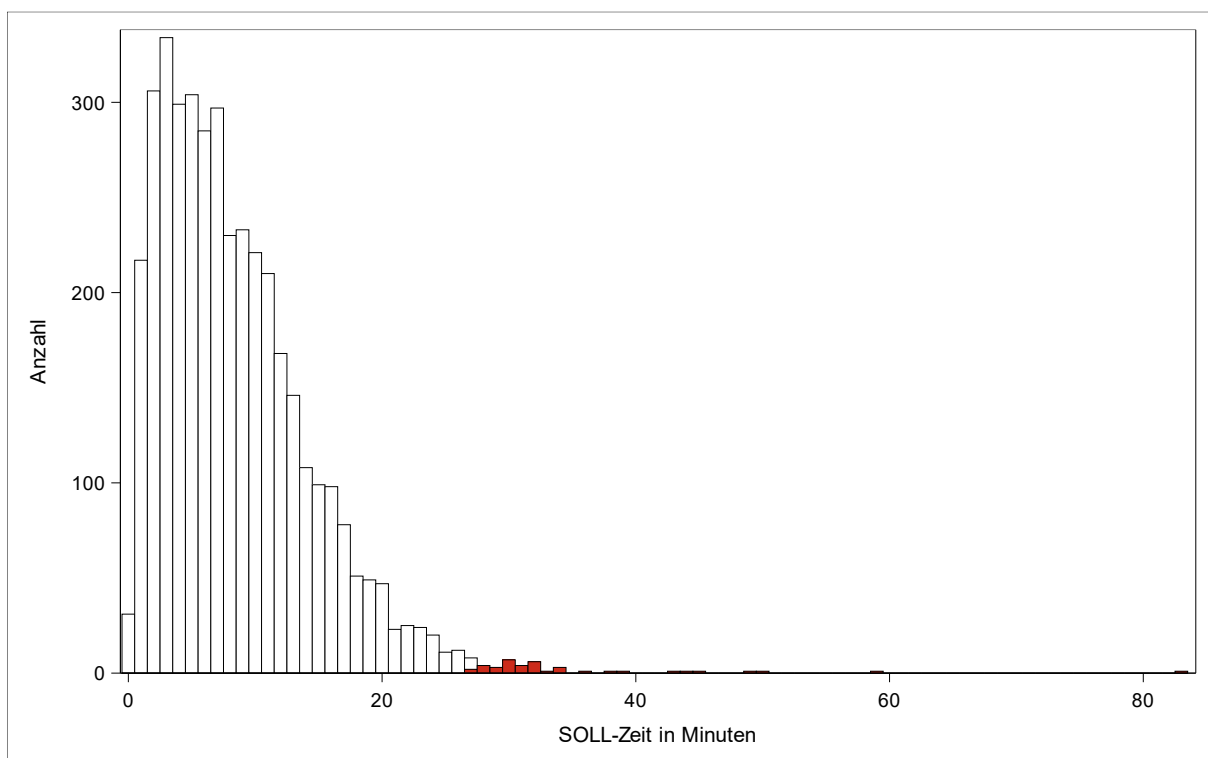
Indirekte Pflege

4.8 Hilfe beim Aufstehen



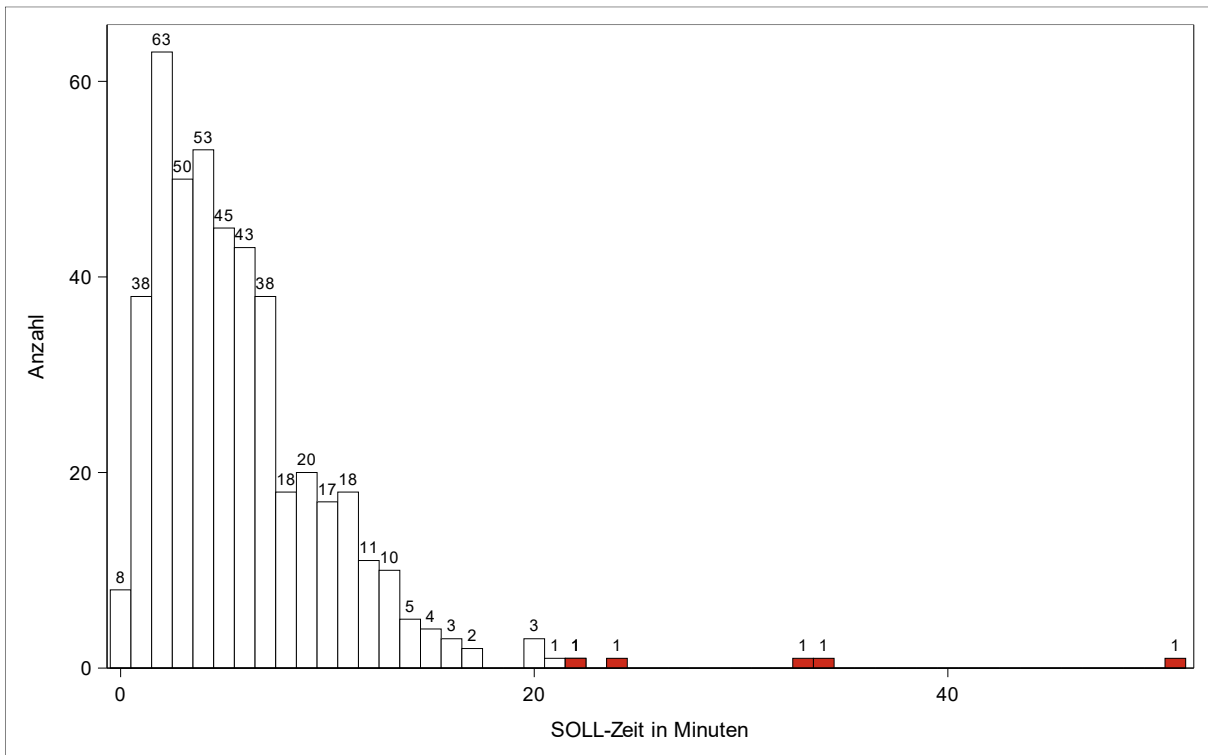
Direkte Pflege

4.9 Hilfe beim Zubettgehen



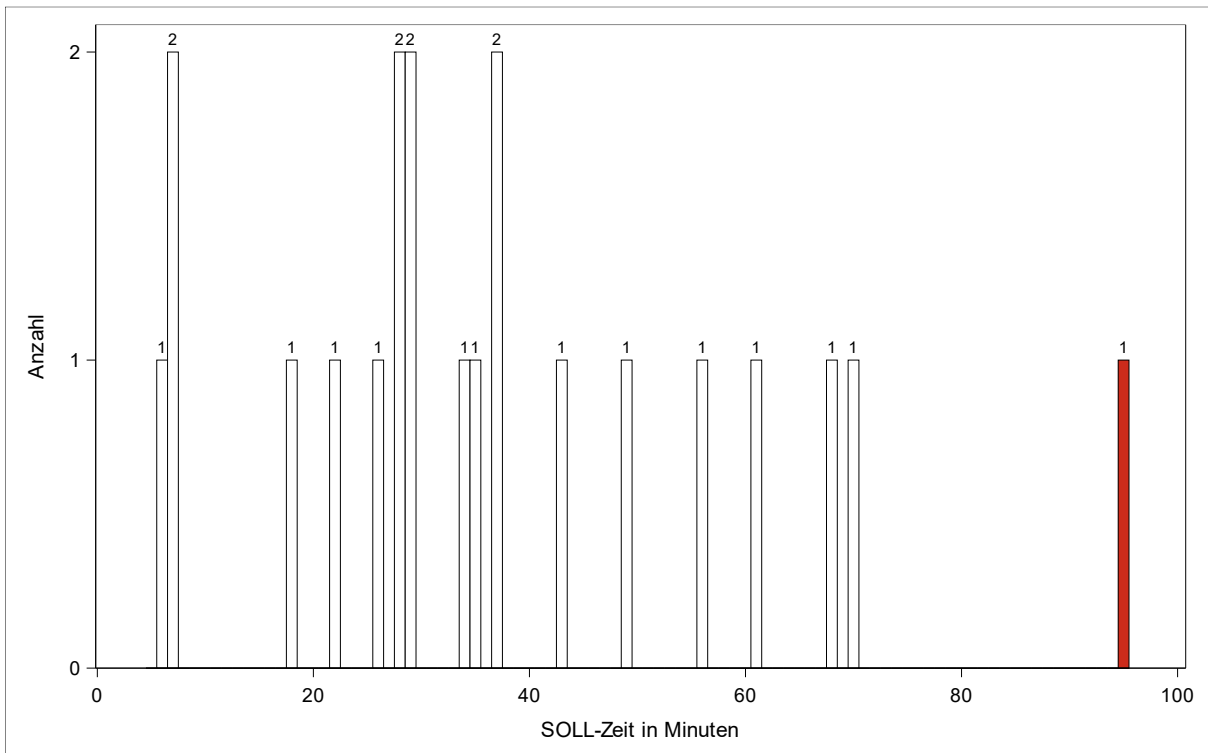
Direkte Pflege

4.10 Intimpflege



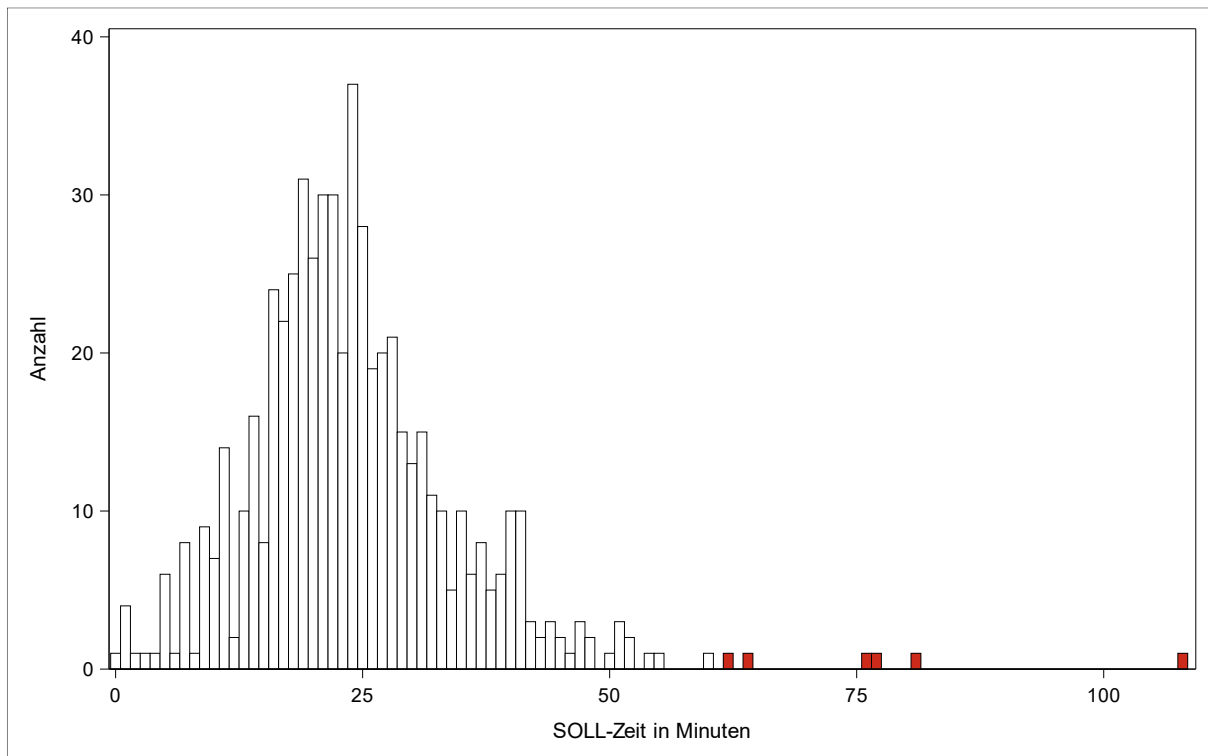
Direkte Pflege

4.11 Körperpflege: Baden



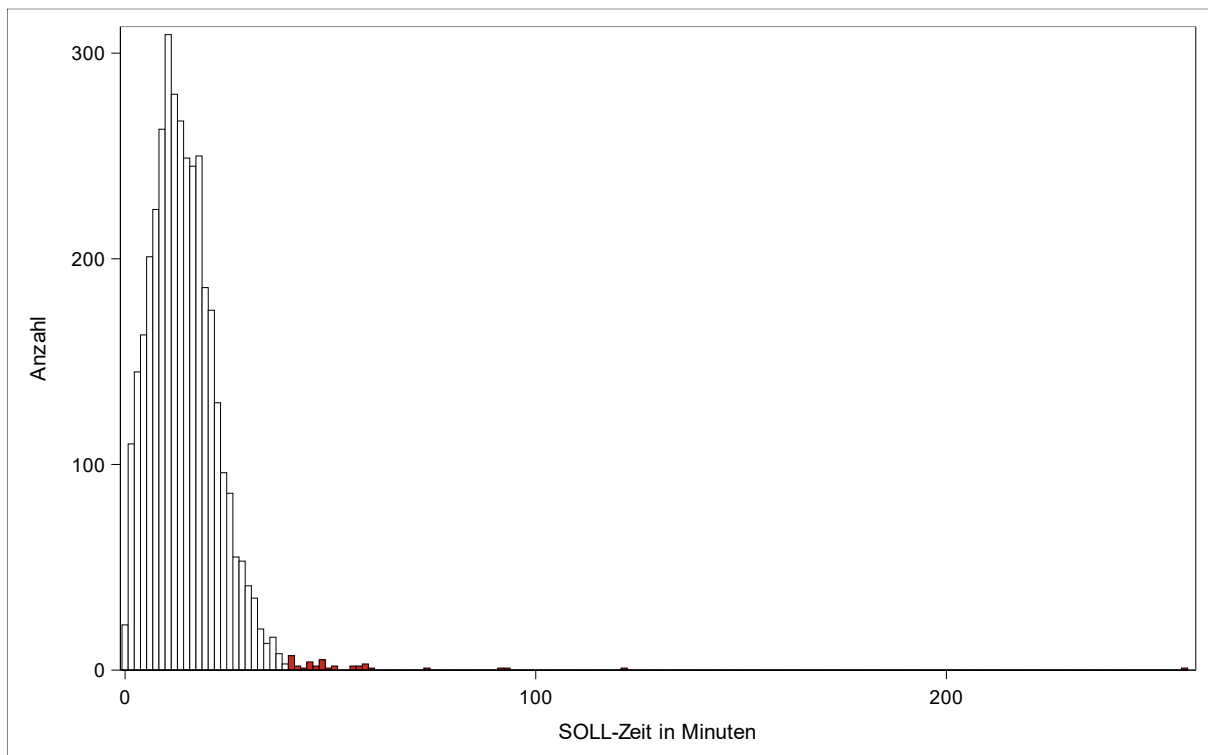
Direkte Pflege

4.12 Körperpflege: Duschen



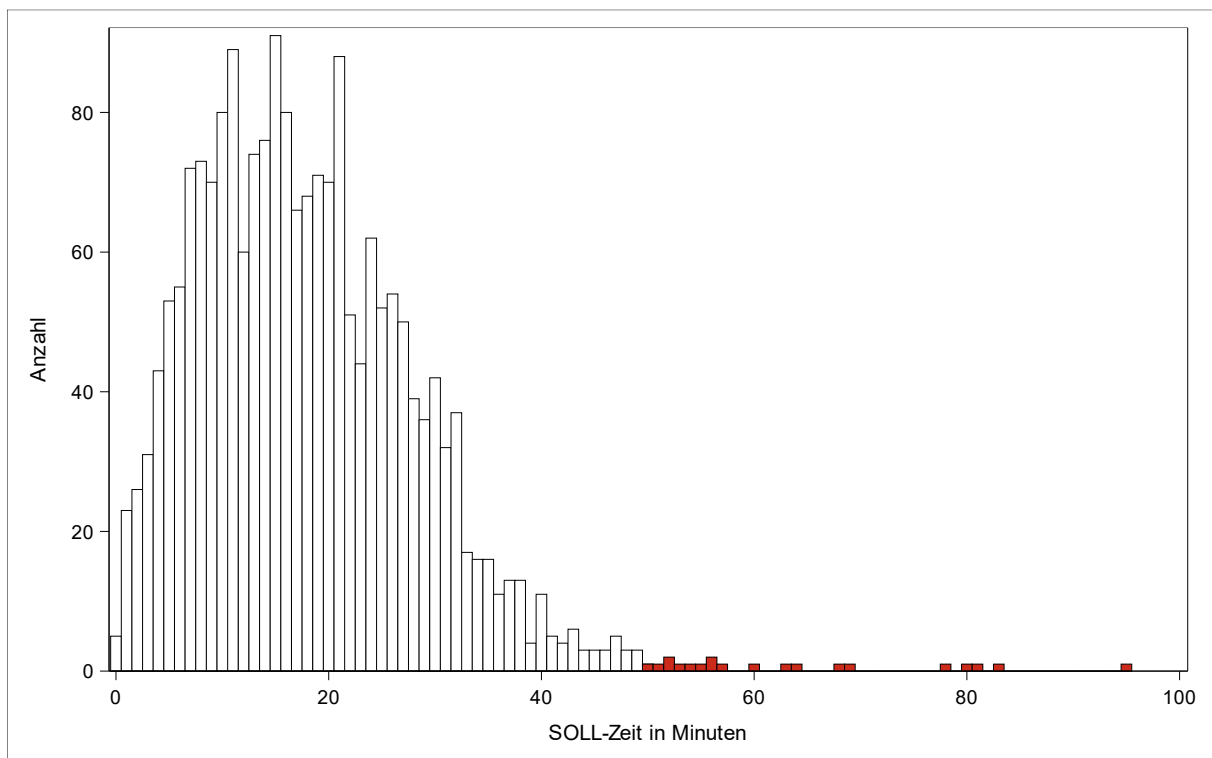
Direkte Pflege

4.13 Körperpflege: Waschen am Waschbecken



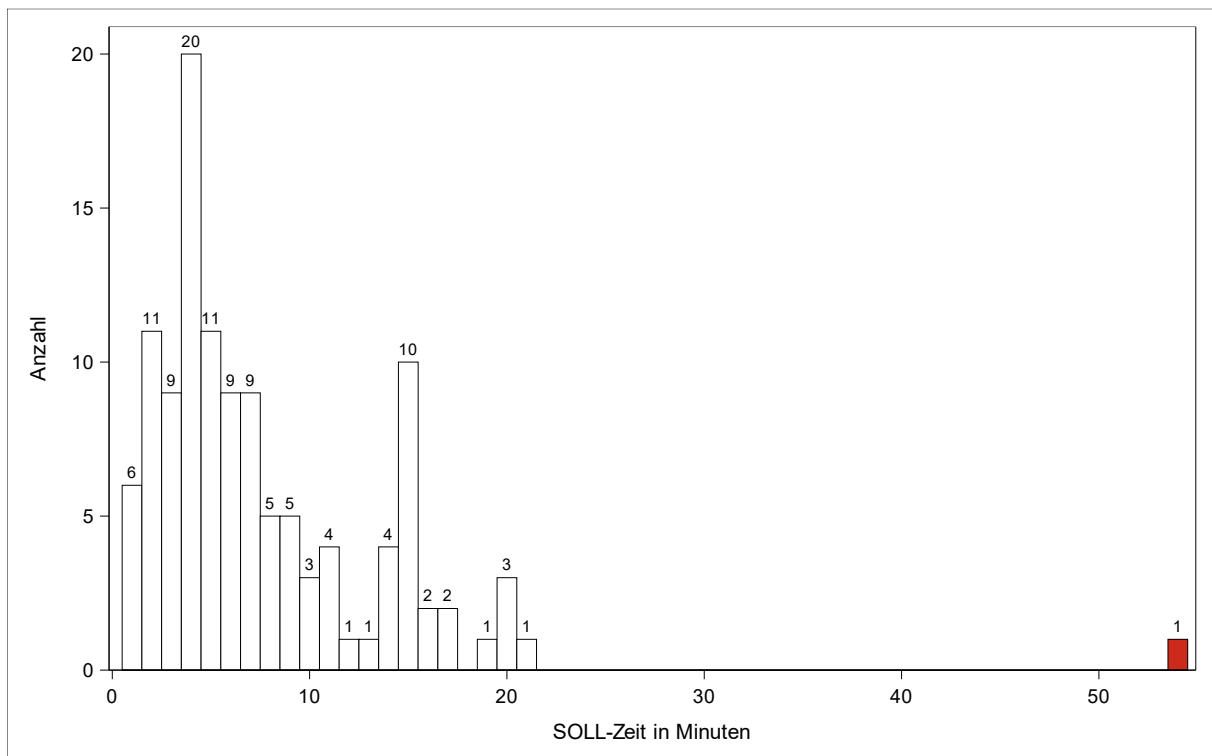
Direkte Pflege

4.13 Körperpflege: Waschen im Bett



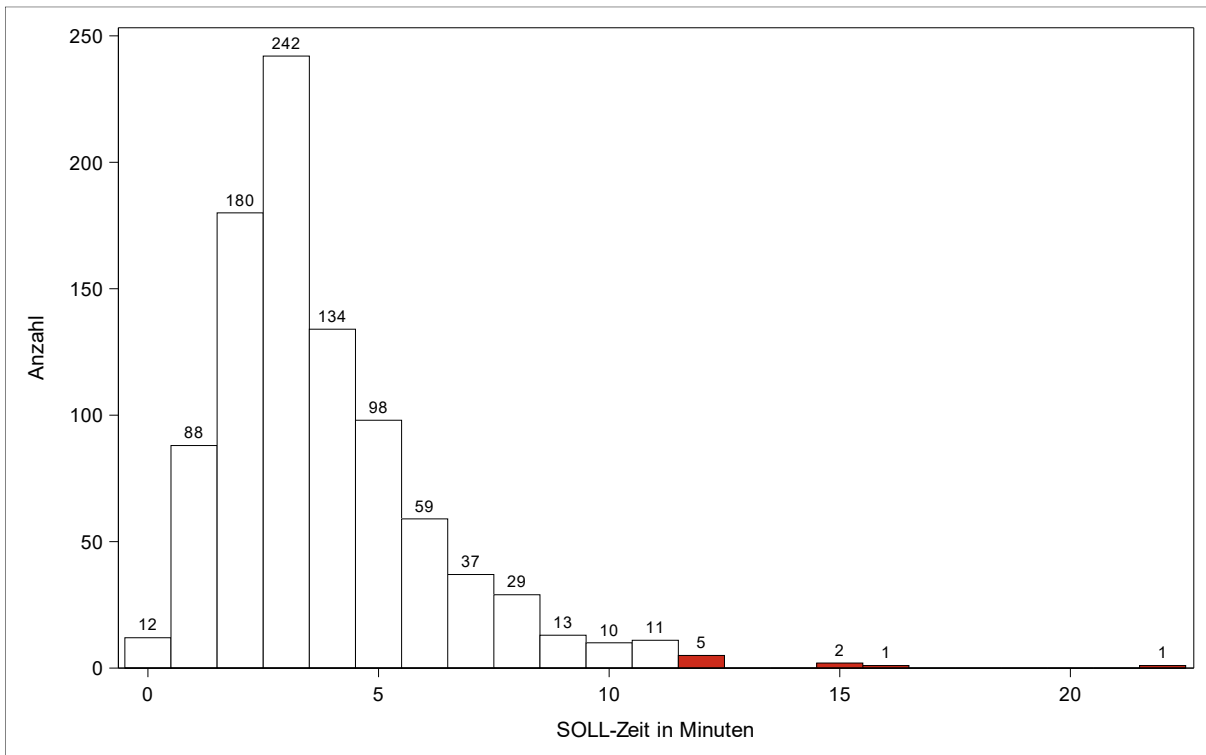
Direkte Pflege

4.14 Maniküre/Pediküre



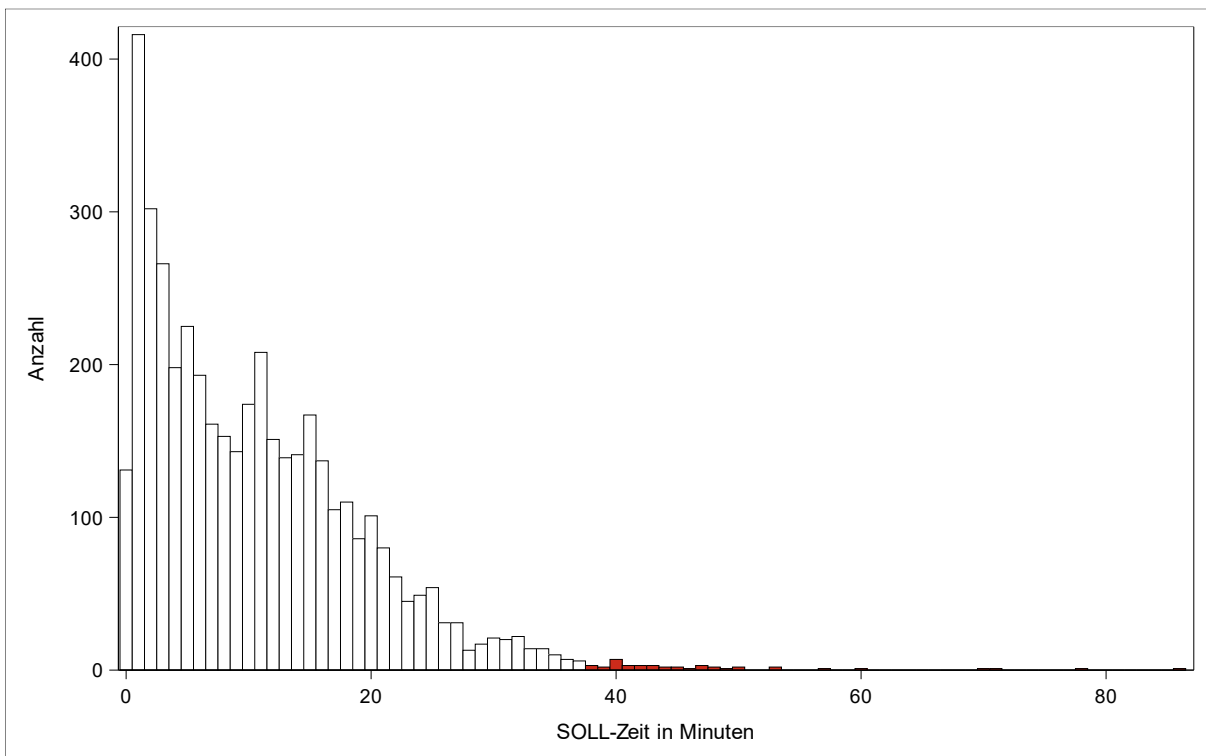
Direkte Pflege

4.15 Mund- und Zahnpflege



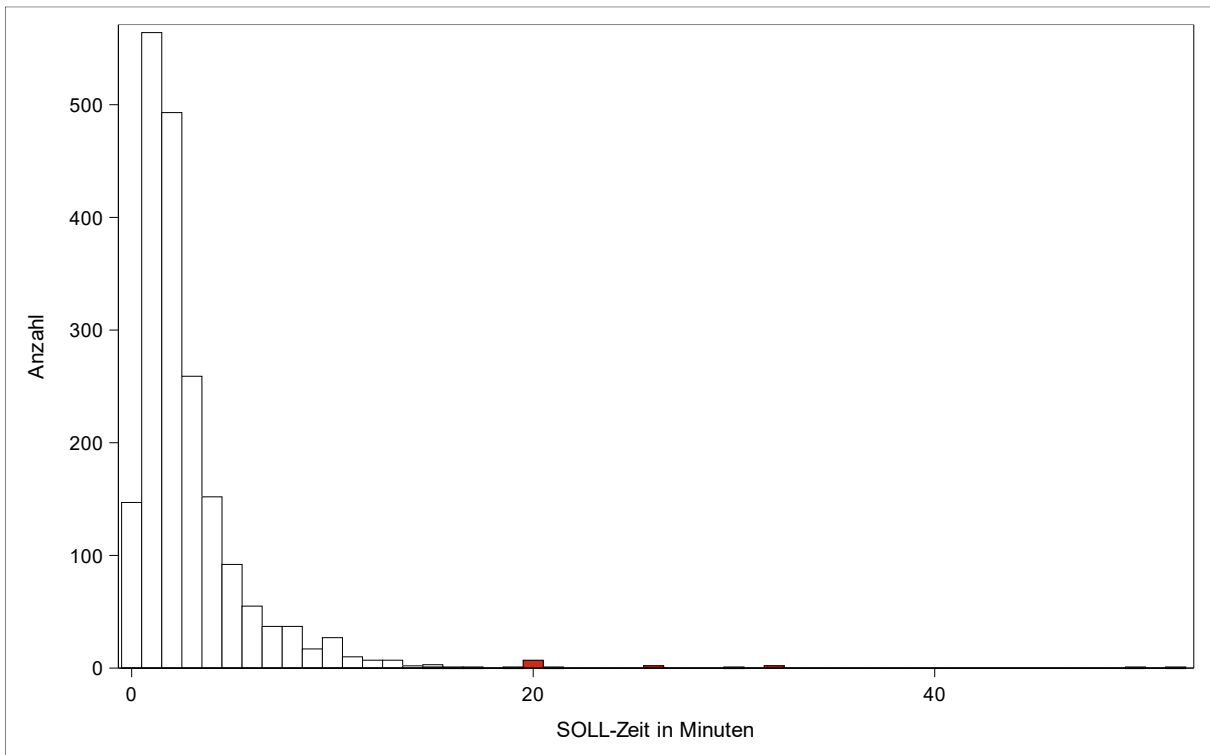
Direkte Pflege

4.16 Nahrungsaufnahme: Durchführung

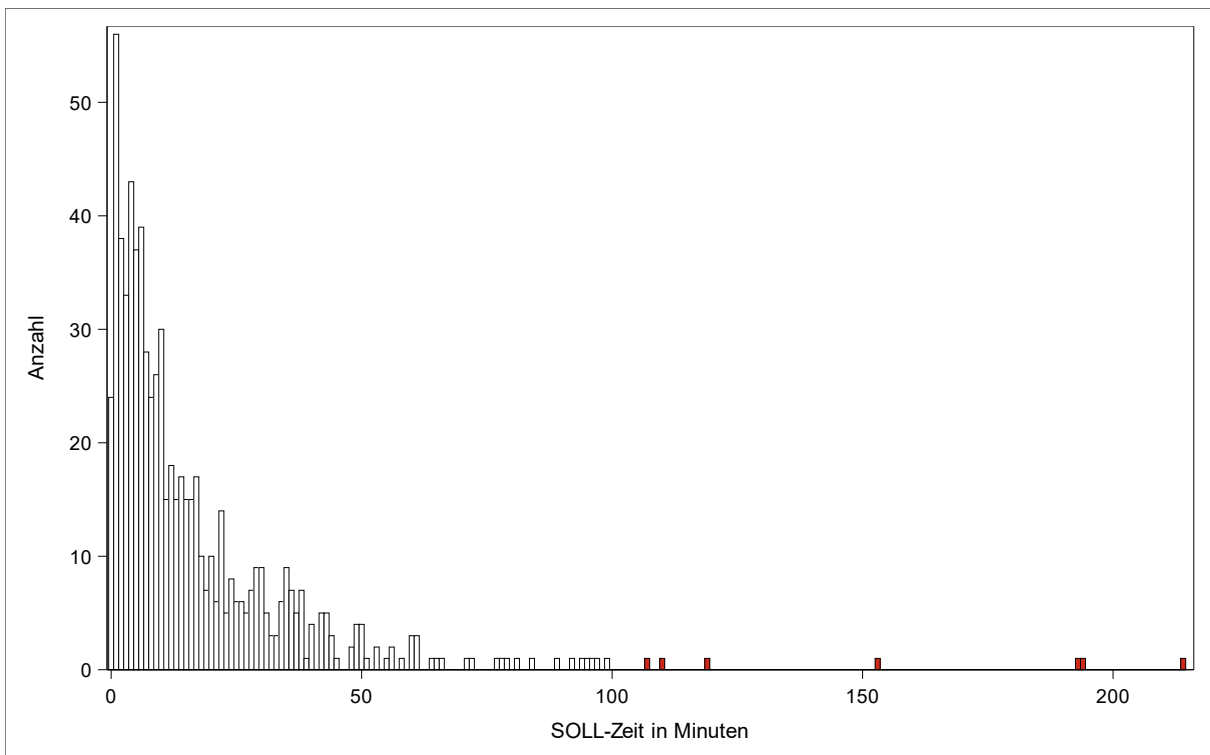


Direkte Pflege

4.17 Nahrungsaufnahme: Vorbereitung

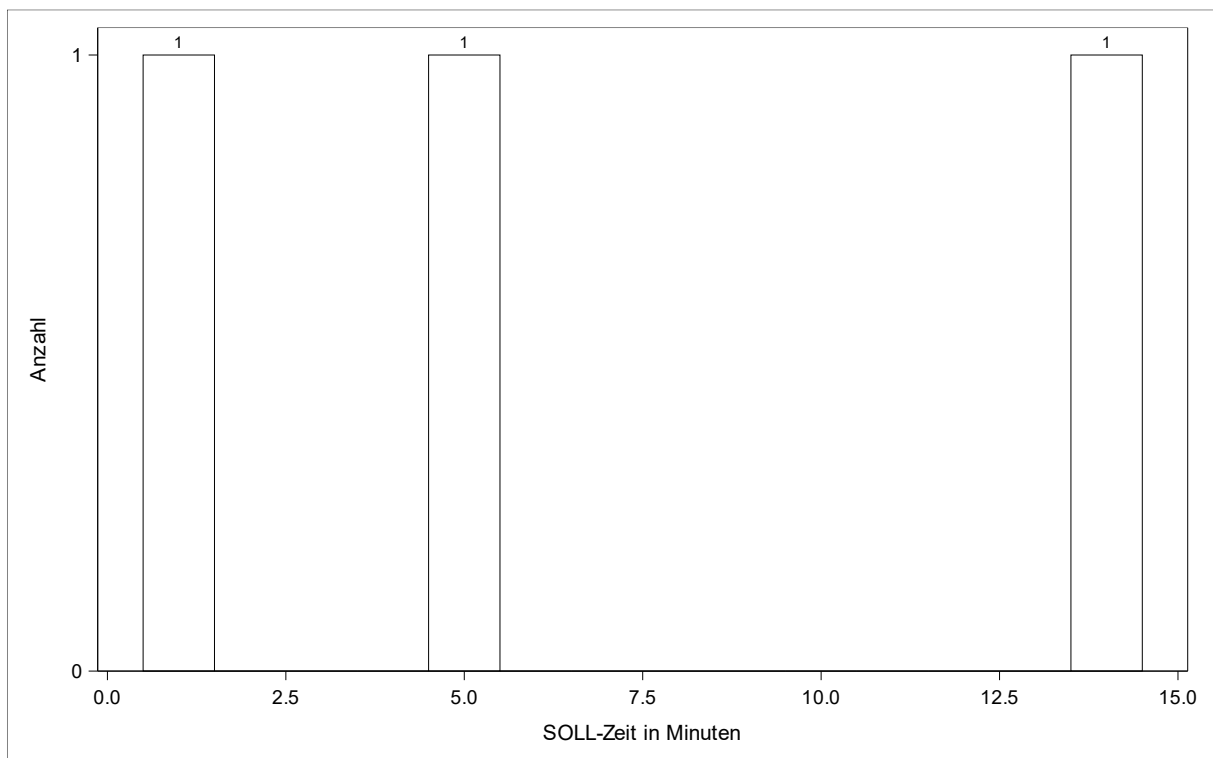


Direkte Pflege



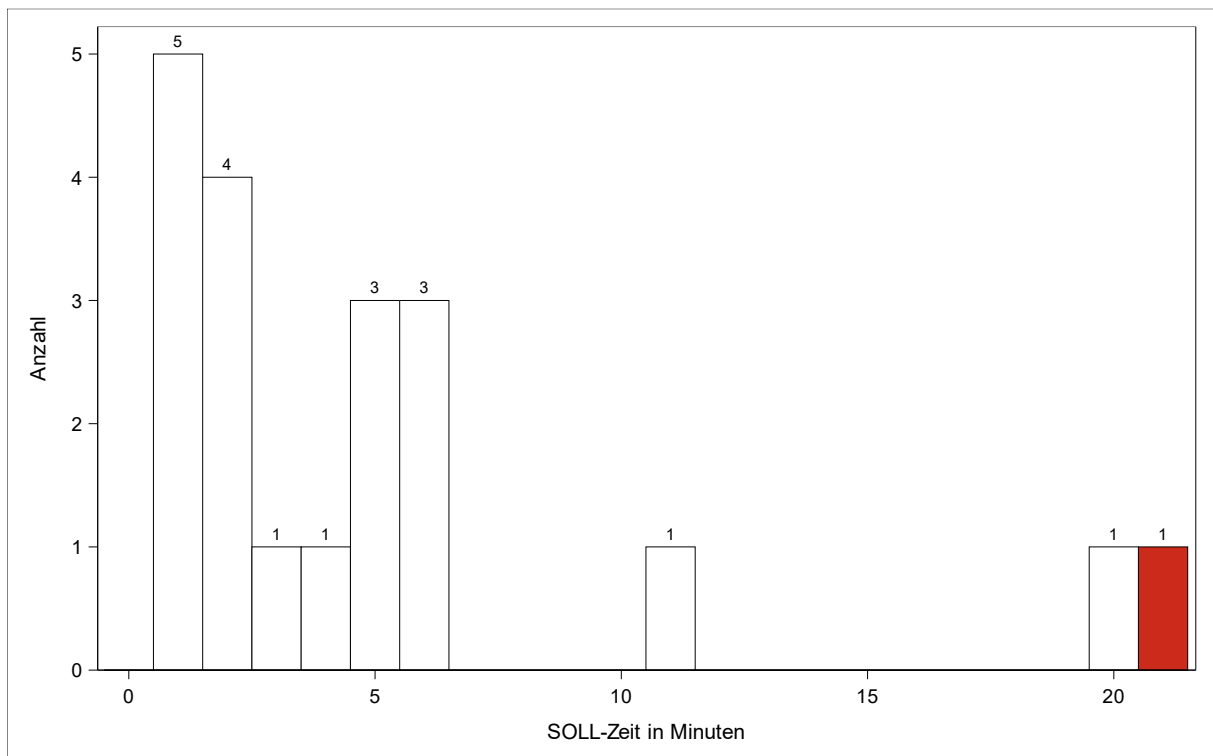
Indirekte Pflege

4.18 Postmortale Versorgung



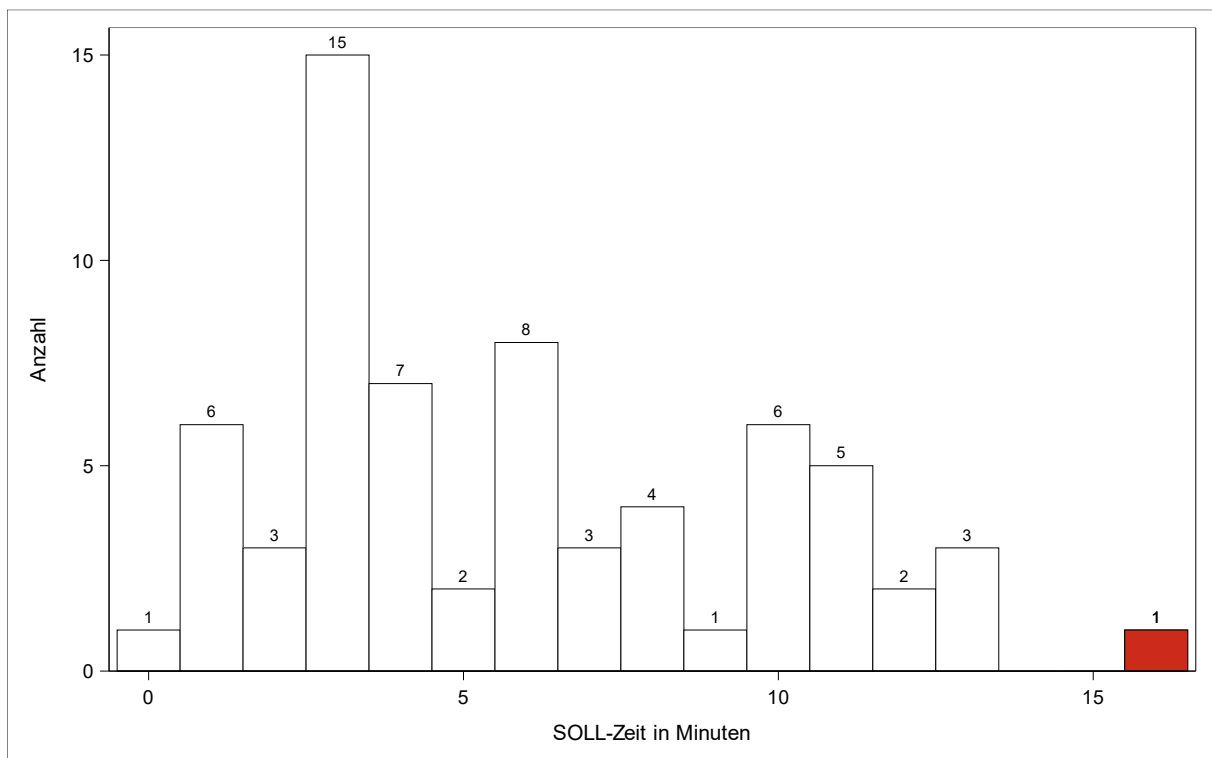
Direkte Pflege

4.19 Schlucktraining



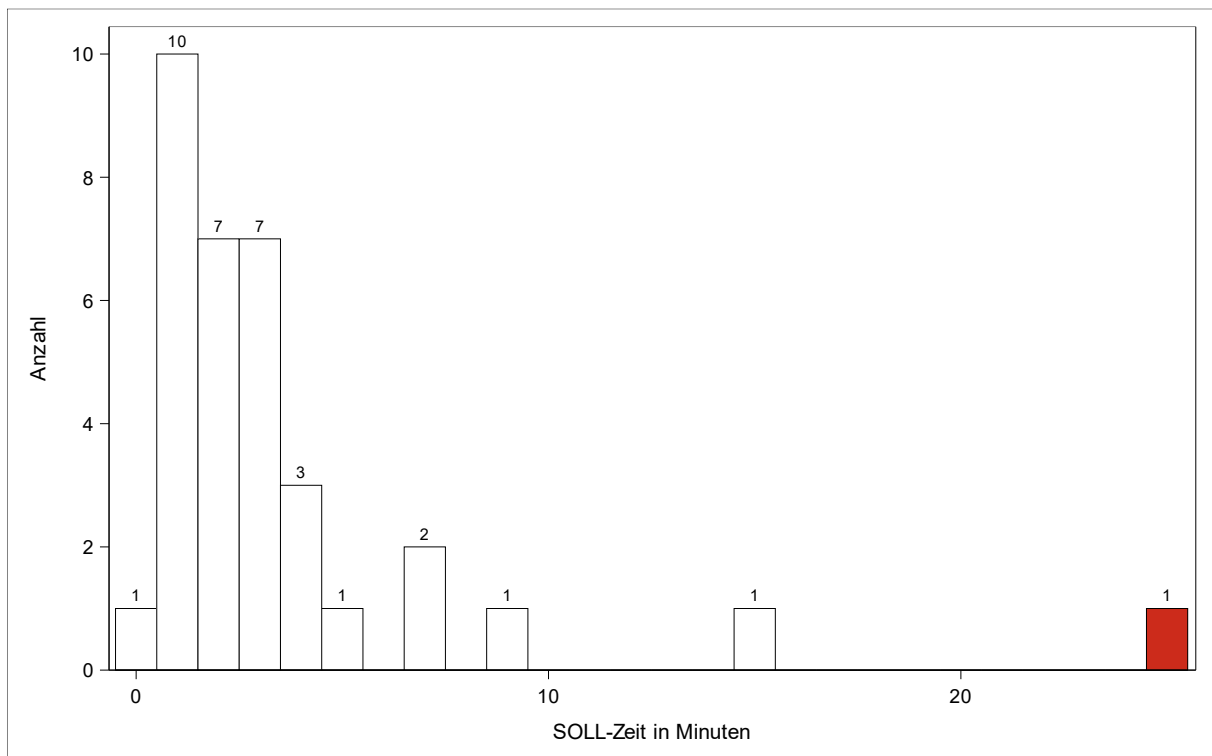
Direkte Pflege

5.1 Absaugen



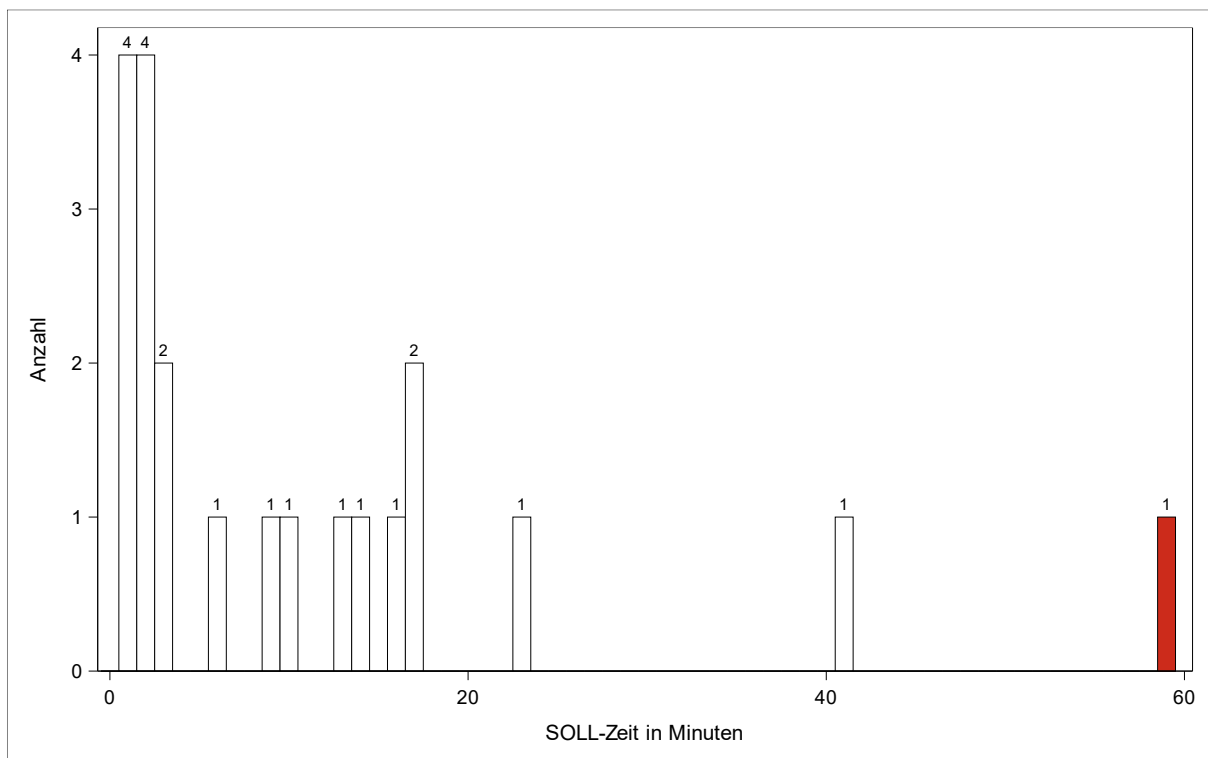
Direkte Pflege

5.2 Atemwegsmanagement



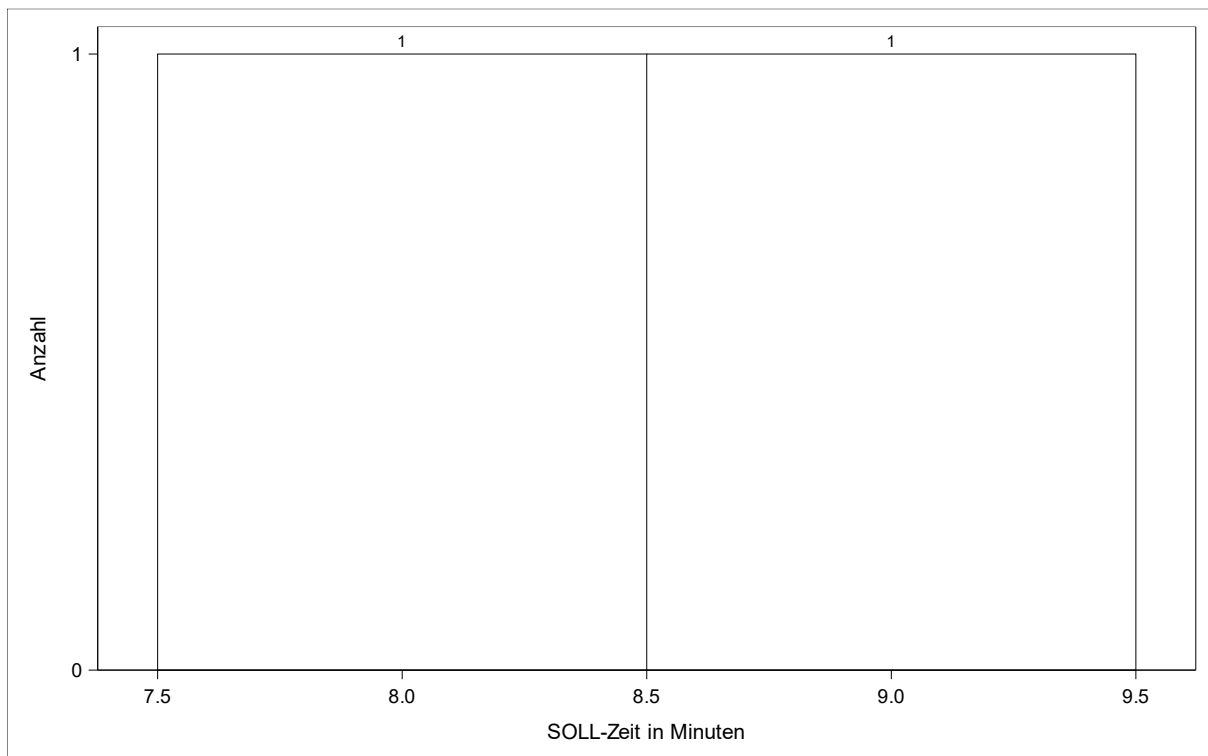
Direkte Pflege

5.3 Blasenkatheterisierung



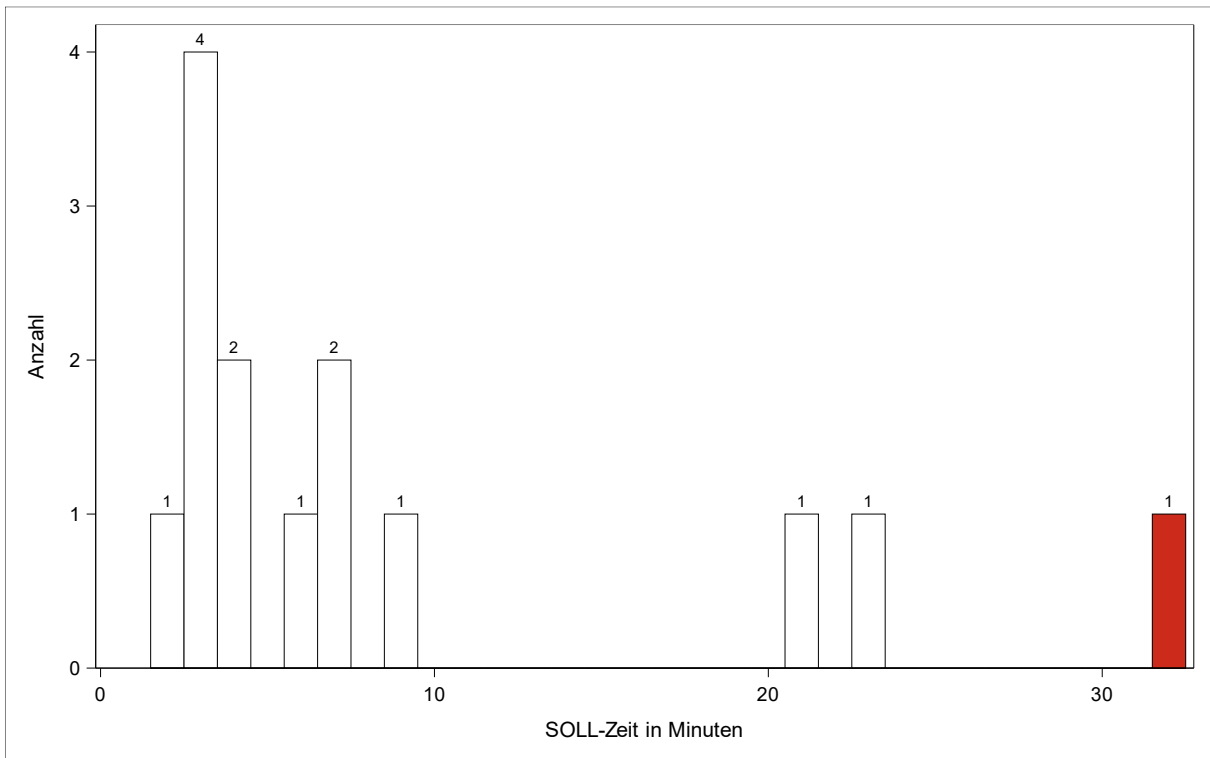
Direkte Pflege

5.4 Blutentnahme: venös



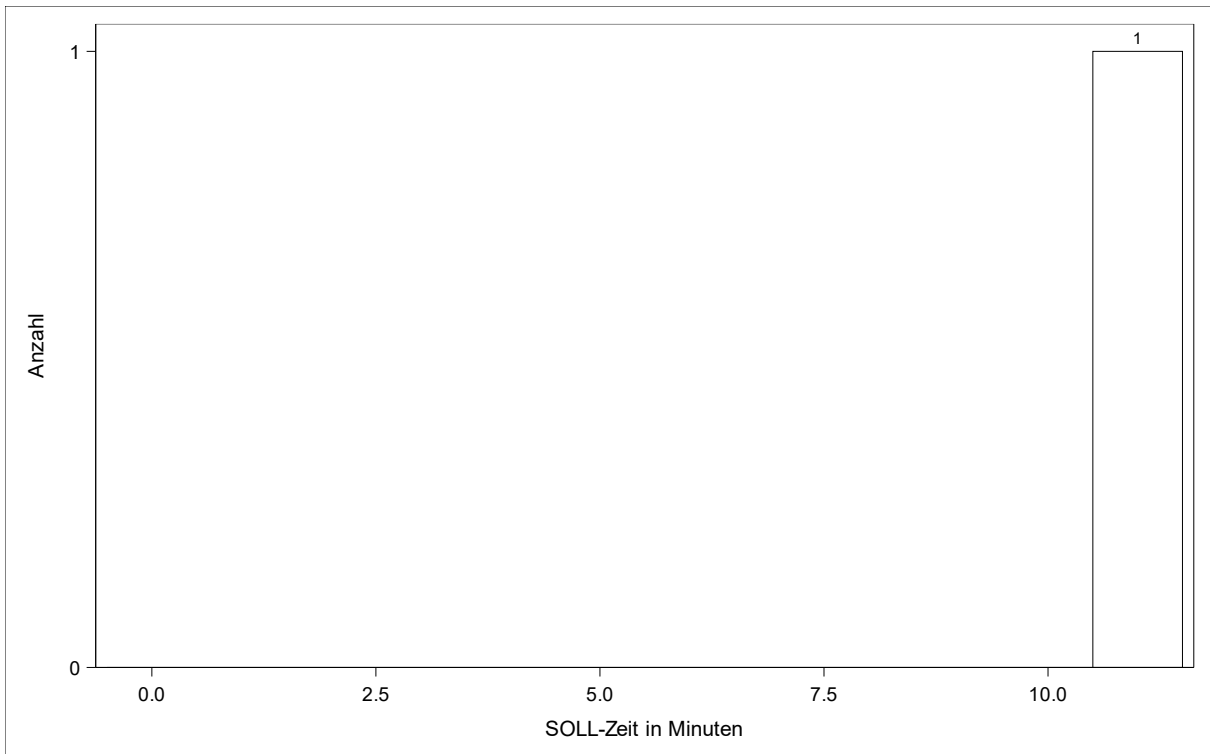
Direkte Pflege

5.5 Einlauf



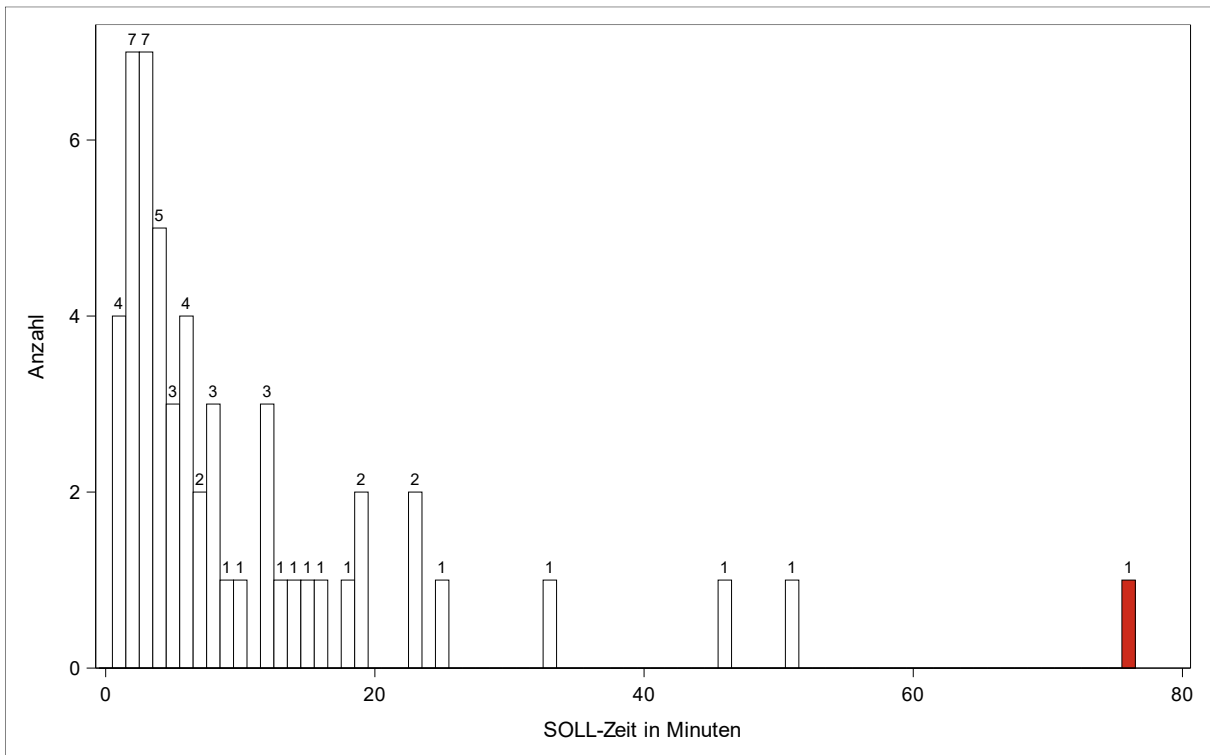
Direkte Pflege

5.6 Ernährungssonde: Legen



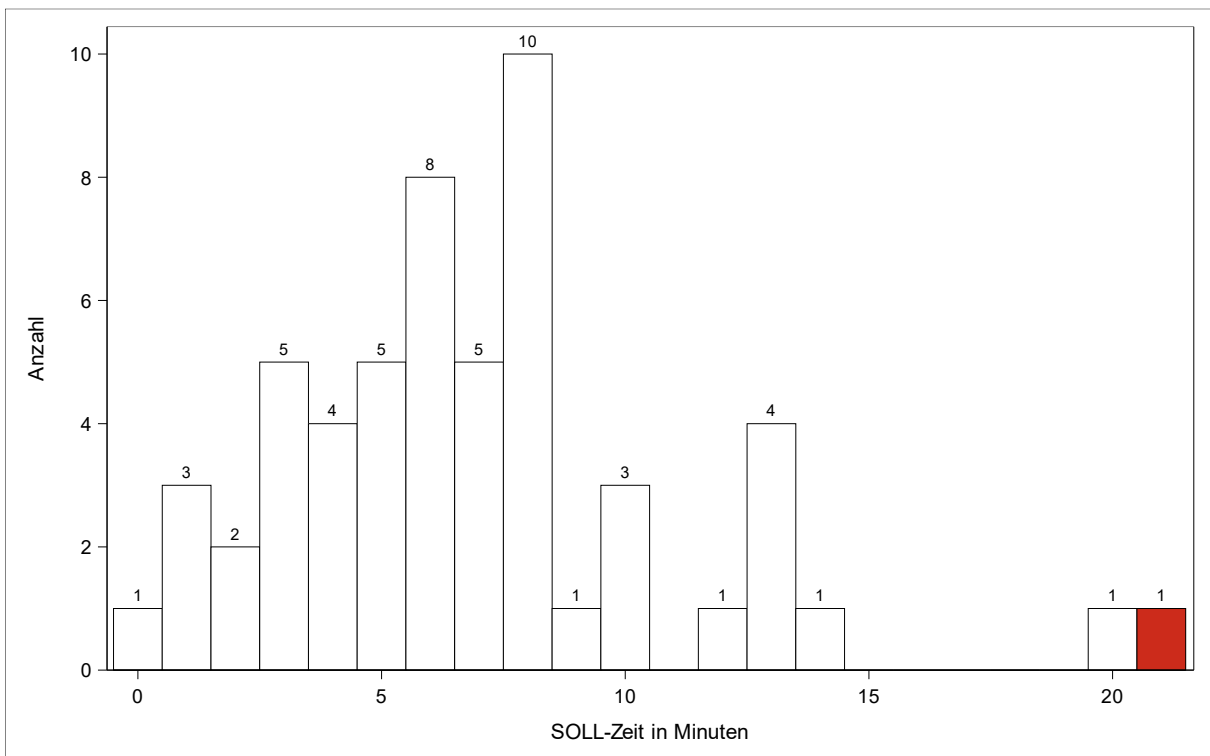
Direkte Pflege

5.7 Erste Hilfe



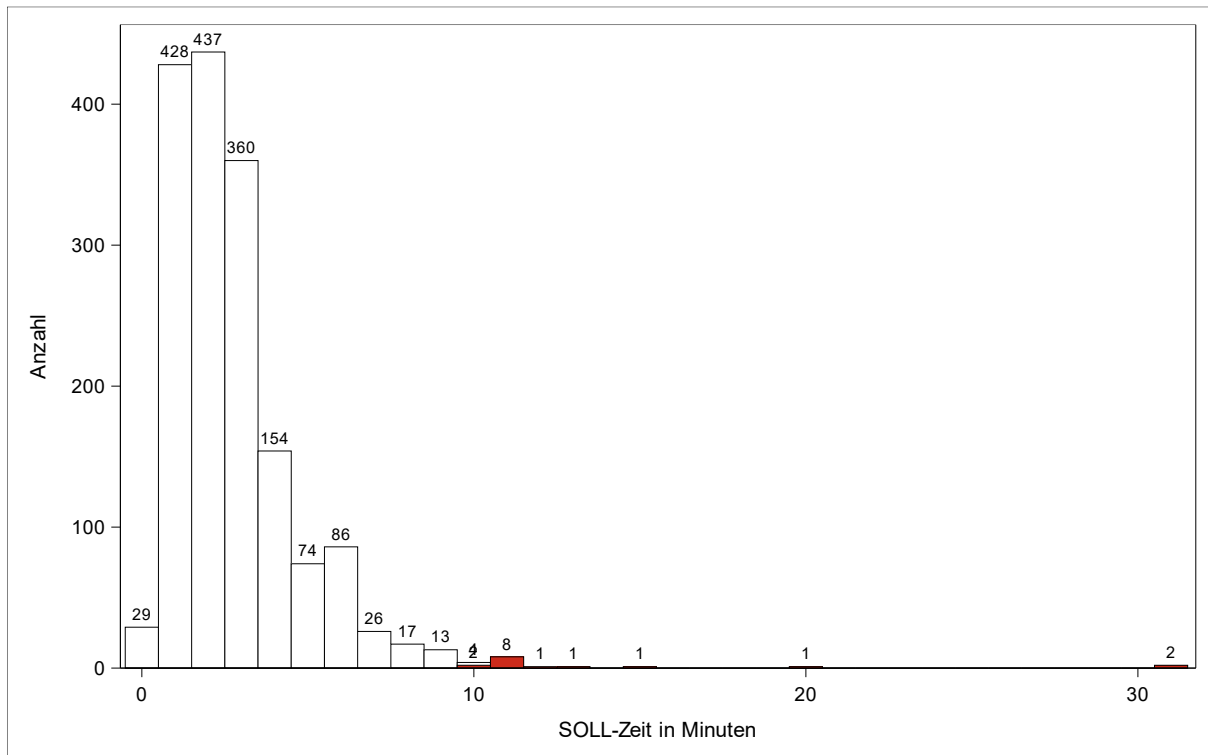
Direkte Pflege

5.8 Infusionsgabe



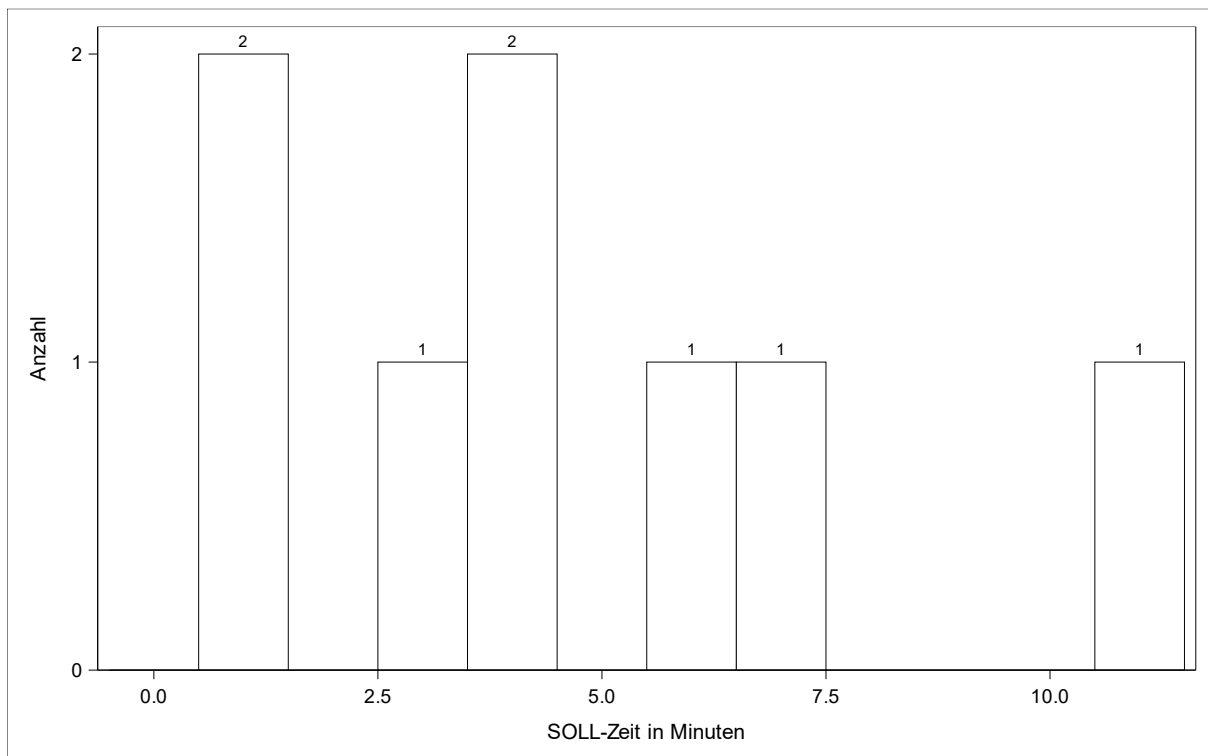
Direkte Pflege

5.9 Injektion i.c./s.c.



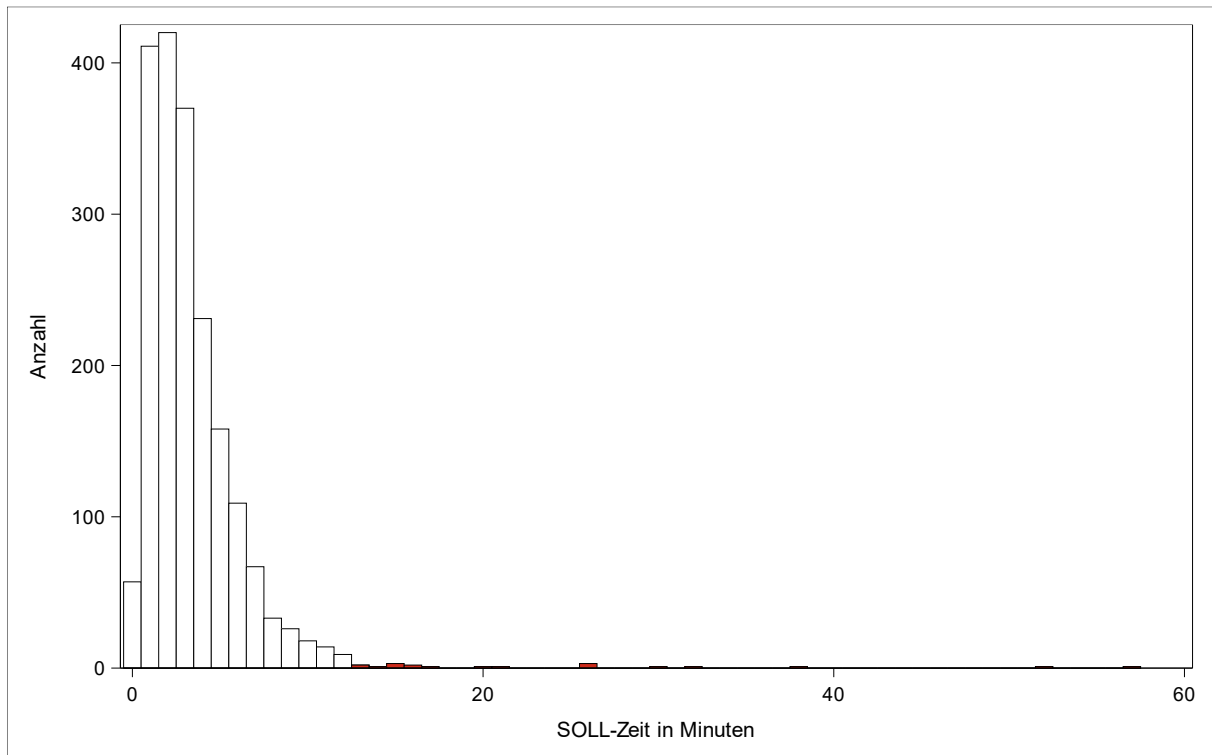
Direkte Pflege

5.10 Injektion i.m.



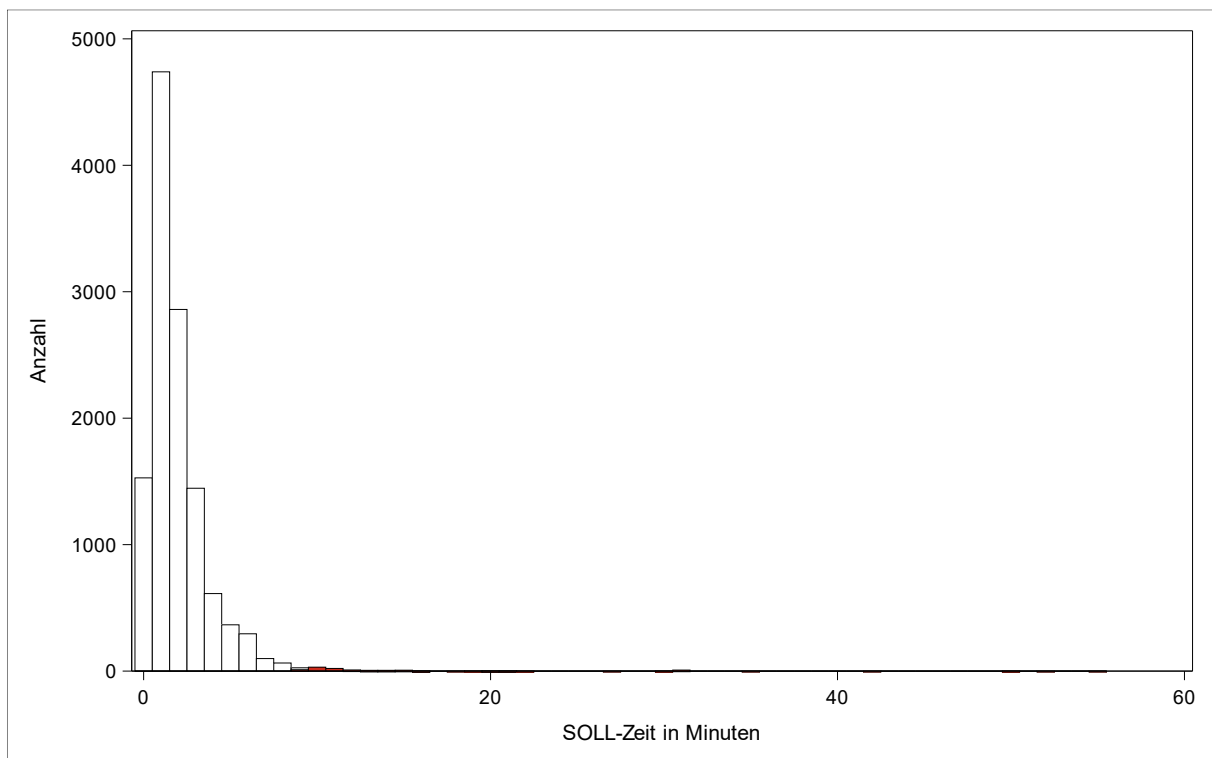
Direkte Pflege

5.11 Kompressionsstrümpfe/-verband

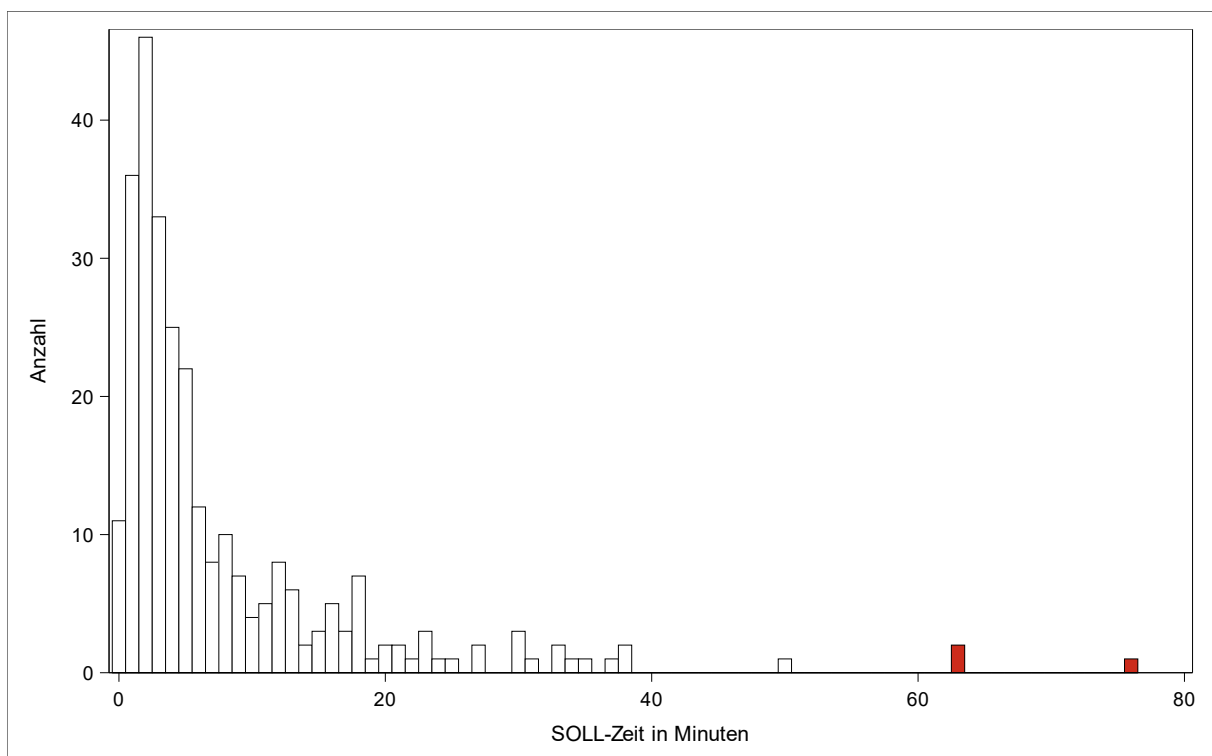


Direkte Pflege

5.12 Medikamentengabe

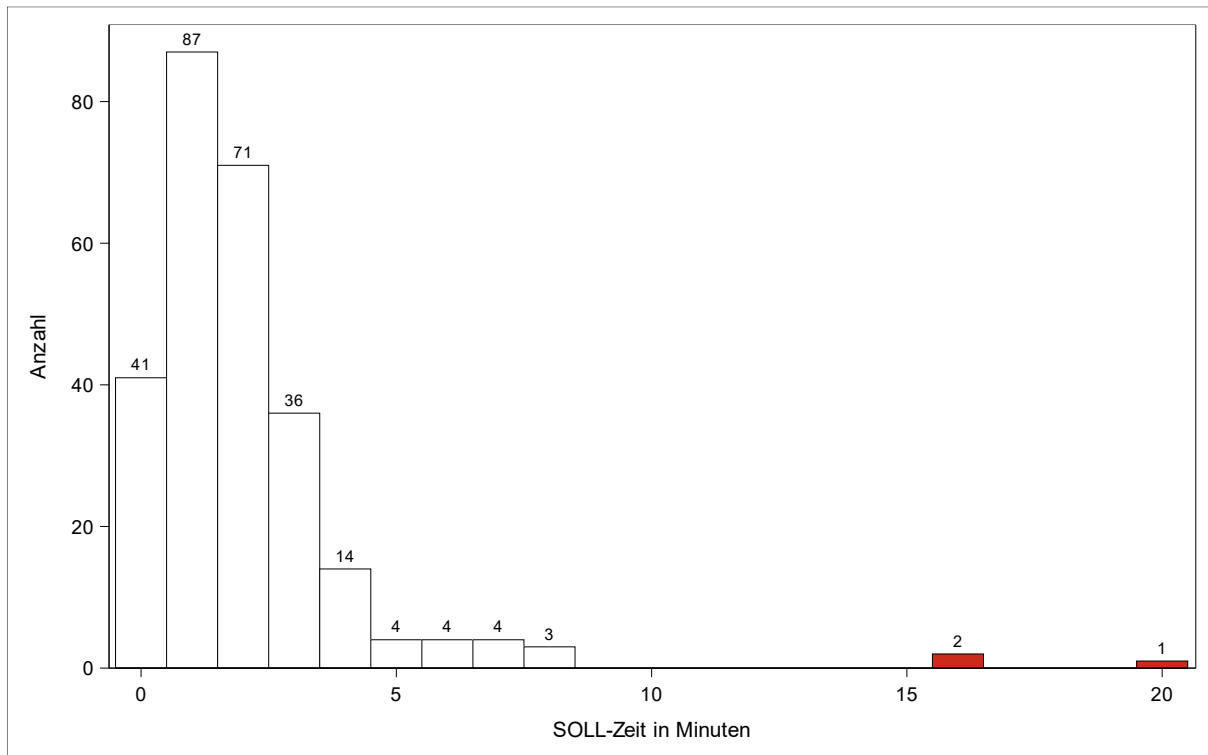


Direkte Pflege

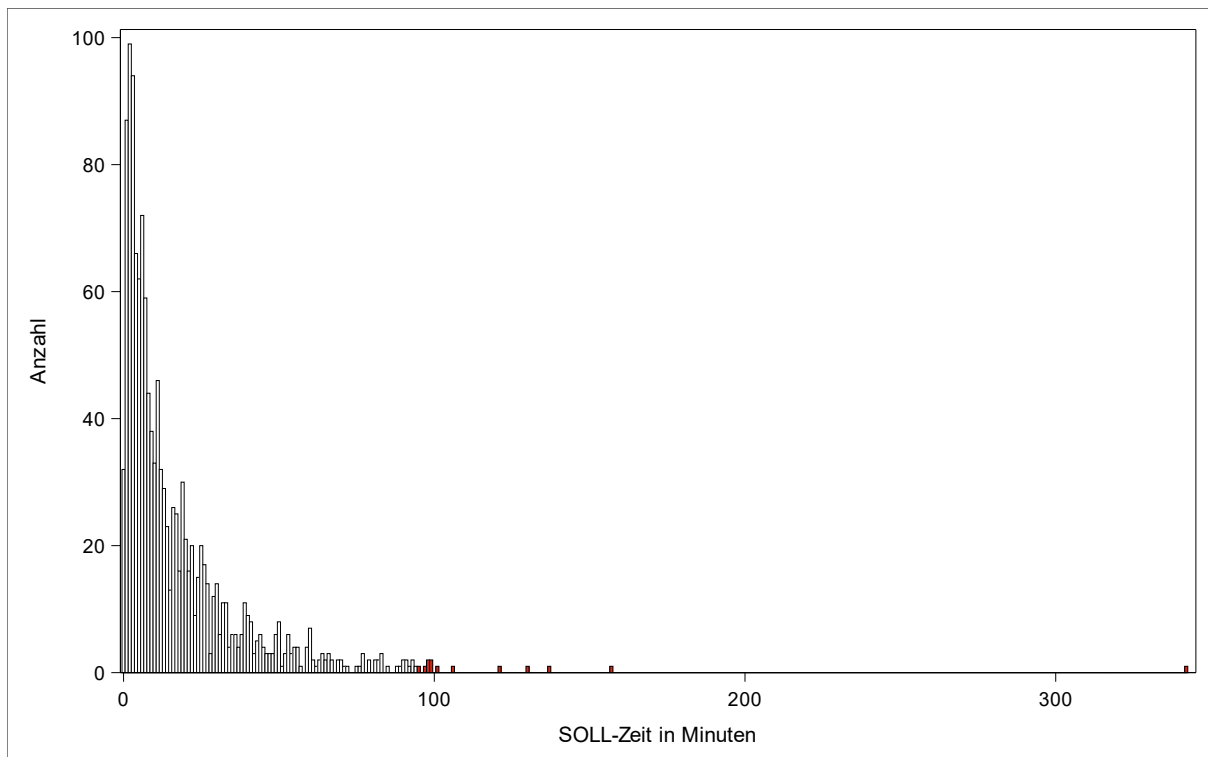


Indirekte Pflege

5.13 Medikationsmanagement

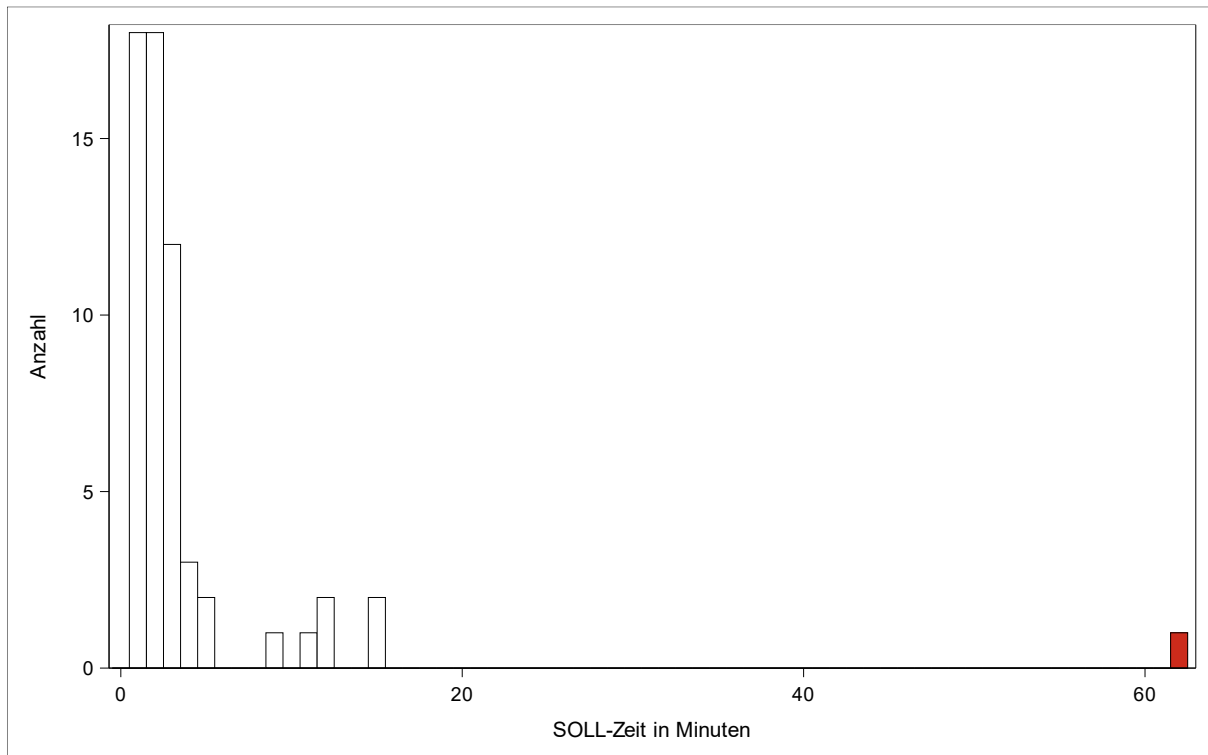


Direkte Pflege



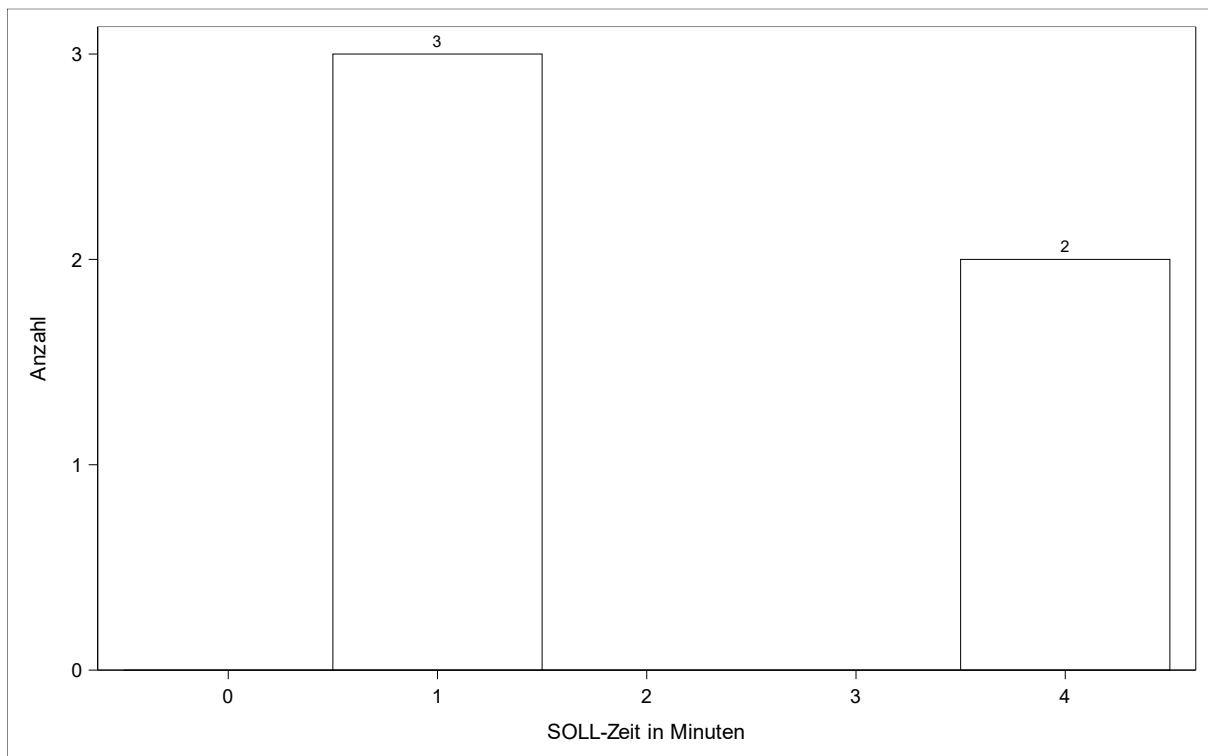
Indirekte Pflege

5.14 Sauerstoffgabe



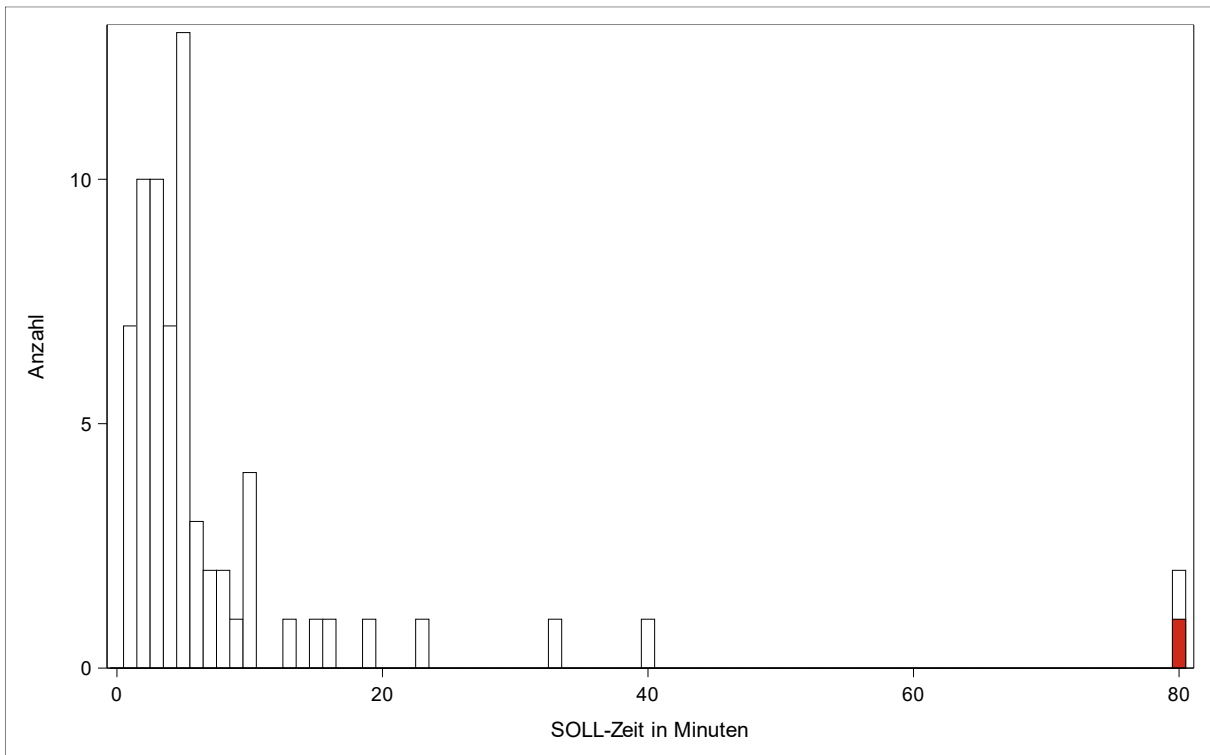
Direkte Pflege

5.15 Temperaturregulation

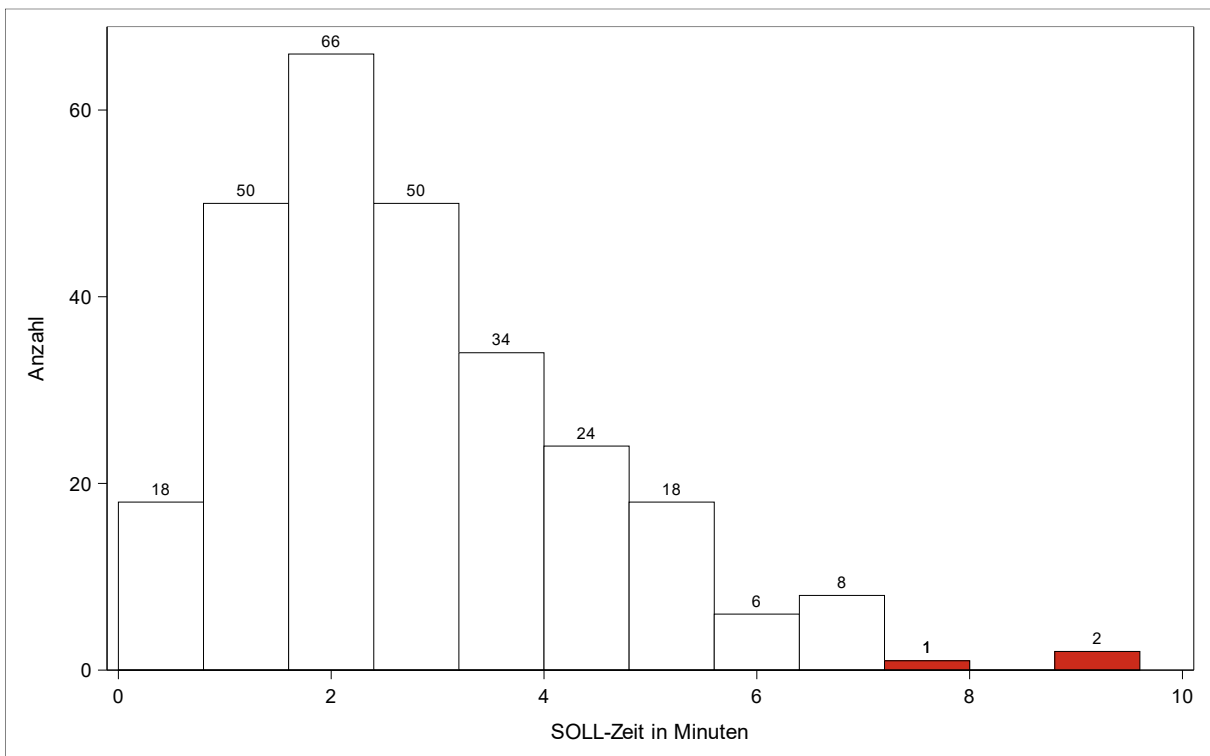


Indirekte Pflege

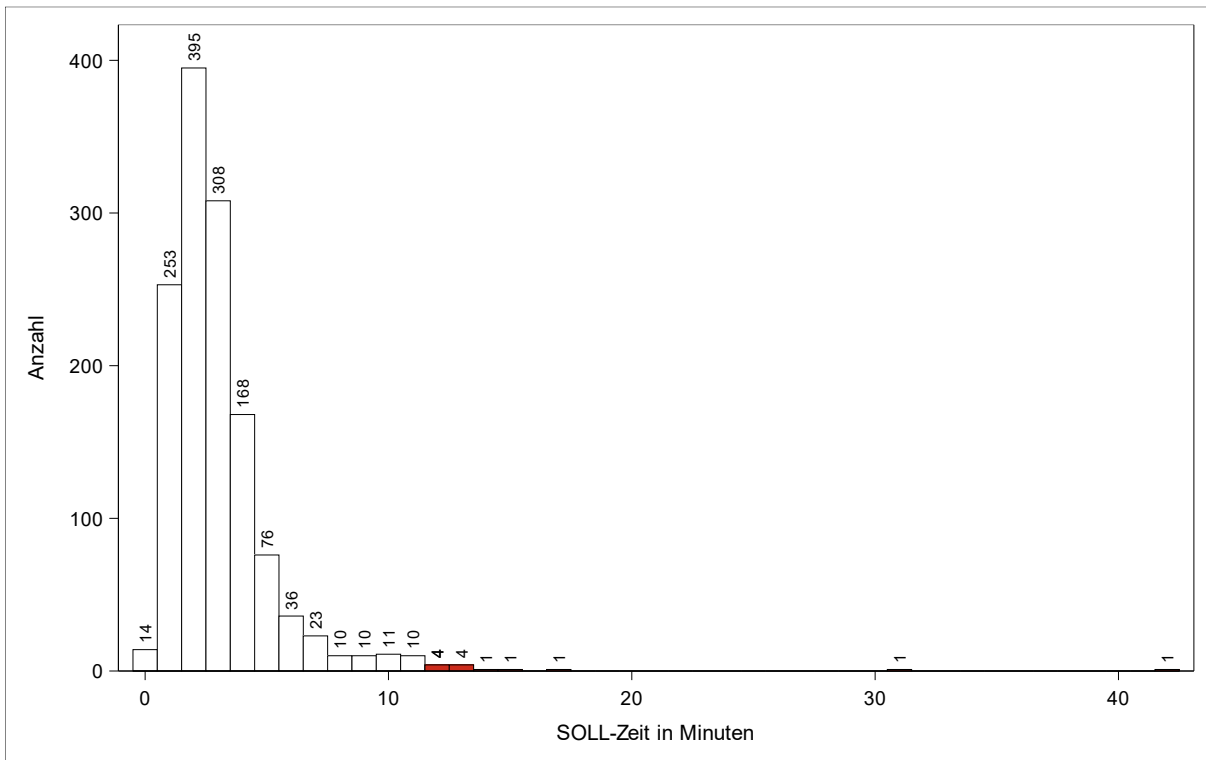
5.16 Untersuchungsassistenz



5.17 Vitalzeichenkontrolle: Blutdruck und Puls

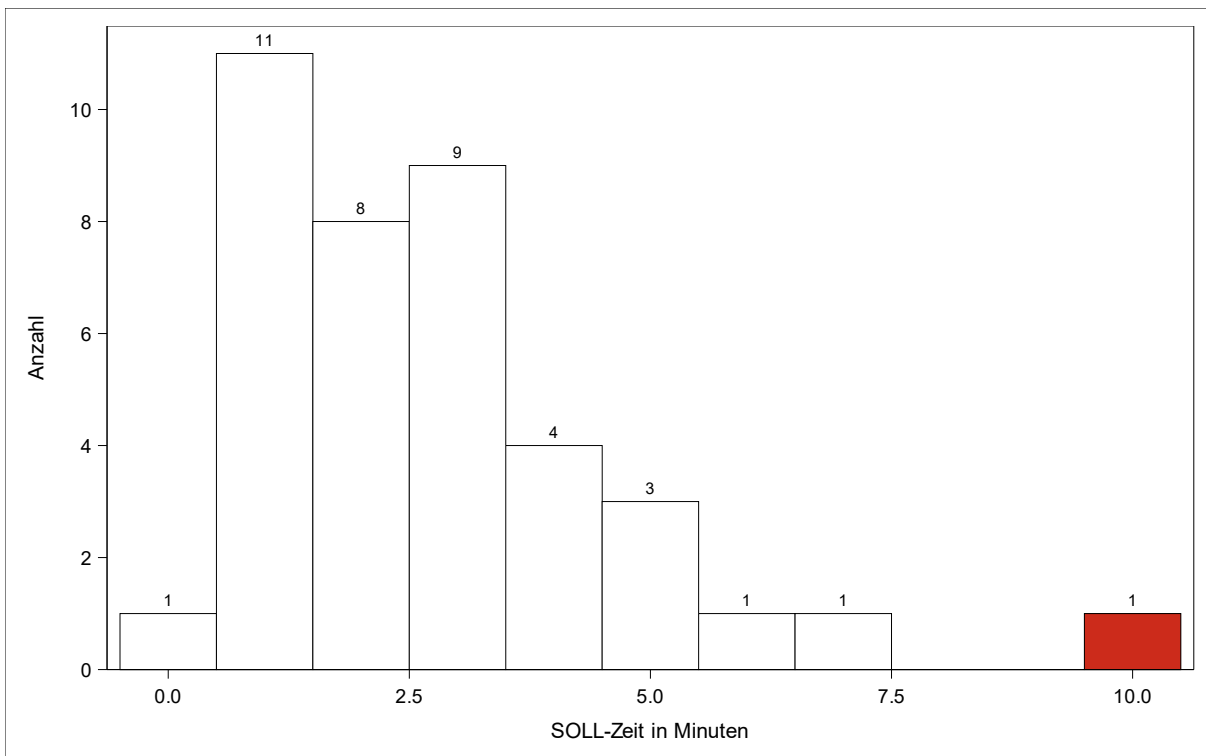


5.18 Vitalzeichenkontrolle: Blutzucker



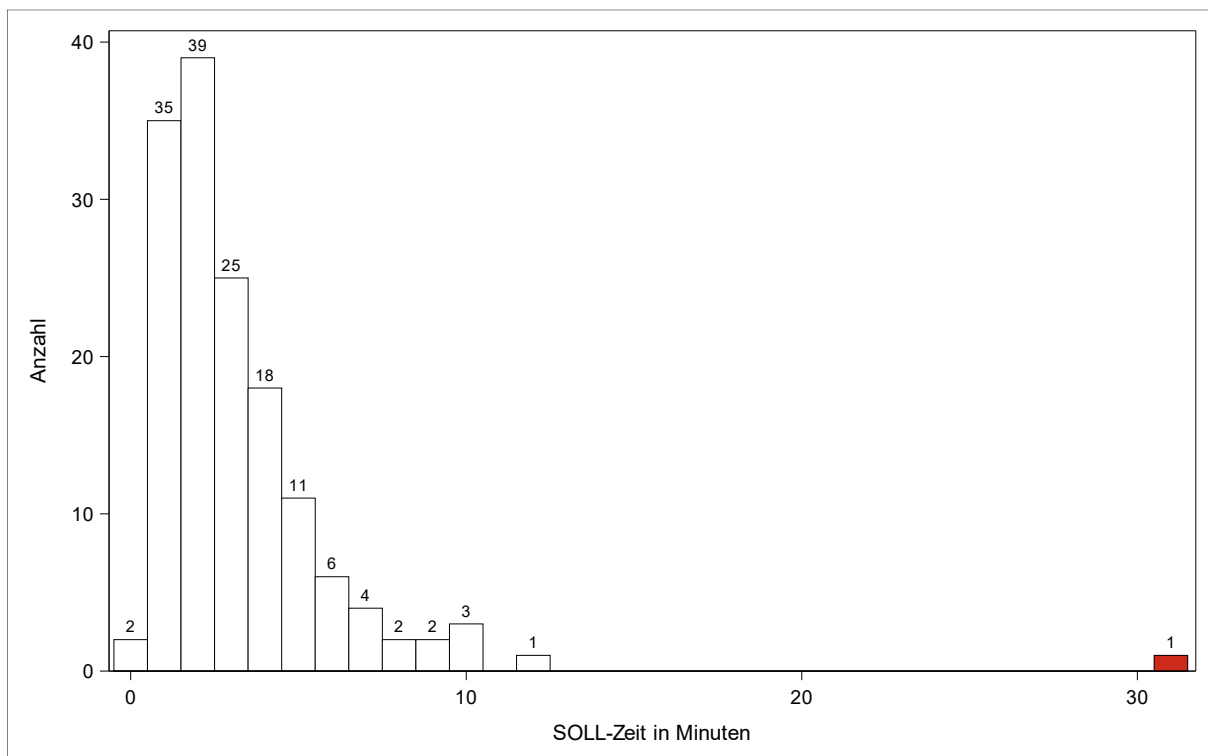
Direkte Pflege

5.19 Vitalzeichenkontrolle: Körpertemperatur



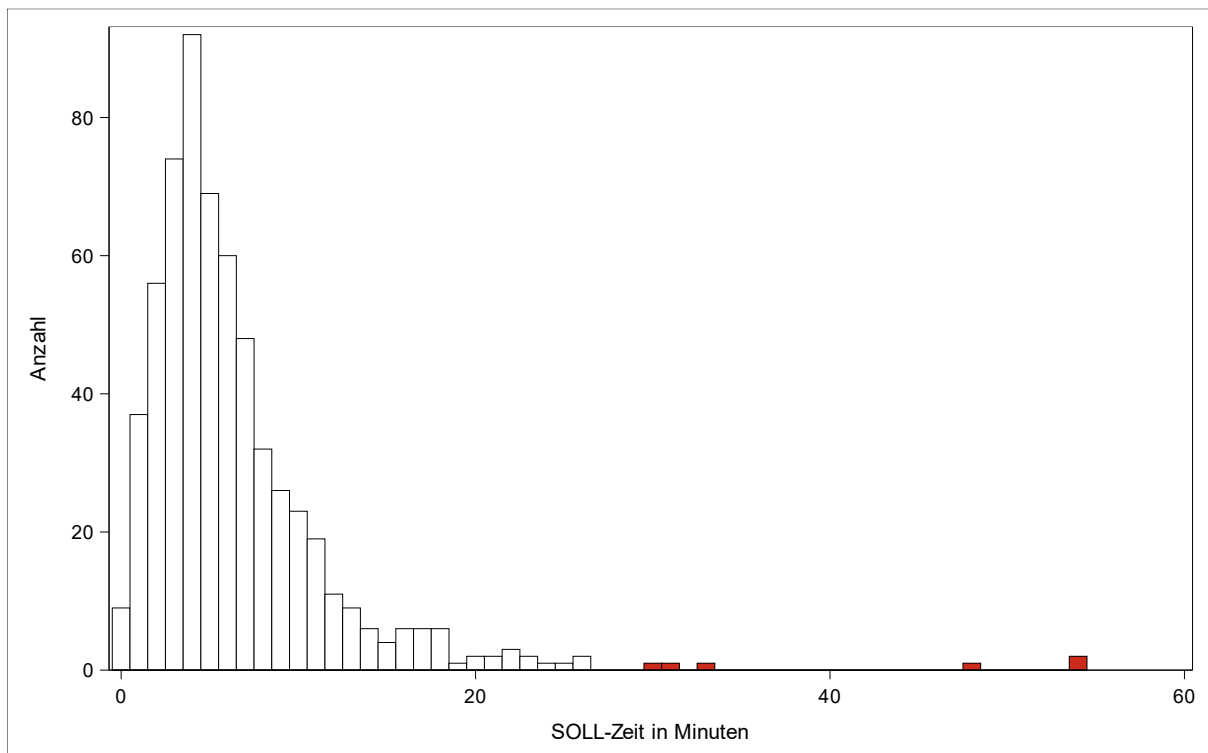
Direkte Pflege

5.20 Wiegen



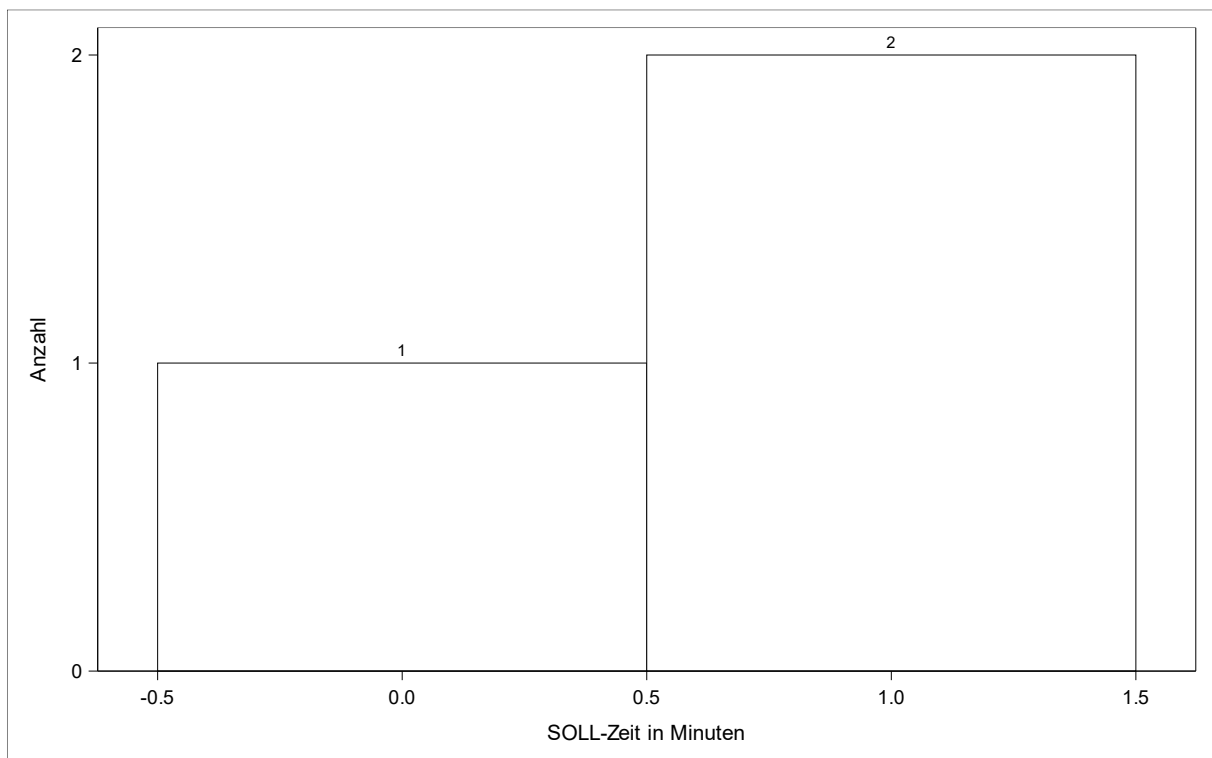
Direkte Pflege

5.21 Wundpflege



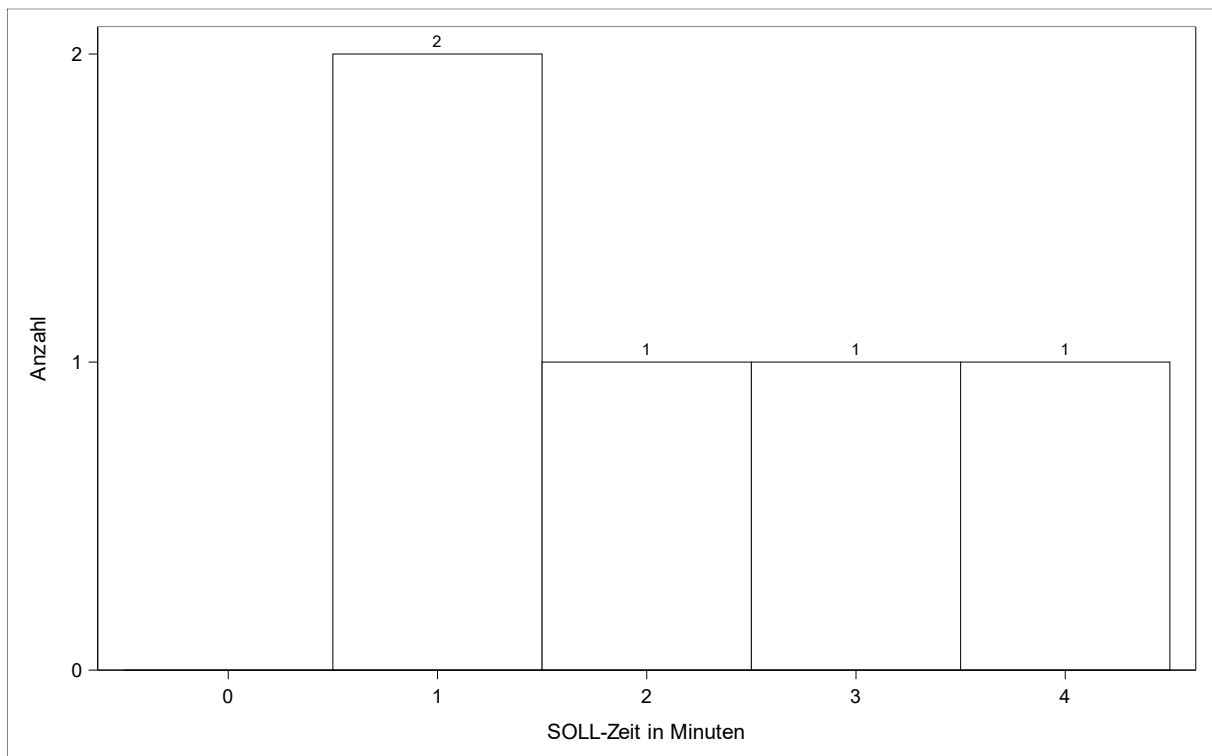
Direkte Pflege

6.1 Beratung: Chronische Wundversorgung



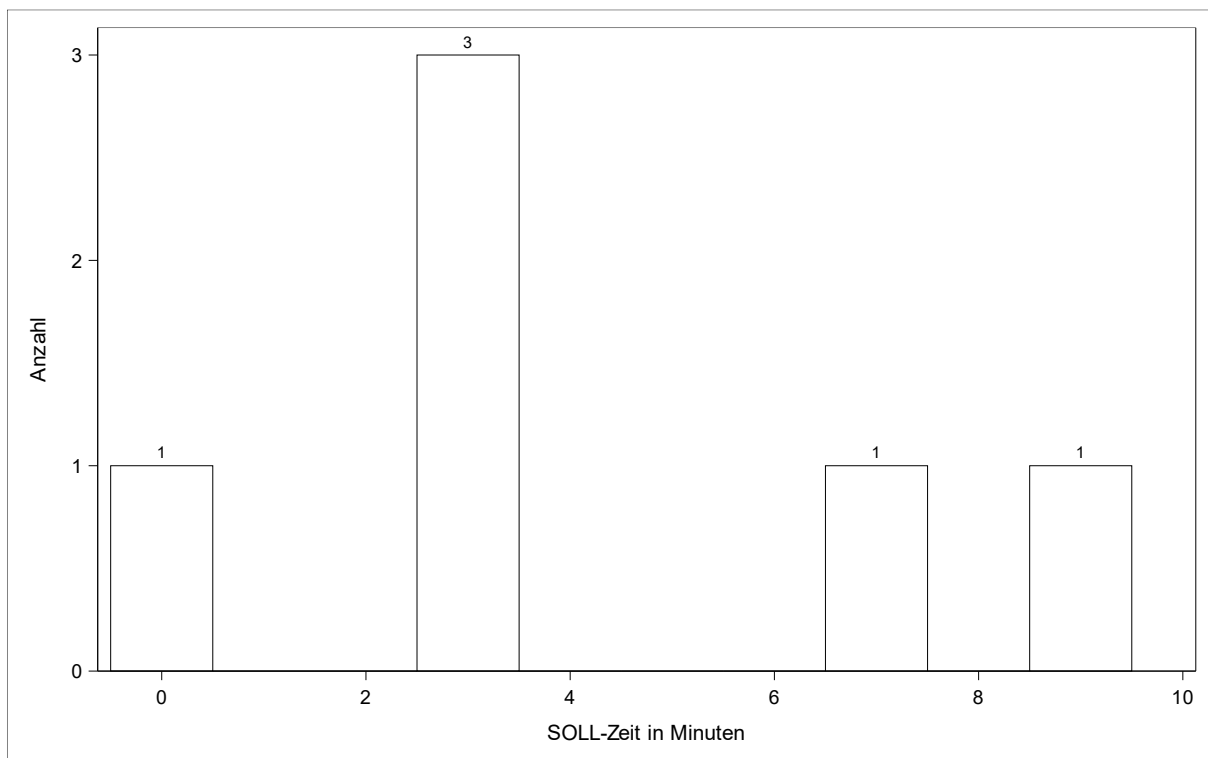
Direkte Pflege

6.2 Beratung: Dekubitusprophylaxe



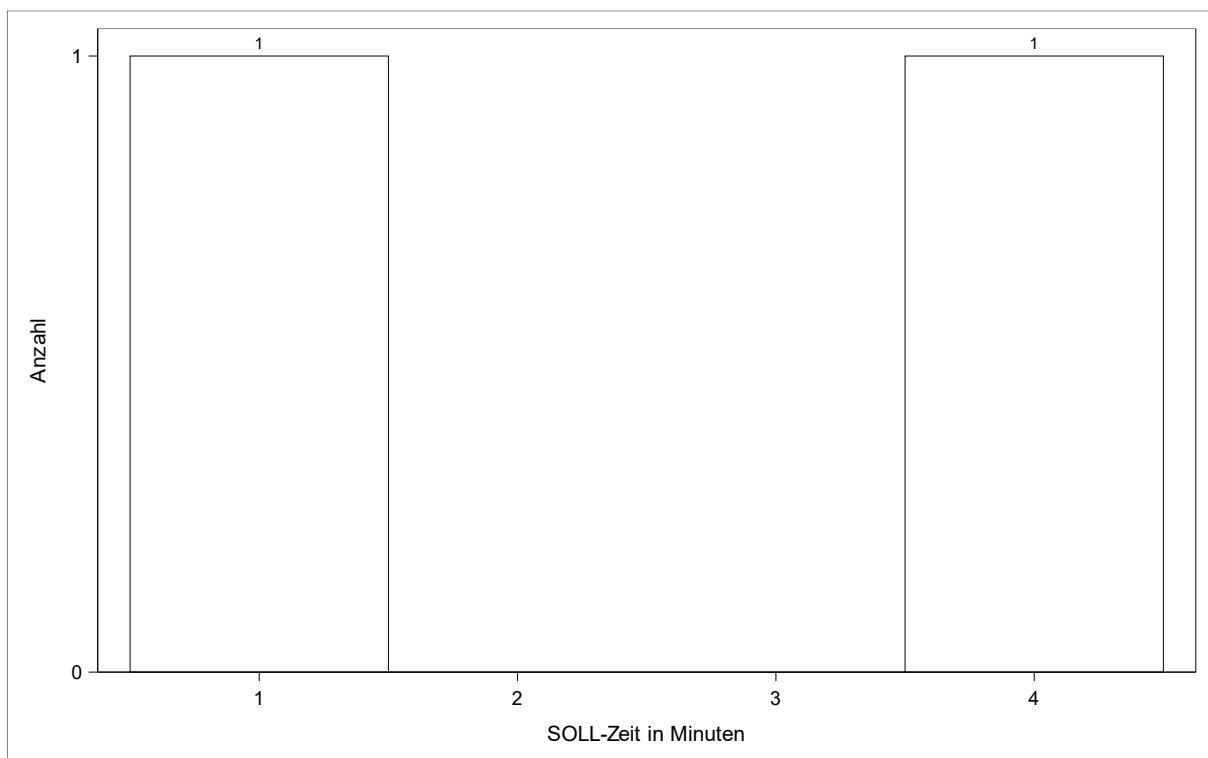
Direkte Pflege

6.3 Beratung: Ernährungsmanagement



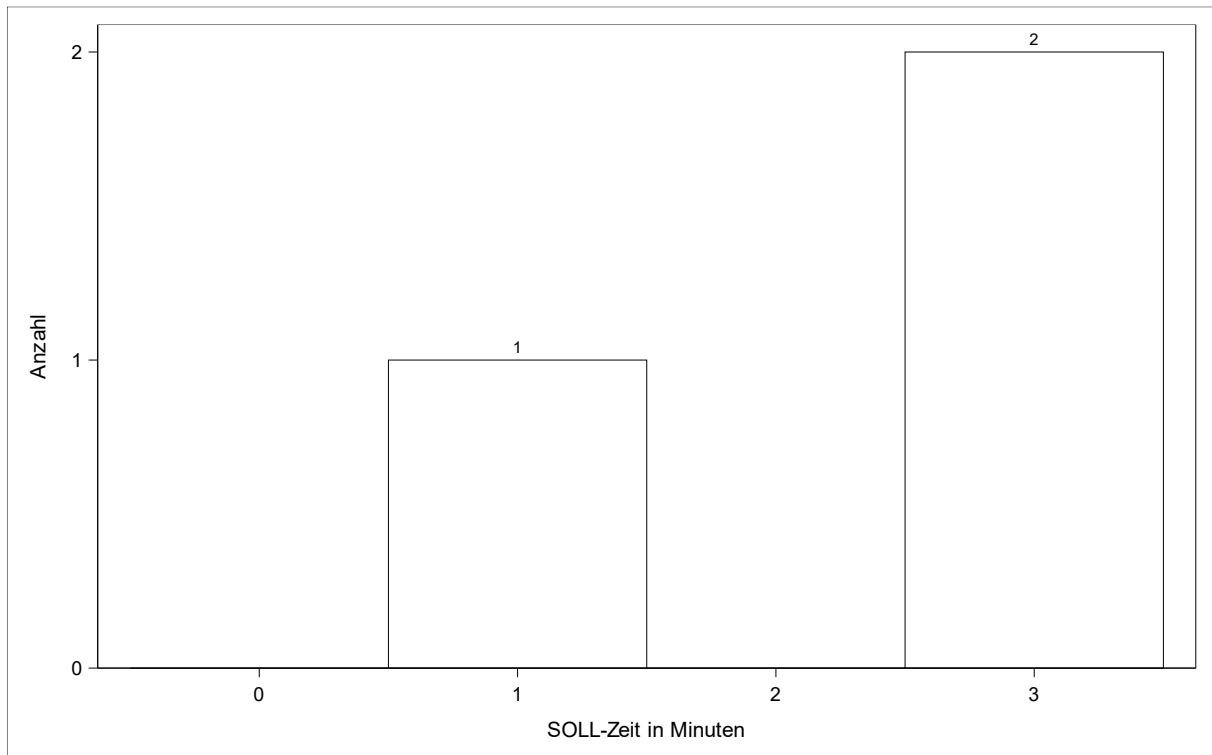
Direkte Pflege

6.4 Beratung: Förderung der Kontinenz



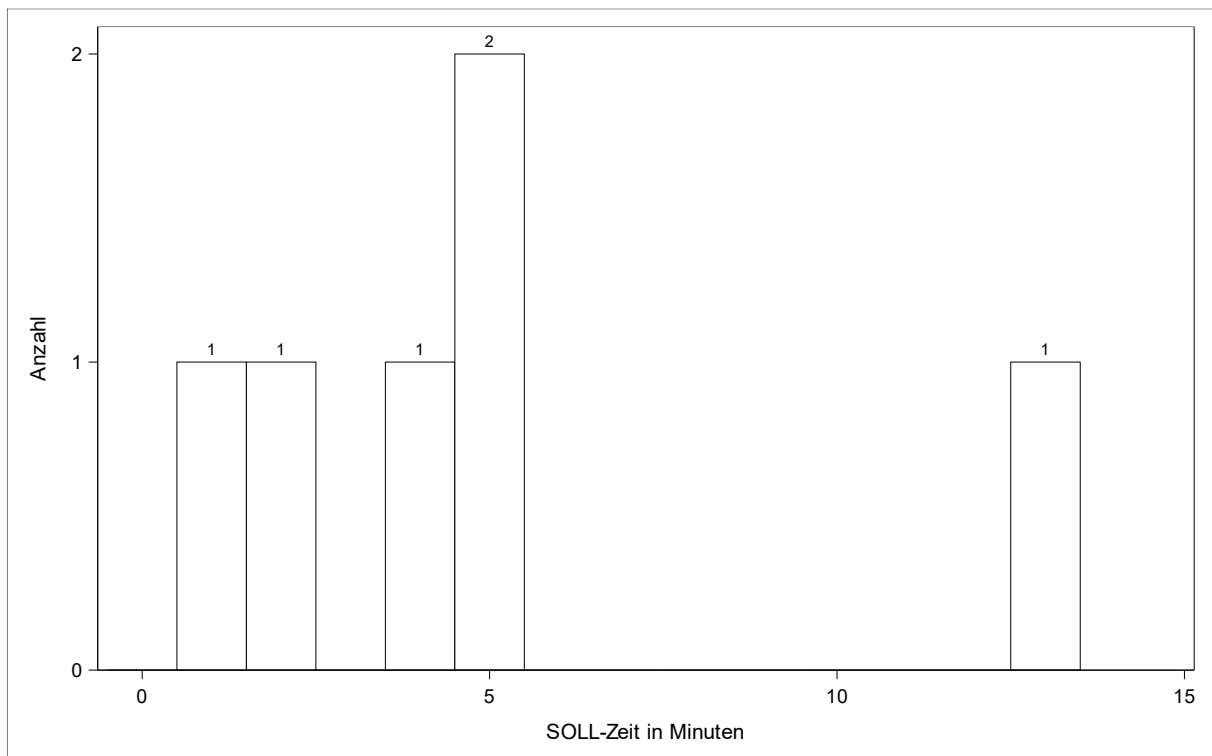
Direkte Pflege

6.5 Beratung: Mobilität



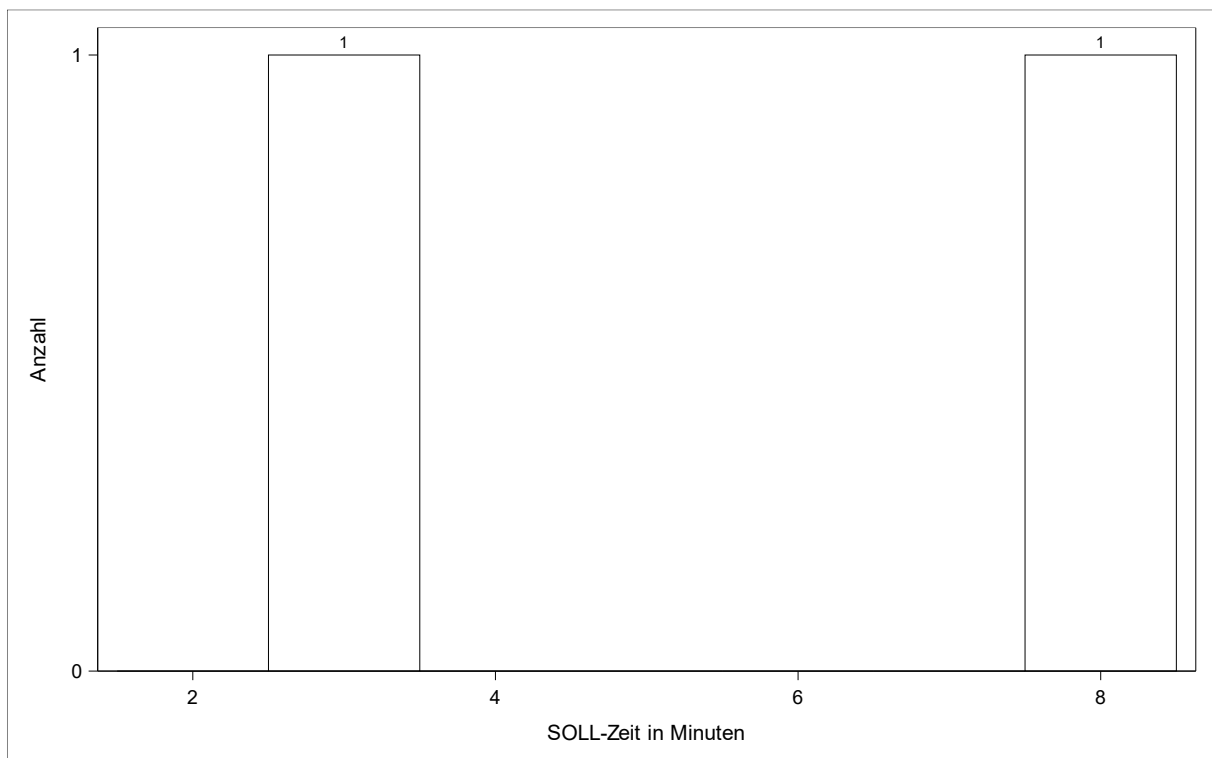
Direkte Pflege

6.6 Beratung: Schmerzmanagement



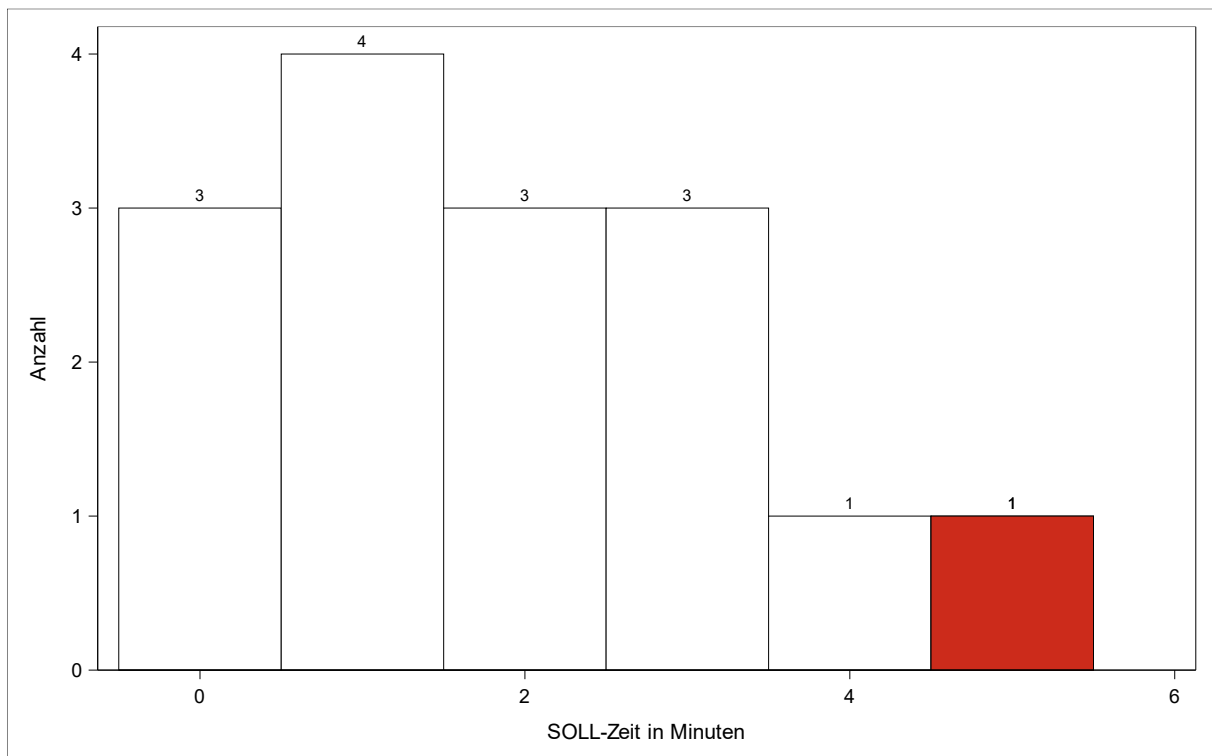
Direkte Pflege

6.7 Beratung: Sturzprophylaxe



Direkte Pflege

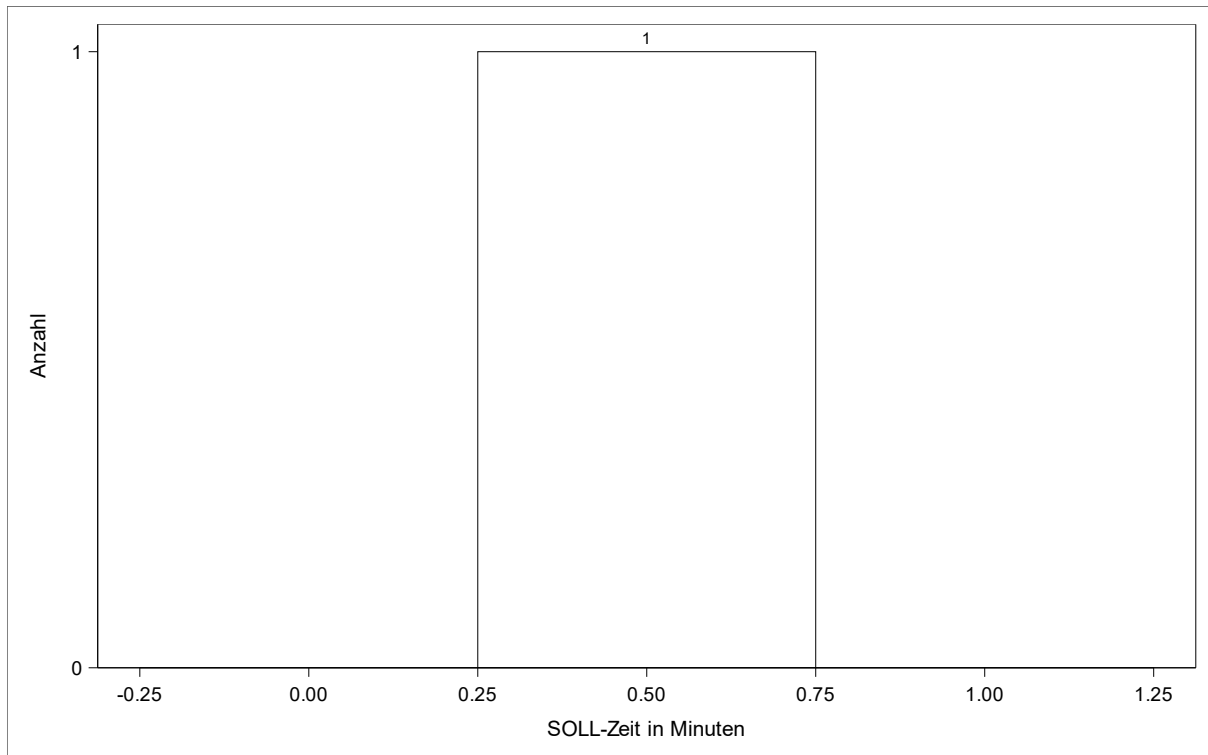
6.8 Beratung: sonstige Themenfelder



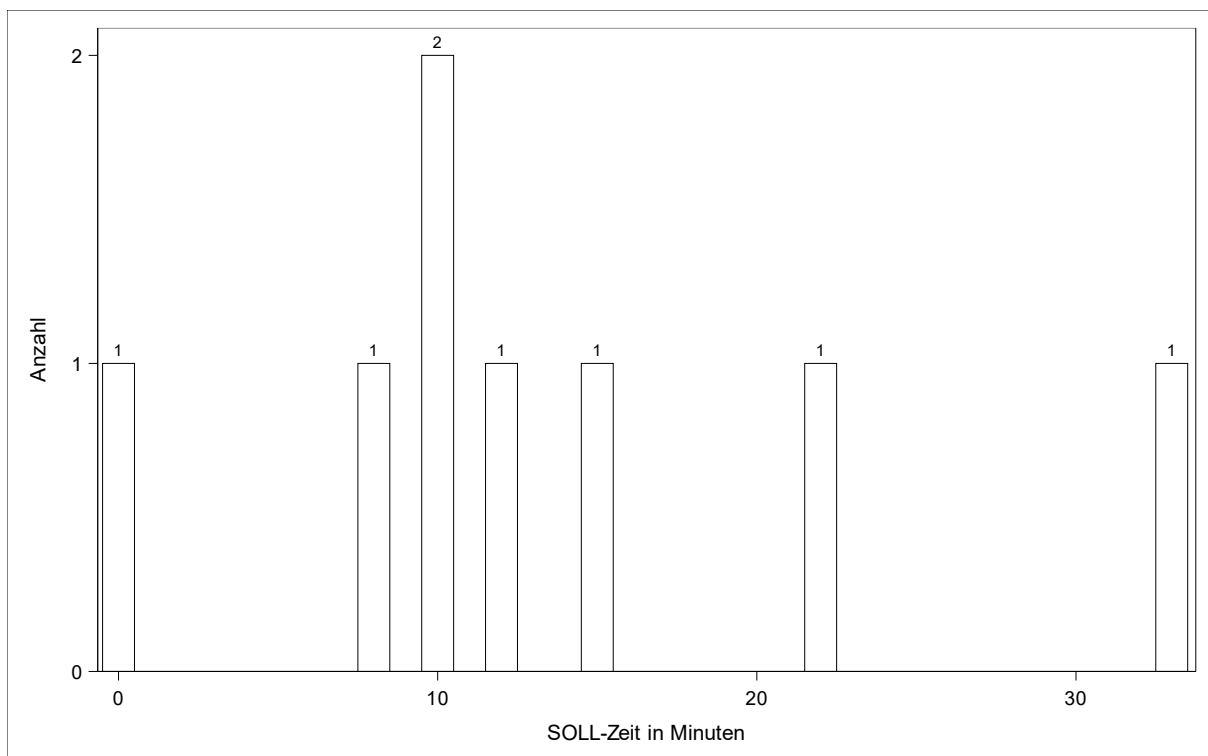
Direkte Pflege

6.9 Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

6.10 Schulung

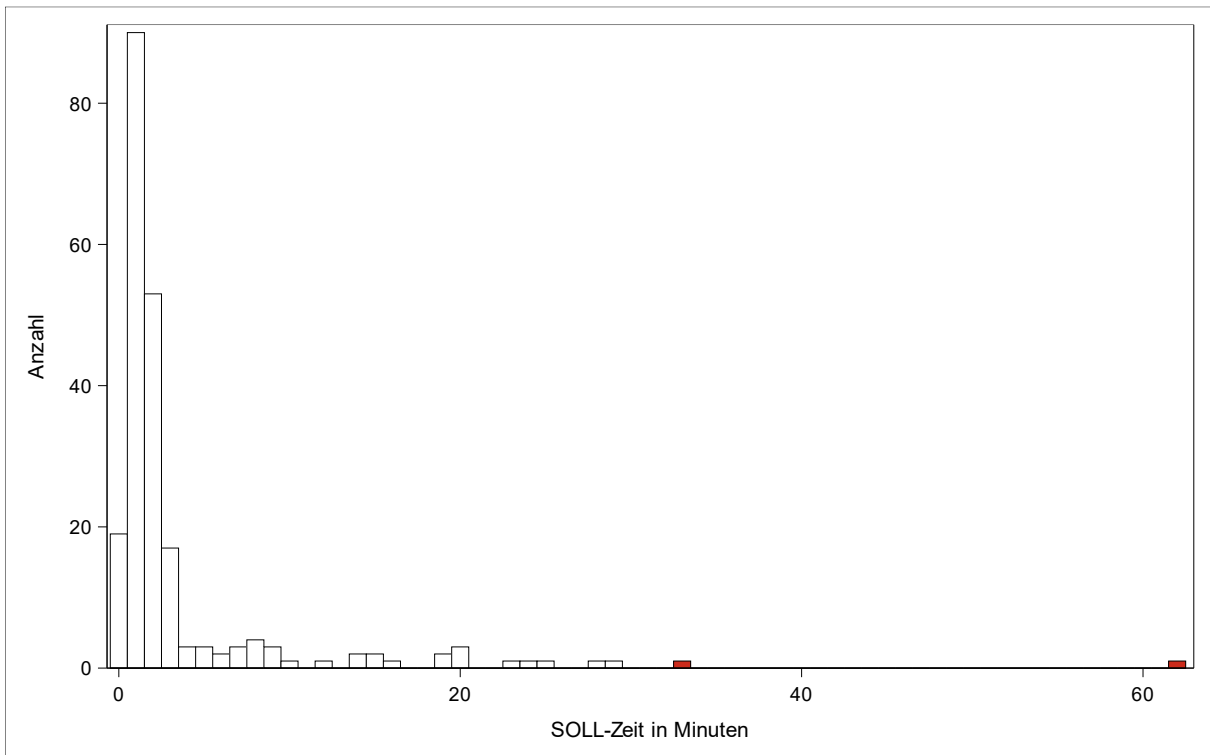


Direkte Pflege

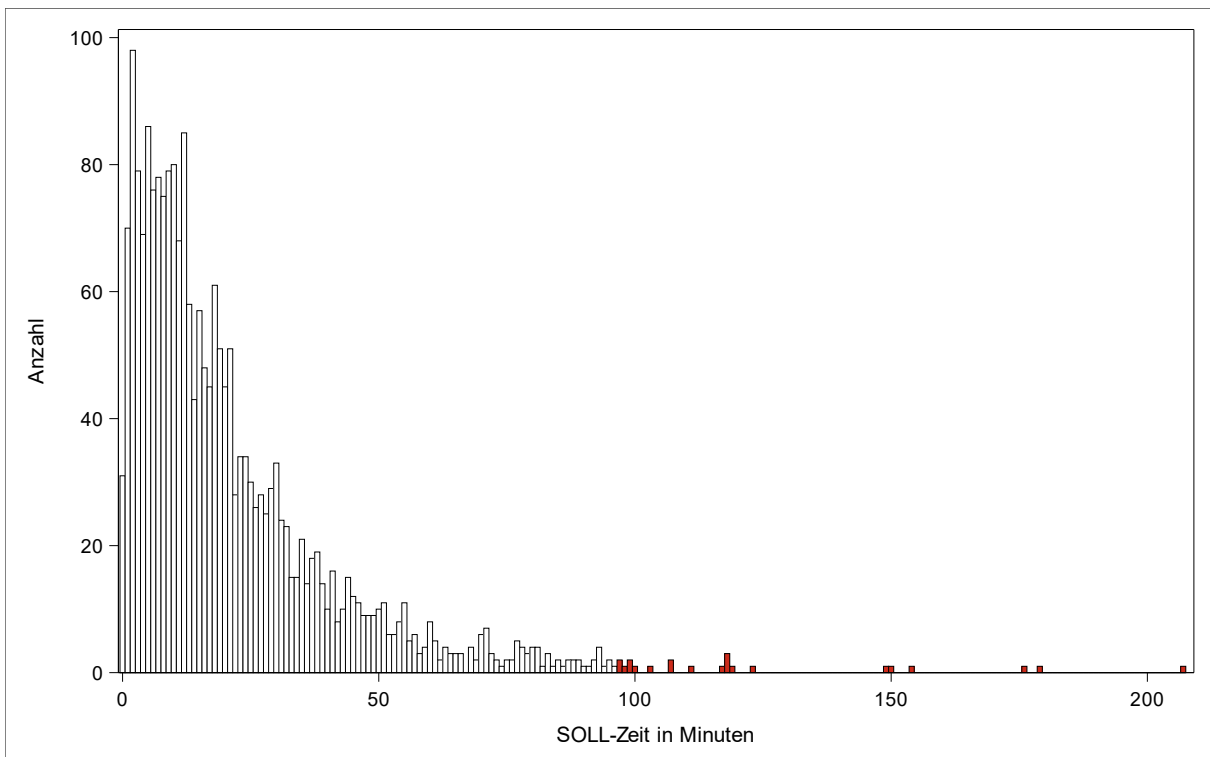


Indirekte Pflege

7.1 Dokumentation

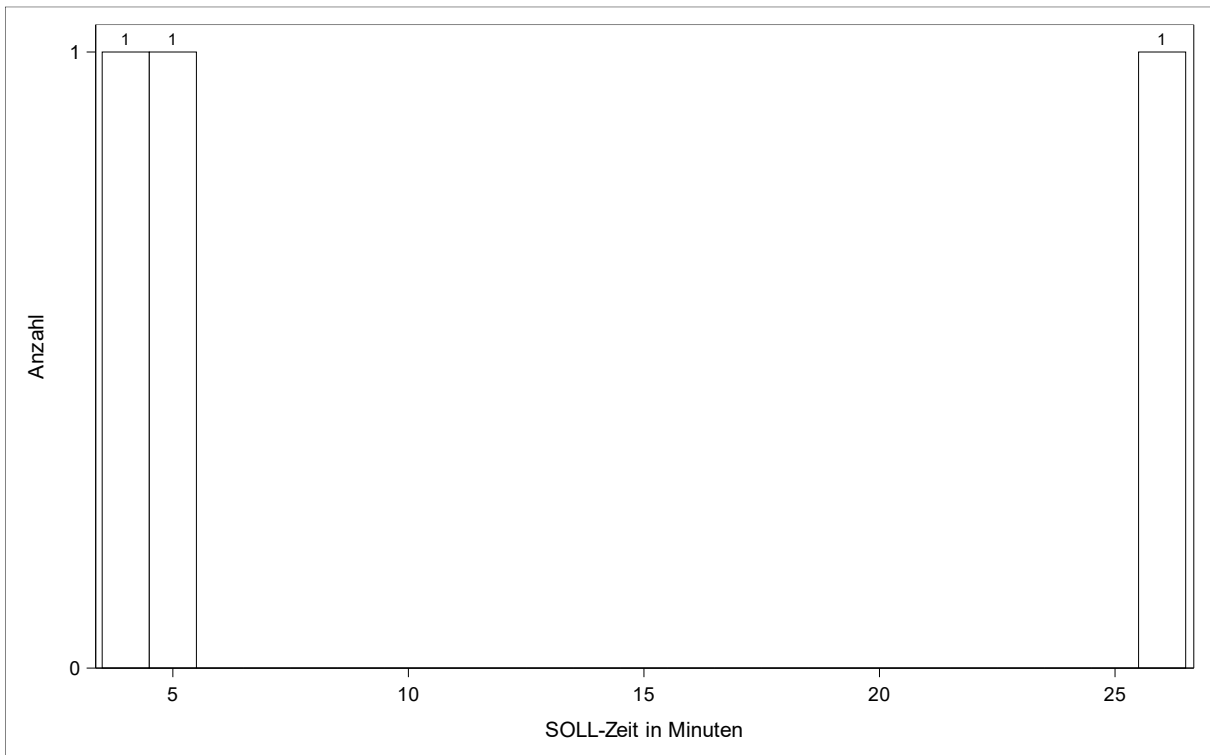


Direkte Pflege

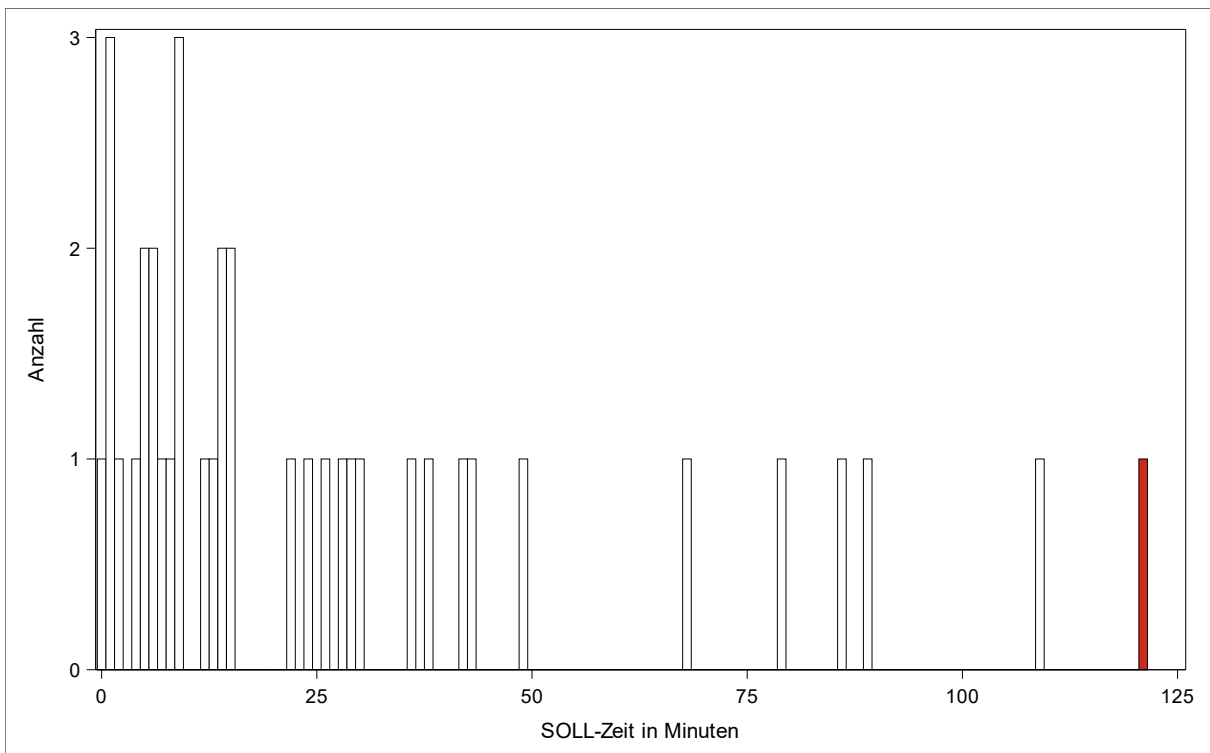


Indirekte Pflege

7.2 Einzug

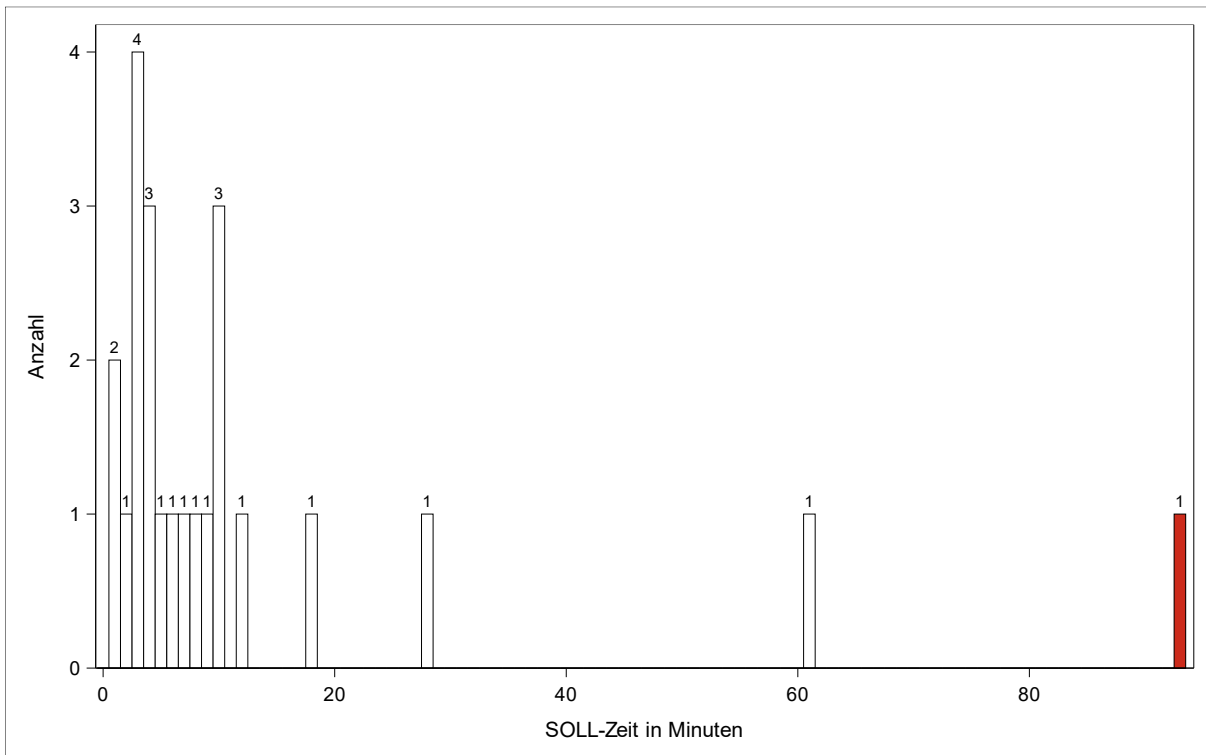


Direkte Pflege

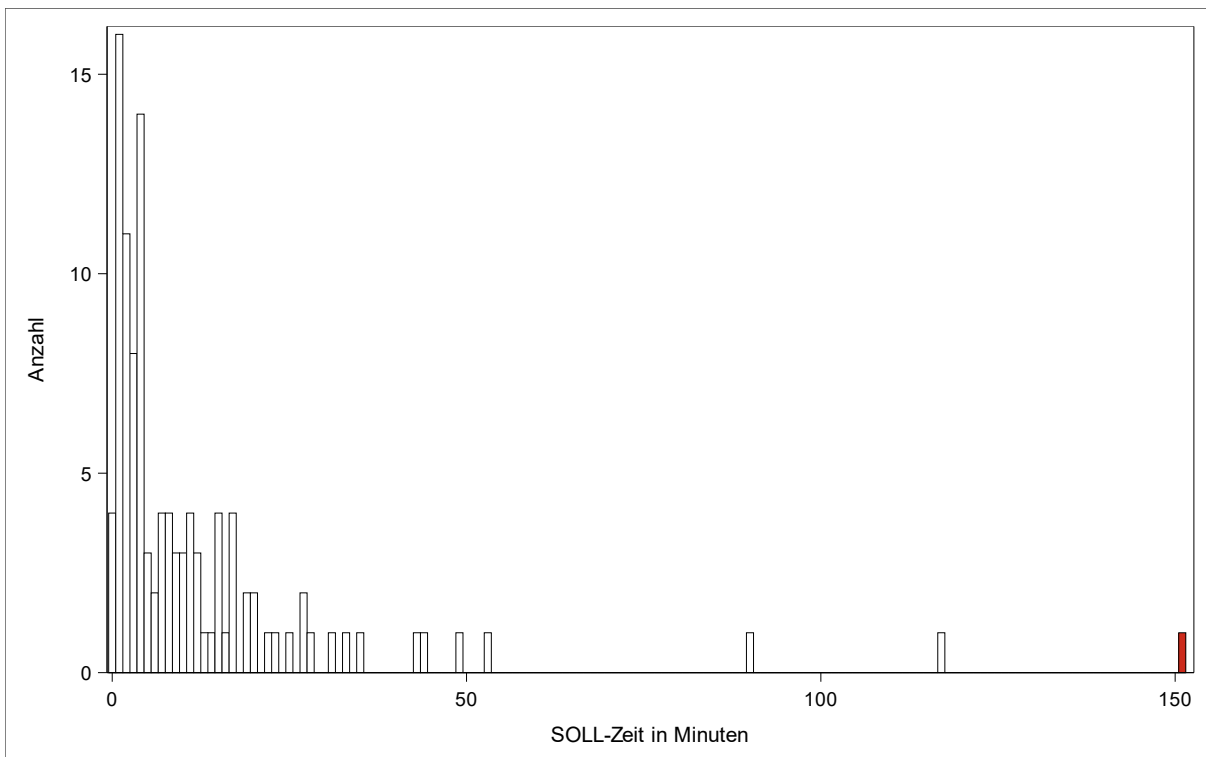


Indirekte Pflege

7.3 Steuerung des Pflegeprozesses

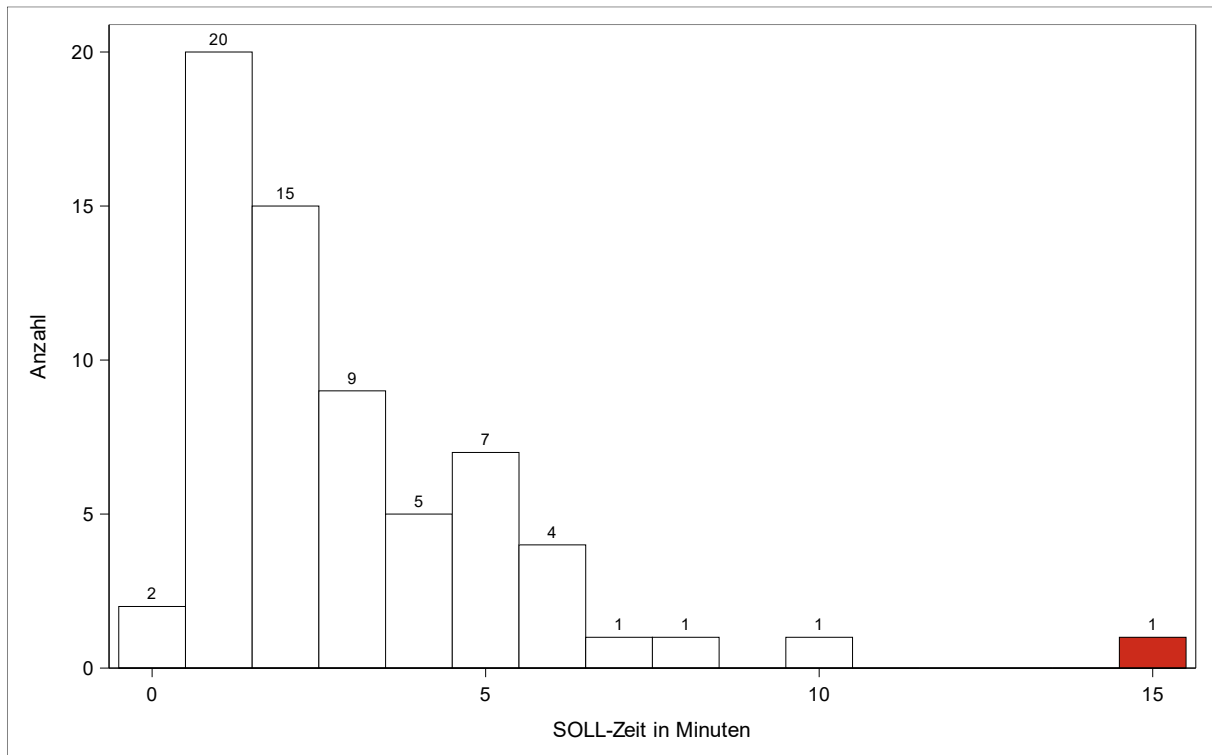


Direkte Pflege

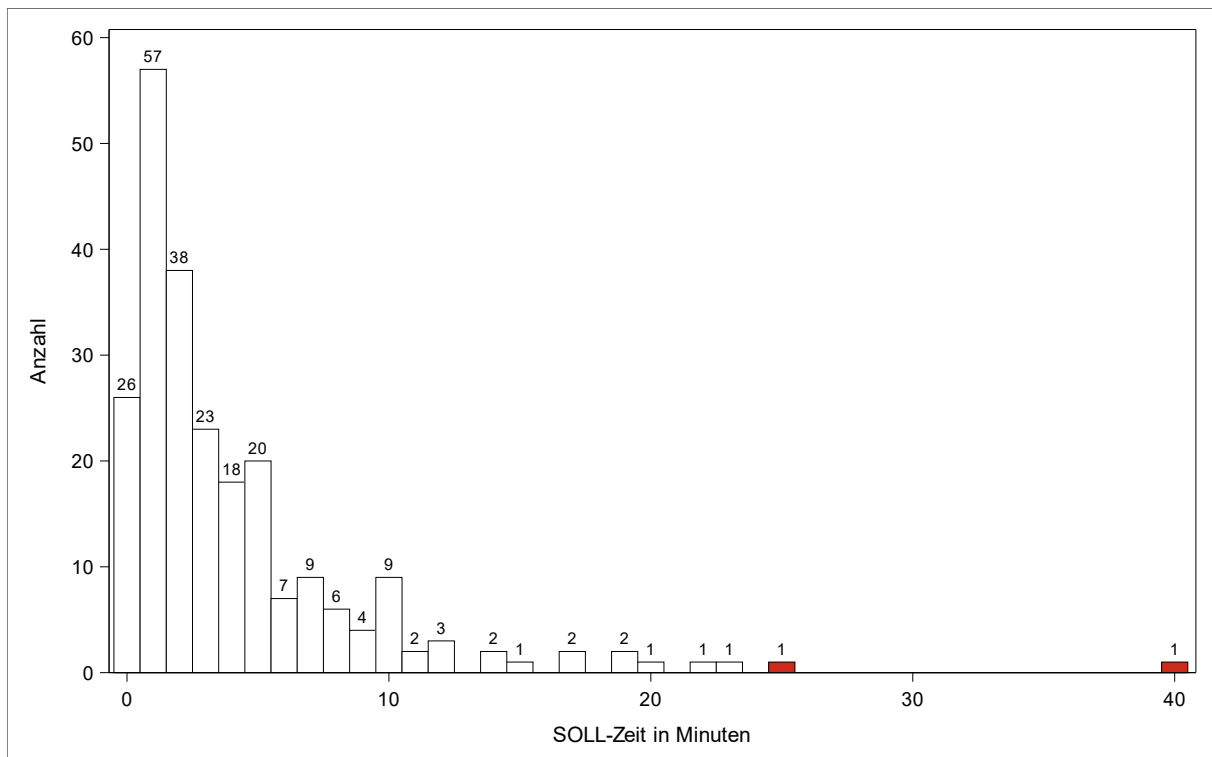


Indirekte Pflege

7.4 Angehörigenarbeit

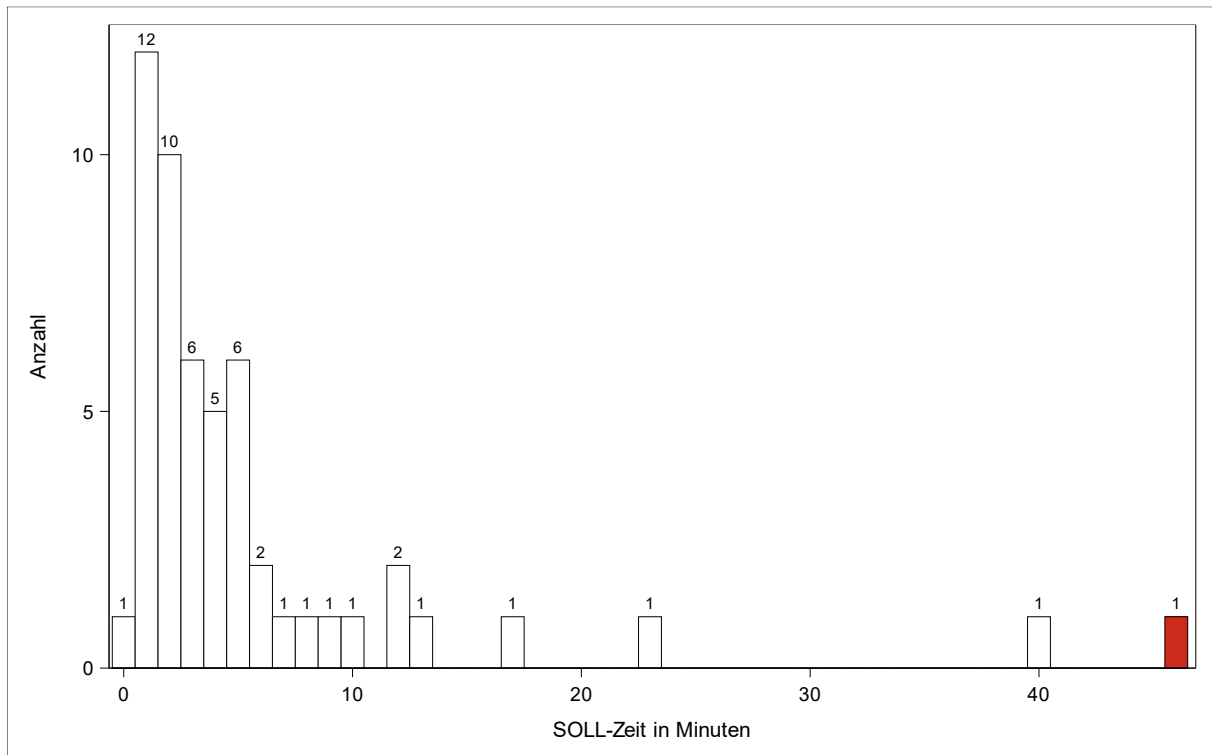


Direkte Pflege

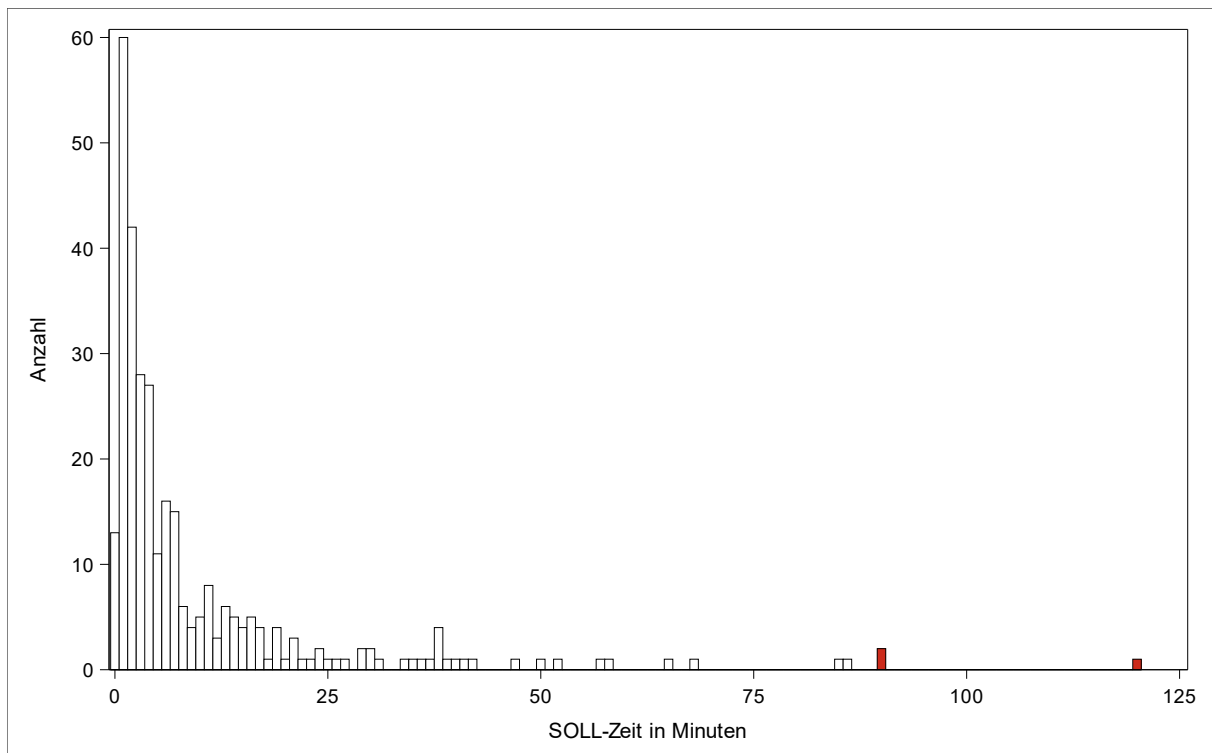


Indirekte Pflege

7.5 Berufsgruppenübergreifende Kommunikation

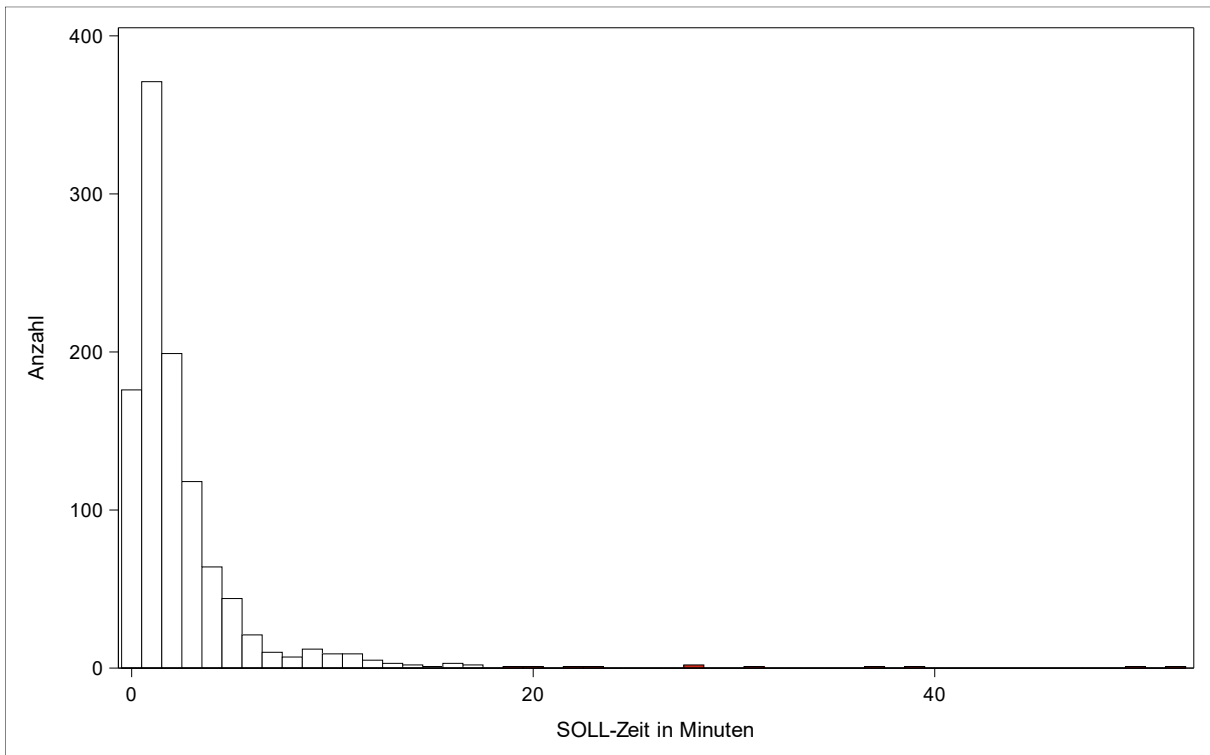


Direkte Pflege

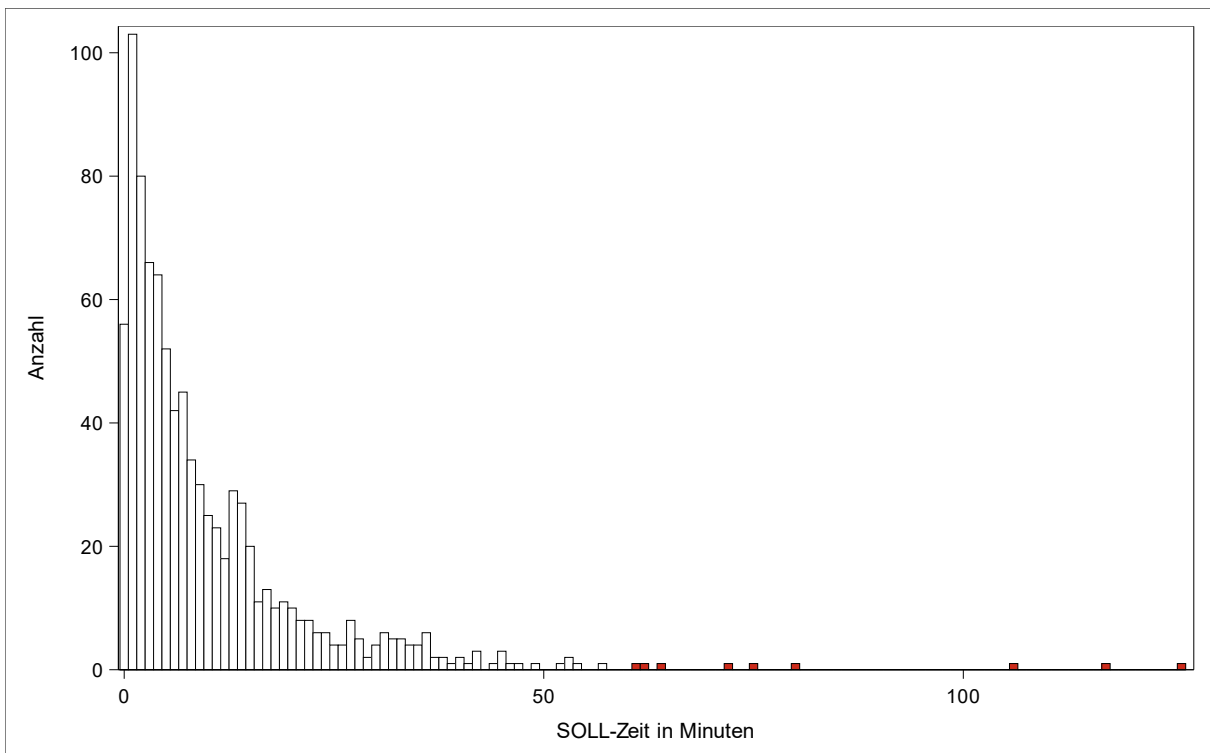


Indirekte Pflege

7.6 Bewohnergespräch

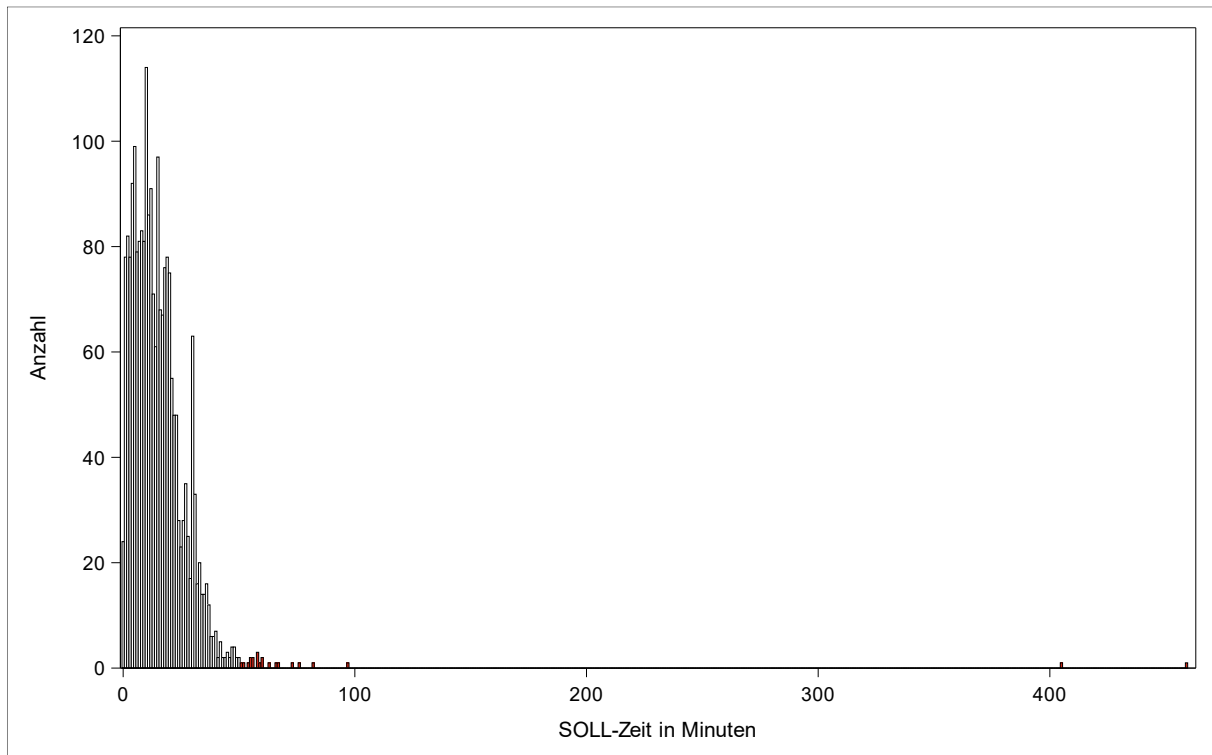


Direkte Pflege



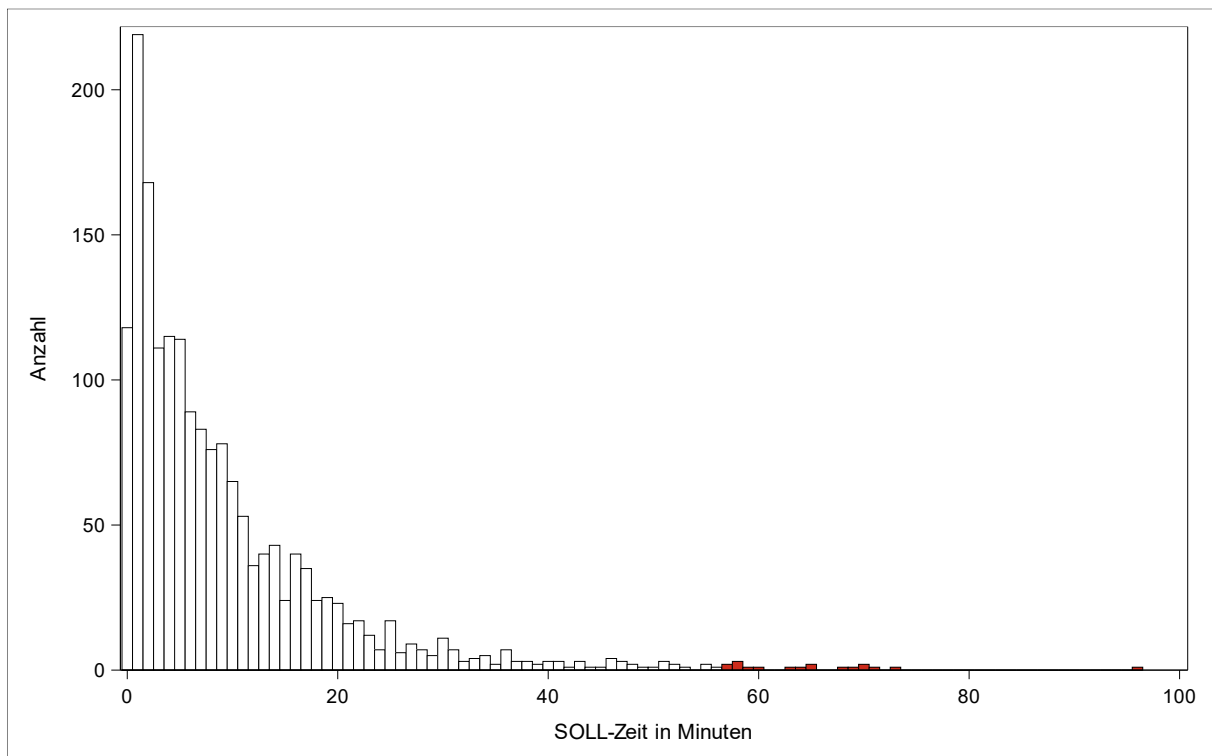
Indirekte Pflege

7.7 Dienstübergabe



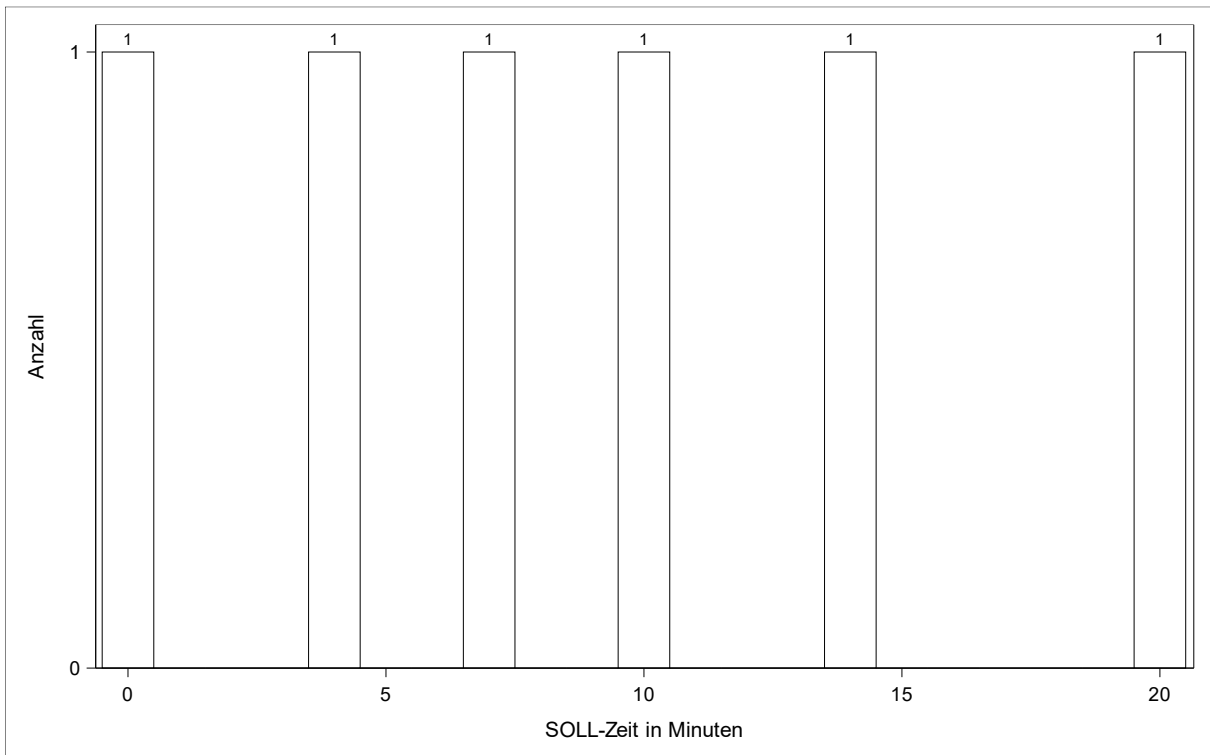
Indirekte Pflege

7.8 Mitarbeiterkommunikation

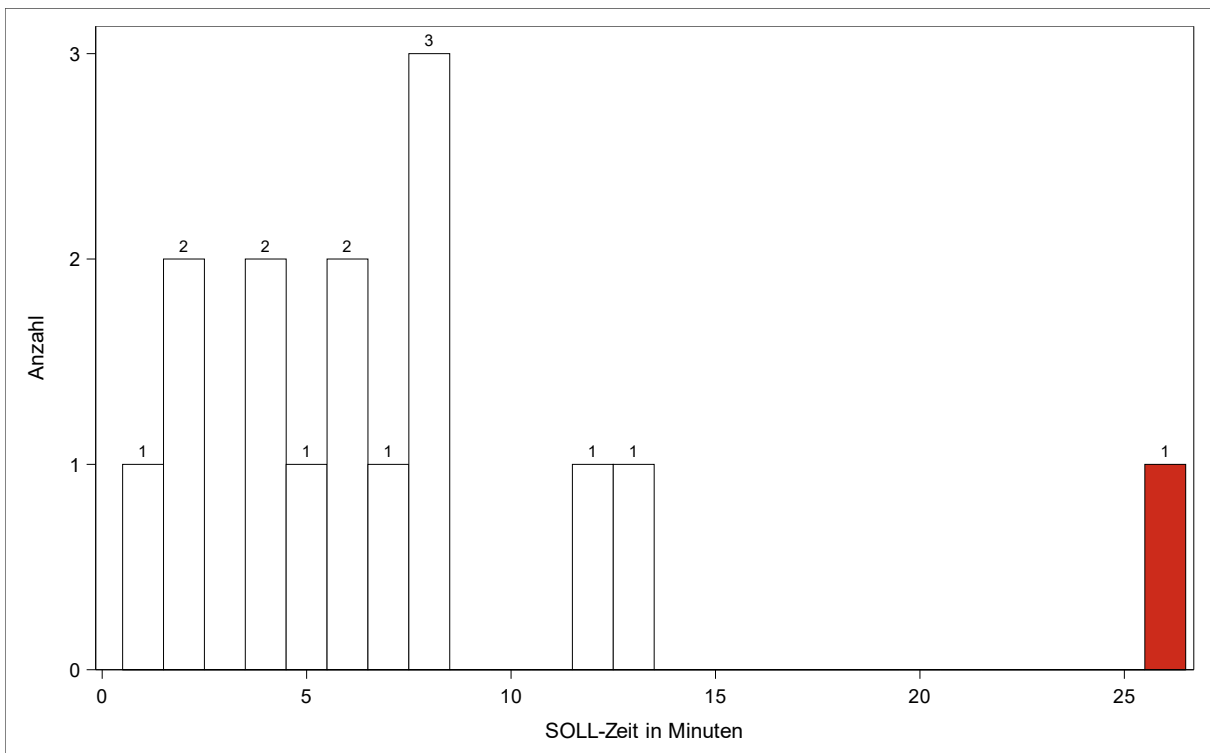


Indirekte Pflege

7.9 Multidisziplinäre Fallbesprechung

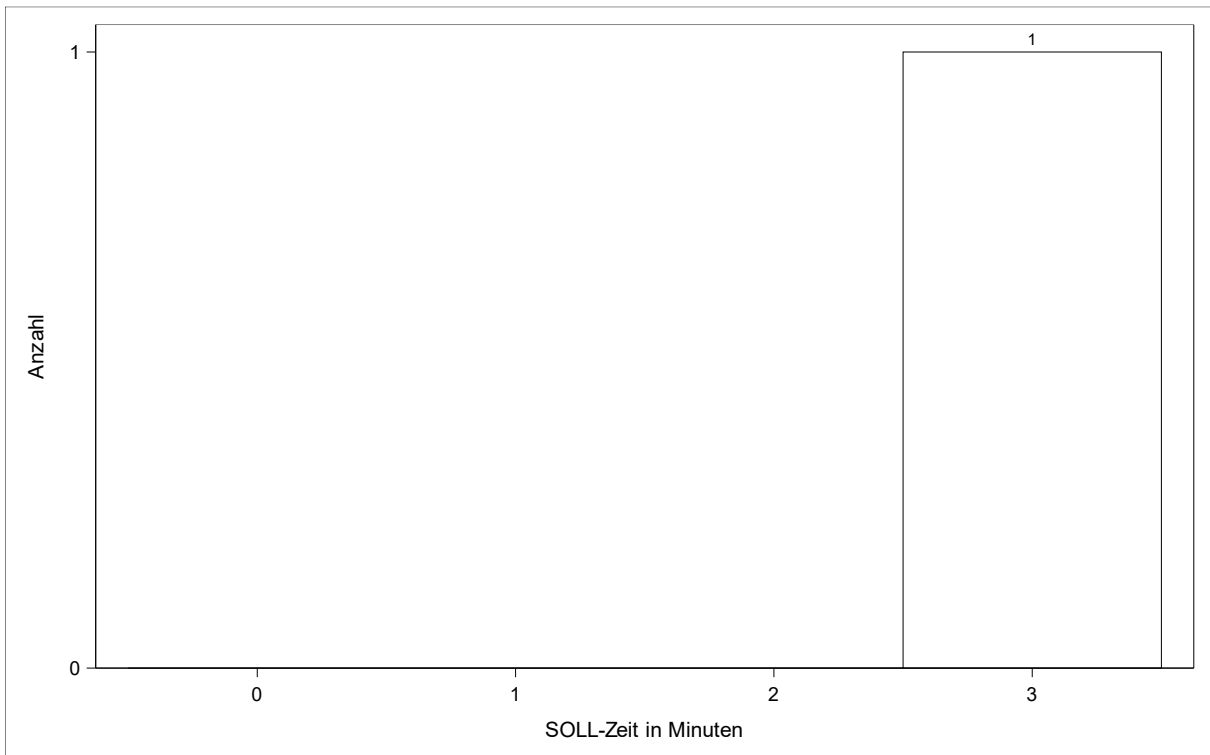


Direkte Pflege

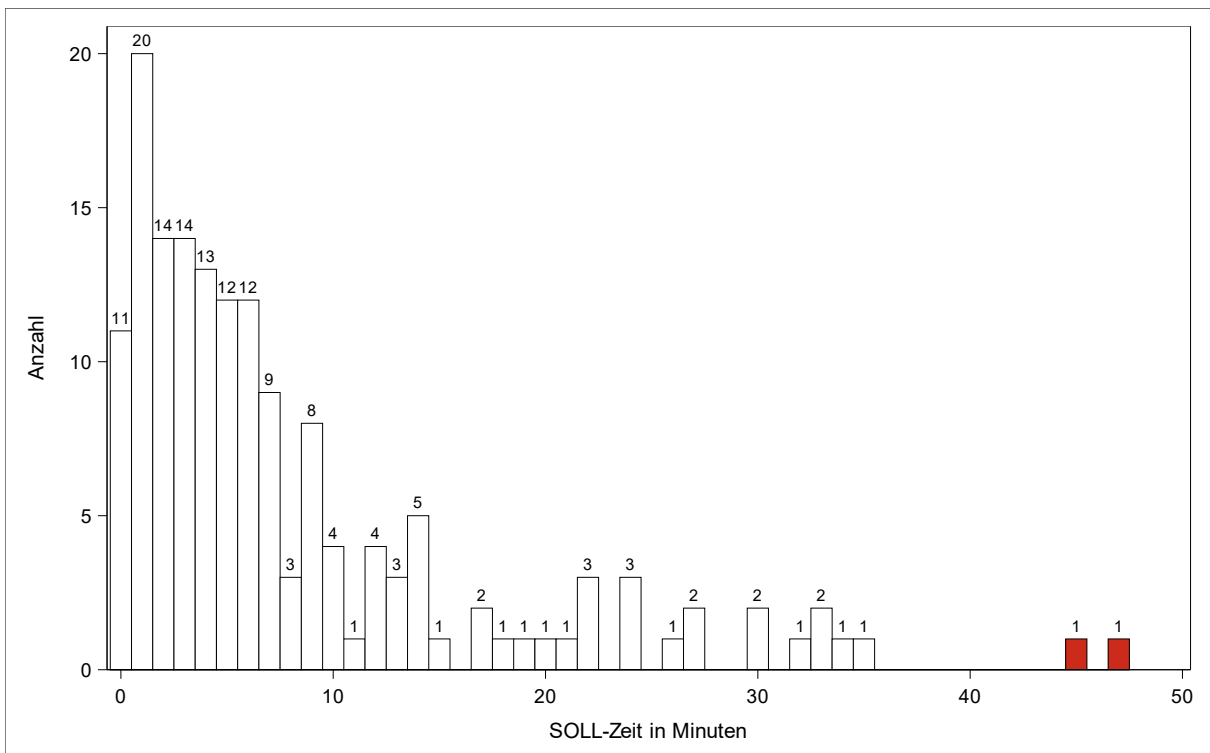


Indirekte Pflege

7.10 Dienstgang



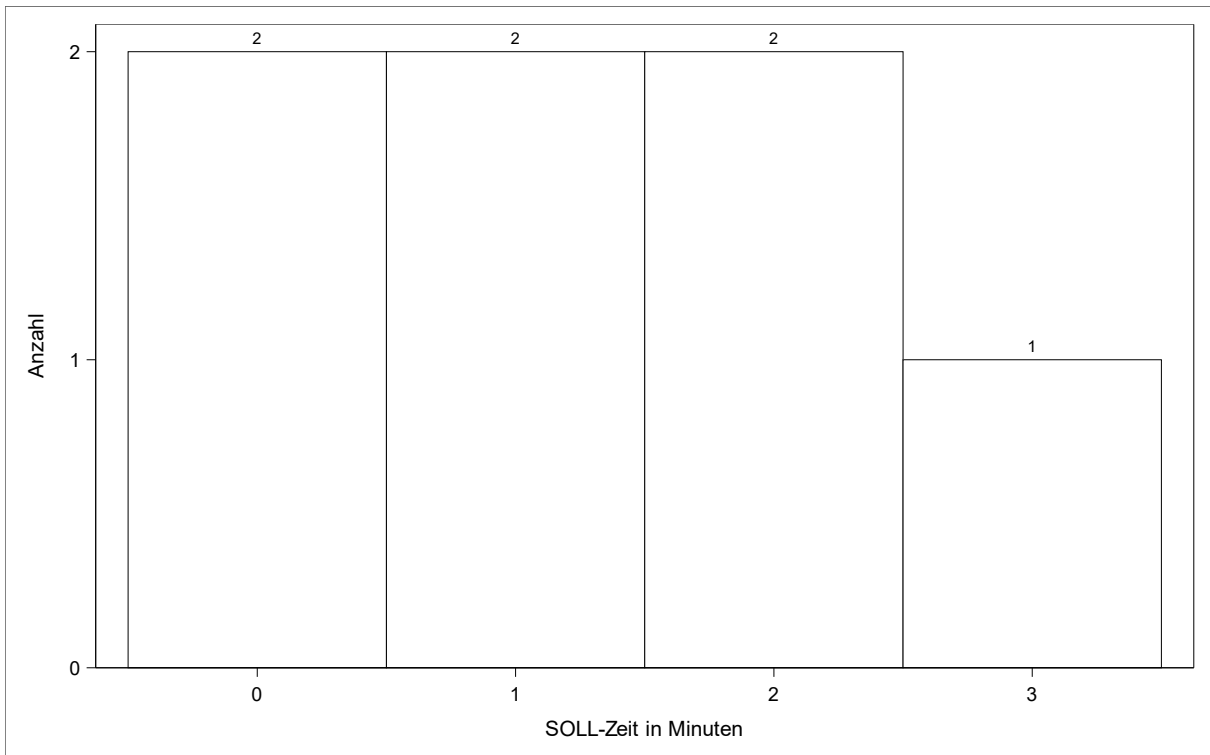
Direkte Pflege



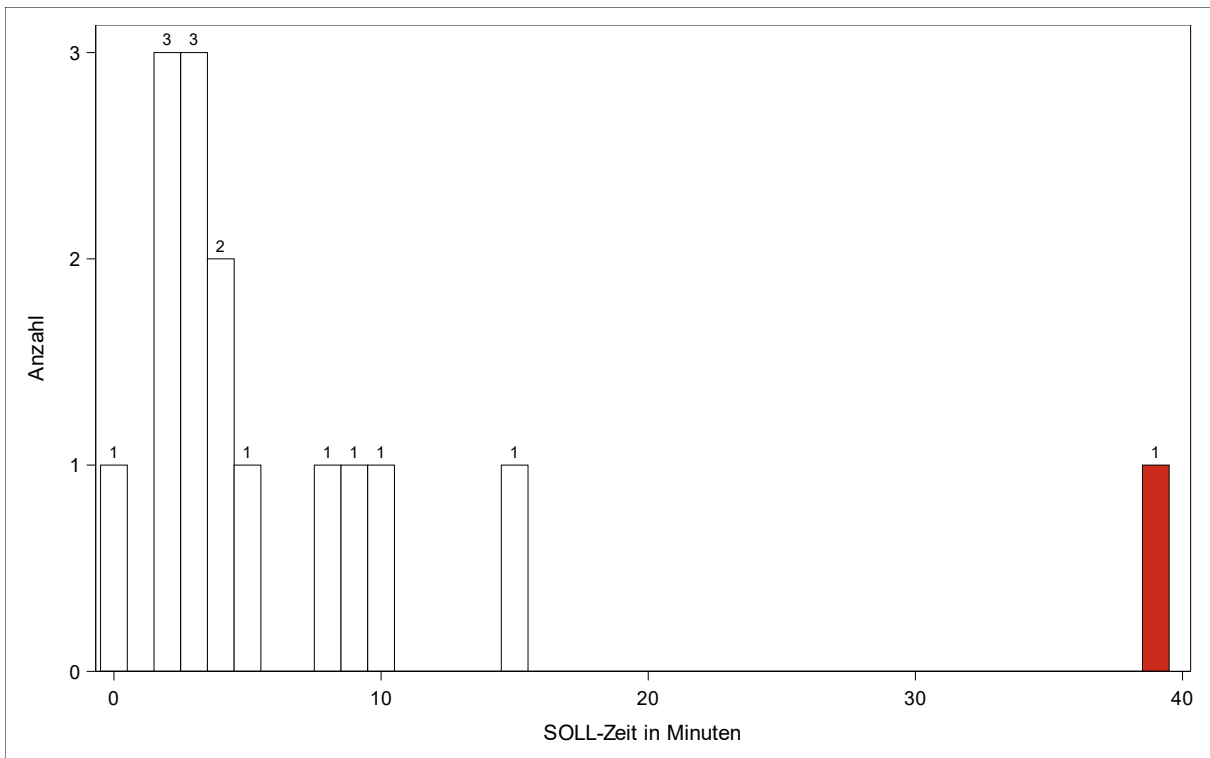
Indirekte Pflege

7.11 Ehrenamt

7.12 Gerätemanagement und Notfallwagenkontrolle

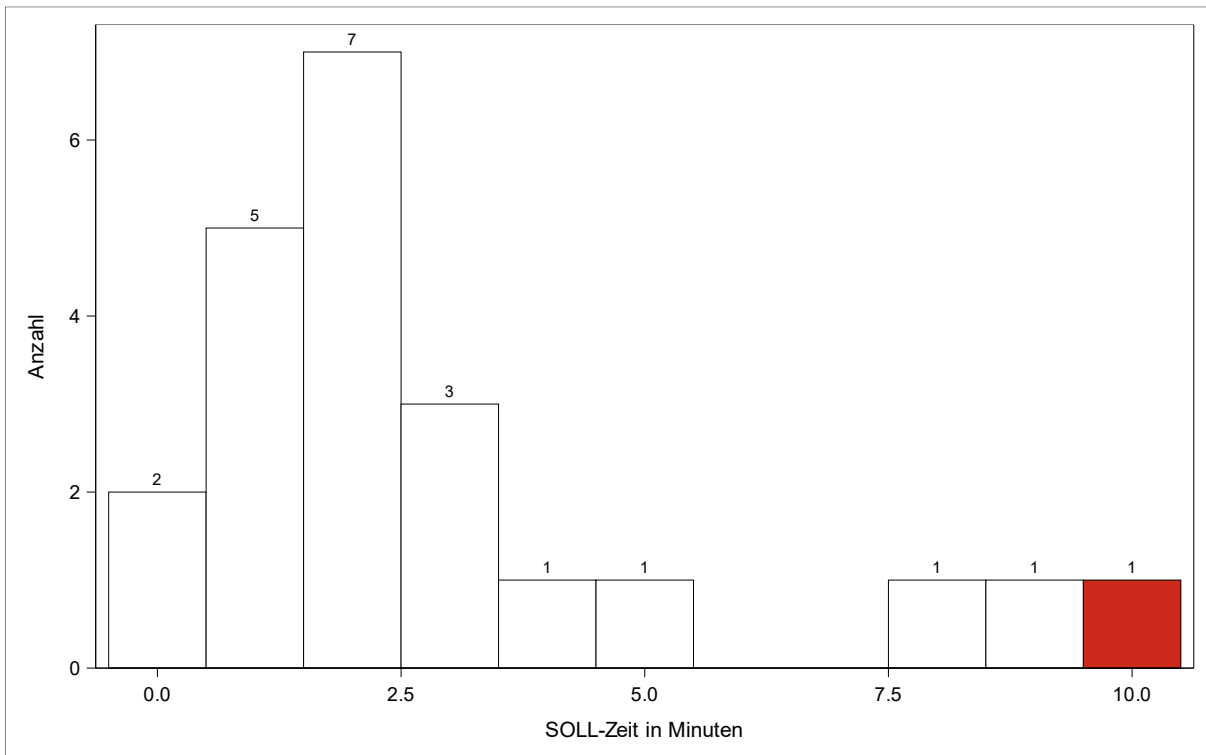


Direkte Pflege

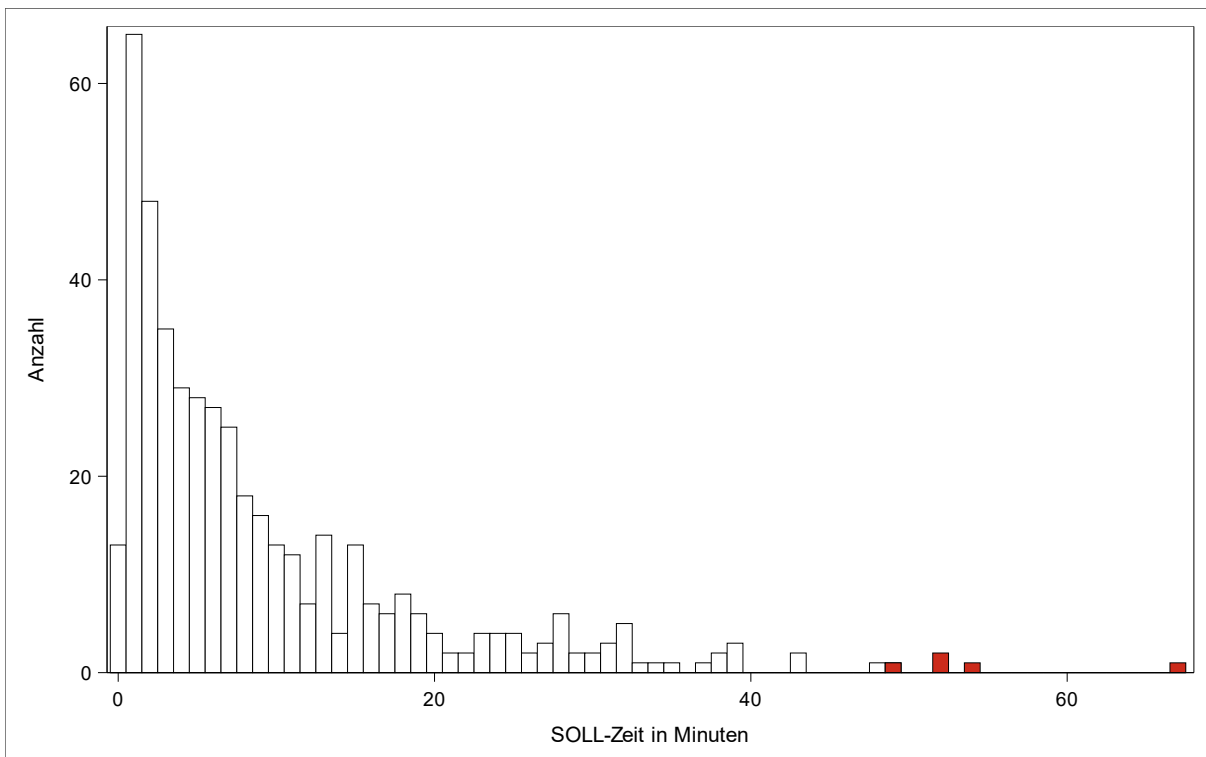


Indirekte Pflege

7.13 Materialmanagement

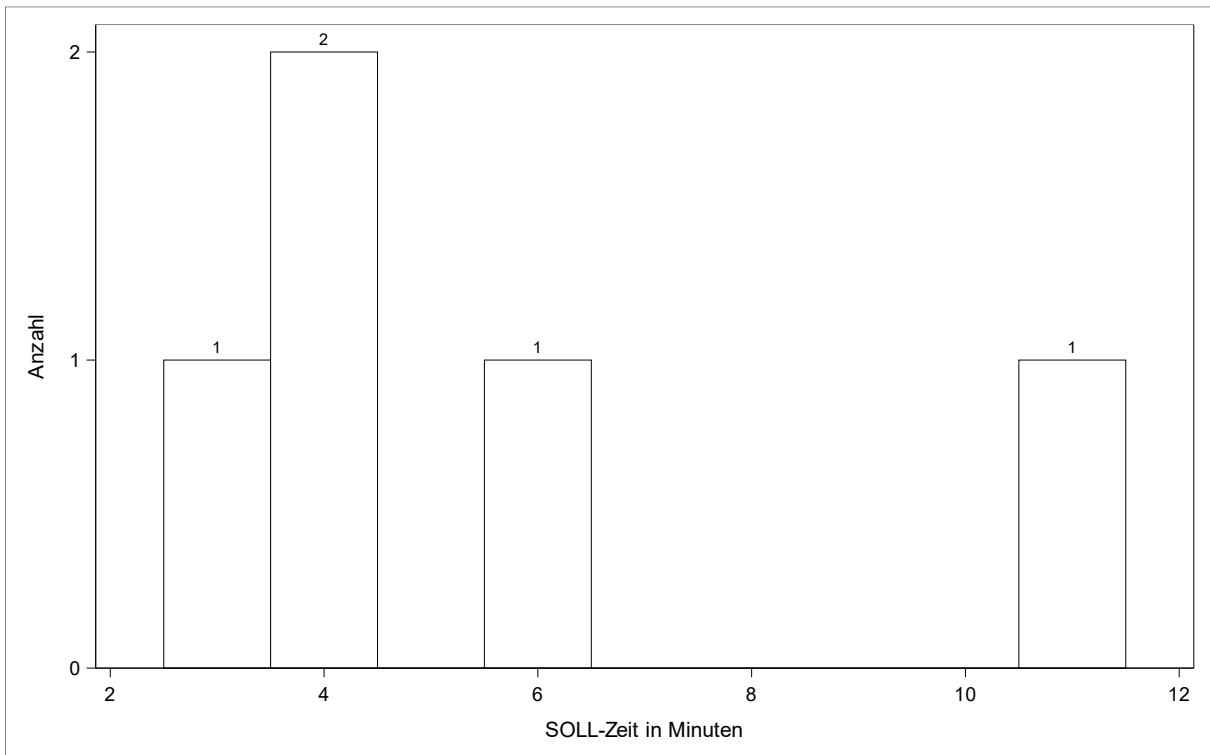


Direkte Pflege

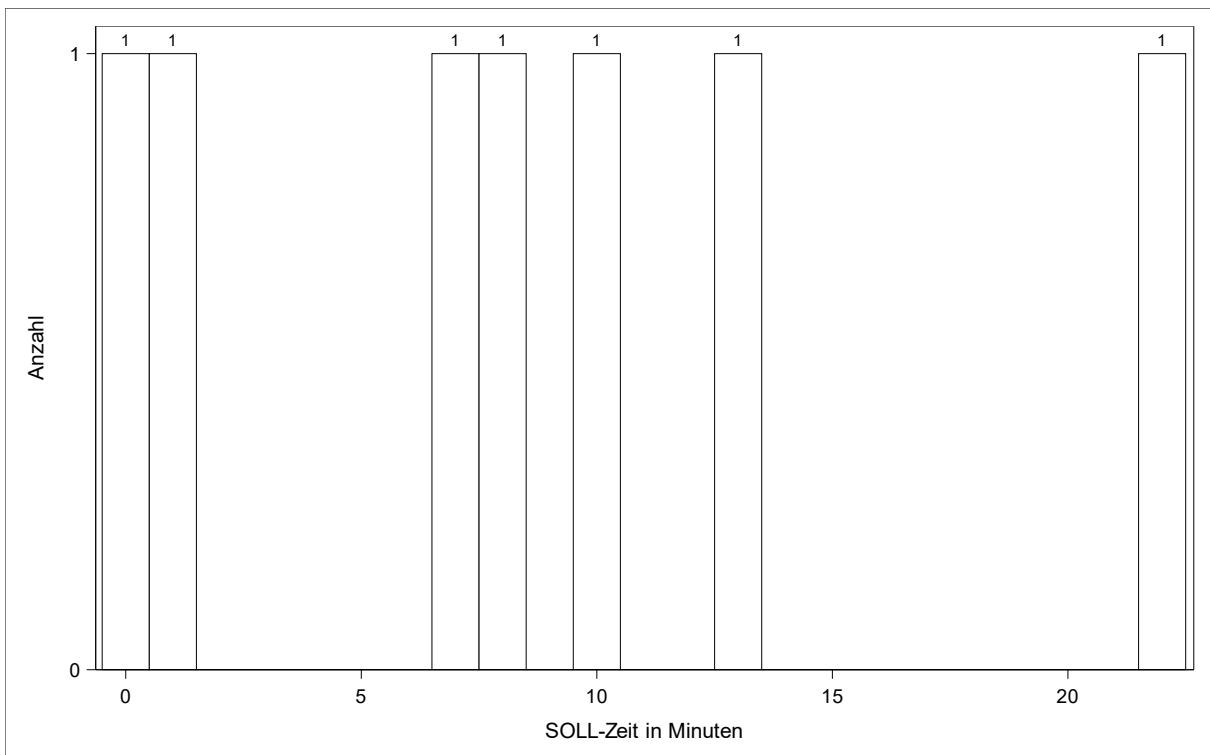


Indirekte Pflege

7.14 Planung Aufenthaltswechsel

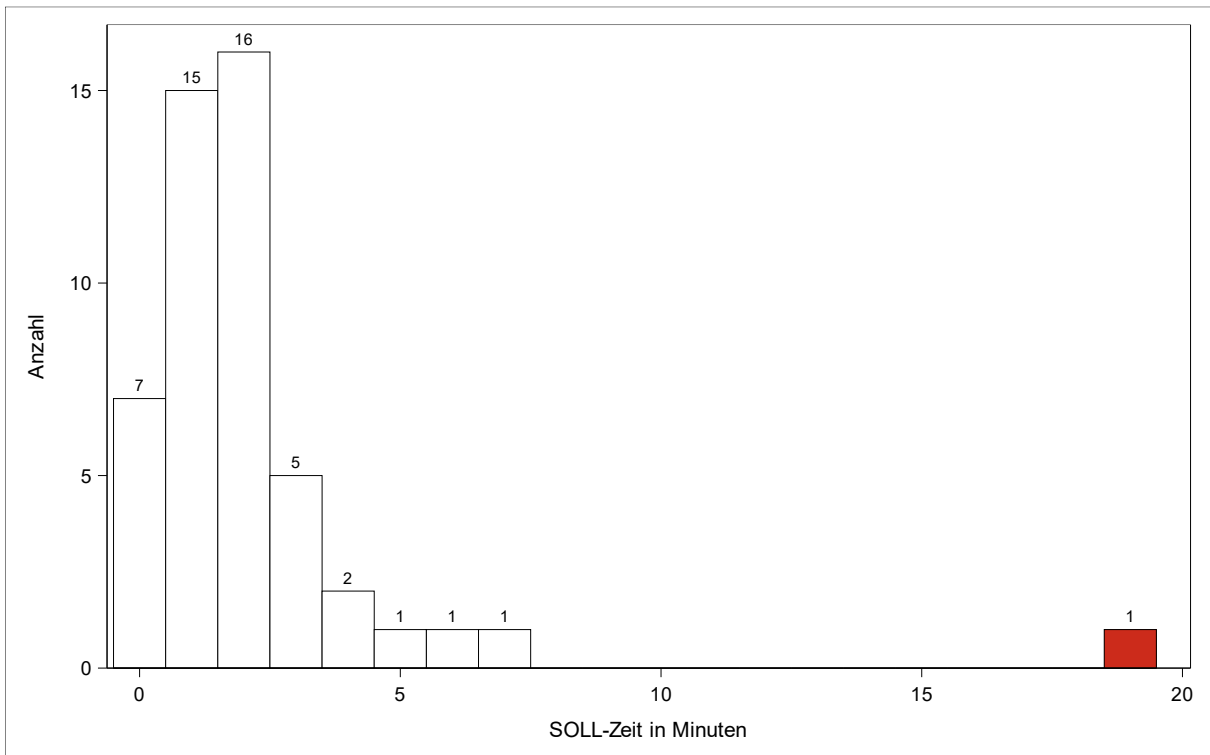


Direkte Pflege

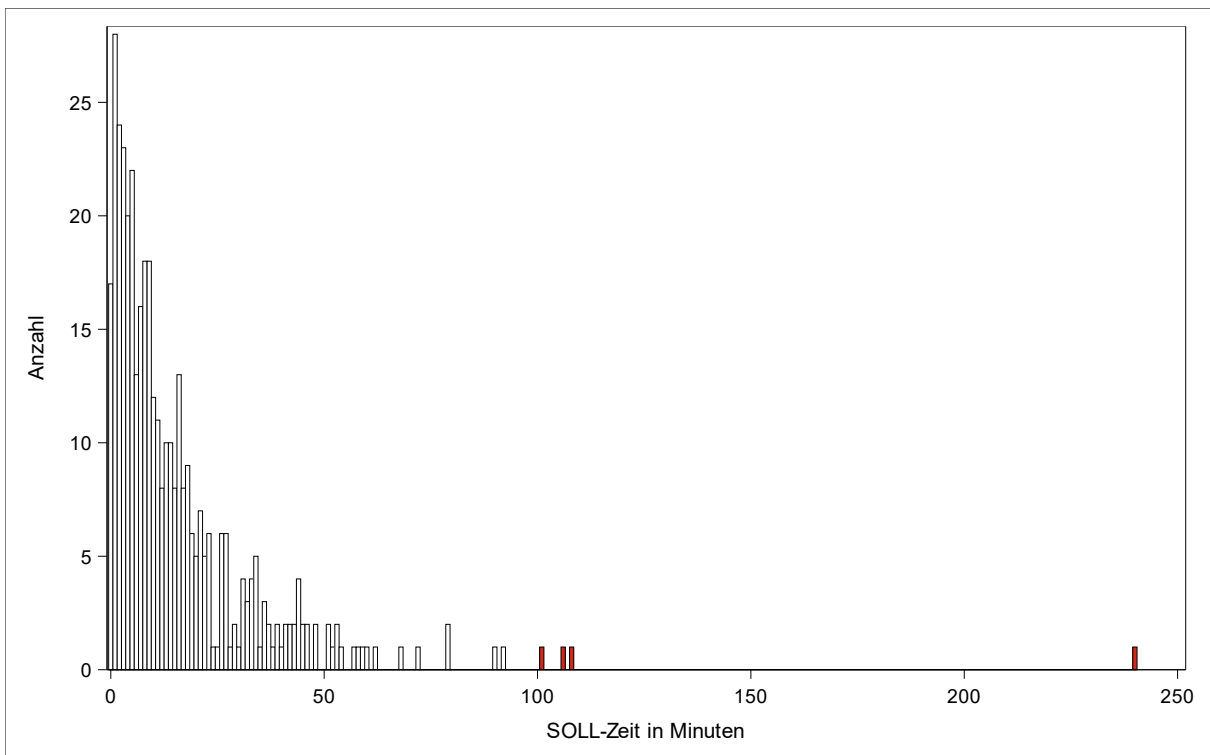


Indirekte Pflege

7.15 Rundgang/Sicherheit gewährleisten

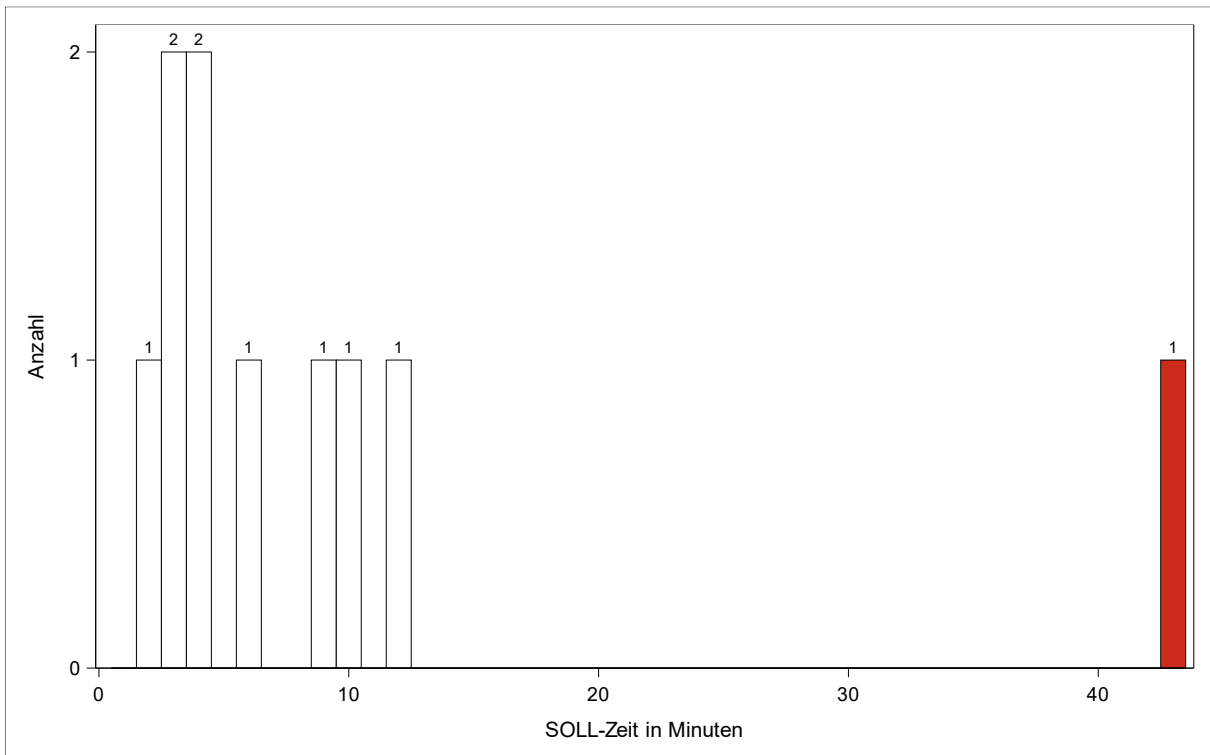


Direkte Pflege

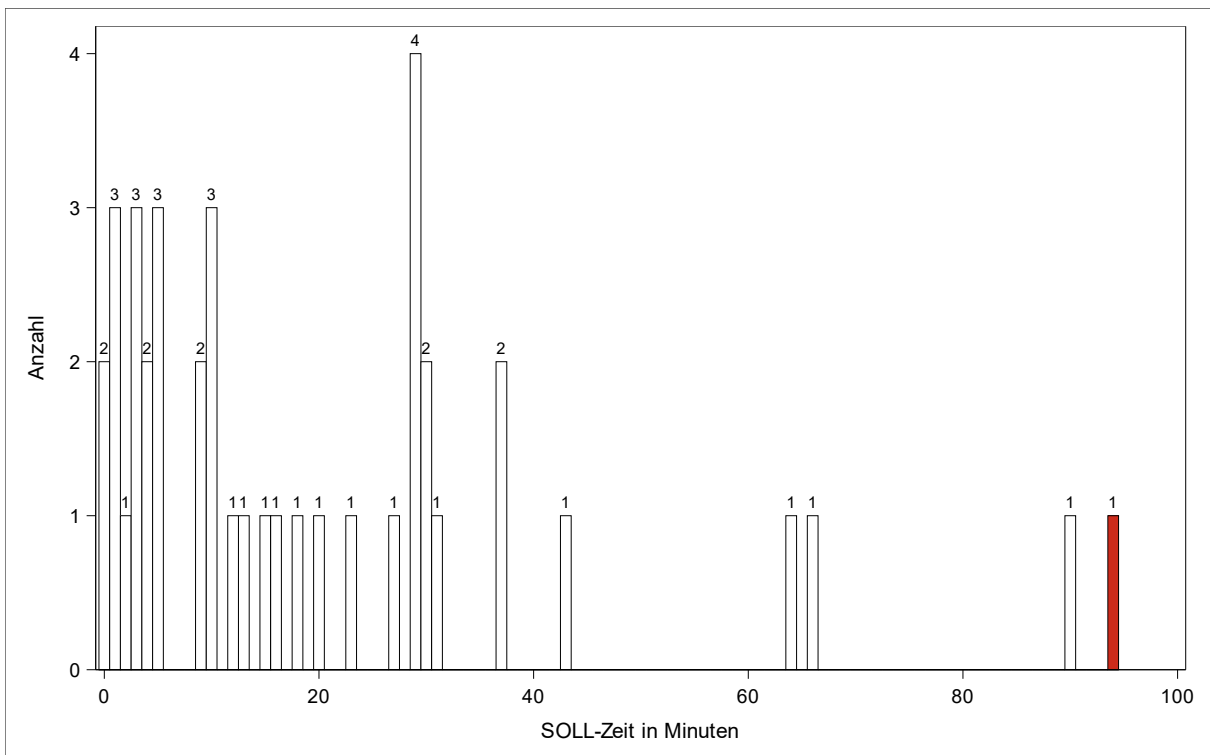


Indirekte Pflege

8.1 Anleitung/Einarbeitung/Ausbildung

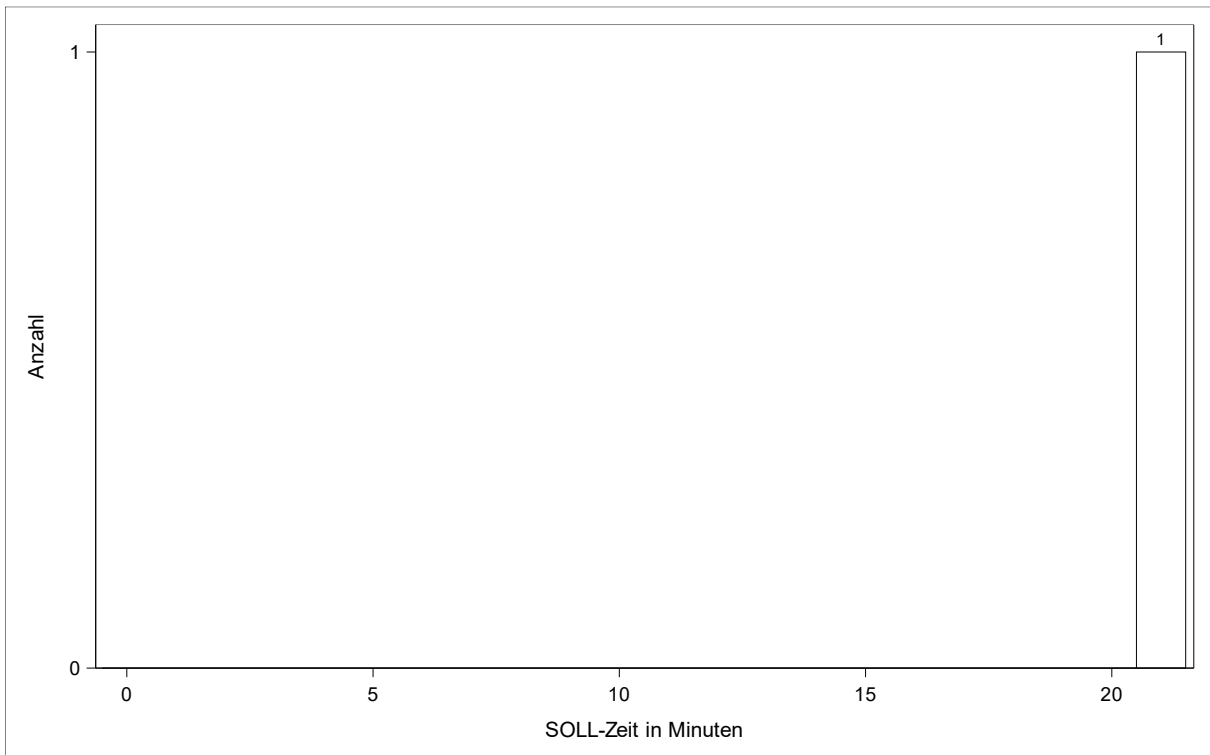


Direkte Pflege



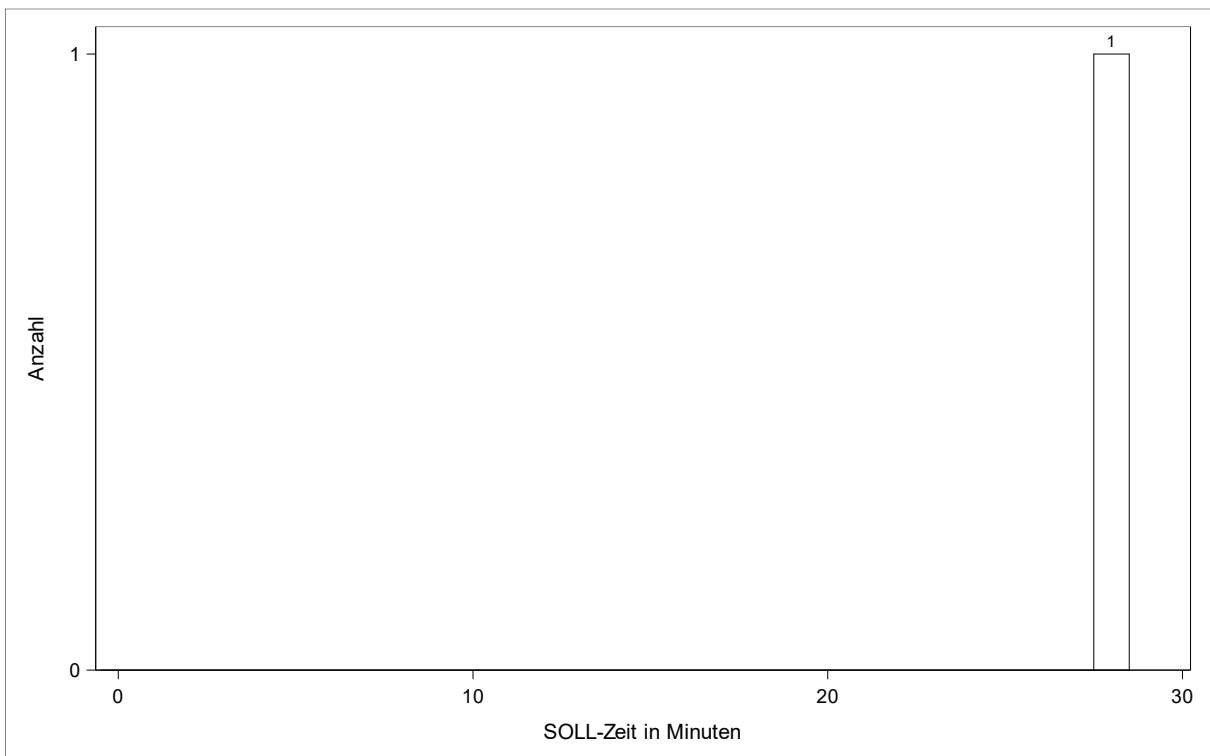
Indirekte Pflege

8.2 Audit



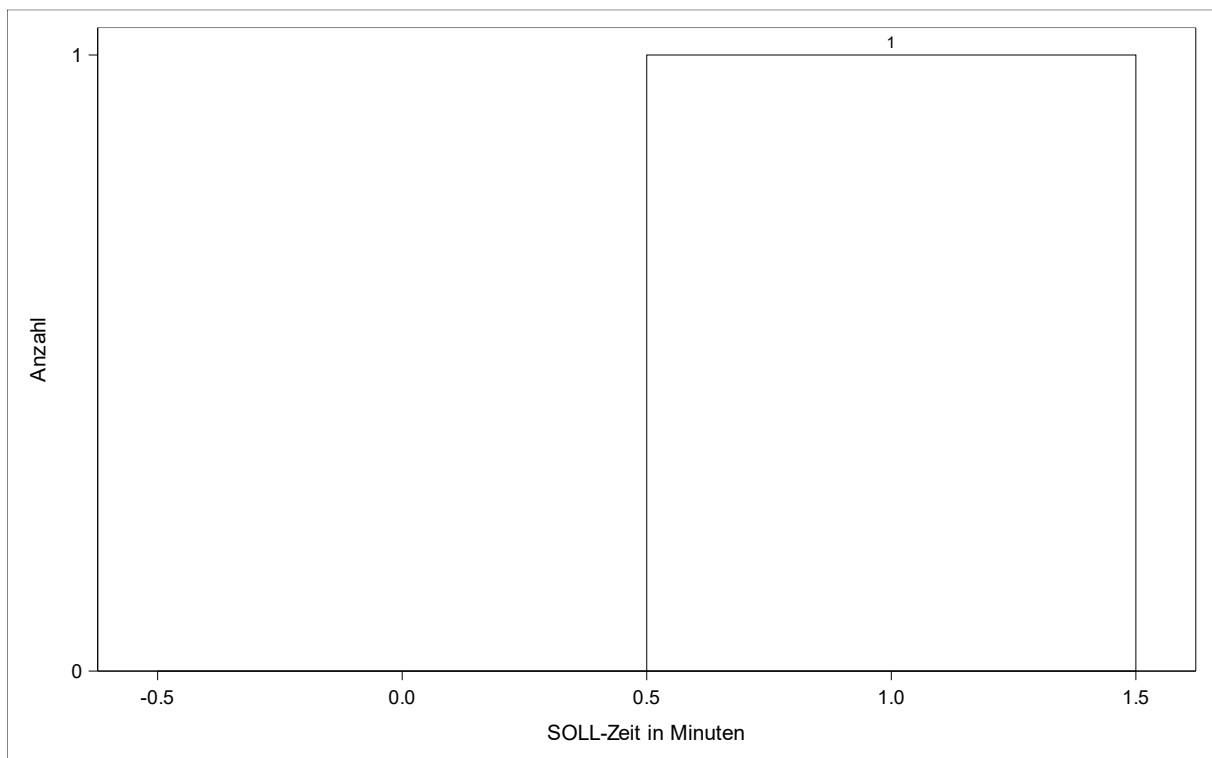
Indirekte Pflege

8.3 Beschwerdemanagement

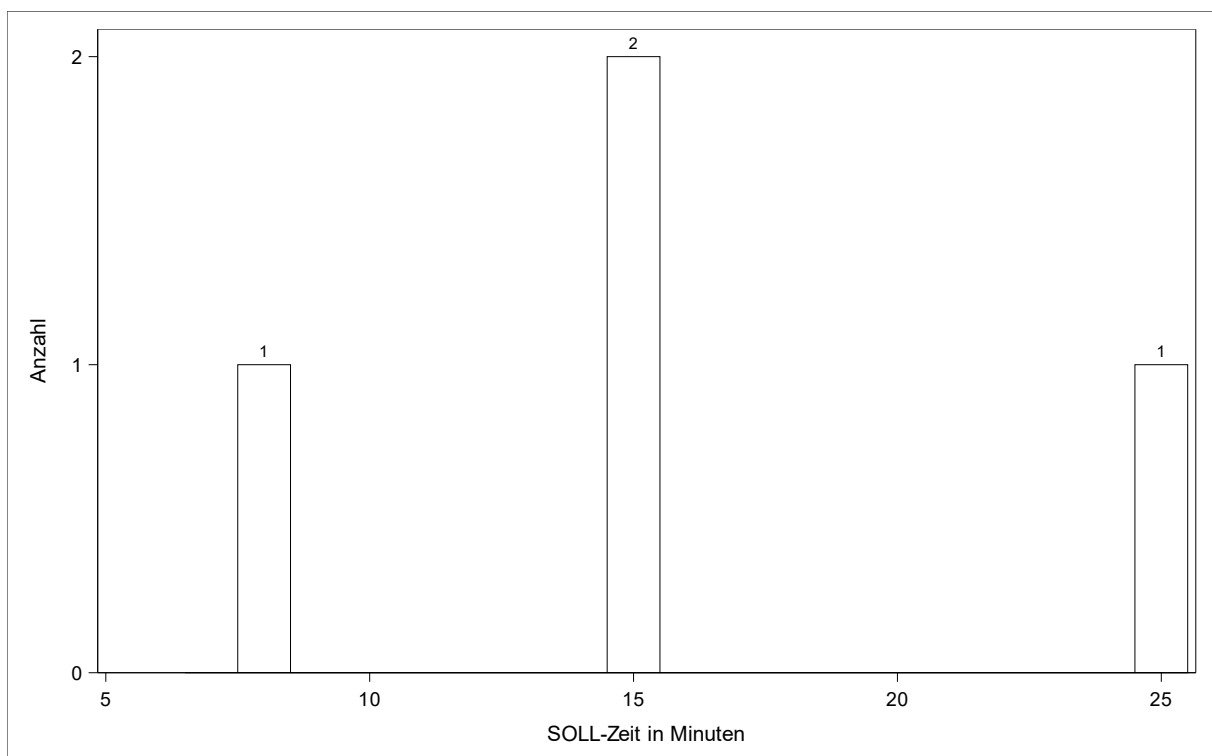


Indirekte Pflege

8.4 Bewohnerbefragung

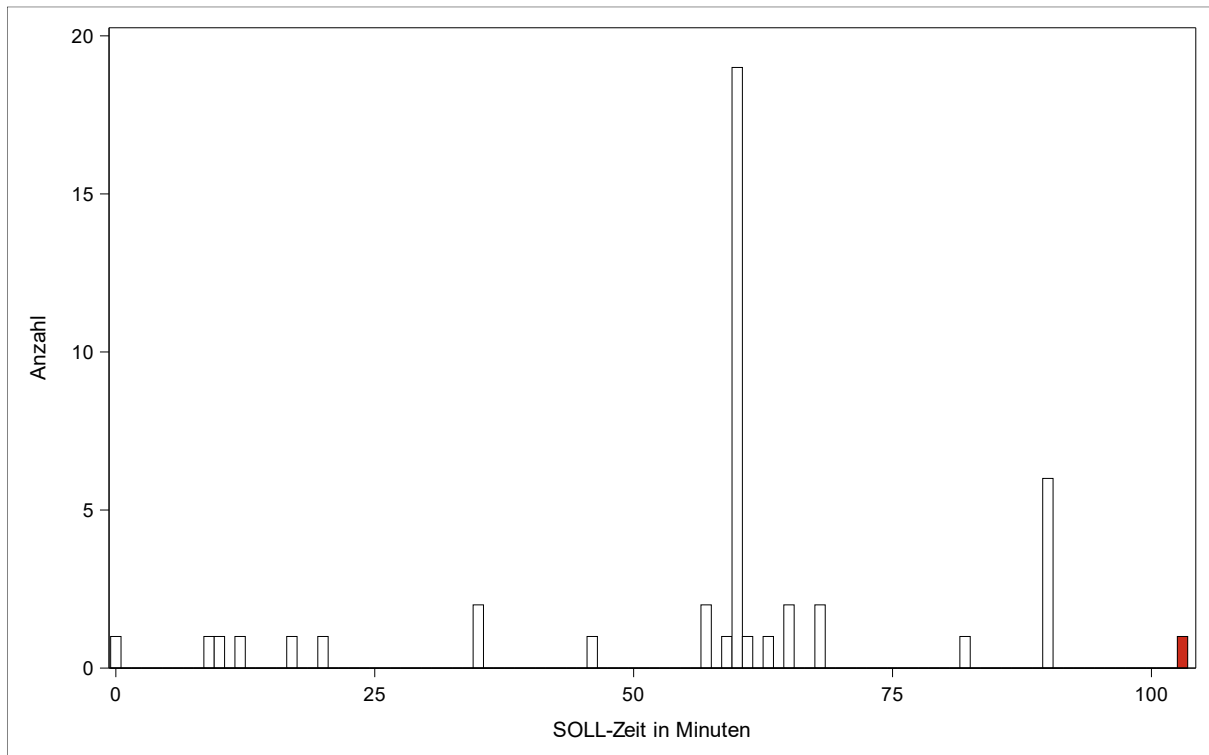


Direkte Pflege



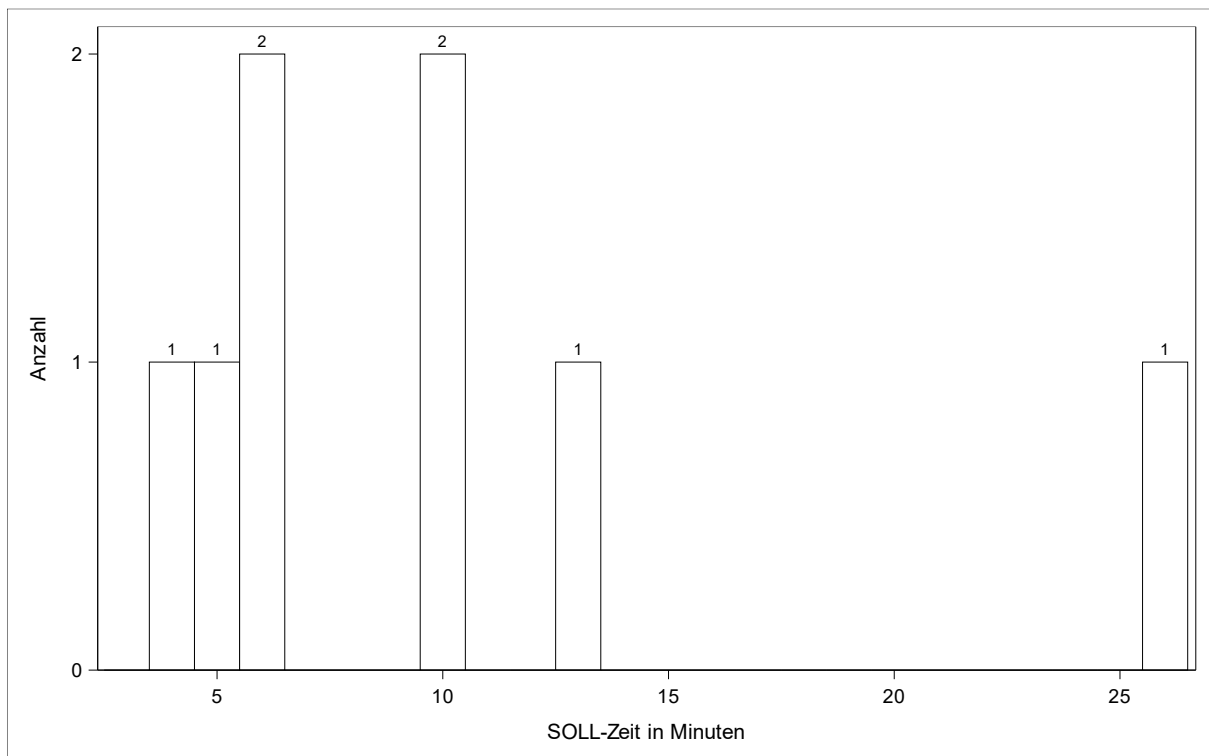
Indirekte Pflege

8.5 Fortbildung



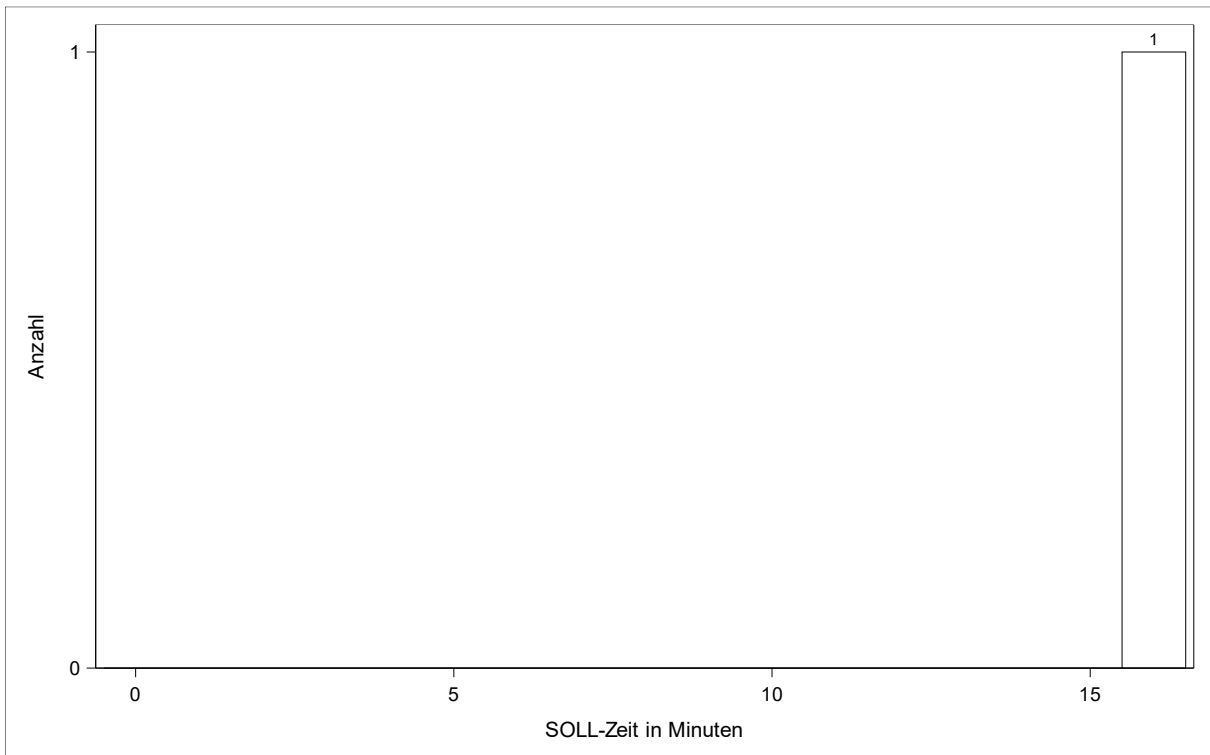
Indirekte Pflege

8.6 Pflegevisite



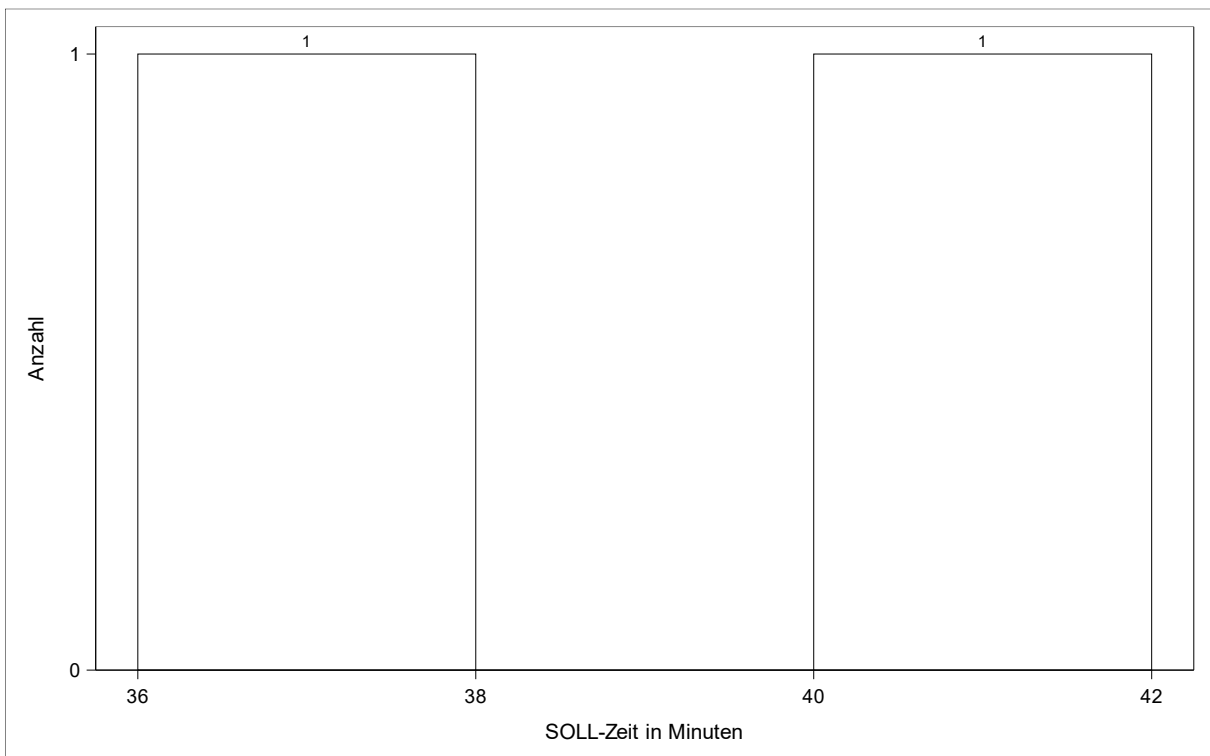
Indirekte Pflege

8.7 Projektmanagement



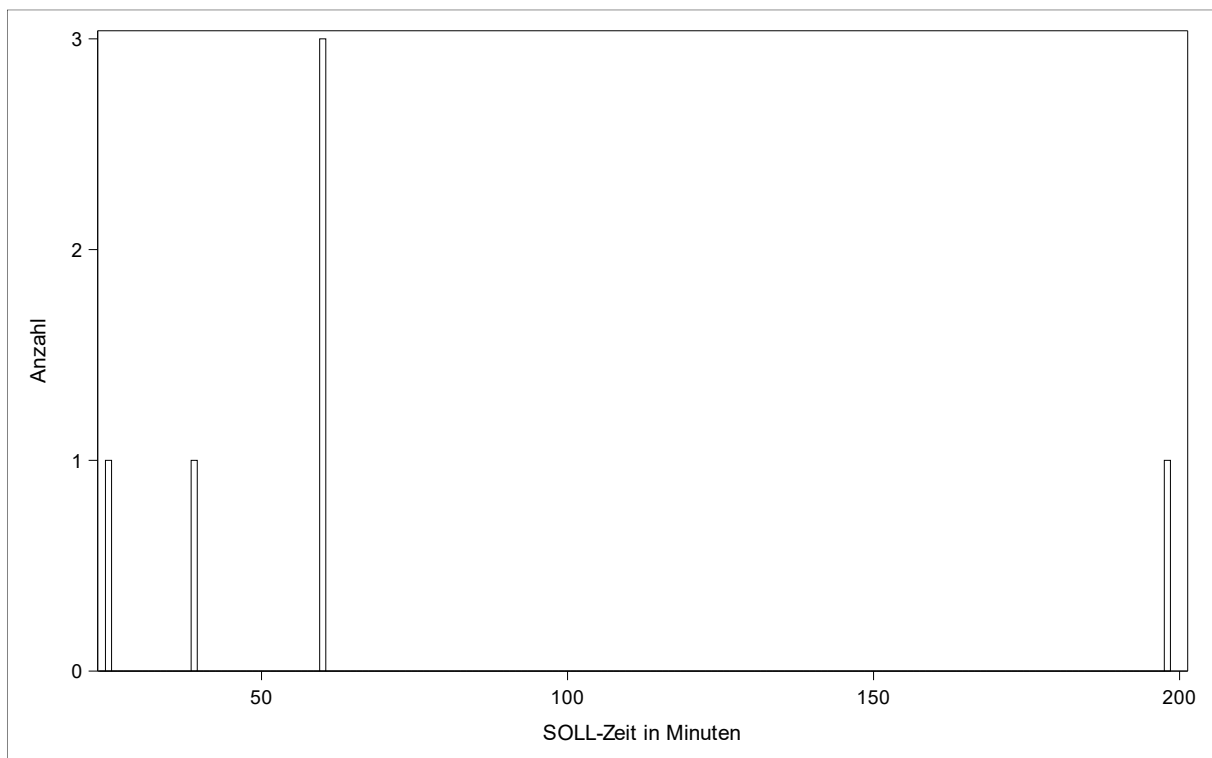
Indirekte Pflege

8.8 Qualitätscontrolling/Kennzahlen/Berichterstattung



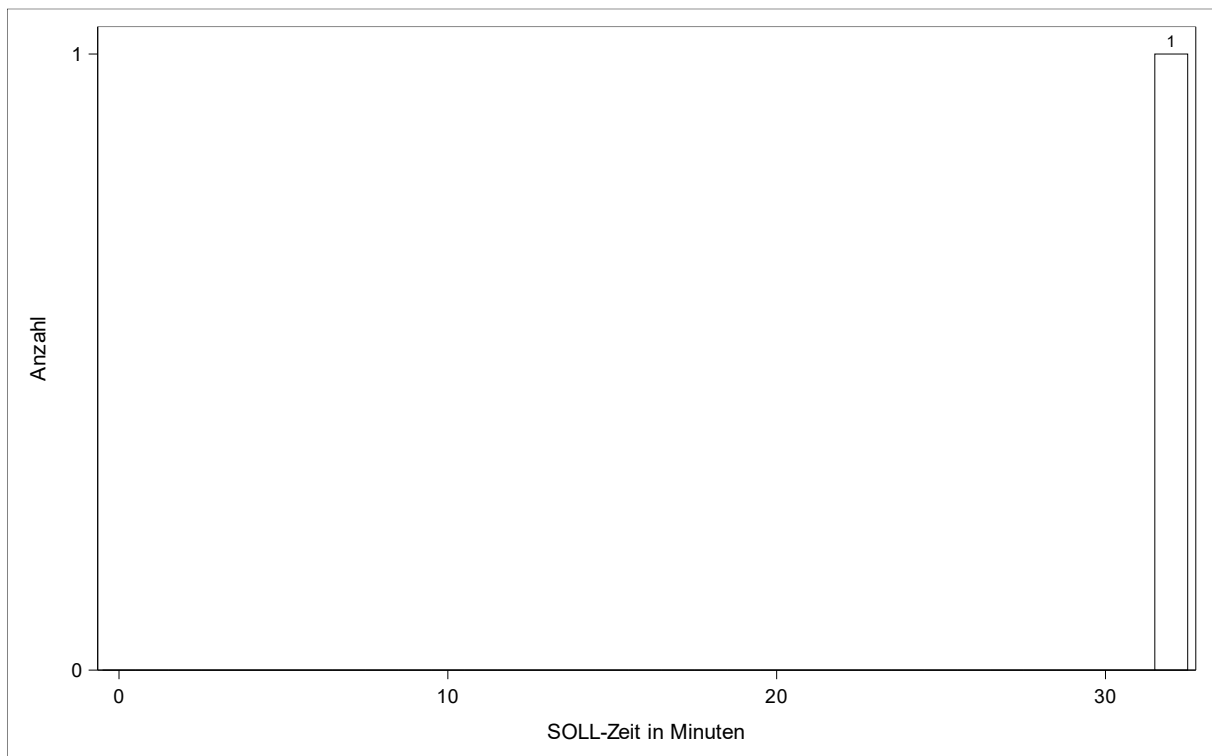
Indirekte Pflege

8.9 Qualitätsdokumentation/-handbuch



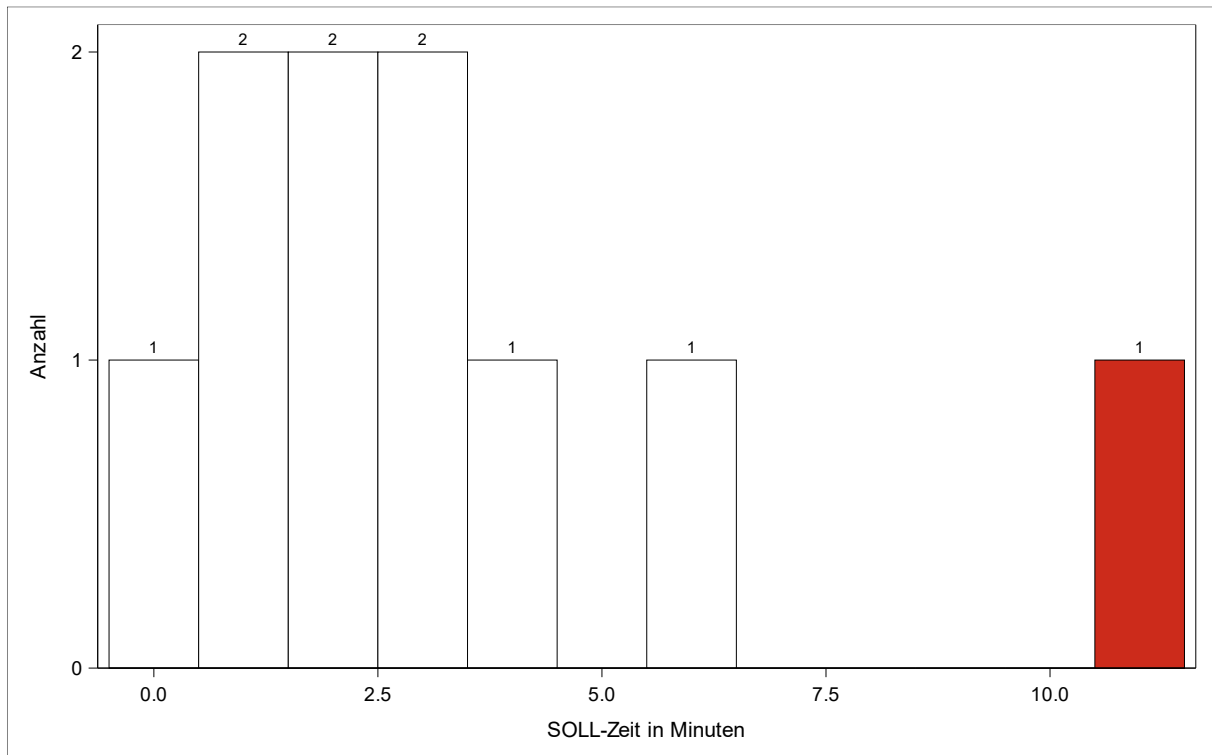
Indirekte Pflege

8.10 Qualitätszirkel



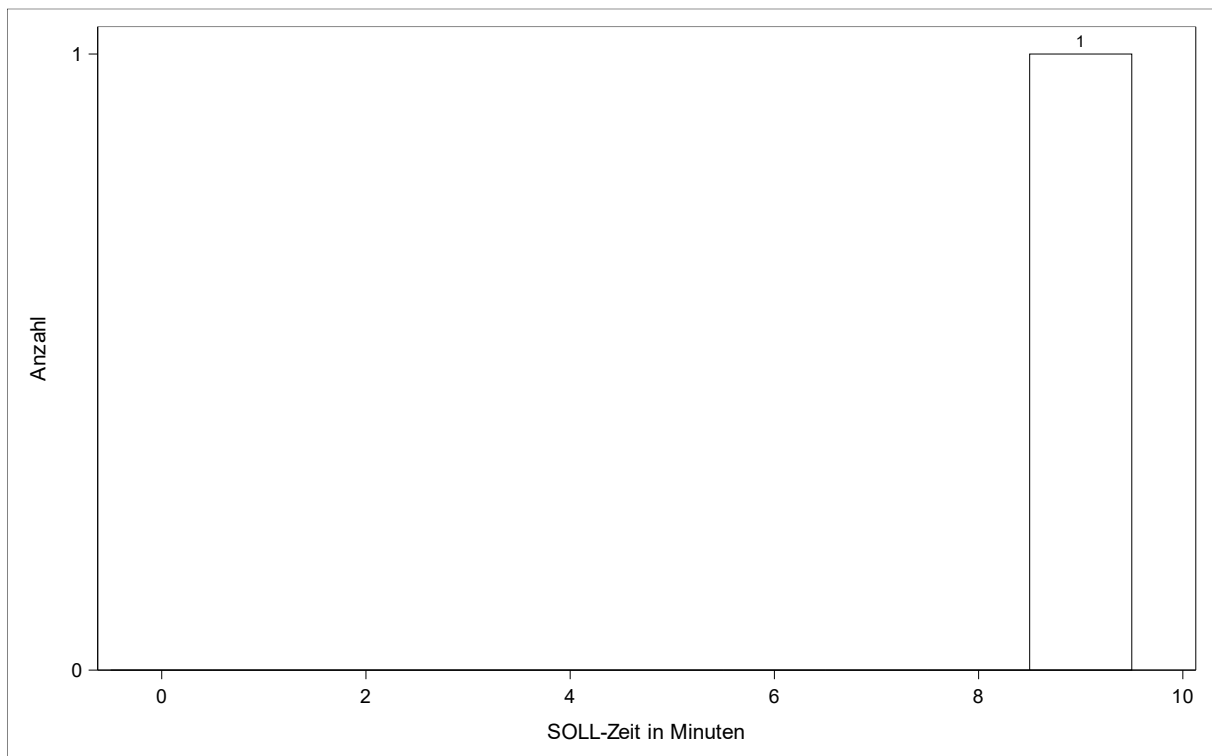
Indirekte Pflege

8.11 Risiko- und Fehlermanagement



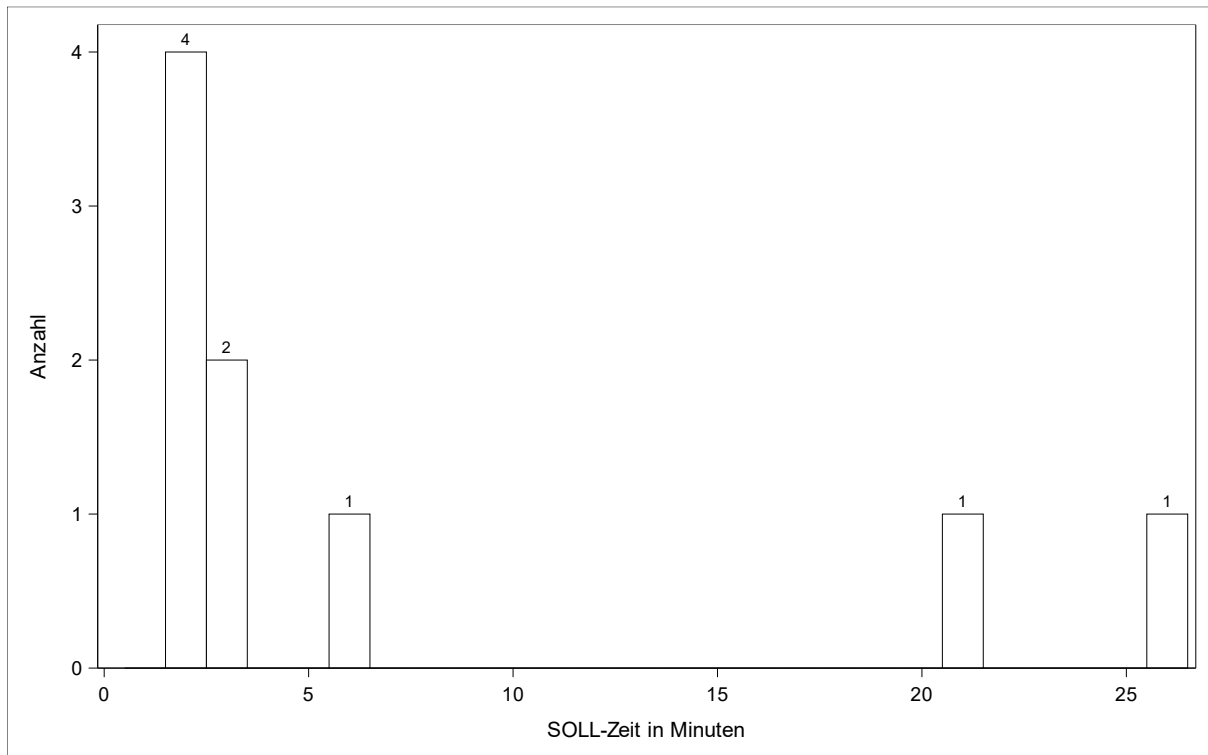
Indirekte Pflege

9.1 Betriebswirtschaft/Finanzierung



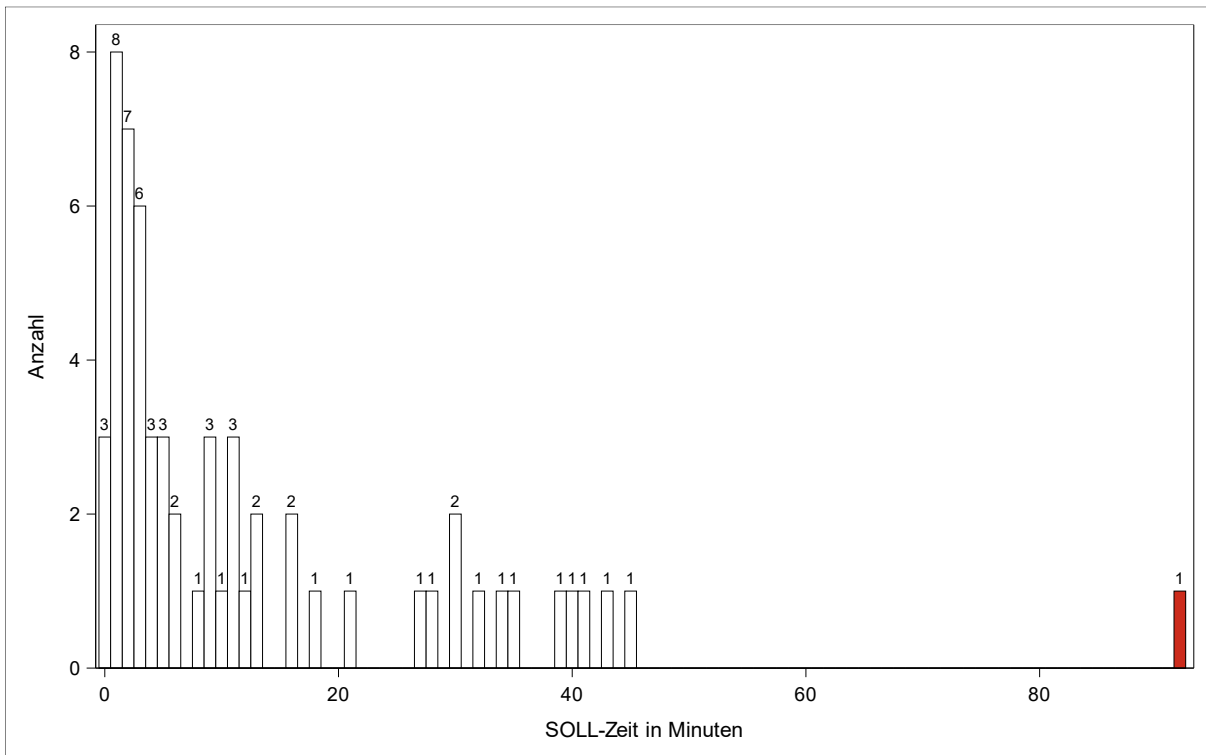
Indirekte Pflege

9.2 Gesundheitsförderung/Arbeitsschutz



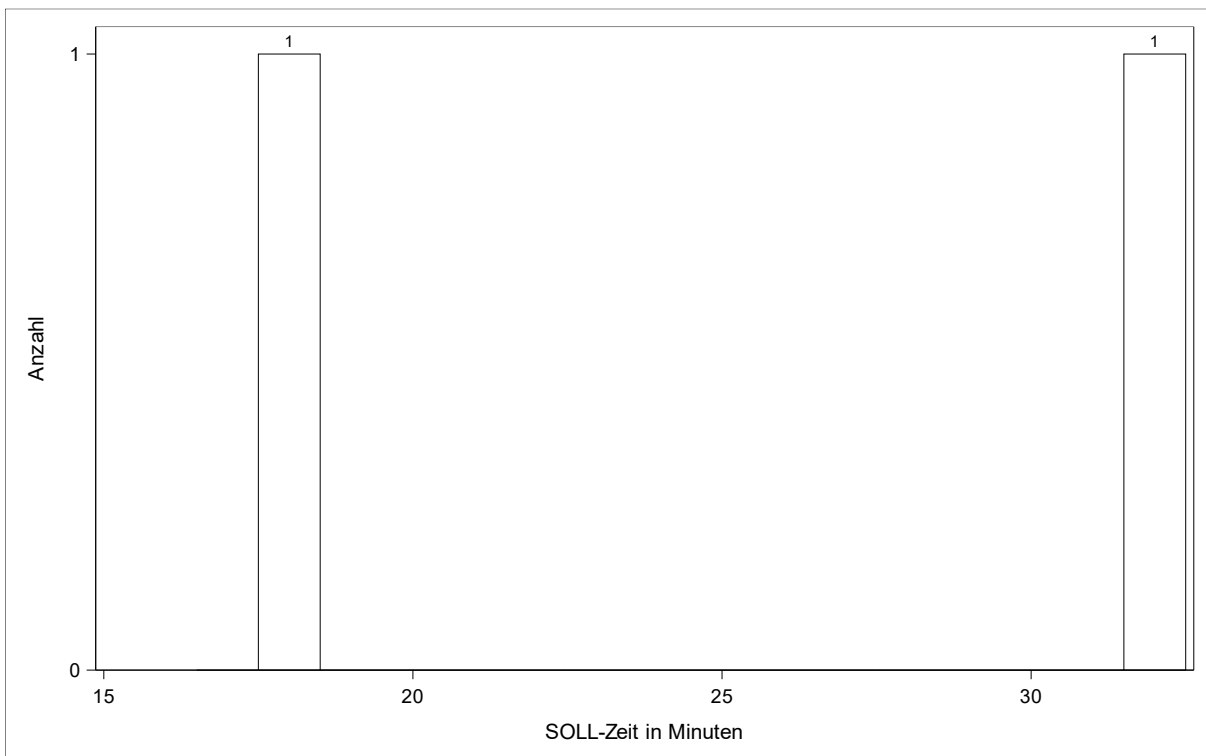
Indirekte Pflege

9.3 Kommunikation und Information



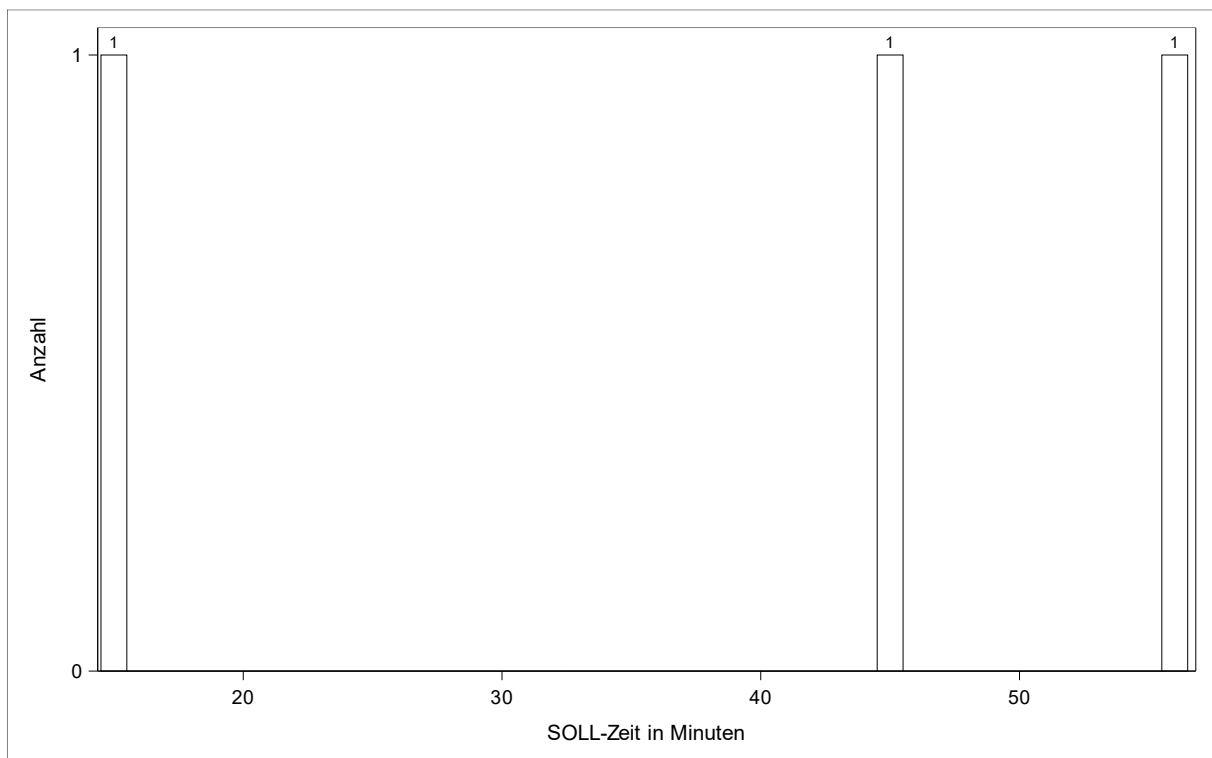
Indirekte Pflege

9.4 Öffentlichkeitsarbeit/Marketing



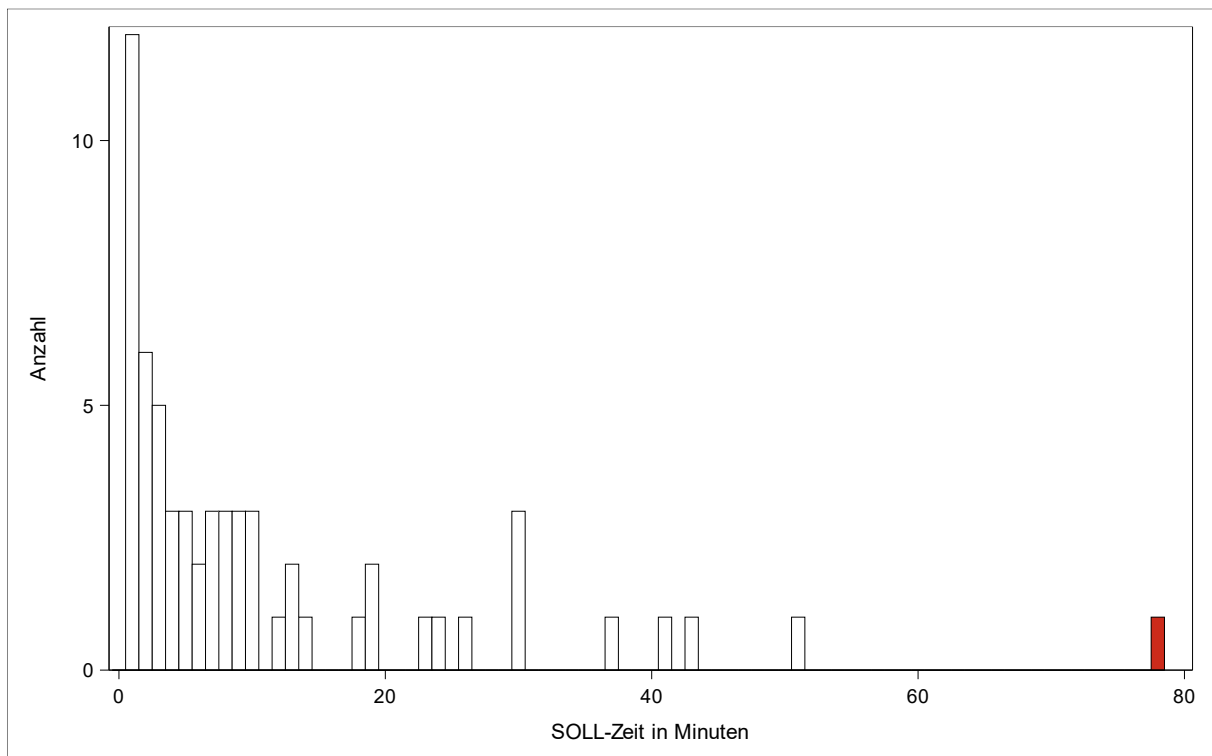
Indirekte Pflege

9.5 Personal: Entwicklung



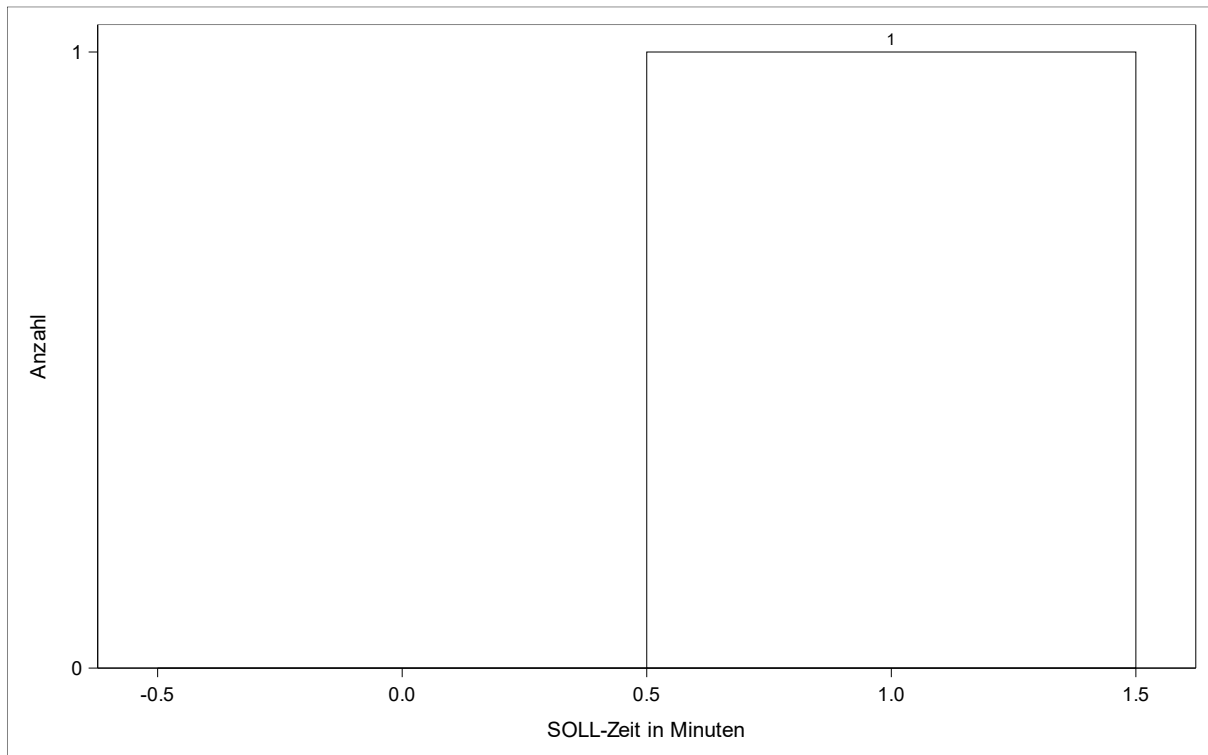
Indirekte Pflege

9.6 Personal: Organisation/Verwaltung



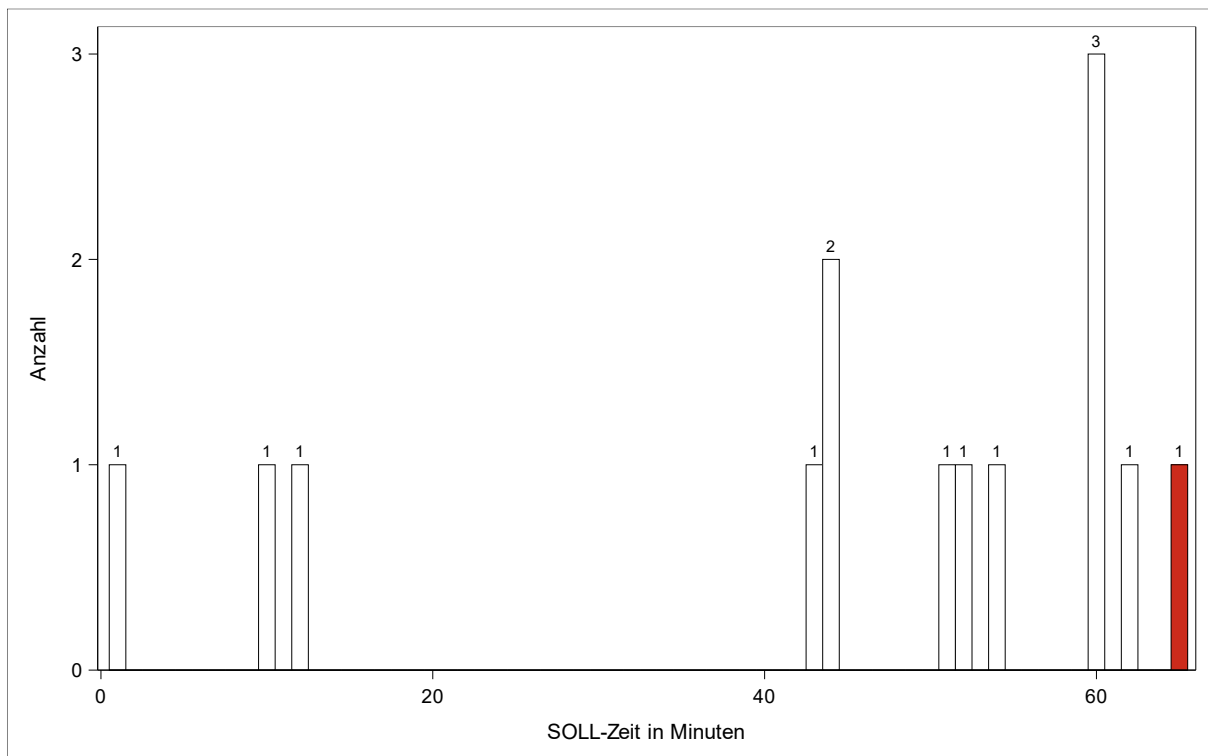
Indirekte Pflege

9.7 Rezeption und Aneignung gesetzlicher und fachlicher Anforderungen



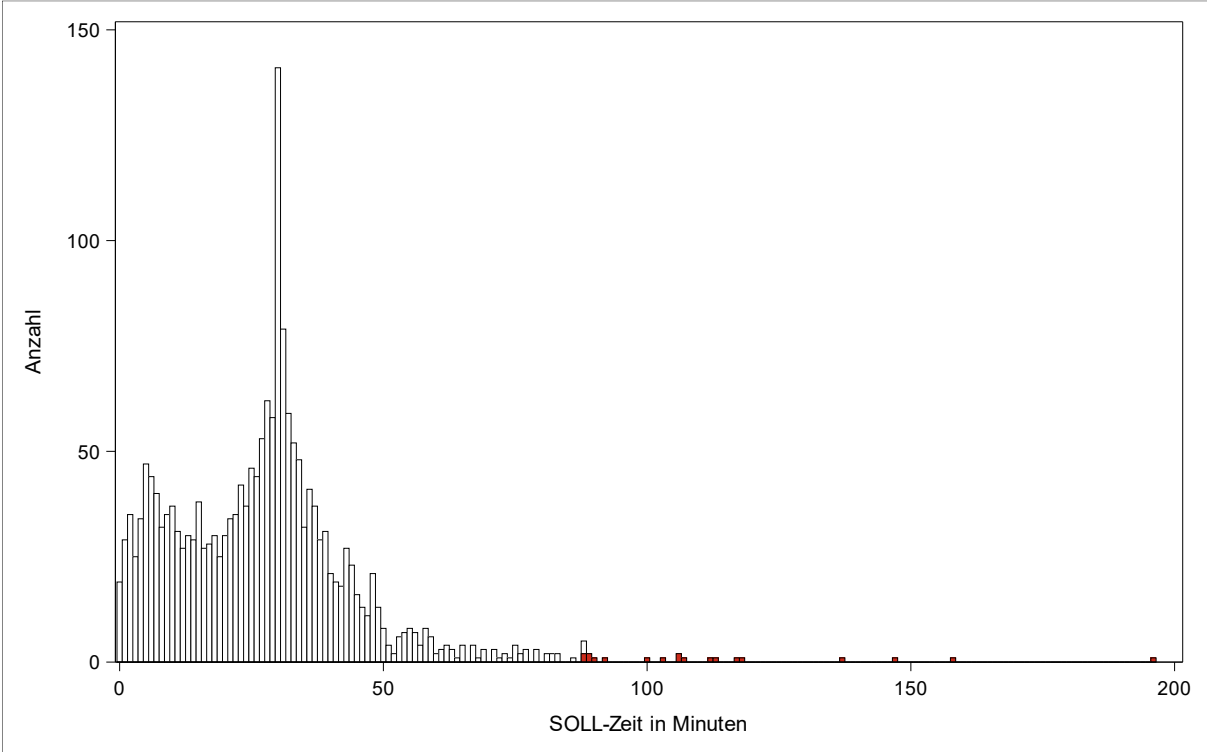
Indirekte Pflege

9.8 Teamentwicklung



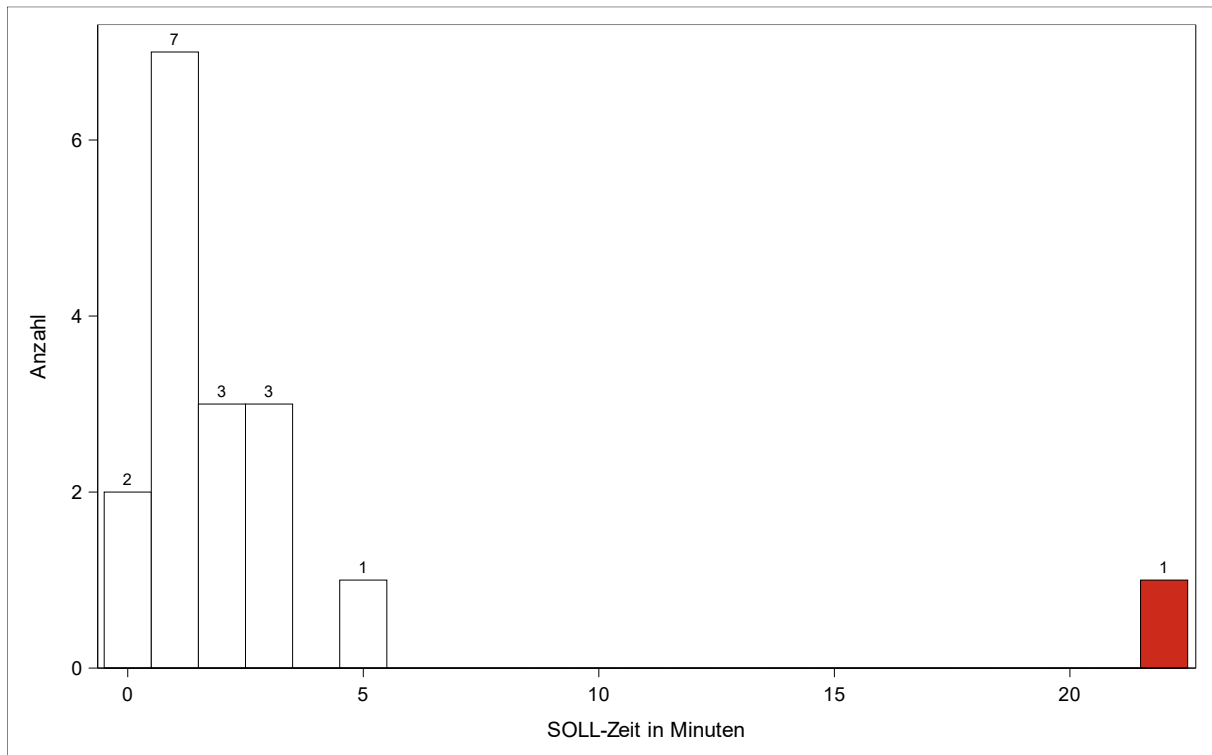
Indirekte Pflege

10.1 Pause

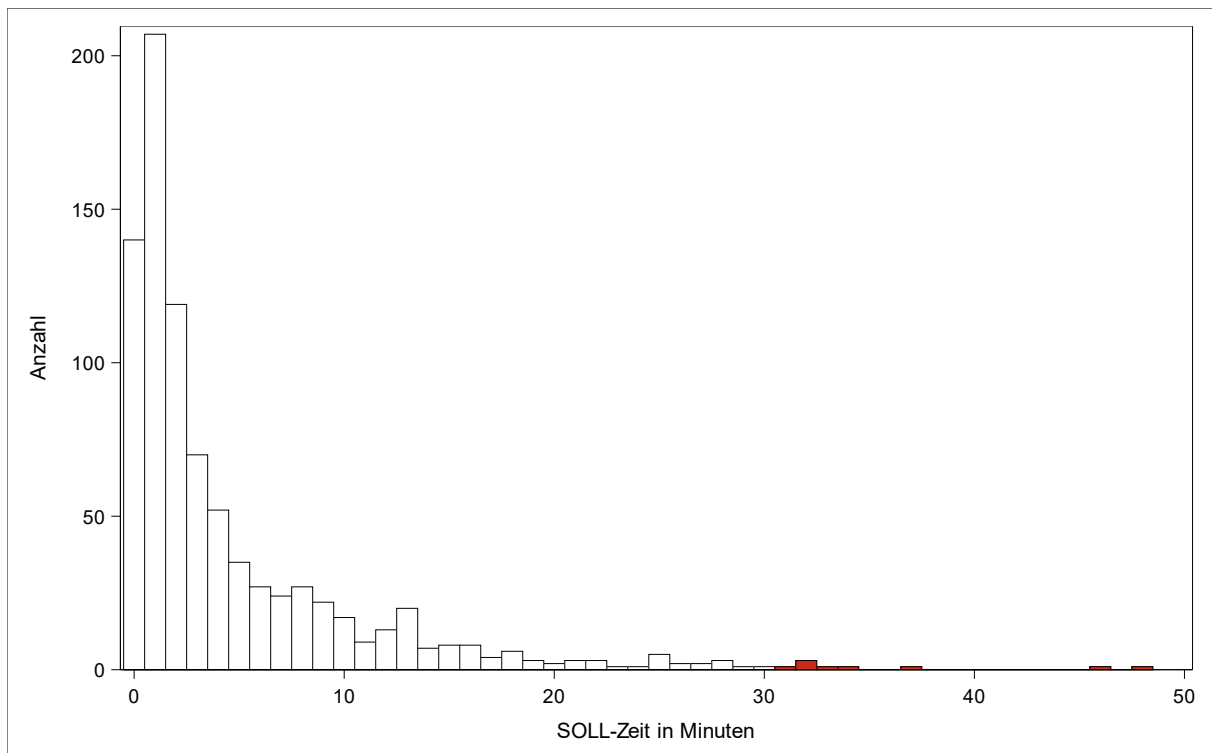


Indirekte Pflege

10.2 Telefongespräch

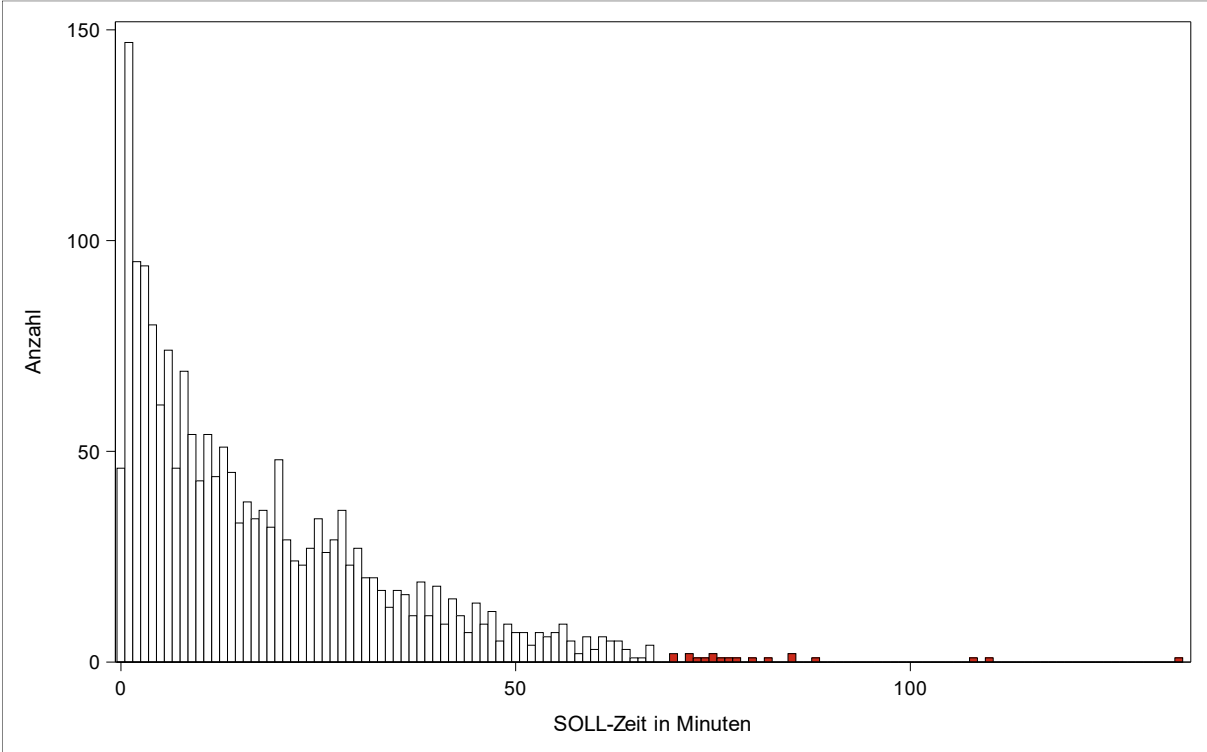


Direkte Pflege



Indirekte Pflege

10.3 Wegezeit



Indirekte Pflege

Prüfaufträge

zum Beschlussprotokoll der zweiten Konsentierung vom 04.-05.12.2018

im Projekt

Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM)

Konsequenzen aus dem Beschlussprotokoll des Expertengremiums bezüglich der zu ergänzenden Aspekte

Neben den umfangreich dargestellten Regelungen zum Umgang mit den Rohdaten der empirischen Datenerhebung wurden im Rahmen der fachlichen Konsentierung eventuell zu ergänzenden Aspekte diskutiert. Ausgangspunkt hierfür war die – zum damaligen Auswertungsstand nicht zu beantwortende – Frage, inwiefern innerhalb der Datenerfassungen einzelne seltene Interventionen und pflegfachliche Kompetenzanforderungen nicht ausreichend erhoben werden konnten und somit eine selektive Untererfassung in diesen Bereichen erfolgte.

Im Folgenden werden die zu prüfenden Aspekte noch einmal zusammengefasst und die jeweiligen Beschlüsse des Expertengremiums zu den einzelnen Prüfaufträgen aufgeführt. Alle Diskussionspunkte, die bereits innerhalb der Konsentierungssitzung abschlägig beschieden wurden, sind in der folgenden Übersicht der Prüfaufträge deshalb nicht mehr aufgeführt.

Beschlossen wurde, dass das Projektteam nicht nur einzelne methodisch-begründet ausgewählte Interventionen, sondern alle Interventionen einer Prüfung unterzieht. Hierzu wird geprüft, ob es

- a) für die jeweilige Intervention die Möglichkeit einer *systematischen* Untererfassung gibt, beispielsweise die bereits aufgeführten methodischen Ausschlüsse, und gleichzeitig
- b) eine insgesamt auffällige *Mengenkomponente* der spezifischen Intervention Hinweise auf eine mögliche Unter-/Übersorgung liefert.

Vorgesehen war, dass die Ergebnisse der Prüfaufträge dem Konsentierungsgremium vorgelegt würden und bei Bedarf eine dritte fachliche Konsentierungssitzung einzuberufen sein. Im Ergebnis wäre zu erwarten, dass sich aus den zu ergänzenden Aspekten zusätzliche Mengenbedarfe in den jeweiligen Qualifikationsniveaus ergeben hätten, die sich auf den bisher errechneten Personalbedarf auswirken können. Nach abschließender Bearbeitung der Prüfaufträge wurde deutlich, dass anhand der recherchierten Literatur und Problembearbeitung nach Auffassung des Projektteams keine belastbaren Erkenntnisse zu zusätzlich zu berücksichtigenden Mengen zu den entsprechenden Interventionen oder den zu ergänzenden Aspekten abzuleiten sind (siehe unten). Vor dem Hintergrund der hohen Validität der vorliegenden Projektdaten kann aus wissenschaftlicher Sicht die Kombination dieser Daten mit aus der Literatur nicht klardefinierten oder nicht evidenzbasierten Erkenntnissen nicht empfohlen werden. Weiter bietet die geplante modelhafte Pilotierung die Möglichkeit entlang der bisherigen verwendeten Methodik Daten zu generieren, die eine vergleichbare Validität haben und nicht rein auf Literaturempfehlungen oder Expertenmeinungen basieren. Mit ergänzenden bzw. neuen Datenerhebungen im Rahmen der Pilotierung lassen sich dann die Aufwände auf empirischer Basis solider ableiten und würden in den Algorithmus 2.0 einfließen.

Ergänzend hat das Projektteam zusätzlich am 12.7.2019 den beratenden Pflegewissenschaftler*innen (Prof. Bartholomeyczik, Prof. Höhmann und Prof. Weidner) die Prüfaufträge zur Diskussion präsentiert. Hier wurde das vom Projektteam vorgeschlagene Vorgehen bestätigt, dass anhand der Literatur keine zusätzlich normativen Setzungen für das Personalbemessungsinstrument abzuleiten sind. Im Bereich der Vorhaltung gerontopsychiatrischer qualifizierter Pflegekräfte wurde von den pflegewissenschaftlichen Experten ausdrücklich auf die Berücksichtigung des Expertenstandards verwiesen (siehe unten). Weiterhin sollte geprüft werden, inwiefern bei verändertem Caremix hochschulisch qualifizierte Pflegenden in die Koordination der Pflege integriert werden müssen.

Ergebnis zu den Prüfaufträgen aus dem Beschlussprotokoll der zweiten Konsentierung vom 04.-05.12.2018:

Punkt B.1 aus dem Protokoll: Alle Qualifikationsniveaus

Zum Thema „Untererfassung“/„Unterangebot“ von Interventionen wurde am 05.12.2018 folgendes konsentiert:

4. Zunächst prüft das Projektteam für alle Interventionen, ob
 - a. es systematische Gründe für eine Untererfassung gibt (z.B. Leistungen beim Einzug oder Palliativversorgung) und
 - b. eine insgesamt geringe Mengenkomponente Hinweise auf ein mögliches Unterangebot liefert.
5. Für die bei dieser Überprüfung auffälligen Interventionen wird überprüft, ob es in der Literatur belastbare Angaben gibt, die zu evtl. Korrekturen verwendet werden können.
6. Hierauf aufbauend werden Ergänzungsoptionen ermittelt, die dem Expertengremium vorgelegt werden.

Beschluss: Der Vorschlag wird wie hier vorstehend angenommen. Der Punkt ist konsentiert.

7.2.Einzug:

Definition: Alle Maßnahmen, die den Einzug einer pflegebedürftigen Person betreffen und die individuelle Eingewöhnung ermöglichen

Beschreibung: Die „Aufnahme“ umfasst ein Aufnahmegespräch, zur erstmaligen/ weiteren Information, die Vorstellung bei den Mitbewohner*innen, den Pflege- und Betreuungskräften und das Zeigen der Einrichtung. Ggf. kann in diesem Rahmen ein Pflegeassessment durchgeführt und die Pflegeplanung vorbereitet werden. Zur Intervention „Aufnahme“ gehören auch organisatorische Arbeitsschritte wie Beschriften der Akte, der Zimmertür, Kontaktaufnahme zu Ärzt*innen etc. (Handbuch zum Interventionskatalog, S. 180)

4.19 Postmortale Versorgung:

Definition: Notwendige pflegerische und organisatorische Maßnahmen nach Eintritt des Todes.

Beschreibung: Die „Postmortale Versorgung“ beinhaltet alle organisatorischen und pflegerisch notwendigen Schritte zur Nachsorge, einschließlich der Übergabe des Verstorbenen an das Bestattungsinstitut (z. B. Benachrichtigung des Arztes, die Unterrichtung und Unterstützung der Angehörigen, Nachlassverwaltung). (Handbuch zum Interventionskatalog, S. 105)

Die Teilnahme der Pflegebedürftigen an der Studie erfolgte auf freiwilliger Basis (siehe Datenschutzkonzept und „informed-consent“) durch schriftliches Einverständnis nach Aufklärung zur Studienteilnahme durch die Studienteilnehmenden oder deren Angehörigen. Die Einverständniserklärungen mussten drei Wochen vor den Datenerhebungen vorliegen, damit in der Zwischenzeit die Gutachten und Pflegeplanungen erstellt werden konnten, die Grundlagen für die Datenerhebungen bildeten. Durch die Zeitspanne von drei Wochen zwischen Einwilligung und Datenerhebung ergab sich eine potenziell systematische Untererfassung von Bewohnern in Einzugsphase. Zusätzlich ist davon auszugehen, dass in einer Sterbephase einer Studienteilnahme nicht zugestimmt wurde, woraus eine mögliche Untererfassung der Pflegeleistungen am Lebensende resultieren könnte. Die Bewohnerfluktuation durch Sterbehäufigkeit in den Einrichtungen der stationären Altenpflege variiert zwischen den Einrichtungen und in den Einrichtungen selbst sehr stark, so dass dazu keine Kennzahlen vorliegen,

die den Aufwand durch Einzüge und Sterbefälle verlässlichen bestimmen lassen (Wingenfeld et al. 2010, S. 83ff).

Anhand der Daten zeigt sich, dass die Interventionen hinsichtlich der MengenkompONENTEN untererfasst erscheinen (vgl. Tab. 1).

	direkte Pflege Minuten pro Jahr	indirekte Pflege Minuten pro Bewohner pro Jahr	Selbstaufschriebe der Leitungen Minuten pro 5 Arbeitstage pro Woche*52 Wochen/ Bewohner in Einrichtung
Einzug	PG 3: QN4: 4.5 min PG 4: QN4: 8.4 min PG 5: QN4: 8.1 min	Über alle PG: 53.56min	46,4 min
Postmortale Versorgung	PG 3: QN4: 6.6 min PG 5: QN4:2.7 min	Keine Werte	Keine Werte

Tabelle 6: gemessene Aufwände zur Intervention Einzug und Postmortale Versorgung

Es ist möglich, dass die Interventionen in der Praxis häufiger vorkommen, als in der Studie abgebildet und die Soll-Korrekturen der Zeit aufgrund der geringen Menge nur eingeschränkt vorgenommen werden konnten.

Gerade im Zuge des Einzuges entsteht ein Aufwand im Zusammenhang mit der Steuerung des Pflegeprozesses (siehe oben: Auszug aus dem Interventionshandbuch). Es müssen bei Einzug z.B. Assessmentinformationen erfasst und die Pflegeplanung vorbereitet oder erstellt werden, die sich in der Erstplanung aufwändiger gestaltet, dazu muss die Dokumentation erstellt werden. Demnach werden im Zuge des hier als untererfasst geltenden Einzugs, Maßnahmen, die in die Steuerung des Pflegeprozesses übergehen potenziell unterrepräsentiert (vgl.Tab.2).

7.3 Steuerung des Pflegeprozesses:

Definition: Ermittlung pflegerischer Risiken durch die Anwendung von spezifischen Messinstrumenten und der daraus folgenden Planung und Evaluation des pflegerischen Ablaufs.

Beschreibung: Die Intervention „Steuerung des Pflegeprozesses“ umfasst:

- ein gezieltes und fortlaufendes Sammeln, Auswerten und Zusammenführen von potenziellen Risikofaktoren (Gesundheits- und Pflegerisiken). Auf dieser Grundlage soll die Pflegestrategie individuell an die pflegebedürftige Person angepasst werden, um eine Risikominderung zu erzielen.
- die Erarbeitung einer Pflegeanamnese (einschließlich der hierzu durchgeführten Assessments),
- die Festlegung von Pflegezielen (gilt nicht für die Umsetzung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung),
- die Planung der Pflegemaßnahmen und deren Evaluation.

Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die Abstimmung mit der pflegebedürftigen Person über mögliche Pflegeprobleme und die einzelnen Planungsschritte. Ggf. werden in diesem Zusammenhang auch Pflegediagnosen formuliert. (Handbuch zum Interventionskatalog, S. 181)

Direkt zur Steuerung des Pflegeprozesses liegen aus den Datenerhebungen Daten vor (vgl. Tab. 2).

	direkte Pflege Minuten pro Jahr	indirekte Pflege Minuten pro Bewohner pro Jahr		Selbstaufschriebe der Leitungen Minuten pro 5 Arbeitstage pro Woche*52 Wochen/ Bewohner in Einrichtung
Pflegeprozesssteuerung	PG 1: QN4: 42.4min PG 2: QN4: 17.4 min PG 3: QN4: 33.7 min PG 4: QN4: 38.7 min < QN4:0.3 min PG 5: QN4:25.3 min < QN4:5.0 min	Über alle PG: QN4: 56,68min < QN4: 1.9min		39,3 min

Tabelle 7: gemessene Aufwände zur Intervention Steuerung des Pflegeprozesses

Nach Literatur kann der *Zeitaufwand* je nach verwendetem Assessmentinstrument für eine Pflegebedarfserfassung im Rahmen des Pflegeprozesses zwischen 5 min und 2,5 h variieren (Mathes et al. 2017 S. 27ff); ein Studie des bpa benennt dabei einen Aufwand von 95min in der ambulanten Pflegen (Görres 2011, S. 34,). Für die Erstellung einer neuen Pflegeplanung (Assessment und Pflegeplanung) beschreibt eine deutsche Zeitstudie einen Zeitaufwand von 60-90 min. Die Evaluation des Pflegeprozesses mit der Aktualisierung einer Pflegeplanung (Evaluation) bedarf einen durchschnittlichen Zeitaufwand von 30min (vgl. Reuschenbach (2013), S.27). Zur *Häufigkeit* der notwendigen Evaluationen wird in den ergänzenden Erläuterungen für Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen nach den Qualitätsprüfungs-Richtlinien - QPR bei der Umsetzung des Strukturmodells zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation kein fester Evaluationszeitraum genannt, jedoch soll die Evaluation bei Veränderungen oder nach einrichtungsinternen Regelungen erfolgen. Durch den kurzen Beobachtungszeitraum von einer Woche ist die angemessene Häufigkeit (auch vor dem Fokus der Abhängigkeit zum jeweiligen Gesundheitszustandes) der Notwendigkeit zur Steuerung des Pflegeprozesses mit den Daten der Studie und auf Grundlage der Literatur nicht ausreichend zu bestimmen.

Der in Tabelle 2 abgebildete Aufwand zur Steuerung des Pflegeprozesses pro Jahr erscheint im laufenden Pflegeprozess mit bestehendem, aktuellen Assessment und erstellter Pflegeplanung als vergleichsweise gering aber nach Literatur möglich. Der Aufwand zur Steuerung des Pflegeprozesses bei Einzug eines Bewohners oder bei Zustandsveränderungen dürfte hier zu gering abgebildet sein.

Zur Validierung der Daten liegen in der Literatur keine mit der Datenbasis der PeBeM-Studie vergleichbaren Zeitwerte zur Definition des Zeitaufwandes im Rahmen der gesamten Pflegeprozesssteuerung vor. In der Studie wurden gezielt der Aufwand für allgemeine Dokumentationsstätigkeiten vom

Aufwand im Zuge der Pflegeprozesssteuerung unterschieden. Die Bestimmung des notwendigen Zeitaufwandes für die Pflegeprozesssteuerung ist nach Studienlage schwer möglich. Liegen in der Literatur Zeitwerte vor, dann beschreiben diese in der Regel den generellen Aufwand (Ist-Zeit) für Pflegedokumentation, dabei wird nicht differenziert, was diese umfasst. Der Aufwand für die Pflegeprozesssteuerung ist hier nicht abzugrenzen und mit den Daten der Studie vergleichbar. Insbesondere der Zeitaufwand zur Steuerung des Pflegeprozesses auf Basis eines Pflegeassessments und einer Pflegeplanung variiert einerseits je nach Komplexität des jeweiligen Falles, kann vom verwendeten Pflegekonzept und -system beeinflusst werden und ist auch durch eine digitale Unterstützung bei der Erstellung der Pflegeplanungen hinsichtlich des notwendigen Zeitaufwandes beeinflusst. Beschriebene Daten aus anderen Gesundheits- und Pflegesystemen sind durch die anderen Rahmenbedingungen nicht zu Definition von Zeitaufwänden im deutschen Setting zu verwenden und sind nicht vergleichbar.

Empfehlung zu systematisch untererfassten Interventionen die im Zusammenhang mit dem Einzug und der Versorgung am Lebensende stehen: Nach fachlicher Beurteilung erscheinen die oben aufgeführten Aufwände zur Steuerung des Pflegeprozesses im laufenden Prozess zwar als plausibel, sind aber durch den Aufwand im Rahmen eines kompletten Pflegeprozesses mit integrierter Pflegebedarfsermittlung durch ein Assessment in Sinne einer fachlichen Notwendigkeit als unterrepräsentiert einzustufen. Insbesondere beim Einzug von Pflegebedürftigen entsteht dieser Aufwand der pflegerischen Bedarfserfassung und Erstellungen einer initialen und aufwändigen Pflegeprozessplanung an. Jedoch entsteht zwischen dem Versterben eines Bewohners und dem Neueinzug in den Einrichtungen ein Leerstand, in dem keine Aufwände in der Versorgung der Pflegebedürftigen anfällt. Diese Leerstände können bei einer Weiterfinanzierung bis zur Neubelegung die Aufwände für die untererfassten Interventionen Einzug, postmortale Versorgung sowie die ersten Schritte der Pflegeprozesssteuerung ausgleichen. Im Zuge einer modellhaften Pilotierung kann der Aufwand ggf. auch durch die Evaluation von digitalen Unterstützungselementen in der Pflegedokumentation geprüft werden.

Neben Leistungen die im Zusammenhang mit dem Einzug und dem Versterben von Bewohnern stehen und zu einer systematischen Untererfassung geführt haben, ergaben sich bei der Prüfung weitere Interventionen, die als untererfasst eingestuft werden können.

- Beckenbodentraining
- Isolation
- Beratungsleistungen
- Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase Multidisziplinäre Fallbesprechungen
- Pflegevisite
- Gerätemanagement und Notfallwagenkontrolle
- Gesundheitsförderung/ Arbeitsschutz

Und als separater Prüfauftrag Interventionen, die nur dem QN 4 zugeordnet werden und keinen direkten Bezug zum Pflegebedürftigen herstellen:

- QN 4: Ausbildungs-, Anleitungszeiten von QN 1-3
- QN 4: Koordinierungsaufgaben von QN 1-3

Definition: Stärkung der Darm- oder Blasenmuskulatur durch gezielte Kontraktionsübungen zur Verminderung unwillkürlicher Ausscheidung

Beschreibung: Das „Beckenbodentraining“ umfasst die Unterstützung einer Person bei der Stärkung der Darm- oder Blasenmuskulatur. Die Stärkung der Muskulatur erfolgt durch gezielte, regelmäßig durchgeführte Übungen, die durch die Pflegekräfte unterstützt und/oder angeleitet werden (Handbuch zum Interventionskatalog, S. 48).

Es liegen nur Daten für Pflegegrad 2 und 3 über wöchentlich 0,31 bzw. 0.65 Minuten pro Jahr vor. Ein gezieltes Beckenbodentraining ist in der stationären Langzeitpflege jedoch nur bei einer sehr kleinen Personengruppe der Pflegebedürftigen indiziert (z.B. nicht demenziell erkrankt, notwendige Akzeptanz des Trainings, beginnende Inkontinenz, weiblich, < Pflegegrad 5), demnach ist die Personengruppe, bei der ein Beckenbodentraining angeboten werden sollte klein und schwer zu bestimmen. Nach Sichtung der Literatur liegen keine validen indizierten Mengen- und Zeitwerte für das Beckenbodentraining in der stationären Langzeitpflege vor. Lediglich innerhalb der NIC wird ein Zeitaufwand von 16-30 min (Bulechek et al.2016, S. 213) angegeben, allerdings ist diese Zeitspanne nicht spezifisch für die stationäre Langzeitpflege definiert. Auf Grundlage der Literatur lassen sich keine konkreten Mengen- und Zeitaufwände bestimmen und keine auf Basis des BI zu identifizierende Bewohnergruppe identifizieren.

Empfehlung: insgesamt wurden das Beckenbodentraining nur selten geplant und von den Datenerhebenden selten bis nie als notwendig erachtet. Eine Untererfassung der Intervention Beckenbodentraining kann anhand der vorliegenden Literatur im Bereich der stationären Langzeitpflege nicht bestätigt werden.

3.1. Isolation (räumliche Einschränkung)

Definition: Einschränkung der Mobilität einer pflegebedürftigen Person auf einen begrenzten räumlichen Bereich oder Isolation in eine vollständig beschützte Umgebung mit Überwachung.

Beschreibung: Die „Isolation“ umfasst die Anwendung und die Beendigung von Maßnahmen zur Einschränkung einer Person auf einen bestimmten räumlichen Bereich (z. B. Einschluss im Zimmer). Die Intervention umfasst zudem die angemessene Überwachung der betroffenen Personen und deren Information. Zudem ist in diesem Zusammenhang zu gewährleisten, dass die Dauer der Durchführung an die Notwendigkeit angepasst ist (Handbuch zum Interventionskatalog, S. 31).

Isolation wurde bei den Erhebungen nicht beobachtet und sowohl von Datenerhebenden als auch in der Planung in der Population nicht als notwendig erachtet. Für Personen, die aufgrund ihrer Verhaltensweisen eine Isolation benötigen, werden in der Praxis gesonderte Sätze verhandelt. Es liegt keine Untererfassung vor, die eine zusätzliche normative Setzung erforderlich macht.

6.1 -6.8 Beratung und Schulung:

Definition: Beratung ist ein kommunikativer Unterstützungsprozess, mit dem Ziel, Strategien zur Problemlösung zu entwickeln

Beschreibung: Durch die Beratung sollen Pflegerisiken und andere Probleme erörtert und erfasst werden. Die Beratung umfasst vier Phasen.

- Die Orientierungsphase soll durch Zuhören das Problem erfassen

- In der Klärungsphase soll durch gezieltes Nachfragen das Problem spezifiziert werden.
- Die gemeinsame Zielfindung sowie das Aufklären/Aufzeigen von Handlungsmöglichkeiten wird in der Veränderungsphase gemacht.
- Die Abschlussphase dient zur gemeinsamen Reflexion und Auswirkungen der möglichen Veränderungen. (Handbuch zum Interventionskatalog, S. 171)

6.9 Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

Definition: Beratung der pflegebedürftigen Person über die Möglichkeiten zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase.

Beschreibung:

Die „Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ beinhaltet die Beratung der pflegebedürftigen Person über die medizinisch-pflegerische Versorgung und Betreuung in der letzten Lebensphase sowie das Aufzeigen von Hilfen und Angeboten der Sterbebegleitung (Handbuch zum Interventionskatalog, S. 174)

Beratungsleistungen und Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase wurden im Rahmen der Beschattungen nur selten erfasst (vgl. Tab. 3)

	direkte Pflege Minuten pro Jahr	indirekte Pflege Minuten pro Bewohner pro Jahr		Selbstaufschriebe der Leitungen Minuten pro 5 Arbeitstage pro Woche*52 Wochen/ Bewohner in Einrichtung
Gesundheitliche Versorgungsplanung	Keine Werte	Keine Werte		Über alle PG: 1.1 min
Beratung	PG 1: QN4: 3.4 min PG 2: QN4: 12.3 min PG 3: QN4: 37.8 min PG 4: QN4: 3.2 min PG 5: QN4:2.7 min	Keine Werte		Über alle PG: 38.1 min

Tabelle 8: gemessene Aufwände zu den Interventionen im Themenfeld Beratung

Sie sind thematisch vom Gesundheitszustand abhängig, situationsentsprechend in Verbindung mit einer Risikoerkennung und bei besonderen Vorkommnissen zu erbringen und damit im Beobachtungszeitraum von einer Woche nicht umfassend darstellbar. Insgesamt ist davon auszugehen, dass die von Pflegenden erbrachten Beratungsleistungen als potenziell untererfasst einzustufen sind.

Aufgrund der Situations- und Zustandsabhängigen Notwendigkeit von Beratungsleistungen lässt sich normativ kein klares Zeit- und Mengen-Soll definieren oder aus der Literatur ableiten.

Darüber hinaus wurde die Vereinbarung nach §132g Abs. 2 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase zwischen dem GKV-S und den Vertragspartnern erst zum 12.12.2017 getroffen. Eine Umsetzung in die Praxis erfolgt entsprechend zeitverzögert. In dieser kurzen Zeitspanne liegen in der Literatur noch keine publizierten Erfahrungswerte zum Zeitaufwand dieser Beratungsleistungen vor. Es ist davon auszugehen, dass erst zu einem späteren Zeitpunkt diese Zeitwerte zu ermitteln sind. Zusätzlich können diese Leistungen auch von externen Beratern erbracht werden, bis dato ist nicht abzusehen, inwieweit diese „Intervention“ intern oder extern erbracht werden. Generell ist diese Intervention eine SGB V relevante Leistung.

Empfehlung: Zum Status quo besteht in der Pflegepraxis noch erheblicher Entwicklungsbedarf, der durch den kurzen Beobachtungszeitraum von einer Woche bei Interventionen, die seltener als wöchentlich vorkommen durch die Datenerhebenden nicht angemessen mit Sollzuschlägen berücksichtigt werden konnten. Im Zuge der Pilotierung sollen in den Einrichtungen Organisations- und Personalentwicklungsprozesse begleitet werden und die Pflegenden in diesem Zusammenhang auch die qualifikationsbezogenen Tätigkeiten fokussieren. D.h. in der Praxis sollen Pflegenden mit der neuen Personalbemessung dann über mehr Raum für eine stärkere Pflegefachlichkeit verfügen und diese z.B. in Abhängigkeit von Ergebnissen regelmäßiger Risikoeinschätzungen durch gezielte Beratungsleistungen umsetzen. Inwieweit Pflegenden erforderliche Beratungsleistungen durch eine angemessene Personalausstattung in die alltägliche Praxis integriert, kann im AP 4 gezielter untersucht werden.

7.9 Multidisziplinäre Fallbesprechung

Definition: Planung und Evaluation gemeinsamer Handlungsschritte durch Zusammentragen von Expertenwissen aller Berufsgruppen, die an der Versorgung der pflegebedürftigen Person beteiligt sind.

Beschreibung: Die „Multidisziplinäre Fallbesprechung“ dient der Verbesserung des Pflegeergebnisses und ist somit ein wichtiges Instrument des Qualitätsmanagements. Zur Erreichung eines definierten Ziels werden während des Treffens das Expertenwissen aller an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen zusammengetragen und Lösungsstrategien entwickelt (Handbuch zum Interventionskatalog, S. 186).

8.6 Pflegevisite

Definition: Geplante und systematische Begutachtung und Analyse des Pflegeprozesses einschließlich der Leistung der Pflegekraft sowie dem Austausch mit der pflegebedürftigen Person.

Beschreibung: Die „Pflegevisite“ umfasst die Überprüfung des Pflegeprozesses sowie der Pflegequalität. Sie kennzeichnet sich durch Gespräche mit Mitarbeiter*innen, pflegebedürftiger Person und einer Begutachtung der Pflege aus. Dabei richtet sich der Blick auf die Umsetzung professioneller Praxisstandards im Zusammenhang mit der Erfassung der Pflegesituation. Die Ergebnisse der Pflegevisite werden in einem abschließenden Gespräch mit der Pflegekraft besprochen und führen ggf. zu einer Anpassung des Pflegeprozesses (Handbuch zum Interventionskatalog, S. 191).

Pflegevisite und die multidisziplinäre Fallbesprechung haben das Ziel in einem Team die Pflegesituation zu analysieren und darauf basierend die Leistungserbringung und den Pflegeprozess auch im Kontext einer interdisziplinären Versorgung neuauszurichten. Sie können sowohl einzeln als auch in

A 5.4

Kombination miteinander in der Praxis angewendet werden. Durch die inhaltliche Nähe erfolgt deshalb an dieser Stelle eine gemeinsame Betrachtung.

Im Rahmen der Erhebungen wurde die *multidisziplinäre Fallbesprechung* über alle Pflegegrade beobachtet (vgl. Tab. 4).

	direkte Pflege Minuten pro Jahr	indirekte Pflege Minuten pro Bewohner pro Jahr		Selbstaufschriebe der Leitungen Minuten pro 5 Ar- beitstage pro Wo- che*52 Wochen/ Bewohner in Ein- richtung
Multidiszipli- näre Fallbe- sprechung	PG 1: QN4: 3.3 min PG 3: QN4: 0.6 min PG 4: QN4: 0.8 min PG 5: QN4: 7.3 min	Über alle PG: 4.16 min		Über alle PG: 20.7 min

Tabelle 9: gemessene Aufwände zur Intervention multidisziplinäre Fallbesprechung

Hier zeigt sich eine hohe Varianz insbesondere in den jährlichen Zeit-Werten der direkten Pflege zwischen den Pflegegraden, die in der geringen Anzahl an zu beobachteten Fällen begründet sein könnte.

Eine Fallbesprechung sollte nach Literatur in einer Gruppe von 5-8 Personen bestehend aus einem Moderator, der Wohnbereichsleitung, der Bezugspflegekraft und weiteren Pflege- und Betreuungspersonen erfolgen. Zusätzlich können auch andere behandelnde und involvierte Berufsgruppen oder Angehörige hinzugezogen werden. Die Zeitdauer liegt nach Literaturempfehlung bei min. 60 min (vgl. Buscher et al. 2012, S.8), eine Fallbesprechung sollte mindesten jährlich erfolgen oder vom Zustand des Pflegebedürftigen abhängig gemacht werden. Es konnten keine Studien gefunden werden, die konkrete Zeitwerte für die Durchführung von Fallbesprechungen aufgezeigt haben.

Nach Vergleich der Studiendaten mit der Literatur erscheinen die erbrachten Fallbesprechungen in der Studie demnach potenziell untererfasst.

In Bezug auf die *Pflegevisiten* konnten in den Datenerhebungen nur im Pflegegrad 3 und 4 Pflegevisiten mit sehr geringen jährlichen Zeitwerten beobachtet werden (vgl. Tab. 5). Anders als bei den multidisziplinären Fallbesprechungen nehmen die Pflegevisiten bei den Leitungen mit 225.3 min jährlich einen höheren Aufwand ein, werden damit aber eher pflegefern erbracht.

	direkte Pflege Minuten pro Jahr	indirekte Pflege Minuten pro Bewohner pro Jahr		Selbstaufschriebe der Leitungen Minuten pro 5 Ar- beitstage pro Wo- che*52 Wochen/ Be- wohner in Einrich- tung
Pflegevisite	PG 3: QN4: 0.1 min	Über alle PG:		Über alle PG:

	PG 4: QN4: 0.2 min	2.6 min		160.30 min
--	--------------------	---------	--	------------

Tabelle 10: gemessene Aufwände zur Intervention Pflegevisite

Die Pflegevisite ist kein verpflichtendes aber eines vom MDK abgefragtes Qualitätssicherungsinstrument. Nach Literatur divergieren die Angaben zu Häufigkeit der Pflegevisiten von wöchentlich bis jährlich sowie anlassbezogen aber auch in Abhängigkeit von der Höhe des Pflegegrades. Die Dauer der Pflegevisiten wird mit 20-45min Gesprächszeit bzw. nicht länger als 60 min zzgl. der Vor- und Nachbereitung ebenfalls nicht einheitlich beschrieben (vgl. DBfK 2016, S.15; Panka 2014, S.29, Panka 2013; S.119ff und 31; Reuschenbacher 2013, S. 27; Hellmann 2012; S. 80ff). Die Pflegevisiten werden gemeinsam von einer Leitungskraft (PDL oder WBL) sowie durch die Bezugspflegekraft durchgeführt.

Nach Vergleich der Studiendaten mit der Literatur erscheinen die erbrachten Pflegevisiten in der Studie demnach insbesondere im Bereich der direkten Pflegeleistungen als potenziell untererfasst.

Empfehlung: Anhand der Literatur lassen sich Hinweise auf eine Unterversorgung im Bereich der Pflegevisite und der multidisziplinären Fallbesprechung ableiten, die aufgrund der vergleichsweise gering zu erbringenden Mengen durch die Datenerhebenden nicht ausreichend mit Sollkorrekturen zu belegen waren. Aus der Literatur sind jedoch keine konkreten und validen Soll-Werte zu bestimmen. Wie bereits oben beschrieben, geben erst die veränderte Rahmenbedingungen in Folge der pflegebedarfsabhängigen Personalbemessung den Pflegenden ausreichende fachliche Spielräume, die im Status quo nicht ausreichend zur Verfügung stehen, um die pflegerische Versorgung durch Pflegevisiten und Fallbesprechungen angemessen zu gestalten. Im Rahmen der Pilotierung wäre darzustellen inwieweit die Pflegenden mehr Fallbesprechungen und Pflegevisiten erbringen, wenn die entsprechenden Rahmenbedingungen gegeben sind und wie sich diese auf die Mengen- und Zeitkomponenten auswirken.

8.14. Gerätemanagement und Notfallwagenkontrolle

Definition: Instandhaltung von Geräten und Hilfsmitteln zur Sicherstellung der Pflege (incl. Notfallwagenkontrolle)

Beschreibung: Die Intervention „Gerätemanagement“ umfasst die Funktionsprüfung von medizinischen Geräten (z.B. Blutzuckergerät durch Kontrollmessungen, Batterien), Hilfsmitteln (z.B. Lifter, Rollstuhl) und die Kontrolle des Notfallwagens (z.B. auf Vollständigkeit, abgelaufene Materialien). Die Bestellung von neuen Geräten und die Organisation einer professionellen Wartung ist eingeschlossen (Handbuch zum Interventionskatalog, S. 31).

10.1 Gesundheitsförderung/ Arbeitsschutz

Definition: Planung und Umsetzung von Maßnahmen zur Arbeitssicherheit und Gesundheitsförderung.

Beschreibung: Die Intervention „Gesundheitsförderung/Arbeitsschutz“ umfasst die Planung und Umsetzung von Maßnahmen und Strategien, die zur Förderung der Gesundheit der Mitarbeiter*innen dienen oder Gefahren abwenden sollen. Die Intervention umfasst dabei auch die Einweisung der Mitarbeiter*innen zu Arbeitsschutzmaßnahmen (Handbuch zum Interventionskatalog, S. 186).

Sowohl das Gerätemanagement und die Notfallwagenkontrolle als auch die Gesundheitsförderung/ Arbeitsschutz wurden bei den Erhebungen selten beobachtet.

	direkte Pflege Minuten pro Jahr	indirekte Pflege Minuten pro Bewohner pro Jahr	Selbstaufschriebe der Leitungen Minuten pro 5 Arbeitstage pro Woche*52 Wochen/ Bewohner in Einrichtung
Gerätemanagement und Notfallwagenkontrolle	PG 2: 1.61 min PG 3: 0.72 min PG 4: 0.49 min PG 5: 2.55 min	Über alle PG: 4.1 min	Über alle PG: 2.8 min
Gesundheitsförderung/ Arbeitsschutz	Keine Werte	Über alle PG: 2.6 min	Über alle PG: 38.1 min

Tabelle 11: gemessene Aufwände zu den Interventionen Gerätemanagement und Notfallwagenkontrolle sowie Gesundheitsförderung/ Arbeitsschutz

In der KAP wird aktuell die Bedeutung von Arbeitsschutz, Prävention und Gesundheitsförderung von Pflegenden noch einmal sehr deutlich betont (Bundesministerium für Gesundheit 2019: 61ff). Gerade vor diesem Hintergrund können z.B. im Umgang mit Medizinprodukten die in der Studie aufgewendeten Aufwände in der Intervention Gerätemanagement und Notfallwagenkontrolle als potenziell zu gering eingestuft werden. Nach Information der BGW liegen in nicht veröffentlichten Dokumenten Zeitbedarfe im Umgang mit Medizinprodukten und vor, die den hier genannten Interventionen inhaltlich zugeordnet werden können und über den erhobenen Aufwänden liegen. Auch die Aufwände, die in der direkten und indirekten Pflege für Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz verwendet werden, sind im status quo als deutlich zu gering einzustufen, als dass sie ein gesundheitsförderliches Arbeitsumfeld beschreiben können. In der Folge bleibt zu hoffen, dass sich in naher Zukunft die Aufmerksamkeit der Praxis auf die Themen Arbeitsschutz, Prävention und Gesundheitsförderung von Pflegenden erhöhen wird.

Empfehlung: Im Zuge der modellhaften Pilotierung lassen sich die erbrachten und noch zusätzlich erforderlichen Aufwände im Bereich Arbeitsschutz, Prävention und Gesundheitsförderung umfassender darstellen.

Im **teilstationären Bereich** erfolgte keine Prüfung hinsichtlich der Untererfassung von Interventionen, da hier keine verlässlichen Aussagen durch die fehlende Vollversorgung gegeben ist.

Punkt B.4 aus dem Beschlussprotokoll: QN4 – Ausbildungs- und Anleitungsaufgaben (I)

Hintergrund: In der Feldstudie wurden arbeitsprozessbegleitende Anleitungen und Beratungen von Auszubildenden empirisch nur selten gemessen und sind möglicherweise untererfasst.

Vorschlag: 10 % der praktischen Ausbildungszeit pro Azubi als zusätzliche Arbeitszeit einer Pflegefachperson mit QN 4.

Beschluss: Der Diskussionsvorschlag wird abgelehnt. Ausbildungs- und Anleitungsaufgaben sollen im Rahmen der Thematik „untererfasste Interventionen“ gemäß dem Beschluss zu B.1 bearbeitet werden. Das Projektteam überprüft die empirische Messung und bewertet diese unter fachlichen Gesichtspunkten und anhand von Literatur. Die Diskrepanz wird benannt und ein Vorschlag zum Umgang unterbreitet.

In der aktuellen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (AltPflAPrV) sind keine Setzungen für Ausbildungs- und Anleitungszeiten festgelegt, dies ist Aufgabe der Länder. Das Land Hamburg nennt dazu bspw. in dem *Leitfaden für die Altenpflegeausbildung in Hamburg* einen Umfang von 3 Stunden pro Woche, die neben der eigenen Vorbereitungszeit der Praxisanleiter*innen sowie dem Verwaltungs- und Organisationsaufwand u.a. auch die Anleitung von praktischen Pflegemaßnahmen beinhalten (HIBB 2014: 9). Trugen bisher die Einrichtungen die Kosten dafür selbst, wird zukünftig in der neuen Pflegeberufe- Ausbildungsfinanzierungsverordnung (PflAFinV) die Kosten für die Ausbildung refinanziert. Jede Pflegeeinrichtung -unabhängig davon ob sie ausbildet- zahlt gemäß § 27 PflBG einen festgeschriebenen Betrag in den Landesfond, aus dem je nach Anzahl der Auszubildenden des jeweiligen Trägers der praktischen Ausbildung ein Ausgleich gezahlt wird. Mit diesem Betrag sollen gemäß Anlage 1 zu § 3 Abs. 1. PflAFinV u.a. die Kosten der Praxisanleitung sowie die Weiterbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen zur Praxisanleitung*in finanziert werden. Für die Ausbildungsanleitung ist, gemäß § 4 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Pflegeberufe (PflAPV), eine praktische Anleitungszeit von mindestens 10 % der praktischen Ausbildungszeit (2500 h) vorgesehen.

Empfehlung: Durch das ab 01.01.2020 inkrafttretende Pflegeberufegesetz werden umfassende Neuerungen in der Pflegeausbildung vorgesehen. Unter die zukünftigen Veränderungen fallen u.a. die Ausbildungs- und Anleitungszeiten mit mindestens 10 % der praktischen Ausbildungszeit gesetzlich festzulegen. Die Finanzierung der Kosten für Ausbildungs- und Anleitungszeiten erfolgt aus den Landesfonds und kann daher nicht zusätzlich Gegenstand eines bundeseinheitlichen Personalbemessungsverfahrens sein.

Punkt B.4 QN4 – Ausbildungs- und Anleitungsaufgaben (II)

Unbestritten spielen vor dem Hintergrund des Fachkraftmangels die Anleitung und Beratung von QN 1-3 sowie die Einarbeitung von neuen Kolleg*innen für die Sicherung der pflegerischen Versorgung und Qualität eine entscheidende Rolle. Anleitung, Schulung und Einarbeitung erfordern einen zusätzlich aufzubringenden Zeitaufwand. In der Feldstudie wurden die Anleitung und Beratung der Mitarbeiter*innen der QN 1-3 empirisch nur selten gemessen und sind möglicherweise untererfasst.

Konsentiert wurde, die Ausbildungs- und Anleitungsaufgaben im Rahmen der Thematik „untererfasste Interventionen“ ebenfalls zu bearbeiten. Das Expertengremium erteilten dem Projektteam den Auftrag die empirische Messung unter fachlichen Gesichtspunkten und anhand von Literatur zu bewerten. Die Diskrepanz der nicht ausreichend wahrgenommenen Aufgaben in der Anleitung von QN1-3 durch QN4 sollte benannt und ein Vorschlag zum Umgang unterbreitet werden.

	direkte Pflege Minuten pro Jahr	indirekte Pflege Minuten pro Jahr		Selbstaufschriebe der Leitungen Minuten pro 5 Ar- beitstage pro Wo- che*52 Wochen/ Bewohner in Ein- richtung
--	------------------------------------	--	--	--

Anleitung/ Einarbeitung/ Ausbildung	PG 3: QN4: 12.6 min PG 4: QN4: 3.1 min PG 5: QN4: 20.4 min	Über alle PG: 16,64 min		Über alle PG: 81,59 min
---	--	----------------------------	--	----------------------------

Tabelle 12: gemessene Aufwände zur Intervention Anleitung/ Einarbeitung/ Ausbildung

Anleitungssituationen wurden nur selten beobachtet.

Die Literaturrecherche zu den Zeit- und Mengenwerten von Anleitungszeiten für QN 1-3 durch QN 4 erfolgte zusammen mit der Recherche zu Zeit- und Mengenwerten für Koordinierungsaufgaben für QN 1-3 durch QN4. Da für beide Aufgaben der Pflegefachkraft keine empirischen Werte ermittelt werden konnten, wird eine gemeinsame Empfehlung für den weiteren Umgang vorgeschlagen.

Punkt B.6 QN4 – Koordinierungsaufgaben

Für die Durchführung der vorbehaltenen Tätigkeiten in der Aufgabenklasse E, insbesondere die (b) Organisation, Gestaltung und Steuerung von Pflegeprozessen und (c) Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege werden Arbeitszeiten einer Fachkraft benötigt. Diese Aufgaben umfassen u. a. die Überwachung der Durchführungsqualität der von den Mitarbeiter*innen der QN 1-3 durchgeführten Aufgaben, aber auch die regelmäßige Überprüfung, Bewertung und Dokumentation der Pflegeergebnisse bzw. des Pflegeerfolgs bei allen Bewohner*innen, für die eine Pflegefachperson die Verantwortung hat. Wenngleich auch diese Tätigkeiten in der Erhebung erfasst wurden, ist eine *Untererfassung* möglich, da diese Tätigkeiten noch nicht flächendeckend umgesetzt werden. In der Empirie wurde beispielsweise die „mitarbeiterbezogene Kommunikation“ gemessen. Im Beschlussprotokoll wurde festgehalten, dass das Projektteam weitere Interventionen, die Koordinierungsaufgaben enthalten, identifiziert. Die Messungen werden der Literatur gegenübergestellt und es wird ein Vorschlag für den weiteren Umgang unterbreitet.

In der Datenerhebung wurden für die Koordinierung der Assistenz- und Hilfskräfte neben der Intervention *Mitarbeiterbezogene Kommunikation*, die Intervention *Telefongespräch* gemessen. Allerdings wurden im Interventionskatalog für diese Koordinierungsaufgaben keine Teilschritte und Anforderungen definiert, durch die eine fachlich korrekte Form der Durchführung beschrieben worden wäre. An dieser Stelle hat deshalb kein qualitativer IST-SOLL-Vergleich stattgefunden. Bei der Intervention *Telefongespräch* konnte zusätzlich nicht unterschieden werden, ob es sich um die Kommunikation mit dem Personal handelte oder bspw. ein Gespräch mit Angehörigen stattfand. In diesen Fällen ist es möglich, dass die Koordinationsaufgaben sowohl in der Mengen- als auch in der Zeitkomponente über- oder unterschätzt wurden.

Für die Literaturrecherche wurden die Begriffe Ausbildungs-, Anleitungs- und Koordinierungsaufgaben von QN 1-3 zusammengeschlossen und übergeordnet unter der Recherchekomponente *Koordinierung, Anleitung* verwendet.

Recherchekomponenten

Komponente 1: Langzeitpflege

Deutsch	Langzeitpflege, Altenpflege, Pflegeheim, Altenheim
Englisch	Long-term care, care for the elderly, elderly care, nursing home
Komponente 2: Pflegefachkraft	
Deutsch	Pflegefachkraft, Pflegefachpersonen, Pflegekraft,
Englisch	Registered nurse, trained nurse, licensed nurse, qualified nurse, certified nurse
Komponente 3: Koordinierung, Anleitung	
Deutsch	Koordinierung*, Koordination*, Anleitung*, Steuerung*, Arbeitsorganisation Vorbehaltsaufgaben, Überwachung*
Englisch	Coordination, instruction*, control*, delegate*, supervis*, "work organization", "organization of work"

Abbildung 8 zeigt die Anzahl der Treffer in den Fachdatenbanken (Livivo, Cinahl, GVK-Plus, GeroLit und Pubmed).

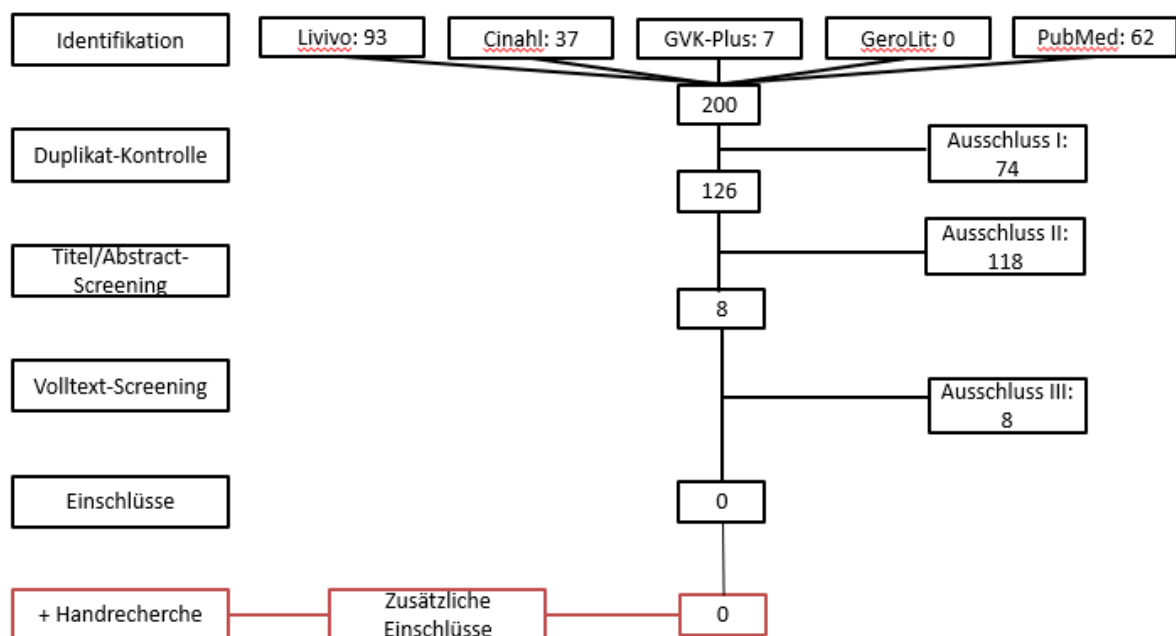


Abbildung 8: Flow-Chart zu Koordinierungs- und Anleitungsaufgaben der QN 1-3 durch QN 4

Für die Recherche wurden alle englisch und deutschsprachigen Publikationen der letzten 10 Jahre (2009-2019). Aus der Literaturrecherche konnten keine Zeit- und Mengenwerte für Anleitung- oder Koordinierungsaufgaben abgeleitet werden. Dennoch kann auf Grundlage der Ergebnisse zur bedarfsgerechten Personalbemessung festgehalten werden, zukünftig wird ein höherer Anteil an Pfl-

gehilfskräften benötigt. Zur Sicherung der Versorgungsqualität benötigen die Hilfskräfte eine gezieltere Anleitung, Überwachung und Koordinierung durch Pflegefachkräfte. Während die Pflegefachkräfte ihre Tätigkeiten entlang der definierten Vorbehaltsaufgaben fokussieren, übernehmen Pflegehilfskräfte ihrer Qualifikationen entsprechenden ergänzende Pflegetätigkeiten. Je nach Casemix der Einrichtungen und Wohnbereiche ist dabei zu erwarten, dass es im Vergleich zu den aktuellen Gegebenheiten (50% Fachkraftquote) zukünftig ein deutlich höherer Anteil an Pflegehilfskräften Pflegeleistungen erbringt. Bei der Umsetzung dieses je nach Casemix veränderten Caremixes kommt es zu weitreichenden Veränderungen in der Abstimmung von qualifikationsbezogenen Tätigkeiten innerhalb der Pflegeberufe. Im Rahmen der Einführung der neuen Personalbemessung entsteht hier im Umsetzungsprozess des bedarfsabhängigen Caremixes ein Arbeits- und Zeitaufwand für die Koordination der Hilfskräfte durch die Pflegefachkräfte, der zur Berücksichtigung im Personalbemessungsinstrument ermittelt werden muss. Zusätzlich gilt abzuklären, ob Setzungen im Verhältnis zwischen Fach- und Assistenzkräften erforderlich sind, da evtl. nur eine bestimmte Anzahl von Hilfskräften fachgerecht von Fachkräften angeleitet und koordiniert werden können. Die Literaturrecherche dazu ergab keine konkreten Aussagen zu Zeitwerten die Pflegefachkräfte für die Koordination der Hilfskräfte aufwenden müssen. Es zeigte sich aber, dass in anderen Gesundheitssystemen durchaus prozentual mehr Hilfskräfte im Verhältnis zu Fachkräften eingesetzt werden (vgl. Lehmann et al. 2019). Dies gibt Hinweise darauf, dass im Rahmen der dort aufgeführten Caremix-Verhältnisse sich der Empirie dieser Studie ergebenden Personalstrukturen ähneln und normative Setzungen nicht zwingend erforderlich sind.

Empfehlung: Es sind keine Erkenntnisse aus der internationaler Literatur auf die aktuellen Gegebenheiten in Deutschland anzuwenden, weil sich die Bildungssysteme im Bereich der Pflege (Akademisierung, Strukturen der Ausbildung, definierte Tätigkeiten und Verantwortlichkeiten) von der deutschen sich im Wandel befindenden Situation unterscheiden. Die Veränderungen, die sich für die Umgestaltung der pflegerischen Arbeitsprozesse durch die Einführung der neuen Personalbemessung ergeben, sind hier spezifisch und aus der Literatur nicht auf die aktuelle Situation in Deutschland übertragbar. Zusätzlich konnten weder aus der Literatur noch aus den empirischen Daten valide SOLL-Zeiten für Koordinierungs- und Anleitungsaufgaben abgeleitet werden. Vor diesem Hintergrund wird empfohlen diesen Aufwand im Rahmen der modellhaften Pilotierung sowohl innerhalb des Umsetzungsprozesses als auch nach erfolgreichen Umstrukturierungen empirisch unter den im deutschen Pflegesystem bestehenden Gegebenheiten zu bestimmen und die entsprechenden Erkenntnisse im Algorithmus 2.0 zu integrieren. Gleichzeitig muss geprüft werden, wieviel Pflegehilfskräfte eine Pflegefachkraft koordinieren und in der Qualität der Leistungserbringung überwachen kann und welche Setzungen dazu erfordert werden.

Punkt B.7 QN 5 – Fachweiterbildung Gerontopsychiatrie

Weiterbildungen sind ein wesentliches Instrument, um die Qualität pflegerischen Handelns in Pflegeeinrichtungen zu verbessern. Pflegefachpersonen mit einer Weiterbildung übernehmen die Verantwortung für die Steuerung und Gestaltung individualisierter Pflegeprozesse für ausgewählte Klient*innengruppen mit speziellen Pflegeanlässen. Für die Langzeitpflege ist neben der Fachweiterbildung Palliativpflege, die Gerontopsychiatrie von besonderer Relevanz. Die Bedeutung einer besonderen Expertise im Bereich Gerontopsychiatrie lässt sich mit dem hohen Anteil an Bewohner*innen mit einer gerontopsychiatrischen Erkrankung begründen, allein der Anteil an Bewohner*innen mit einer Demenz beträgt in Einrichtungen der Langzeitpflege durchschnittlich ca. 60 % (Schwinger et al. 2018: 108). Durch Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen der Pflegenden können Reviews zufolge die Lebensqualität und das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz in Einrichtungen der stationären Altenpflege verbessert werden. Sie haben einen „klaren Nutzen“ insbesondere im Hinblick auf befriedigende Interaktionen und die Abnahme negativer Verhaltensweisen (Blumenberg

et al. 2018, 199). Einen Bedarf an Pflegenden mit der Fachweiterbildung Gerontopsychiatrie in Einrichtungen der Altenpflege wurde grundsätzlich auch im Expertengremium anerkannt. Diese Personen wurden während der Datenerhebung dem Qualifikationsniveau 5 zugeordnet, das jedoch inhaltlich undifferenziert alle entsprechenden Weiterbildungen einschließt. Da dementsprechend für dieses Qualifikationsniveau keine Vorbehaltsaufgaben in der pflegerischen Versorgung in Abhängigkeit vom fachlichen Inhalt der Weiterbildung definiert sind, wurde im Rahmen der Studienvorbereitung das QN 5 nicht nach den Inhalten der Fachweiterbildungen unterschieden. Entsprechende Stammdaten der beschatteten Pflegekräfte lagen aus diesem Grund nicht vor. Aufgrund des Grundansatzes der Studie, Personalbedarfe bewohnerbezogen zu ermitteln, war es ferner nicht möglich, Aussagen über die vorzuhaltenden Personalmengen mit Fachweiterbildung abzuleiten. Dazu hatte das Projektteam den Auftrag vom Expertengremium erhalten diese Daten nachzuerheben. Ergänzend zum normativ-empirischen Teil wurde überprüft, auf Basis von Literaturangaben Hinweise auf Vorhaltungsmengen abzuleiten. Diese Empfehlungen sollen in den ordnungsrechtlichen Regelungen berücksichtigt werden. Im Algorithmus soll dazu ein Parameter vorgesehen werden, der entsprechende landesrechtliche Vereinbarungen einbezieht.

Im ersten Teil des Prüfauftrages wurden die Pflegefachkräfte mit Fachweiterbildung nacherfasst. Dazu wurden die Einrichtungen im Rahmen der Nacherfassung des Dienstplanes gebeten, das QN 5 nach Pflegefachpersonen mit Fachweiterbildung Palliative Care, Leitungsaufgaben in der Pflege und Gerontopsychiatrie zu differenzieren. In den 44 Erhebungseinheiten, die den Dienstplan der Erhebungswoche zurücksendeten, waren zum Zeitpunkt der Datenerhebung 18 Pflegefachpersonen mit einer gerontopsychiatrischen Fachweiterbildung eingesetzt. Davon waren in vier Einheiten 3, in einer weiteren 2 und in jeweils vier Einheiten eine Person mit Fachweiterbildung in der Gerontopsychiatrie während der Datenerhebung eingesetzt. Somit war in 8 von 44 Erhebungseinheiten gerontopsychiatrisches Fachpersonal in der Erhebungswoche vorhanden.

Im zweiten Teil des Prüfauftrages, auf Basis einer Literaturrecherche Vorhaltungsmengen zu definieren. Hierzu wurde eine Literaturrecherche in vier Fachdatenbanken (Livivo, Cinahl, GVK-Plus, GeroLit) durchgeführt und anschließend ausgewertet. Für die Recherche wurden folgende Recherchekomponenten verwendet.

Recherchekomponenten	
Komponente 1: Langzeitpflege	
Deutsch	Langzeitpflege, Altenpflege, Pflegeheim
Englisch	„nursing home“, „residential care home“, „longterm care“, „elder care“, „elderly care“, „aged care“
Komponente 2: gerontopsychiatrische Weiterbildung	
Deutsch	Gerontopsych*, Demenz
Englisch	Gerontopsych*, Geropsych*, dementia
Komponente 3: Vorbehaltsaufgaben	
Deutsch	Qualifikation, Kompetenzen, Weiterbildung, Fortbildung
Englisch	Qualification, competence, education

Zusätzlich erfolgte eine Handrecherche in der Staats- und Universitätsbibliothek Bremen, Google Scholar und Google.

Eingeschlossen wurden alle Arbeiten, die im Zeitraum von 2009 bis 2019 publiziert wurden und die in englischer oder deutscher Sprache verfügbar waren. Von der weiteren Bearbeitung wurden dagegen die Arbeiten ausgeschlossen, die außerhalb der stationären Langzeitpflege angesiedelt waren, wie Versorgung in der Häuslichkeit, im Krankenhaus oder gerontopsychiatrische Einrichtungen oder Publikationen, die keine Vorhaltemengen angaben, und die nicht als Volltexte verfügbar waren.

Abbildung 9 zeigt den Ablauf der Literaturrecherche. Nachdem auf Duplikate kontrolliert und die Ein- und Ausschlusskriterien angewendet wurden, konnten für den weiteren Verlauf keine Studien, Reviews oder Publikationen eingeschlossen werden.

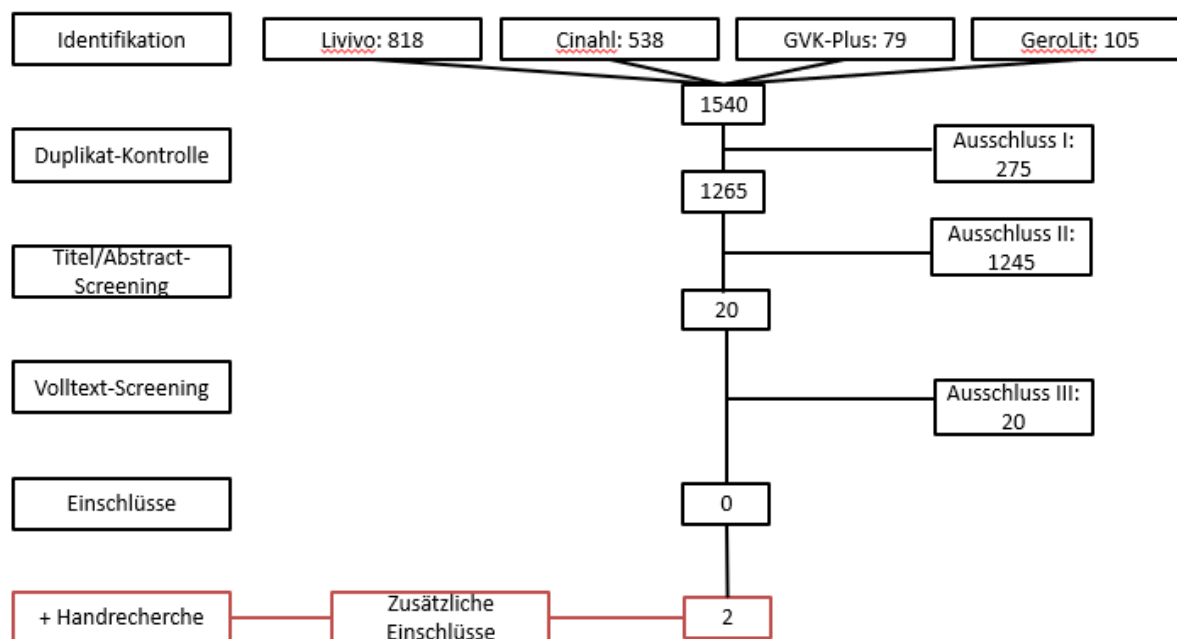


Abbildung 9: Flow-Chart zur Fachweiterbildung Gerontopsychiatrie

Grundsätzlich kann jedoch als Ergebnis der Literaturrecherche in den Fachdatenbanken festgehalten werden, dass zahlreiche Interventionsstudien zu finden sind, die zumindest durch ihre Ergebnisse darauf schließen lassen, dass ein demenzspezifisches Fachwissen in Form von Fortbildungen aller Mitarbeiter oder dem Einsatz von Fachexpertise in den stationären Einrichtungen zu zahlreichen positiven Effekten führen. Dabei kam es auf Seiten der Bewohner*innen, bspw. zu einem geringeren Einsatz von Psychopharmaka und zu einem geringeren Einsatz von Fixierungen. Auf der Seite des Pflegepersonals konnte eine Steigerung der sozial-kommunikativer Kompetenz, ein Wissenszuwachs zu nicht-medikamentösen Therapieformen und eine Abnahme der psychischen Belastung festgestellt werden (Franzmann et al. 2016: 212; Kuske et al. 2009:300ff.; Broughton et al. 2011: 1440ff.). In den USA haben bereits 26 Bundesstaaten umgesetzt, alle Personen, die in der direkten Pflege von Menschen mit Demenz tätig sind, mindestens im Umfang von 75 Stunden demenzspezifisch fortzubilden (Hyer et al., 2010: 865).

Auch in Deutschland werden Projekte gefördert, die gerontopsychiatrische Kompetenz in die Langzeitpflege implementieren. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat mit den Leuchtturmprojekten Demenz gleich mehrere Projekte gefördert. So wurde in dem Projekt *Berufsübergreifende Qualifizierung zu Demenz*, ebenfalls empfohlen möglichst alle Berufsgruppen, die in Kontakt mit Menschen mit Demenz stehen zu demenzspezifischen Themen zu schulen (BMG 2011: 56 f.)

Durch die Handrecherche konnten zwei Publikationen eingeschlossen werden, die Empfehlungen für das Vorhalten von Pflegefachpersonen mit Fachweiterbildung Gerontopsychiatrie geben. Dabei handelt es sich zum einen um den Expertenstandard *Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz* (Blumenberg et al. 2018) und zum anderen um eine Studie, die im Rahmen der Nationalen Demenzstrategie der Schweiz entstanden ist und vom Schweizer Bundesamt für Gesundheit in Auftrag gegeben wurde (Inderbitzi et al. 2016). Der Expertenstandard *Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz* empfiehlt das gesamte Personal in einer Langzeitpflegeeinrichtung, welches an der Versorgung der Menschen mit Demenz beteiligt ist, regelmäßig zu demenzspezifischen Themen, wie der Beziehungsgestaltung, zu schulen. Darüber hinaus sollte in jedem Arbeitsbereich, in dem Menschen mit Demenz leben, mindestens eine Pflegefachperson mit gerontopsychiatrischer Fachweiterbildung vorgehalten werden. Diese sollte das Pflegepersonal pflegefachlich zu demenzspezifischen Themen begleiten und als Ansprechpartner*in zu gerontopsychiatrischen Fragestellungen zur Verfügung stehen. Zusätzlich sollte im Managementbereich eine Person, die Schulung der Mitarbeiter*innen sowie die zusätzlichen gerontopsychiatrischen Aufgaben koordinieren (Blumenberg et al. 2018: 37).

In der Nationalen Demenzstrategie der Schweiz wird ähnlich der Empfehlung aus dem Expertenstandard ein/e Fachexperte/in Demenz an, die für die Sensibilisierung des Personals und als Koordinator*in und für die den Theorie-/Praxistransfer zuständig ist, indem sie bspw. demenzspezifische Konzepte entwickelt. Dazu wird eine Knüpfung der Betriebsbewilligung der Pflegeeinrichtungen an die Anstellung einer/s Fachexperten/in empfohlen. Zusätzlich sollten die Institutionen eine ganzheitliche Sensibilisierung des Personals anstreben. Dazu werden bereits auf kantonaler Ebene Anreize geschaffen, indem Weiterbildungen subventioniert werden (Inderbitzi et al. 2016: 42f.).

Zusätzlich zur Literaturrecherche wurden die drei beratenden Pflegewissenschaftler*innen zu der Frage nach Vorhalteregeleungen zu Pflegefachpersonen mit Fachweiterbildung befragt. Die beratenden drei Pflegewissenschaftler haben Punkt ausdrücklich auf die Berücksichtigung des Expertenstandards *Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz* (Blumenberg et al. 2018) verwiesen. Die Ergebnisse wurden zusätzlich den drei pflegewissenschaftlichen Beratern zur Verfügung gestellt und im Rahmen der Sitzung im Juli 2019 diskutiert. Sowohl die pflegewissenschaftlichen Experten als auch das Projektteam weisen darauf hin, dass der Expertenstandard damit die aktuell bestverfügbare Evidenz abbildet und dabei die Gegebenheiten in Deutschland integriert. Die Erkenntnisse des Expertenstands müssen bei der Frage nach der Vorhaltung von Pflegenden mit gerontopsychiatrischer Fachweiterbildung einbezogen werden.

Empfehlung: Während der Datenerhebung sind Pflegefachpersonen mit Gerontopsychiatrischer Fachweiterbildung mit 18 Personen in 8 Erhebungseinheiten gemessen worden. Die empirisch erfasste Anzahl kann auf Grundlage der Empfehlungen durch die Literatur und Expertenmeinungen als zu gering bewertet werden. Anhand der Ergebnisse Literaturrecherche konnten zwar keine normativen Setzungen für Vorhaltungsmengen benannt werden. Die Analyse zeigte allerdings, dass eine gerontopsychiatrische Zusatzqualifikation positive Effekte auf Bewohner- und Personalebene erzielte. Außerdem sollten bei landesrechtlichen Vereinbarungen zukünftig die Empfehlungen des Expertenstandards *Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz*), mind. eine Person mit gerontopsychiatrischer Fachweiterbildung im Arbeitsbereich von Menschen mit Demenz vorzuhalten, berücksichtigt werden (Blumenberg et al. 2018: 37).

Punkt C.2: Interaktionsarbeit

Im Beschlussprotokoll der Zweiten Konsentierungssitzung vom Dezember 2018 wurde ebenfalls festgehalten, dass zu prüfen ist, ob Aufwände für Interaktionszeiten in ausreichendem Umfang in den

Zeit- und Mengengerüsten des Personalbemessungsinstrumentes einbezogen worden sind. Die Ergebnisse aus der qualitativen Teilstudie zur Interaktionsarbeit liegen nun vor und wurden im zweiten Zwischenbericht der PeBeM-Studie gesondert in dem Kapitel *Zusammenfassende Darstellung der qualitativen Teilstudie zu Interaktionsarbeit als Querschnittsdimension* ausgewiesen und durch das Studienteam anhand der PeBeM-Daten bewertet. Sie werden aus diesem Grund in diesem Abschnitt zusammengefasst dargestellt. In der qualitativen Teilstudie der Kolleg*innen Schwerdt und Becke des iaw wird deutlich, dass die Pflegenden in den vier Dimensionen nach Böhle et al. 2015 zusätzliche Zeitbedarfe sehen, die jedoch nicht bzw. unzureichend quantifiziert werden können. In den Schlussfolgerungen schlagen die Autoren in ihrem abschließenden Bericht zur Interaktionsarbeit disponible Interaktionszeiten von 5-10% der täglichen Arbeitszeit von Pflegenden vor. Im quantitativen Teil der Studie wurde auf die Berücksichtigung der Interaktionsarbeit expliziert geachtet und das iaw bei der Instrumentenentwicklung und Schulung der Datenerhebenden eingebunden. Die konsentierten Inhalte des Interventionshandbuches mit der Berücksichtigung der Interaktionsarbeit in den Teilschritten und Anforderungen, die Struktur der Datenerhebungssoftware sowie die Qualifizierung der Datenerhebenden führten zu einer umfassenden Integration der Interaktionsarbeit bei den quantitativen Datenerhebungen. Lt. Schwerdt und Becke ergeben sich allerdings u.a. aus untererfassten Interaktionszeiten beim Einzug und der Sterbebegleitung. Potenzielle Untererfassungen von Interaktionszeiten im Rahmen des Einzugs und der Sterbebegleitung sind -wie bereits bei der Prüfung von untererfassten Interventionen festgestellt- in der PE-BEM-Studie zwar systematisch untererfasst, allerdings können diese Aufwände durch Leerstände zwischen dem Einzug und dem Versterben ausgeglichen werden. Trotzdem ist z.B. im Bereich der Emotionsarbeit nicht sicherzustellen, dass hier notwendige Bedarfe der professionell Pflegenden ausreichend mit Soll-Zuschlägen versehen wurden.

Im Rahmen der Prüfung einer Untererfassung von Interaktionsarbeit in der quantitativen Datenerhebung liegen keine eindeutigen Hinweise auf eine potenzielle Untererfassung von Interaktionsarbeit, sie kann aber auch nicht ausgeschlossen werden. Sicherlich interessant dürften auch die Ergebnisse des Modellvorhabens des Bundesministeriums für Gesundheit sein. In dem Modellvorhaben werden Unterstützungsangebote (z. B. Supervision oder die Einbeziehung von Psychotherapeuten) für beruflich Pflegenden, die besonderen physischen und psychischen Belastungen ausgesetzt sind hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und der Nachhaltigkeit der Angebote untersucht. Ab dem Jahr 2021 kann dort mit den ersten Ergebnissen gerechnet werden (BMG 2019, S. 69). Empfehlung: Bei einer modellhaften Pilotierung kann geprüft werden, inwieweit, die im iaw-Bericht beschriebenen Bedarfe für Emotionsarbeit im Bereich der Interaktionsarbeit, mit den durch das neue Personalbemessungsinstrument zur Verfügung stehende Zeitressourcen für eine ausreichende Interaktionsarbeit der Pflegenden abgedeckt sind.

Fazit:

Die Interventionen Einzug, zum Teil die Steuerung des Pflegeprozesses und die postmortale Versorgung erscheinen durch die Datenerhebungen systematisch untererfasst, die hier untererfassten Aufwände können sich aber mit dem Leerstand zwischen Versterben und Neueinzug von Bewohnern ausgleichen.

Multidisziplinäre Fallbesprechungen, Pflegevisiten, Beratungsleistungen, Arbeitsschutz, Prävention, Gesundheitsförderung, Ausbildungs-, Anleitungs- und Koordinierungsaufgaben von Pflegehilfskräften bis zu Pflegeassistenzkräften durch eine Pflegefachkraft kommen im status quo der pflegerischen

Versorgung selten vor und konnten mit den Beschattungen nicht umfassend mit Sollzuschlägen abgebildet werden. Anhand der Literatur lassen sich keine mit der Validität der Studienergebnisse vergleichbaren Daten zu Sollmengen und -zeiten identifizieren. Daten aus anderen Pflege- und Gesundheitssystemen lassen sich nicht auf die sich wandelnden Rahmenbedingungen im der deutschen Langzeitversorgung übertragen und werden deshalb vernachlässigt. Im Kontext der modellhaften Pilotierung soll deshalb geprüft werden, inwieweit durch die neue Personalbemessung und der begleiteten Personal- und Organisationsentwicklung eine fachgerechte pflegerische Versorgung etabliert werden kann. In diesem Zusammenhang können dann die gewonnenen Ressourcen für die beschriebenen potenziell untererfassten Interventionen verwendet und unter Berücksichtigung der notwendigen Qualifikation deren Zeit- und Mengenbedarfe bestimmt werden.

Im neuen Pflegeberufegesetz, welches ab 1. Januar 2020 in Kraft tritt sind die Finanzierung und der Umfang der Ausbildungs- und Anleitungszeiten der Auszubildenden in den Praxiseinrichtungen geregelt und werden nicht im Personalbemessungsinstrument berücksichtigt. Aus den Daten der Personalbemessung konnten nur eine geringe Anzahl an Personen mit Fachweiterbildung Gerontopsychiatrie ausgewertet werden. Ebenso können aus der Literaturrecherche keine validen Vorhaltemengen genannt werden. Die Empfehlungen aus dem Expertenstandard **Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz** (Blumenberg et al. 2018) sollten in jedem Fall bei landesrechtlichen Verhandlungen berücksichtigt werden. Des Weiteren regen die drei pflegewissenschaftlichen Berater an, bei einer modellhaften Pilotierung zu prüfen, ob weitere Interventionen – die nicht Gegenstand des Interventionskataloges waren – erforderlich sind und in angemessenem Umfang in der praktischen Erbringung integriert sind, z.B. aus dem Bereich Qualitätsmanagement.

Literatur:

Blumenberg, Petra; Krebs, Moritz; Moers, Martin; Möller, Anna; Schiemann, Doris; Stehling, Heiko (2018): Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Sonderdruck. Hg. v. Andreas Büscher. Osnabrück: Hochschule Osnabrück Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege).

Bulechek, Gloria M.; Butcher, Howard K.; McCloskey-Dochterman, Joanne (2016): Pflegeinterventionsklassifikation (NIC). 1. Auflage.

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2019): Konzertierte Aktion Pflege. Vereinbarungstext der Arbeitsgruppen 1 bis 5. Unter Mitarbeit von Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Berlin. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/konzertierte-aktion-pflege.html>.

Buscher, Ines; Reuther, Sven; Holle, Daniela; Bartholomeyczik, Sabine; Halek, Margareta (2012): Wiltener Modell der Fallbesprechung bei Menschen mit Demenz mit Hilfe des Innovativen-demenzorientierten-Assessmentsystems. WELCOME-IdA. Hg. v. Deutsches Zentrum für neurodegenerative Erkrankungen (DZNE). Witten.

Broughton, Megan; Smith, Erin R.; Baker, Rosemary; Angwin, Anthony J.; Pachana, Nancy A.; Copland, David A. et al. (2011): Evaluation of a caregiver education program to support memory and communication in dementia: a controlled pretest-posttest study with nursing home staff. In: *International journal of nursing studies* 48 (11), S. 1436–1444. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2011.05.007.

Franzmann, J.; Haberstroh, J.; Pantel, J. (2016): Train the trainer in dementia care. A program to foster communication skills in nursing home staff caring for dementia patients. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 49 (3), S. 209–215. DOI: 10.1007/s00391-016-1041-1.

Glaser, Jürgen; Seubert, Christian (2018): Arbeitswissenschaftliche Analyse und Bewertung pflegerischer Humandienstleistungstätigkeiten in der stationären Langzeitpflege als Basis für eine leistungsgerechte Personalbemessung. Hg. v. Universität Innsbruck. Institut für Psychologie. Innsbruck. Online verfügbar unter https://wien.arbeiterkammer.at/service/studien/Sozialpolitik/studien/Arbeit_in_der_Langzeitpflege.html, zuletzt geprüft am 25.02.2019.

Görres, Stefan; Zimmermann, Markus; Schmitt, Svenja (2011): Grundlagen zur Bemessung des Erstgesprächs/ Erstbesuches in der ambulanten Pflege. Expertise. Hg. v. Institut für Public Health und Pflegeforschung. Universität Bremen. Online verfügbar unter https://www.bpa.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/.../BU_Studie_0005.pdf.

Hamburger Institut für Berufliche Bildung (Hg.) (2014): Leitfaden für die Altenpflegeausbildung in Hamburg. Online verfügbar unter <https://www.hamburg.de/content-blob/4415200/b247baa0402bc087407dab8b042ba189/data/leitfaden-altenpflegeausbildung.pdf>, zuletzt geprüft am 17.07.2019.

Hellmann, Stefanie; Rösslein, Rosa (2012): Pflegevisite in Theorie und Praxis für die ambulante und stationäre Pflege. Mit Transparenzkriterien, Risikobereichen und Checklisten. 3., aktualisierte Aufl. Hannover: Brigitte Kunz Verlag.

Hyer, Kathryn; Molinari, Victor; Kaplan, Mary; Jones, Sharmalee (2010): Credentialing dementia training: the Florida experience. In: *International psychogeriatrics* 22 (6), S. 864–873. DOI: 10.1017/S1041610210000426.

Inderbitzi, Laura; Fitzli, Dora, Mülleregg-Weibel, Andrea (2016): Ausbau der demenzspezifischen Aus-, Fort- und Weiterbildung. eine explorative Standortbestimmung zum Bedarf und zu möglichen Lösungsoptionen. Eine Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG, Nationale Demenzstrategie 2014-2017. Zürich. Online verfügbar unter https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/nationale-demenzstrategie/hf-qualitaet/7_1_aus-weiter-fortbildung/vorstudie-demenz-bildung-schlussbericht-2016.pdf.download.pdf/vorstudie-demenz-bildung-schlussbericht-2016.pdf., zuletzt geprüft am 17.06.2019.

Kuske, Bettina; Luck, Tobias; Hanns, Stephanie; Matschinger, Herbert; Angermeyer, Matthias C.; Behrens, Johann; Riedel-Heller, Steffi G. (2009): Training in dementia care: a cluster-randomized controlled trial of a training program for nursing home staff in Germany. In: *International psychogeriatrics* 21 (2), S. 295–308. DOI: 10.1017/S1041610208008387.

Lehmann, Yvonne Marianne; Schaepe, Christiane; Wulff, Ines (2019): *Pflege in anderen Ländern. Vom Ausland lernen?* Heidelberg: medhochzwei-Verlag.

<https://pqsg.de/seiten/openpqsg/hintergrund-standard-pflegevisite.htm> (06.05.2019)

Mathes, Tim; Pieper, Dawid; Jaschinski, Thomas; Mosch, Christoph; Antoine, Sunya-Lee; Verhülsdonk, Dandra; Eikermann Michaela (2017): *Instrumente zur Erfassung des individuellen Pflegebedarfs*. Hg. v. Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Bundesministerium für Gesundheit. Köln (Schriftreihe Health Technologia Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland).

MDK und MDS (2016): *Ergänzende Erläuterungen für Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen nach den Qualitätsprüfungs-Richtlinien - QPR bei der Umsetzung des Strukturmodells zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation. Version 3.1.* Online verfügbar unter https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publicationen/SPV/PV_Qualitaetspruefung/160614_Ergaenzende_Erlaeuterungen_Effizienzsteigerung_Pflegedokumentation_final_Vers3.1.pdf.

Panka, Christiane; Kämmer, Karla (2014): *Qualitätssicherung. Pflegebegleitung und Pflegevisite. Die Grundlagen der Qualität. Ideal für den kontinuierlichen Verbesserungsprozess. Wissenschaftlich fundiert und praxisnah.* 1. Aufl. s.l.: Schlütersche (Managementbibliothek). Online verfügbar unter <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=844946>.

Praxisheft Leitfaden zur Pflegevisite. Eine Arbeitshilfe für die Praxis (2016). 5., veränderte Auflage. Berlin: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Nordost e.V.

Reuschenbach, Bernd; Hornstein, Nicolai (2013): *Abschlussbericht zum Projekt "Reduktion des Dokumentationsaufwandes in der stationären Altenhilfe" (Redudok)*. Hg. v. Institut für Fort- und Weiterbildung, Forschung und Entwicklung (IF) der Katholischen Stiftungshochschule München, University of Applied Sciences.

Schwinger, Antje; Behrendt, Susann; Tsiasioti, Chysanthi; Stieglitz, Kai; Breitzkreuz, Thorben; Grobe, Thomas G.; Klauber, Jürgen (2018): *Qualitätsmessung mit Routinedaten in deutschen Pflegeheimen: Eine erste Standortbestimmung*. In: Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmeier, Stefan Groß, Jürgen Klauber und Antje Schwinger (Hg.): *Pflege-Report 2018*, Bd. 66. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 97–125.

Wingefeld, Klaus (2010): *Entwicklung und Erprobung von Grundlagen der Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen auf Basis des Bedarfsklassifikationssystems der "Referenzmo-*

delle". Unter Mitarbeit von A. Ammann und A. Ostendorf. Hg. v. GKV-Spitzenverband. Bielefeld. Online verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/pfle-geversicherung/forschung/modellprojekte/pflege_abgeschlossene_projekte_8/entwicklung_erprobung.jsp, zuletzt geprüft am 28.06.2019.

A 6 Ergebnisse

A 6.1 Steckbriefe -vollstationär-

A 6.2 Steckbriefe -teilstationär-

A 6.3 Übersicht der Bewertungen der Teilschritte und Anforderungen aller vollstationär erbrachten Interventionen

A 6.4 Rückmeldungen der Datenerhebenden

Steckbriefe

-vollstationär-

im Projekt

Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI
(PeBeM)

SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik
Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)
Institut für Arbeit und Wirtschaft (iaw)
Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (KKSB)

Bremen, September 2019

Inhalt

1.1 Bewegungsförderung	5
1.2 Positionierung.....	9
1.3 Transfer/Fortbewegen.....	12
1.4 Transportbegleitung	15
2.1 Alltagsgestaltung: Gedächtnistraining.....	18
2.2 Alltagsgestaltung: Realitätsorientierung	20
2.3 Alltagsgestaltung: Kunst	22
2.4 Alltagsgestaltung: Musik.....	24
2.5 Alltagsgestaltung: Spielen.....	26
2.6 Alltagsgestaltung: Tiere	29
2.7 Alltagsgestaltung: sonstige Themenfelder	31
2.8 Alltagsgestaltung: Planung	34
2.9 Alltagsgestaltung: Vorbereitung.....	36
2.10 Basale Stimulation	39
2.11 Bettwache.....	42
2.12 Biographiearbeit.....	44
2.13 Einkaufsfahrt.....	46
2.14 Snoezelen.....	48
2.15 Spirituelle Unterstützung.....	50
3.2 Körpernahe Fixierung	52
3.3 Verhaltens- und umgebungsbezogene Interventionen.....	55
4.1 An- und Auskleiden.....	58
4.2 Ausscheidungsmanagement.....	61
4.3 Beckenbodentraining.....	64
4.4 Enterale Ernährung.....	66
4.5 Emesismanagement	69
4.6 Haarpflege	72
4.7 Hauswirtschaftliche Unterstützung.....	75
4.8 Hilfe beim Aufstehen	78
4.9 Hilfe beim Zubettgehen.....	81
4.10 Intimpflege.....	84

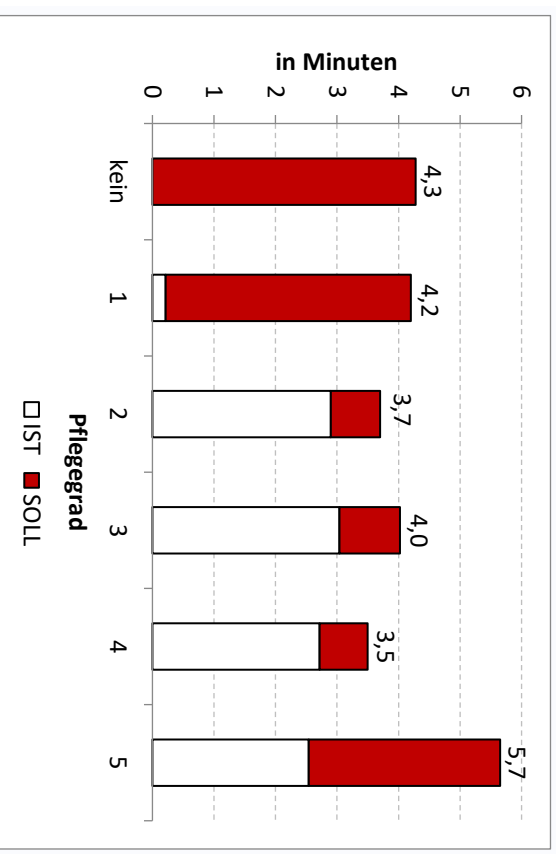
4.11 Körperpflege: Baden	87
4.12 Körperpflege: Duschen	90
4.13 Körperpflege: Waschen am Waschbecken	93
4.14 Körperpflege: Waschen im Bett	96
4.15 Maniküre/Pediküre.....	99
4.16 Mund- und Zahnpflege	102
4.17 Nahrungsaufnahme: Durchführung	105
4.18 Nahrungsaufnahme: Vorbereitung.....	108
4.19 Postmortale Versorgung.....	111
4.20 Schlucktraining	113
5.1 Absaugen	116
5.2 Atemwegsmanagement	119
5.3 Blasenkatheterisierung.....	122
5.4 Blutentnahme: venös	125
5.5 Einlauf	128
5.6 Ernährungssonde: Legen	131
5.7 Erste Hilfe.....	133
5.8 Infusionsgabe.....	135
5.9 Injektion i.c./s.c.....	138
5.10 Injektion i.m.....	141
5.11 Kompressionsstrümpfe/-verband.....	144
5.12 Medikamentengabe	147
5.13 Medikationsmanagement	151
5.14 Sauerstoffgabe.....	154
5.15 Temperaturregulation	157
5.16 Untersuchungsassistenz	160
5.17 Vitalzeichenkontrolle: Blutdruck und Puls.....	163
5.18 Vitalzeichenkontrolle: Blutzucker	166
5.19 Vitalzeichenkontrolle: Körpertemperatur	169
5.20 Wiegen.....	172
5.21 Wundpflege	175
6.1 Beratung: Chronische Wundversorgung	178
6.2 Beratung: Dekubitusprophylaxe	181
6.3 Beratung: Ernährungsmanagement	183
A 6.1	

6.4 Beratung: Förderung der Kontinenz	186
6.5 Beratung: Mobilität	189
6.6 Beratung: Schmerzmanagement	192
6.7 Beratung: Sturzprophylaxe	195
6.8 Beratung: sonstige Themenfelder	197
6.9 Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase	200
6.10 Schulung	202
7.1 Dokumentation.....	205
7.2 Einzug.....	208
7.3 Steuerung des Pflegeprozesses	211
7.4 Angehörigenarbeit.....	214
7.5 Berufsgruppenübergreifende Kommunikation	217
7.6 Bewohnergespräch.....	220
7.7 Dienstübergabe	224
7.8 Mitarbeiterkommunikation	225
7.9 Multidisziplinäre Fallbesprechung.....	226
7.10 Dienstgang	229
7.12 Gerätemanagement und Notfallwagenkontrolle	232
7.13 Materialmanagement.....	235
7.14 Planung Aufenthaltswechsel	238
7.15 Rundgang/Sicherheit gewährleisten	241
8.1 Anleitung/Einarbeitung/Ausbildung.....	244
8.4 Bewohnerbefragung.....	247
8.5 Fortbildung	248
8.6 Pflegevisite.....	249
8.8 Qualitätscontrolling/Kennzahlen/Berichterstattung.....	252
8.9 Qualitätsdokumentation/-handbuch.....	253
8.10 Qualitätszirkel.....	254
8.11 Risiko- und Fehlermanagement.....	255
9.1 Betriebswirtschaft/Finanzierung	256
9.2 Gesundheitsförderung/Arbeitsschutz	257
9.3 Kommunikation und Information.....	258
9.4 Öffentlichkeitsarbeit/Marketing.....	259
9.5 Personal: Entwicklung.....	260

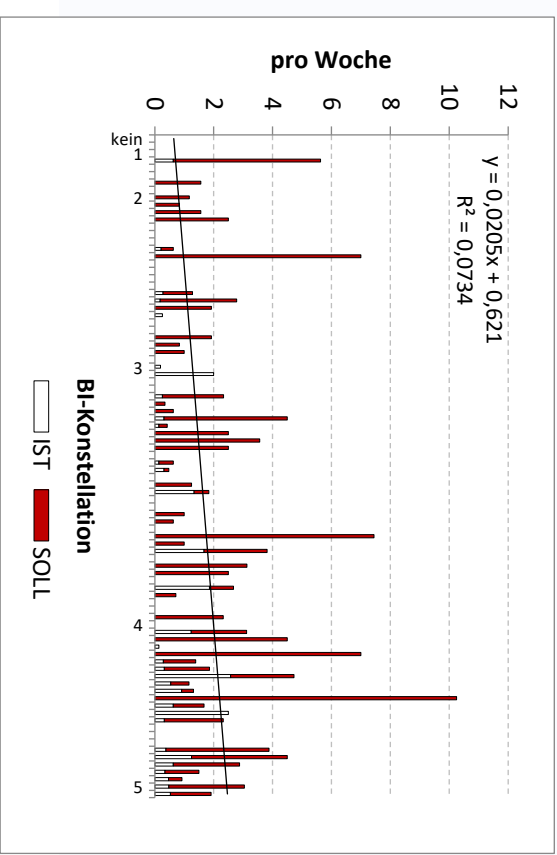
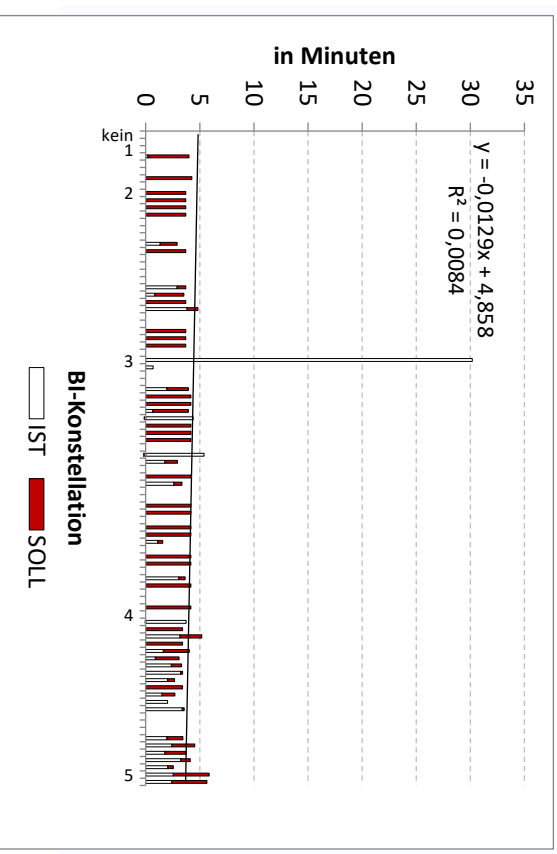
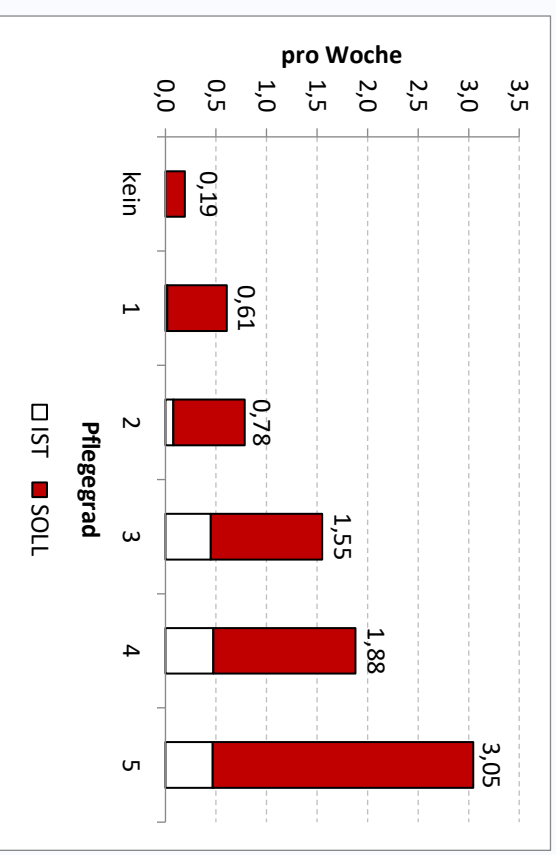
9.6 Personal: Organisation/Verwaltung	261
9.7 Rezeption und Aneignung gesetzlicher und fachlicher Anforderungen.....	262
9.8 Teamentwicklung	263
10.1 Pause.....	264
10.2 Telefongespräch	265
10.3 Wegezeit.....	268
11. Anhang.....	269

1.1 Bewegungsförderung

Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...

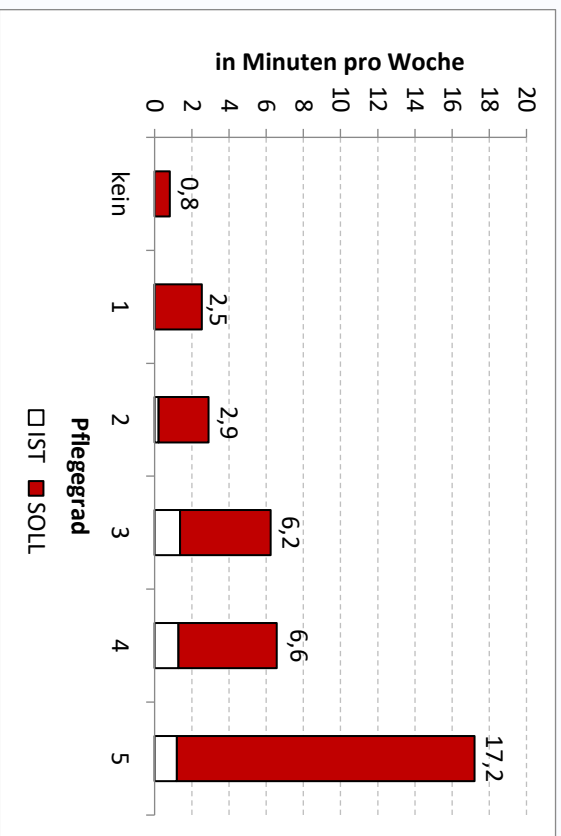


Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...

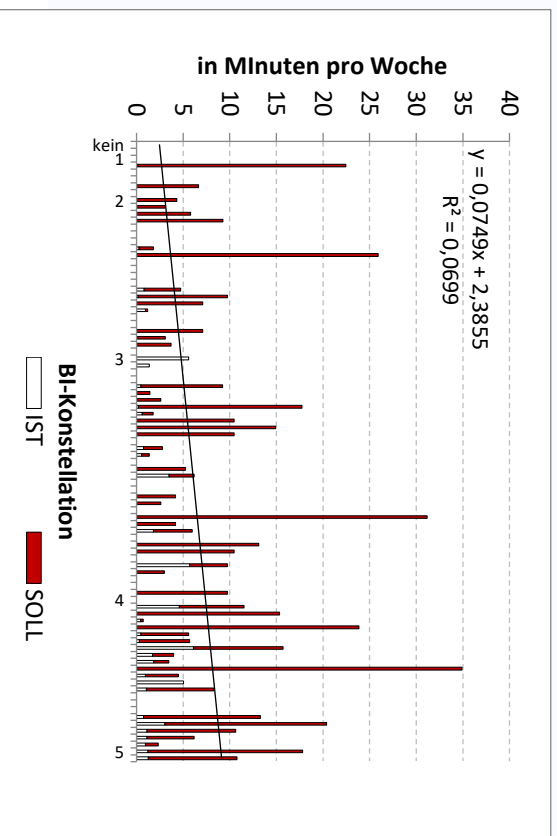
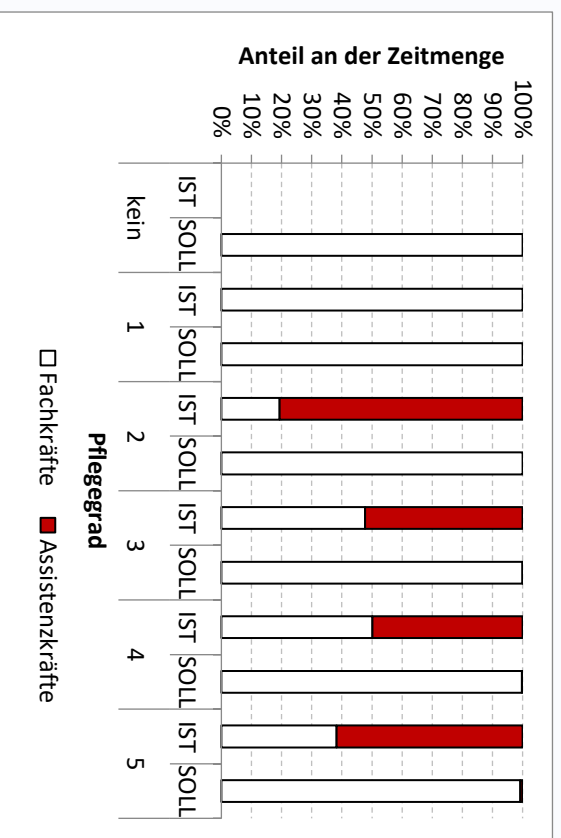


1.1 Bewegungsförderung

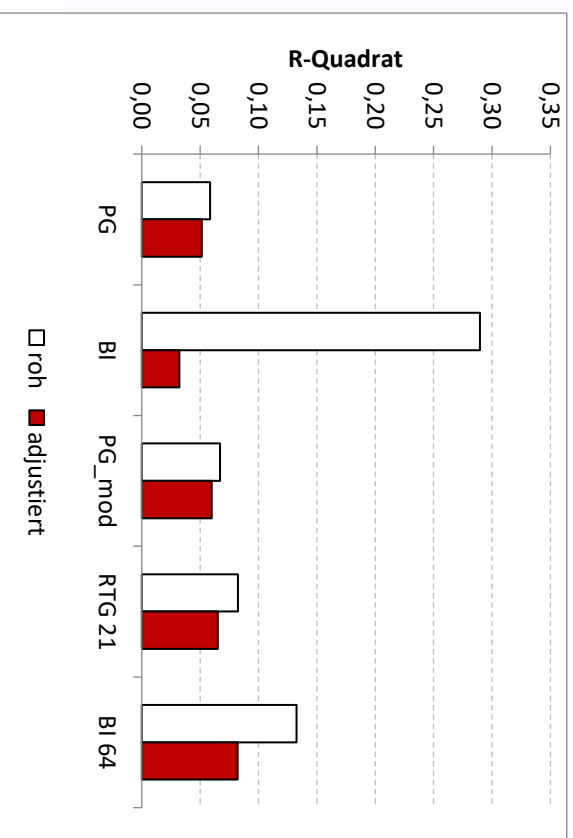
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



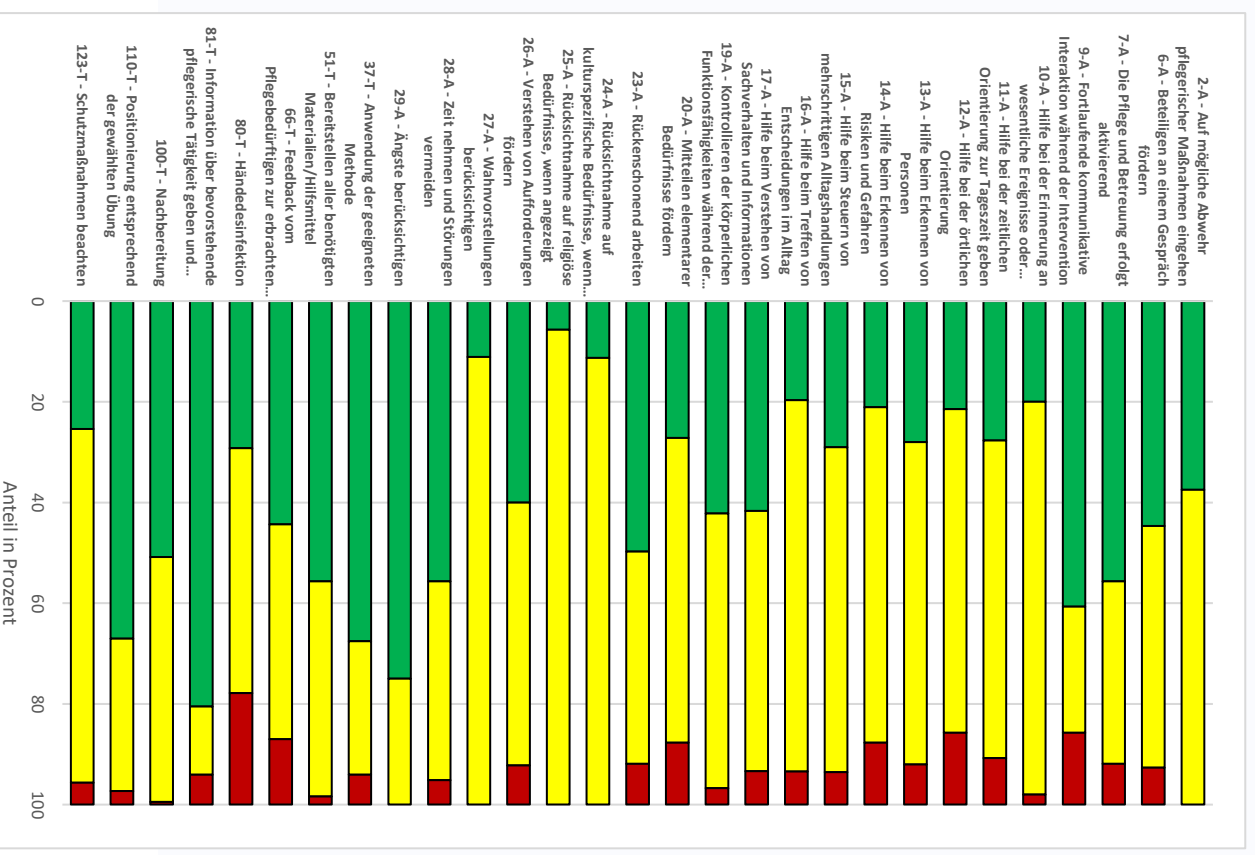
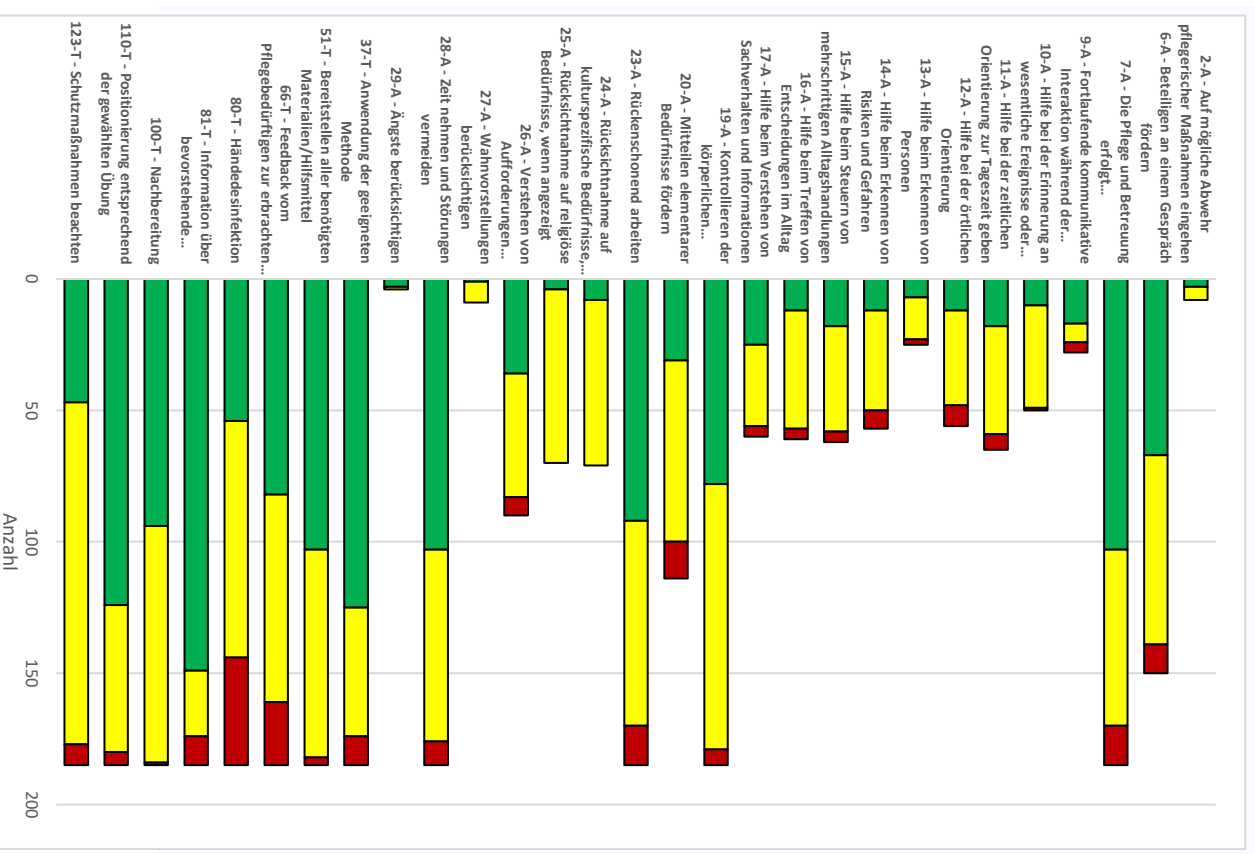
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



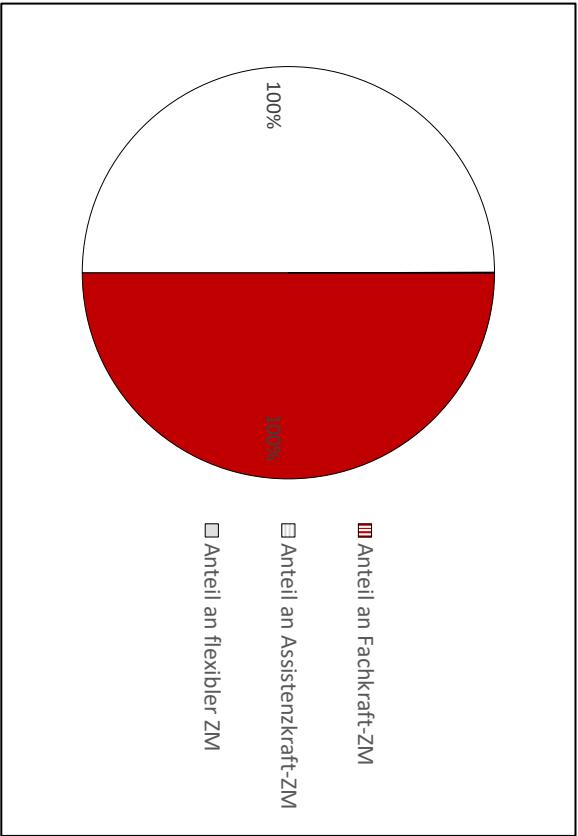
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitemenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



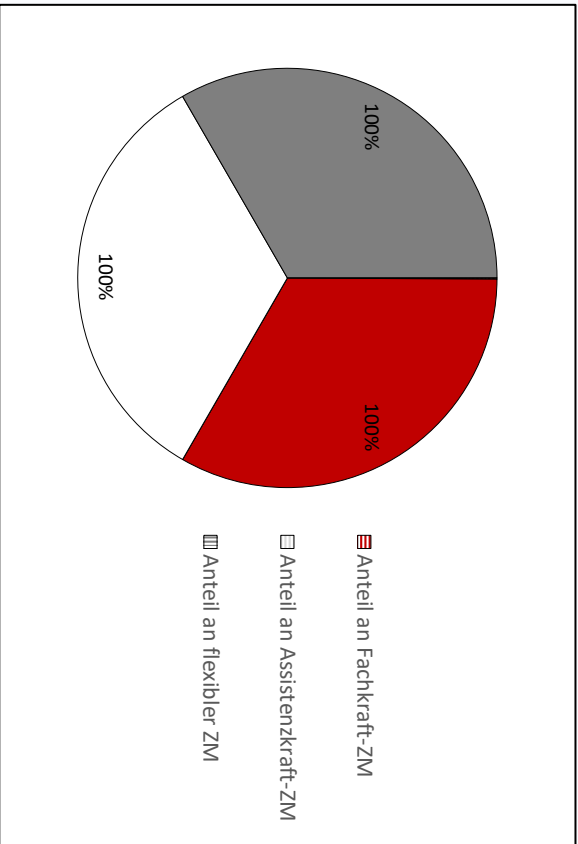
Absolute und relative Teilschrittbewertung



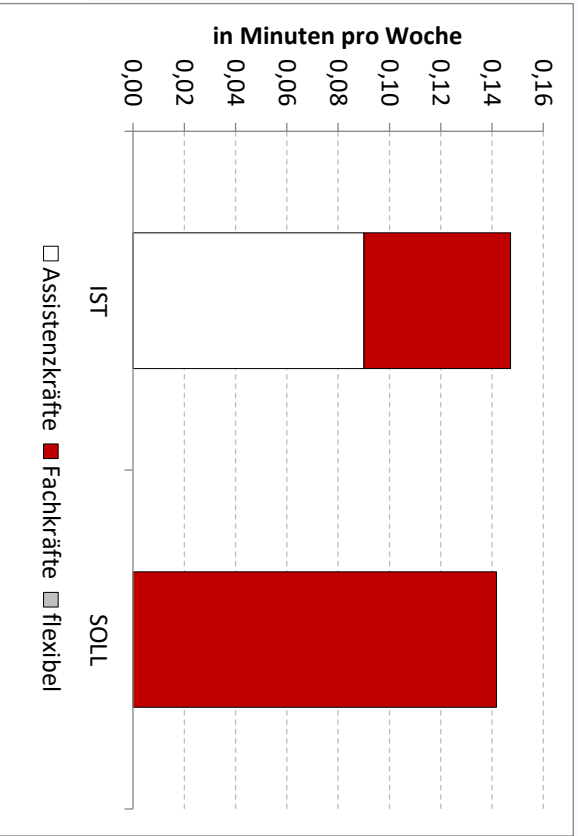
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege

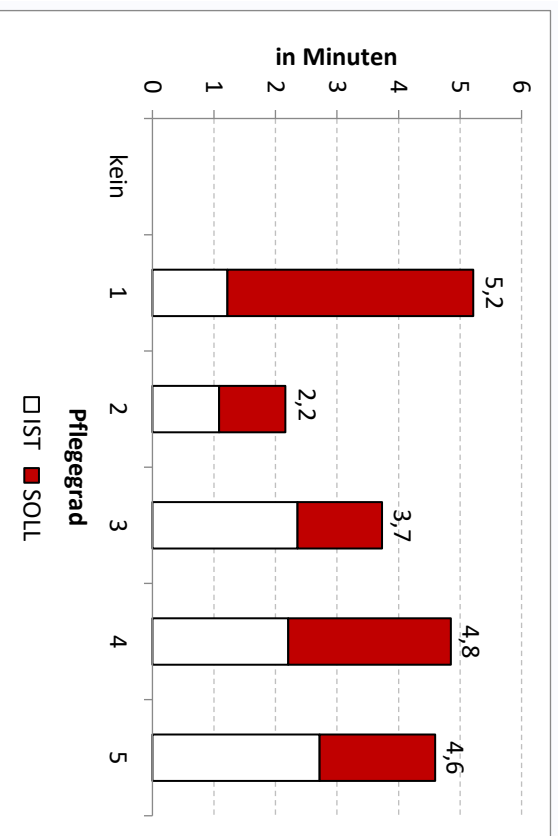


Zeitmengen nach Qualifikationsmix

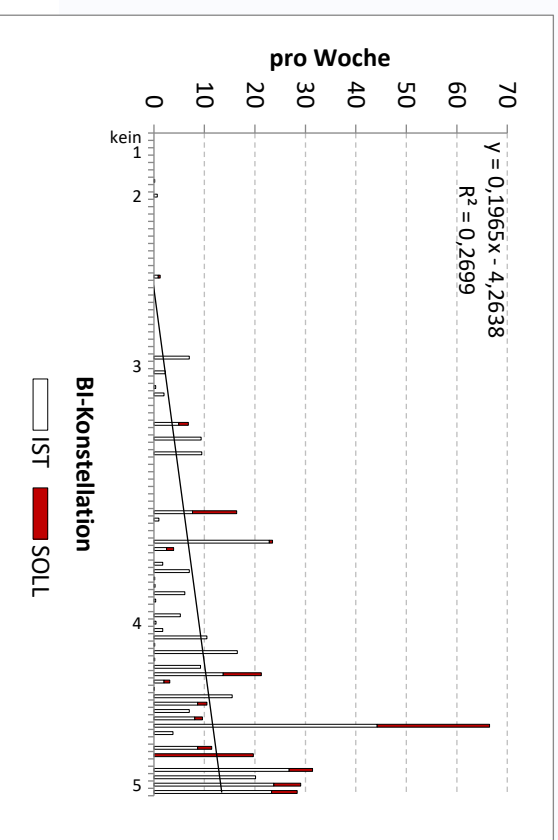
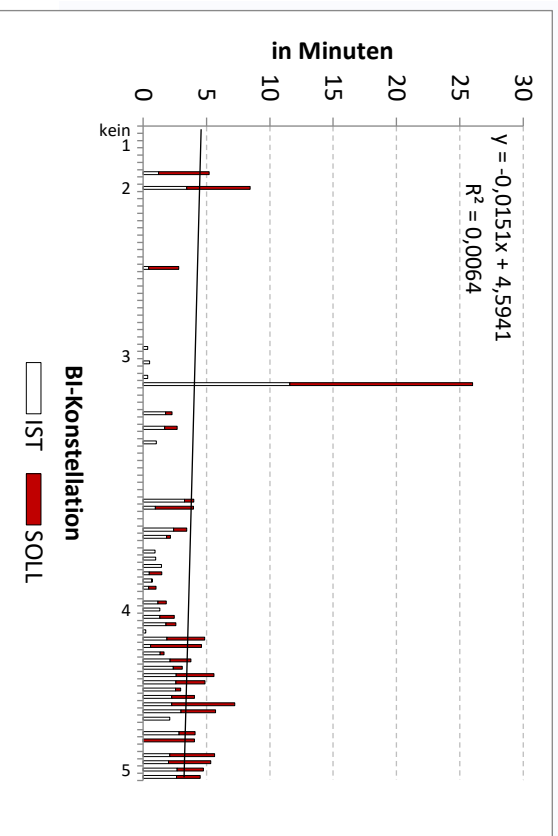
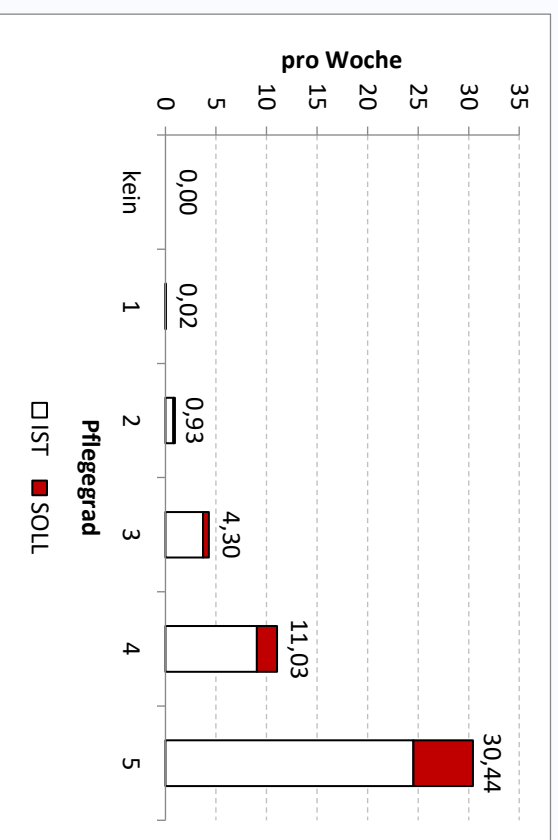


1.2 Positionierung

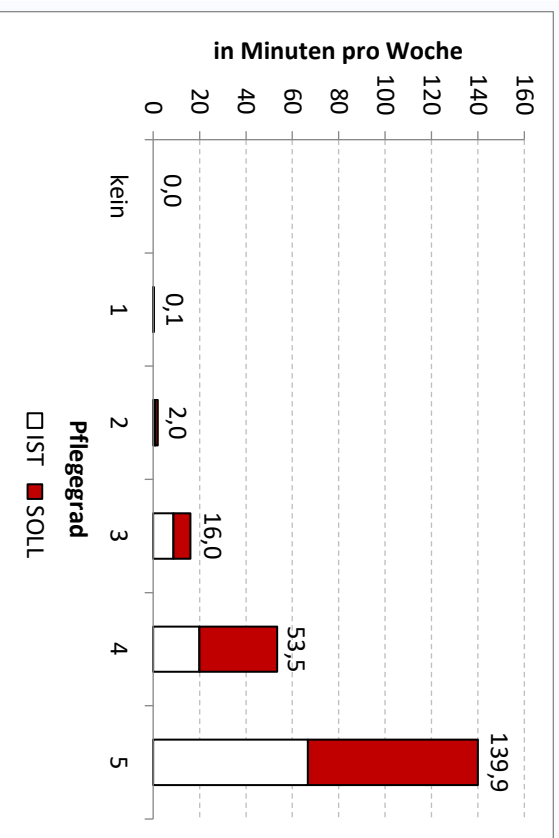
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



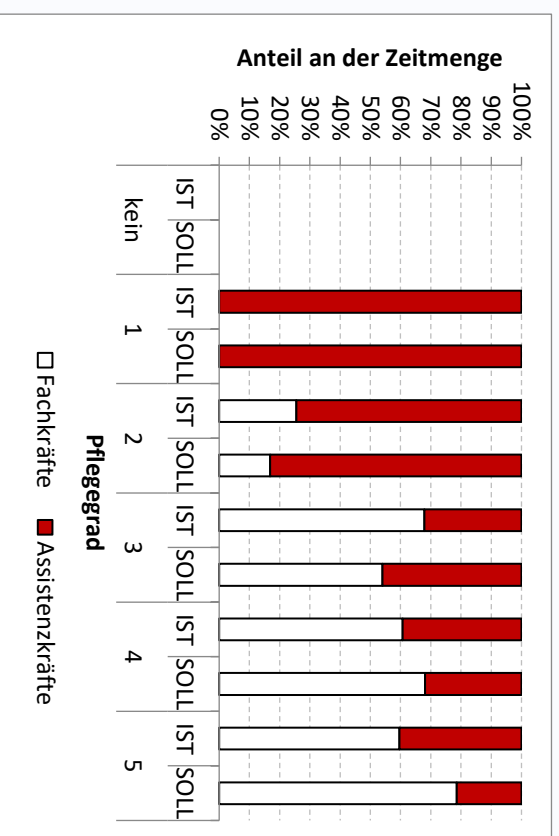
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



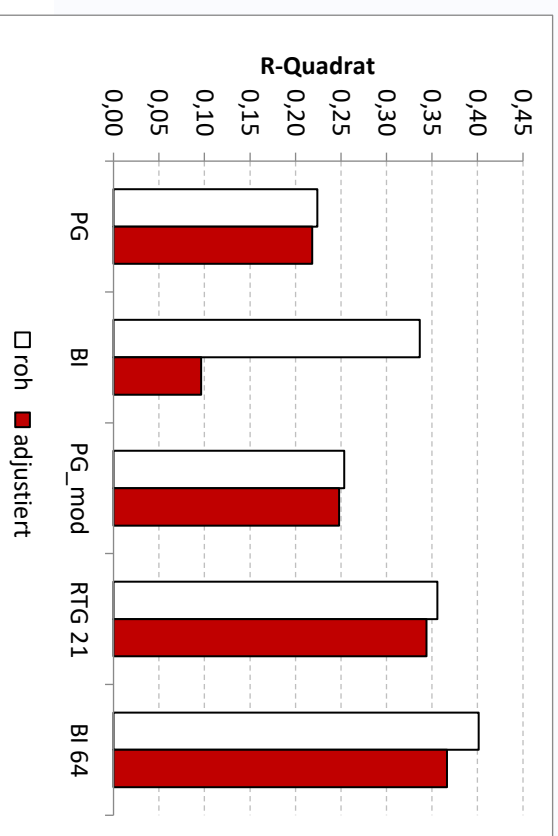
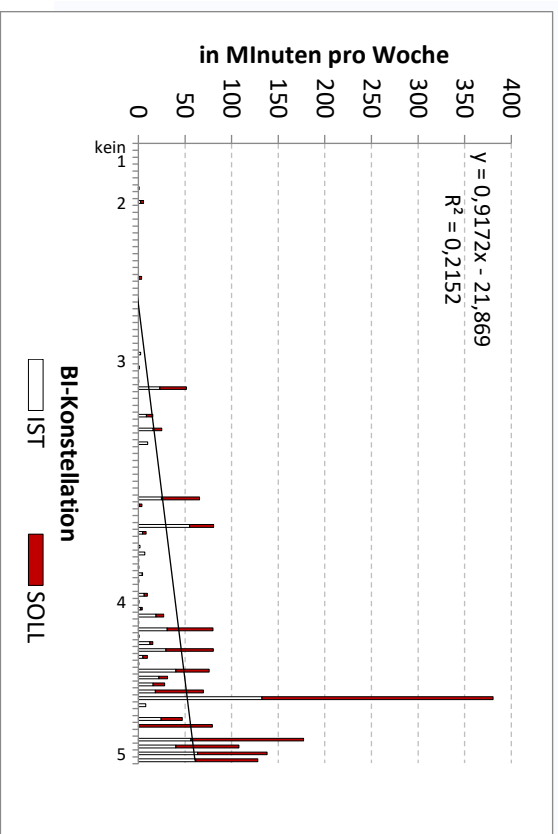
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



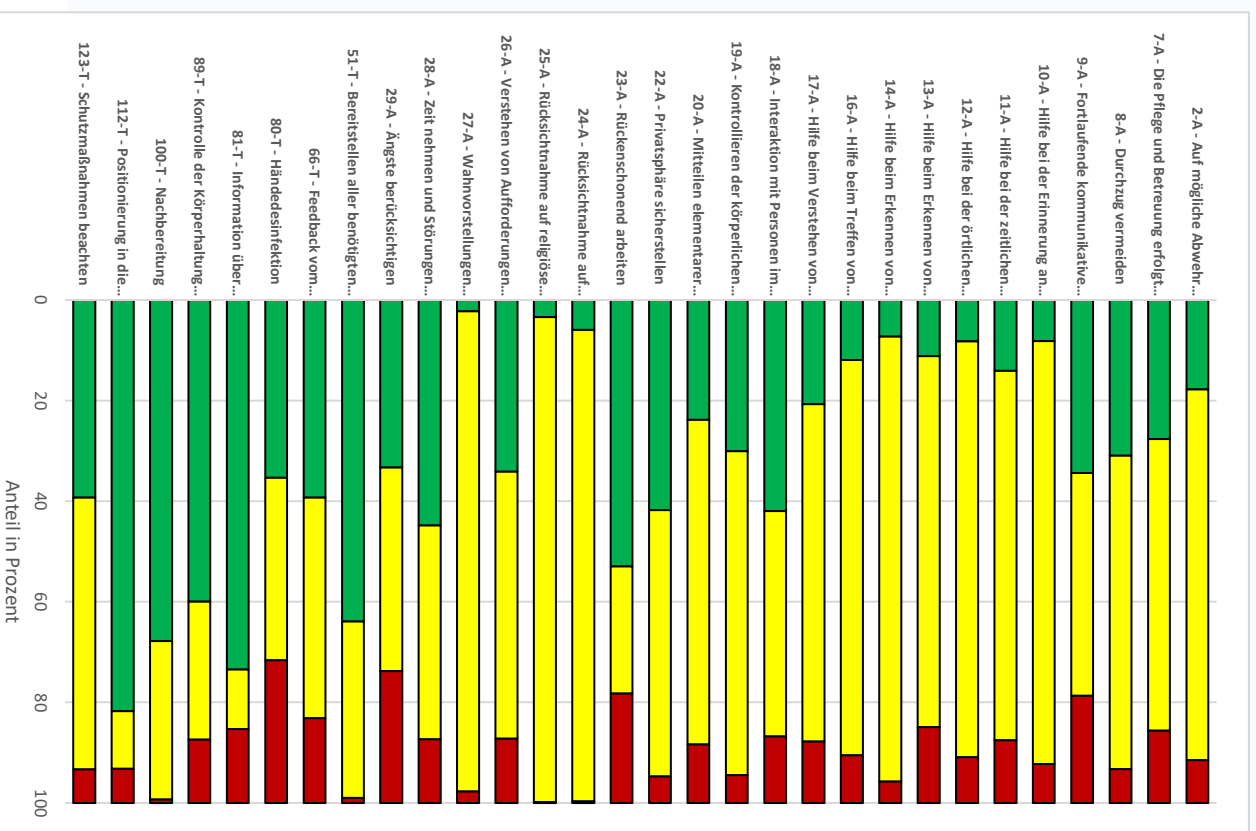
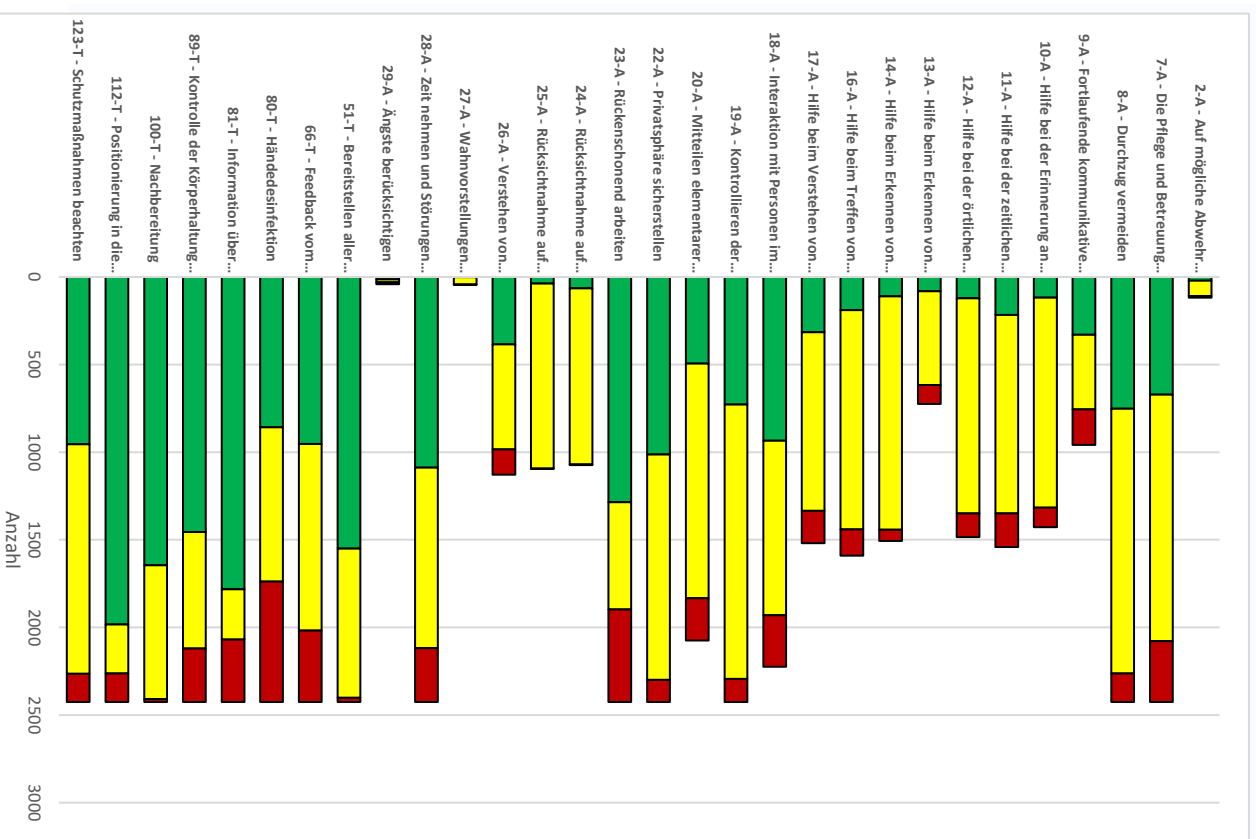
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



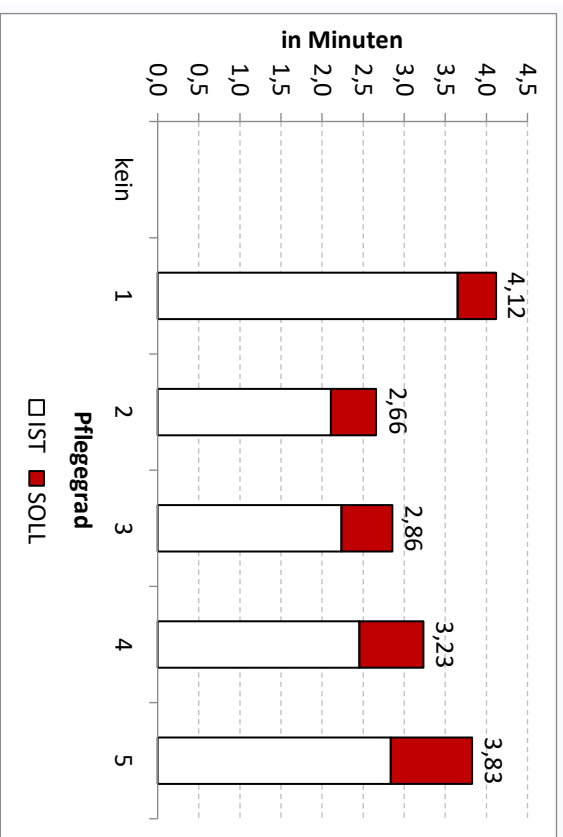
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitemenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



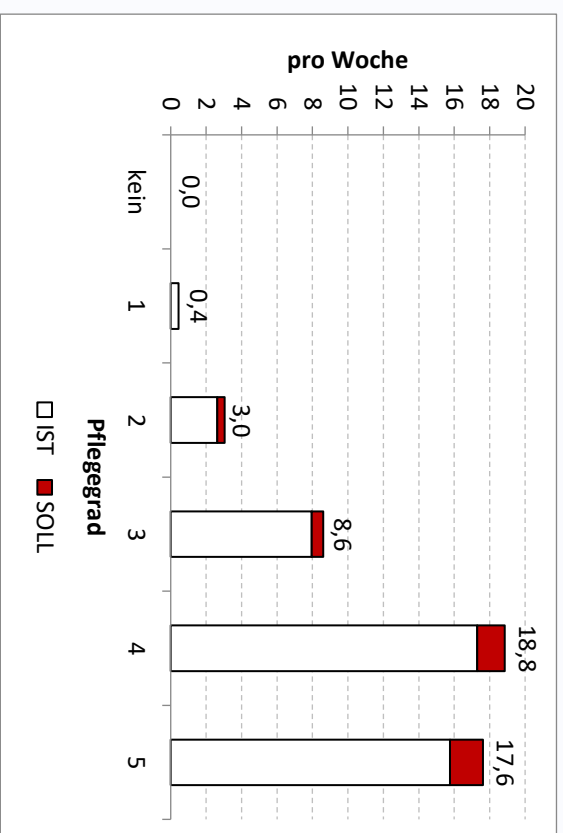
Absolute und relative Teilschrittbewertung



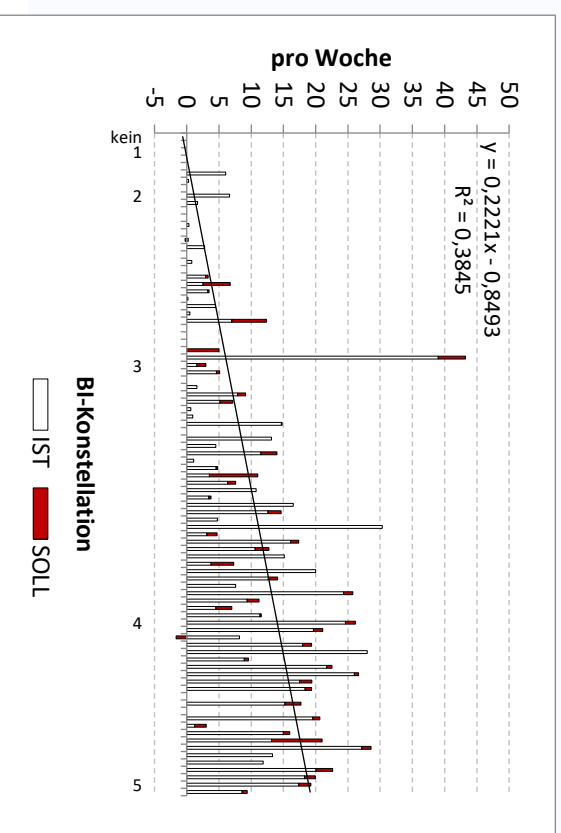
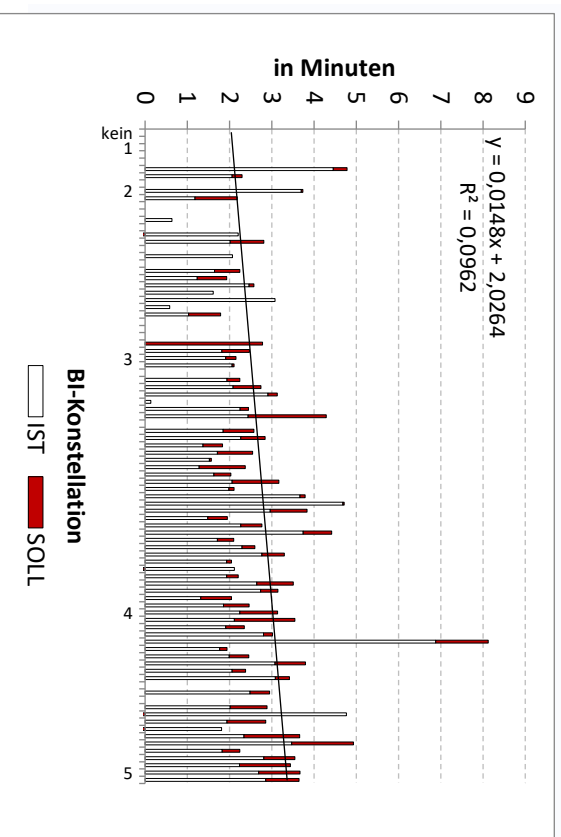
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



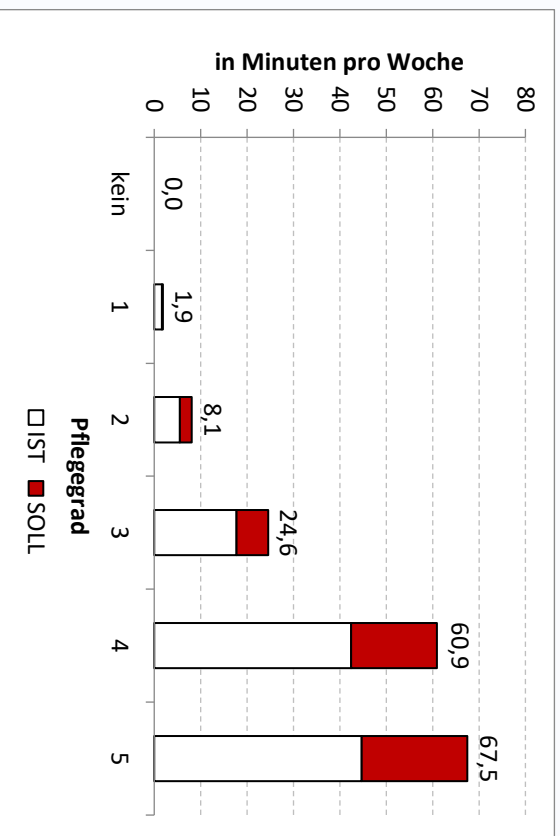
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



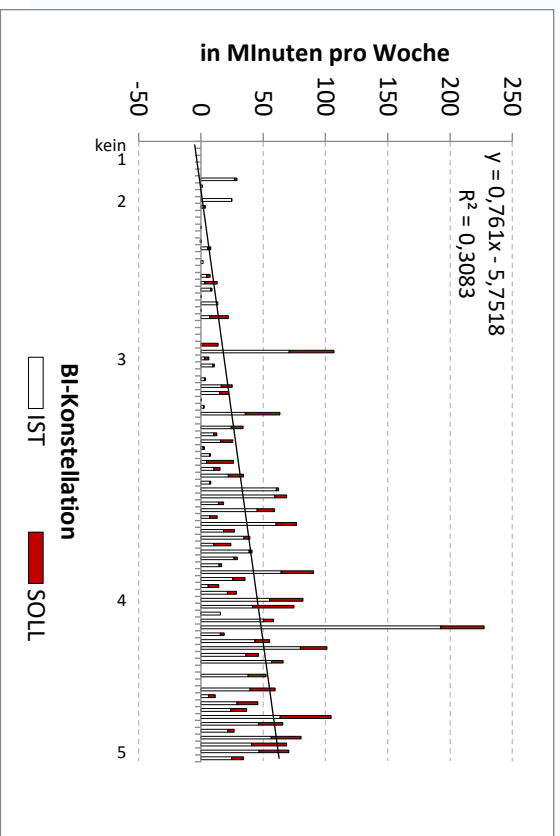
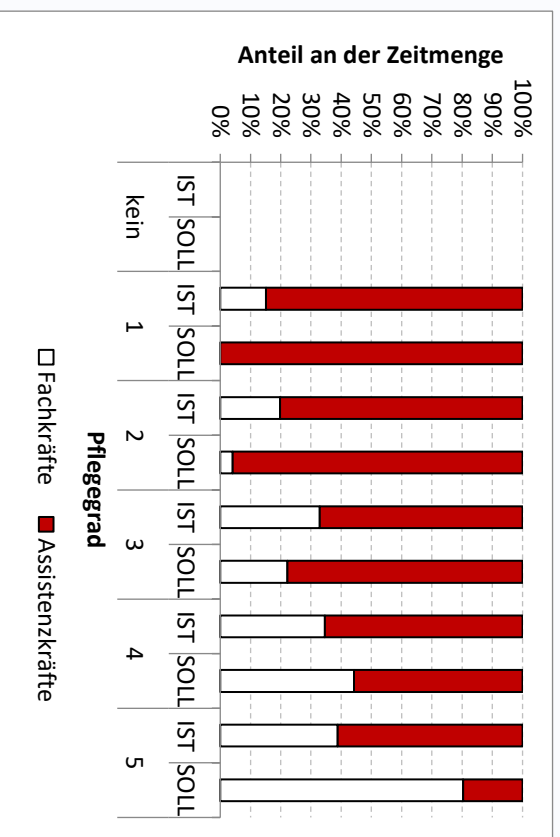
1.3 Transfer/Fortbewegen



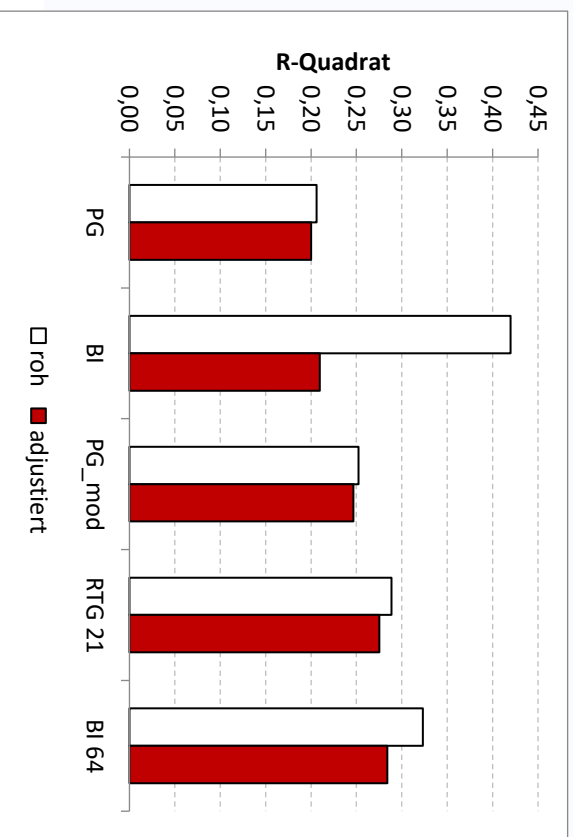
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



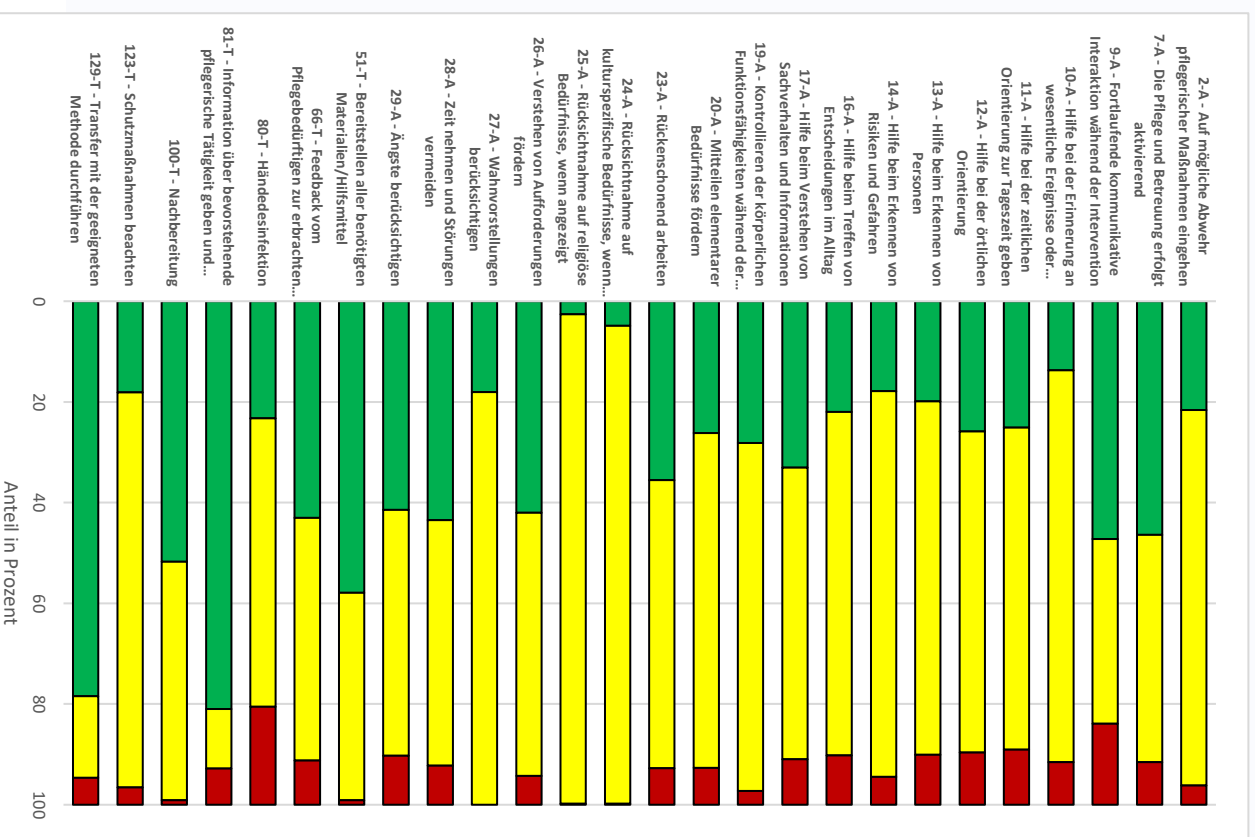
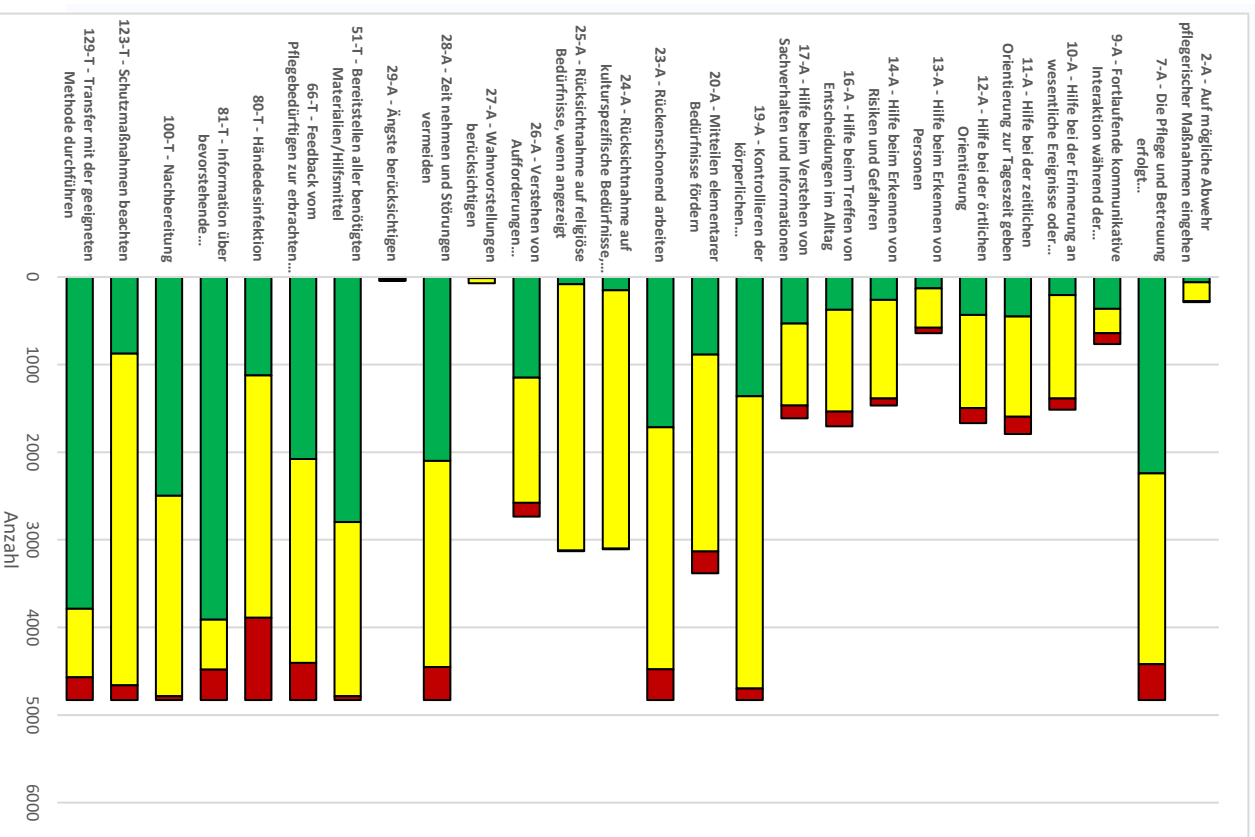
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



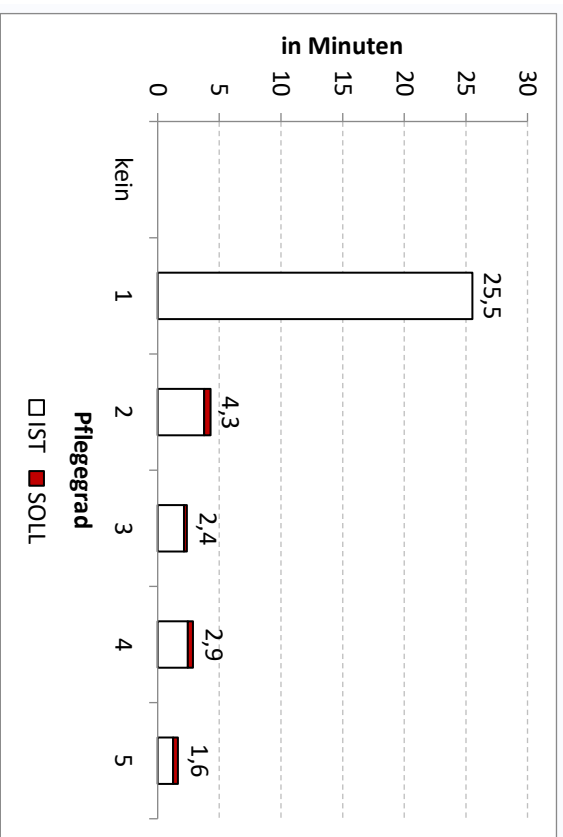
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitemenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



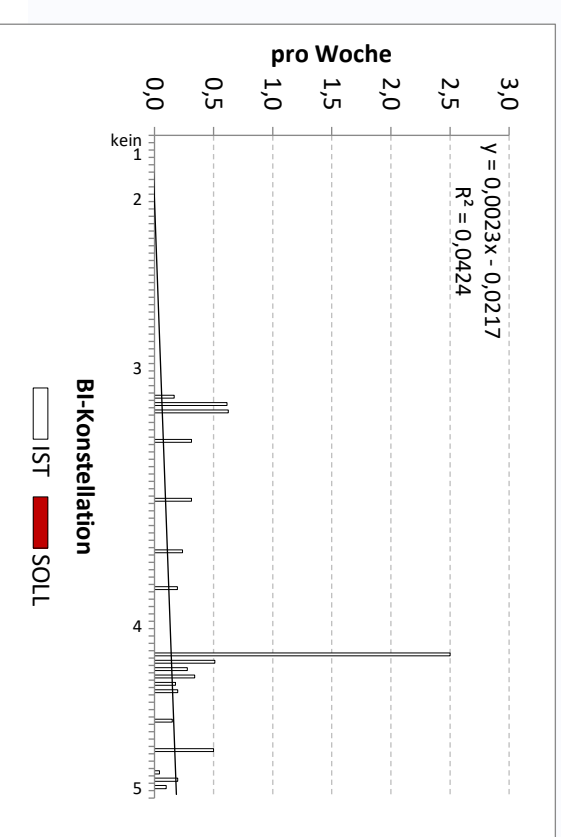
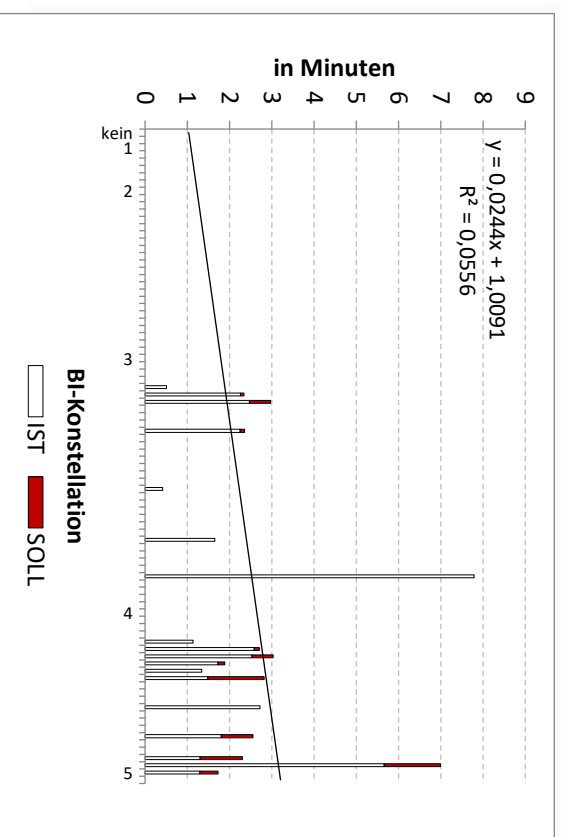
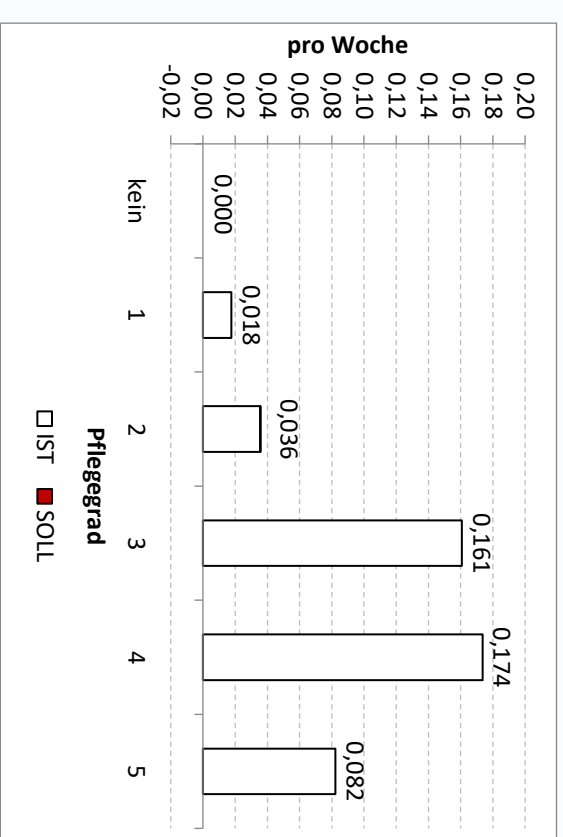
Absolute und relative Teilschrittbewertung



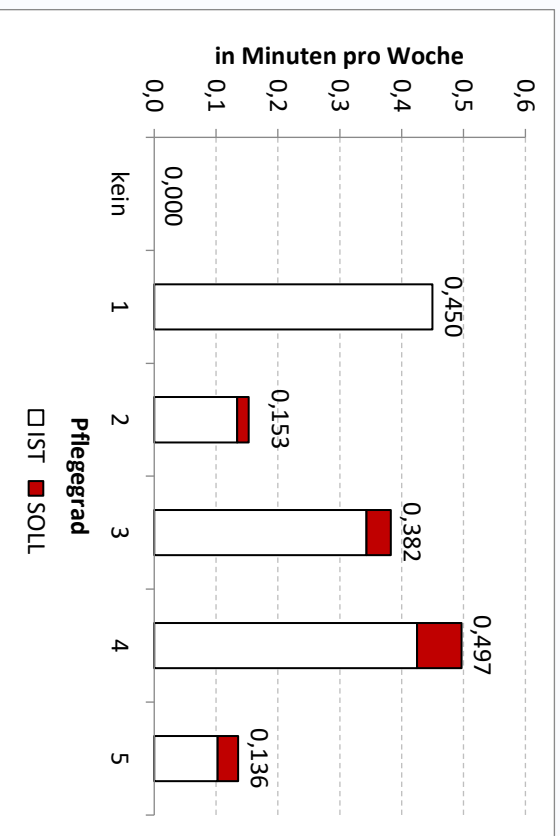
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



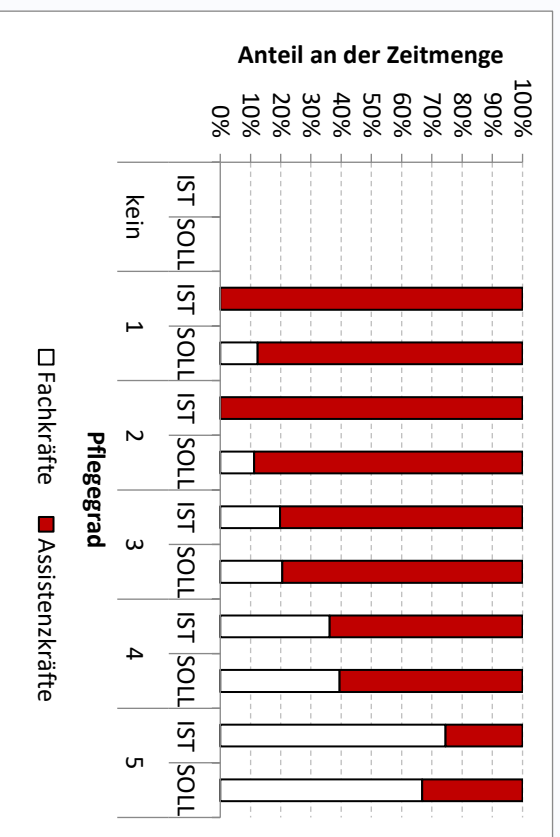
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



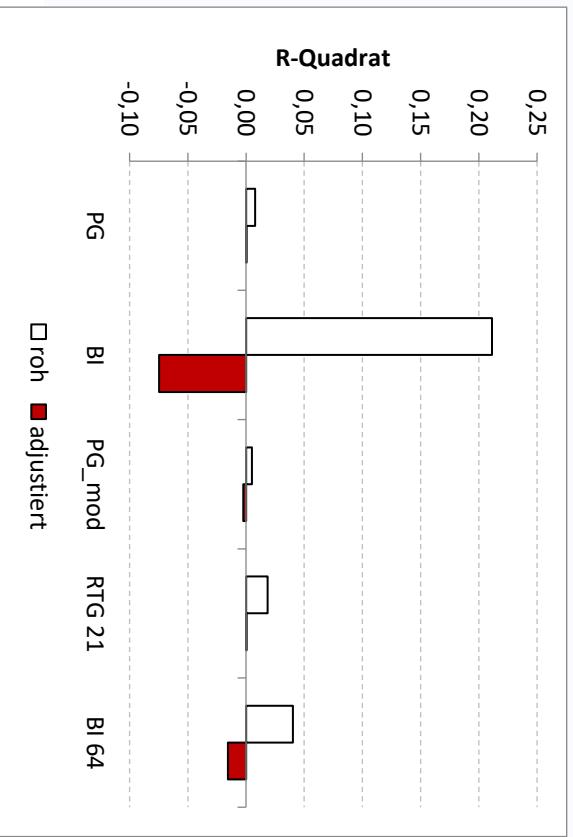
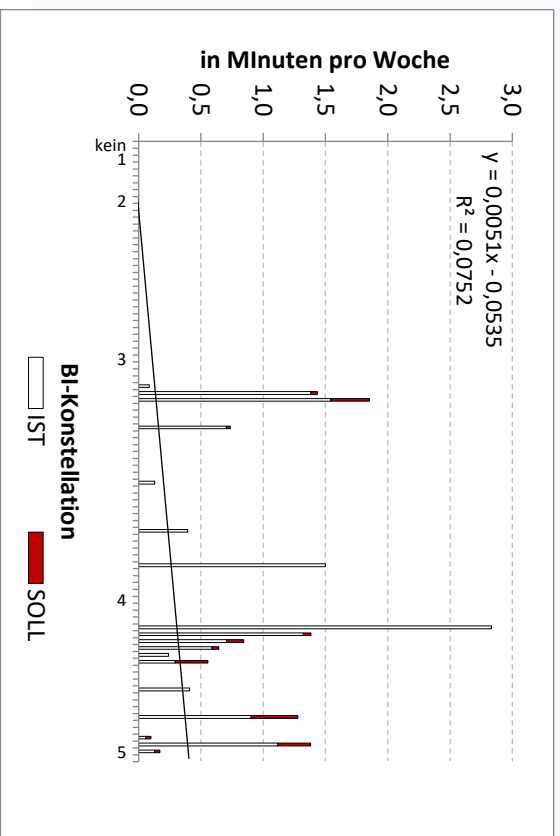
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



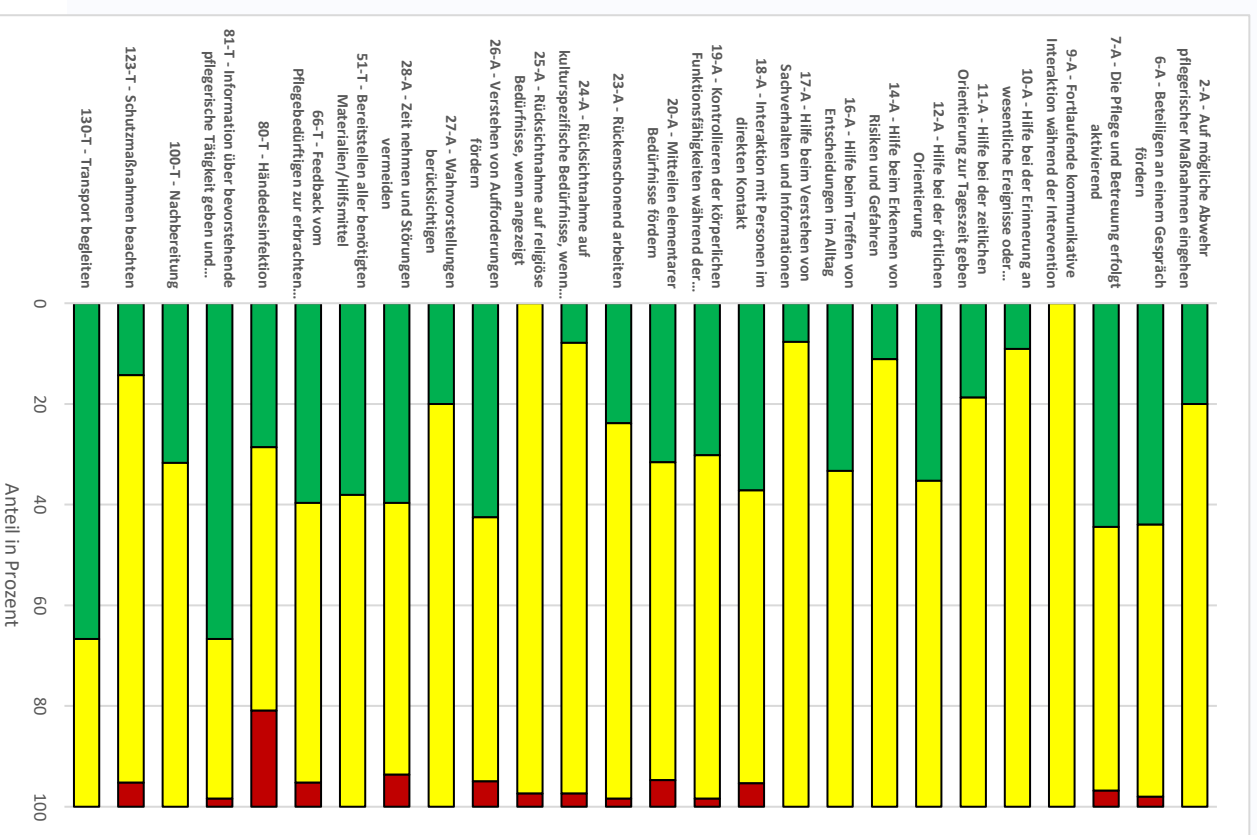
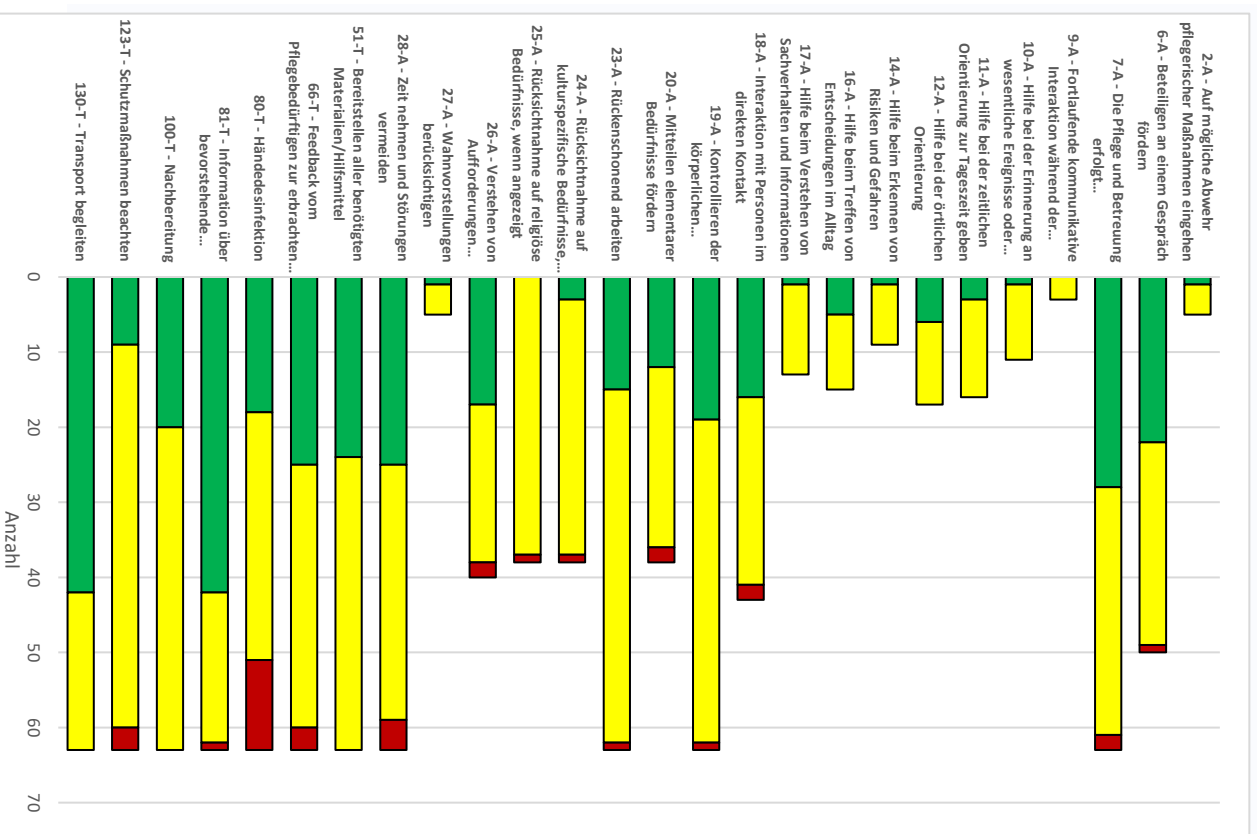
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



Varianzaufklärung der SOLL-Zeitmenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)

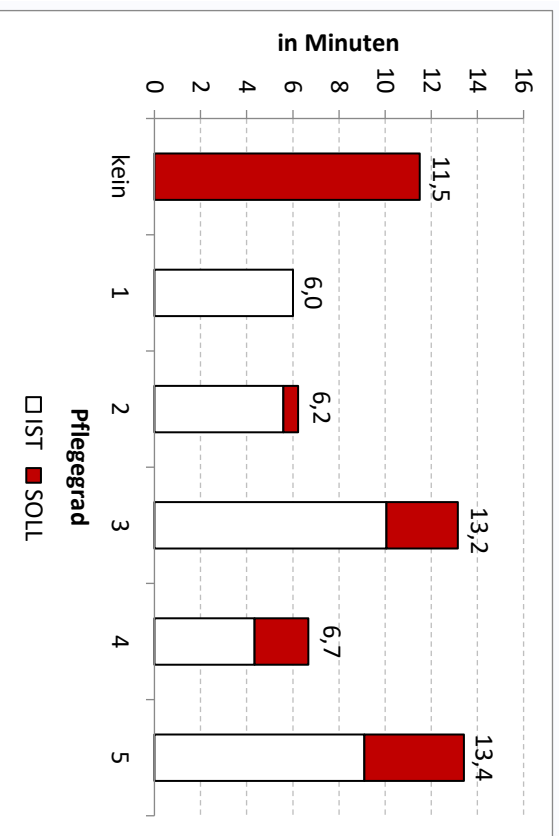


Absolute und relative Teilschrittbewertung

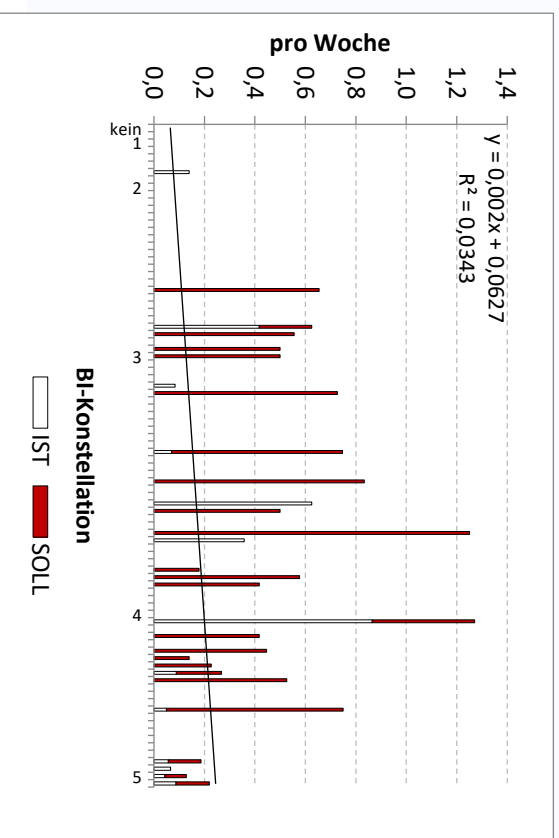
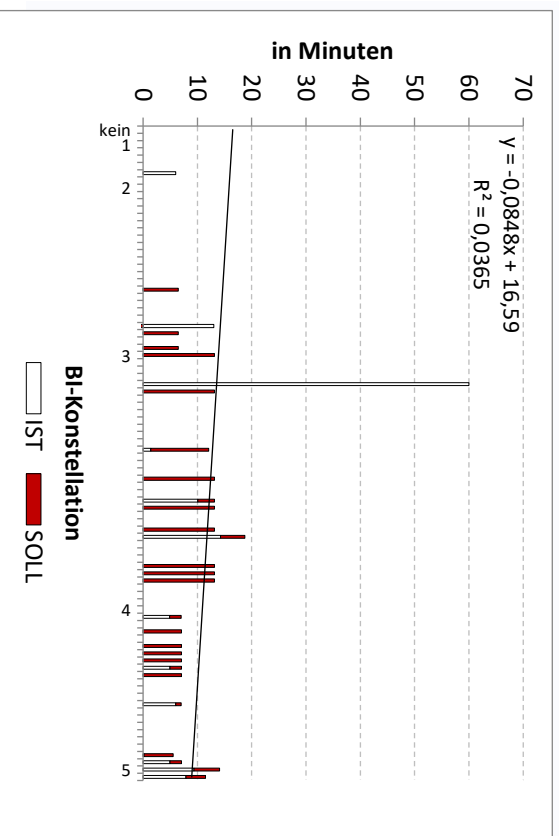
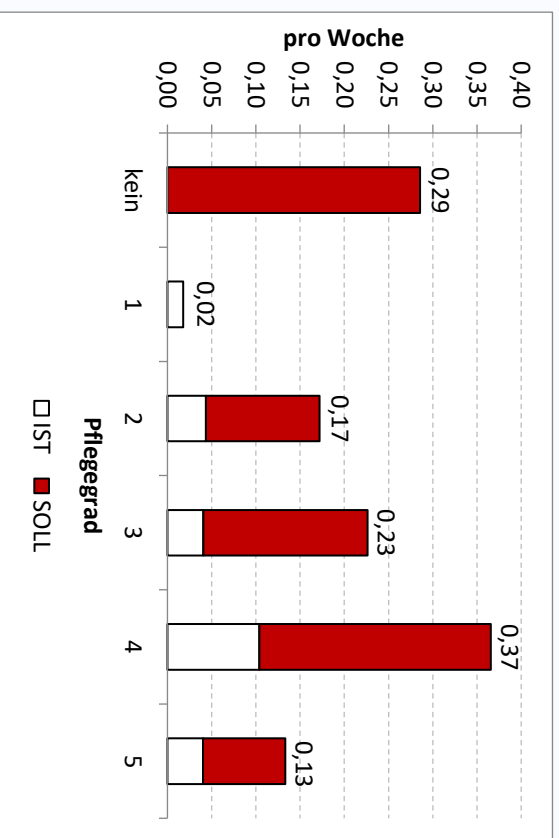


2.1 Alltagsgestaltung: Gedächtnistraining

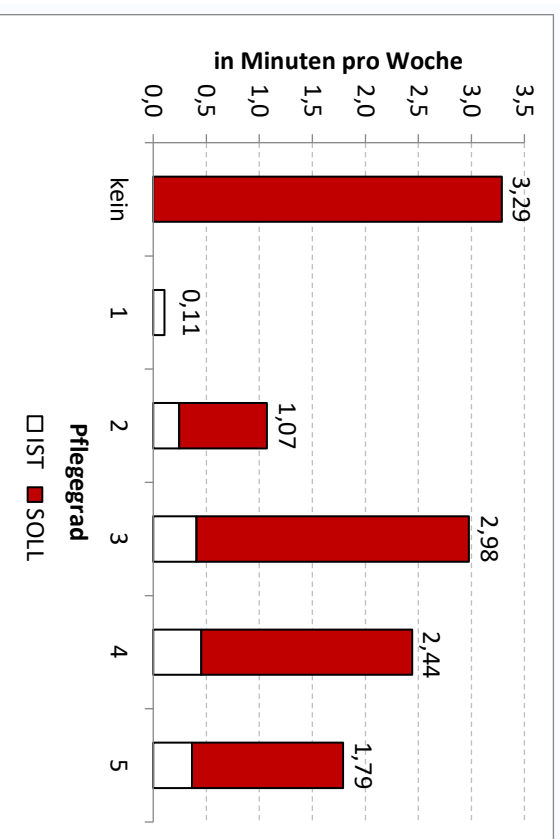
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



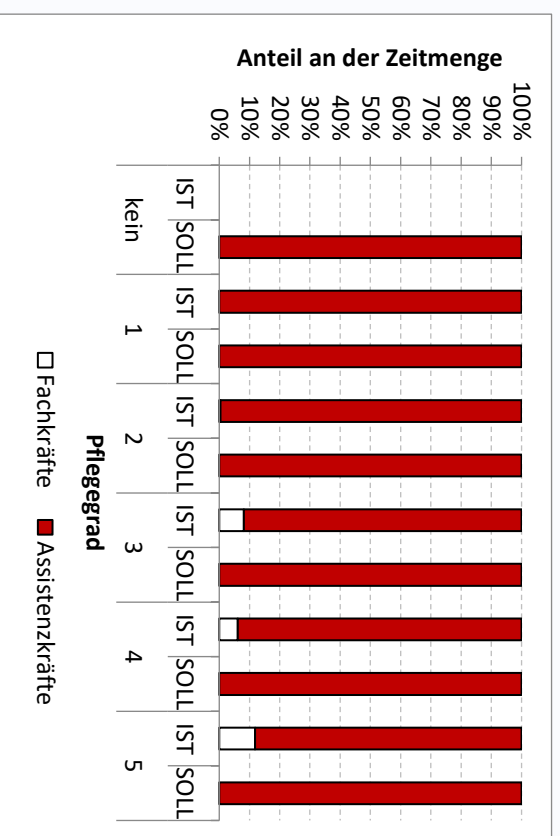
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



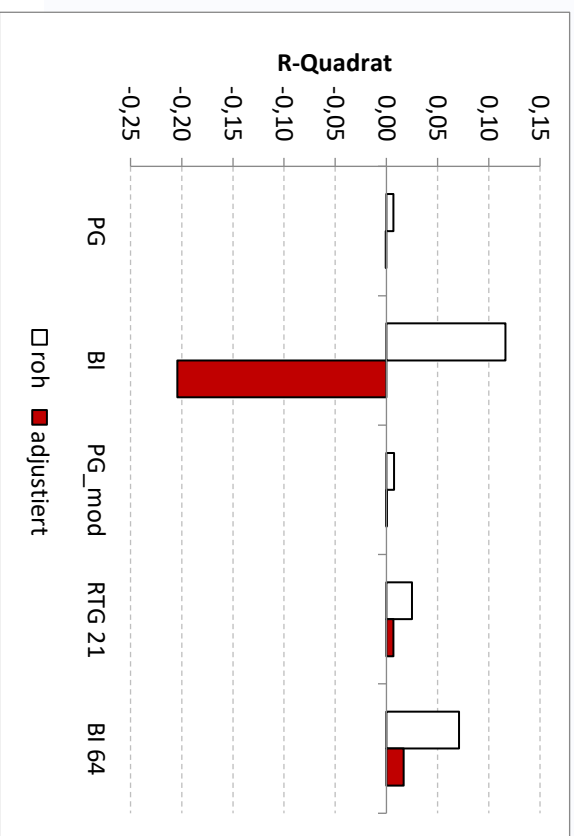
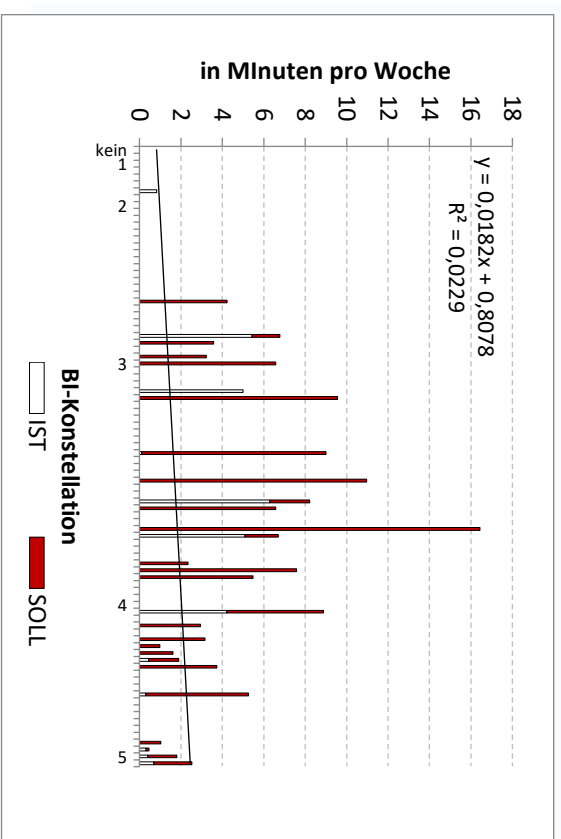
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



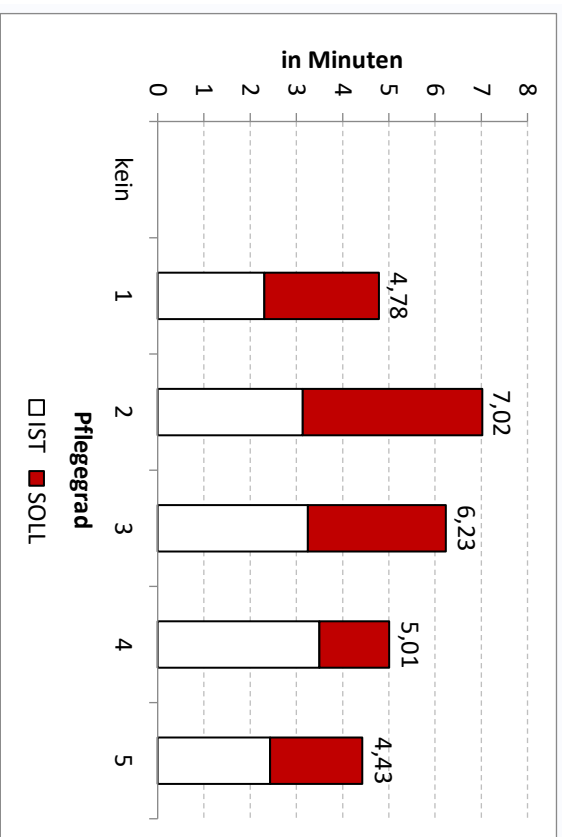
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



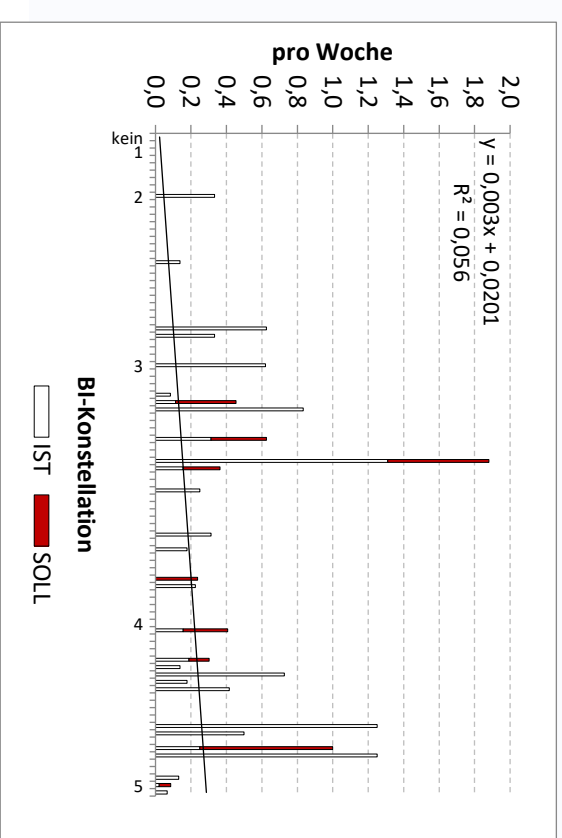
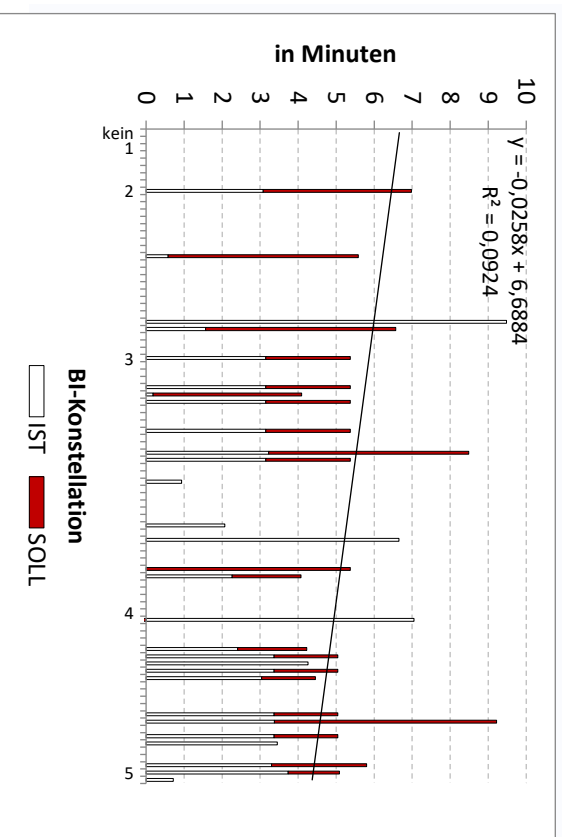
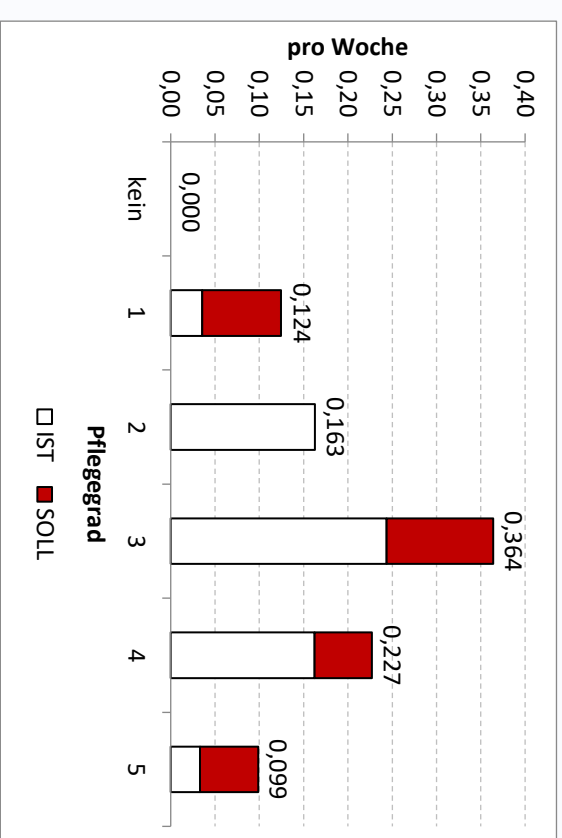
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitmenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



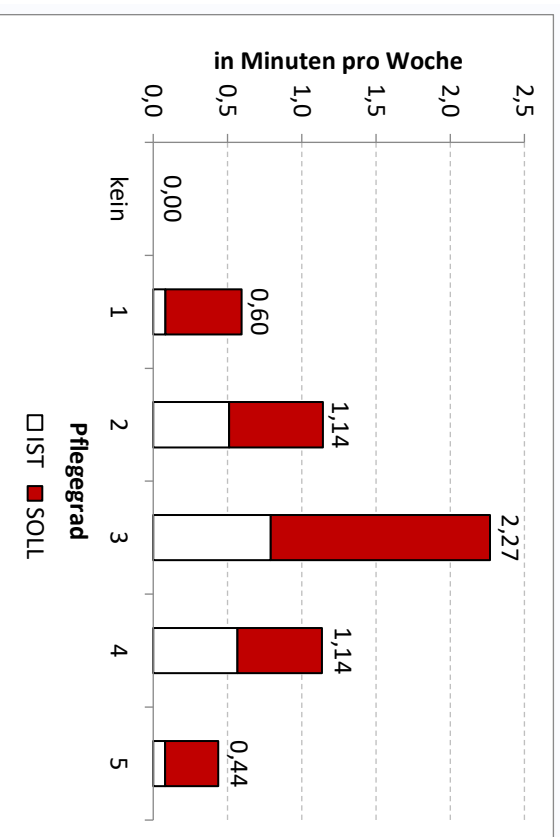
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



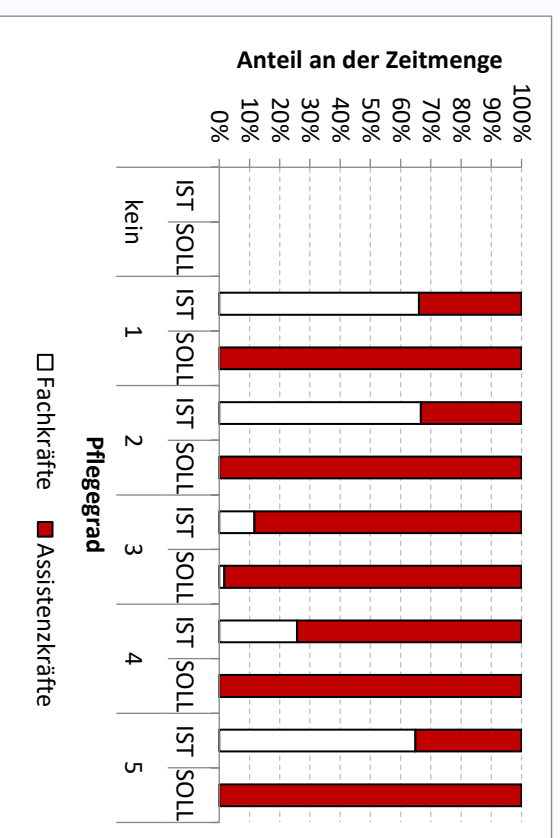
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



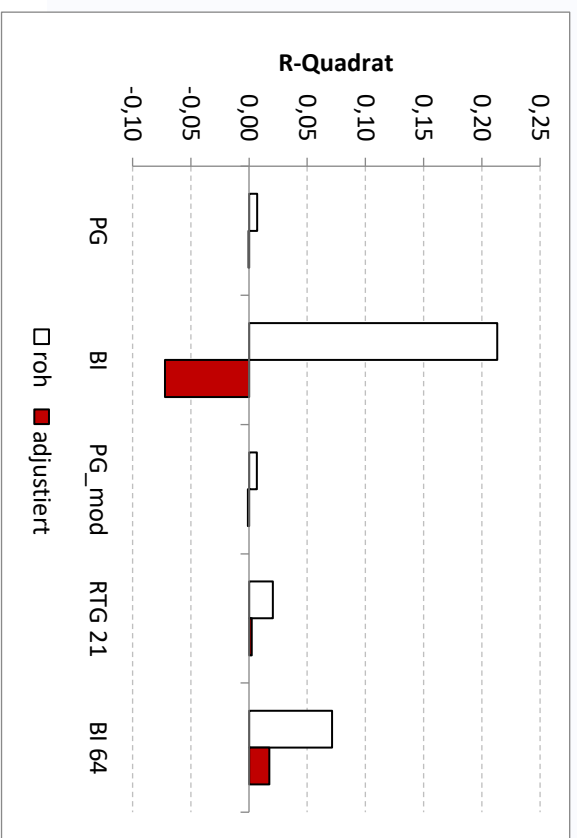
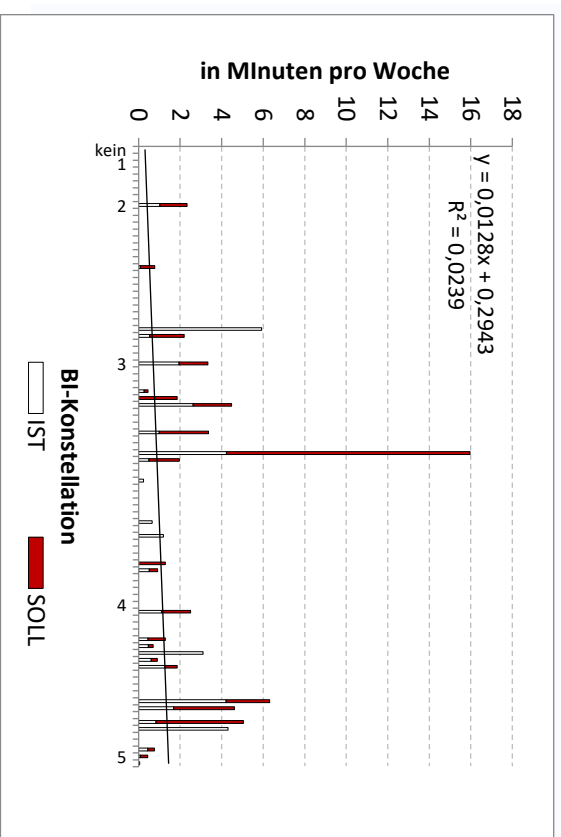
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



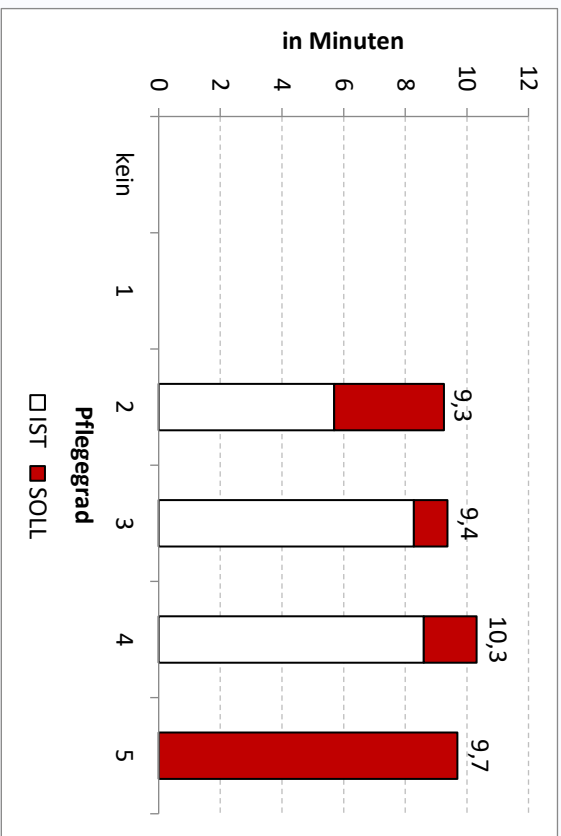
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



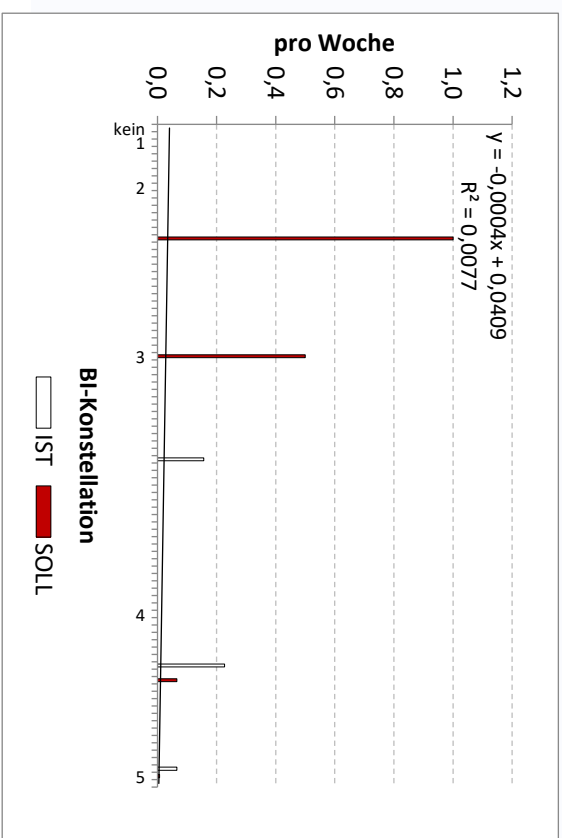
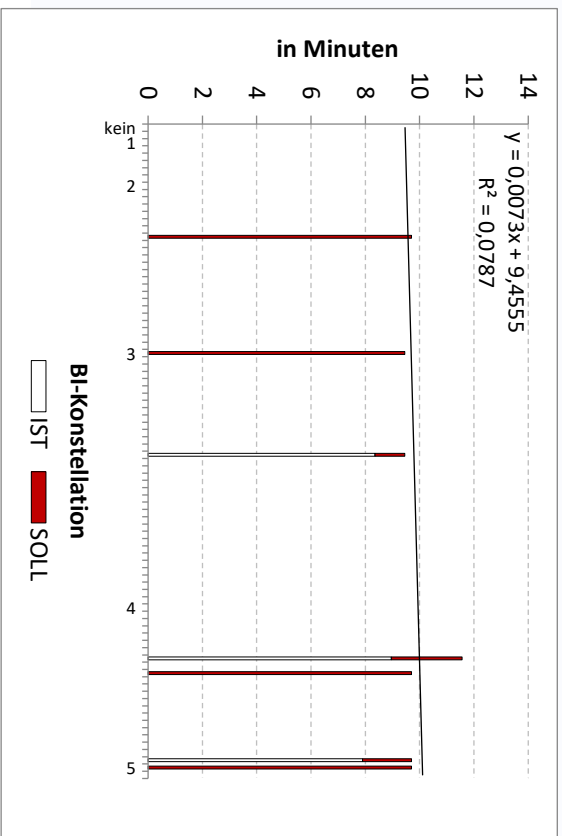
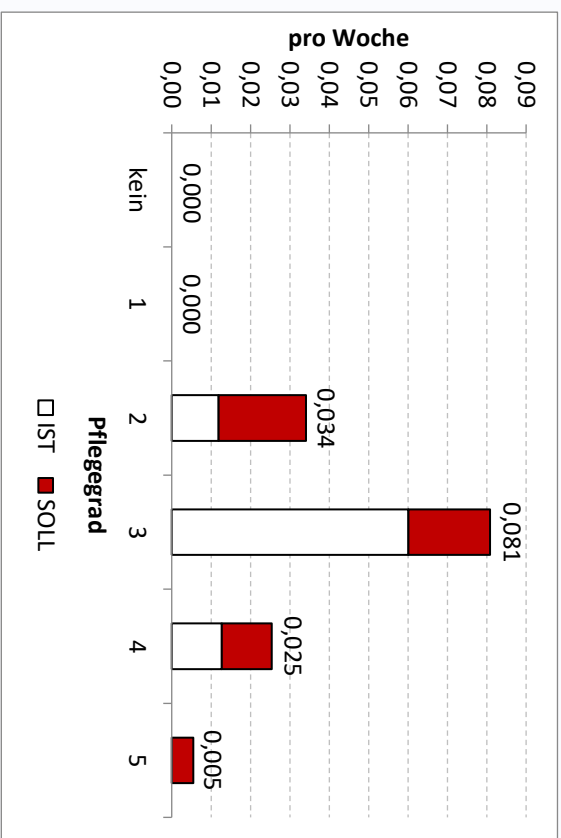
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitemenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



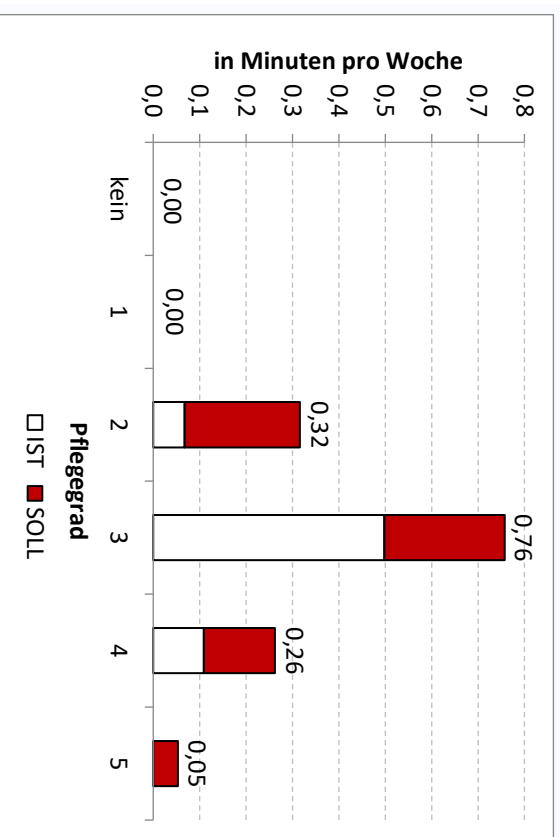
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



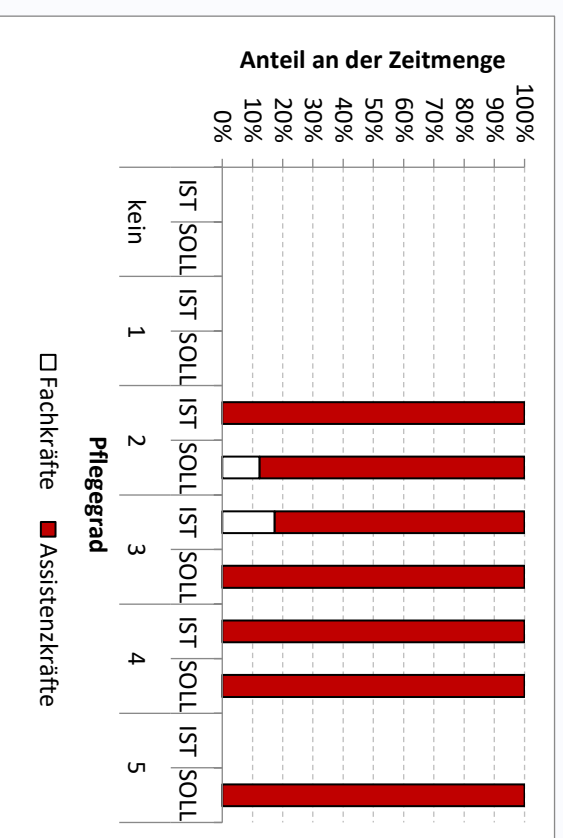
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



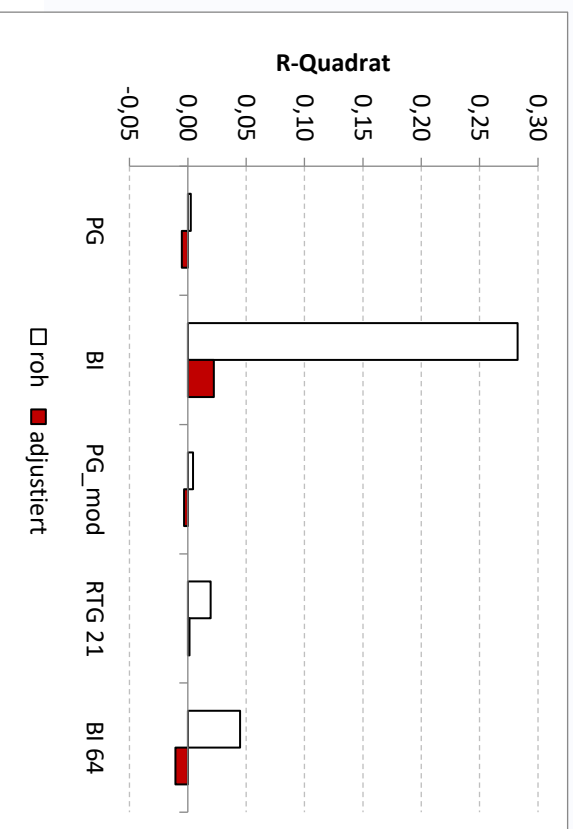
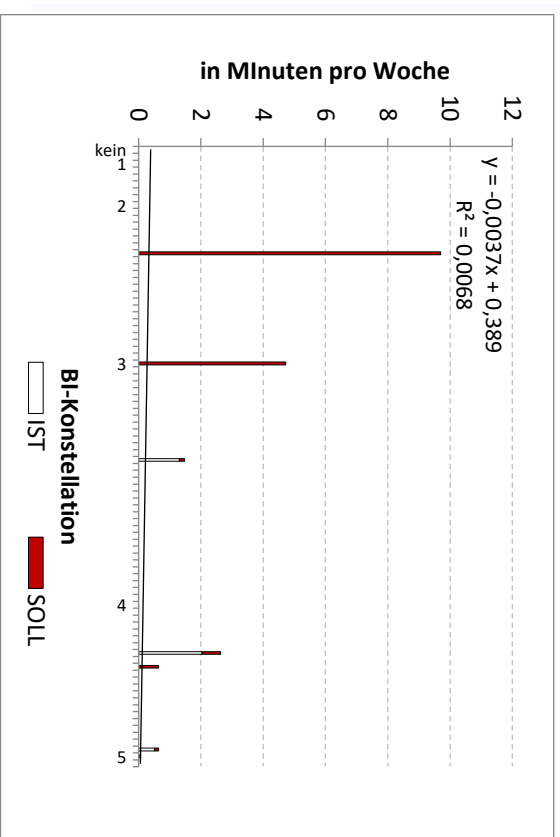
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



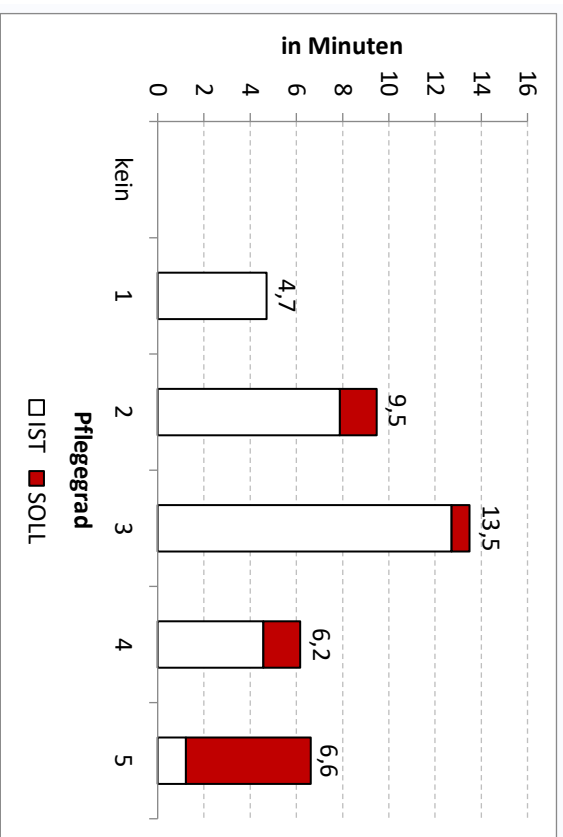
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



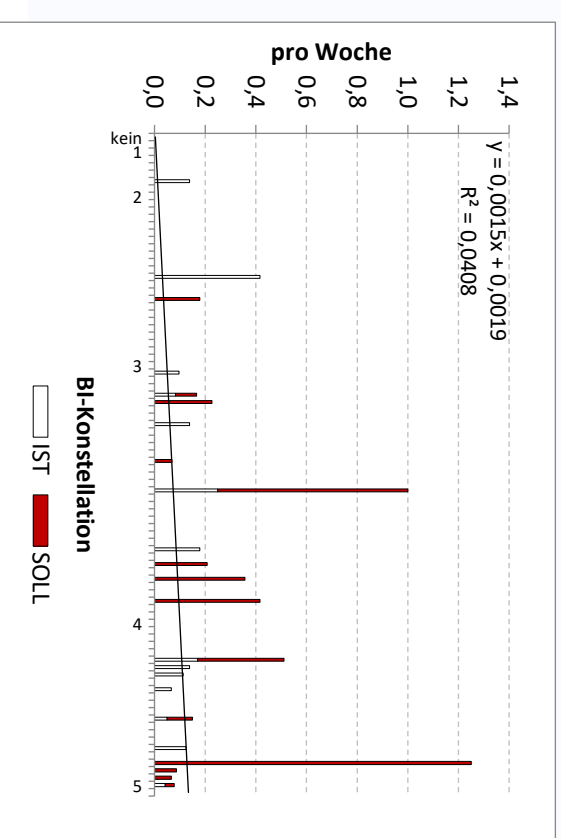
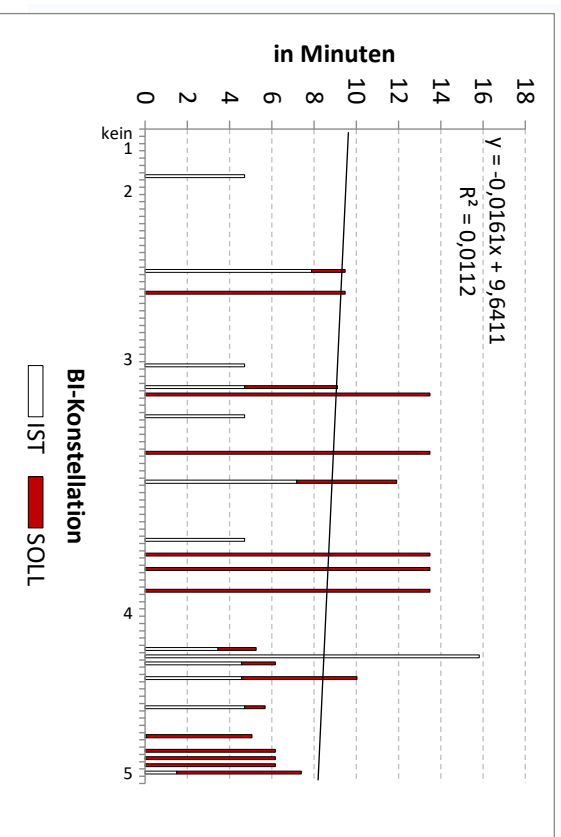
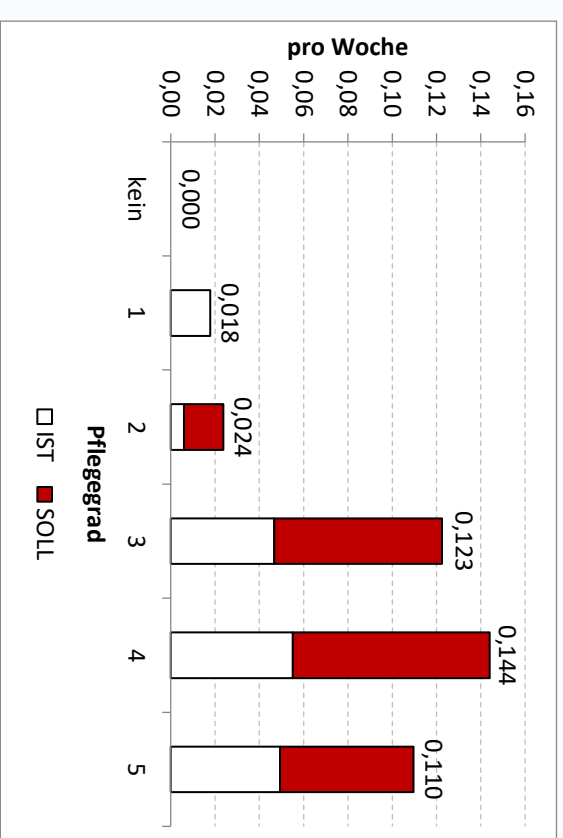
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitemenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



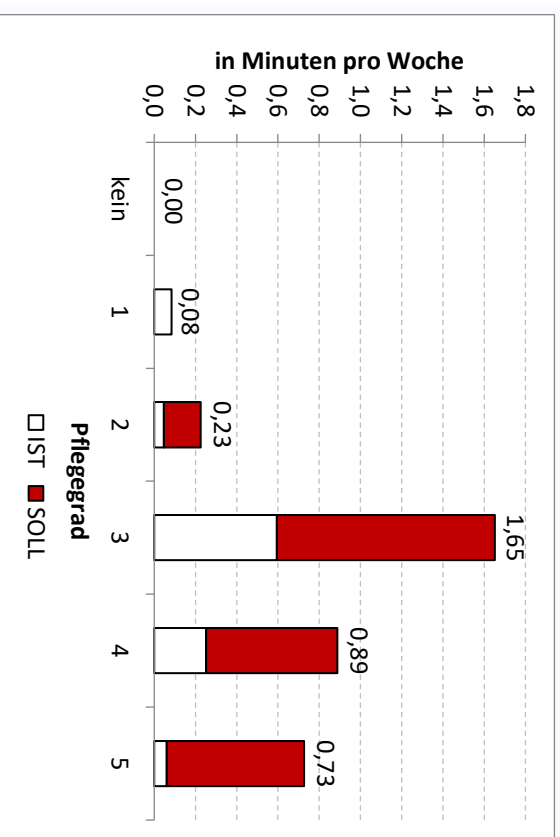
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



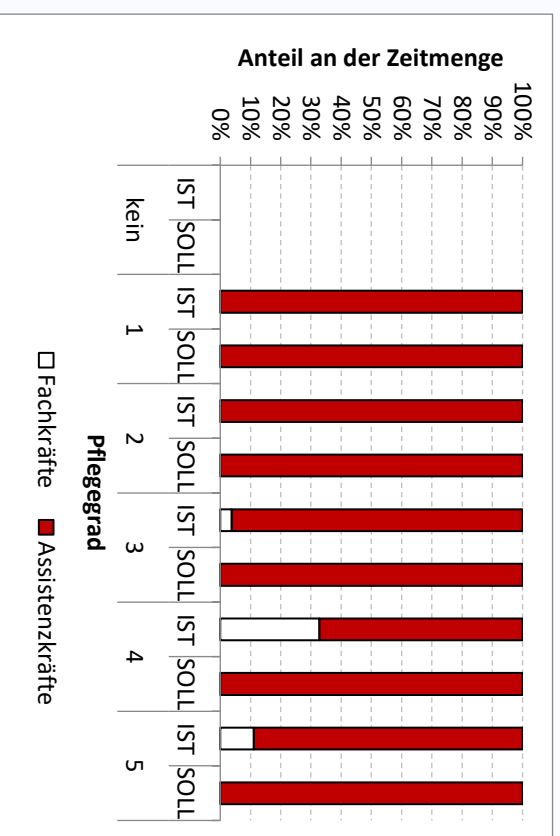
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



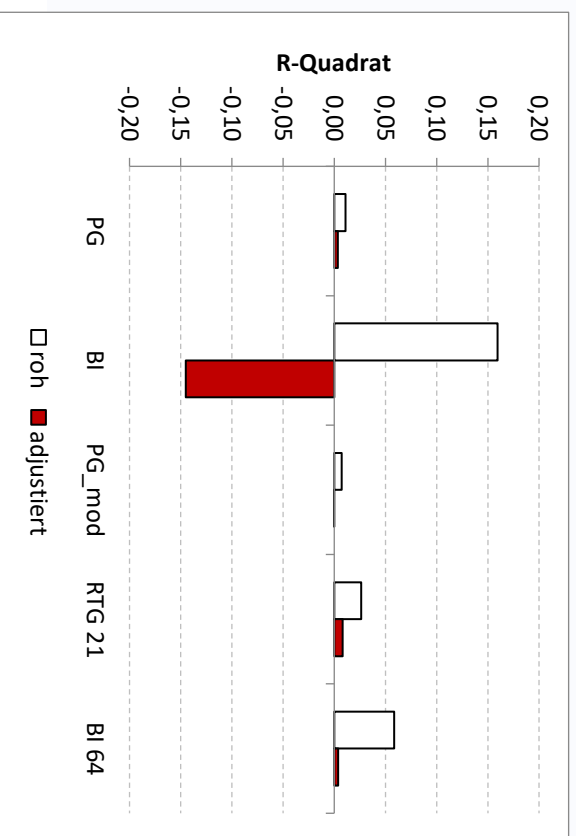
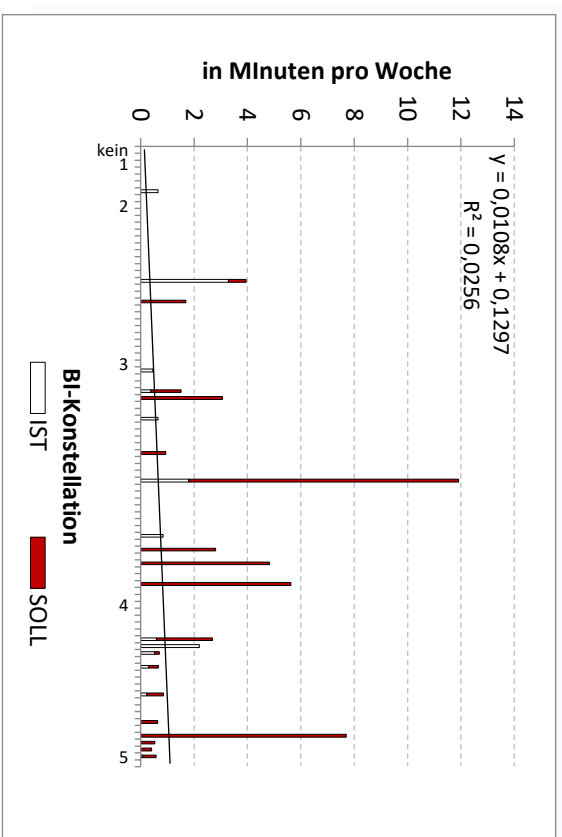
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



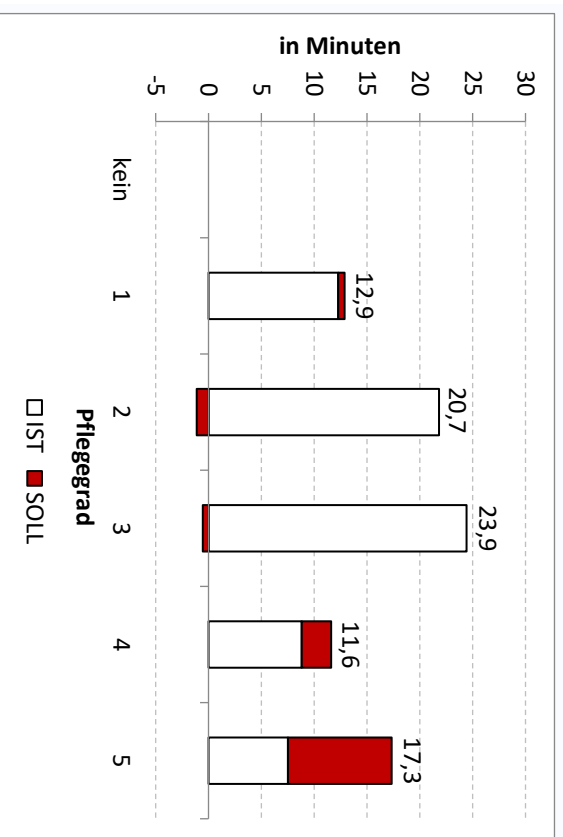
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



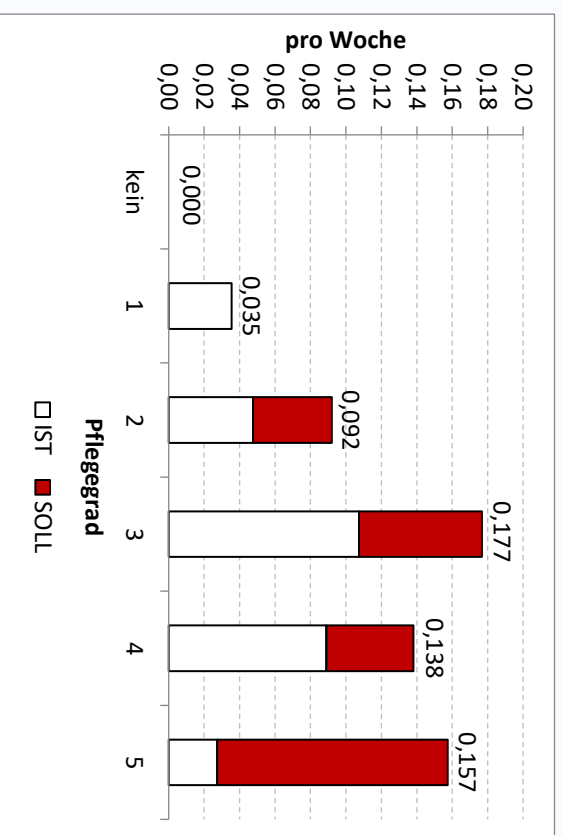
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitemenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



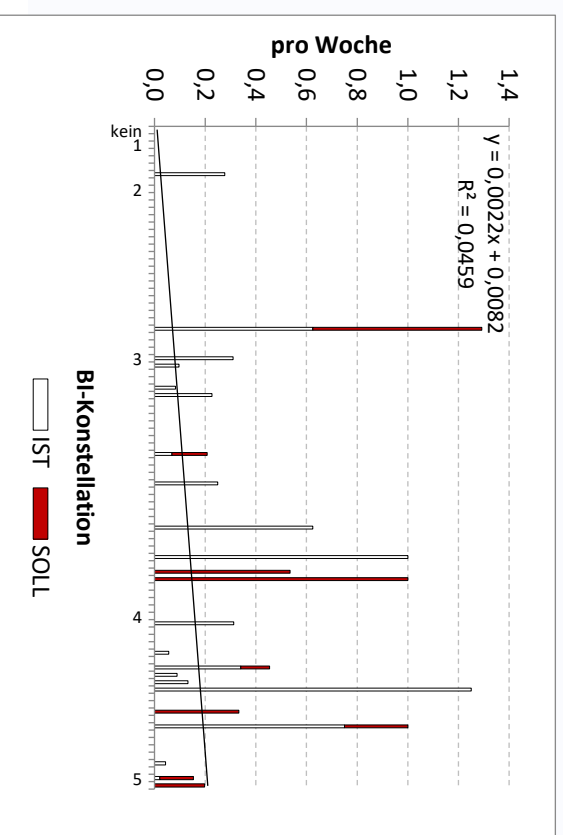
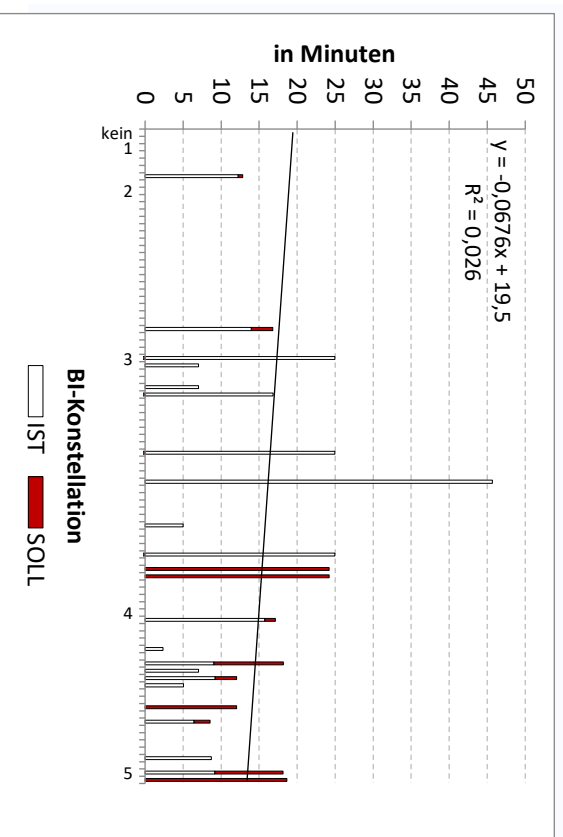
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



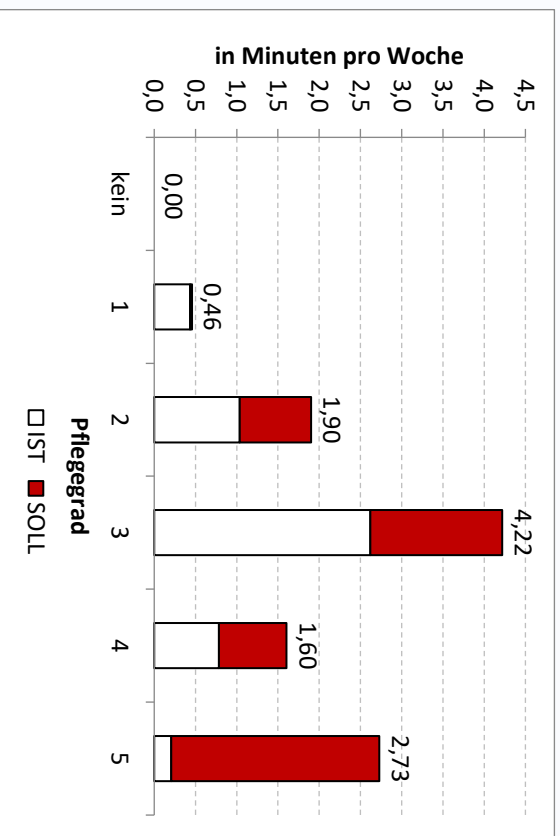
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



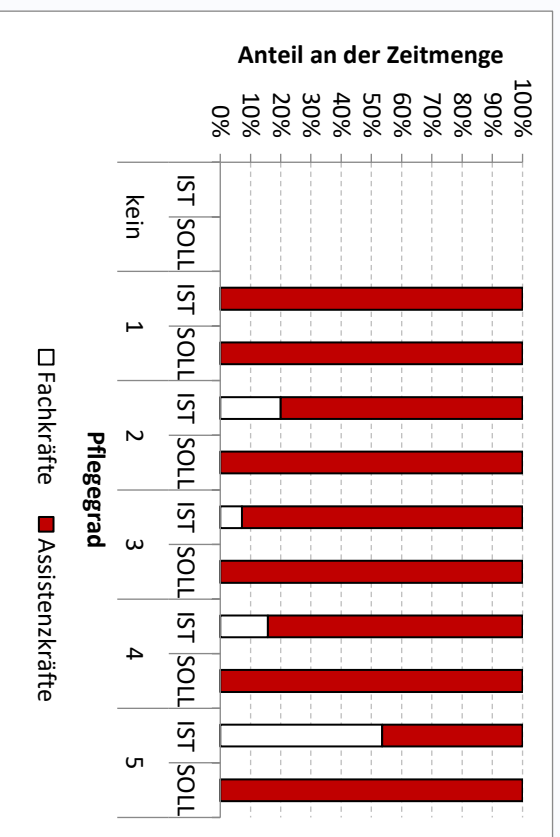
2.5 Alltagsgestaltung: Spielen



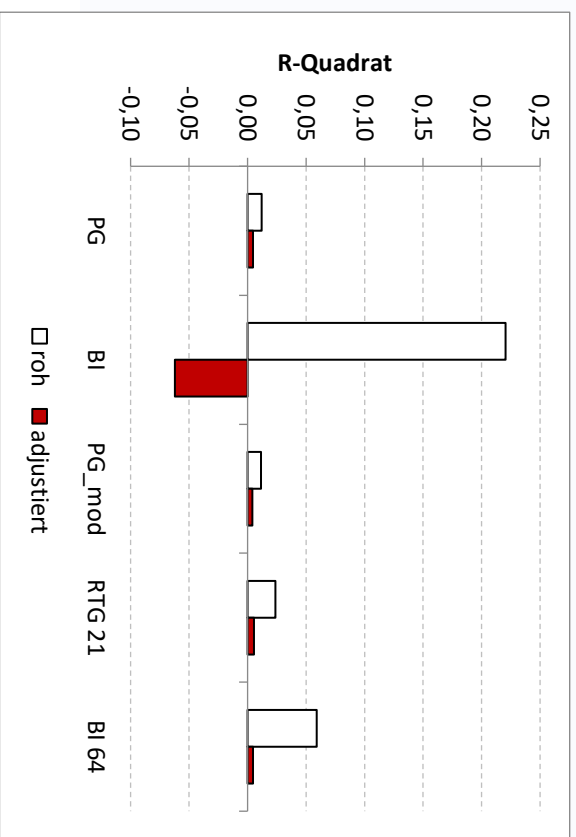
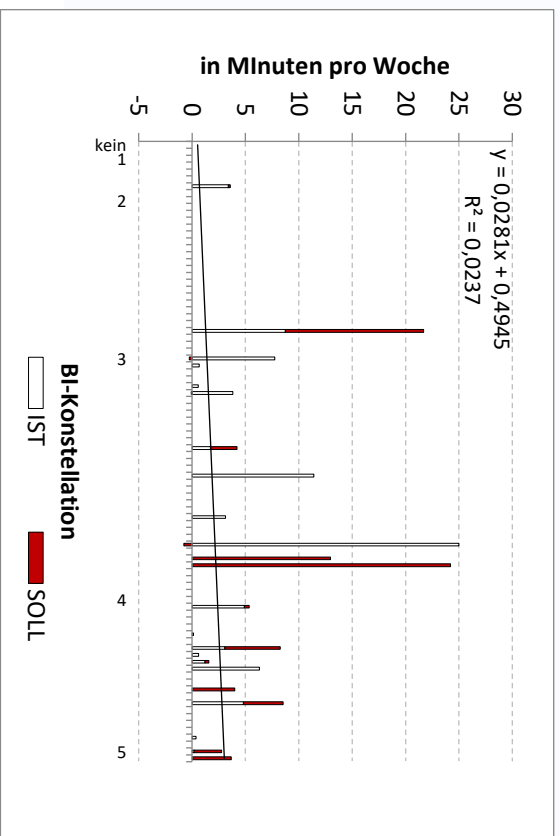
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



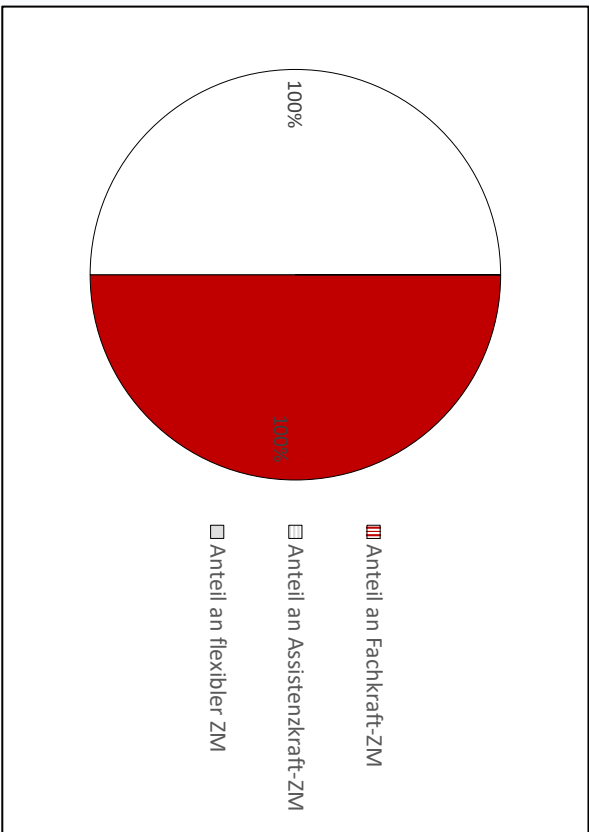
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



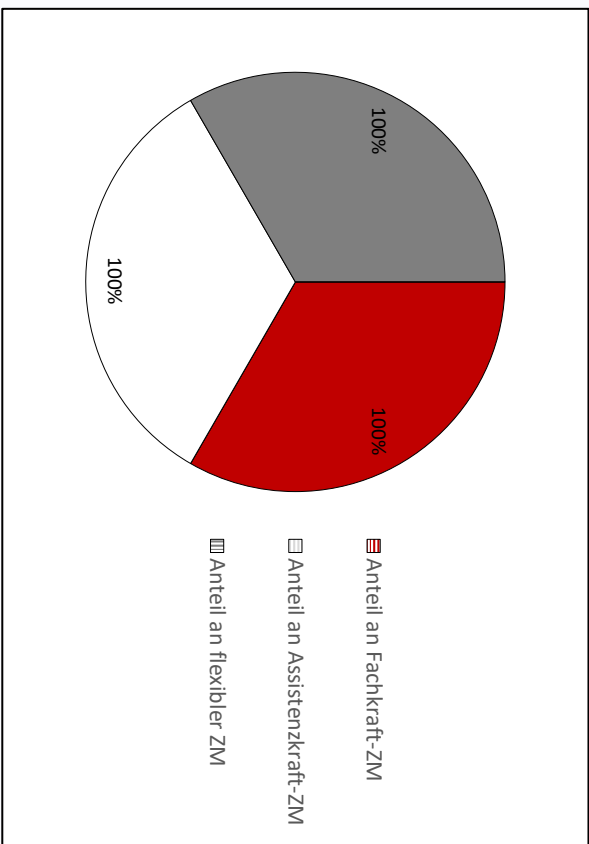
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitemenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



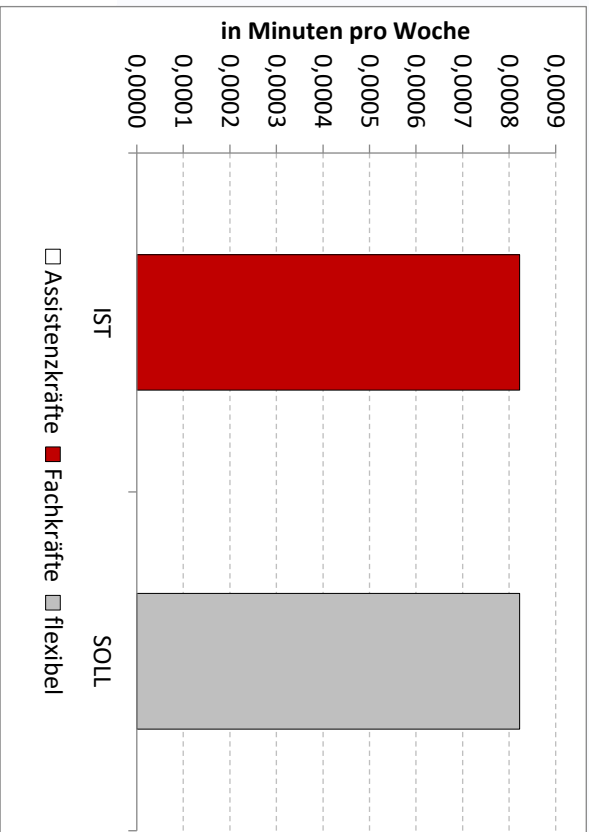
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



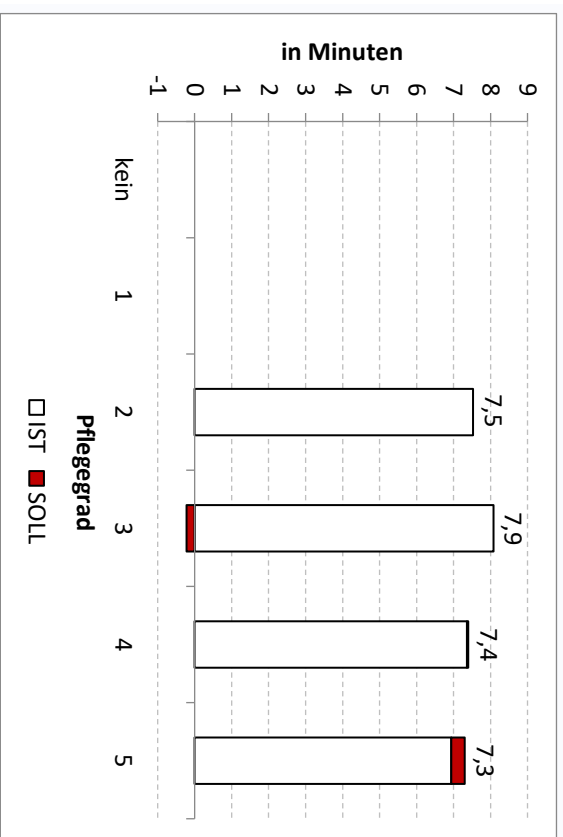
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



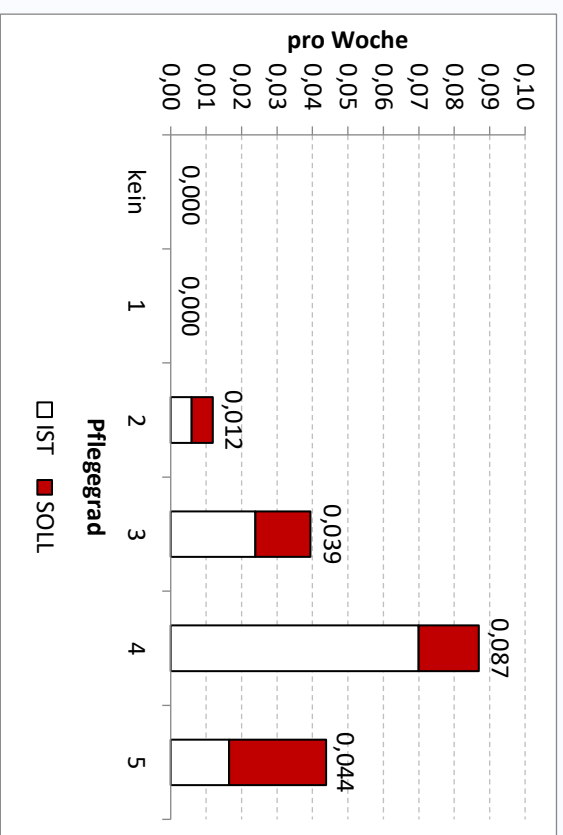
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



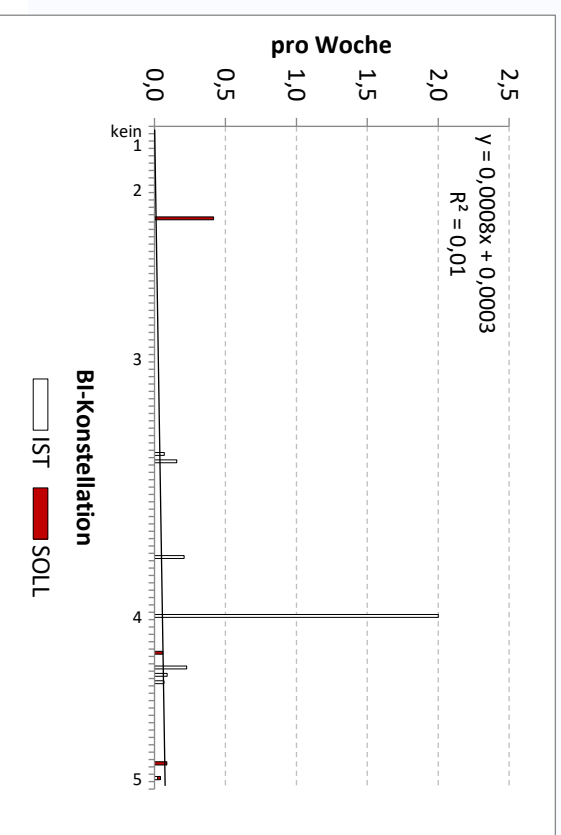
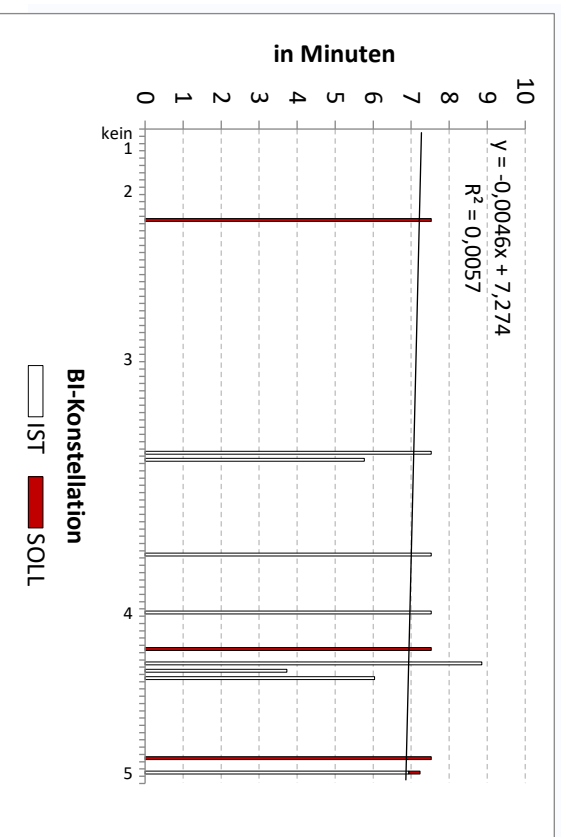
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



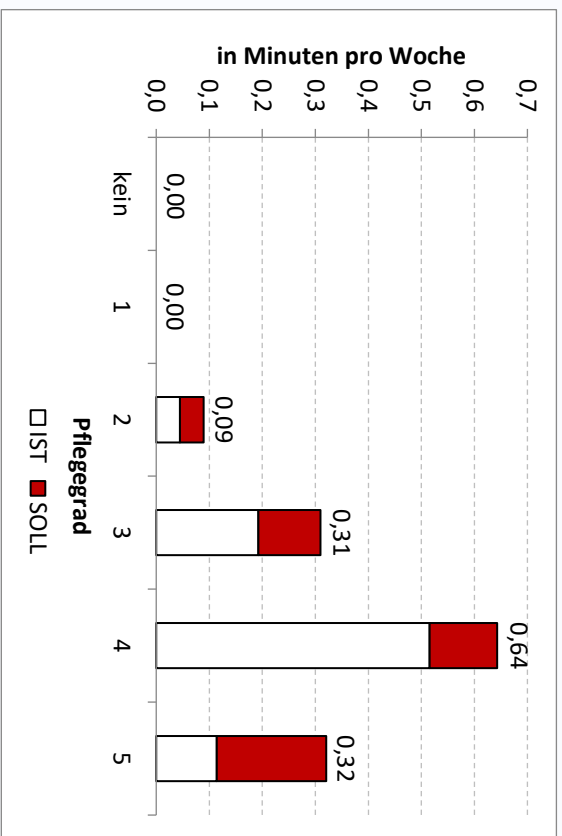
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



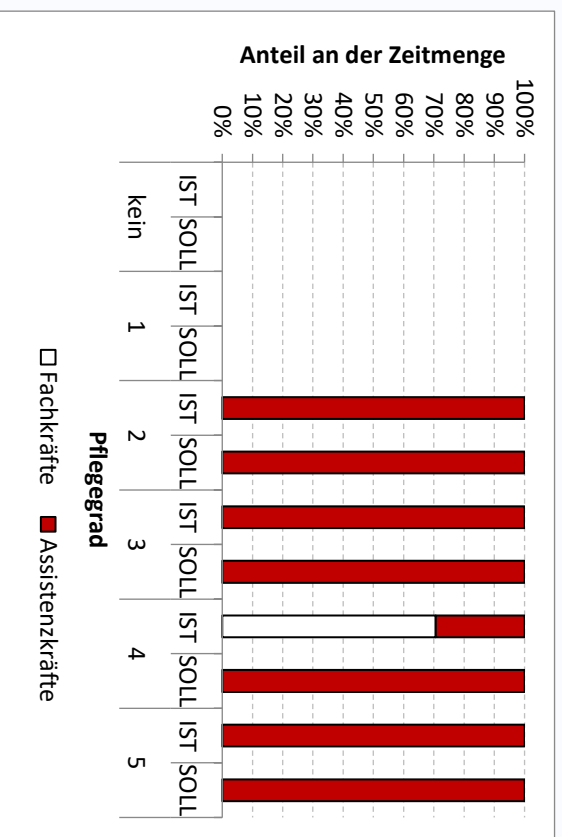
2.6 Alltagsgestaltung: Tiere



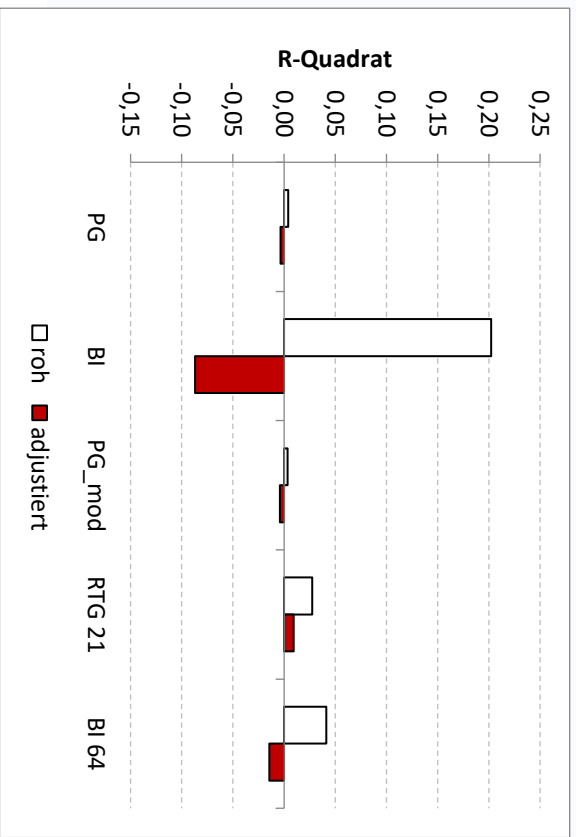
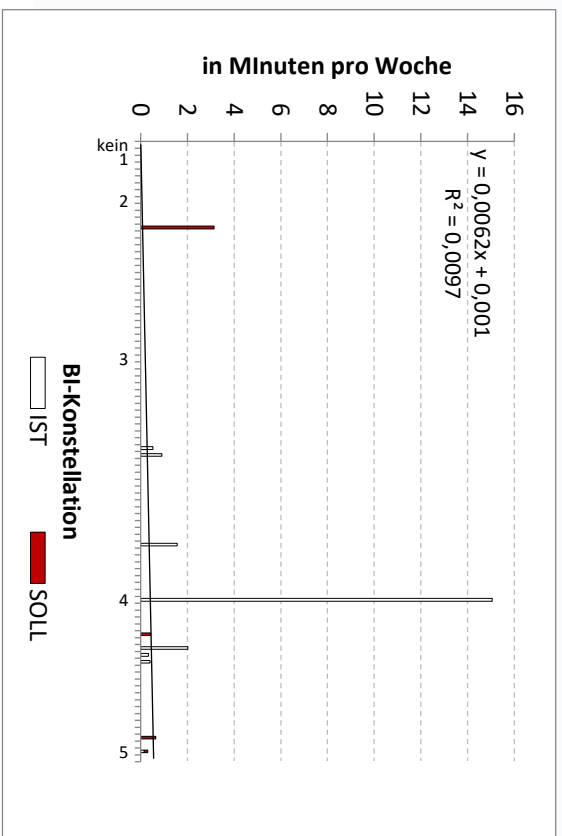
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



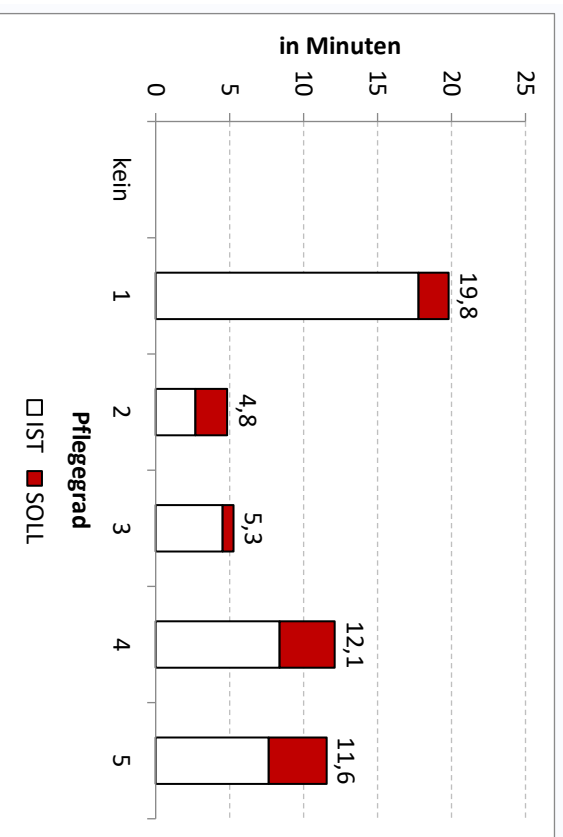
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



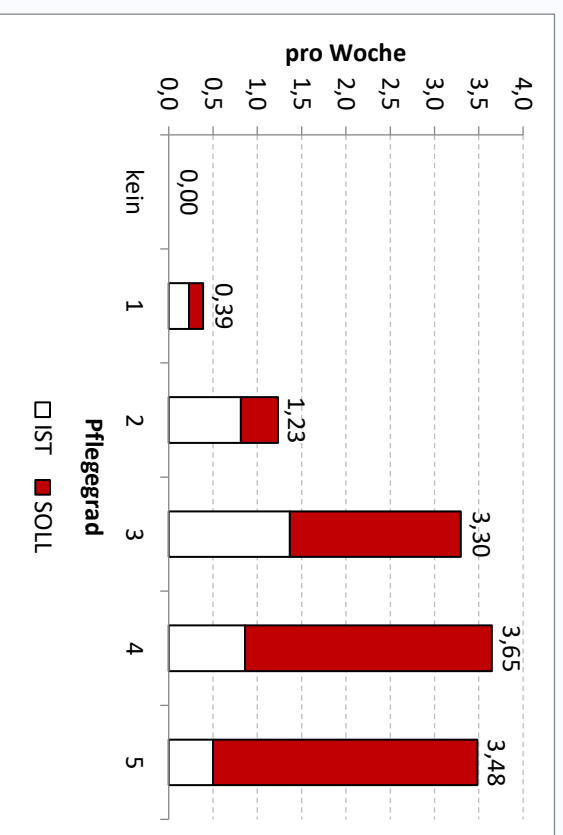
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitemenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



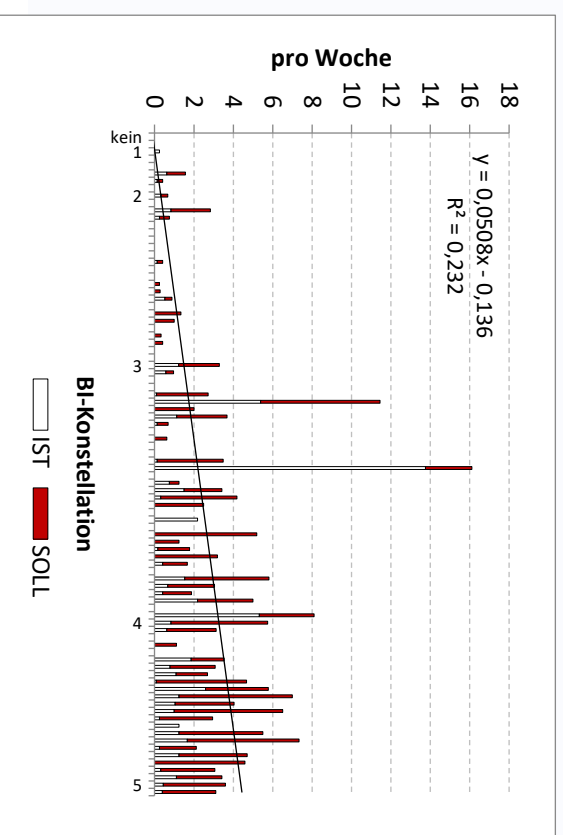
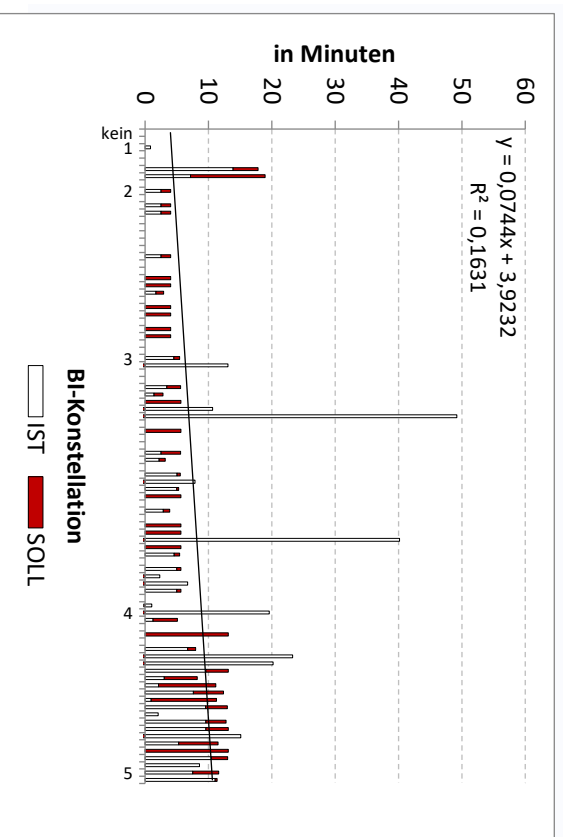
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



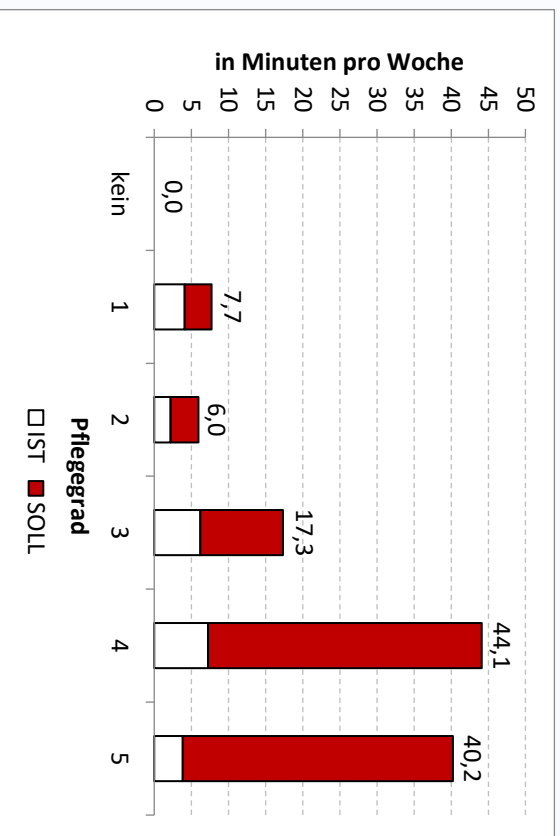
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



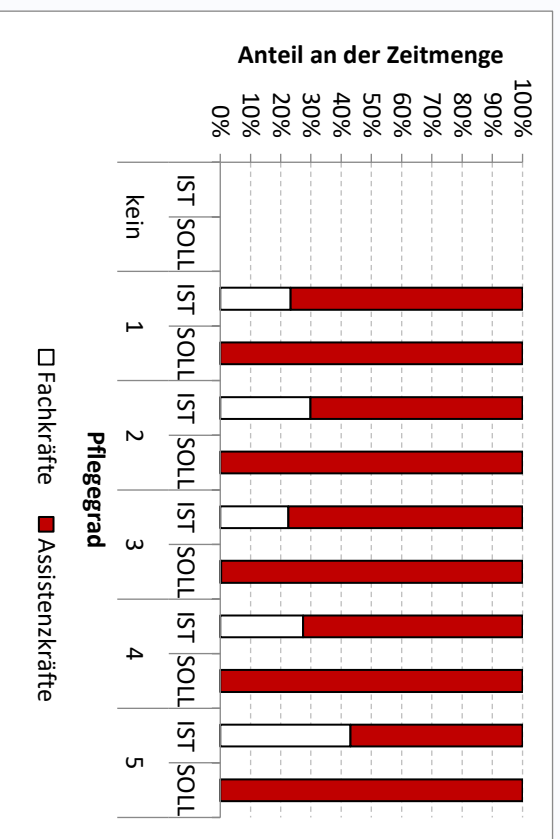
2.7 Alltagsgestaltung: sonstige Themenfelder



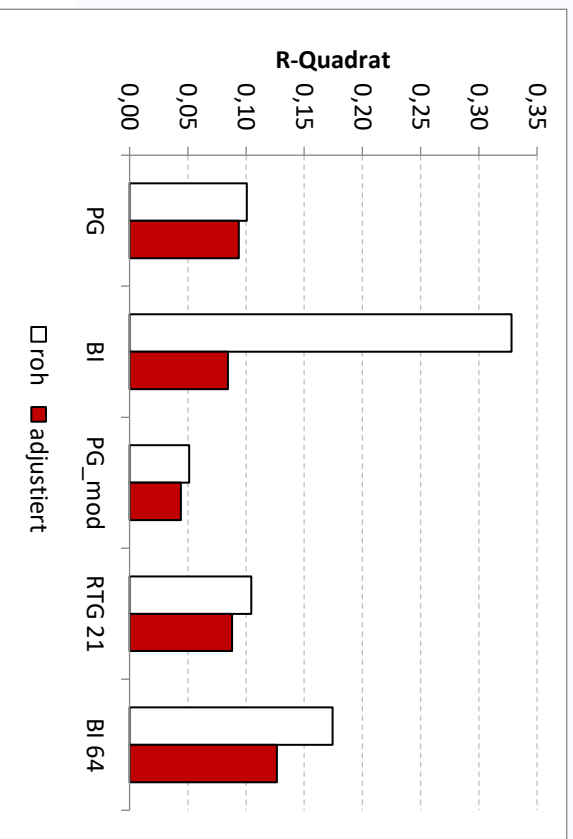
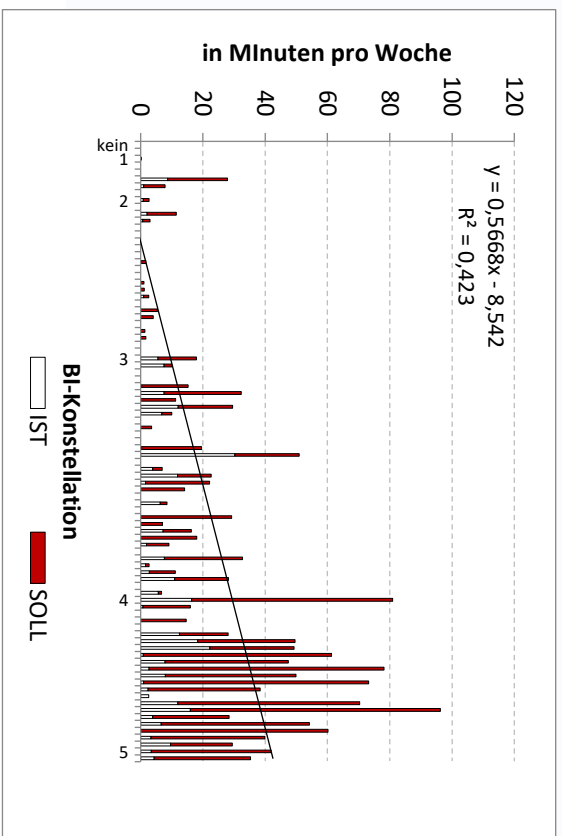
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



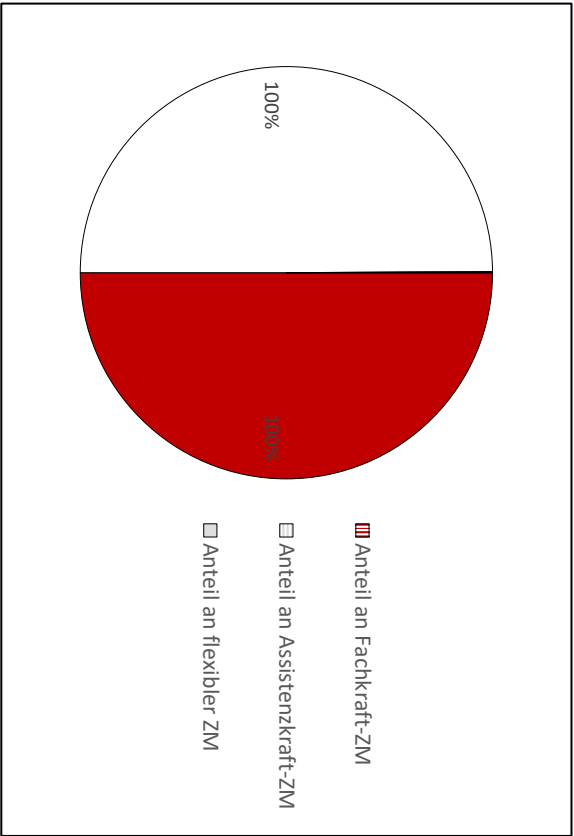
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



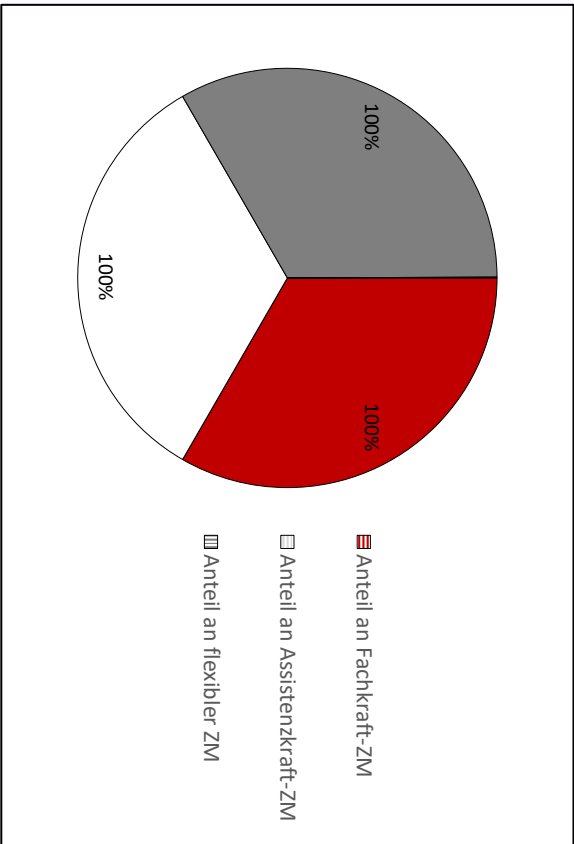
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitemenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



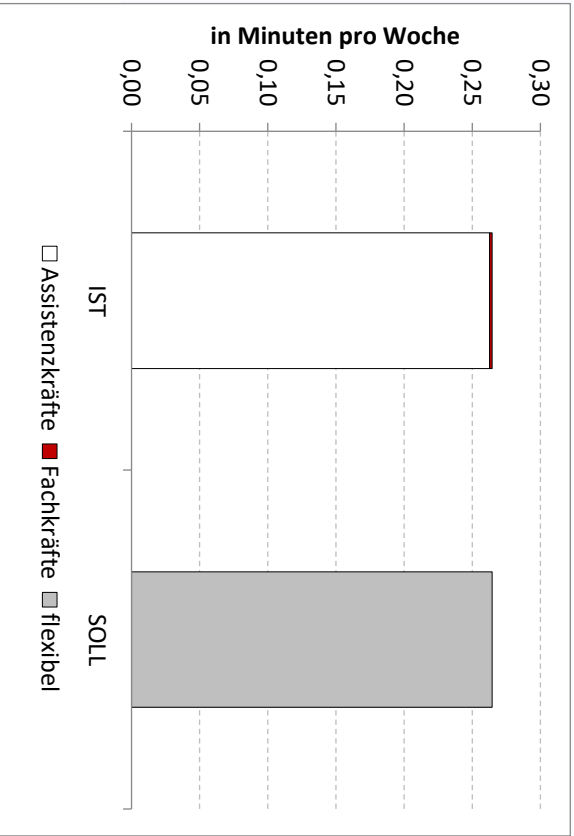
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



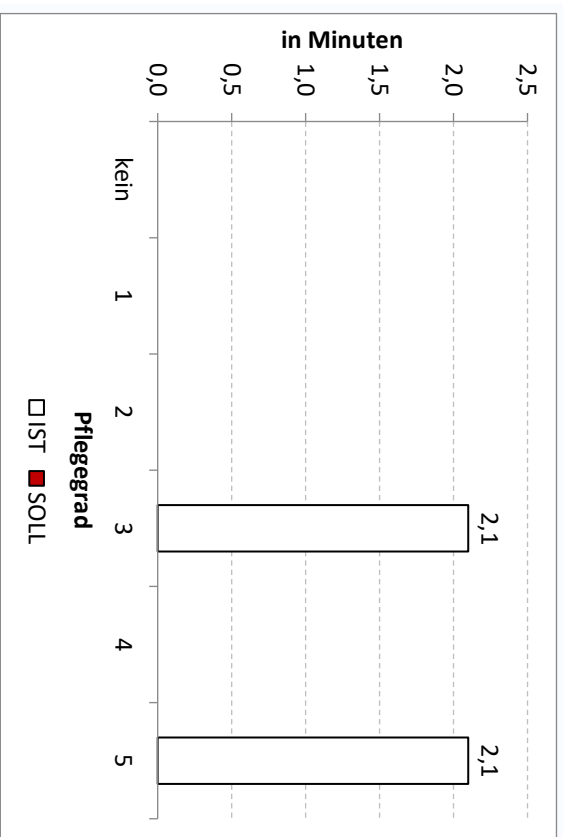
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



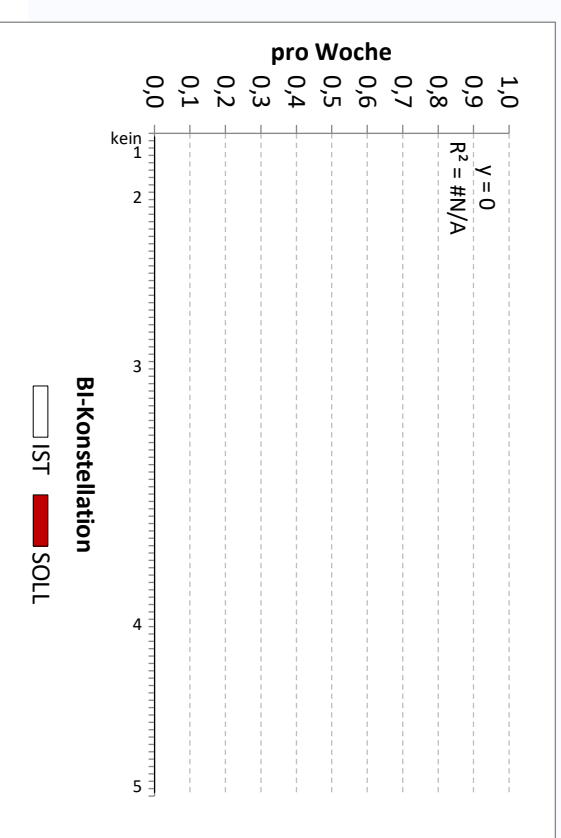
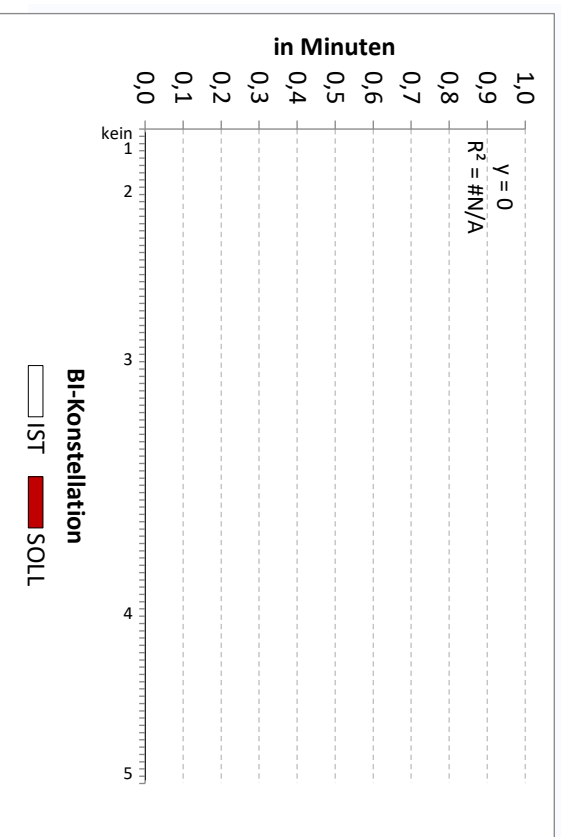
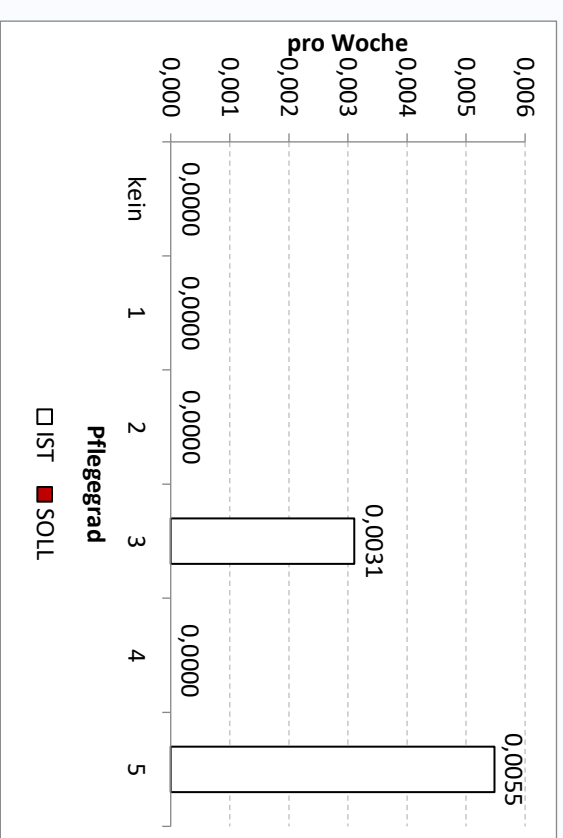
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



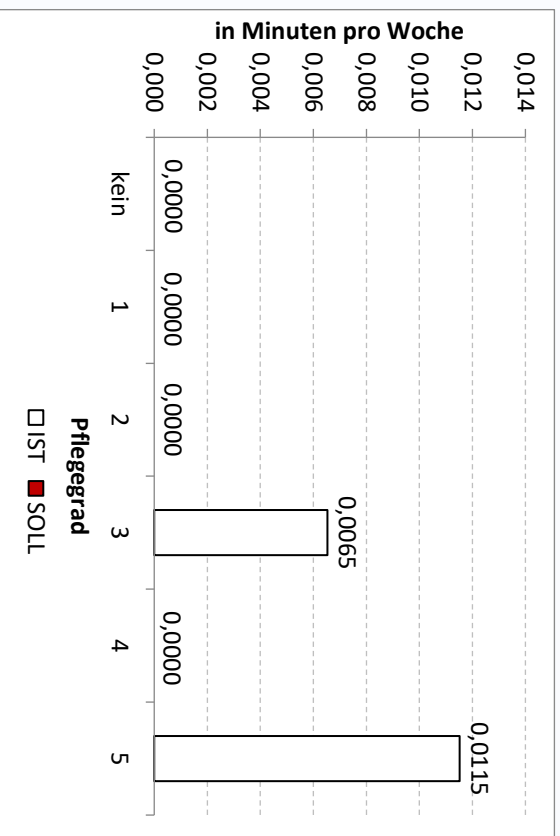
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



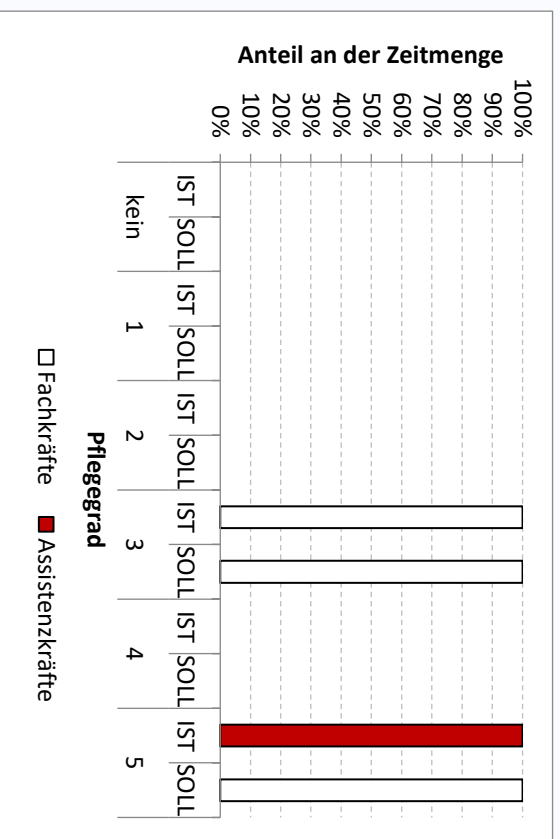
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



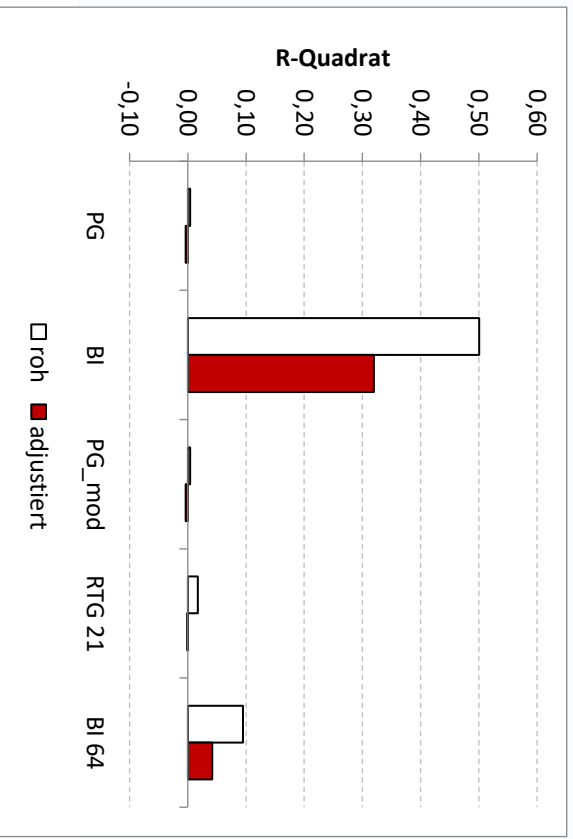
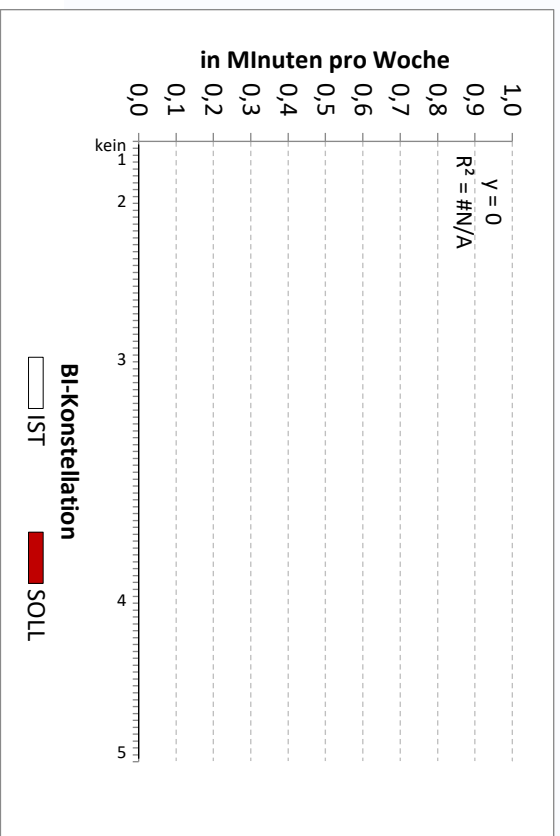
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



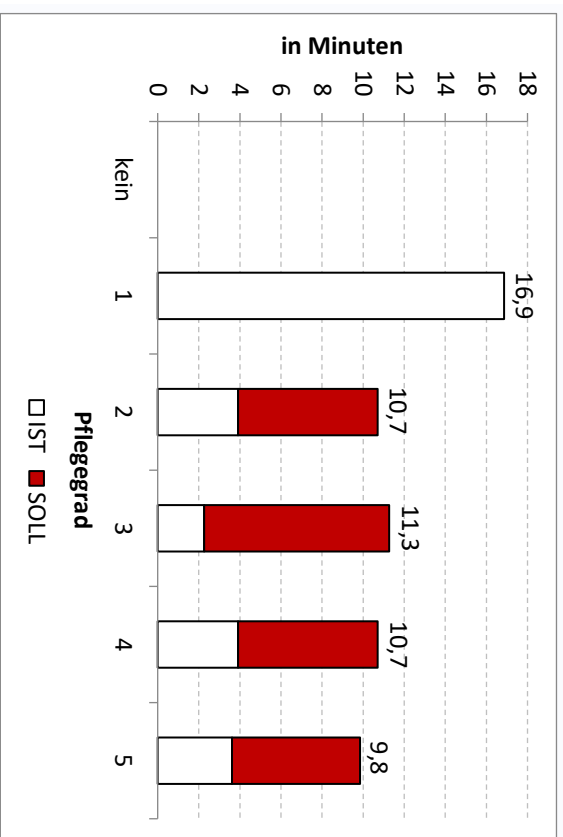
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



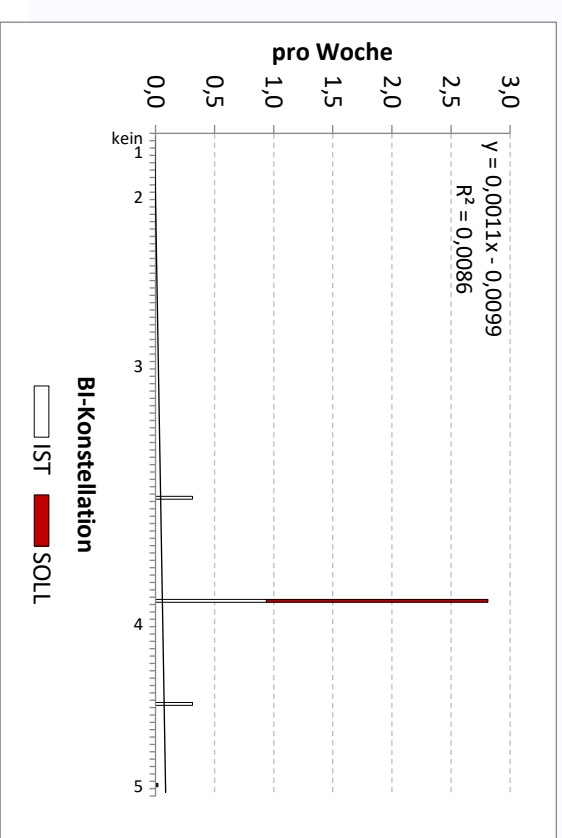
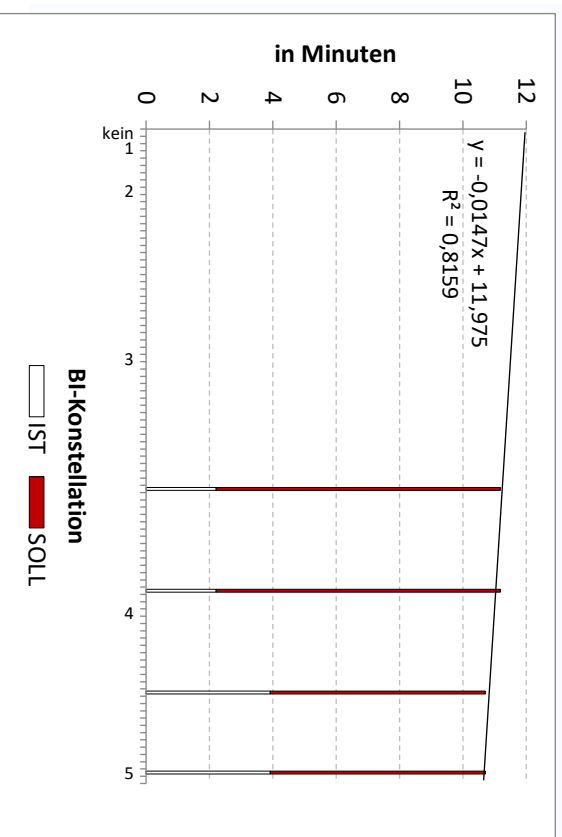
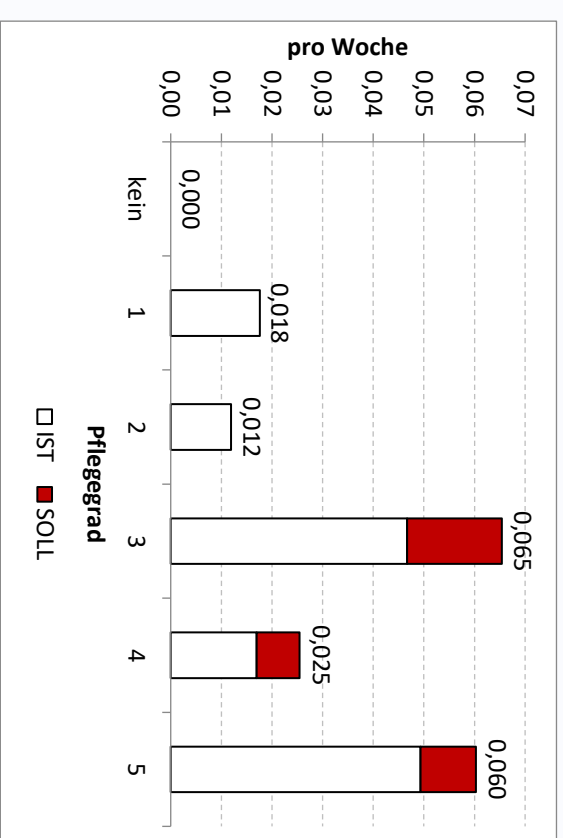
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitemenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



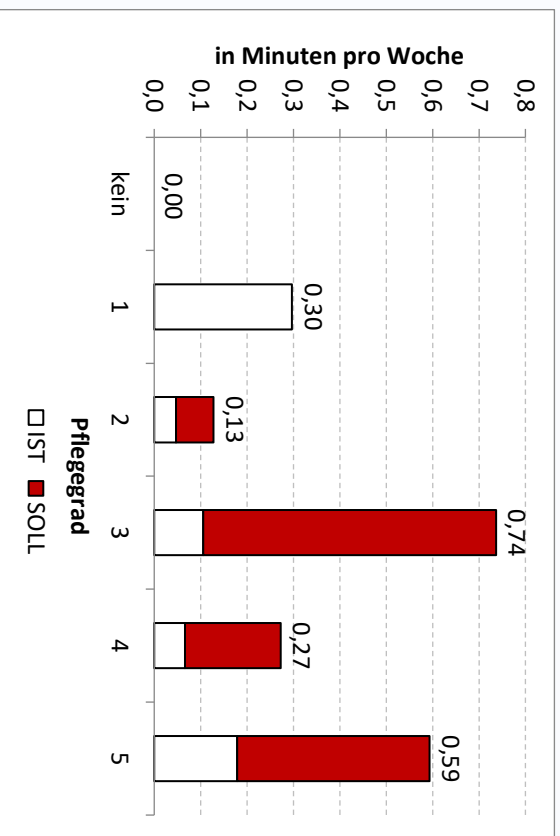
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



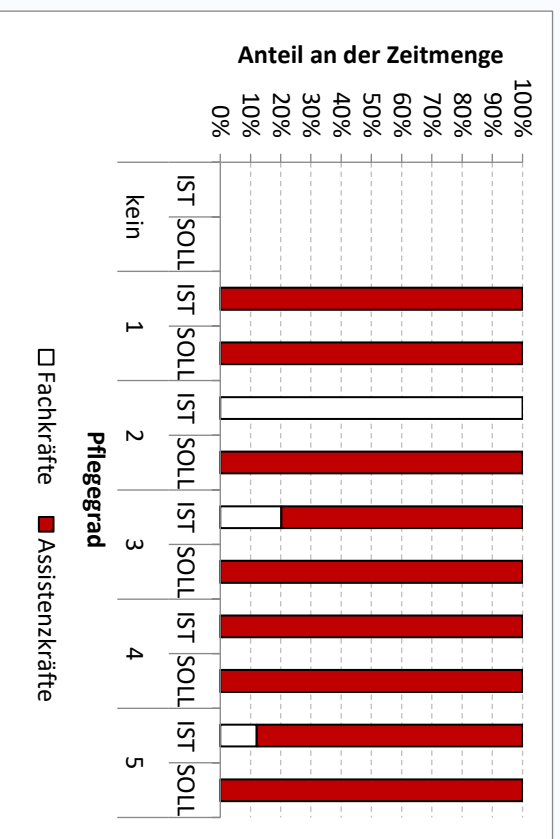
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



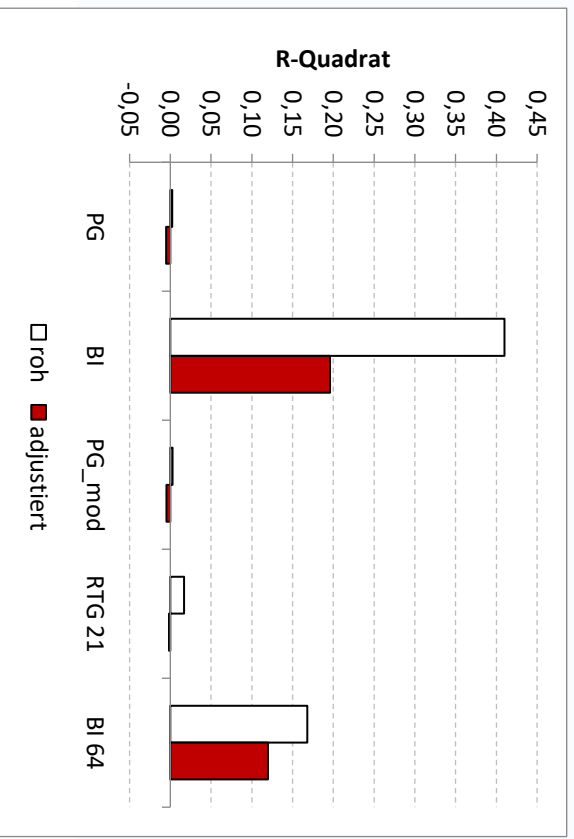
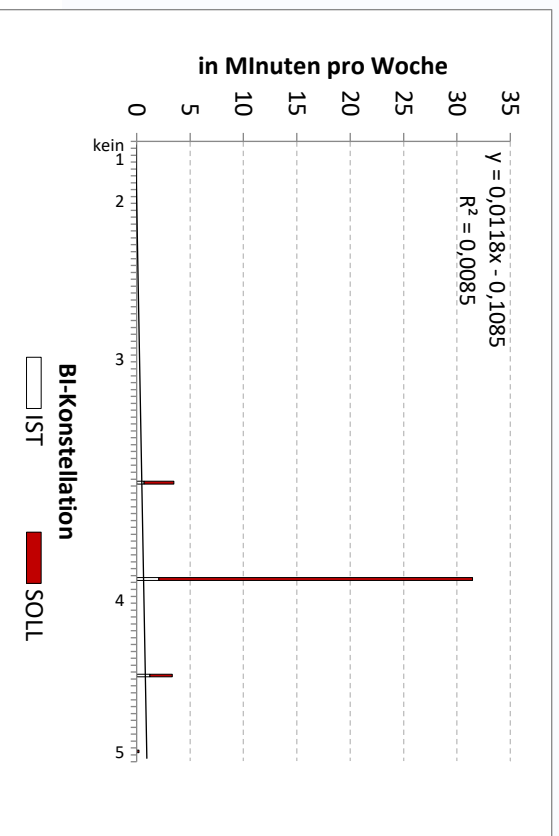
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



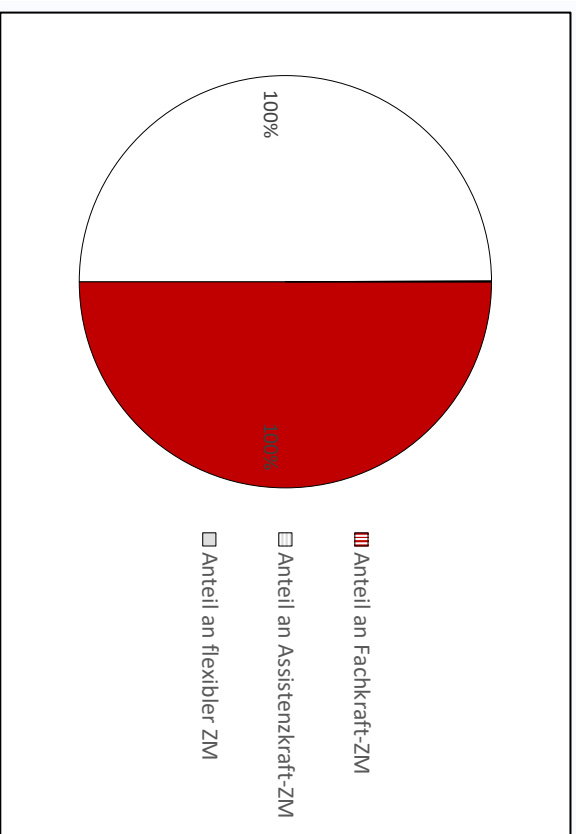
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



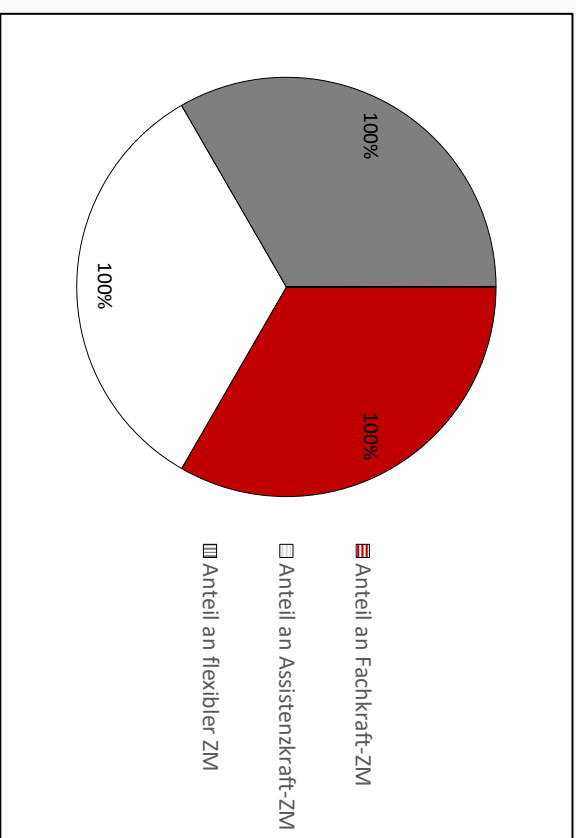
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitemenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



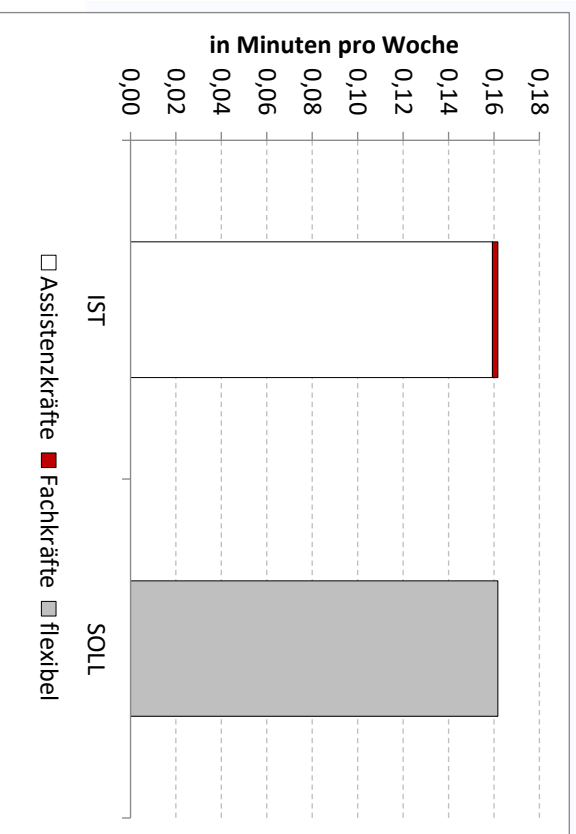
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



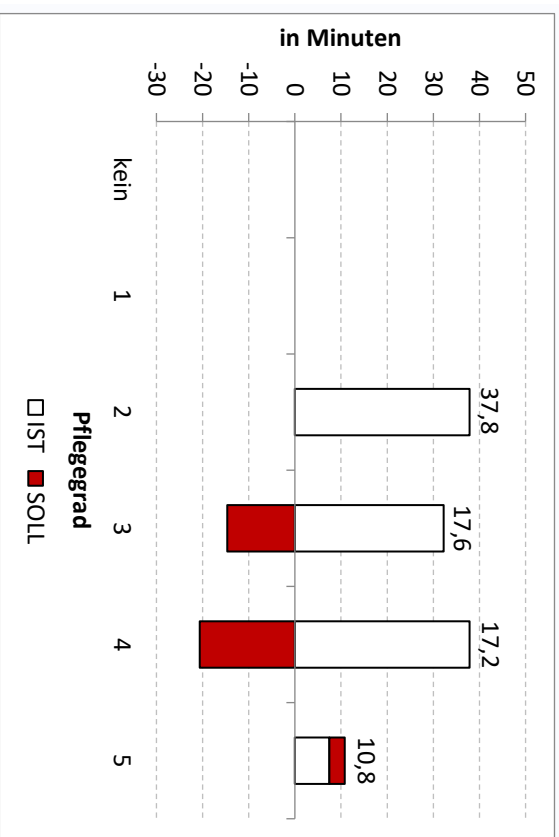
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



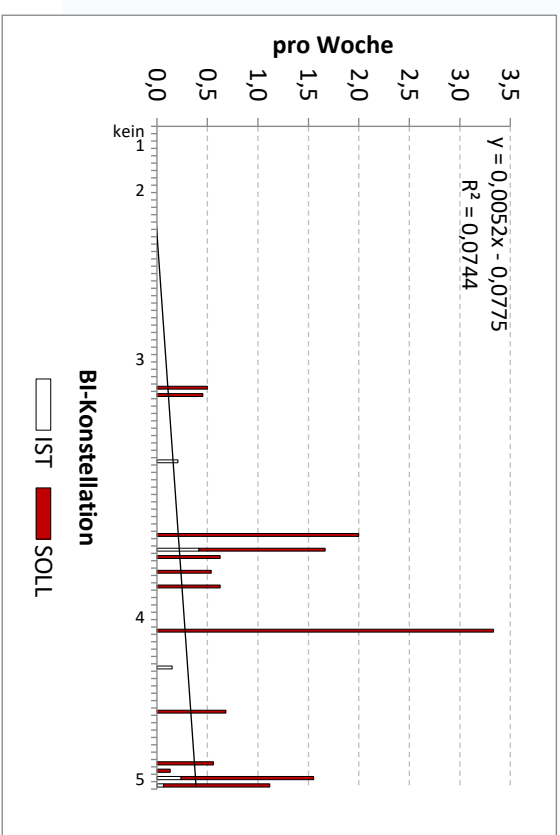
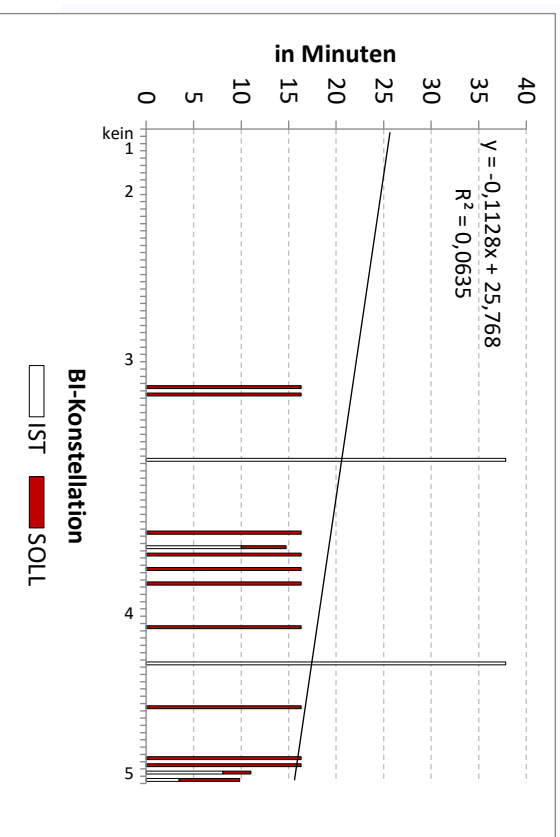
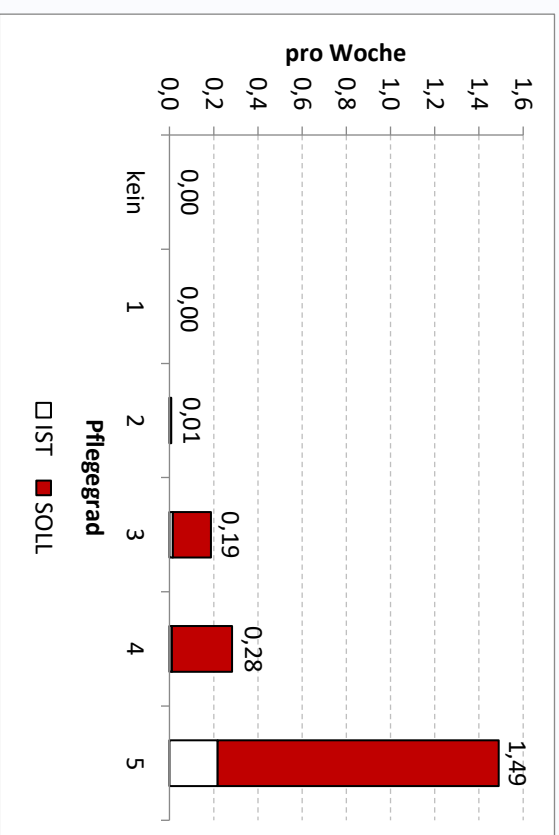
Zeitmengen nach Qualifikationsnrix



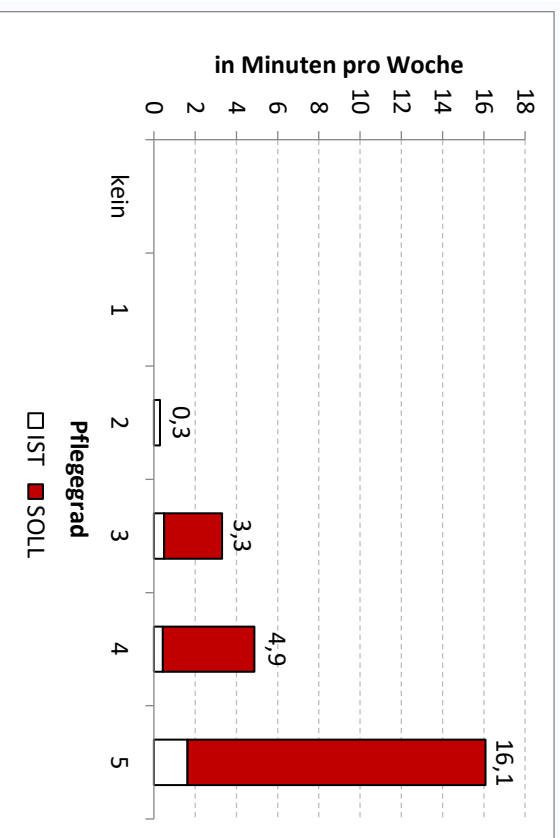
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



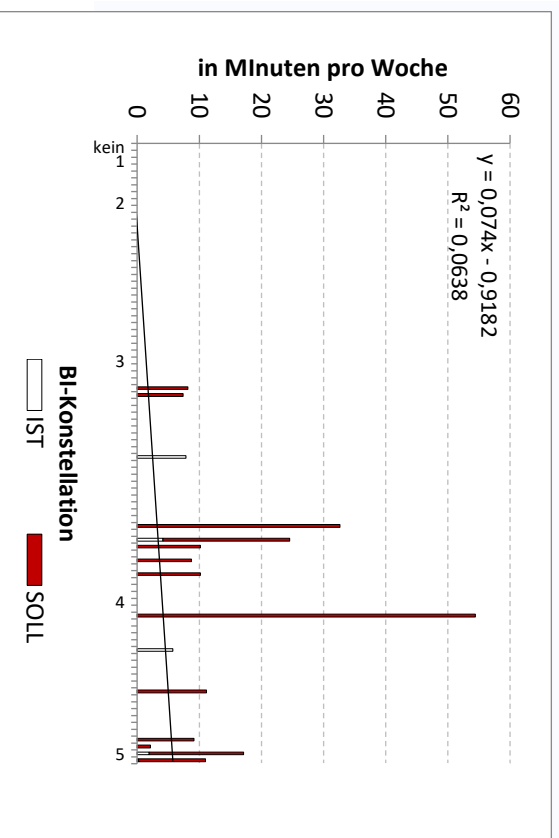
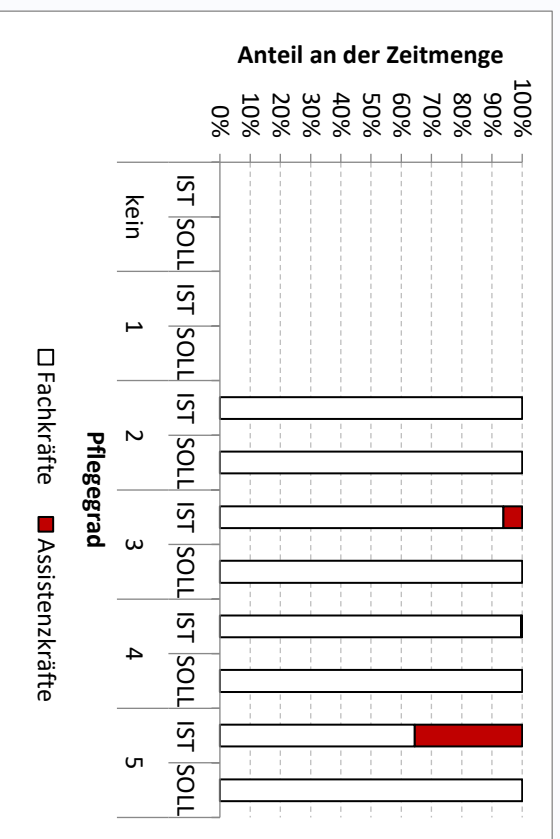
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



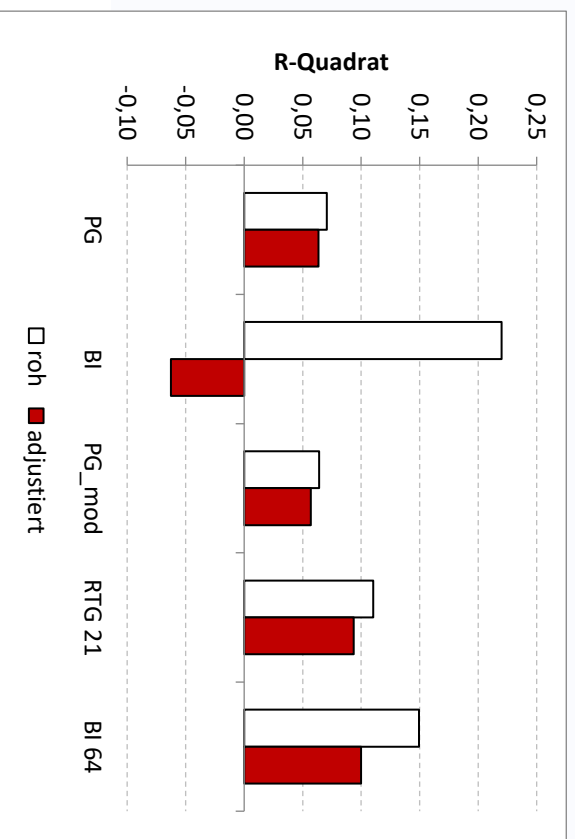
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



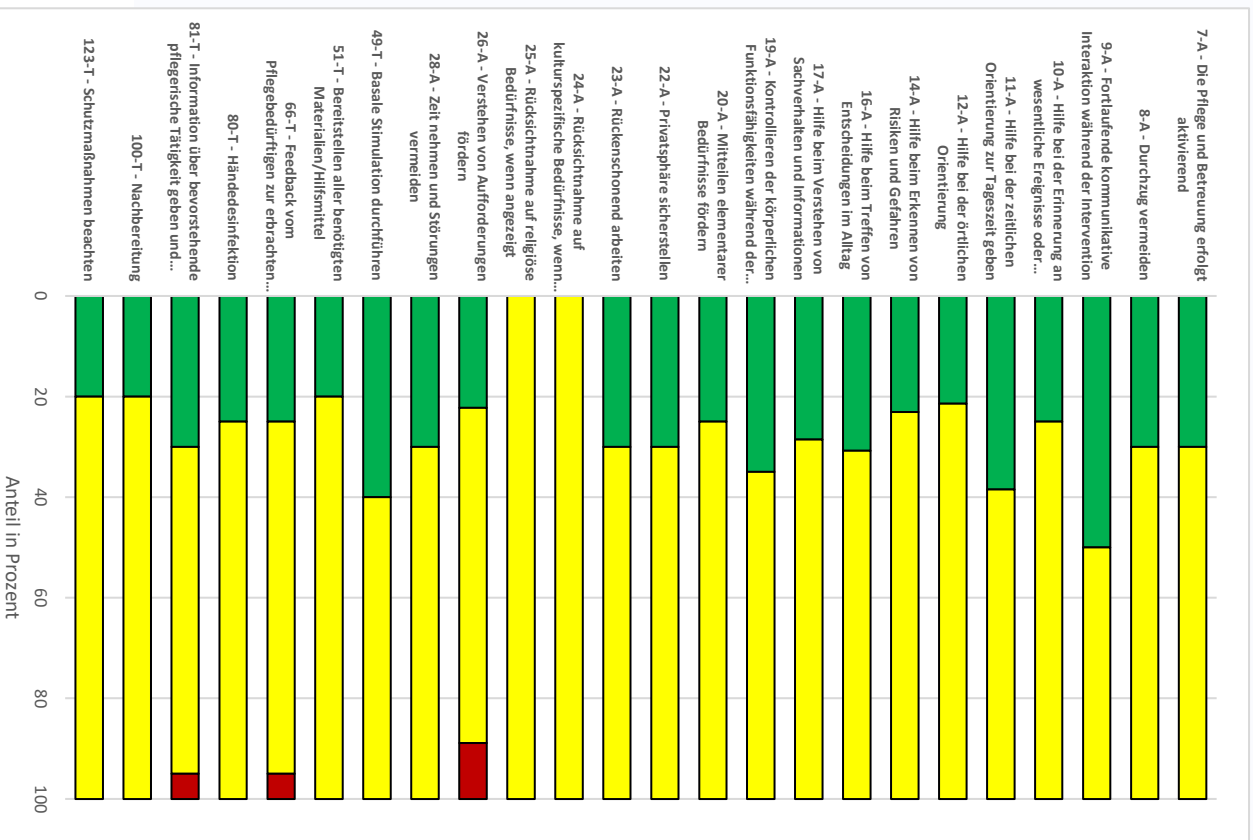
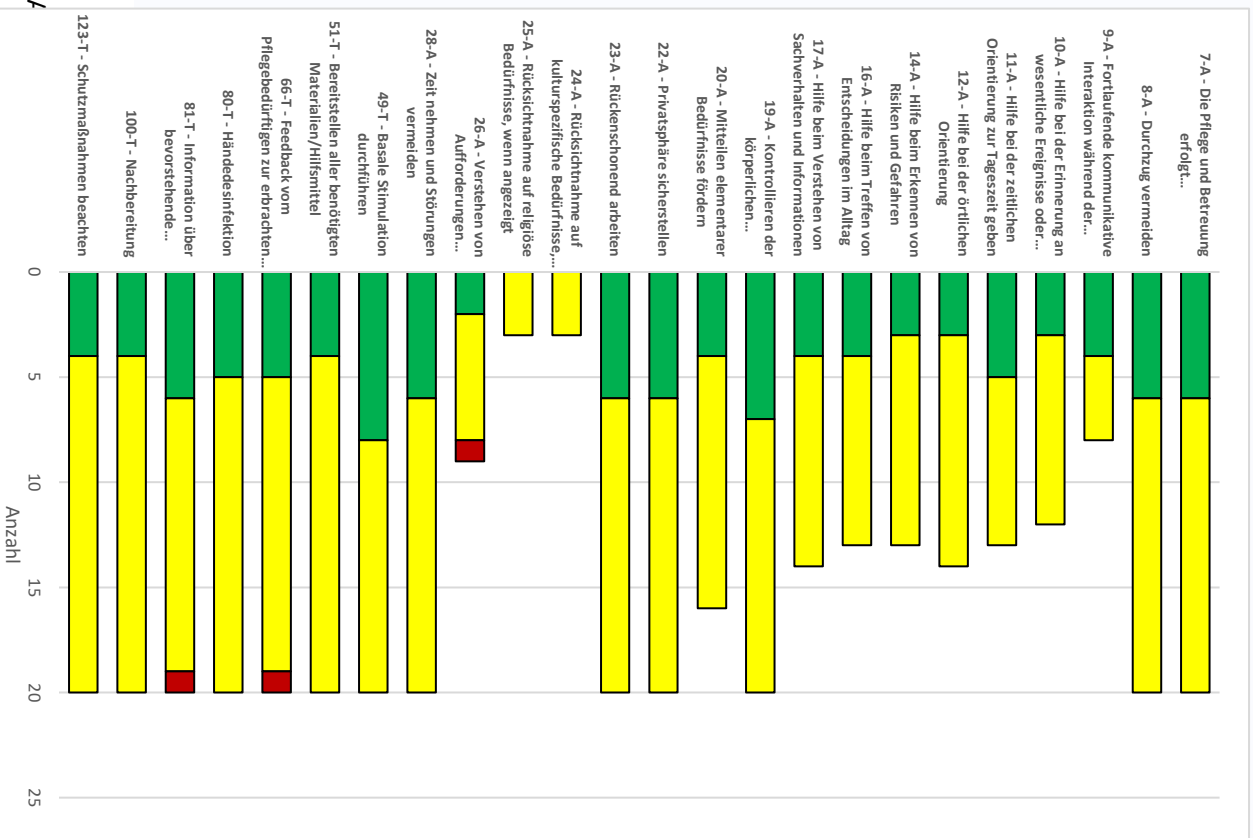
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



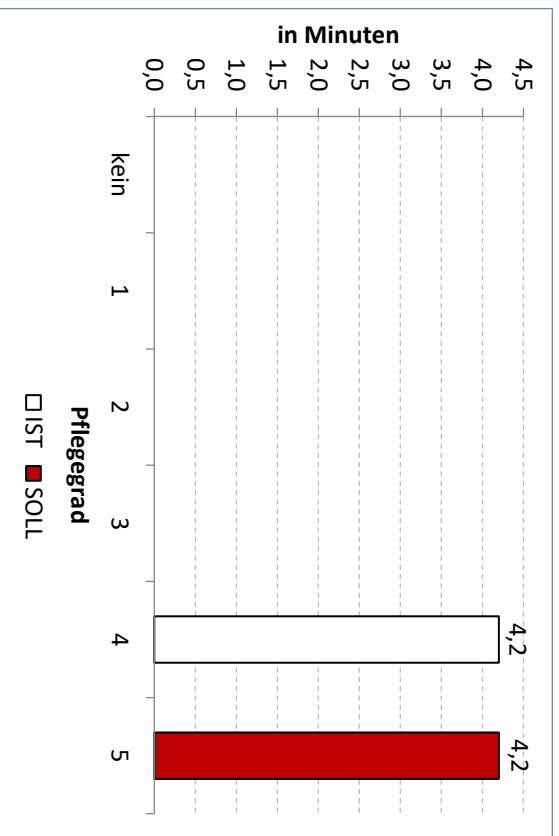
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitmenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



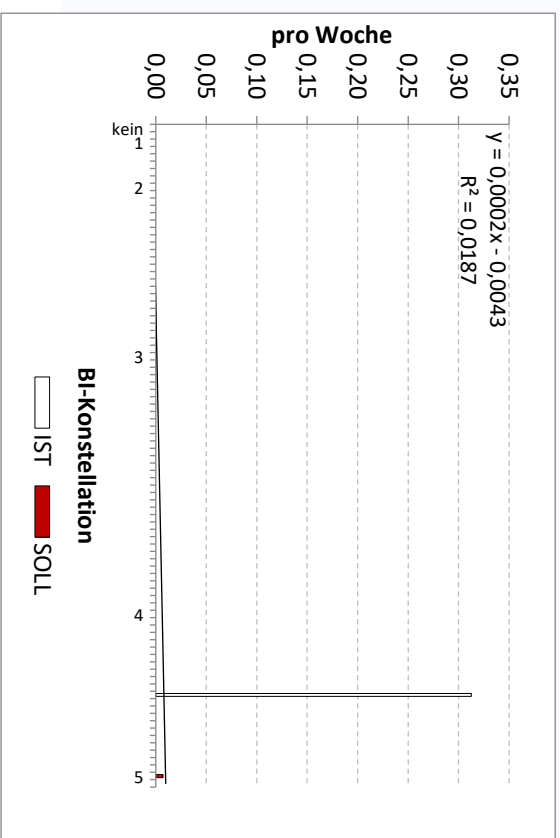
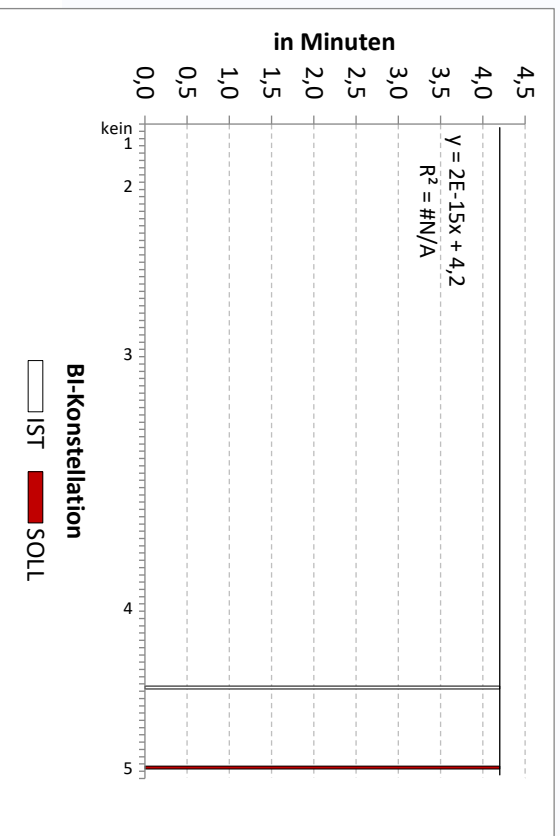
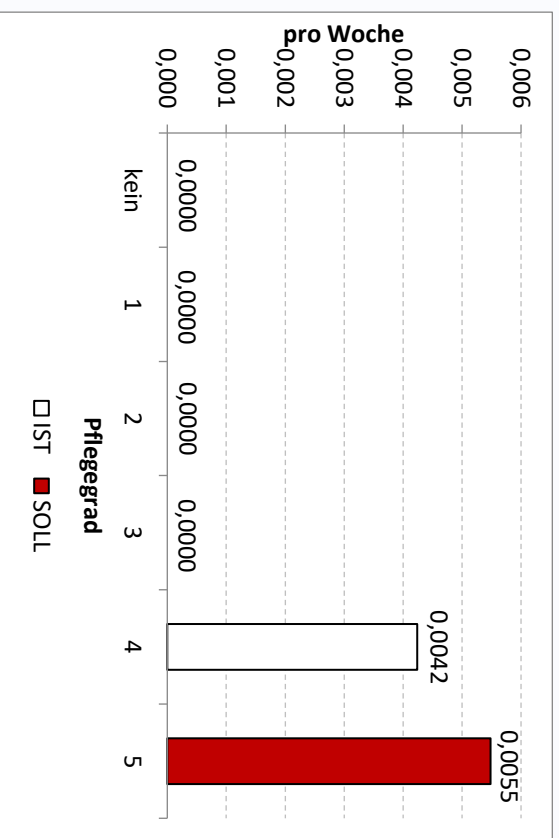
Absolute und relative Teilschrittbewertung



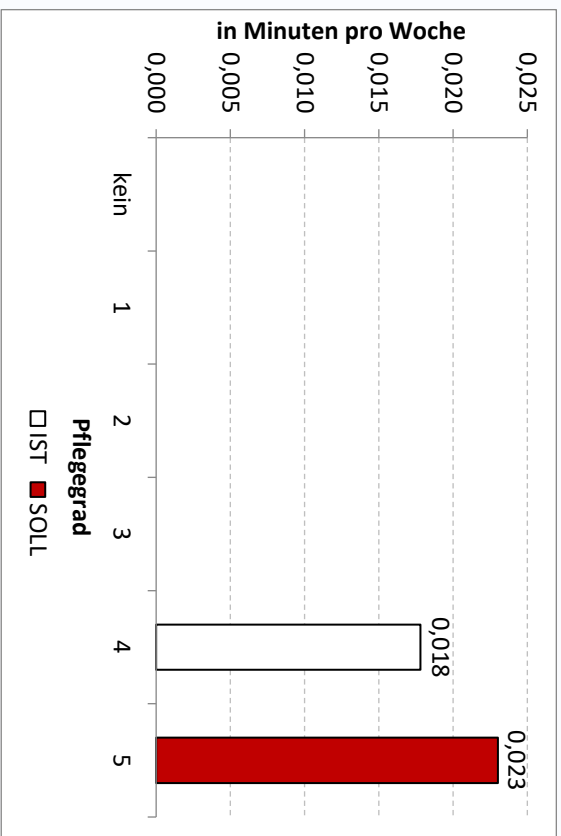
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



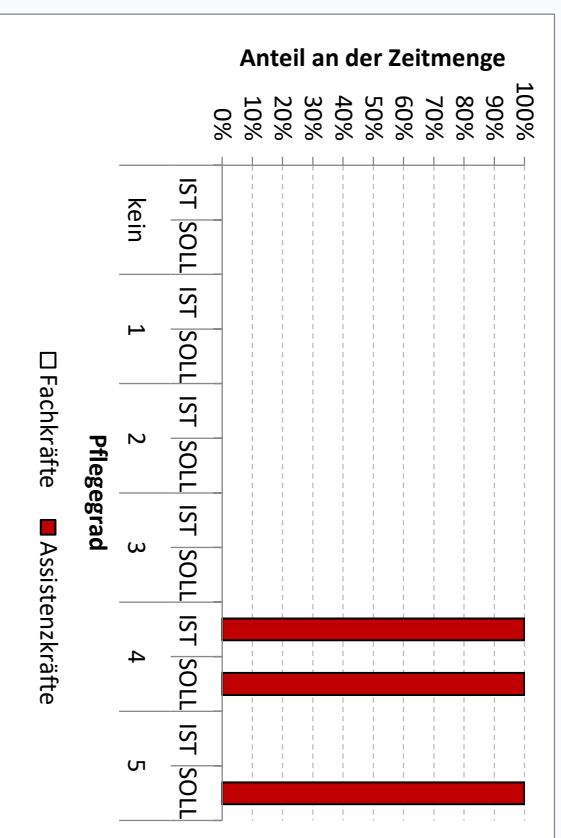
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach ...



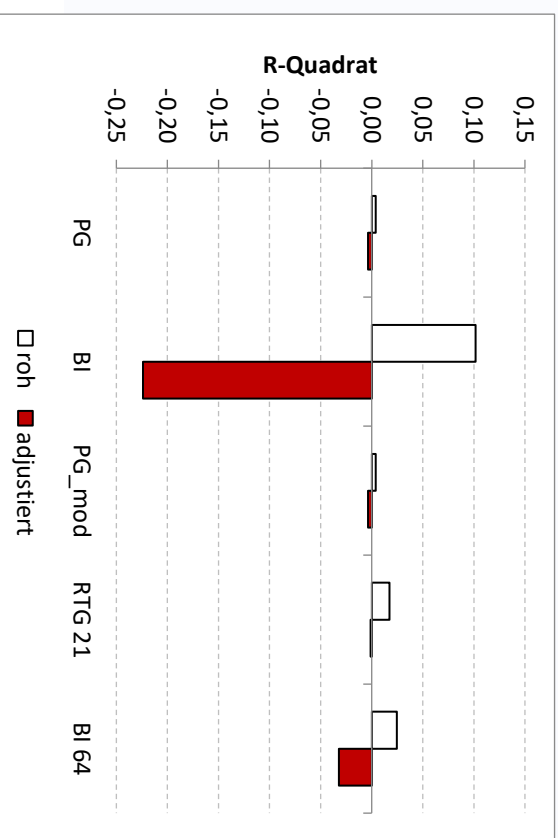
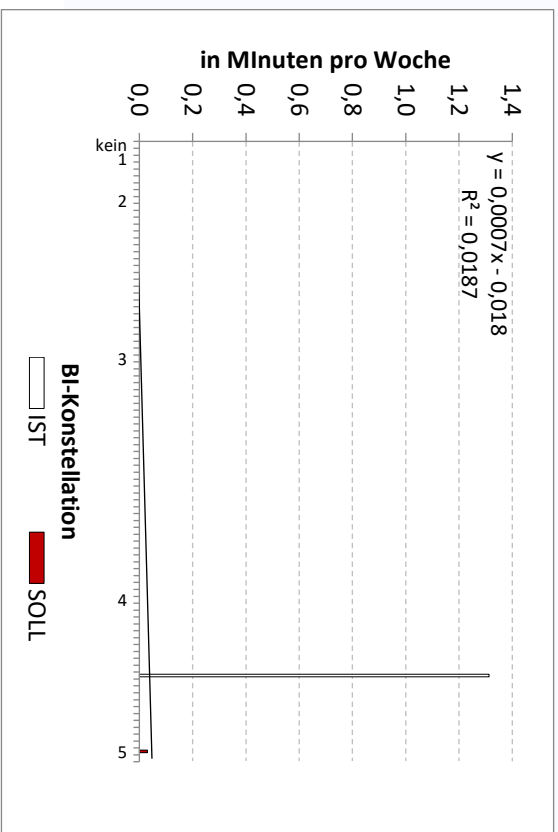
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



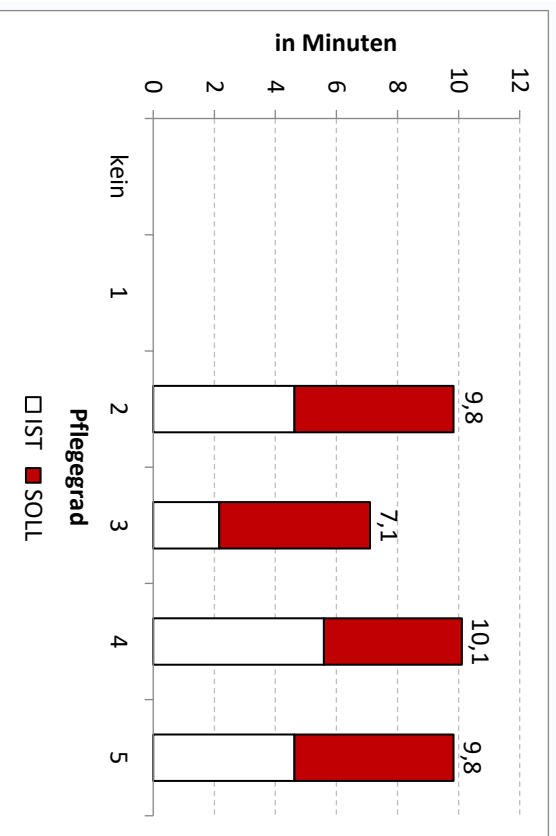
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



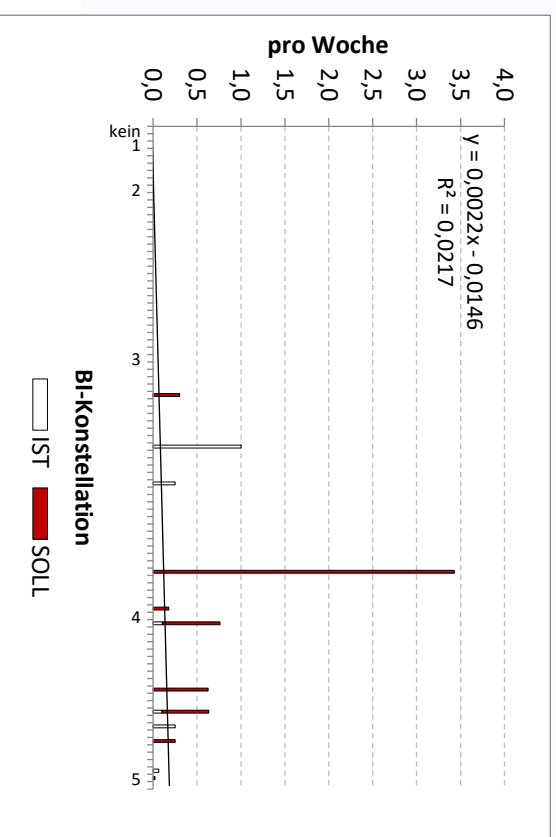
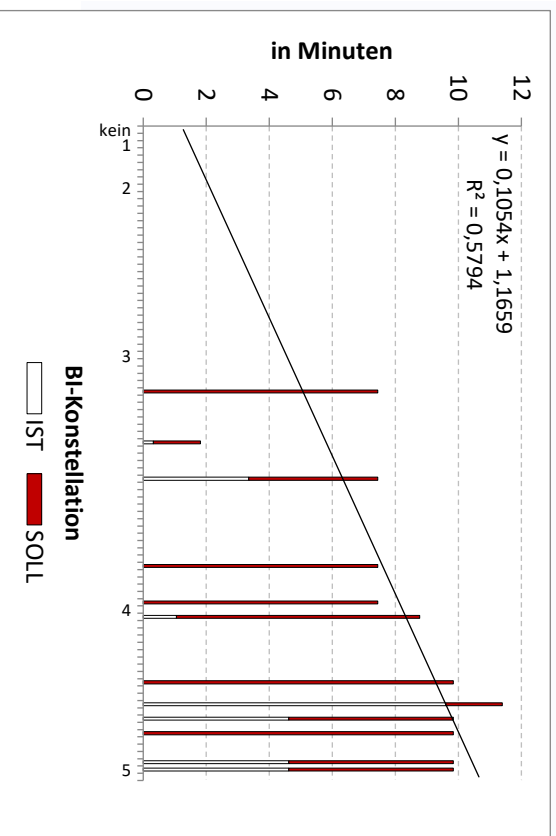
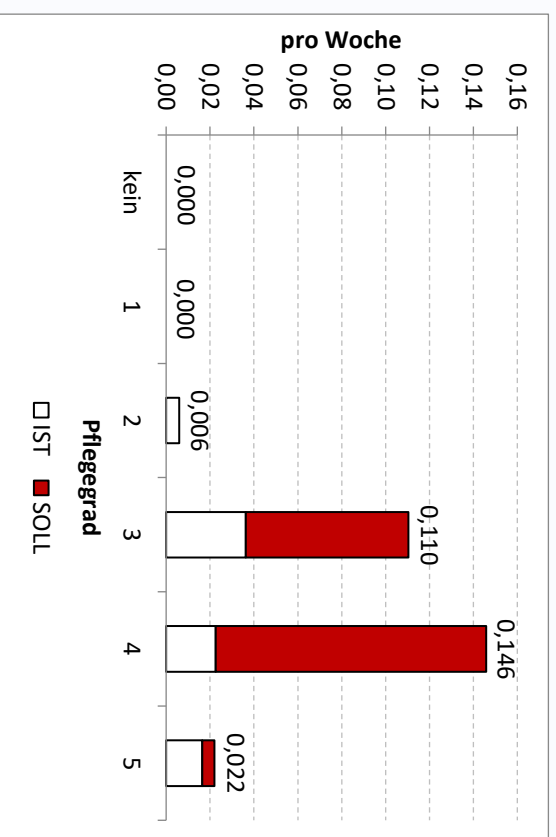
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitmenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



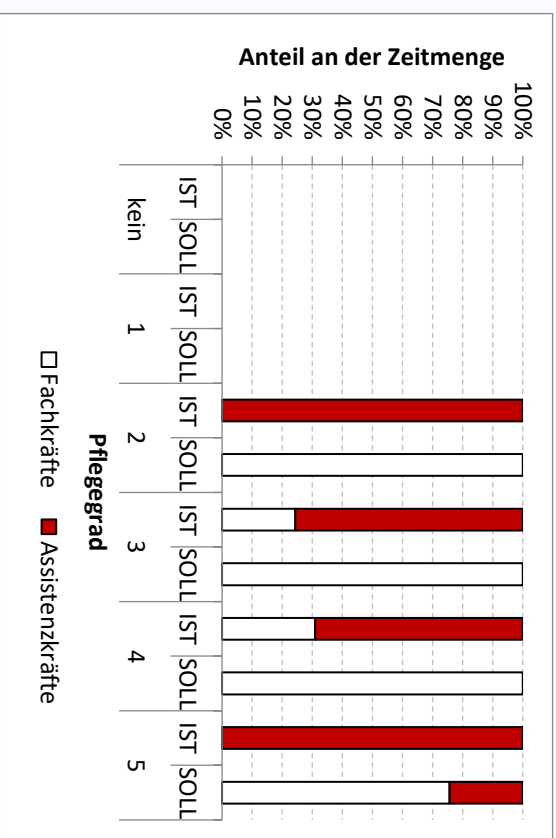
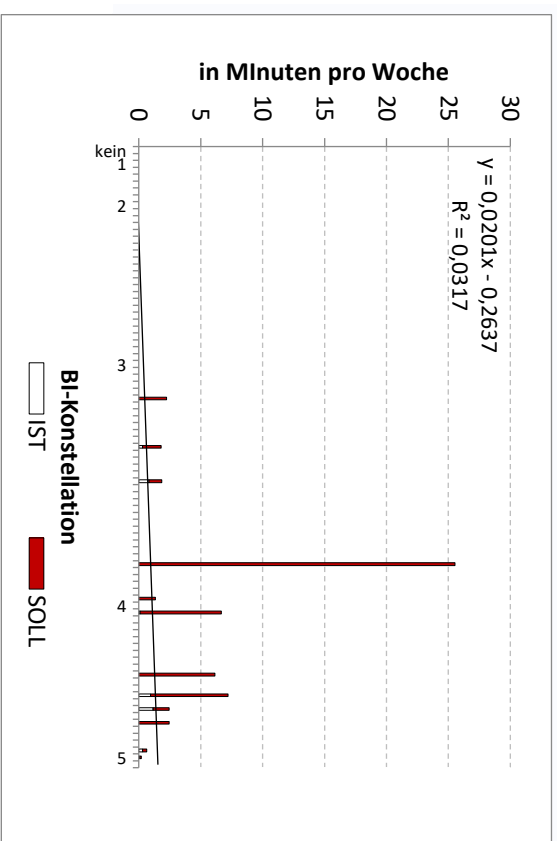
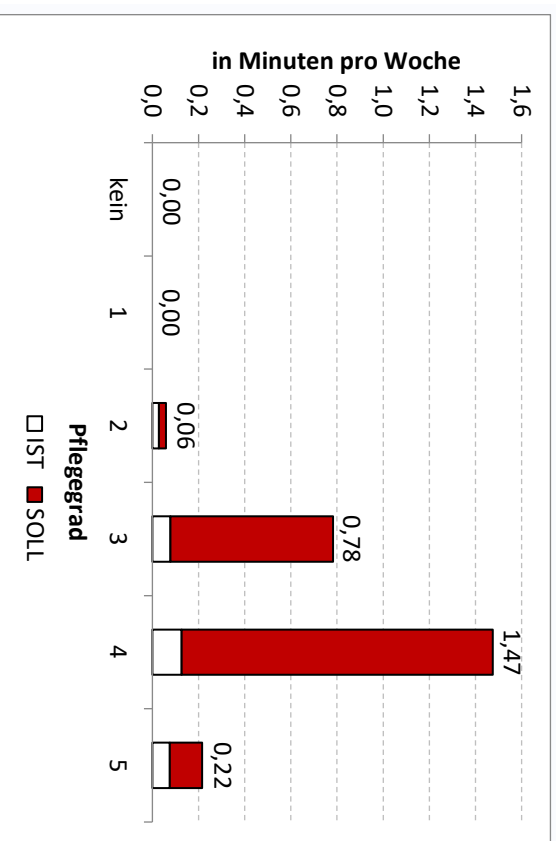
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



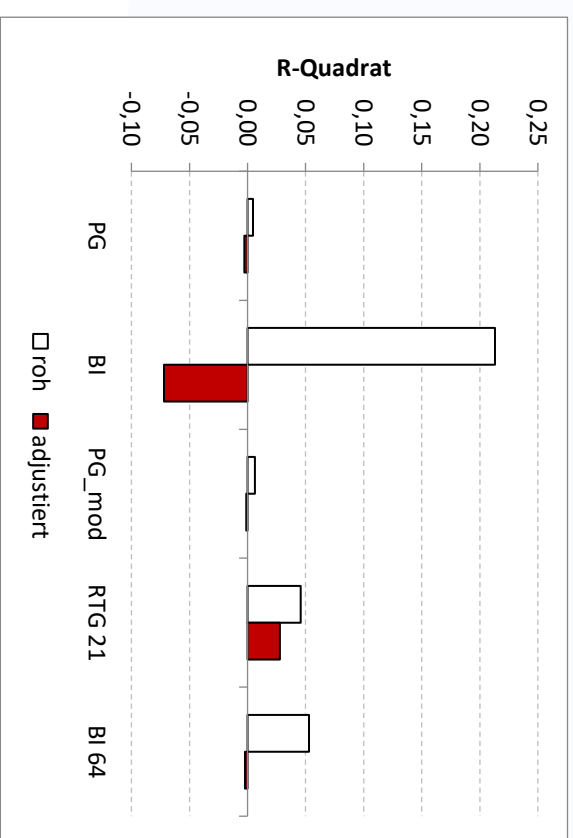
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



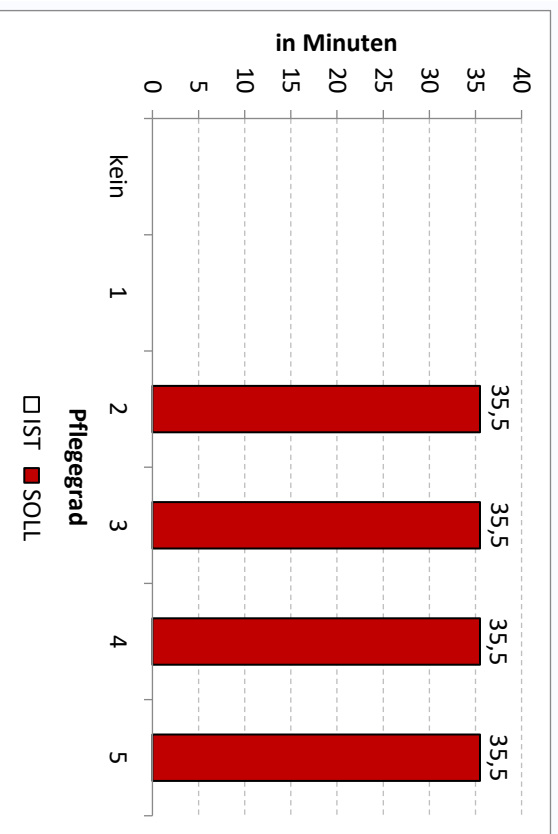
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



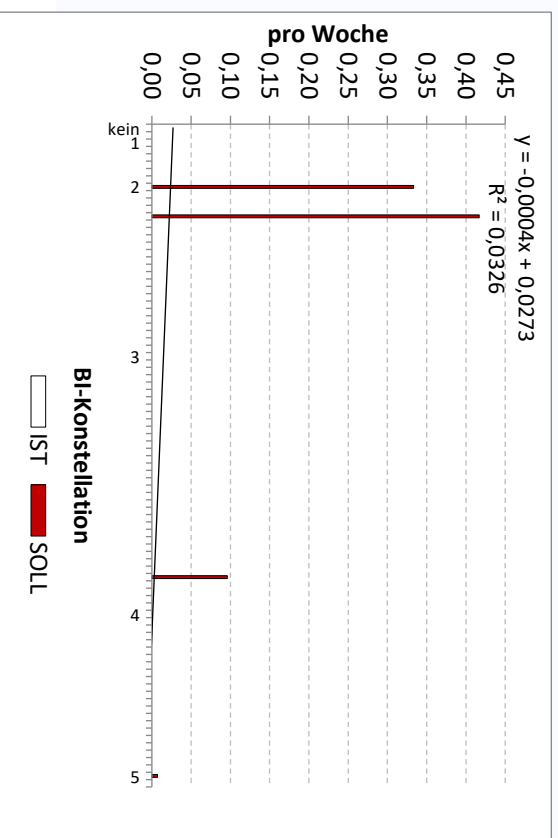
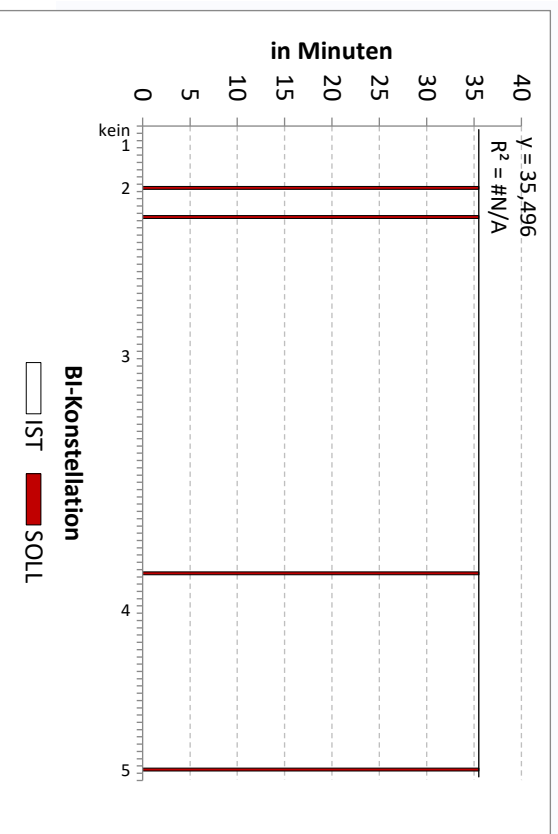
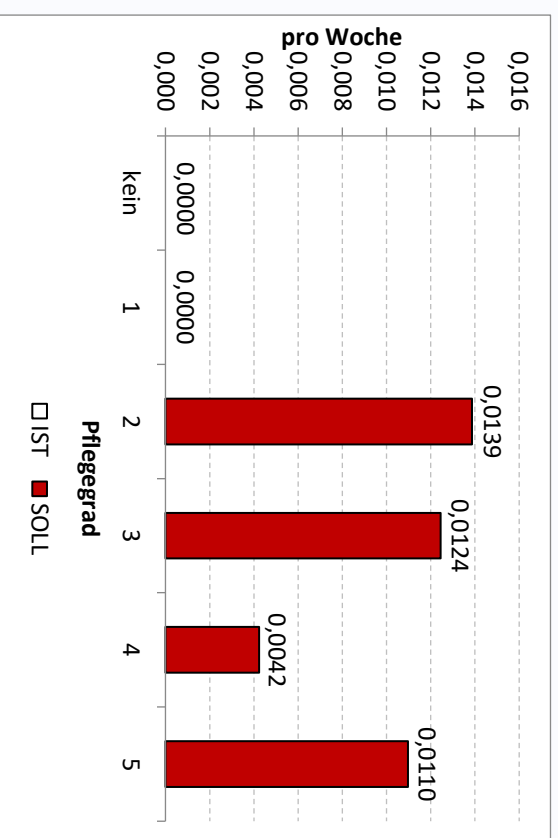
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitmenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



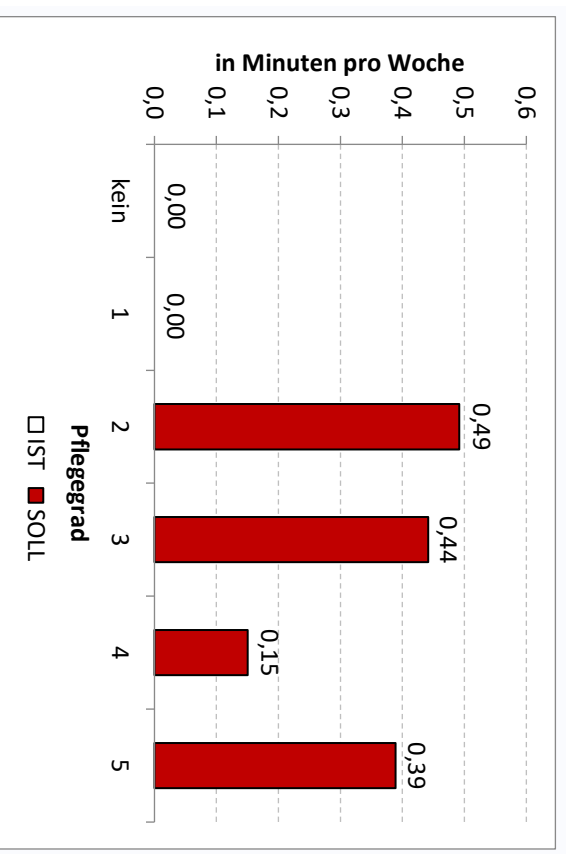
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



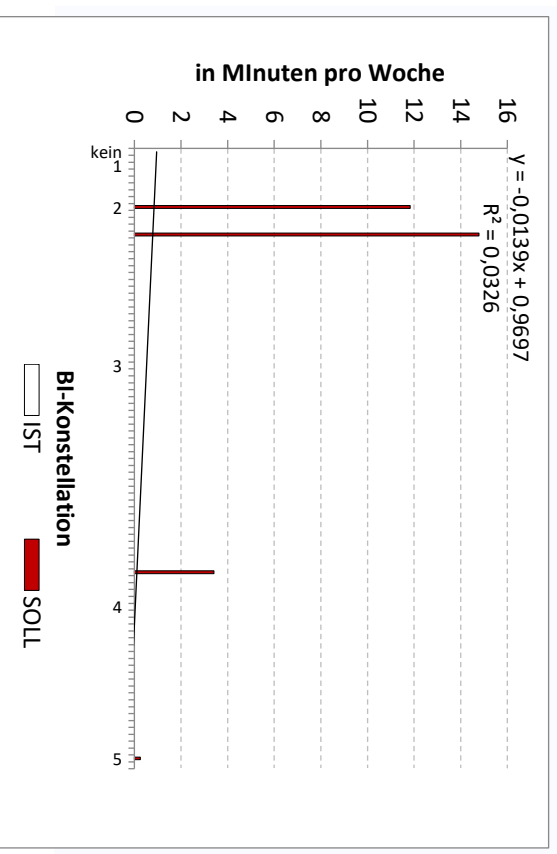
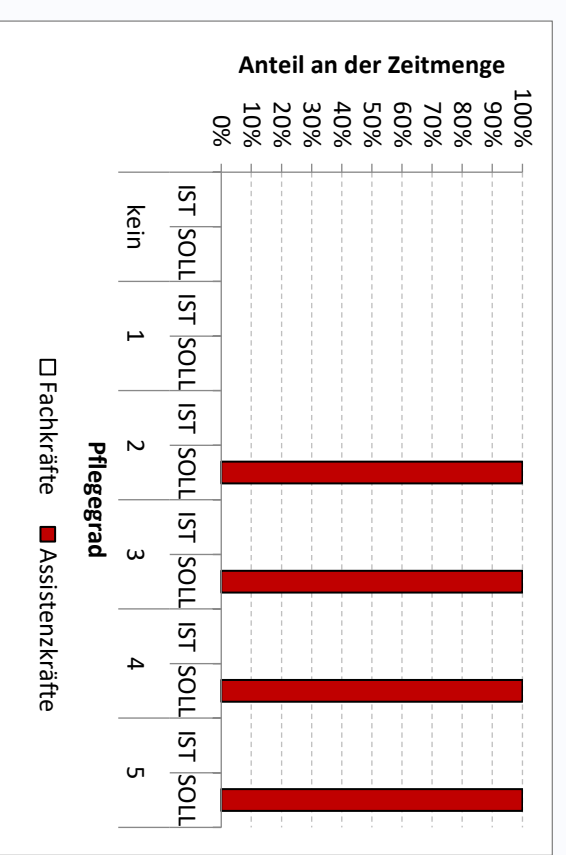
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



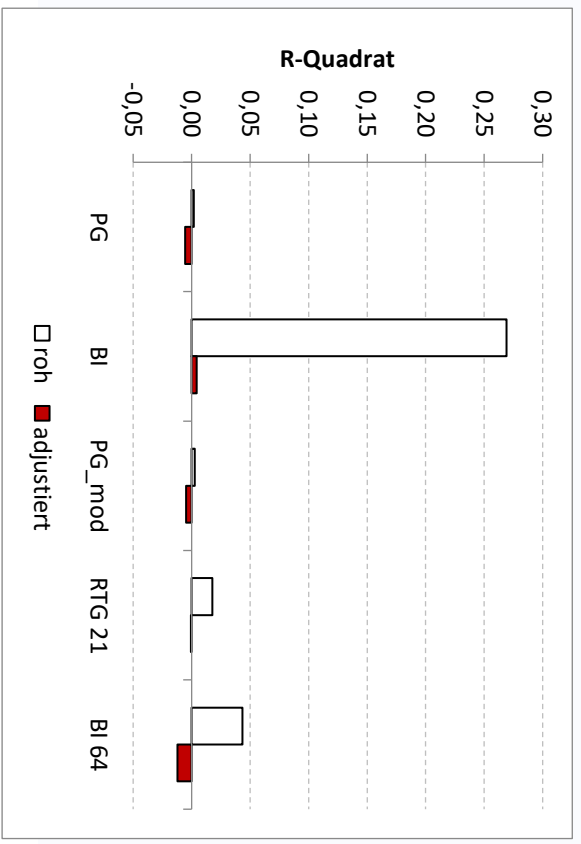
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



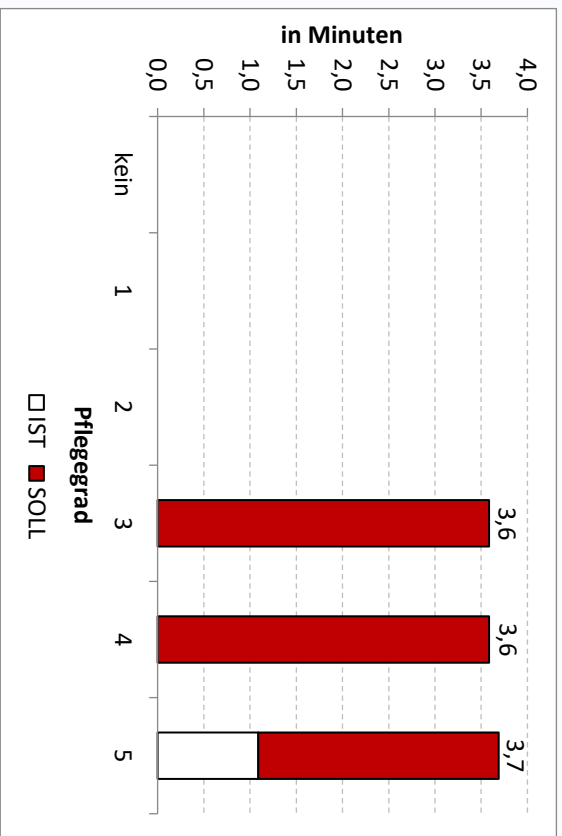
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



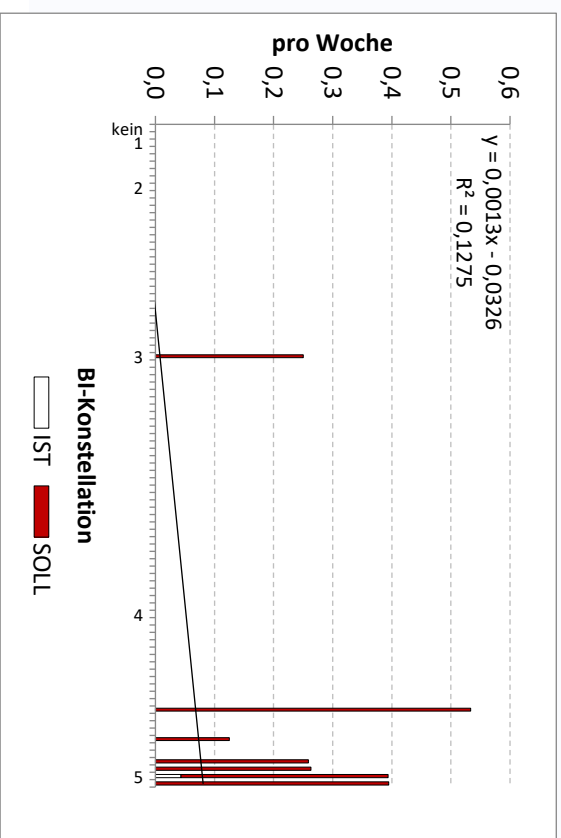
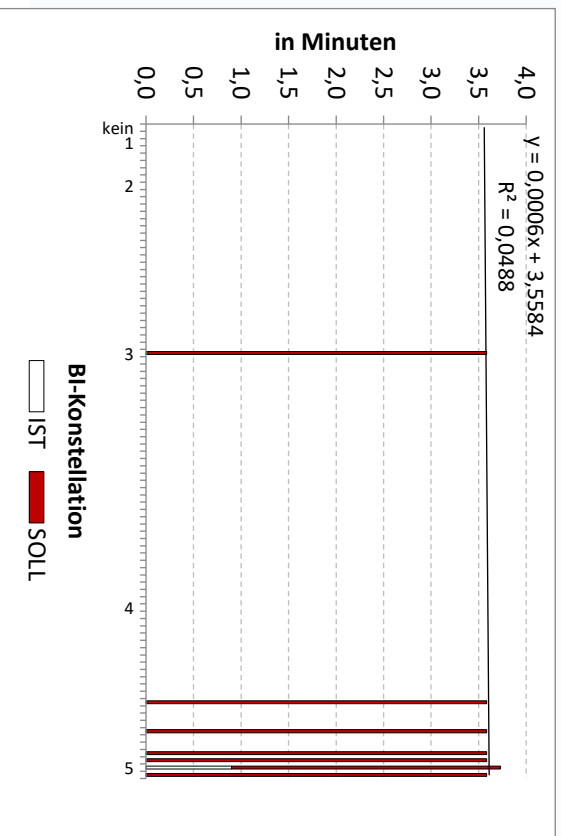
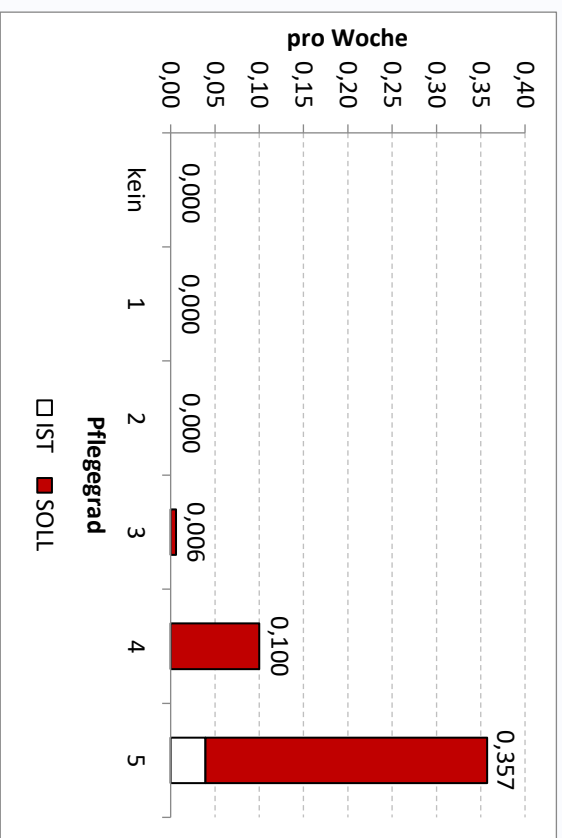
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitemenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



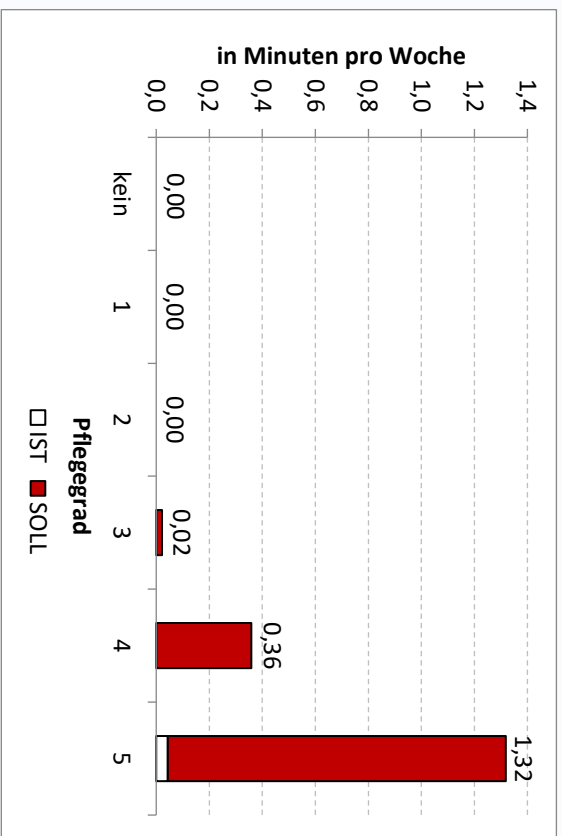
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



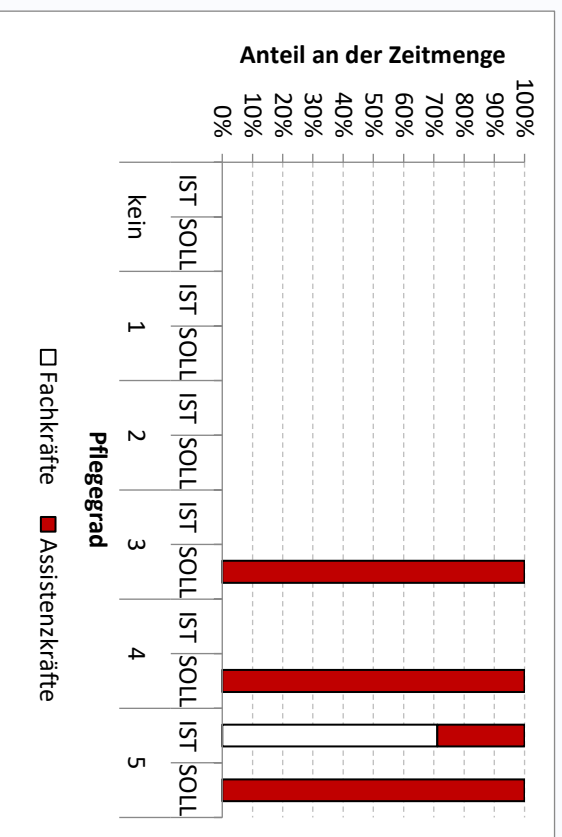
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



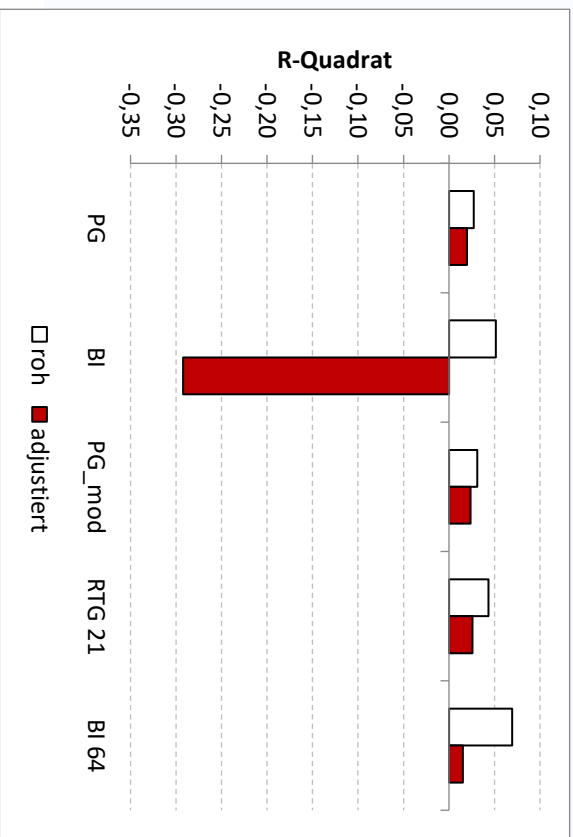
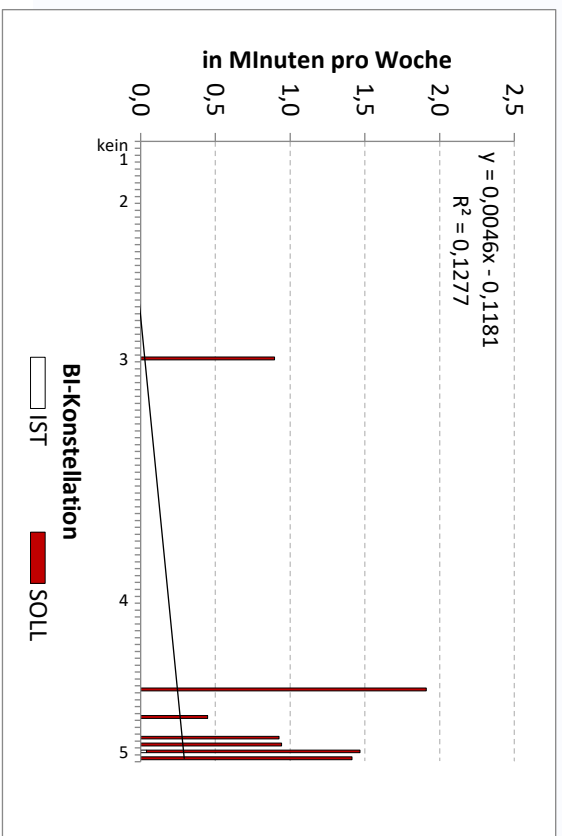
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



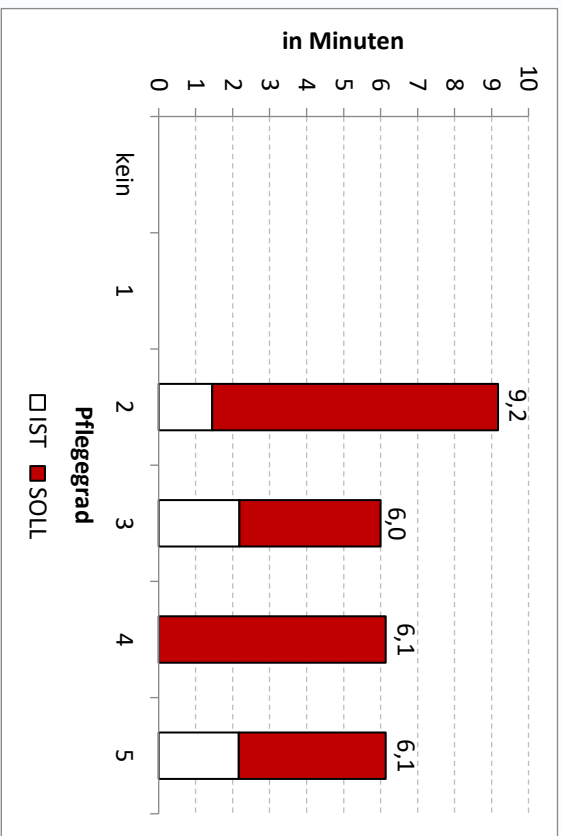
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



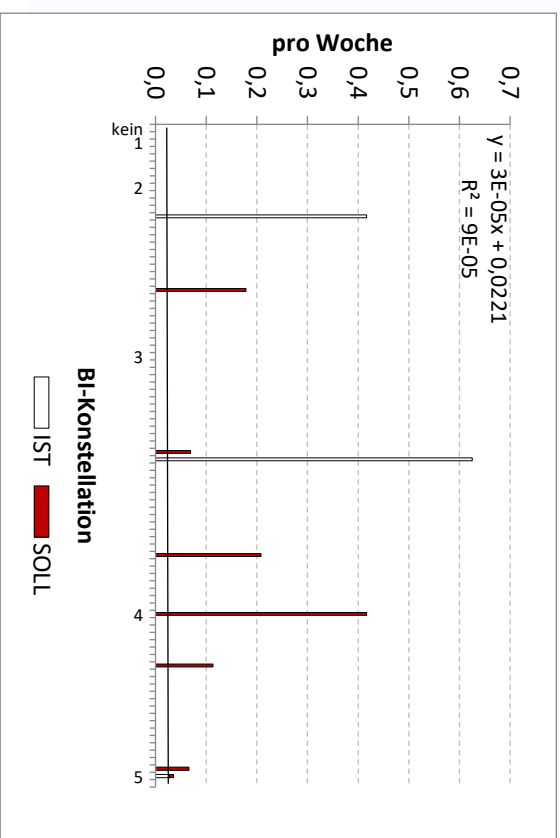
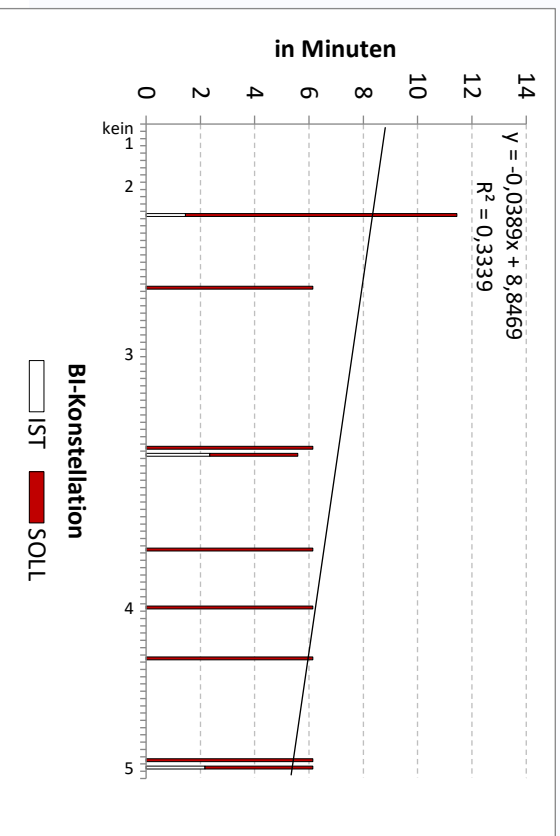
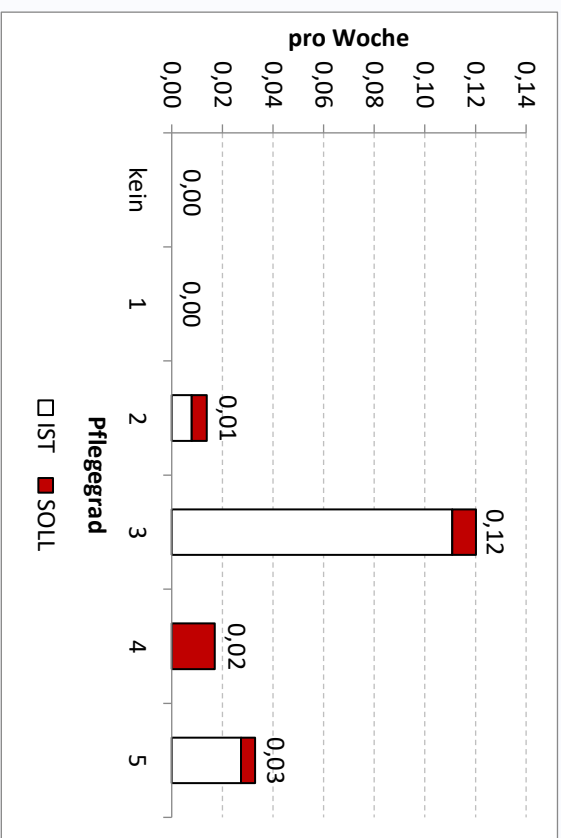
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitemenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



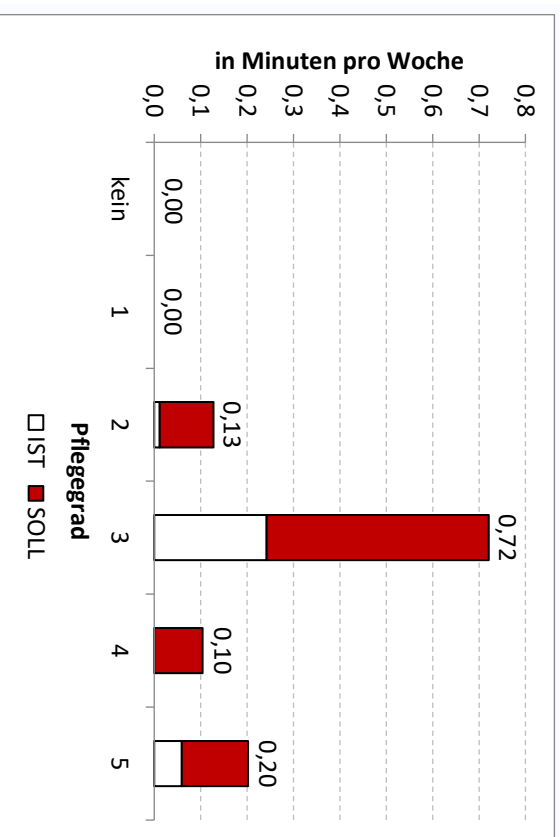
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



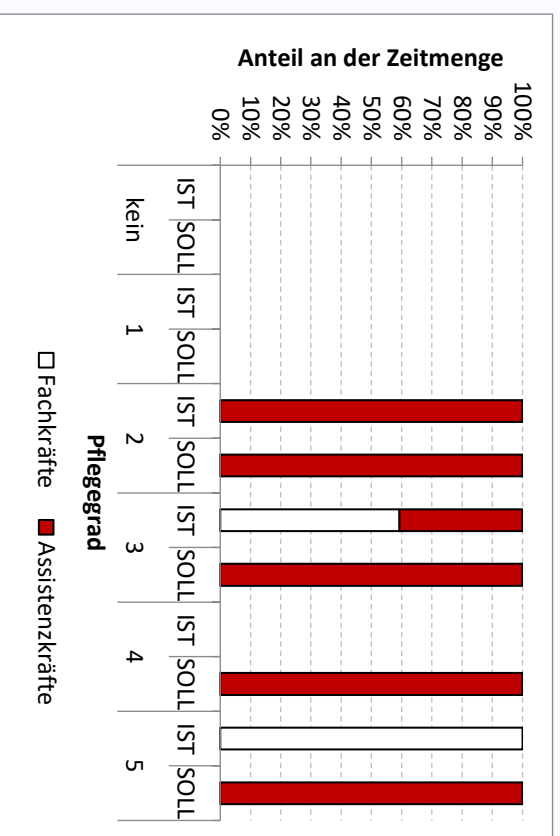
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



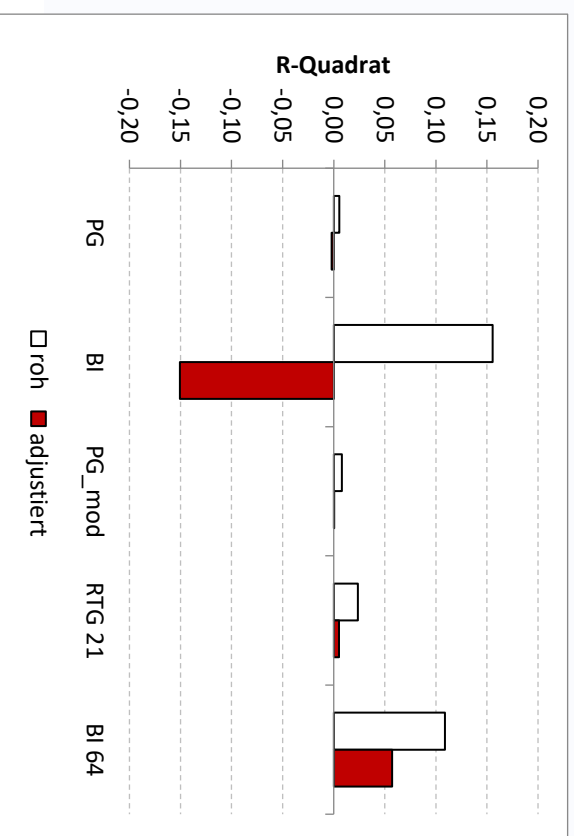
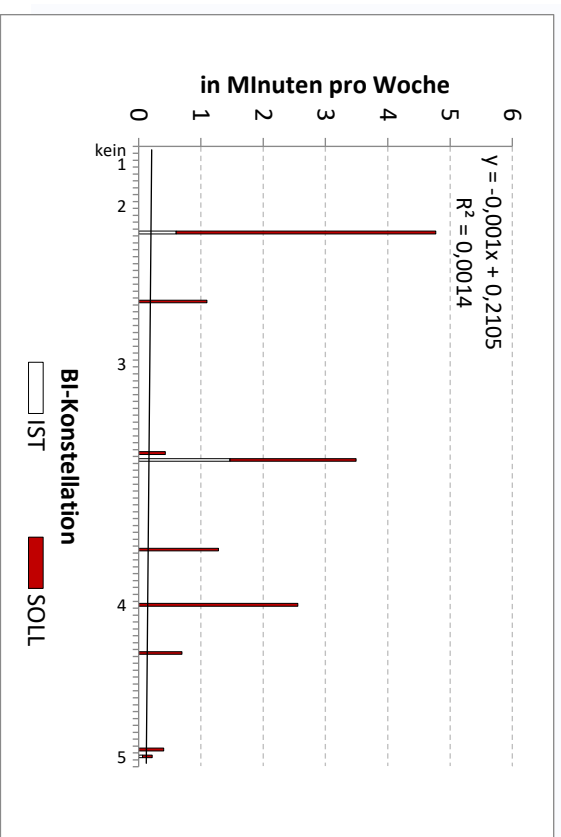
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



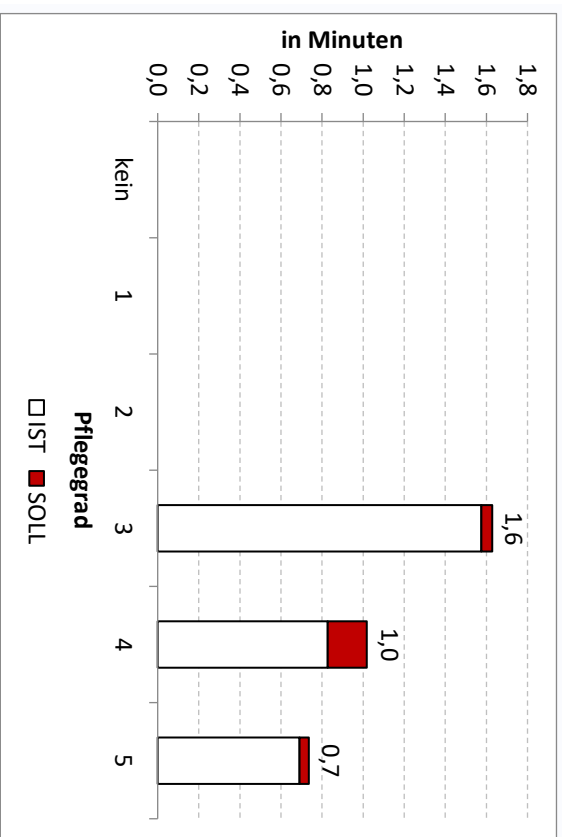
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



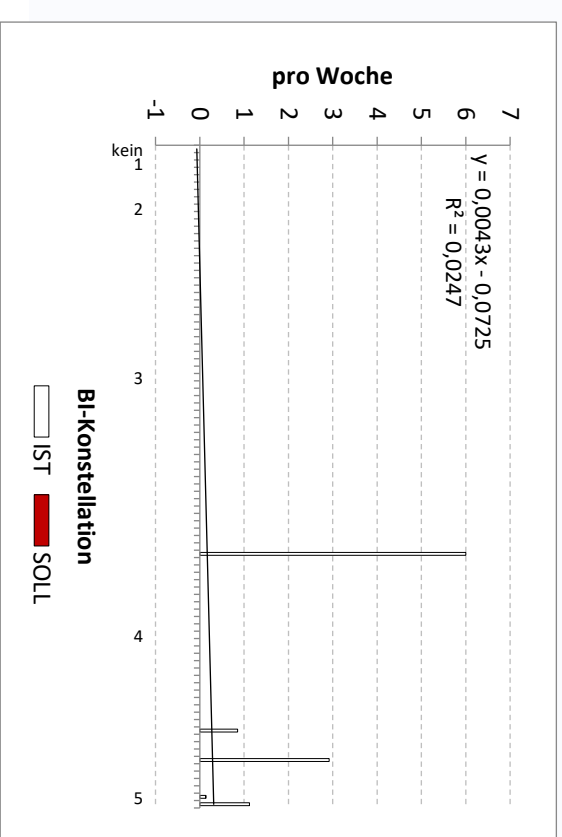
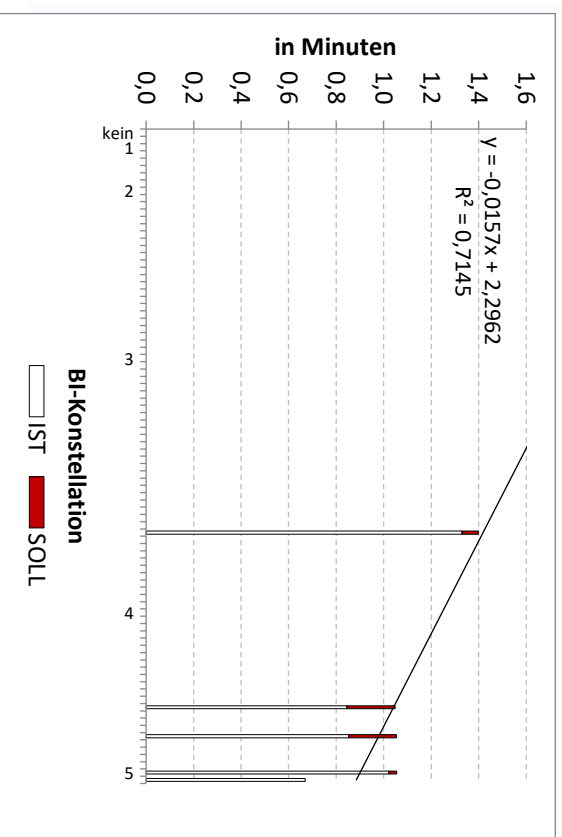
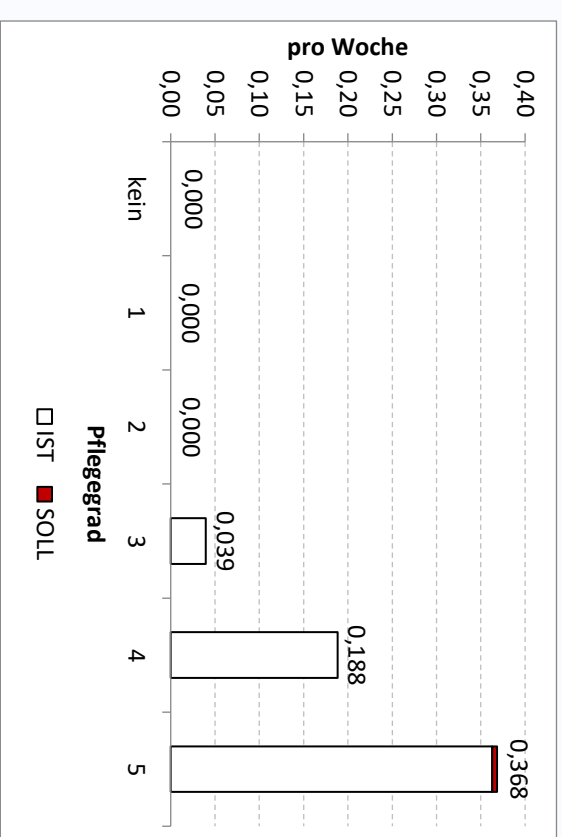
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitemenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



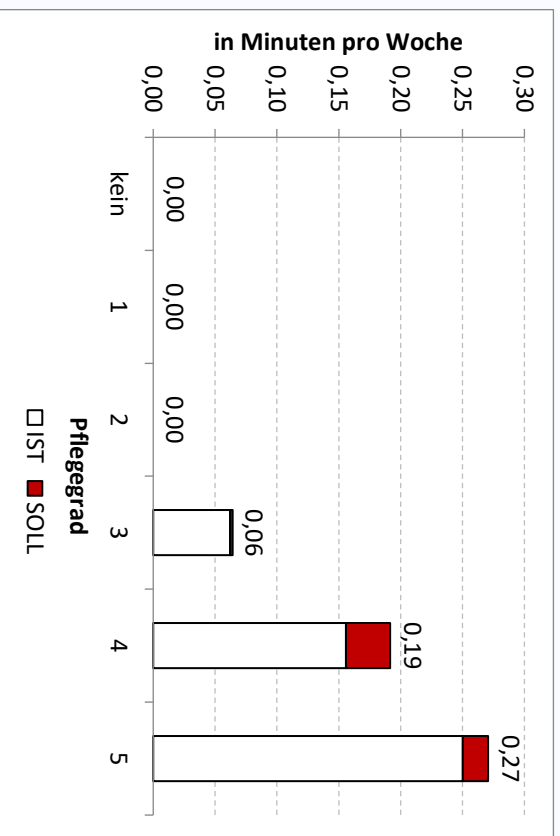
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



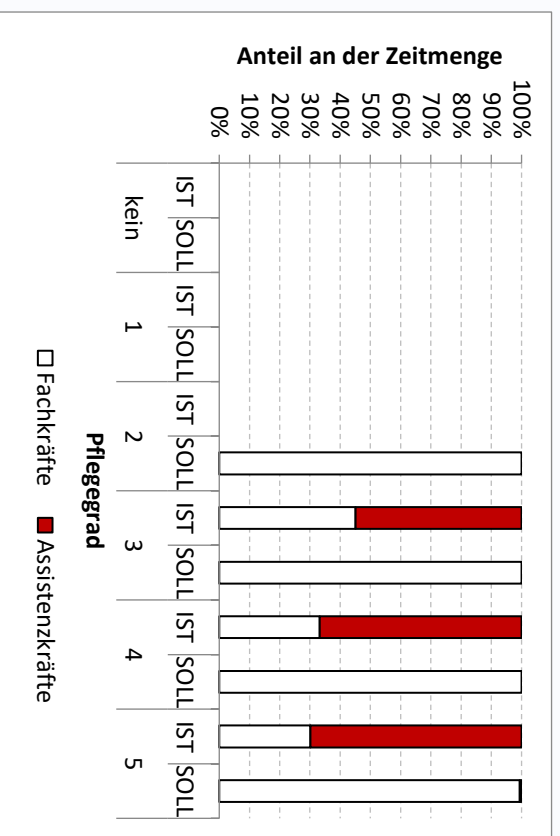
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



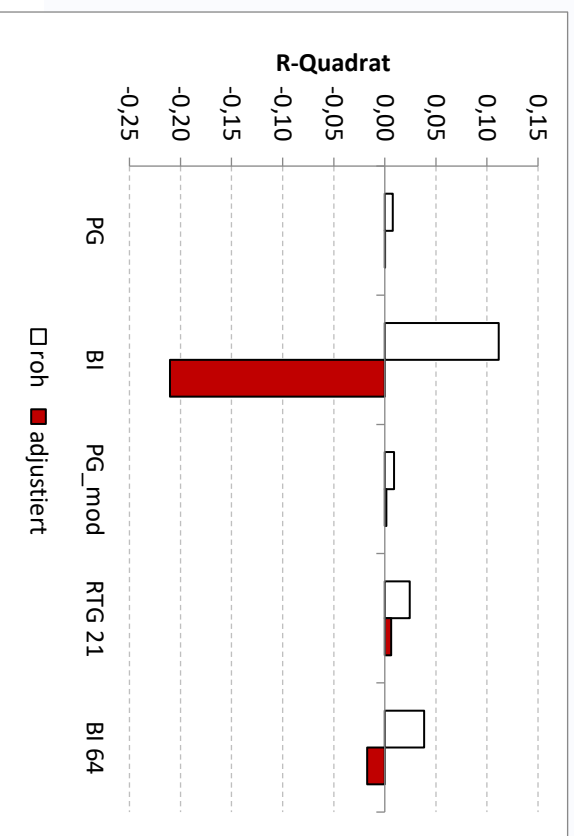
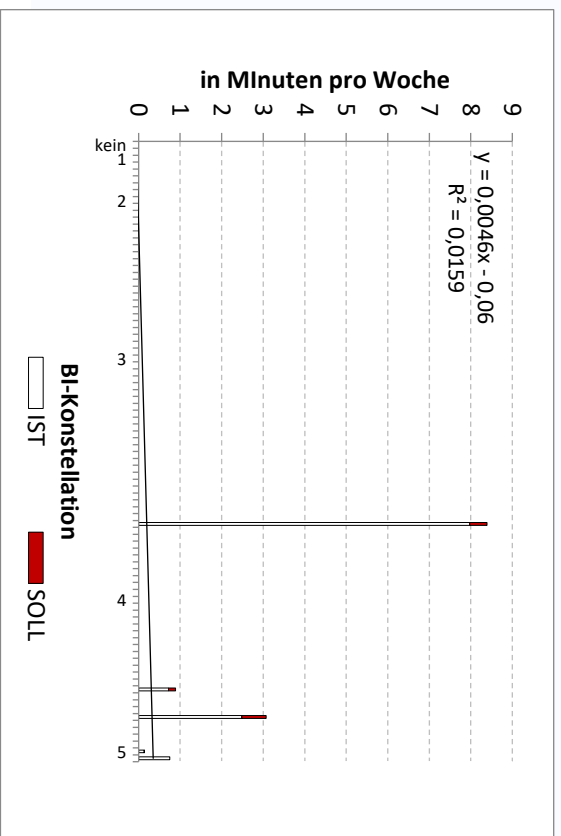
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



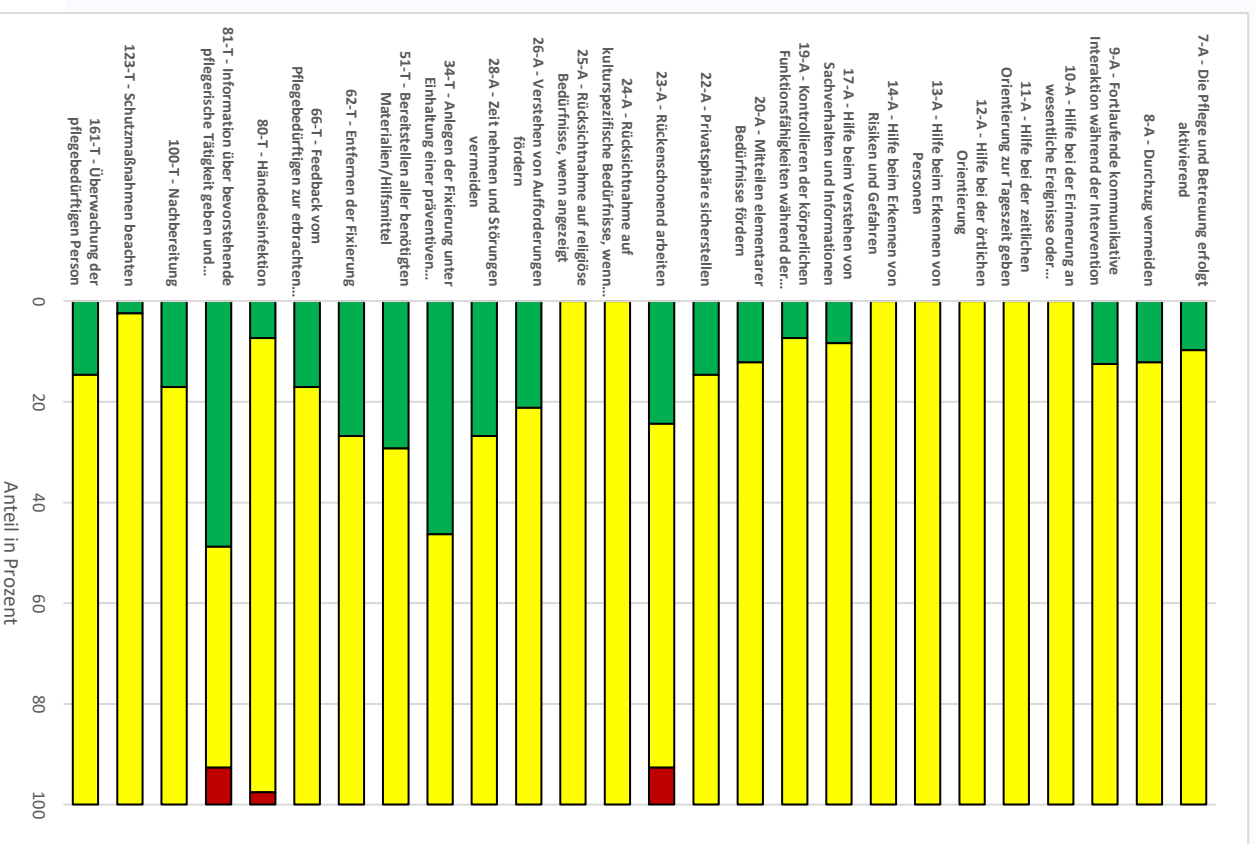
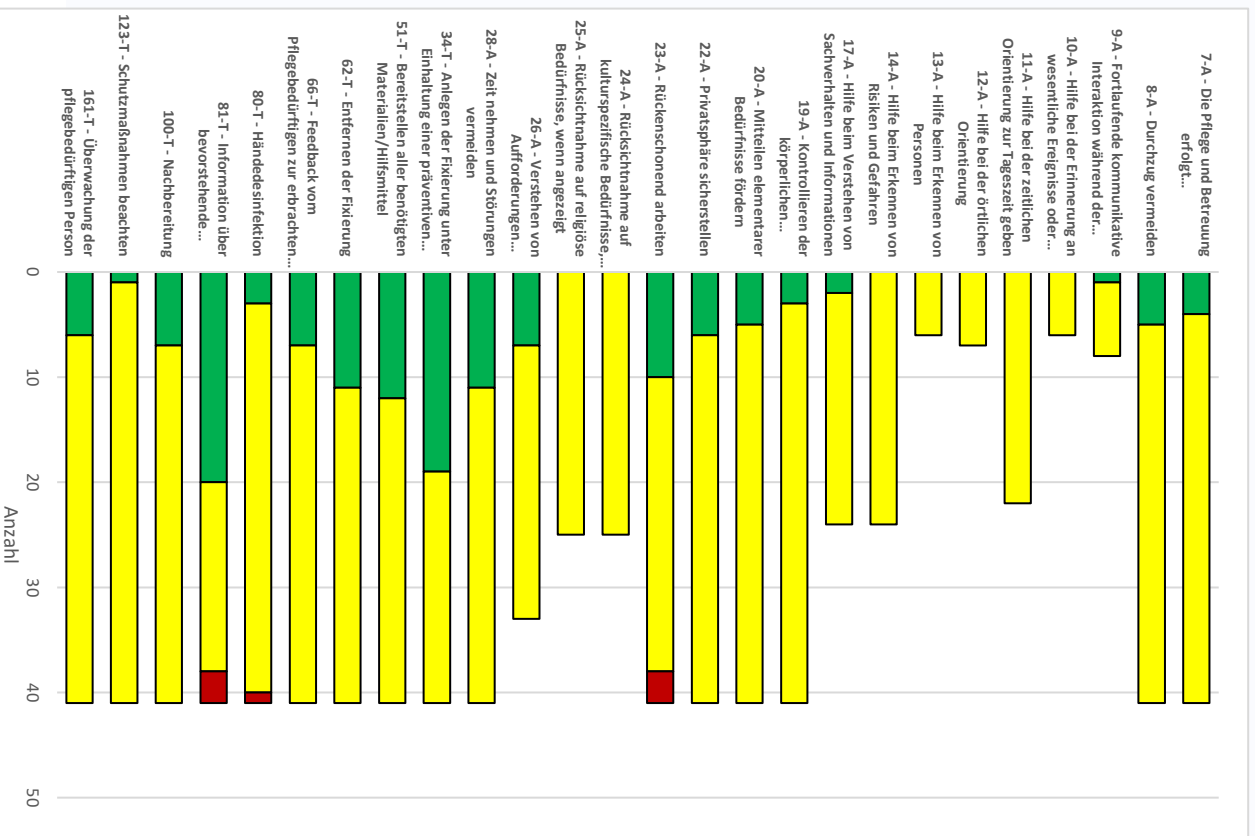
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



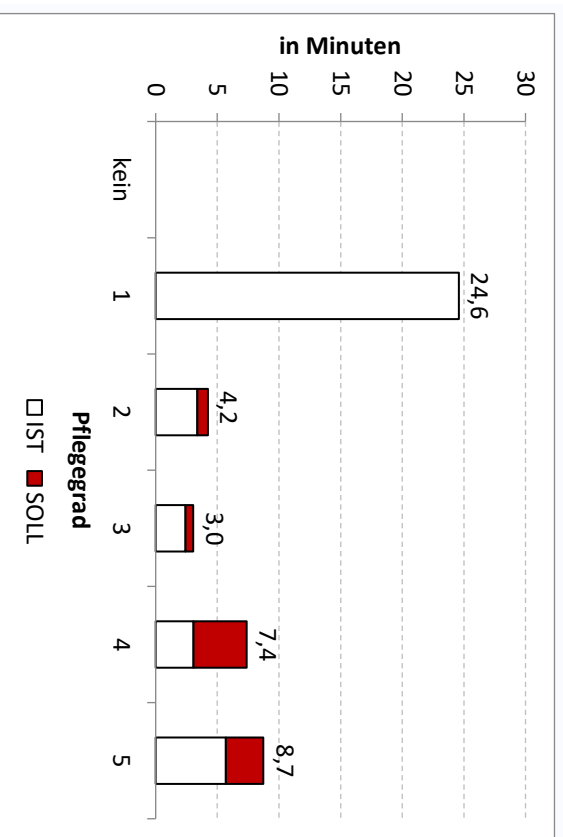
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitmenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



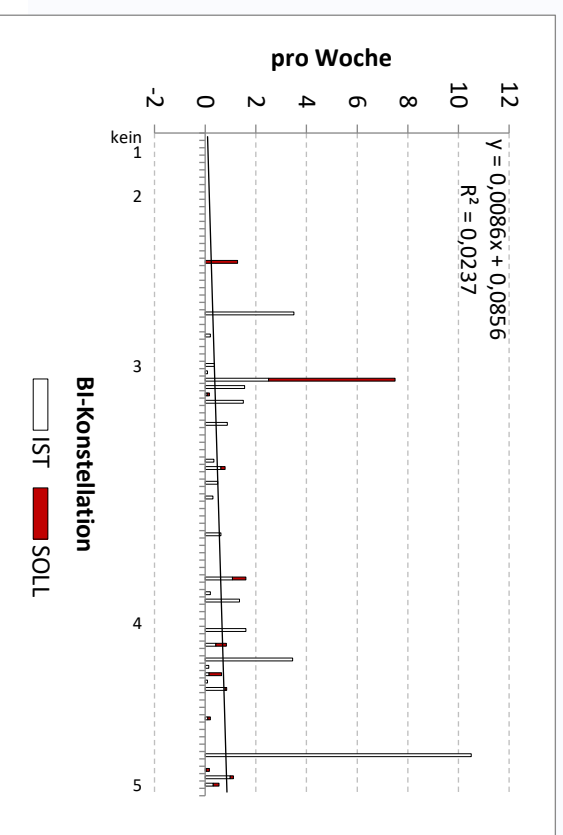
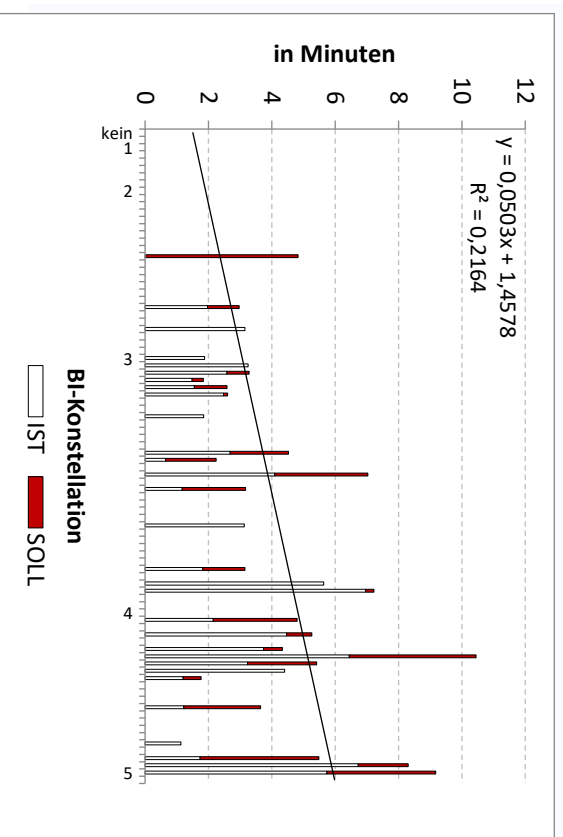
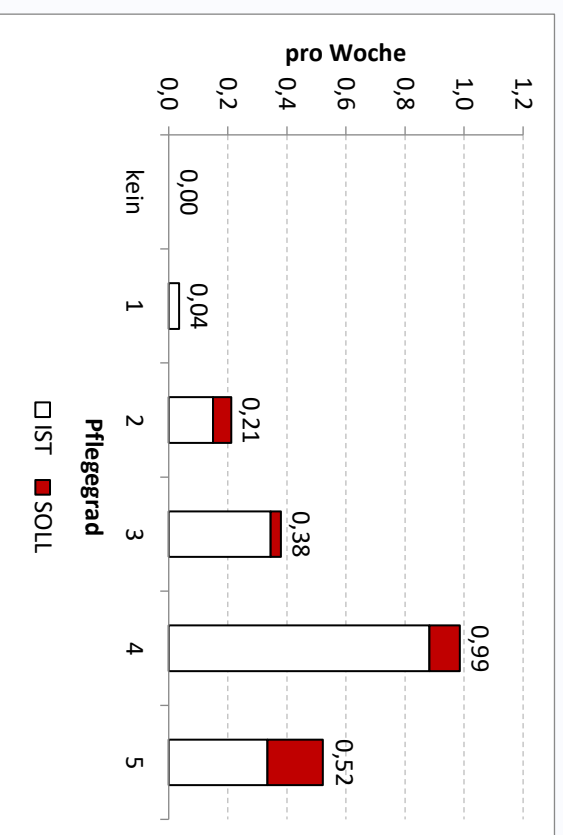
Absolute und relative Teilschrittbewertung



Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...

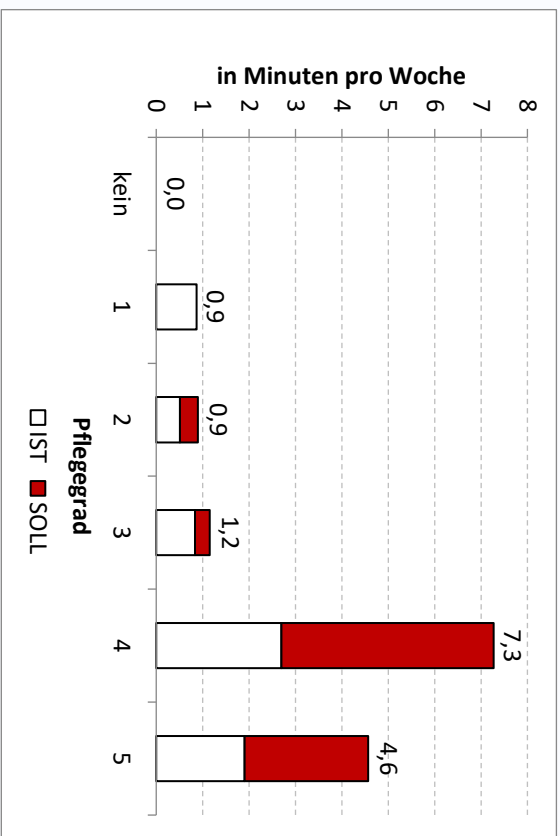


Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...

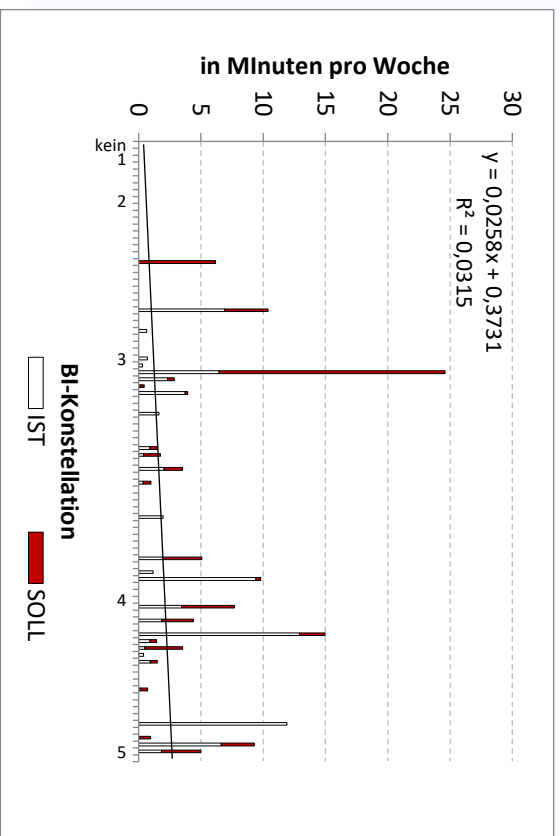
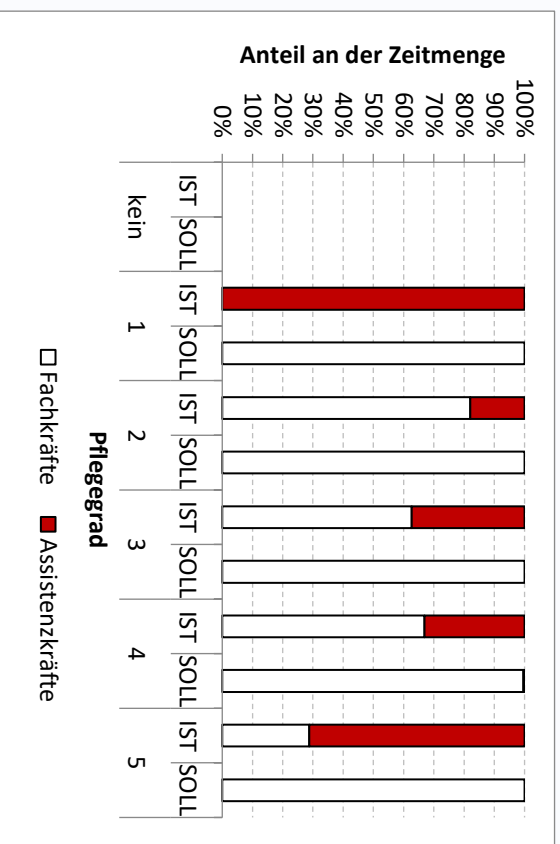


3.3 Verhaltens- und umgebungsbezogene Interventionen

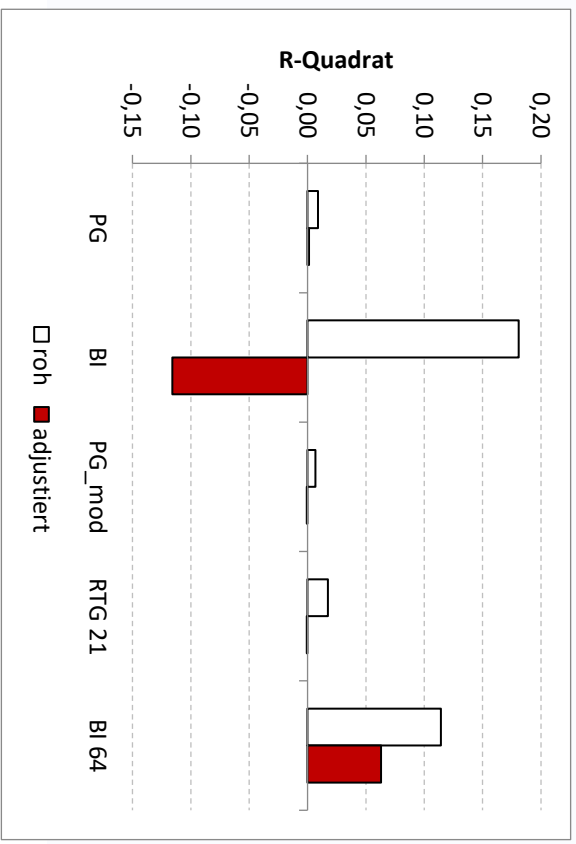
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



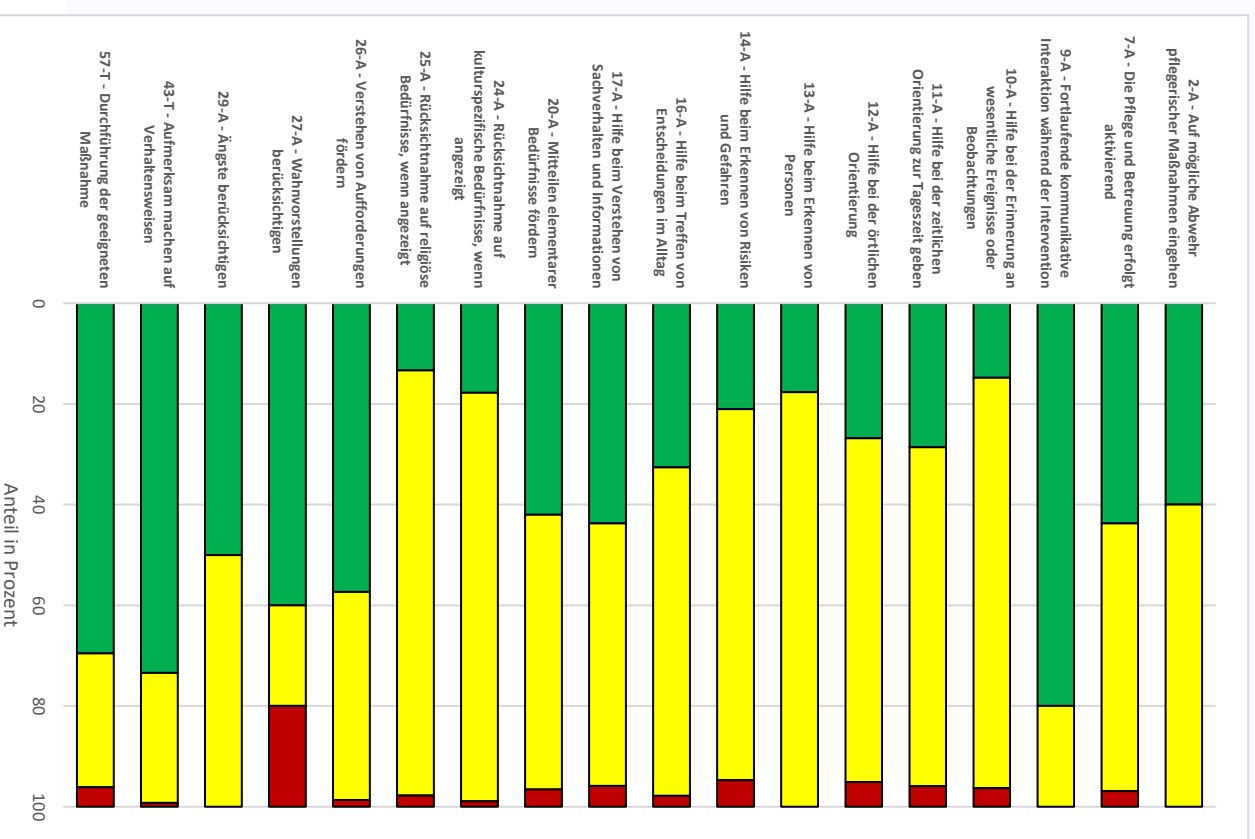
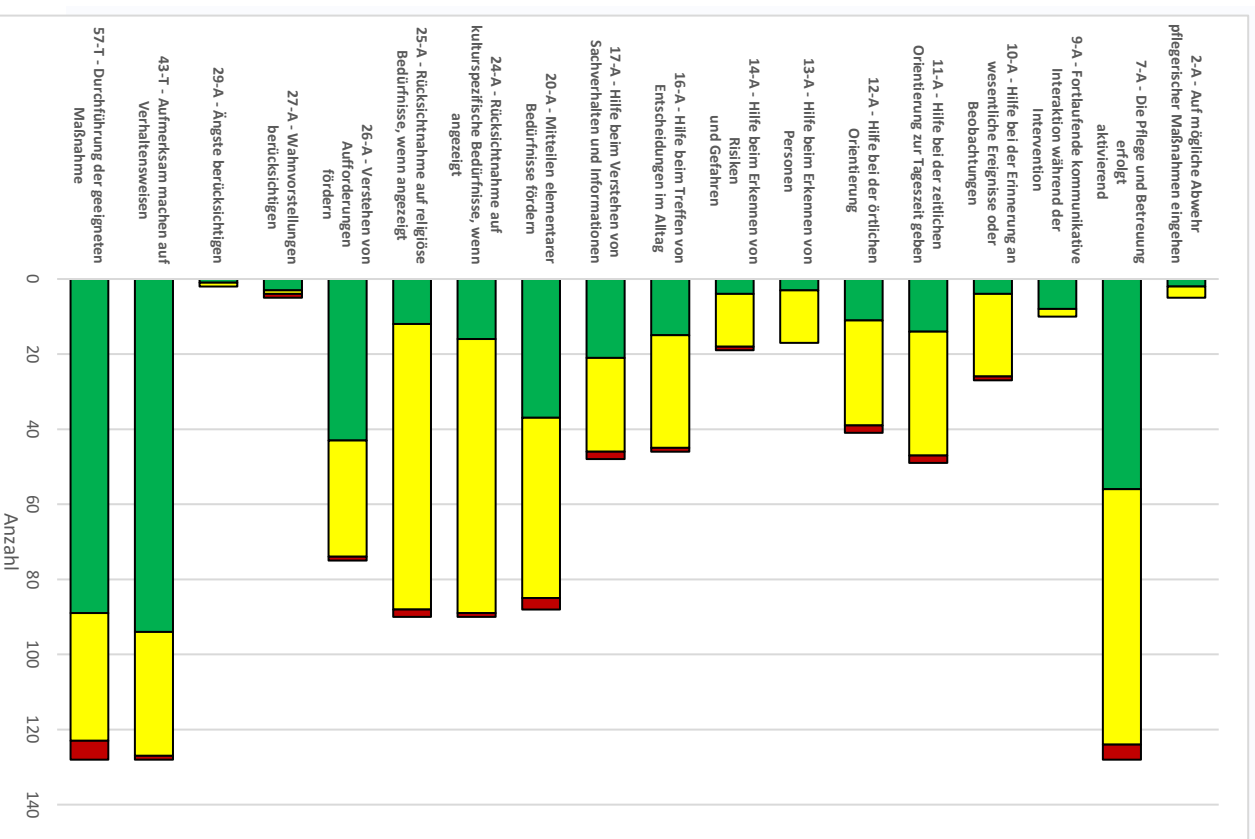
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



Varianzaufklärung der SOLL-Zeitmenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)

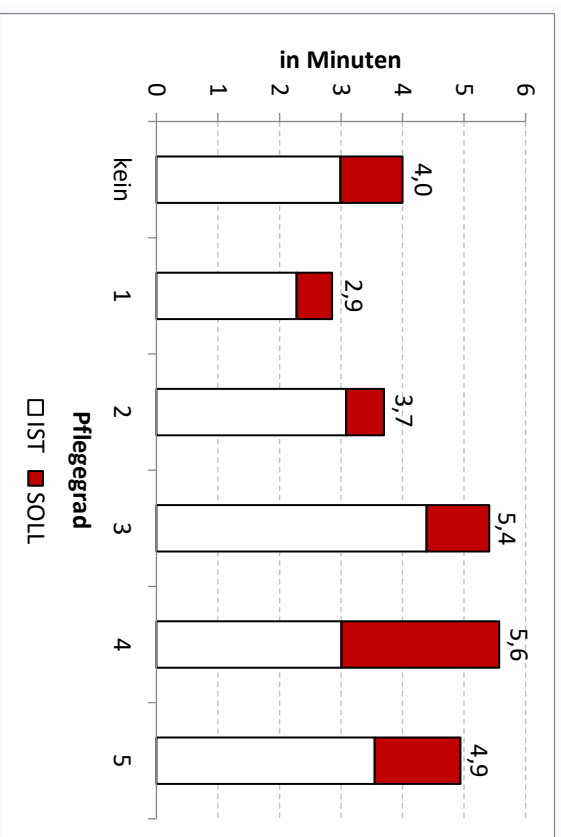


Absolute und relative Teilschrittbewertung

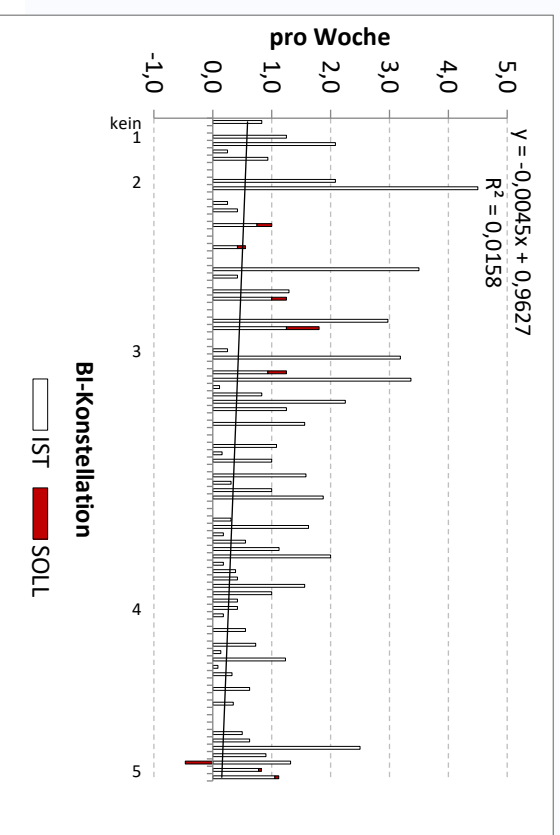
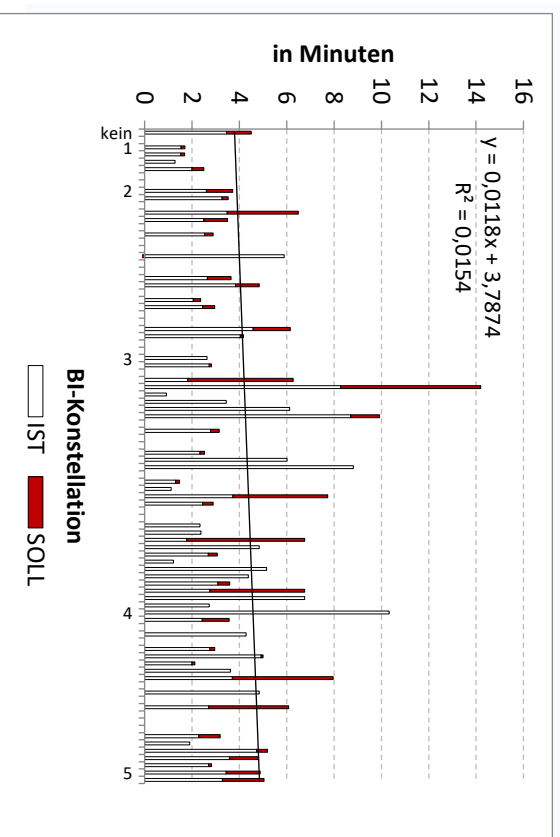
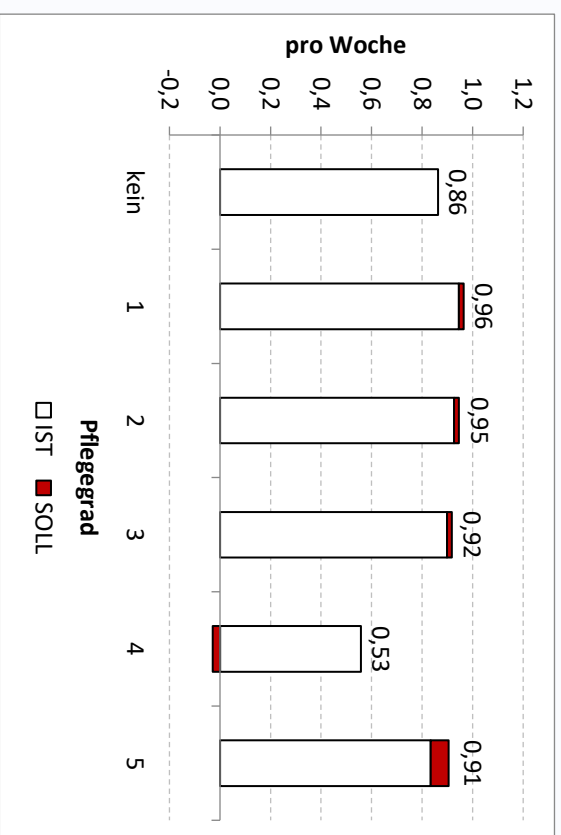


3.3 Verhaltens- und umgebungsbezogene Interventionen

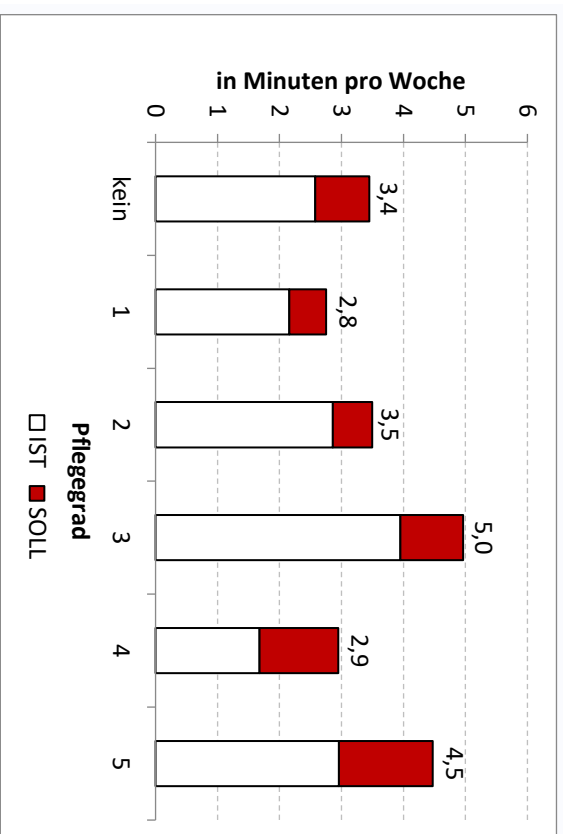
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



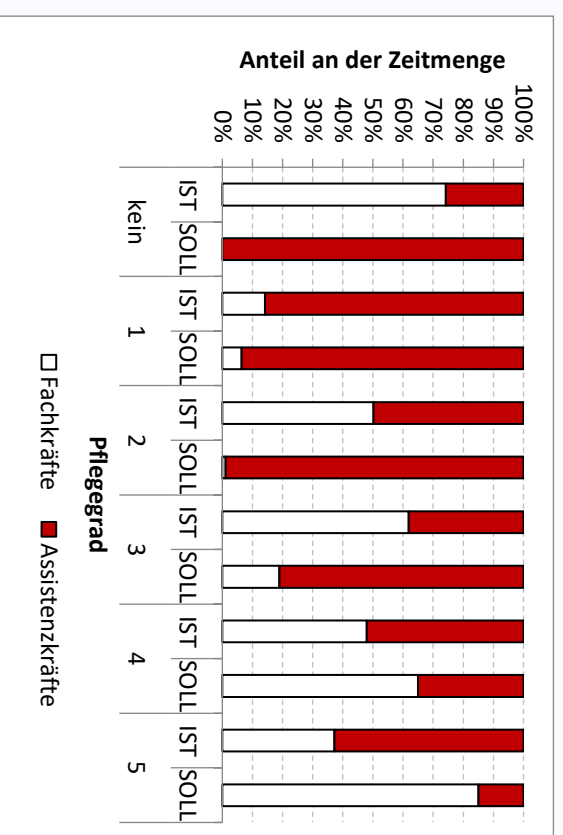
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



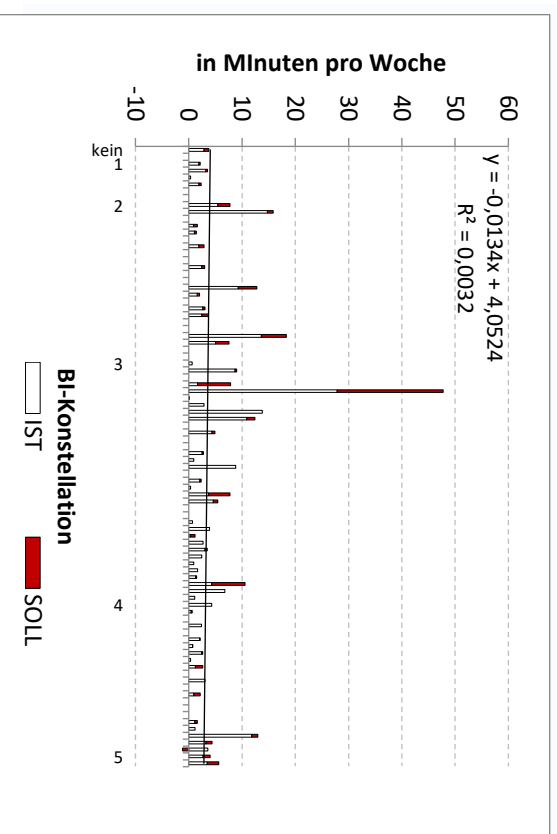
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



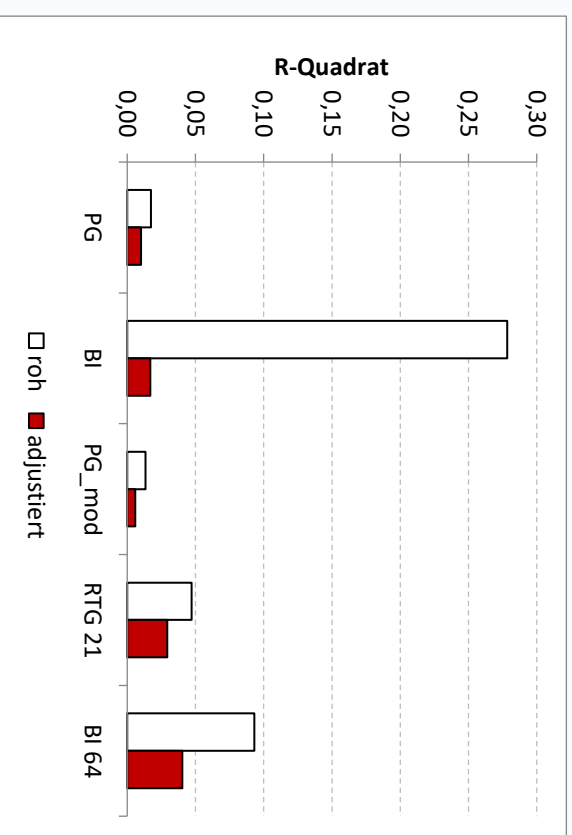
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



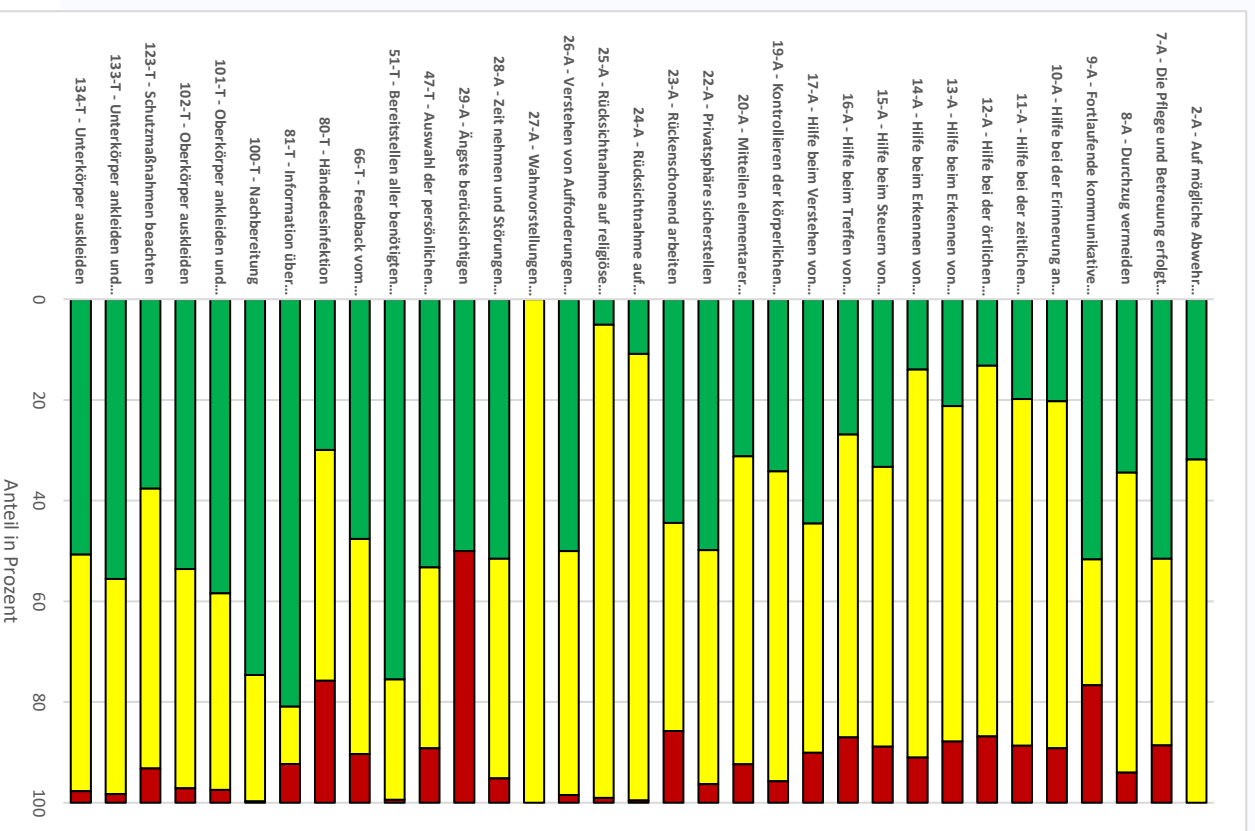
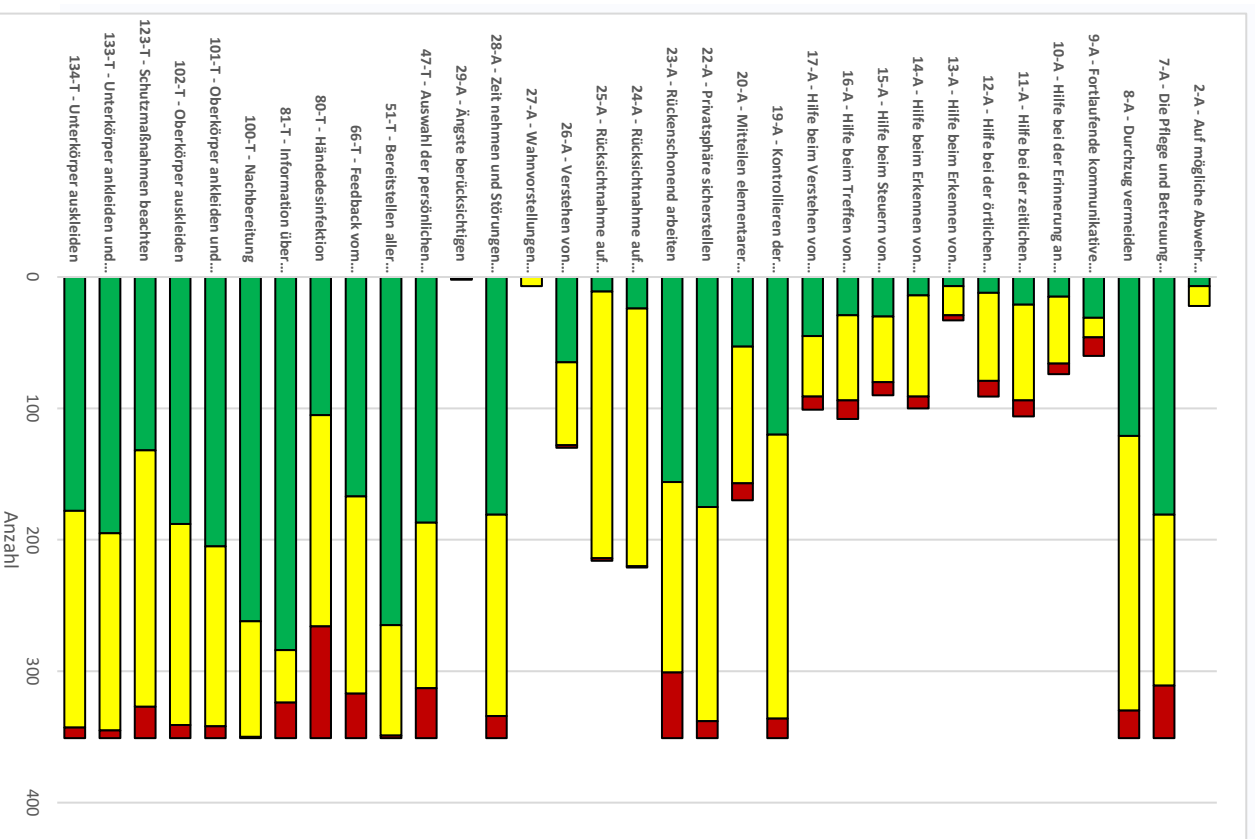
4.1 An- und Auskleiden



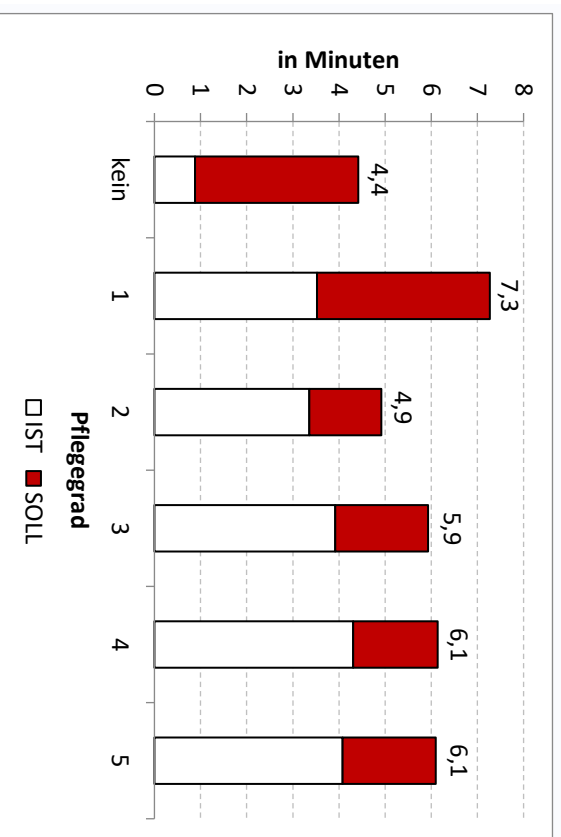
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitemenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



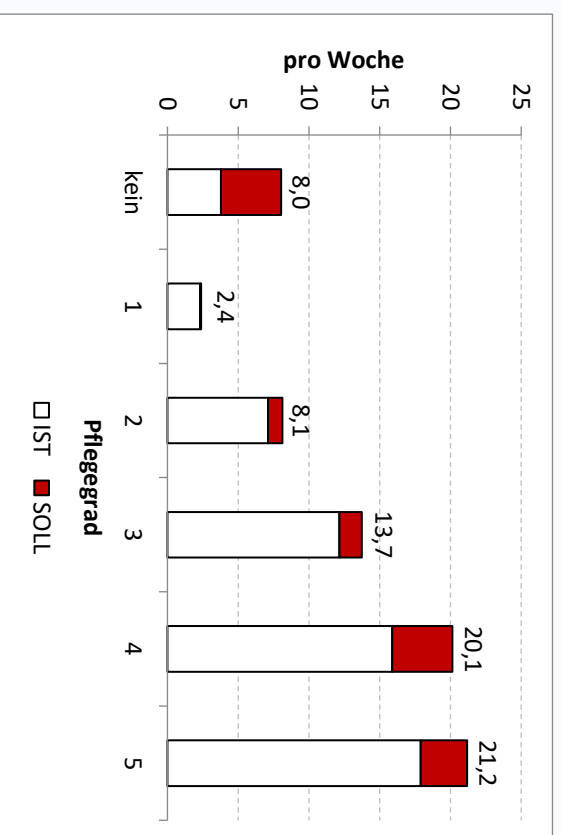
Absolute und relative Teilschrittbewertung



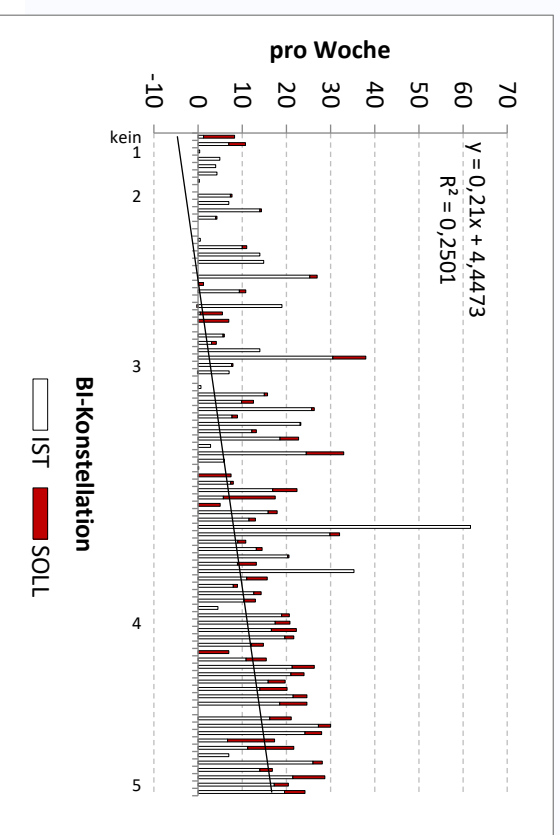
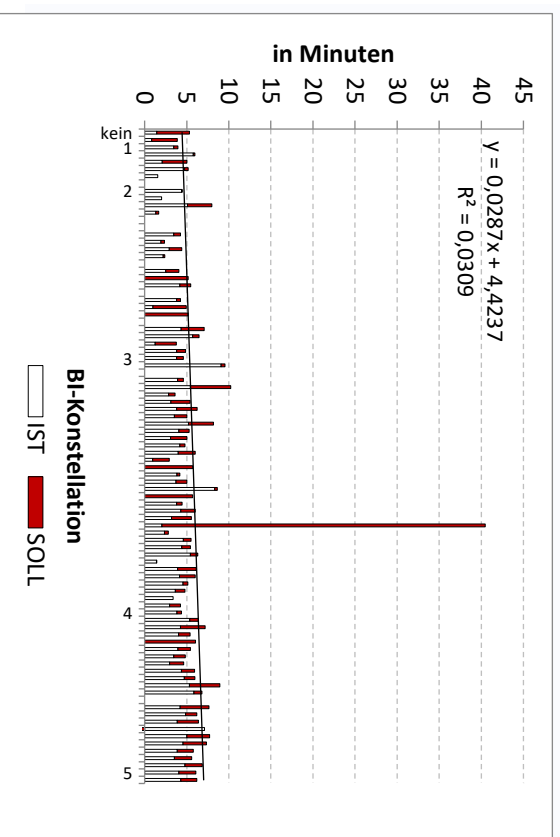
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



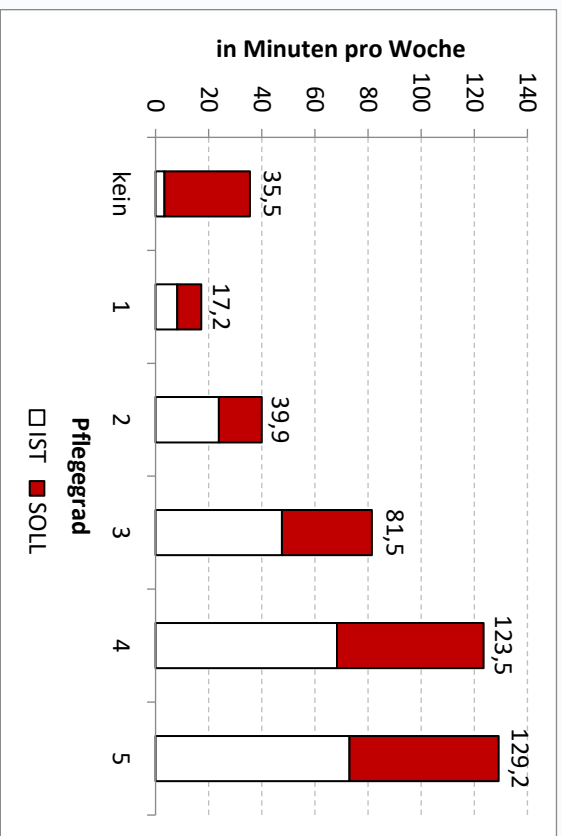
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



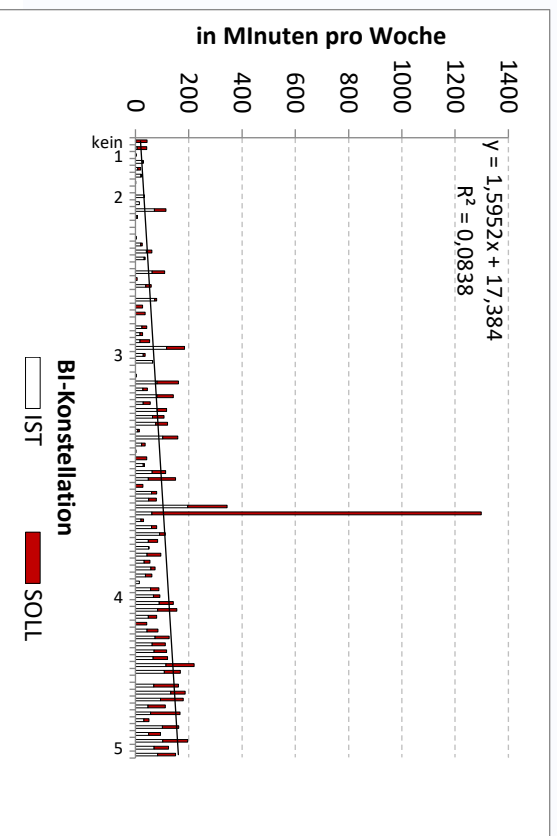
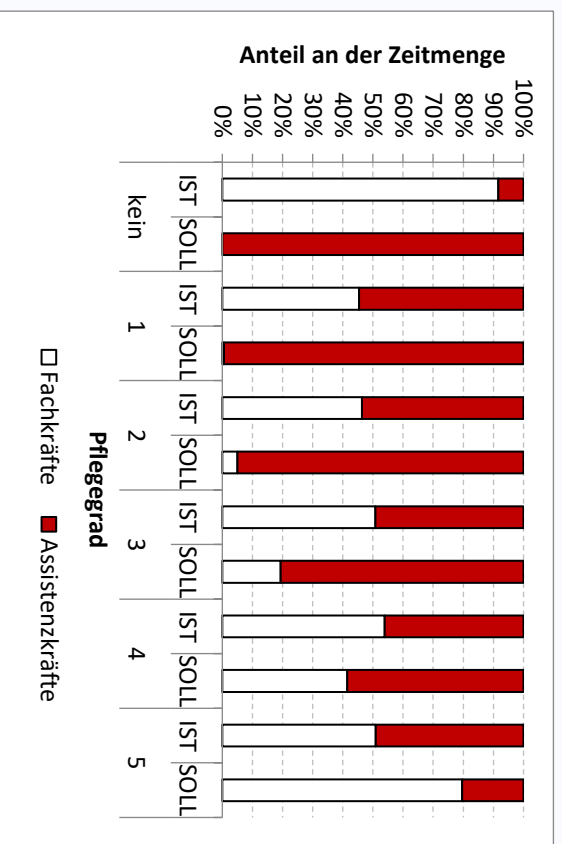
4.2 Ausscheidungsmanagement



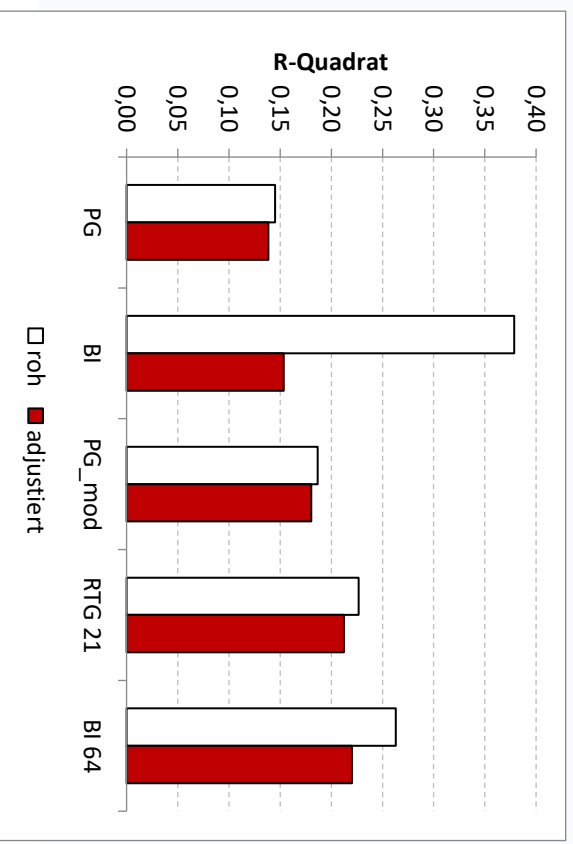
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



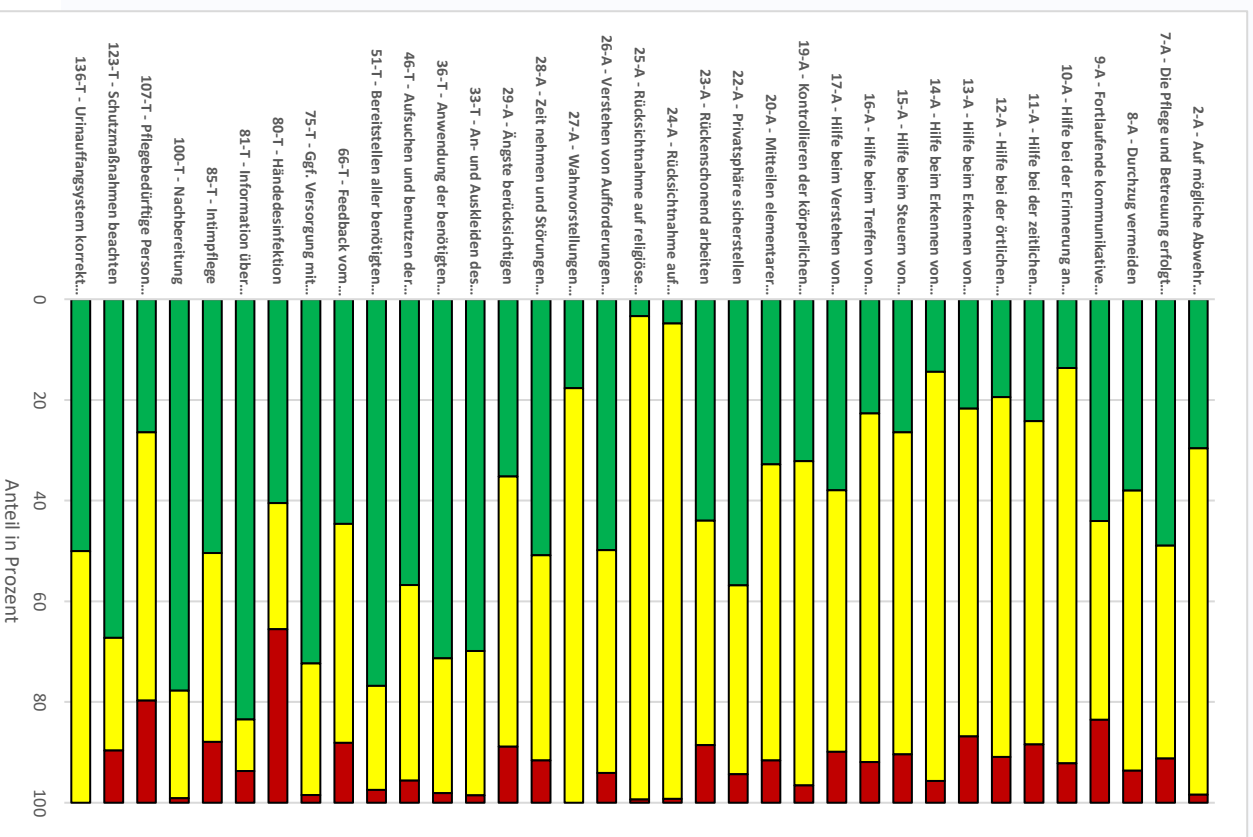
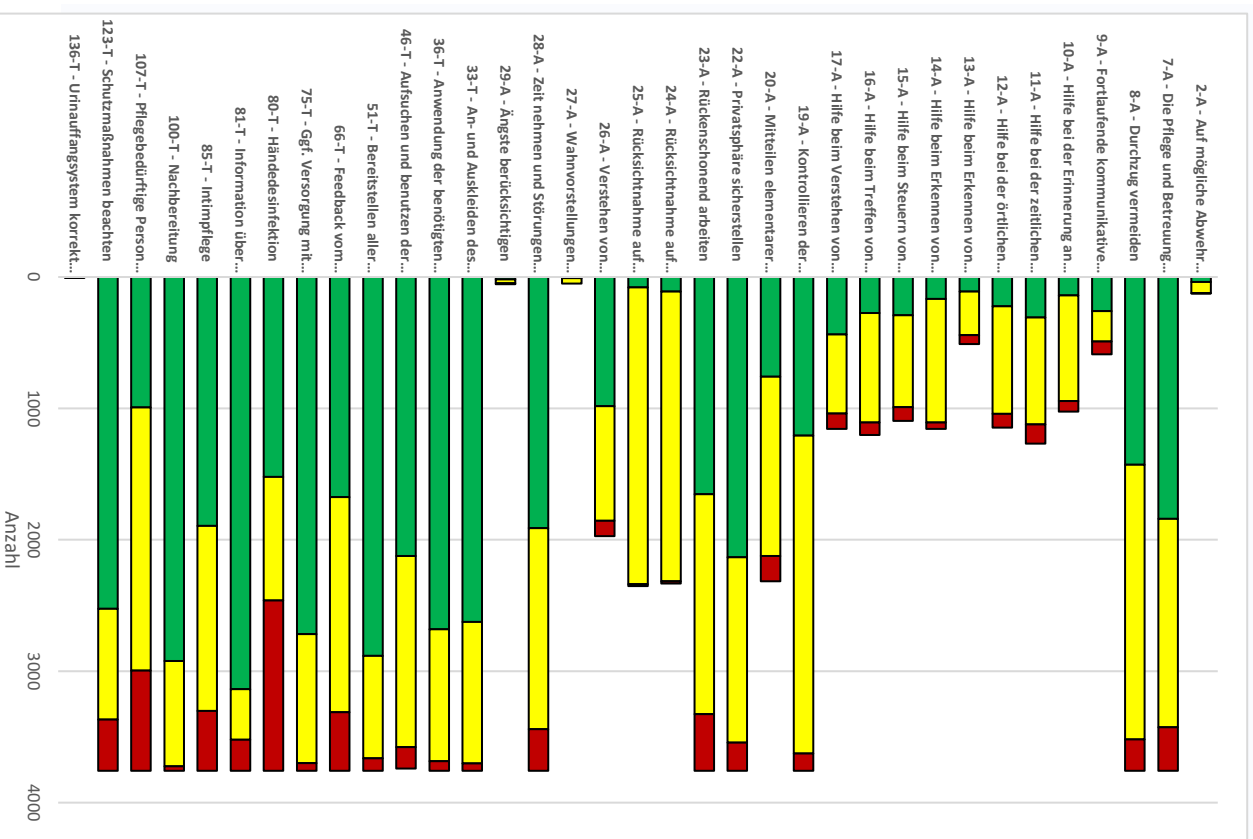
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



Varianzaufklärung der SOLL-Zeitemenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)

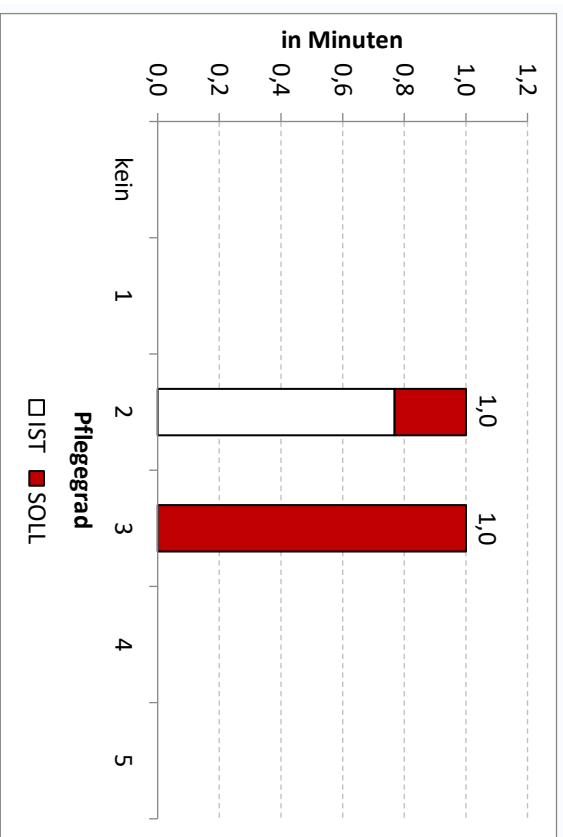


Absolute und relative Teilschrittbewertung

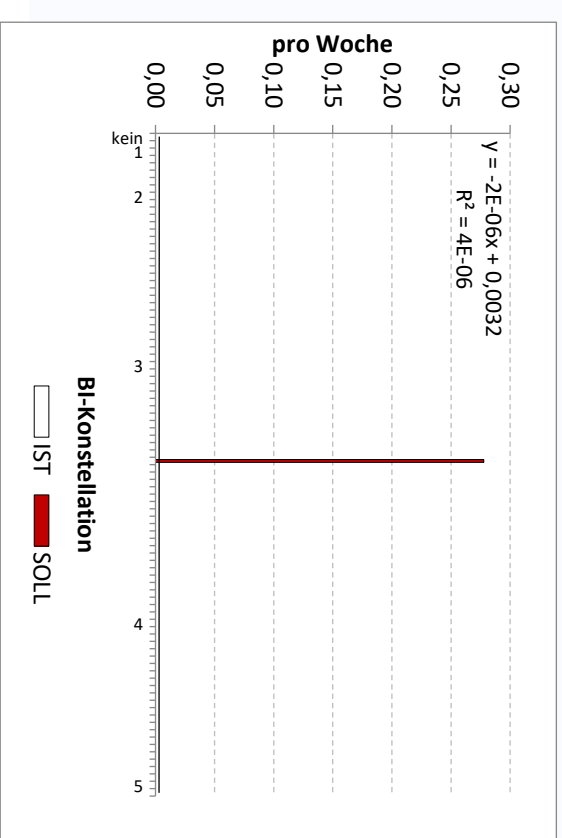
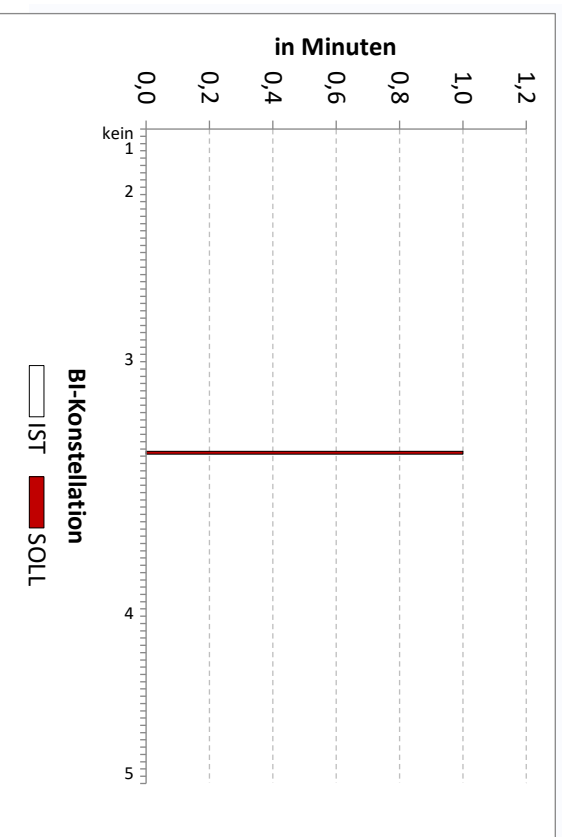
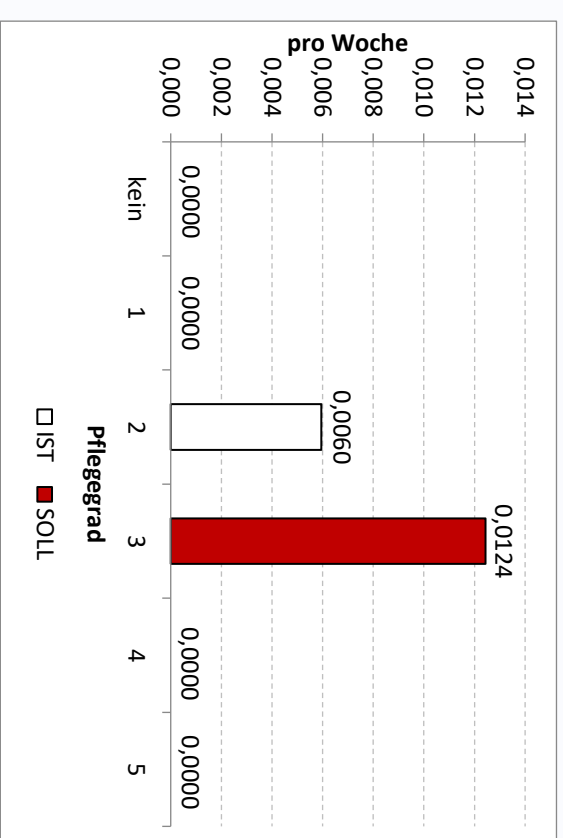


4.3 Beckenbodentraining

Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...

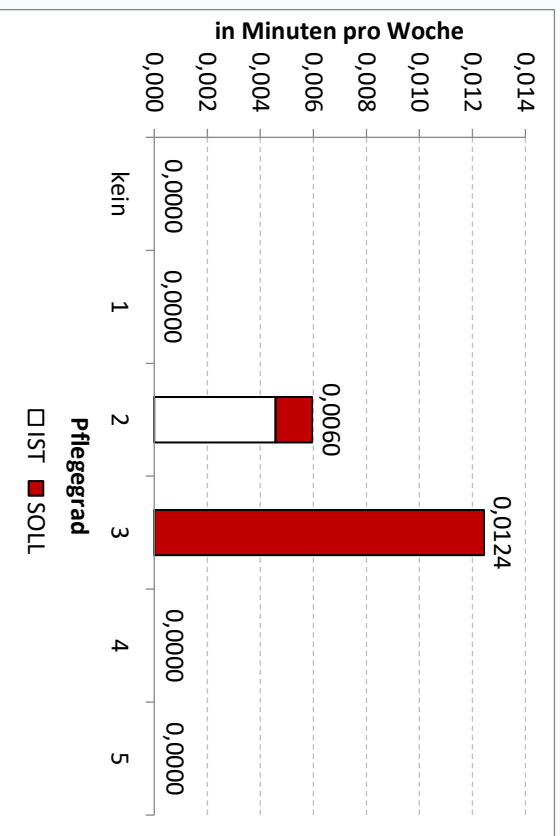


Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...

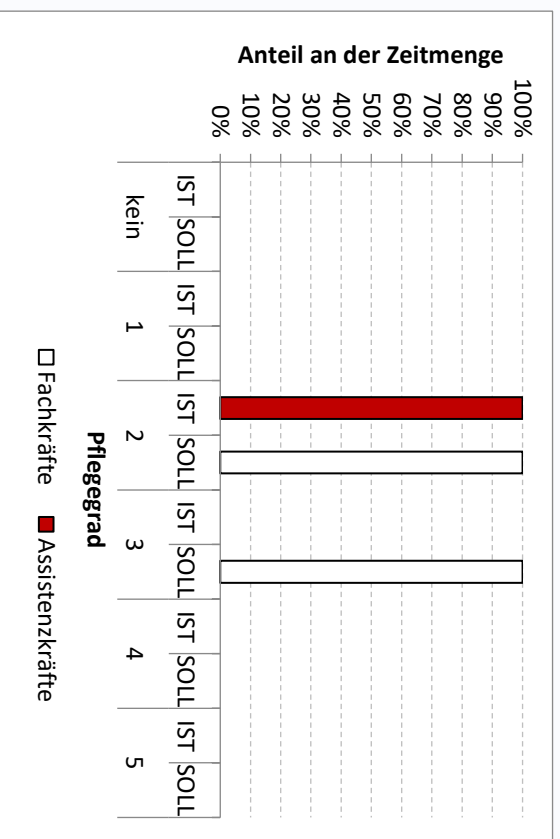


4.3 Beckenbodentraining

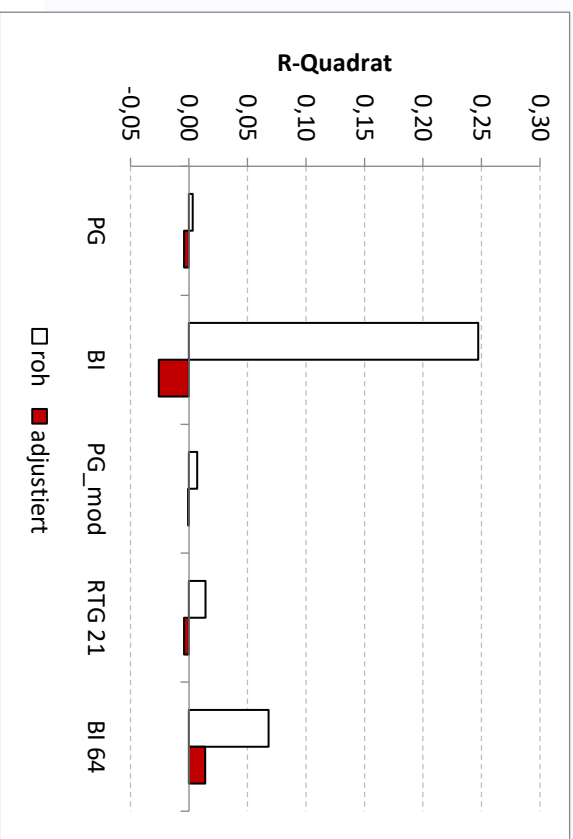
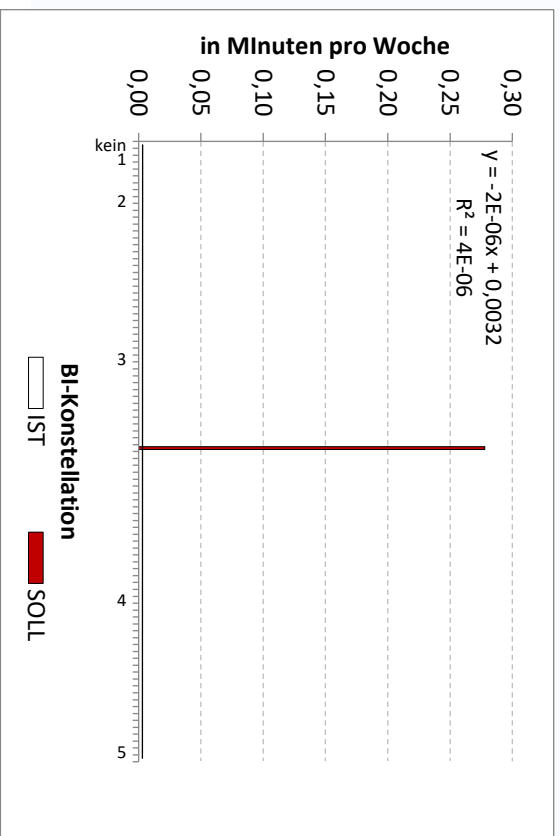
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)

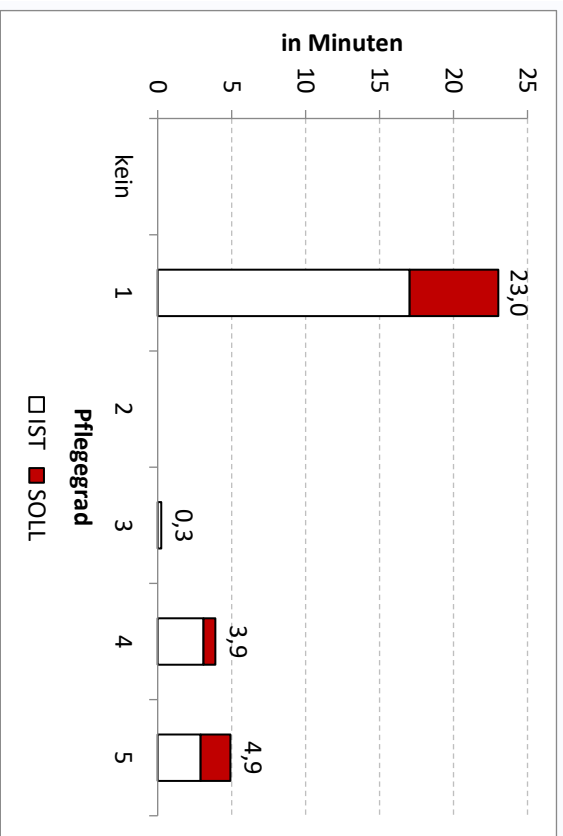


Varianzaufklärung der SOLL-Zeitemenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)

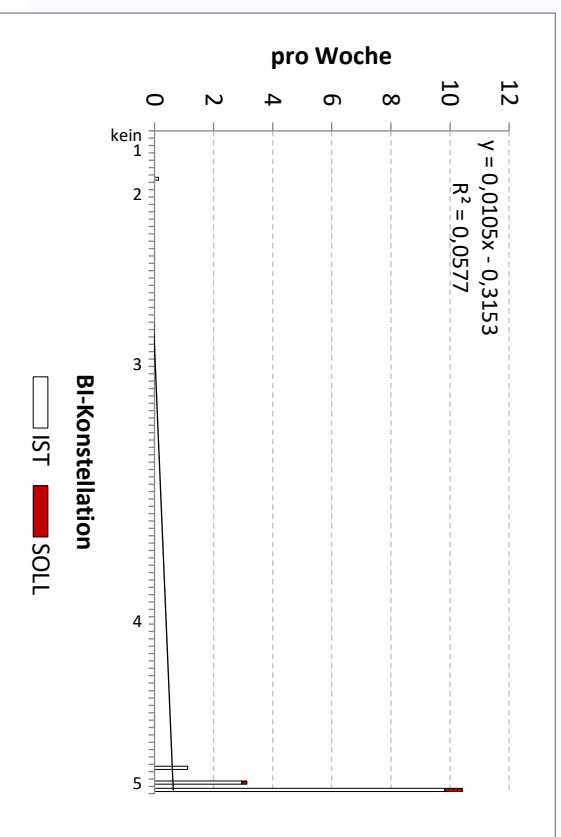
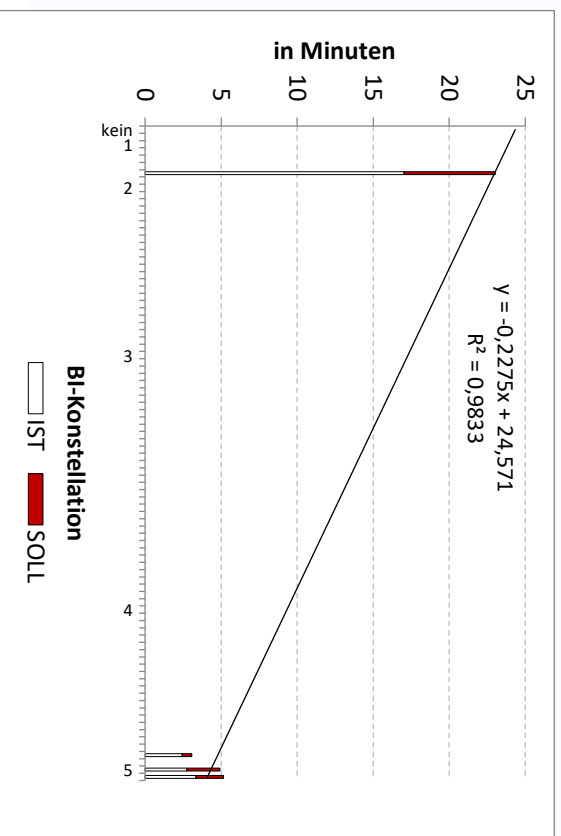
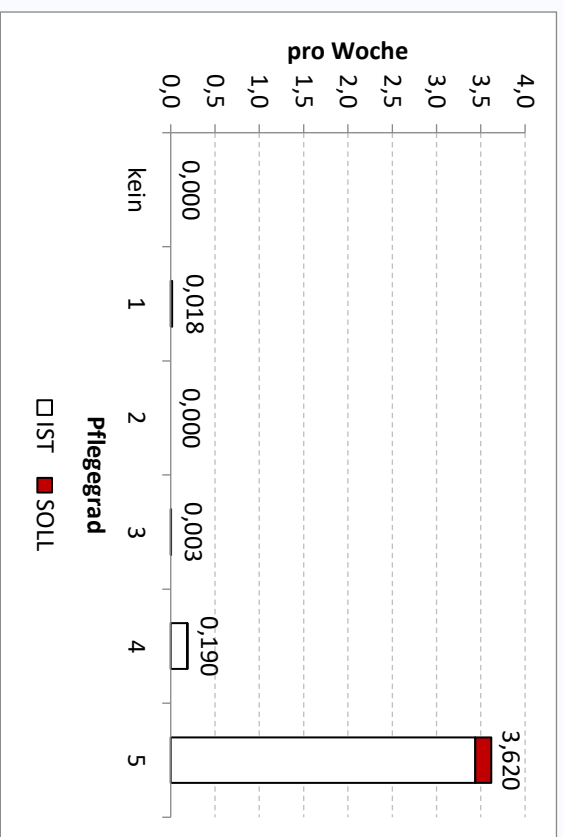


4.4 Enterale Ernährung

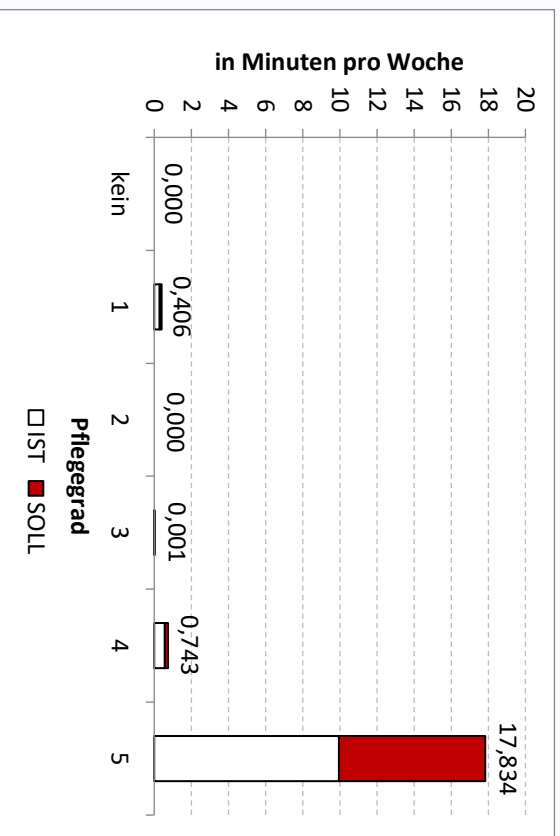
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



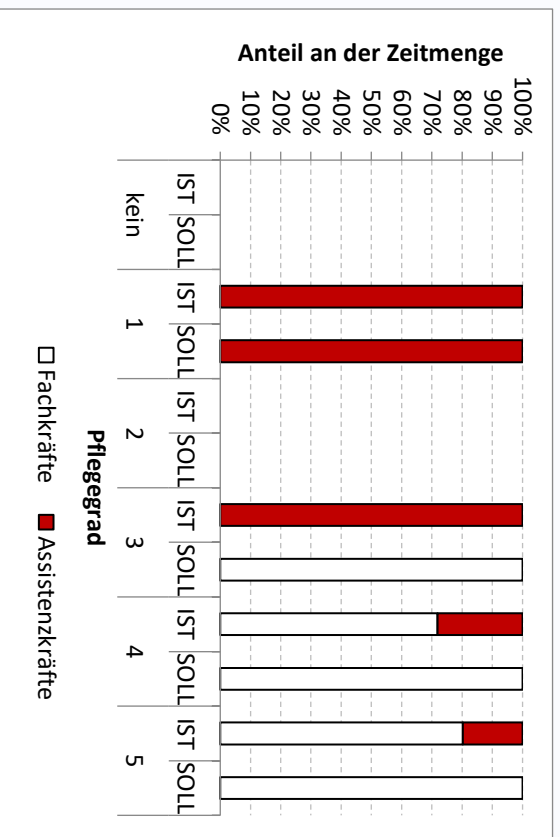
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



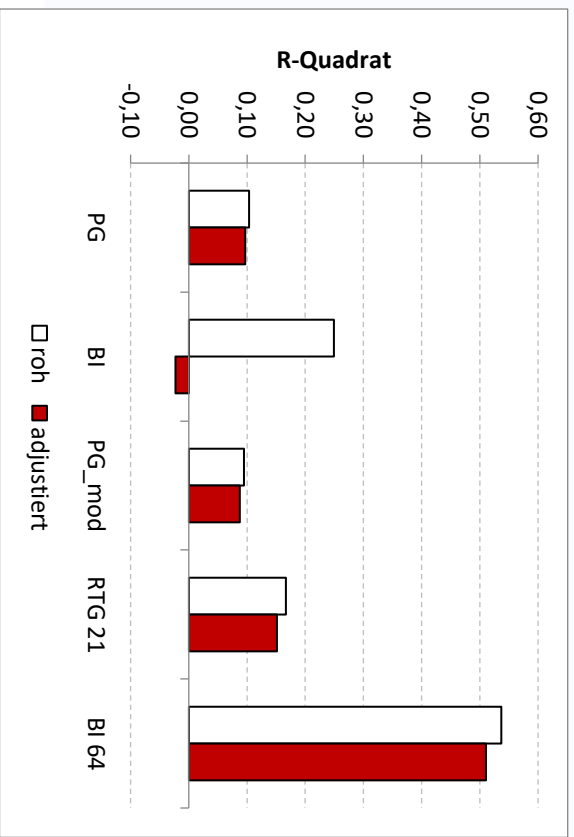
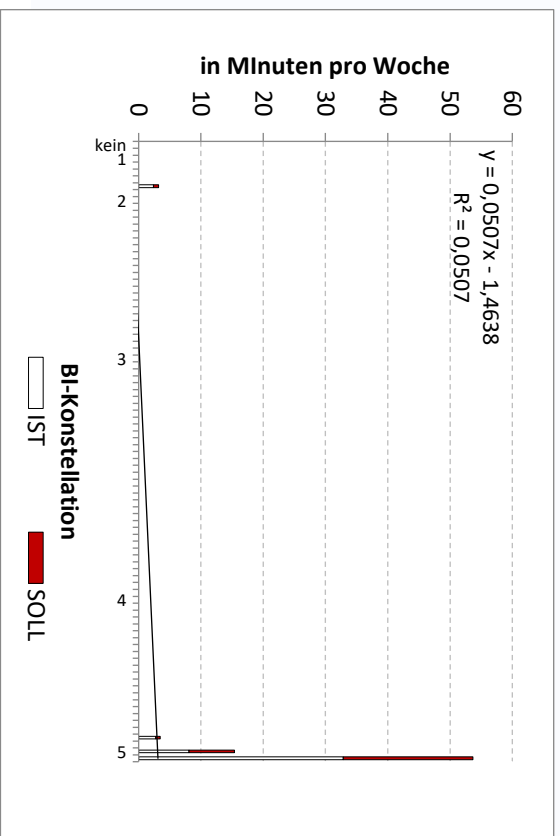
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



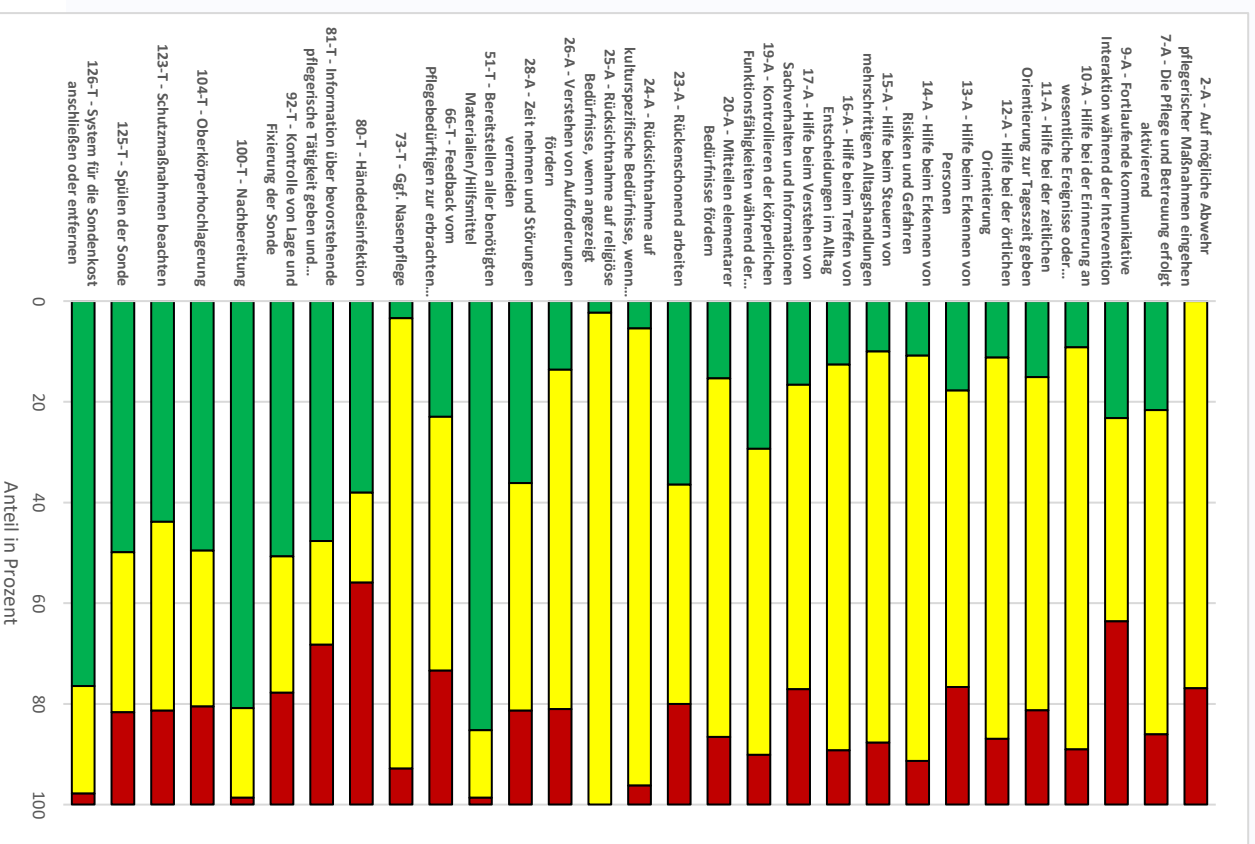
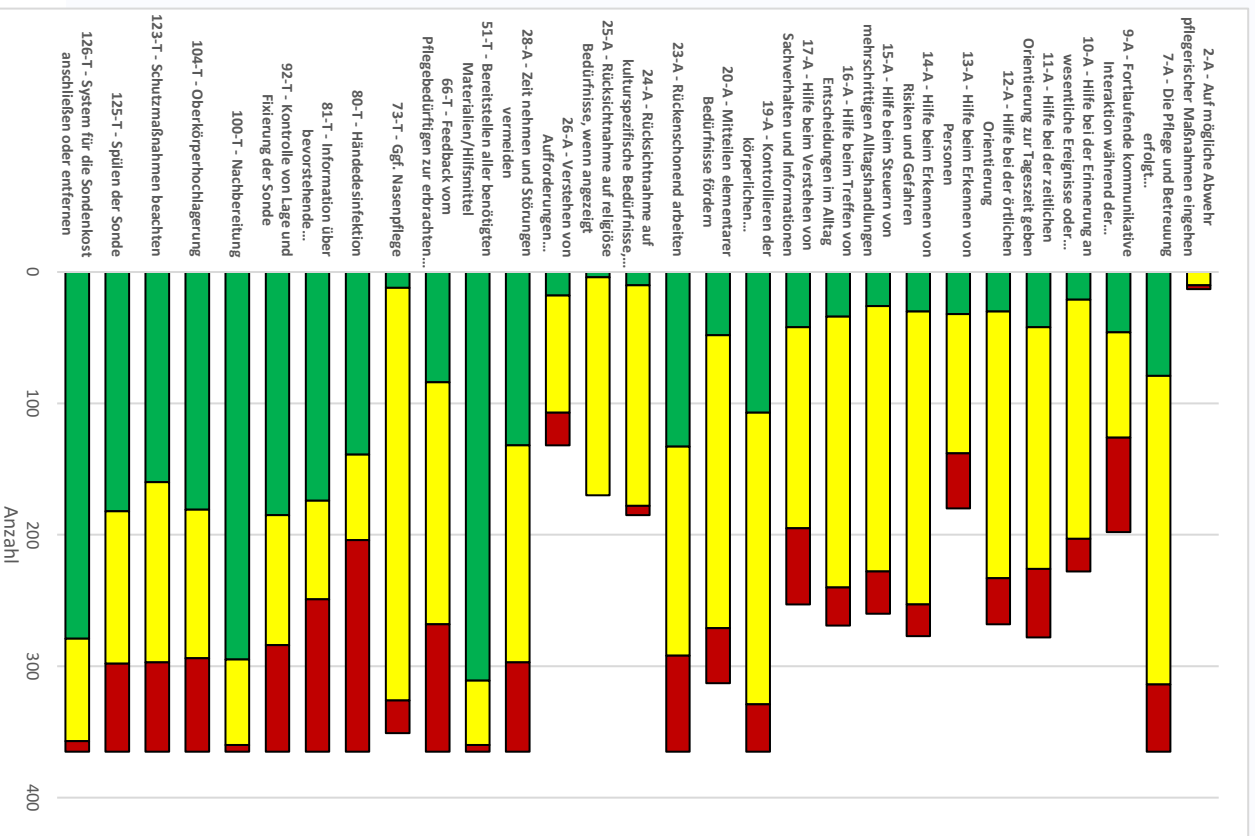
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



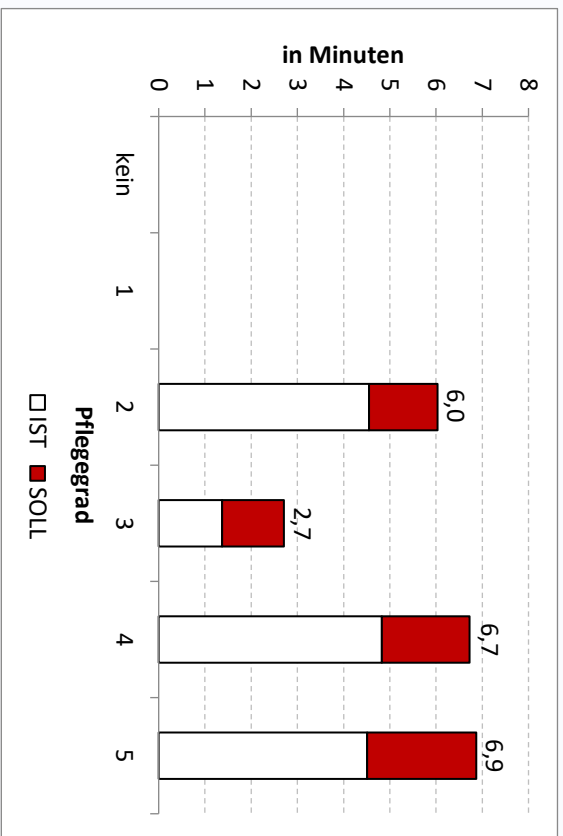
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitemenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



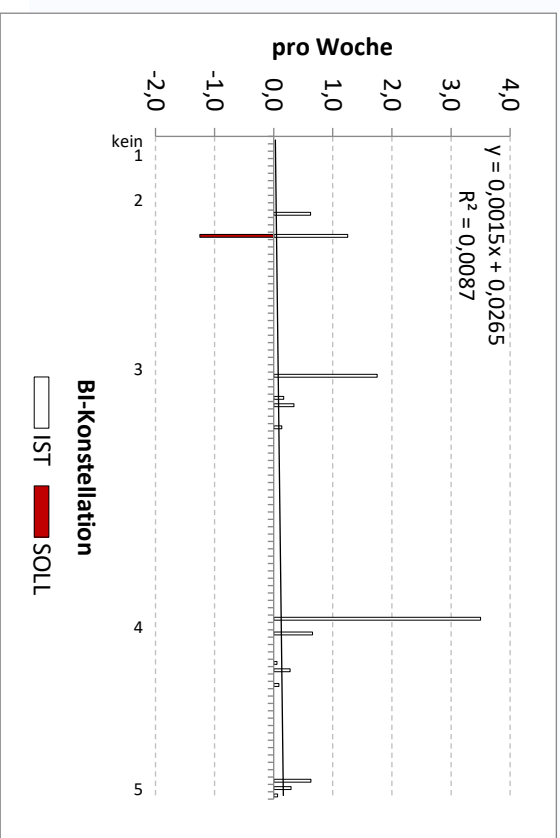
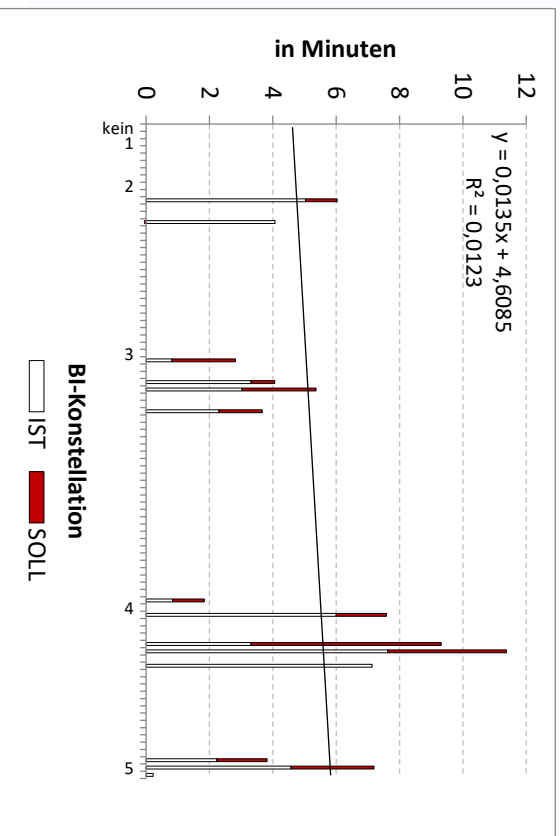
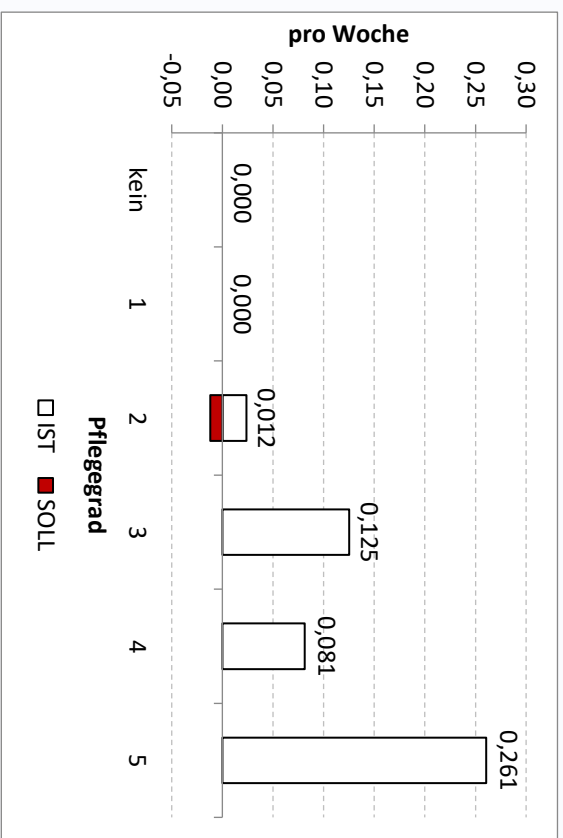
Absolute und relative Teilschrittbewertung



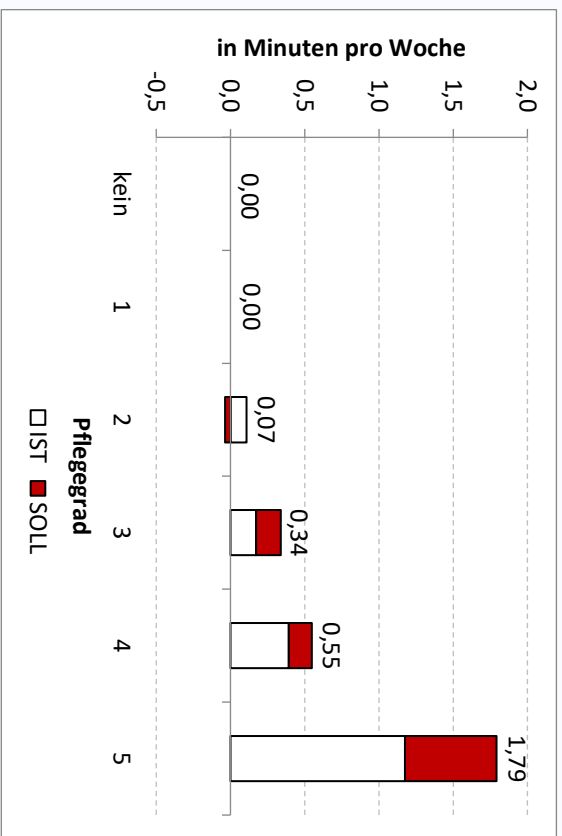
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



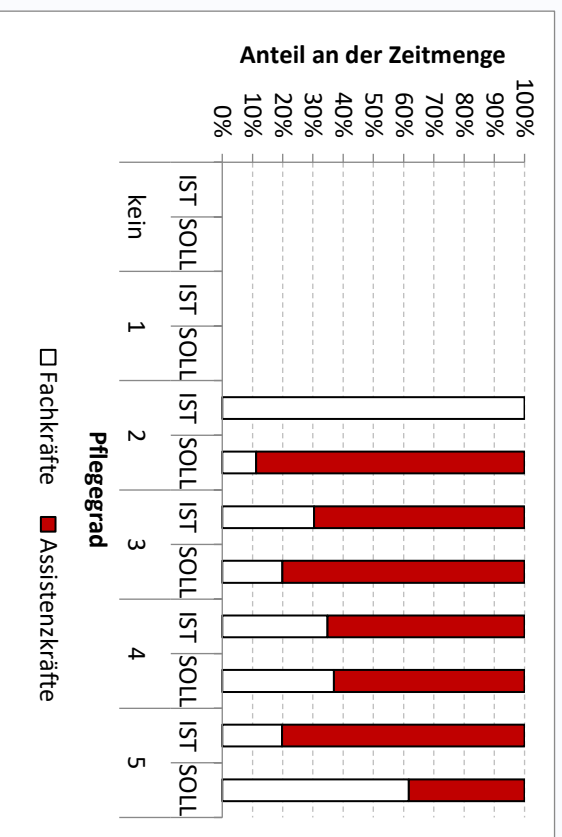
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



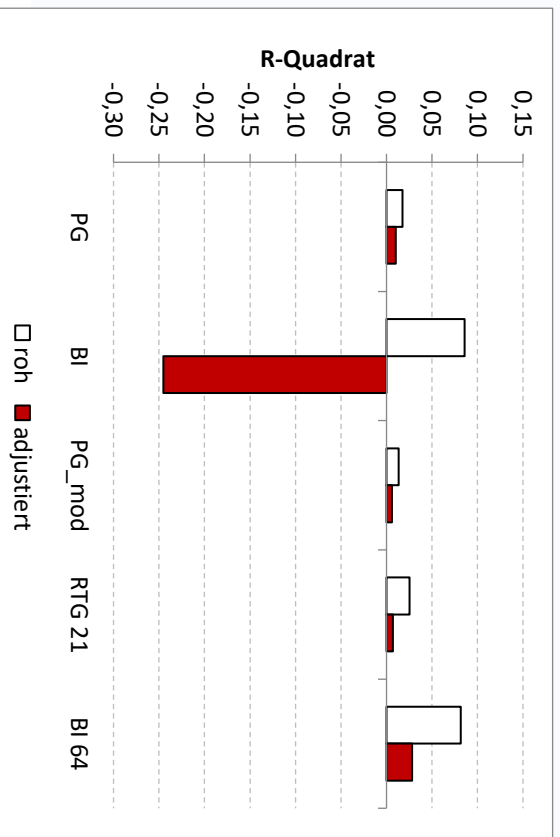
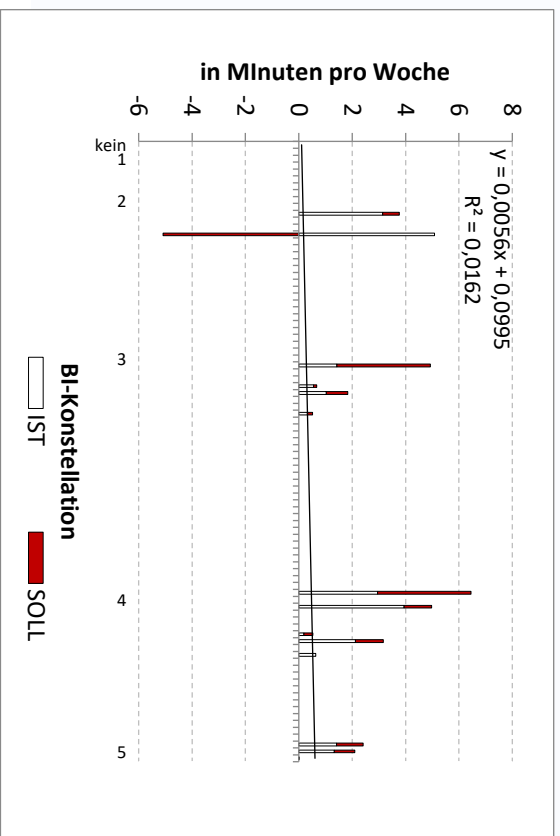
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



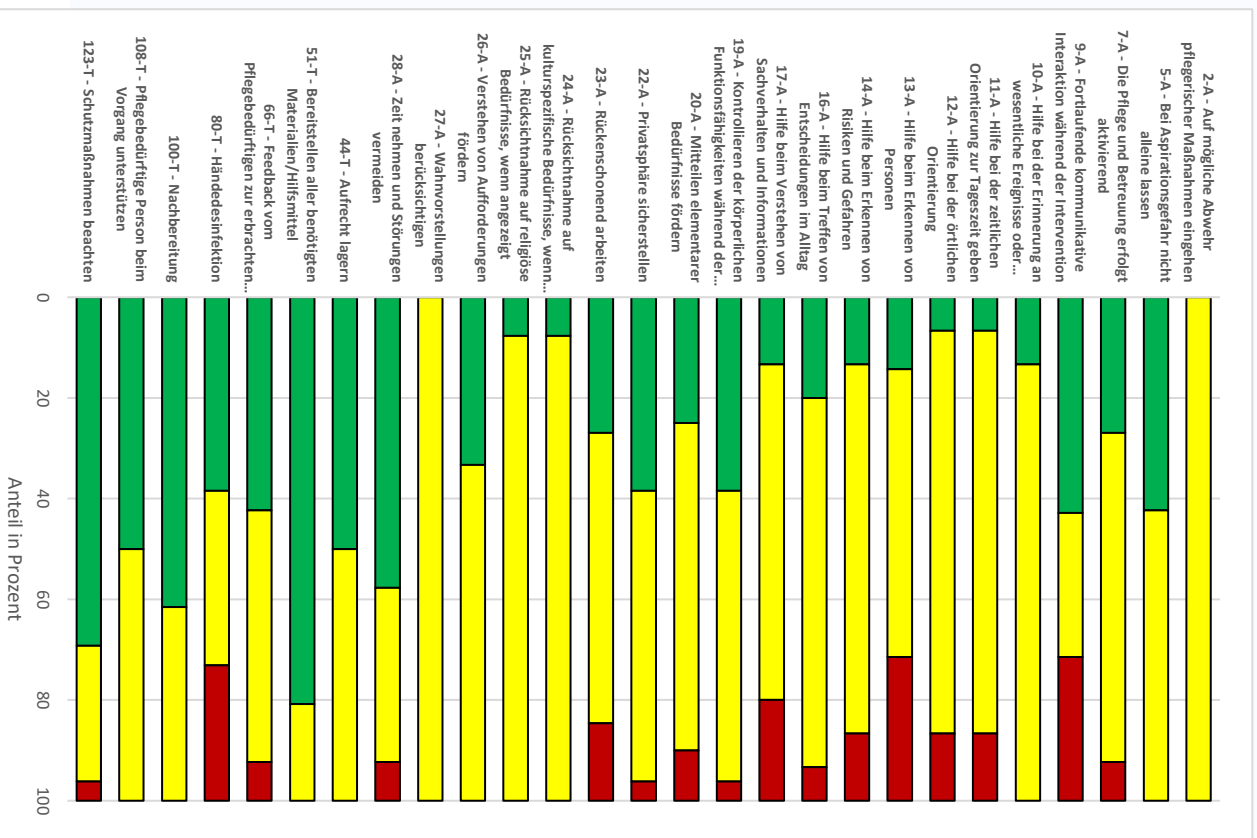
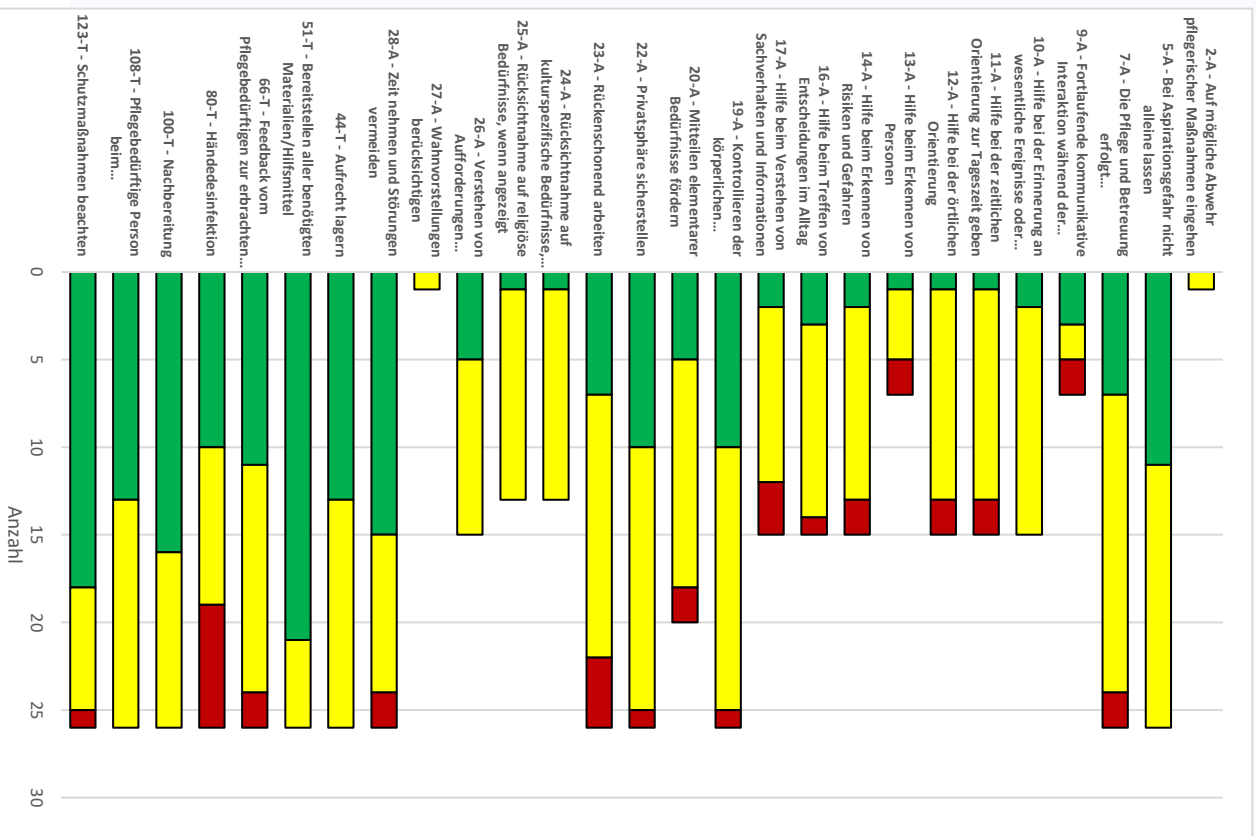
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



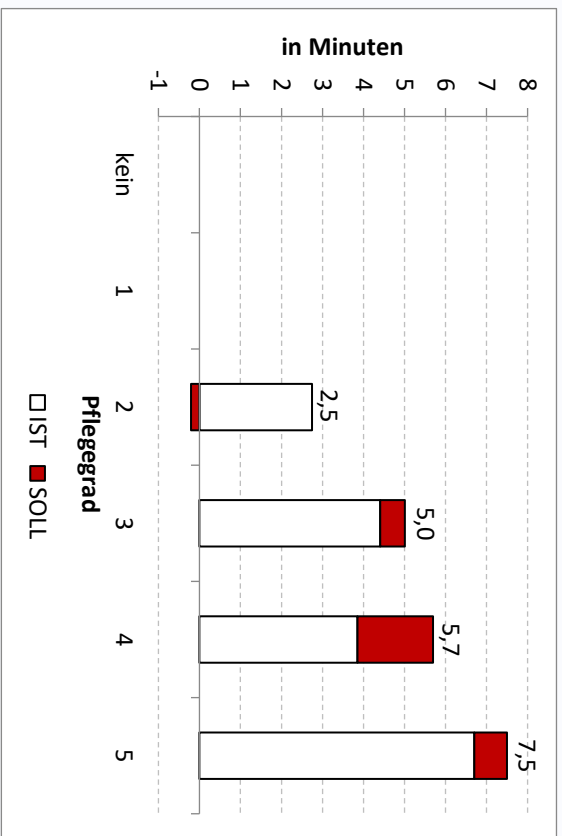
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitemenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



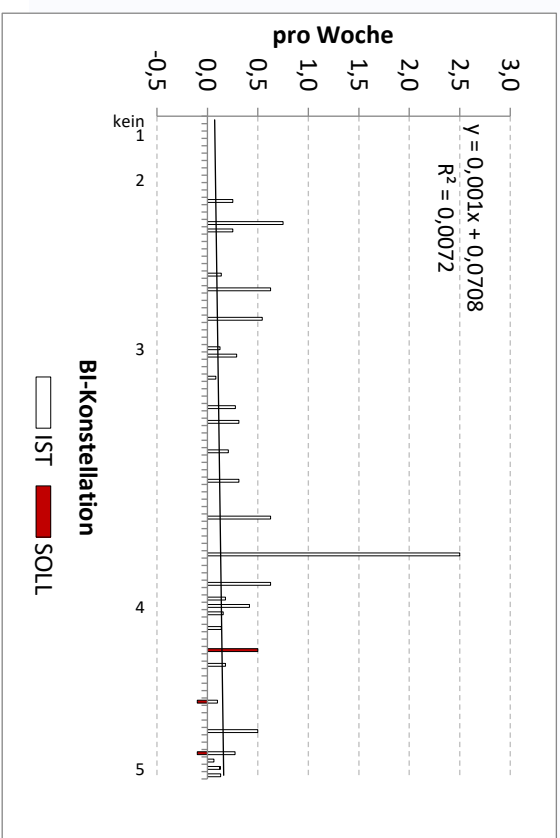
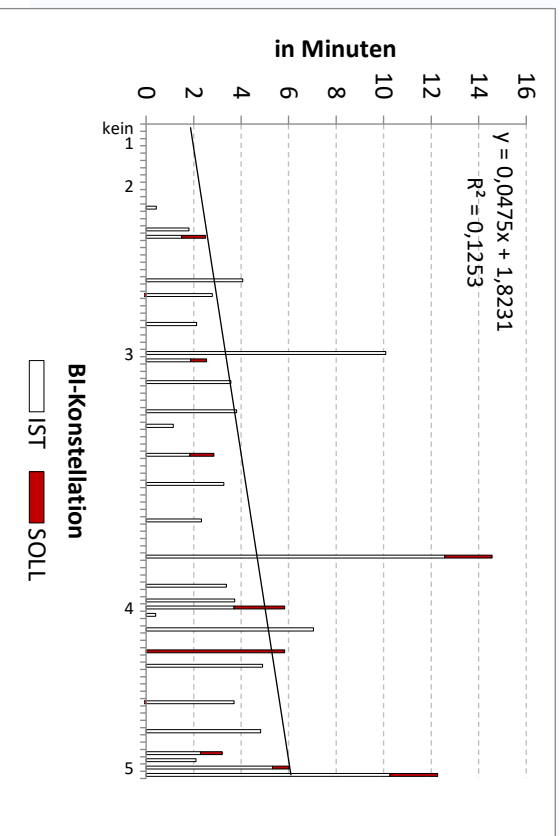
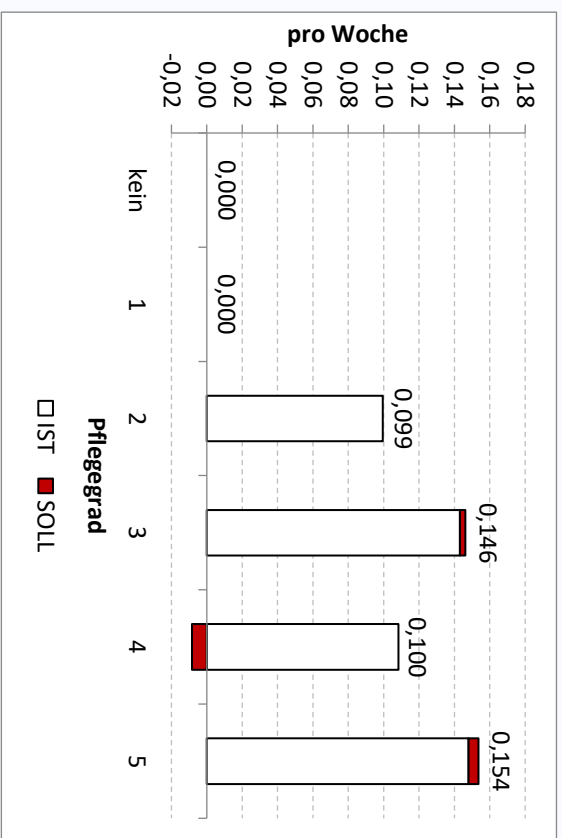
Absolute und relative Teilschrittbewertung



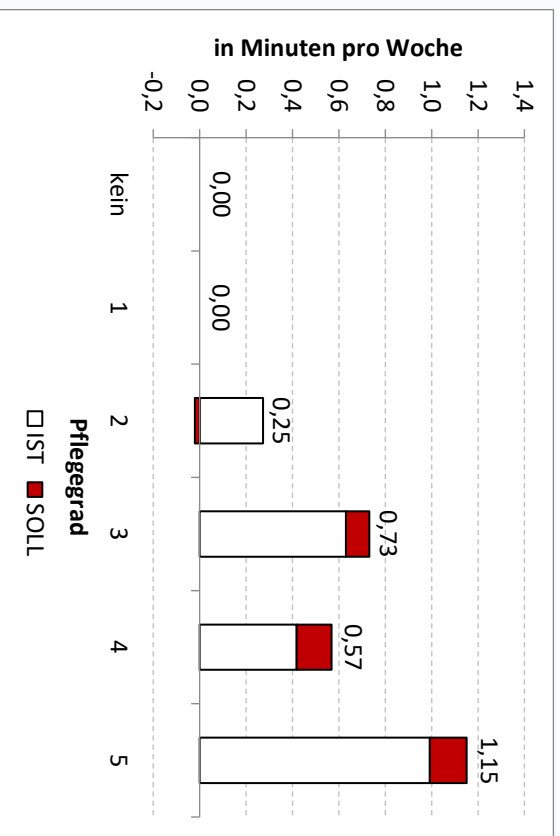
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



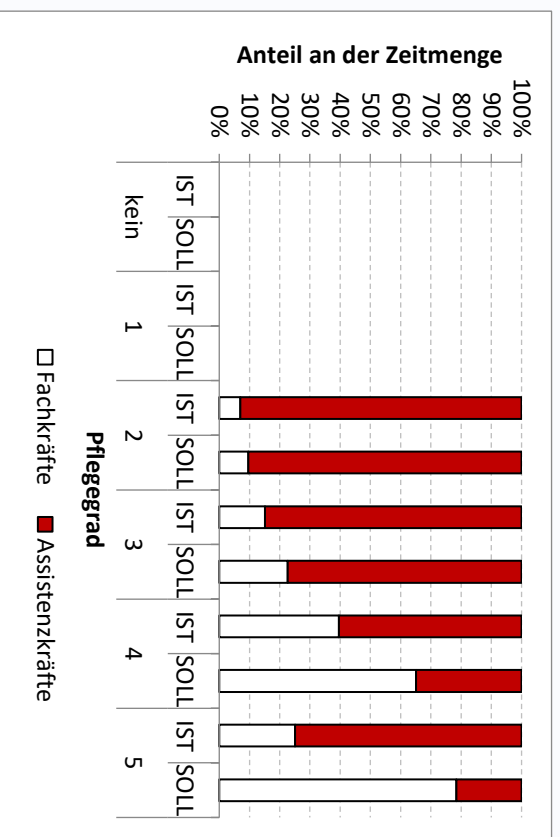
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



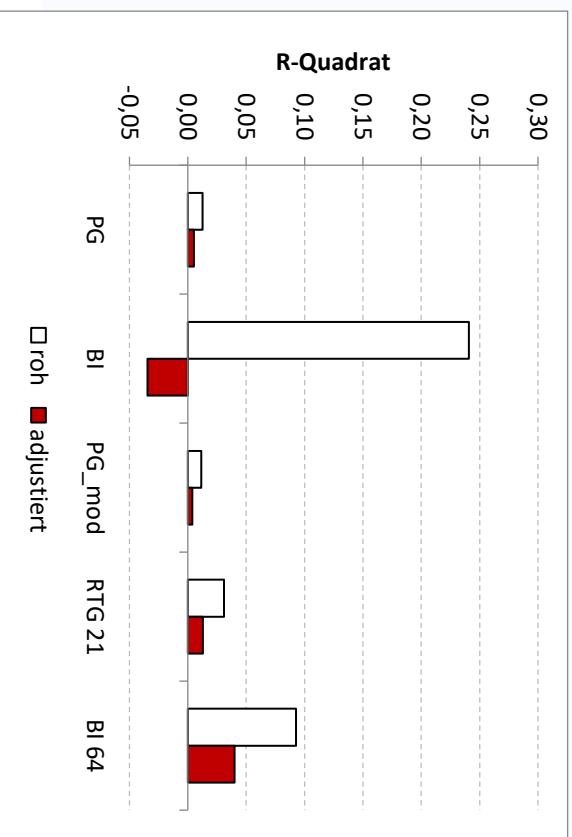
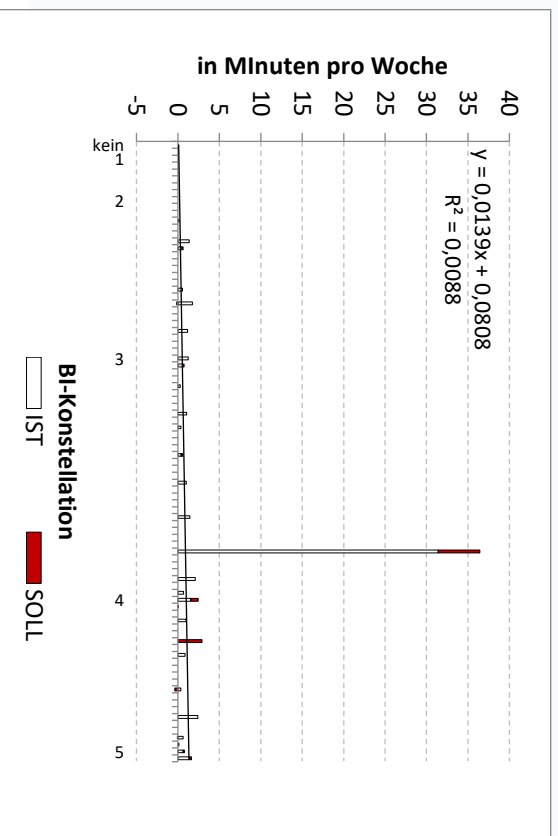
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



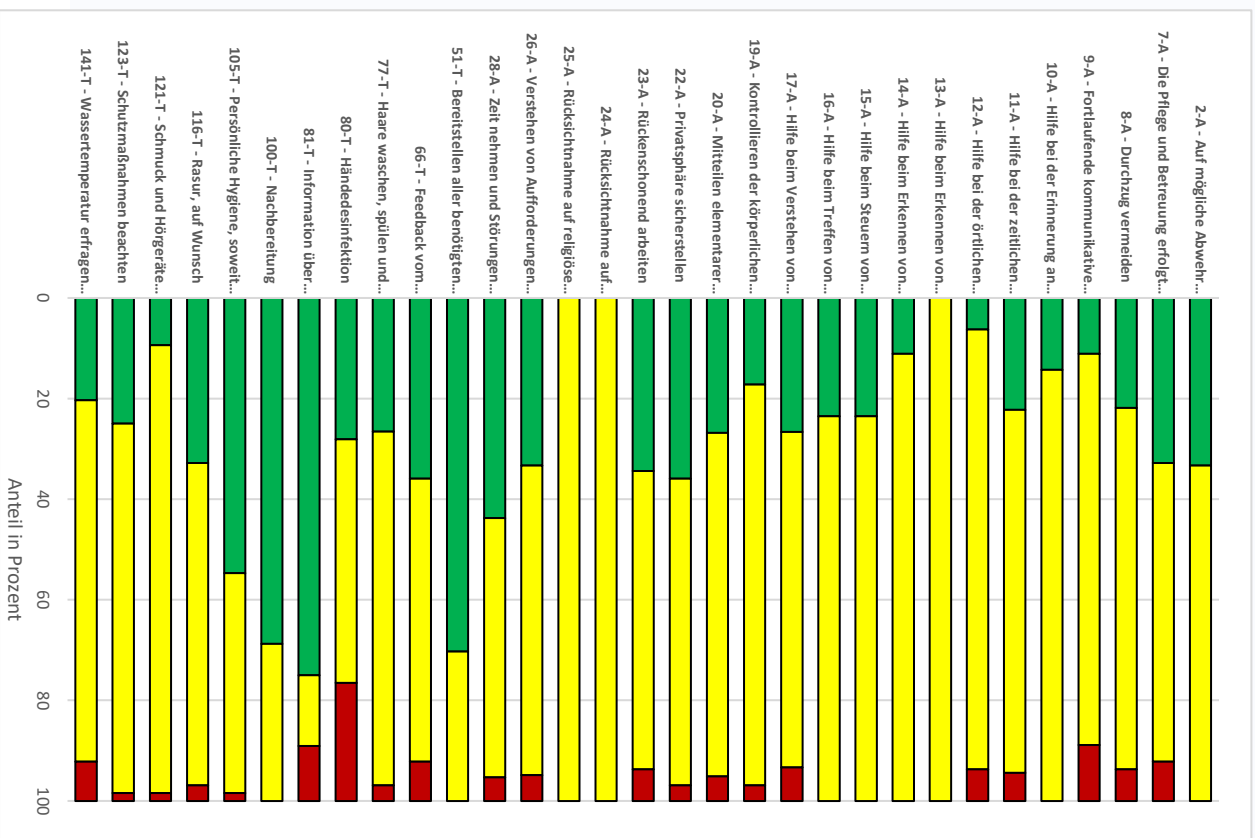
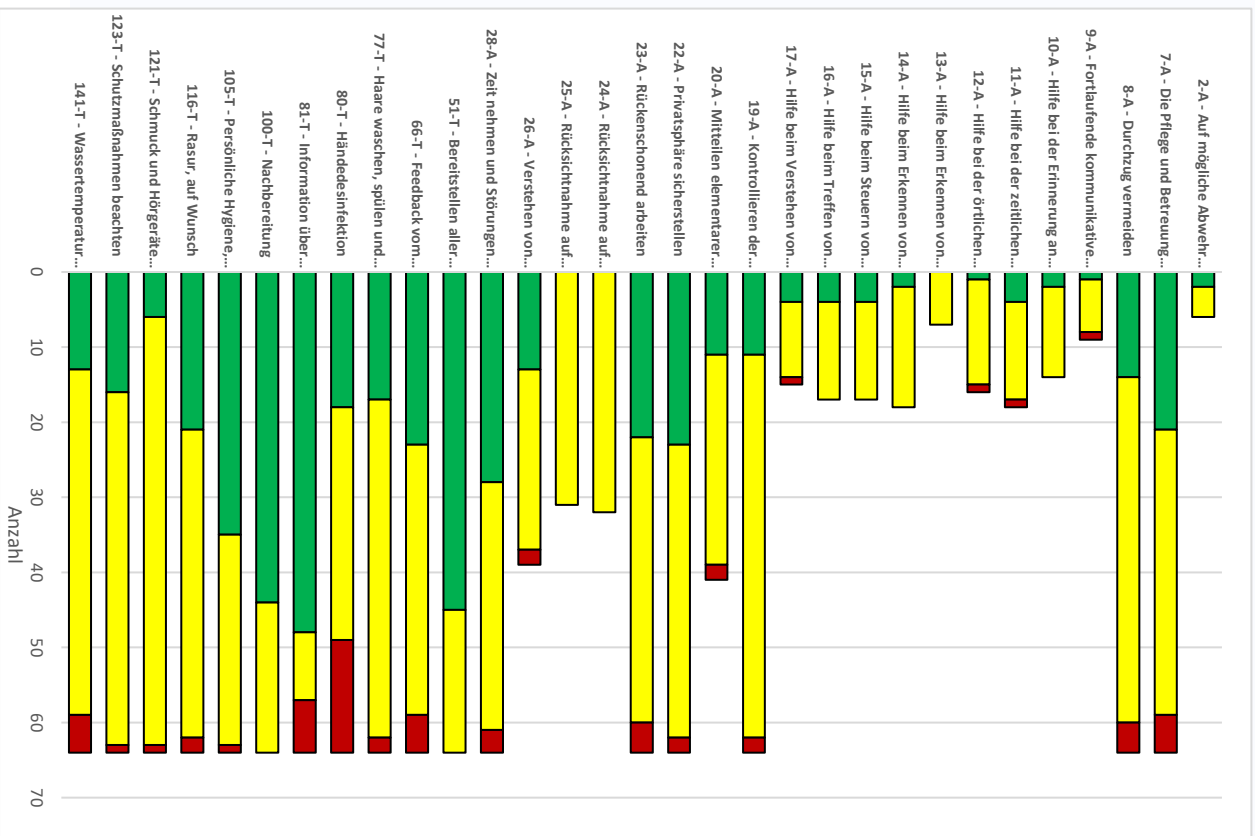
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



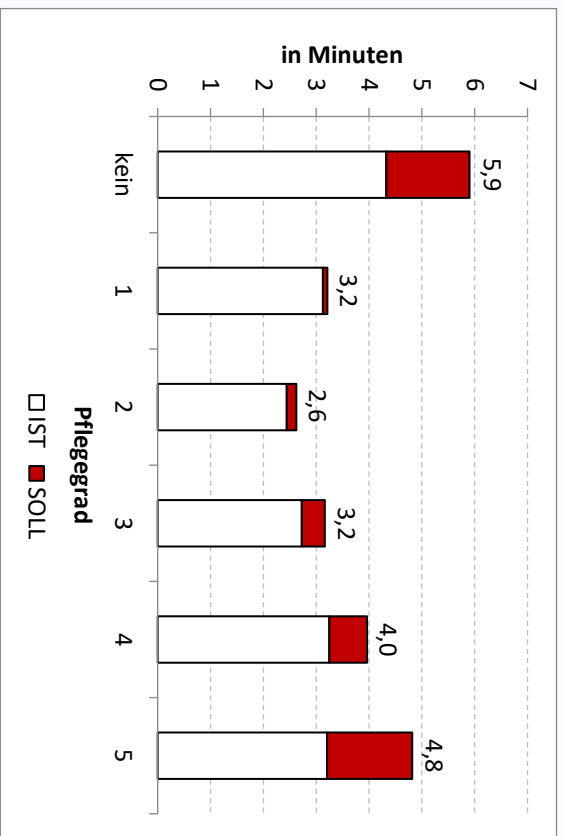
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitmenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



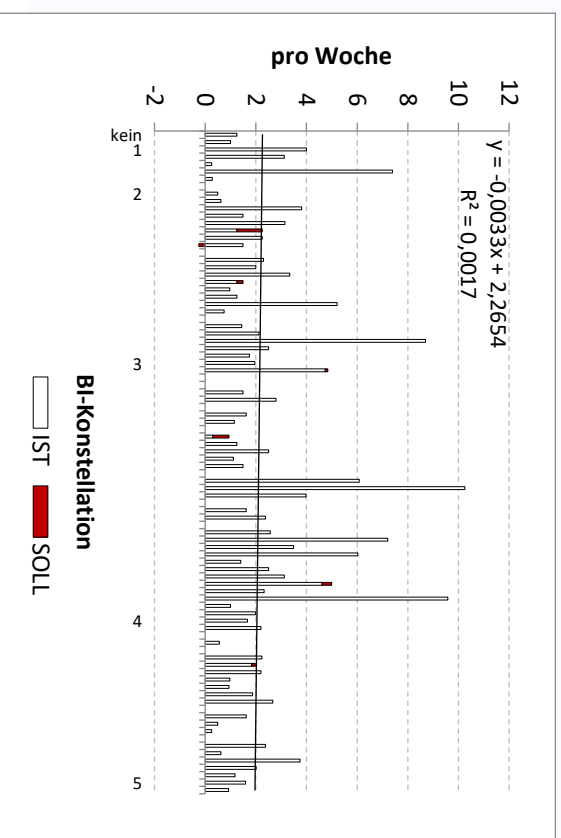
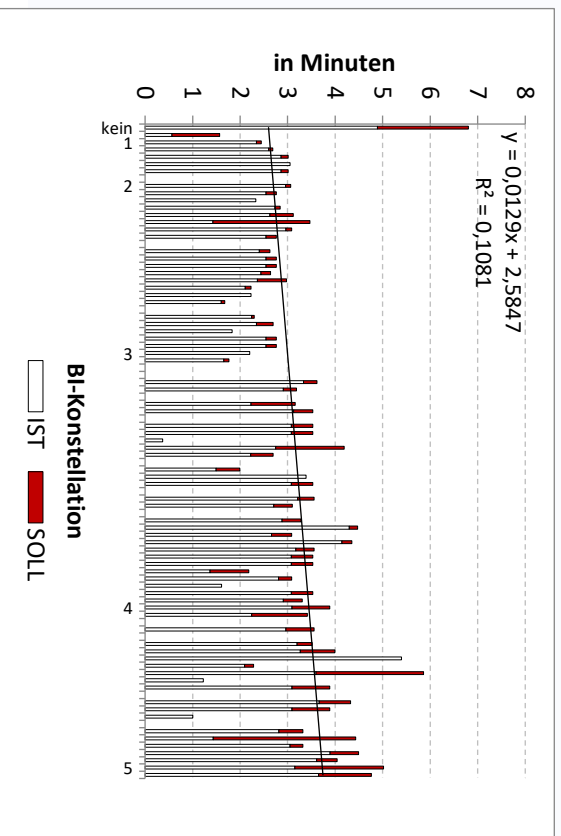
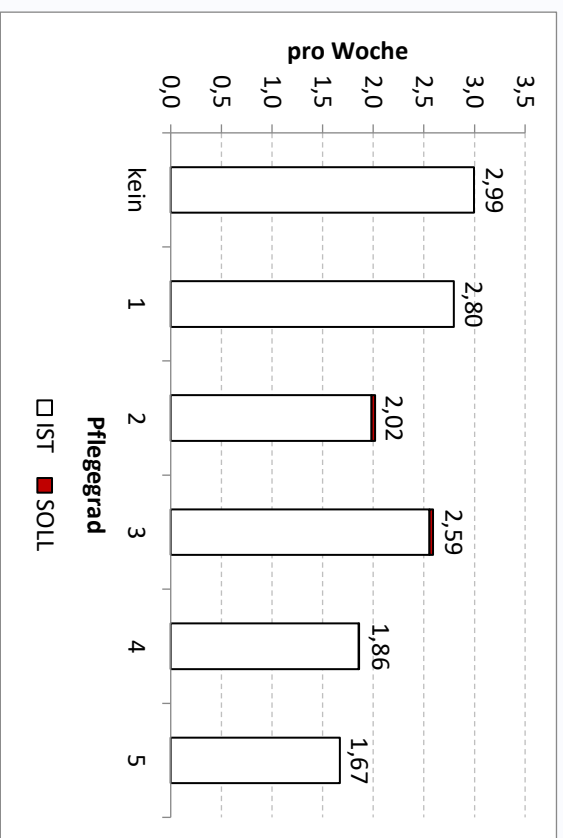
Absolute und relative Teilschrittbewertung



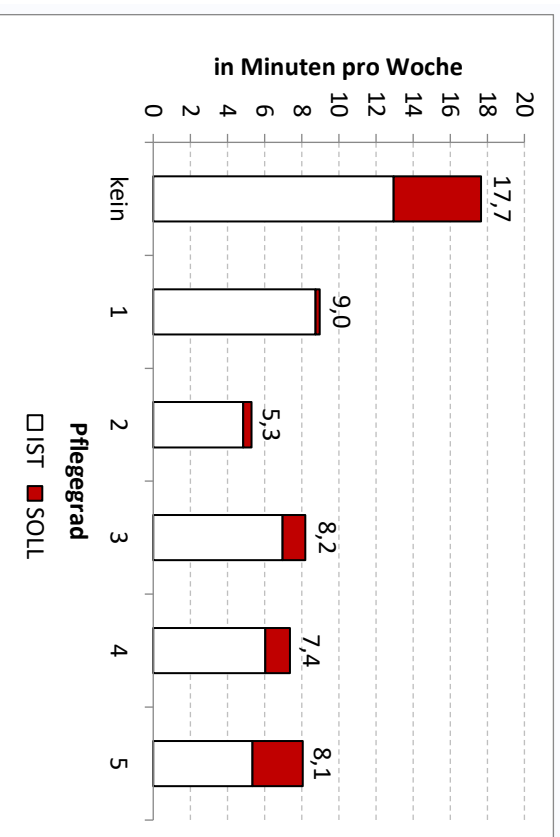
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



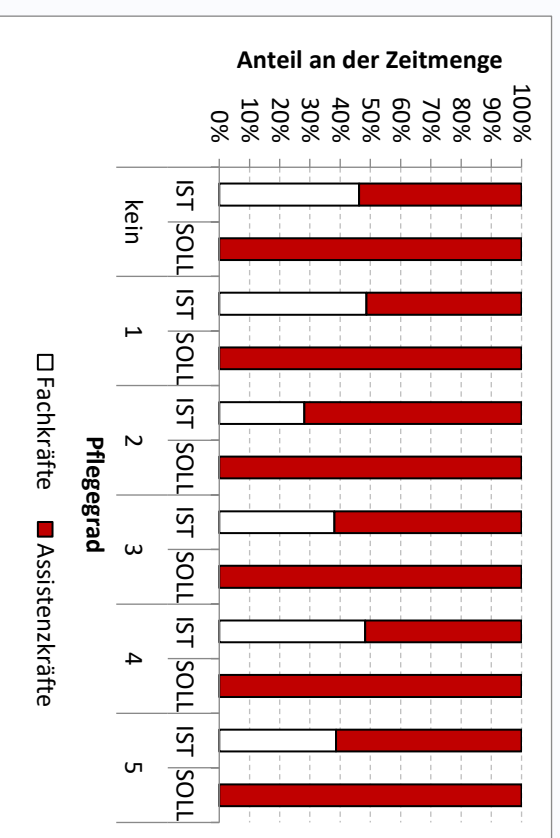
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



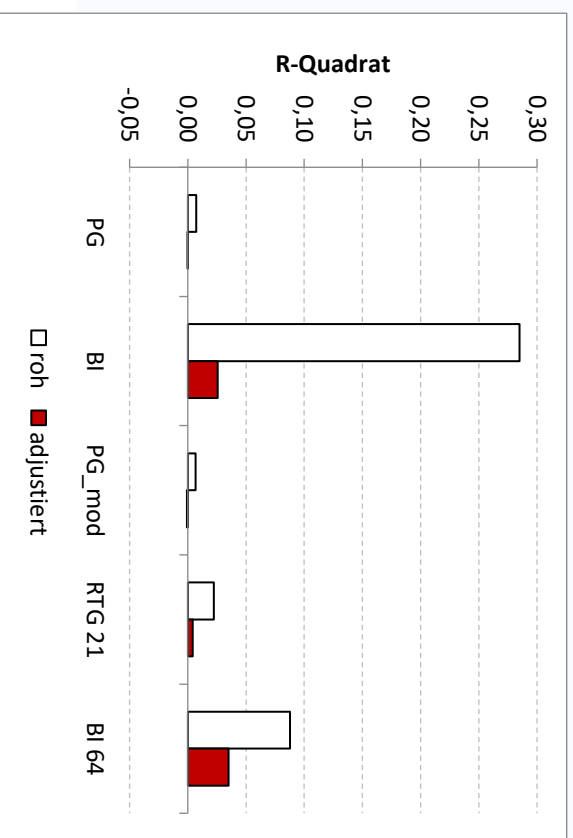
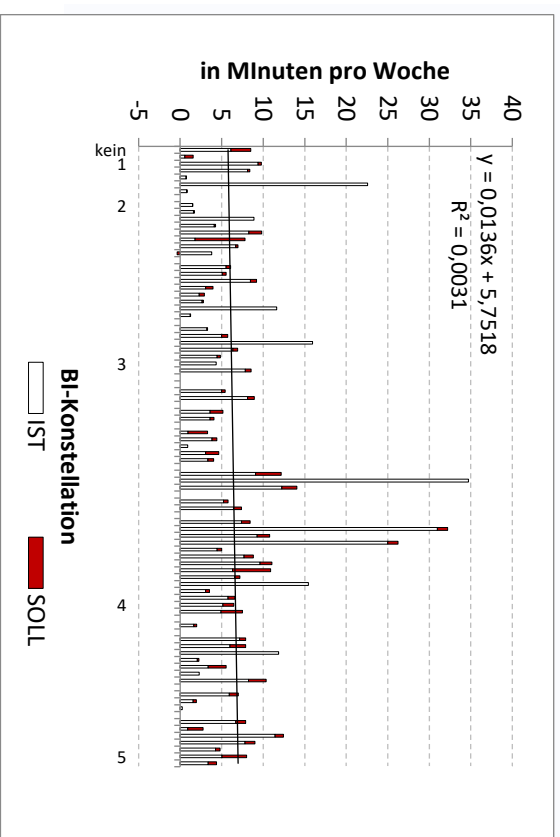
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



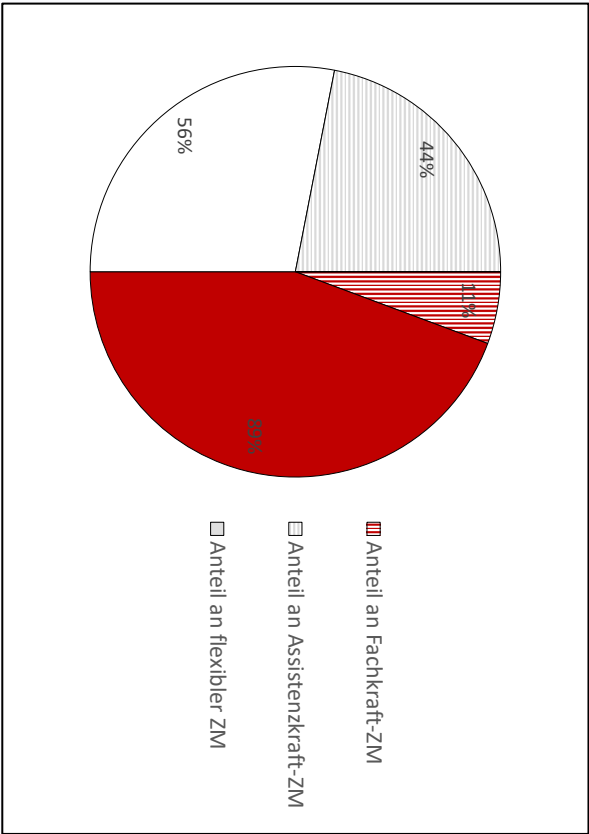
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



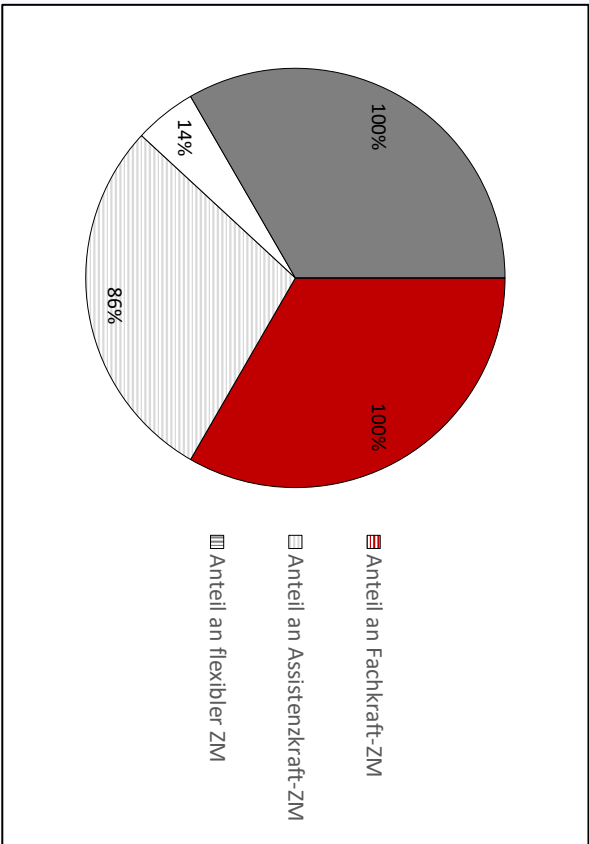
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitmenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



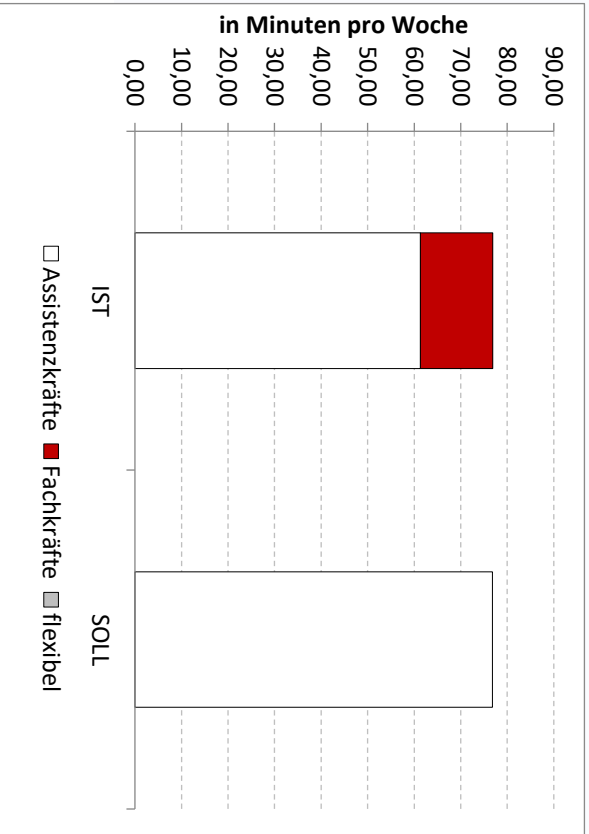
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



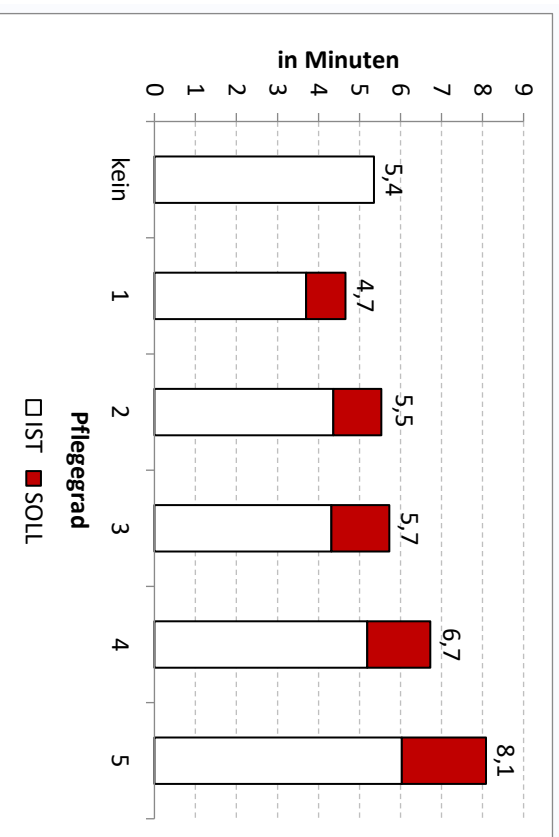
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



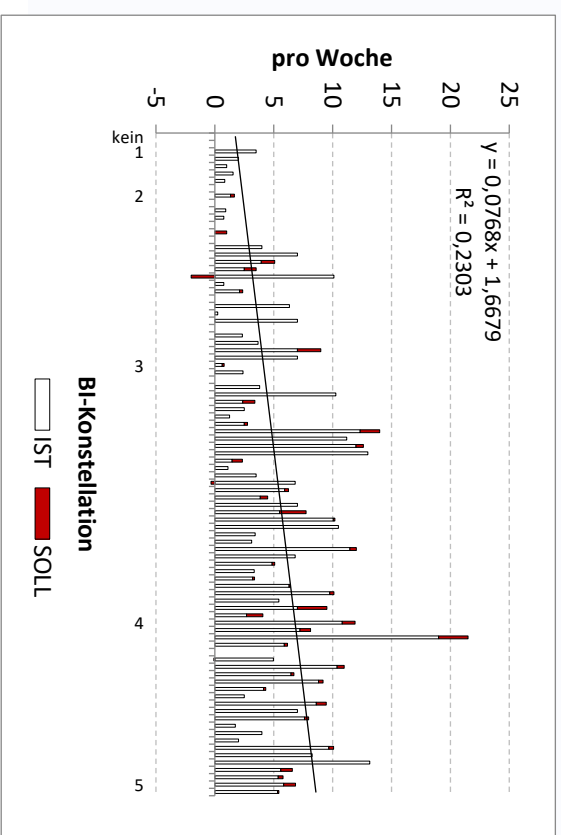
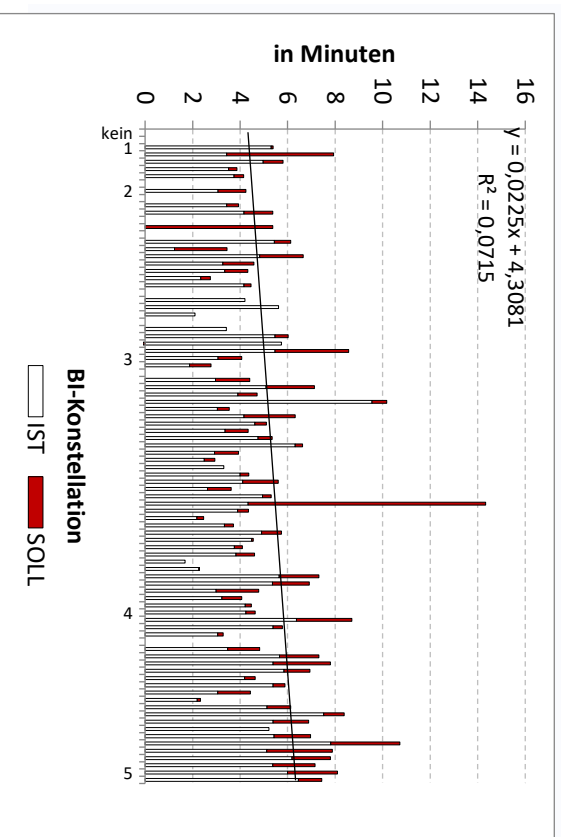
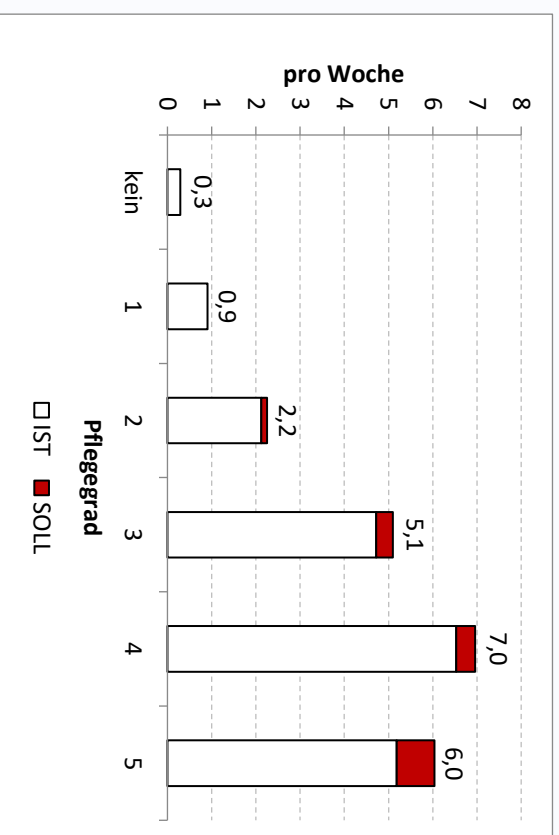
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



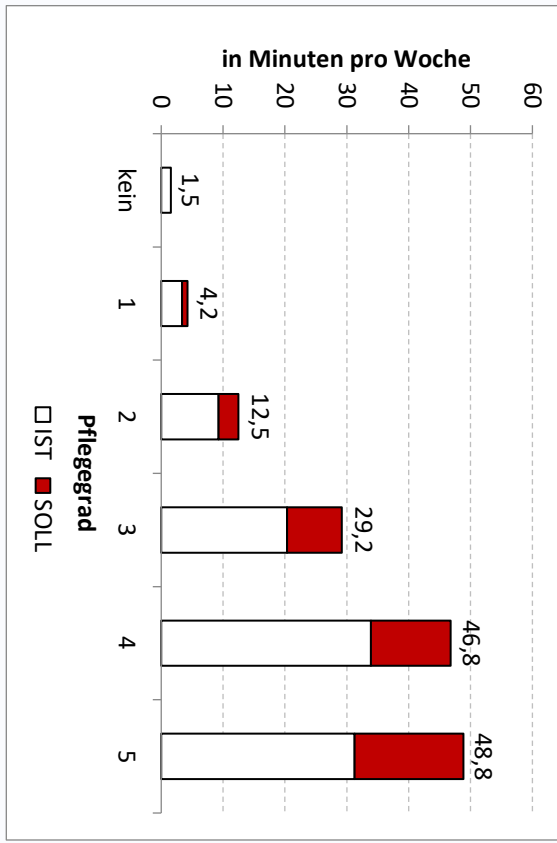
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



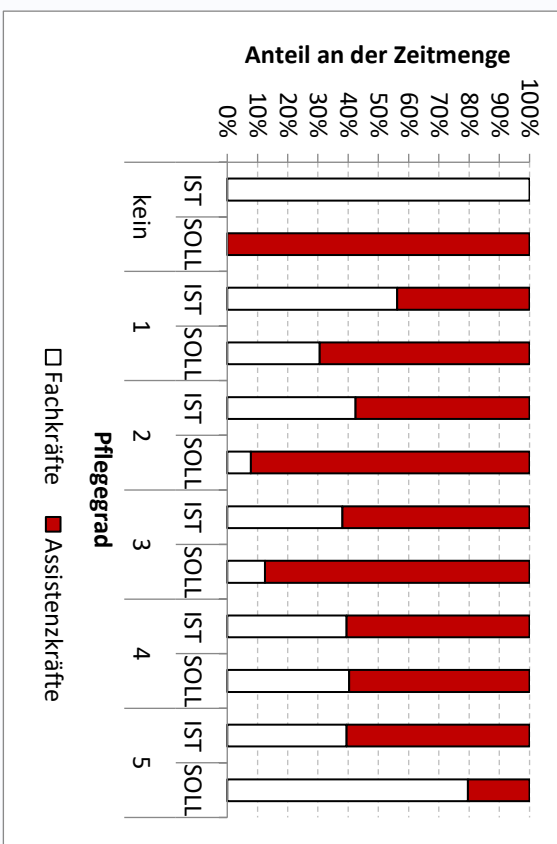
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



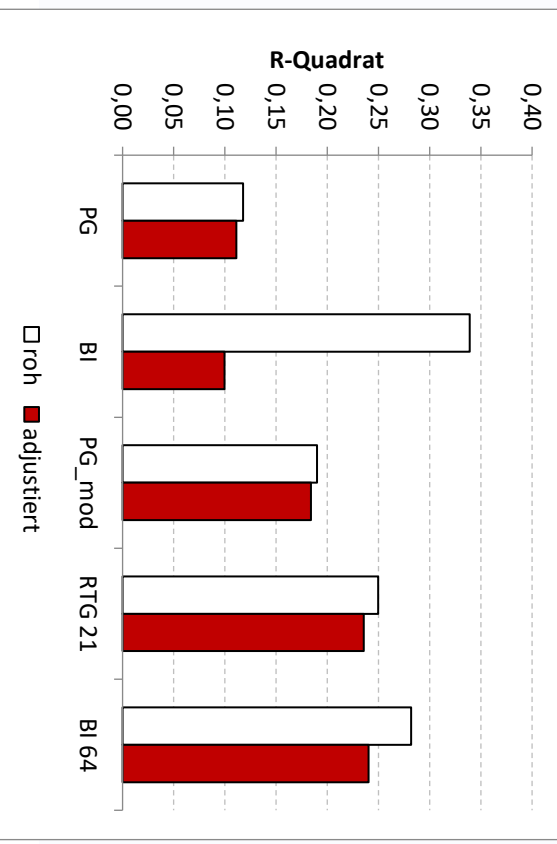
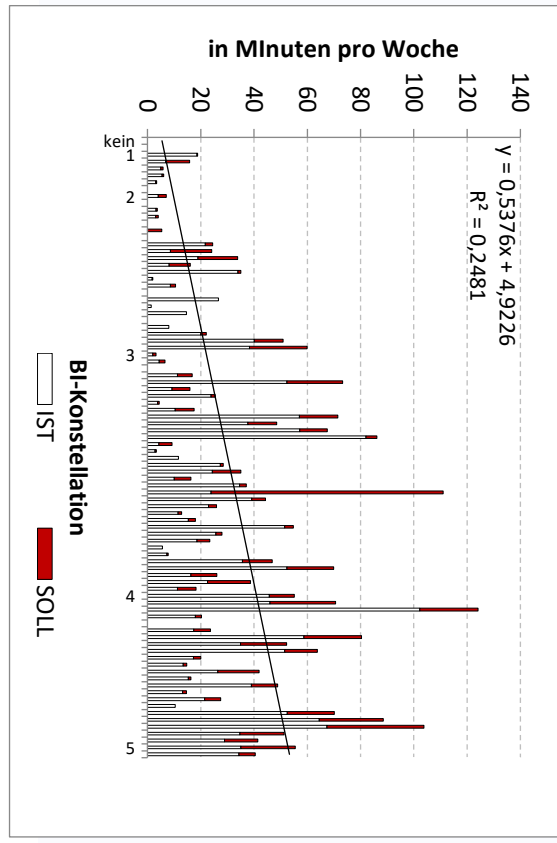
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



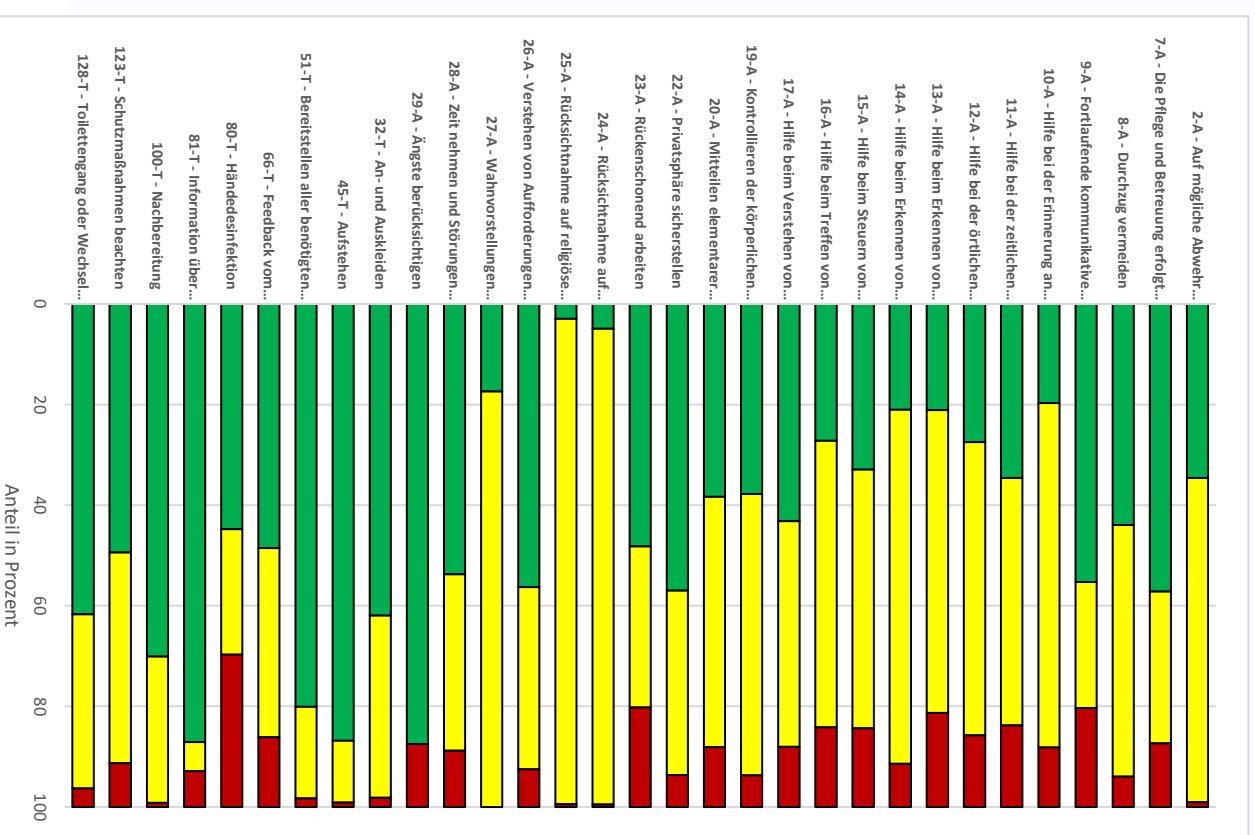
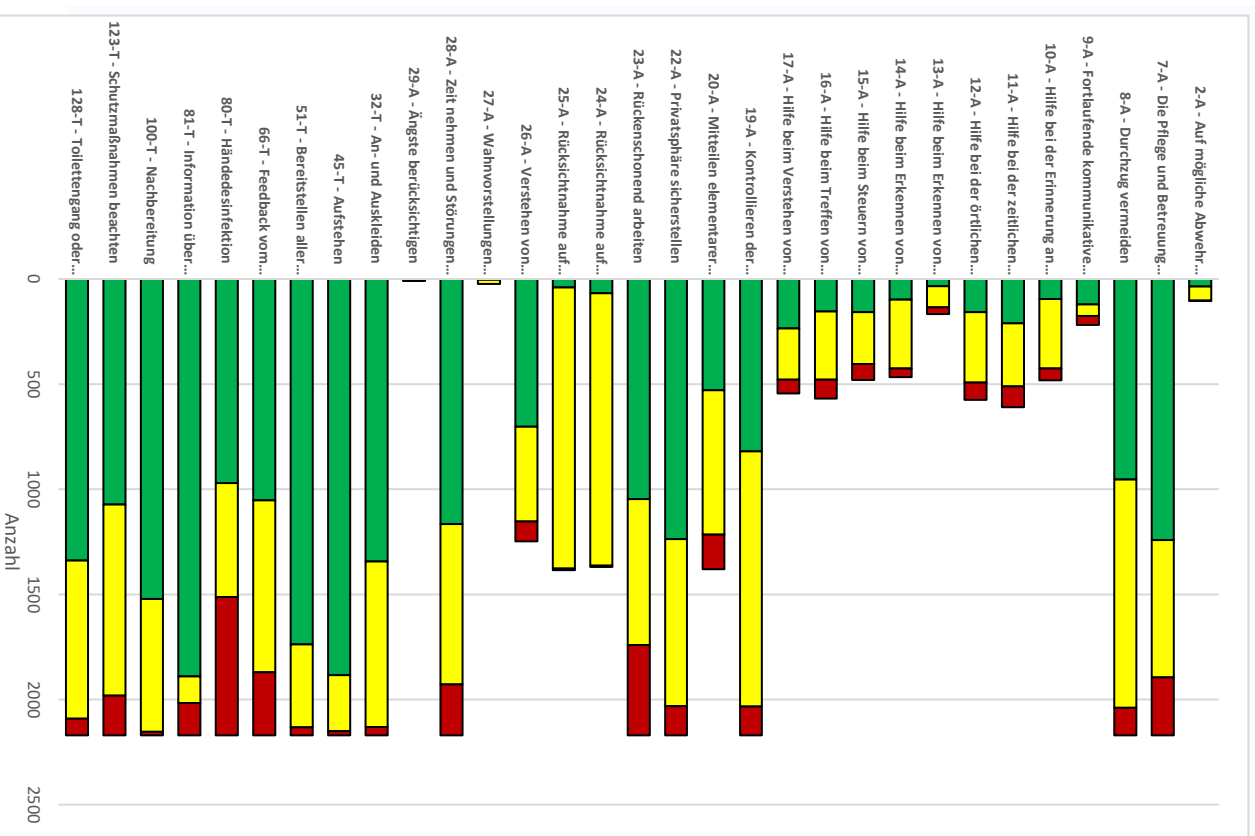
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



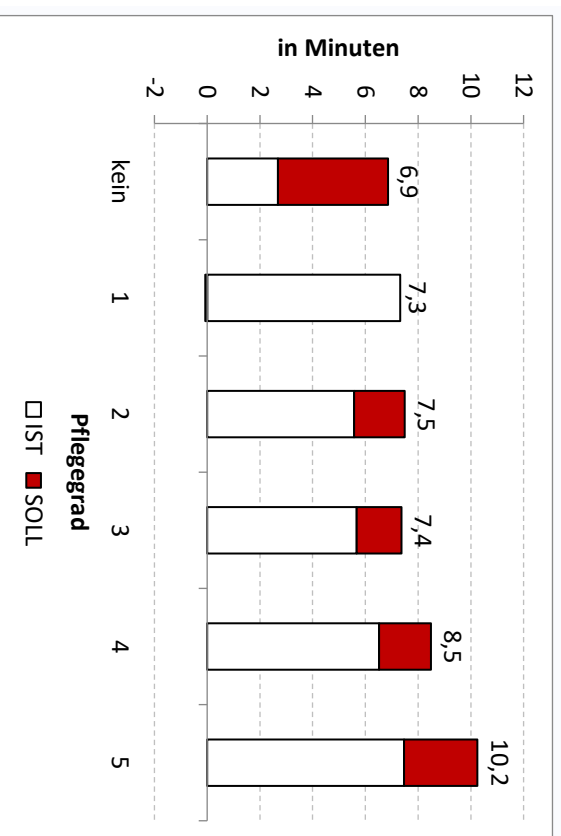
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitmenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



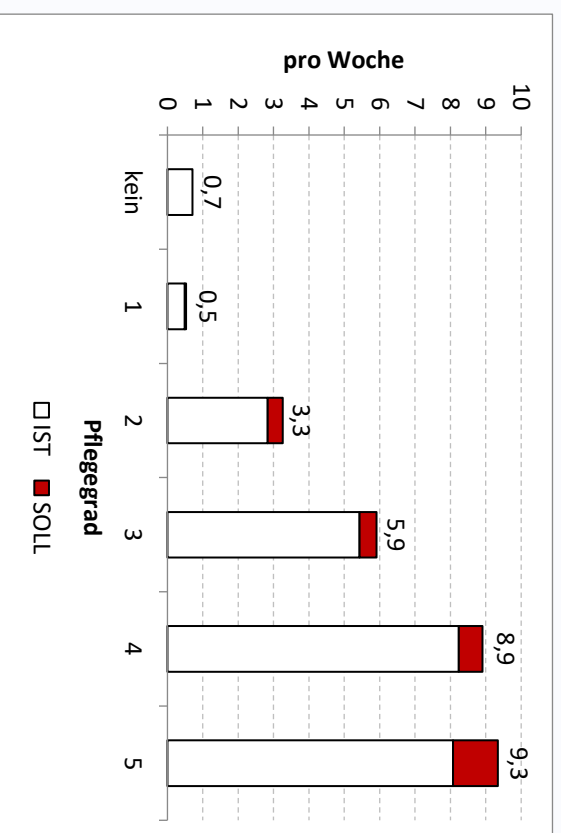
Absolute und relative Teilschrittbewertung



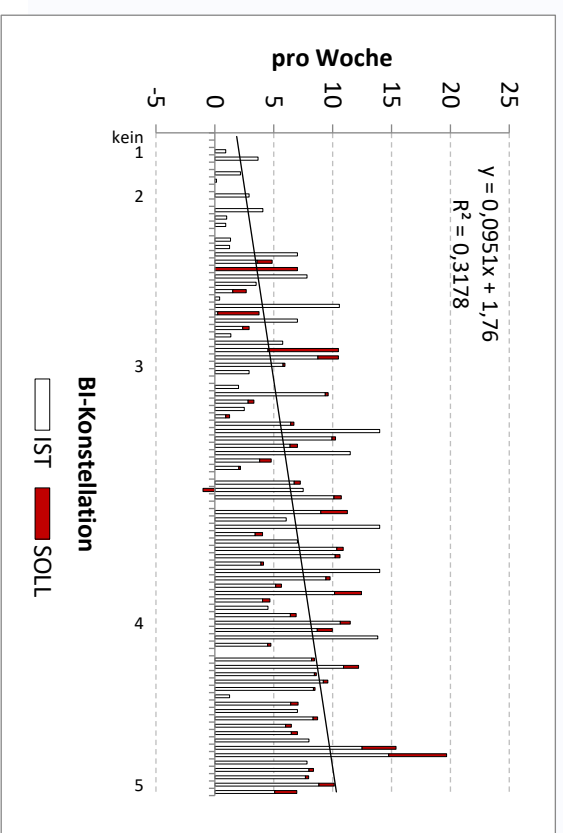
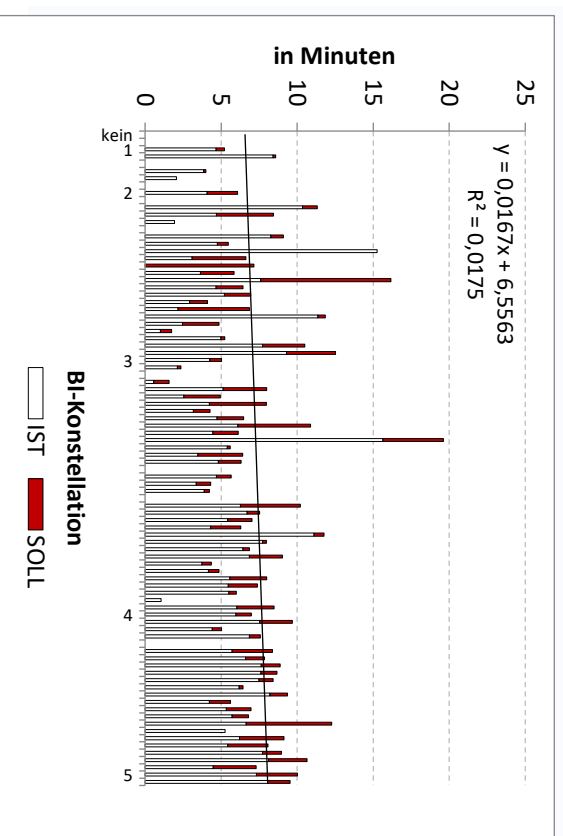
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



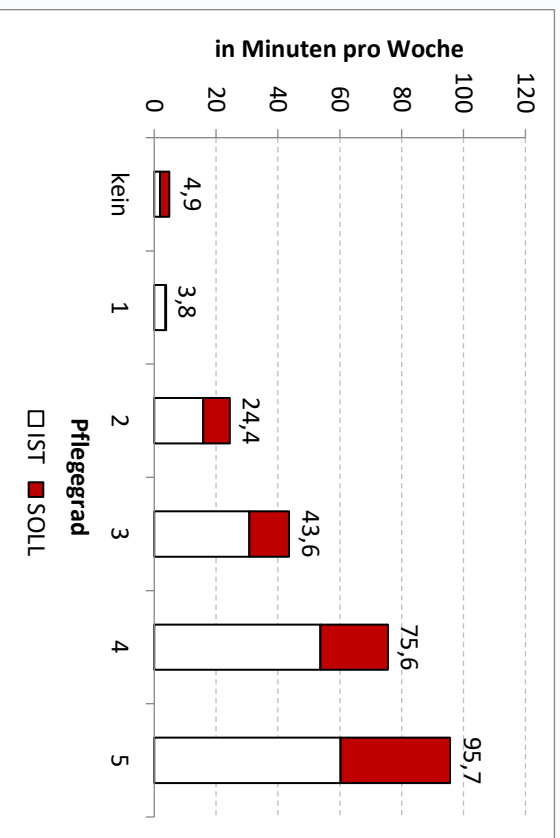
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



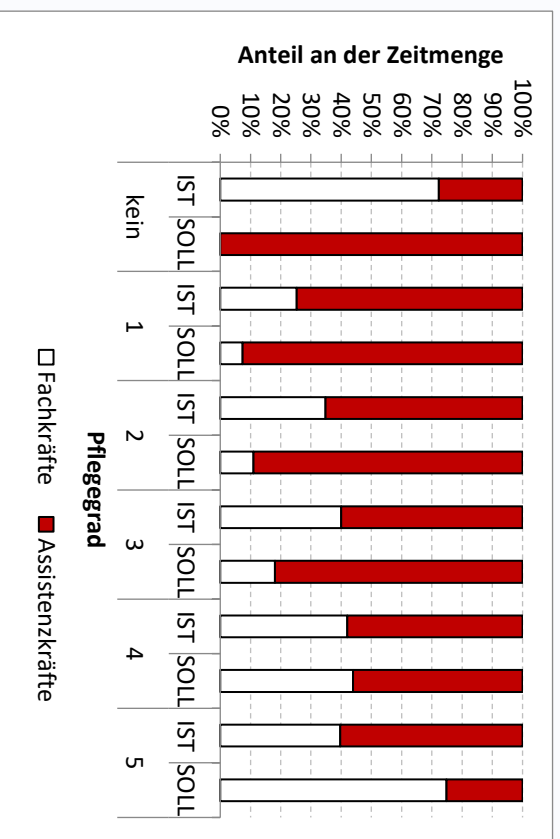
4.9 Hilfe beim Zubettgehen



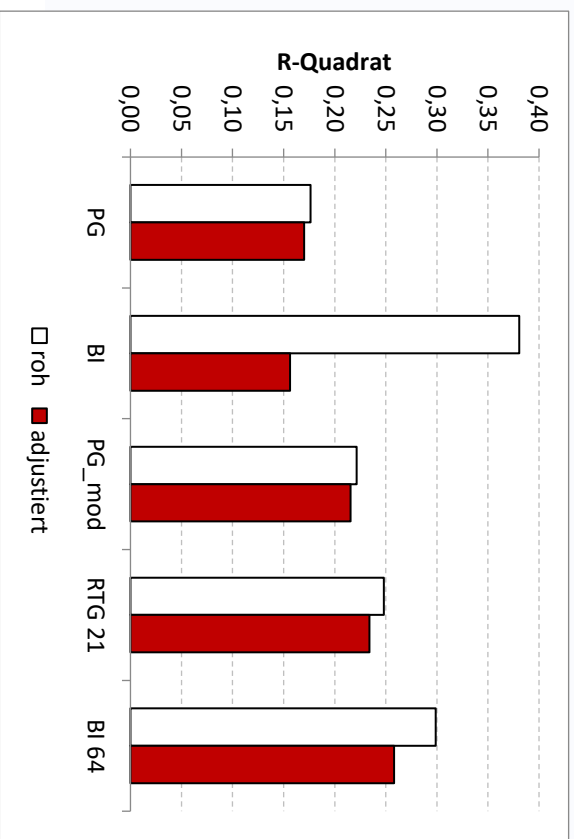
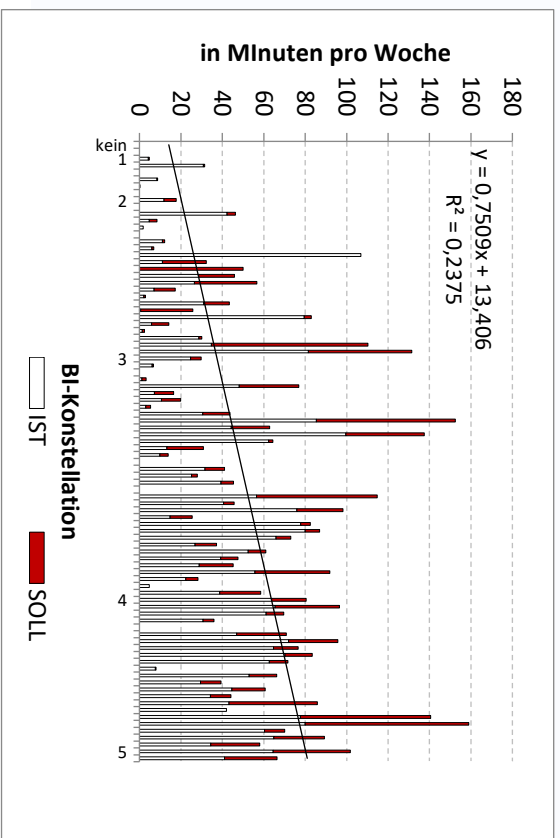
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



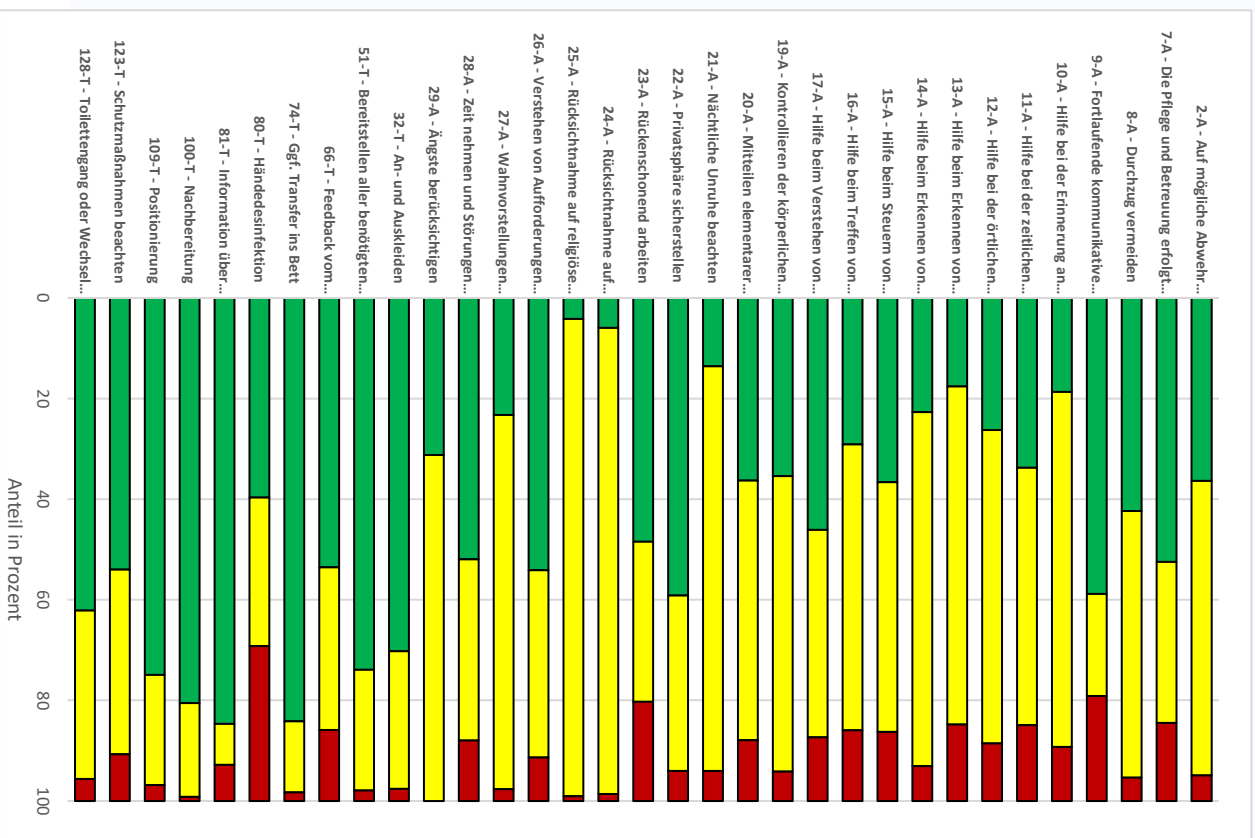
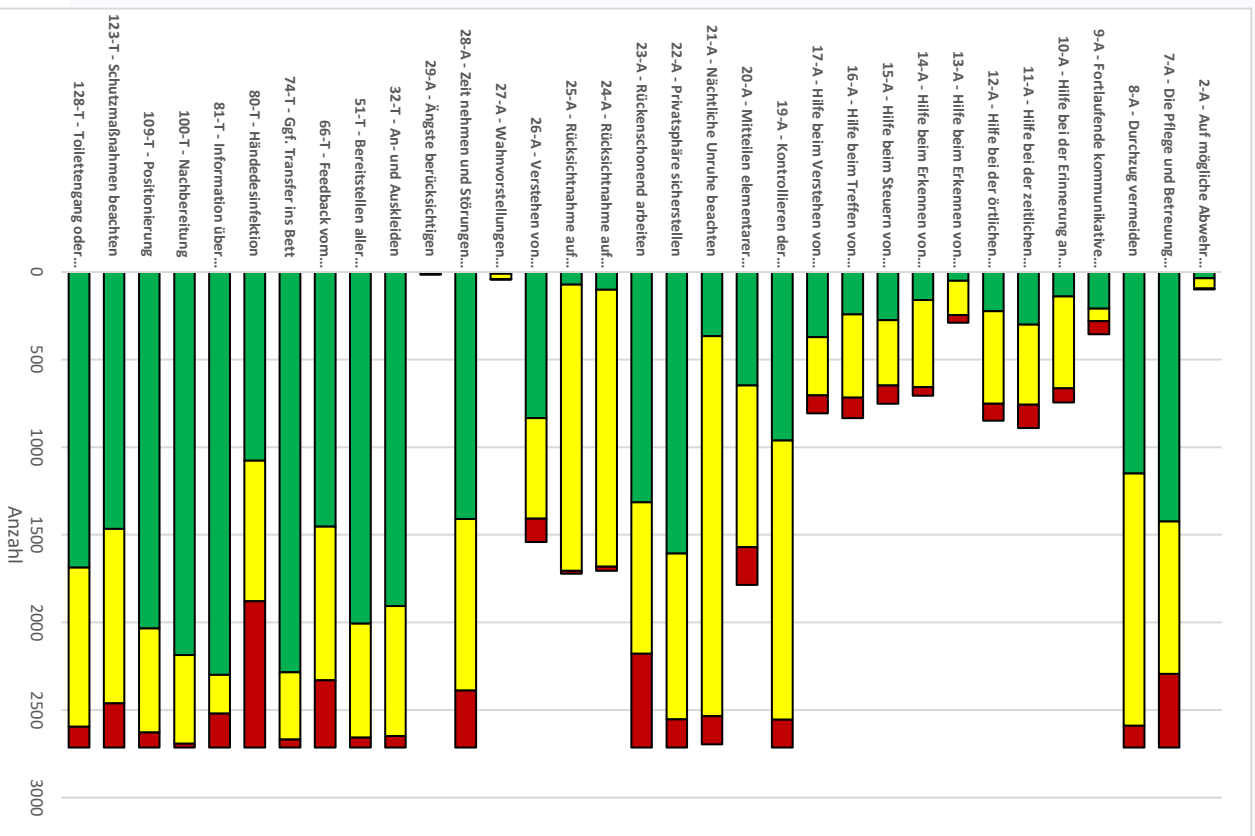
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



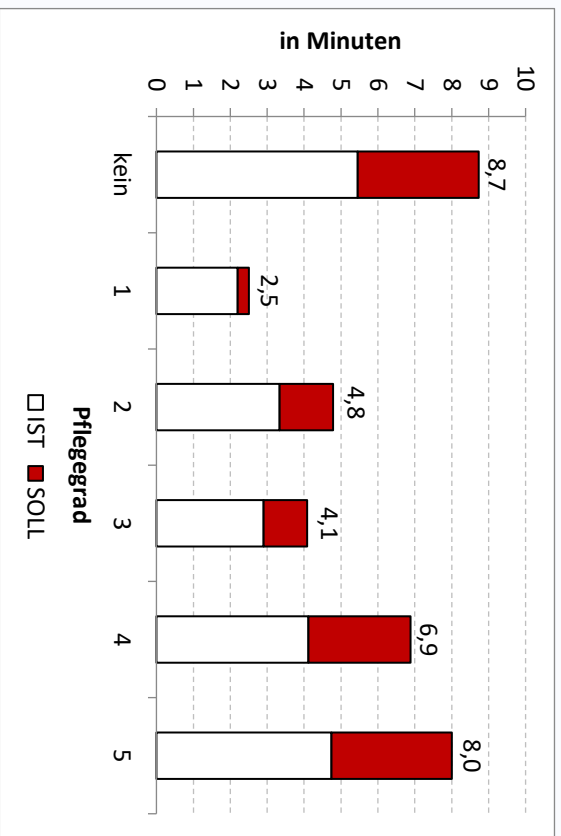
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitemenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



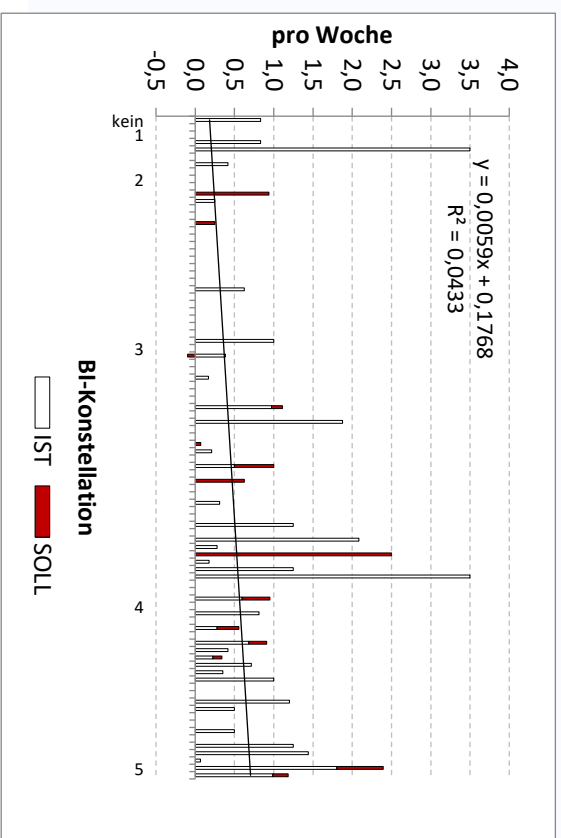
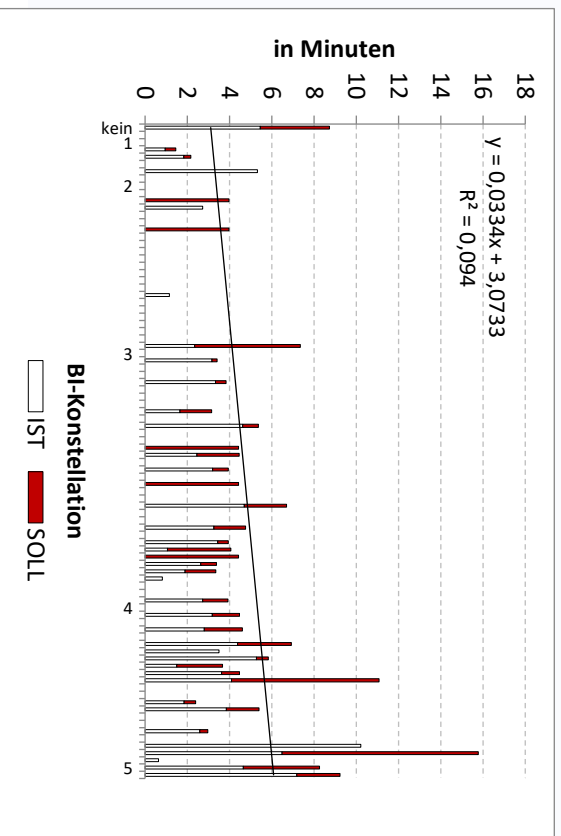
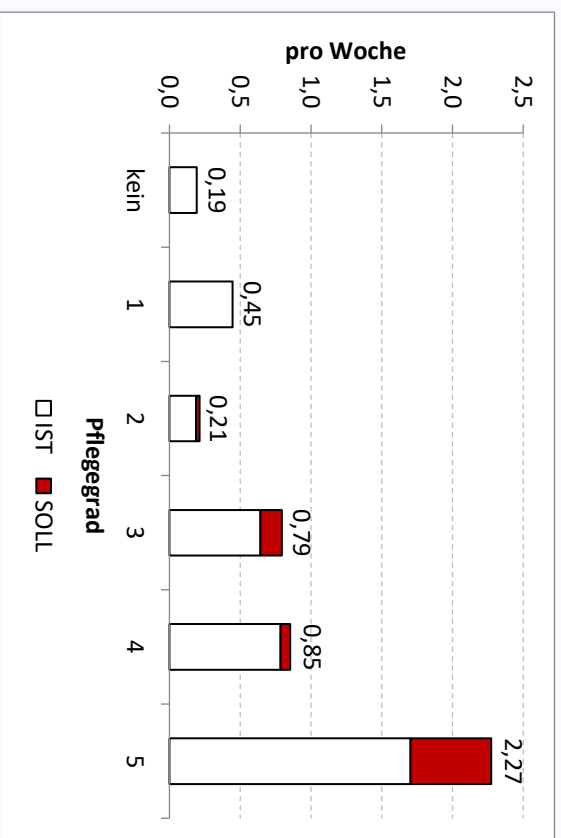
Absolute und relative Teilschrittbewertung



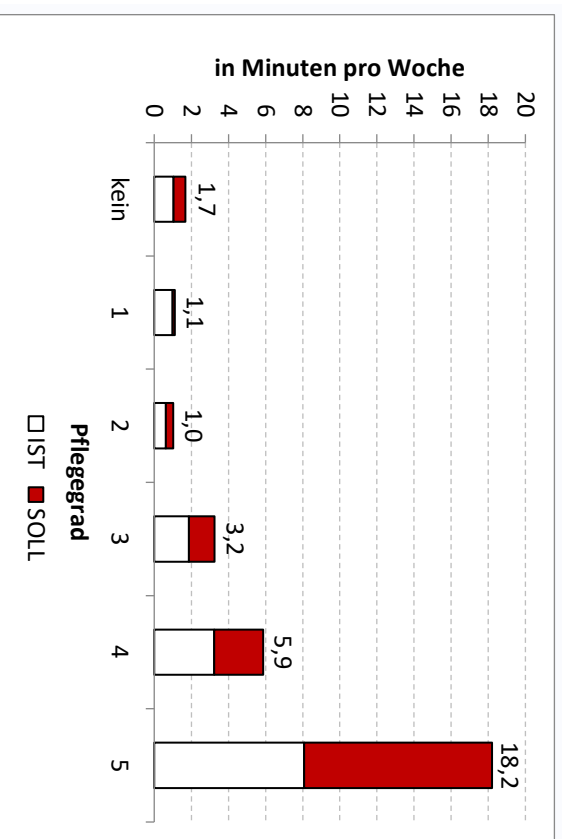
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



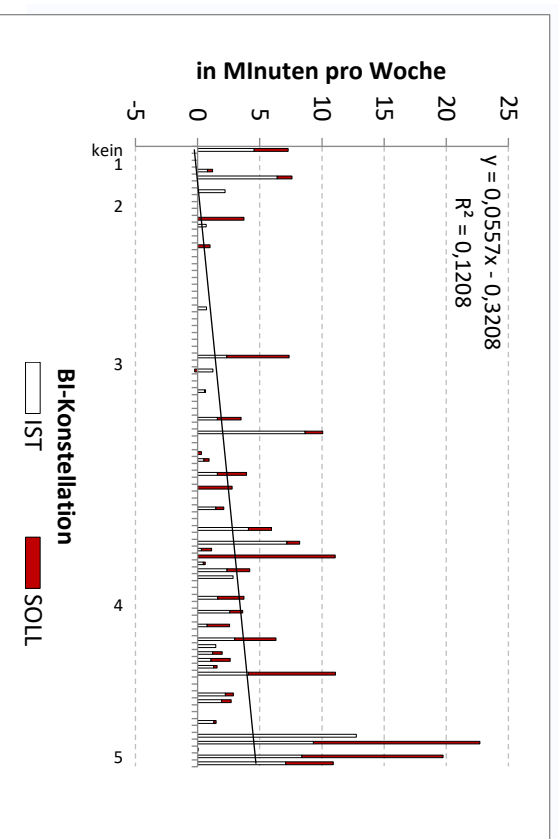
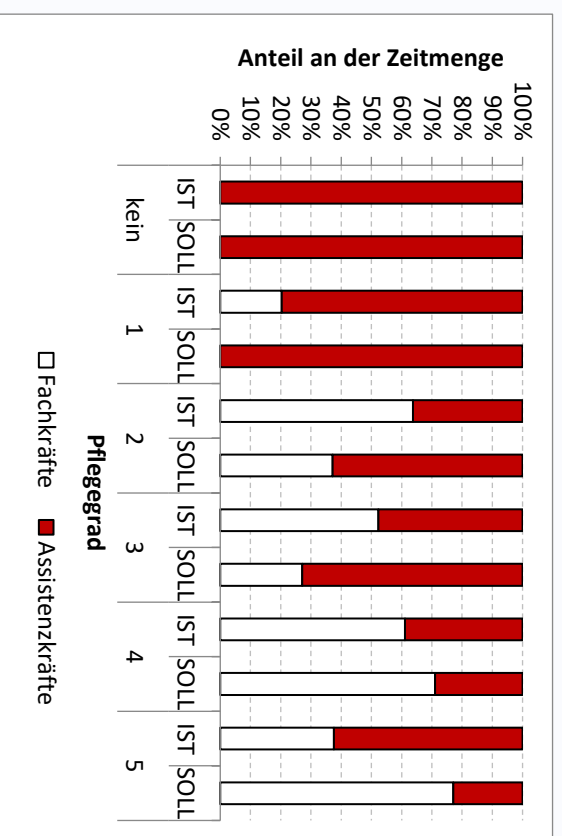
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



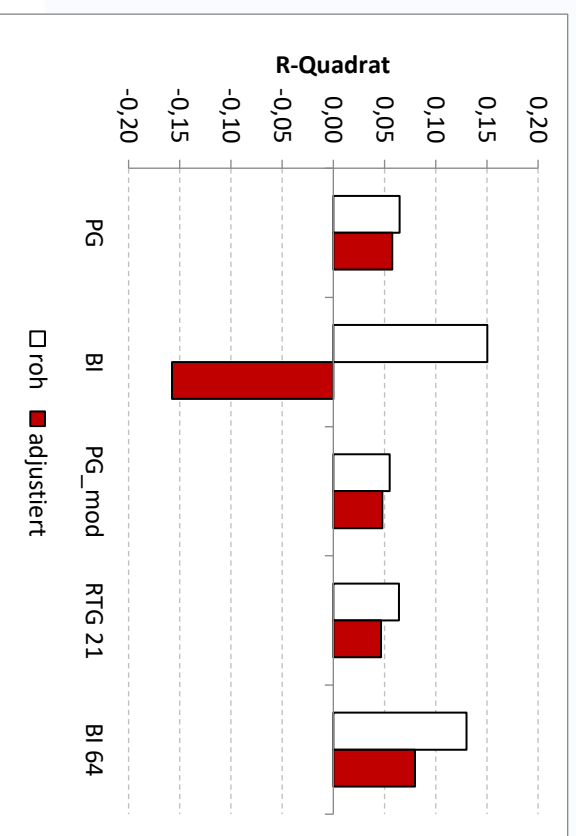
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



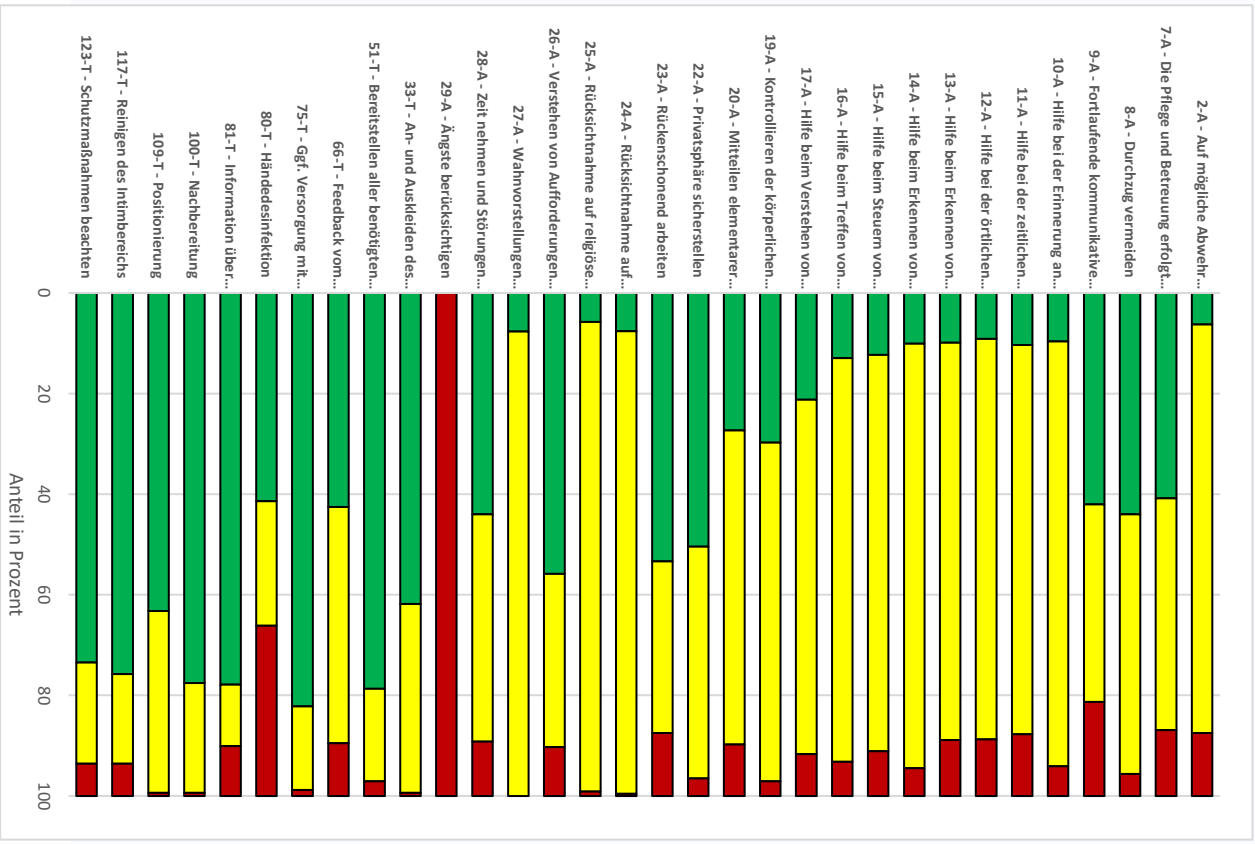
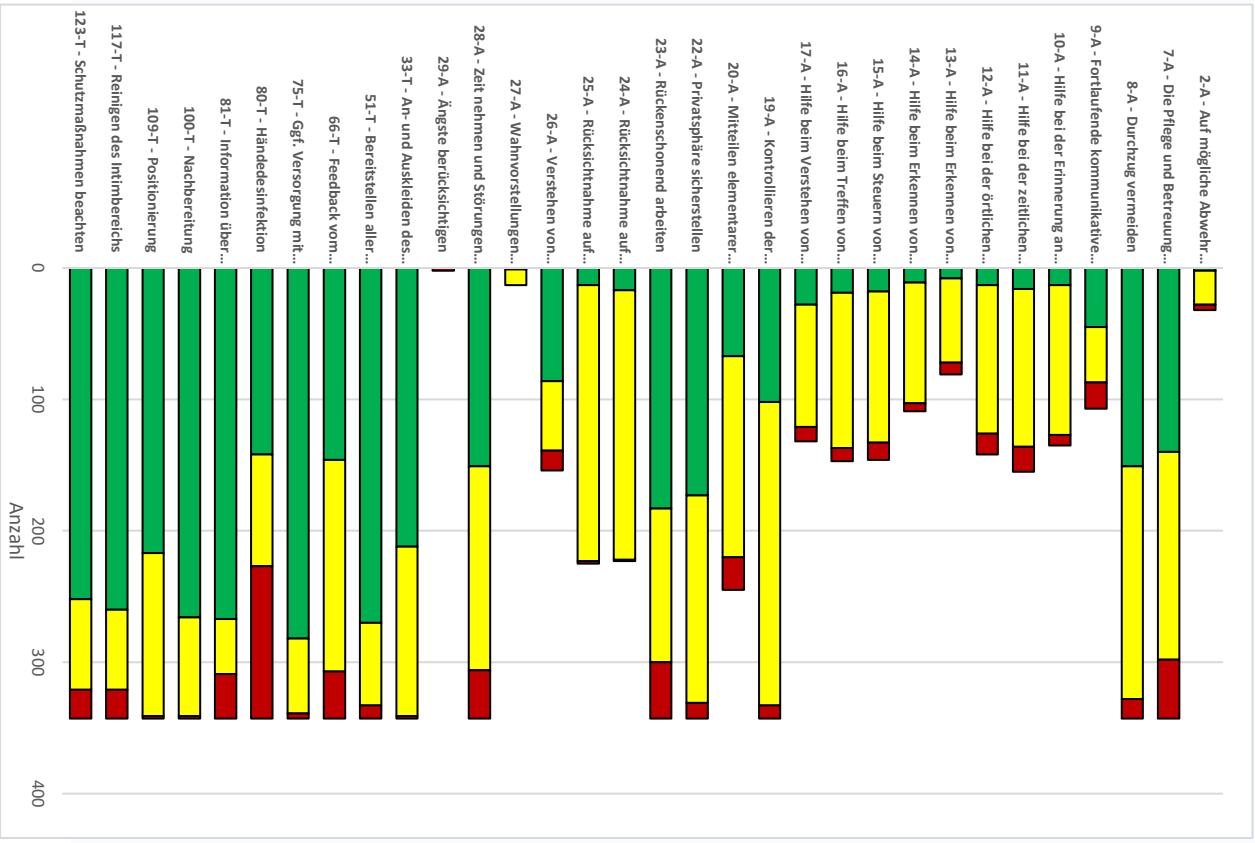
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



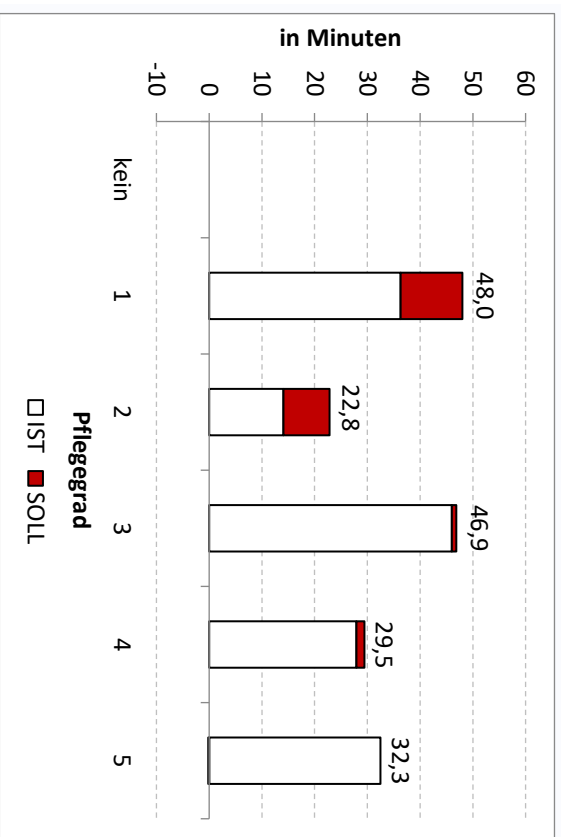
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitemenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



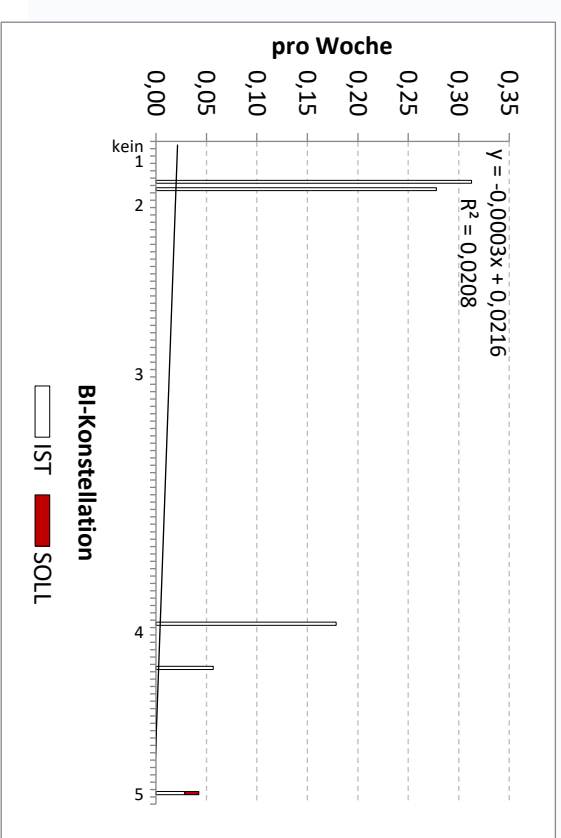
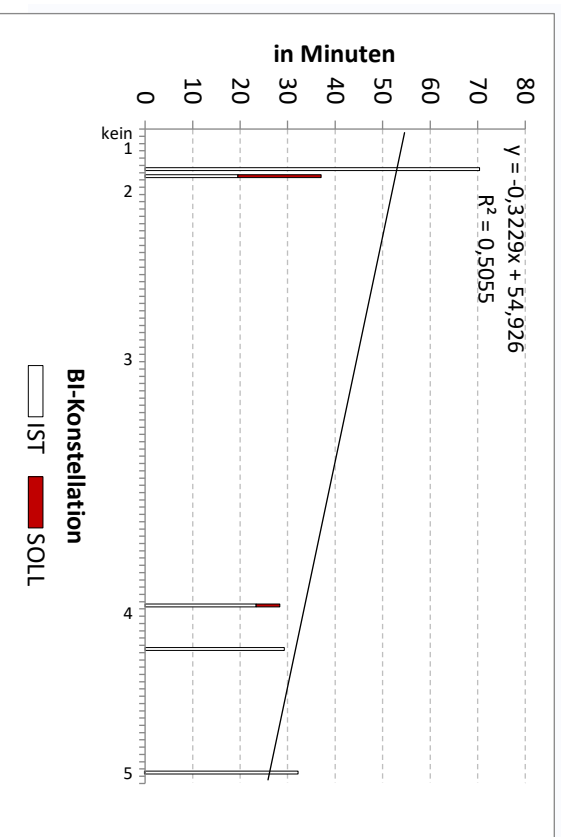
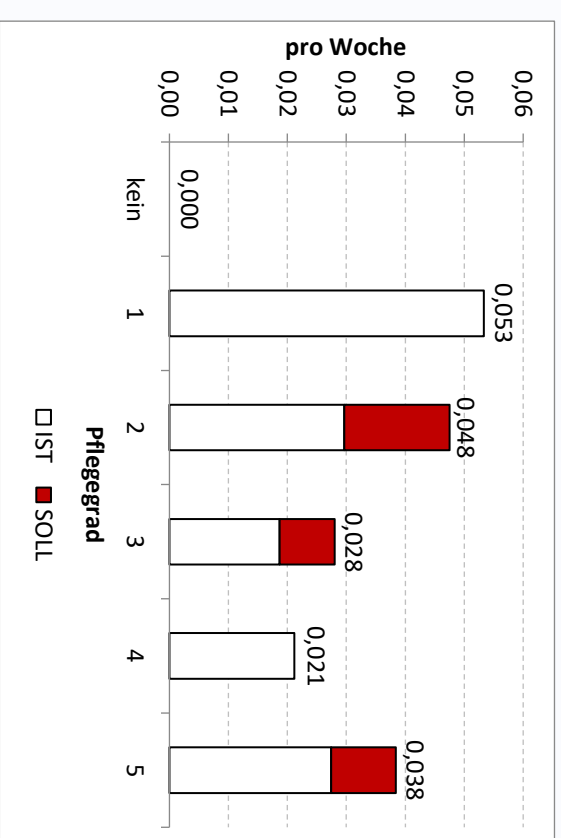
Absolute und relative Teilschrittbewertung



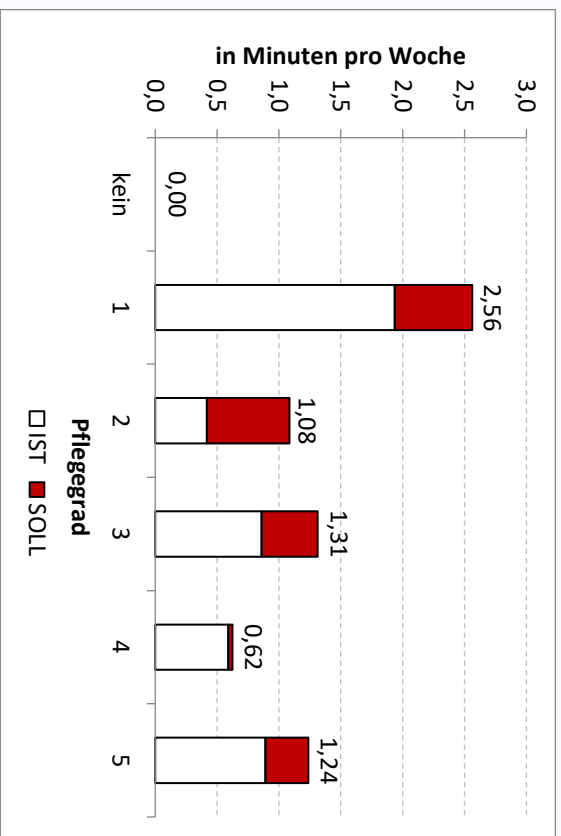
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



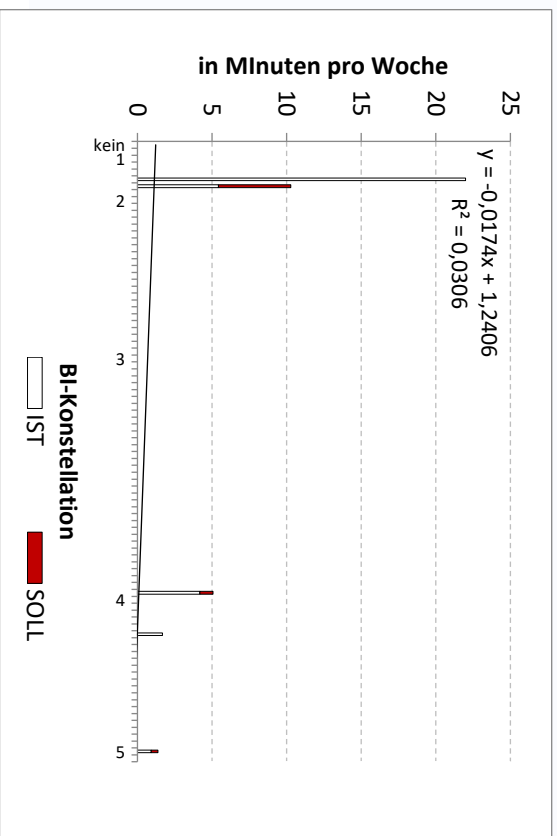
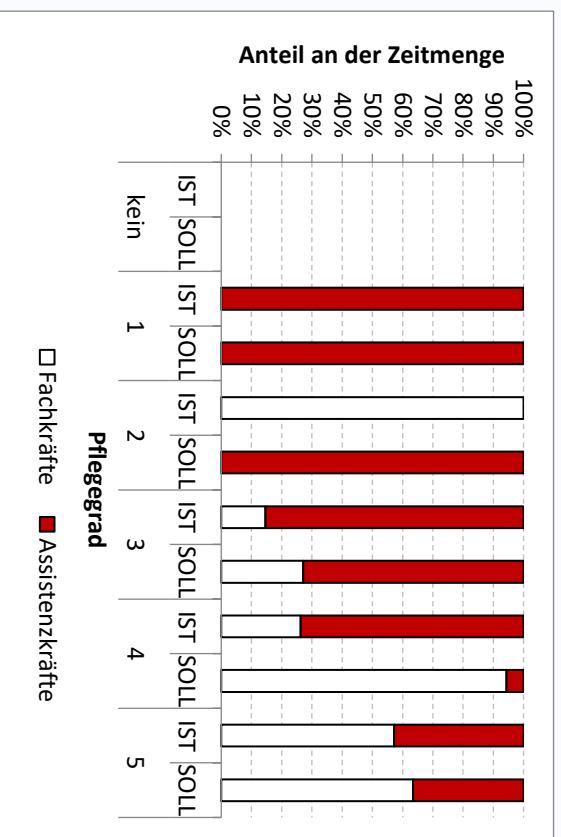
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



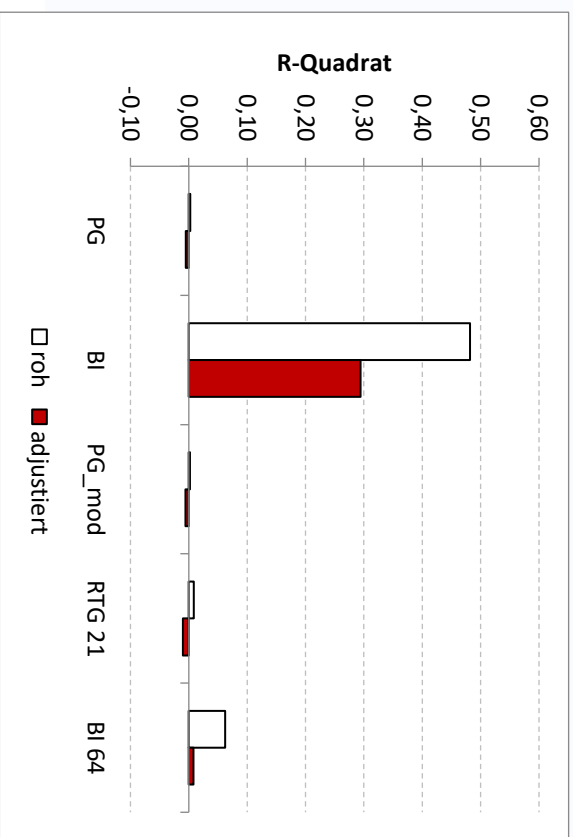
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



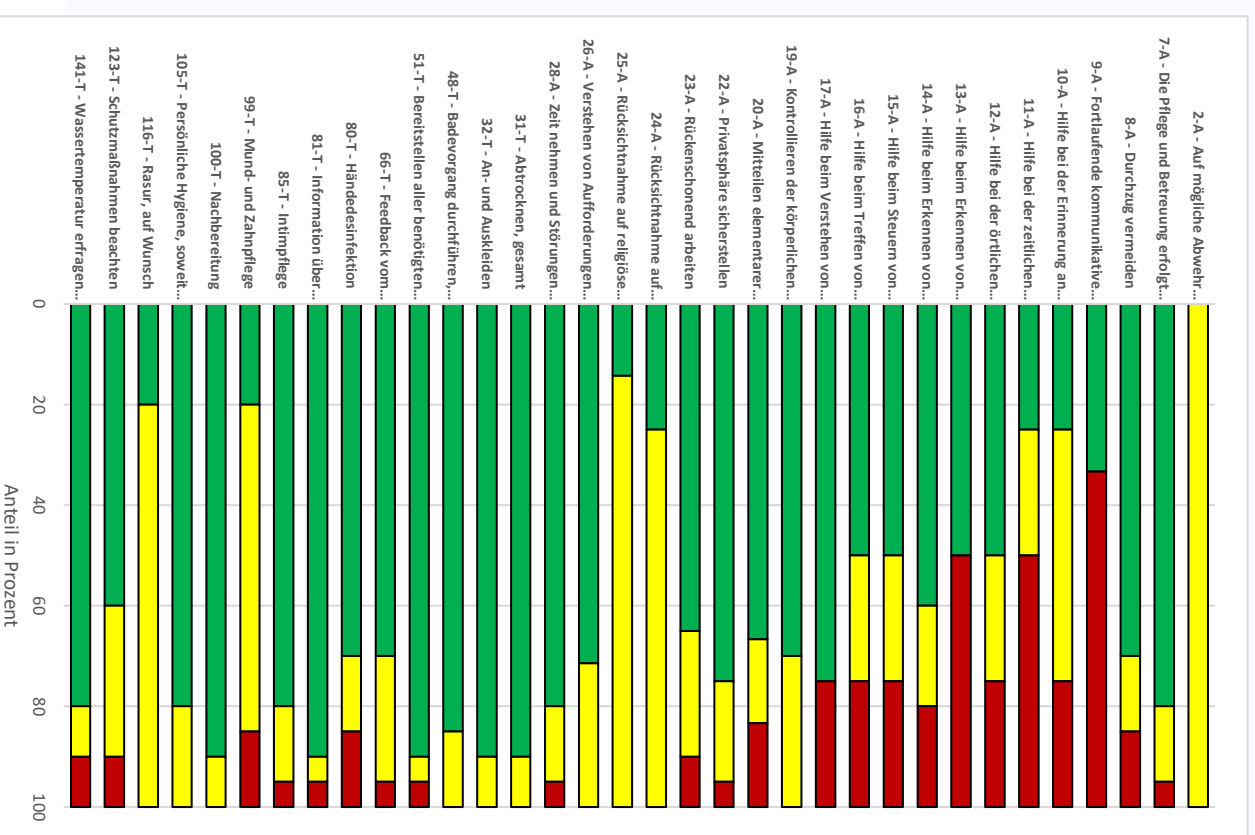
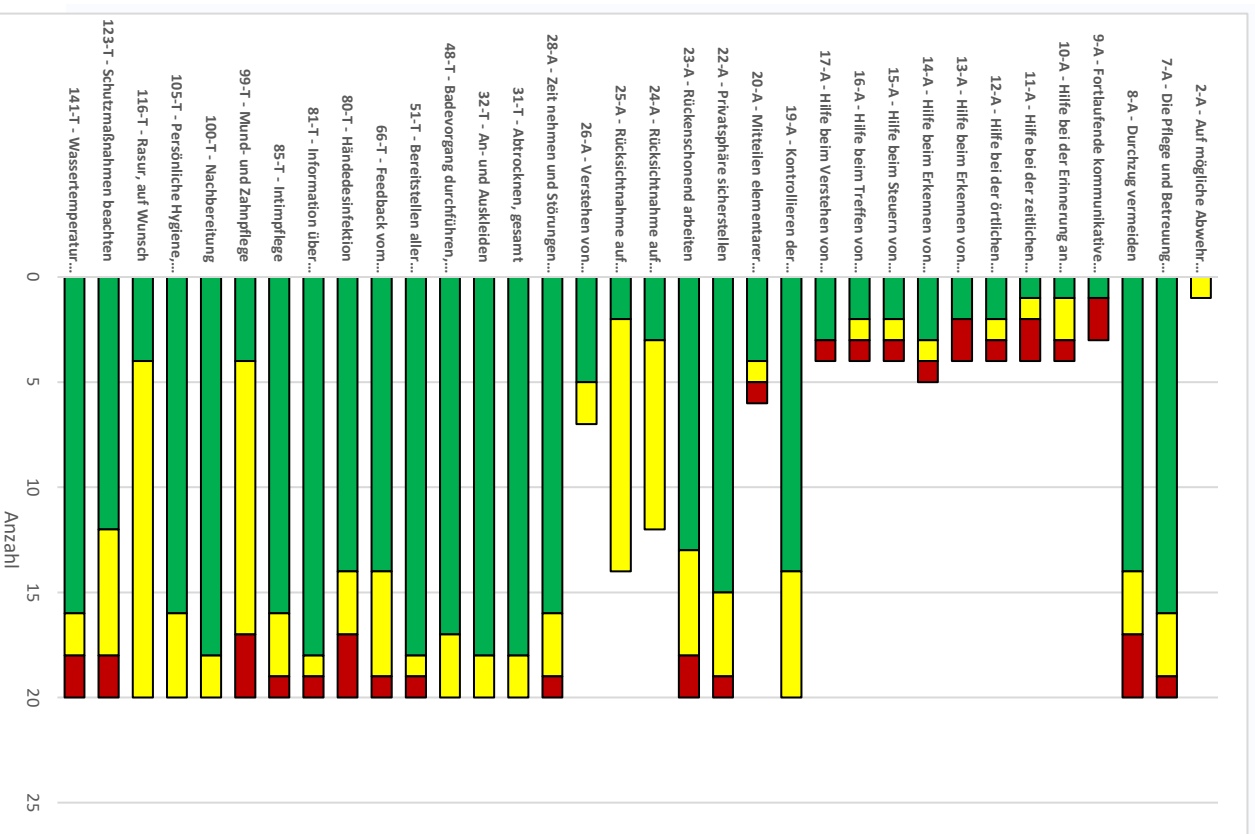
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



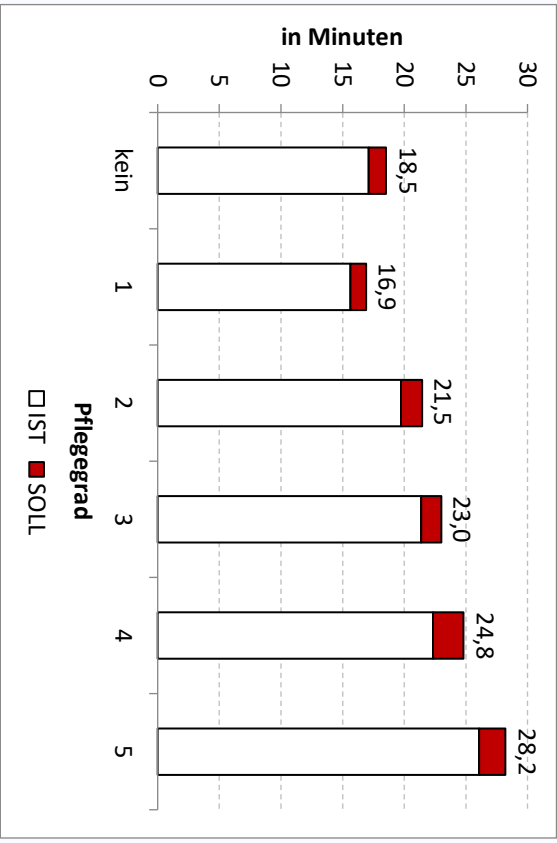
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitmenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



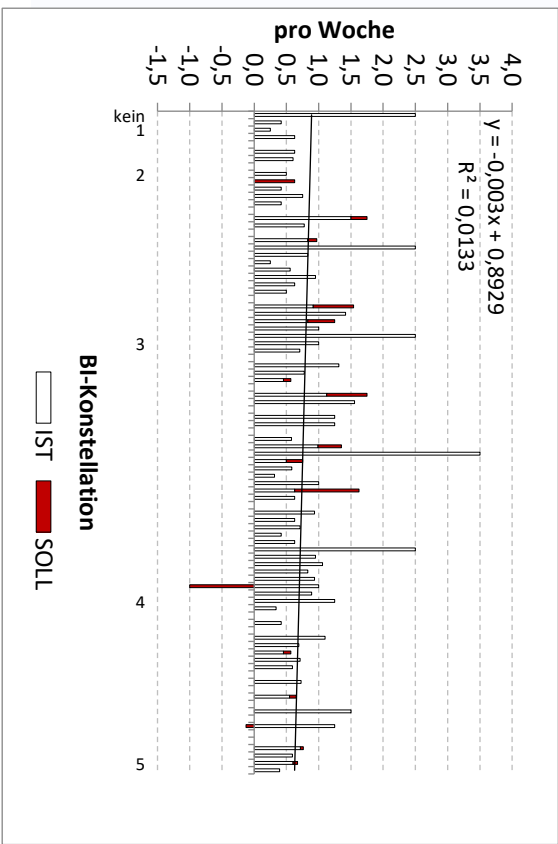
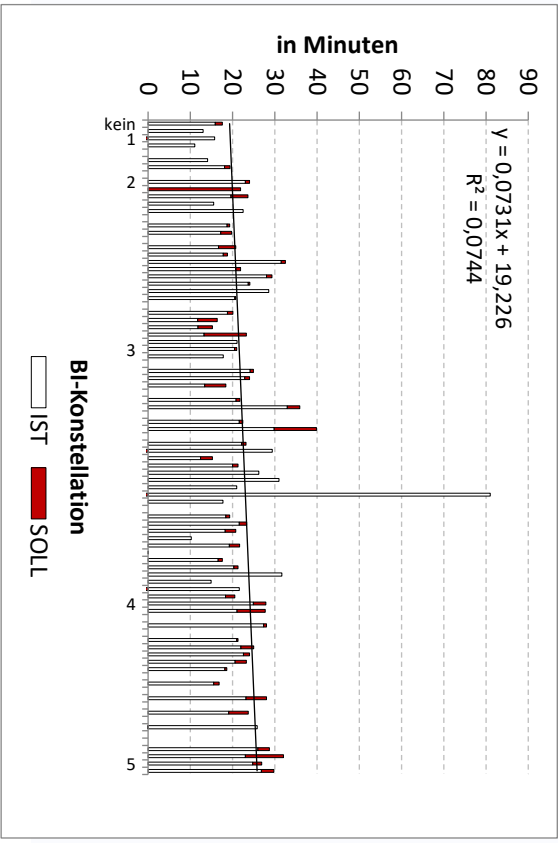
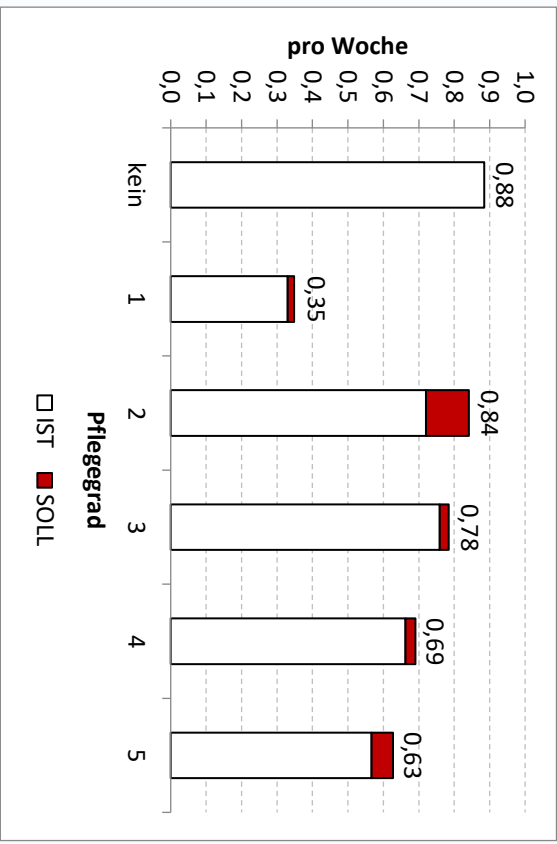
Absolute und relative Teilschrittbewertung



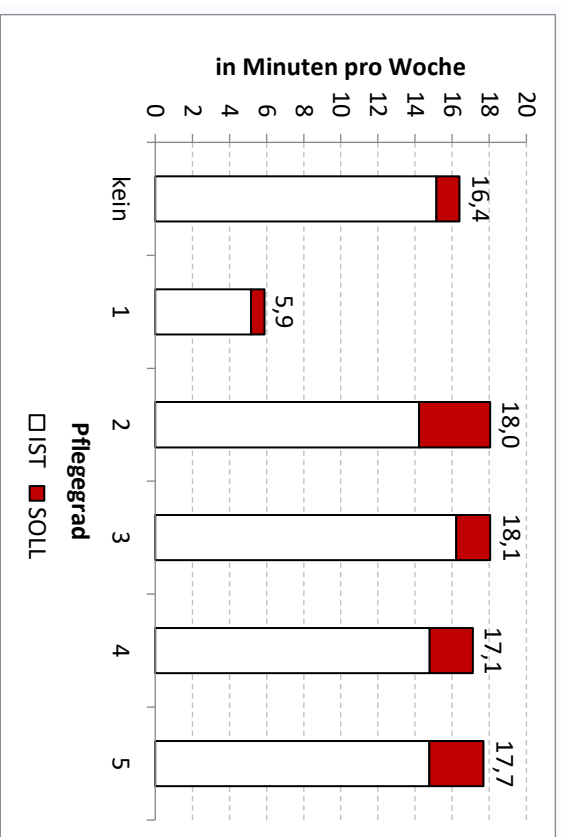
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



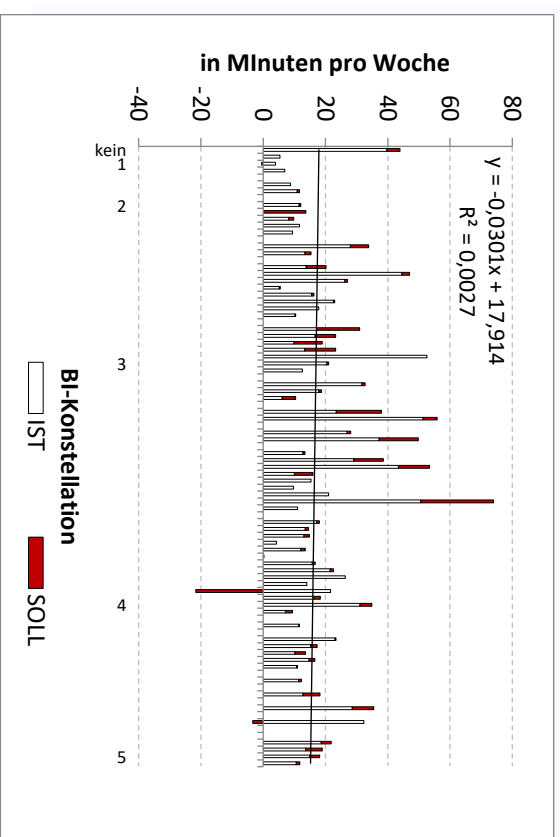
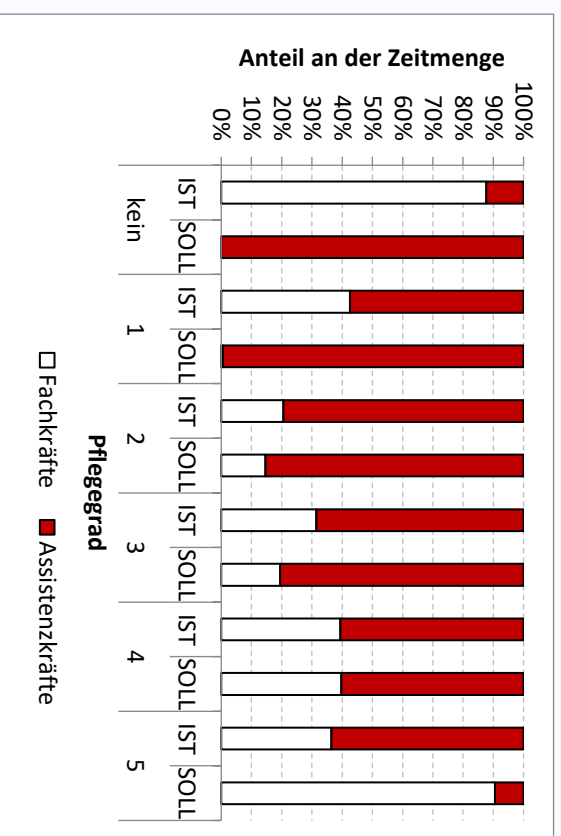
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



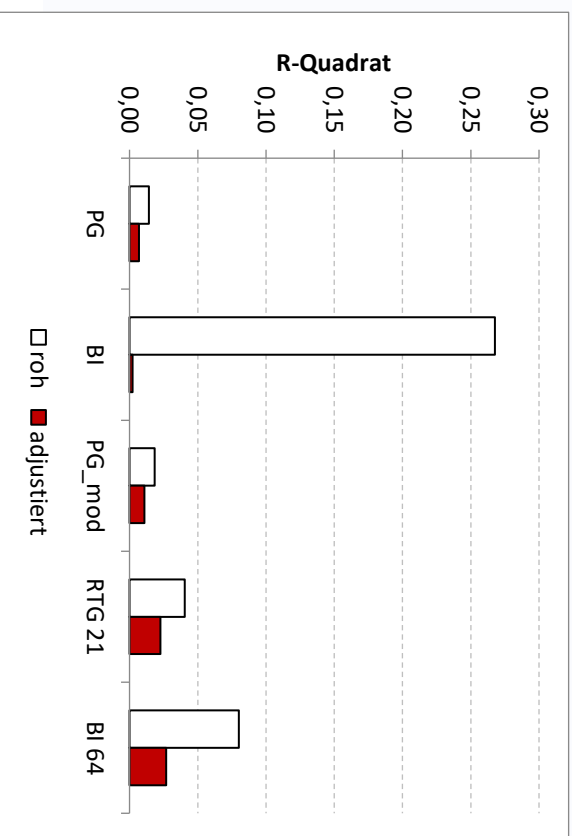
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



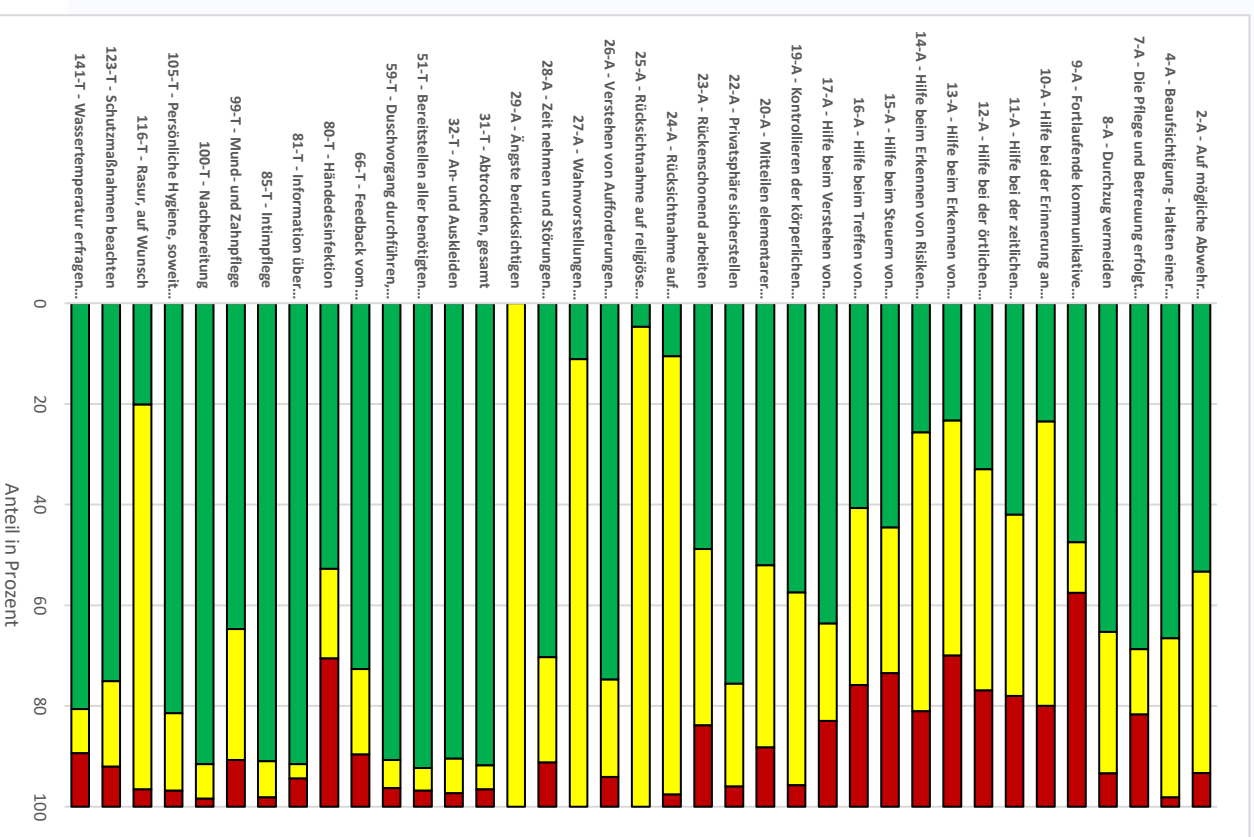
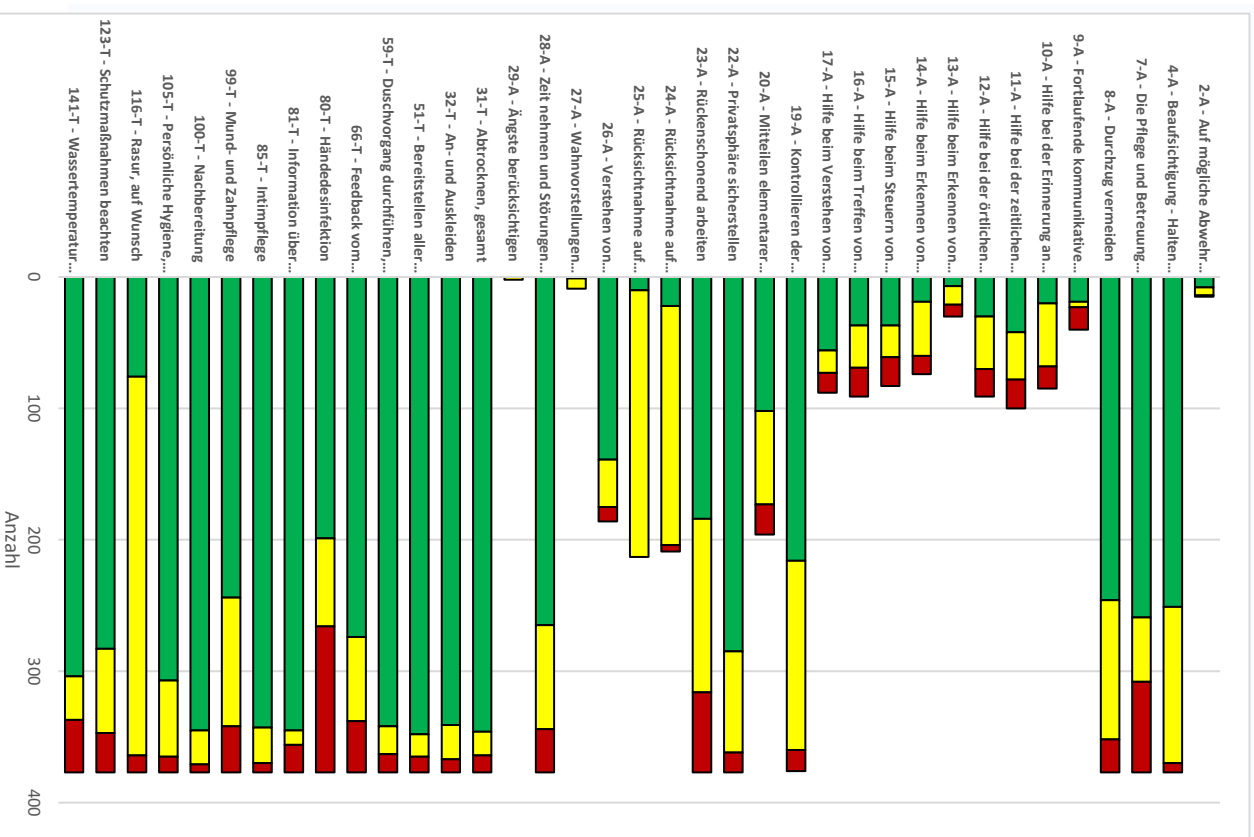
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



Varianzaufklärung der SOLL-Zeitmenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)

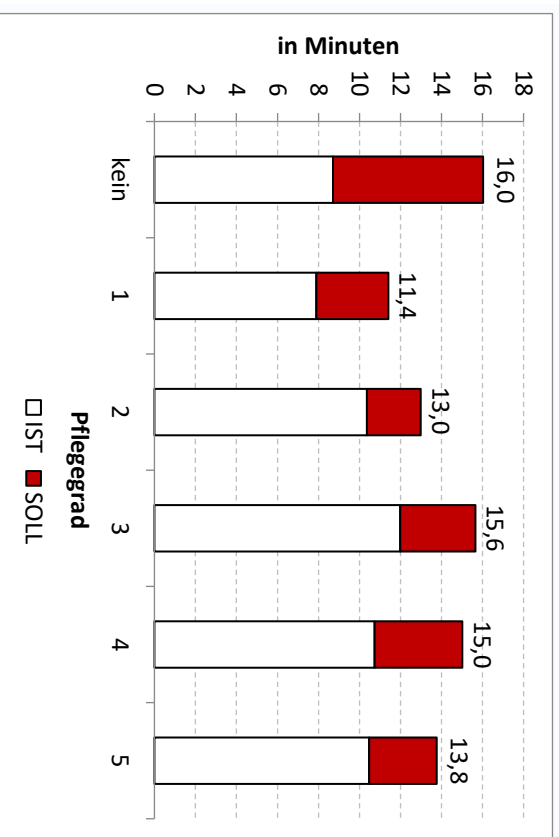


Absolute und relative Teilschrittbewertung

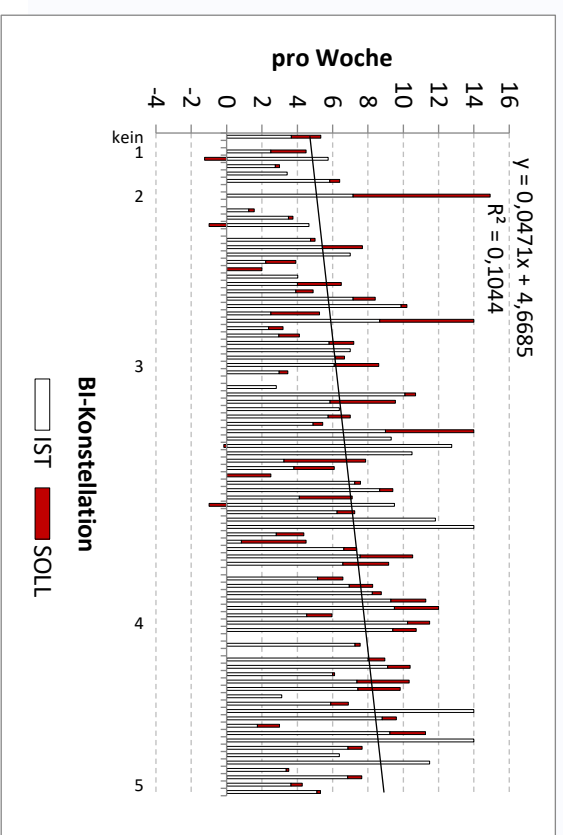
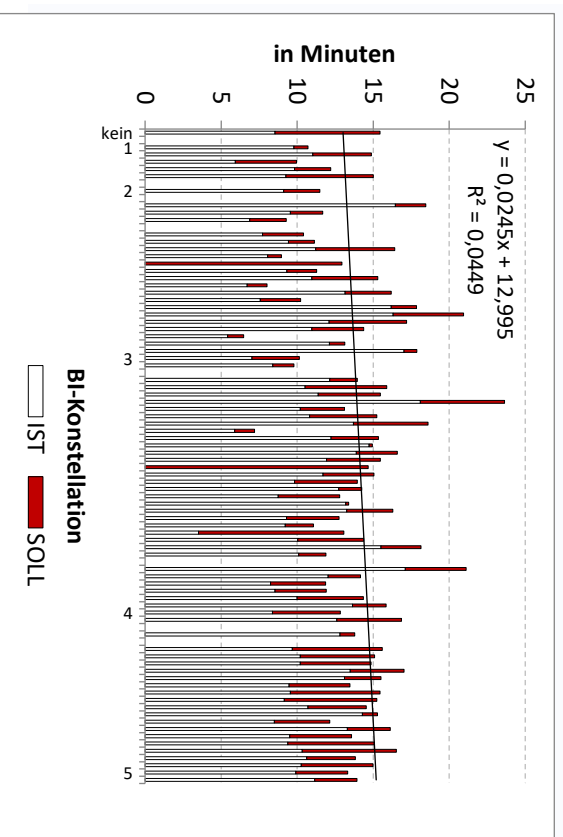
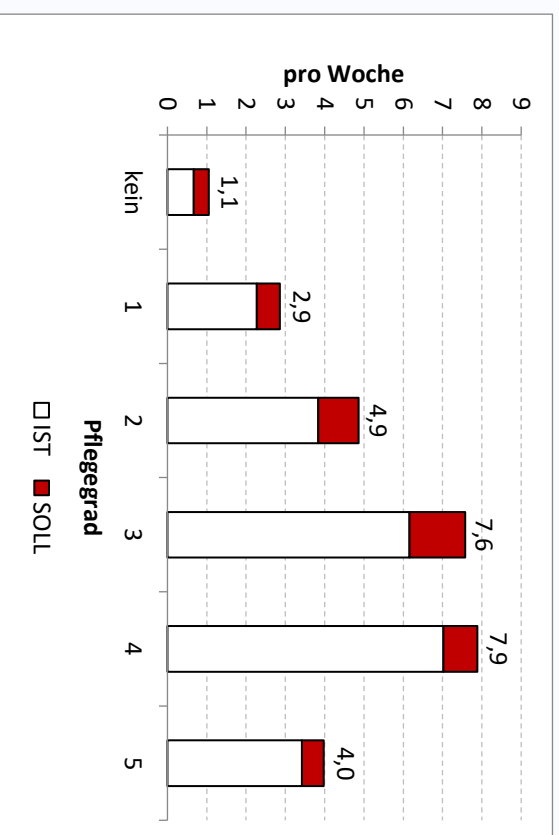


4.13 Körperpflege: Waschen am Waschbecken

Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...

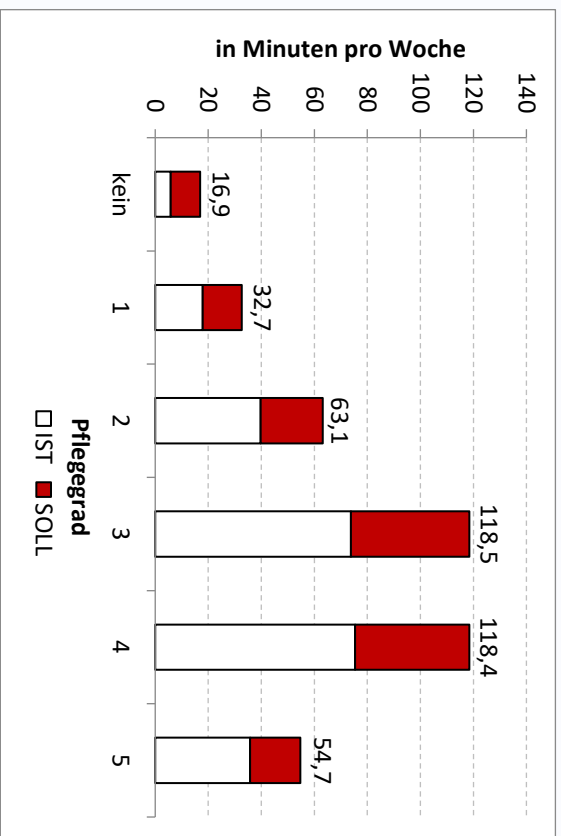


Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...

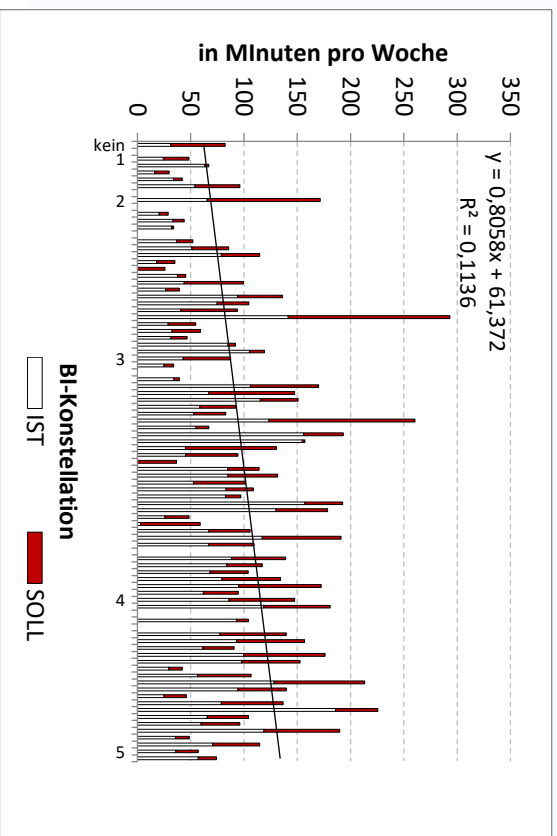
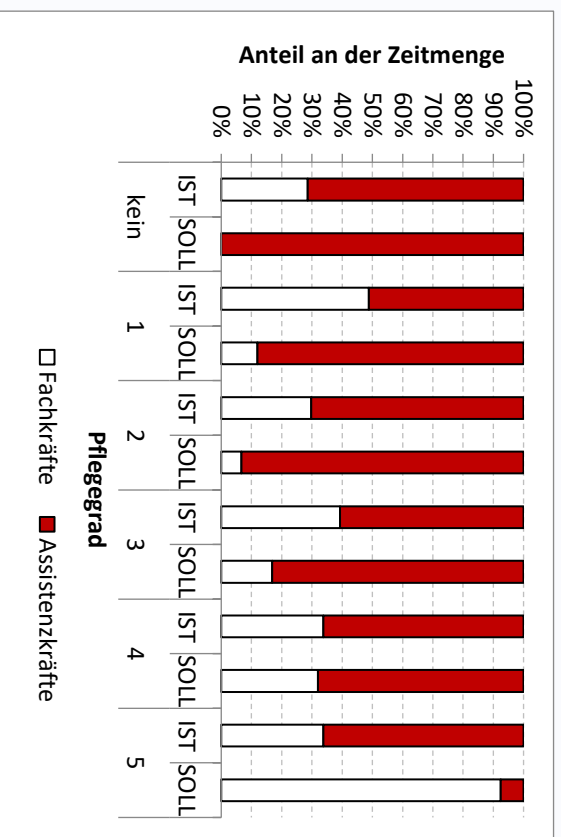


4.13 Körperpflege: Waschen am Waschbecken

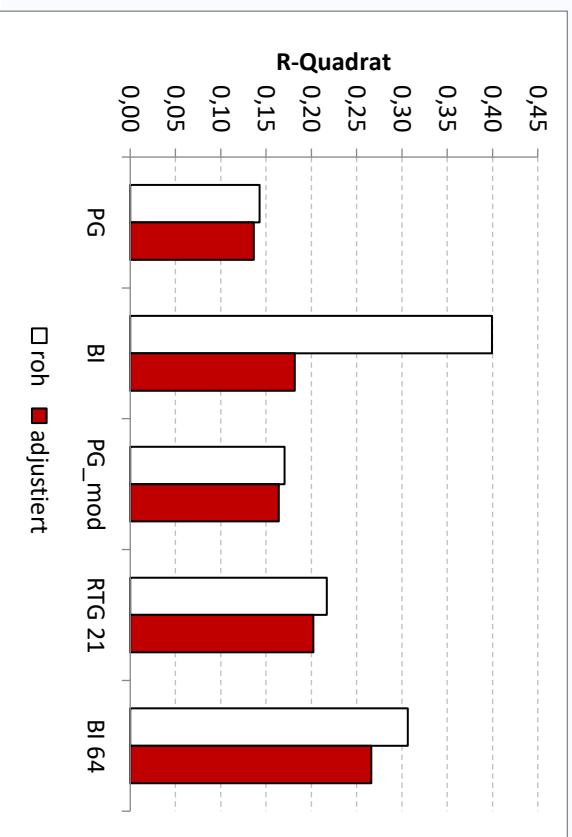
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



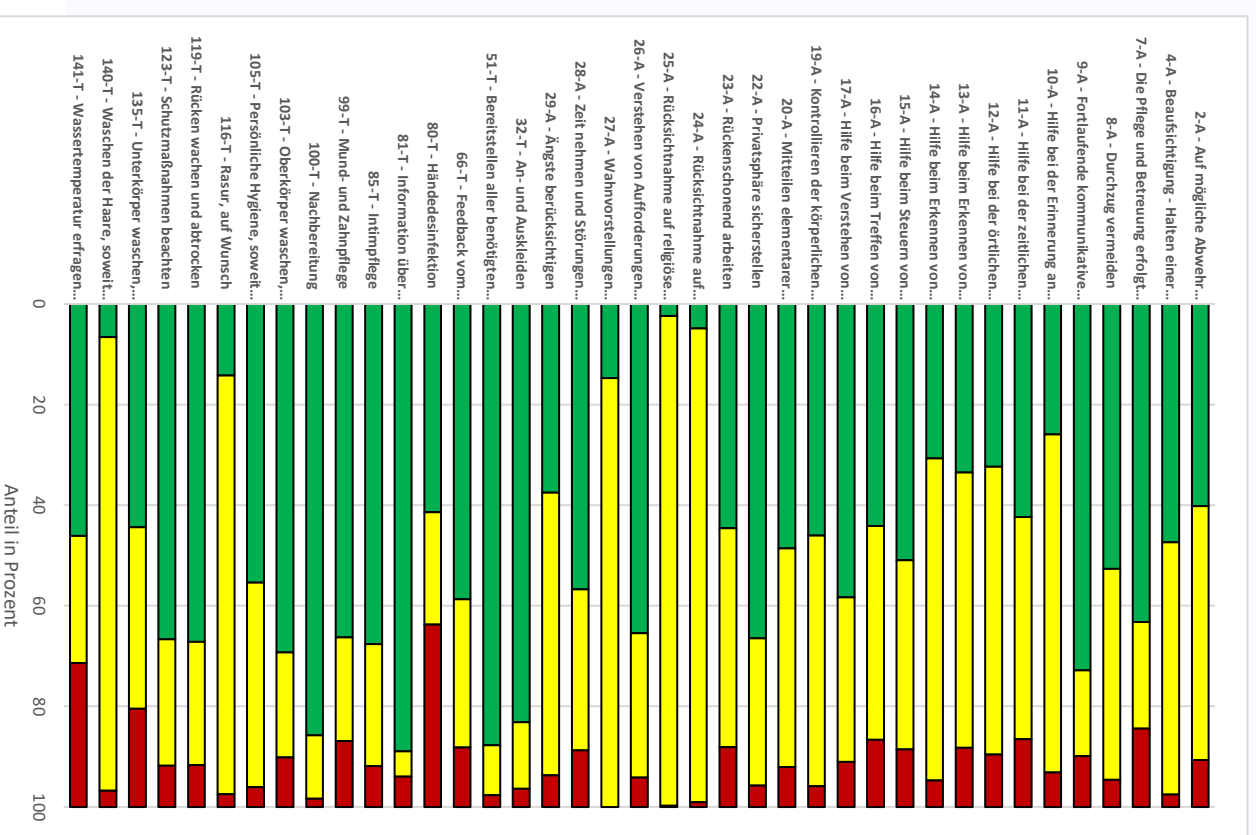
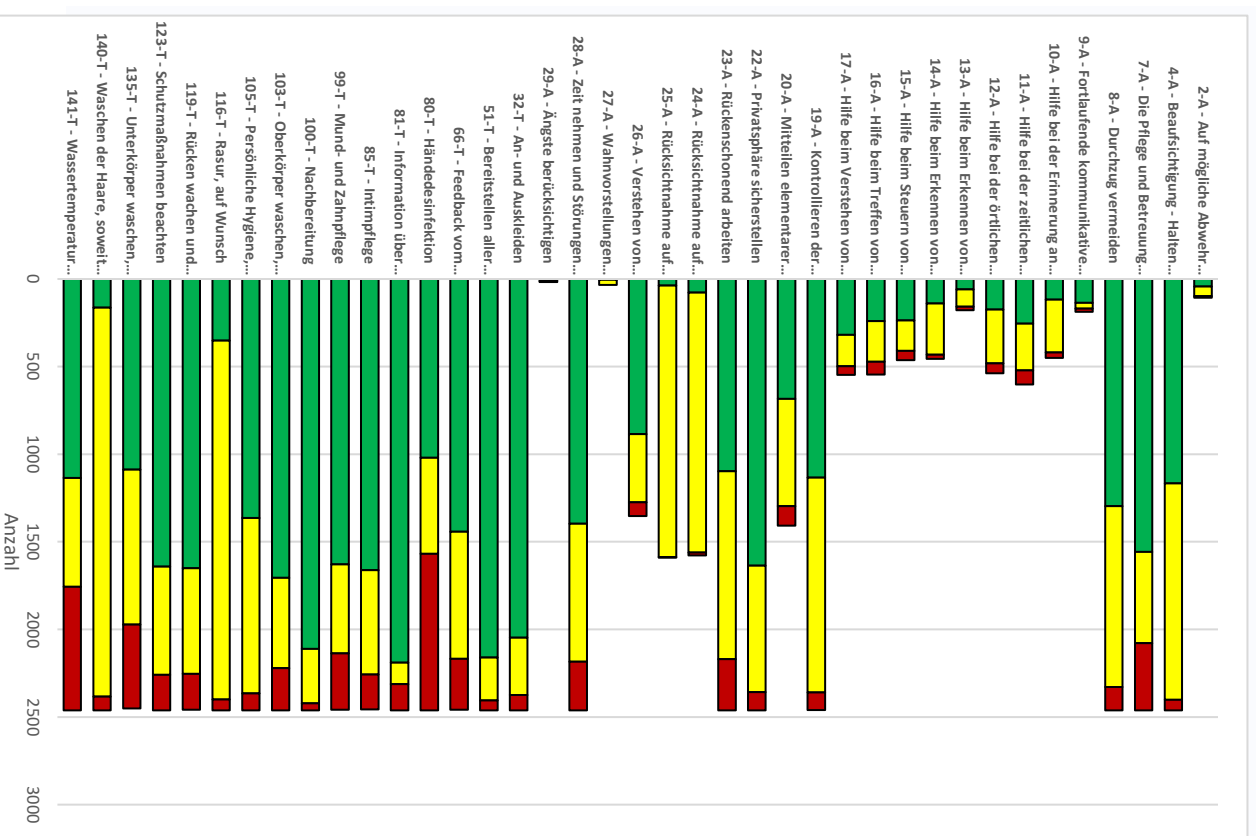
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



Varianzaufklärung der SOLL-Zeitemenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



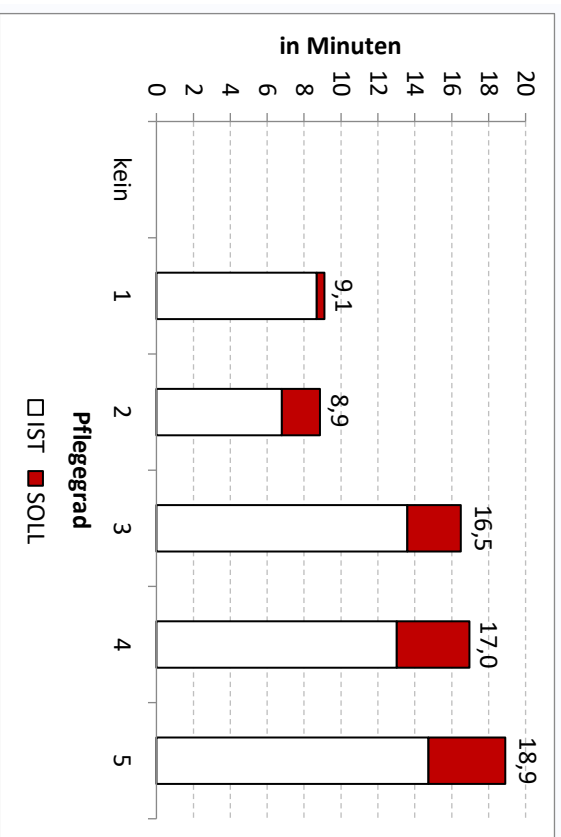
Absolute und relative Teilschrittbewertung



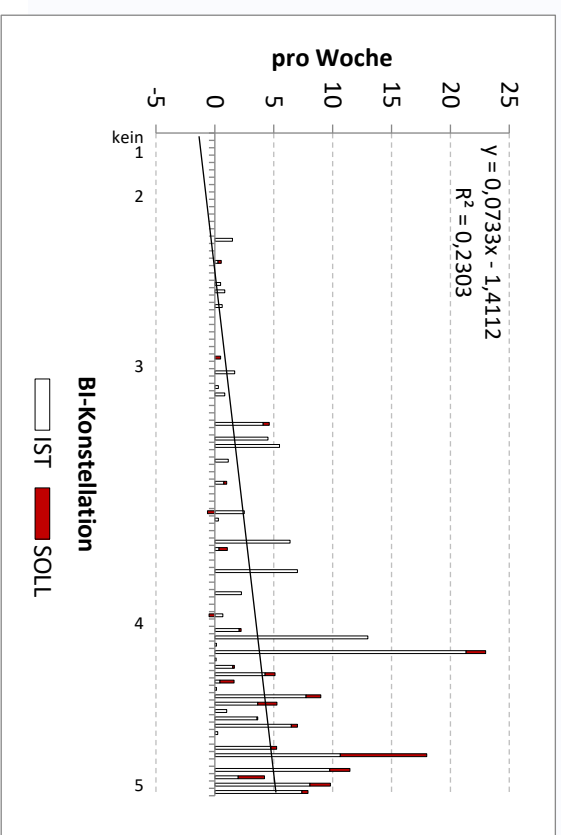
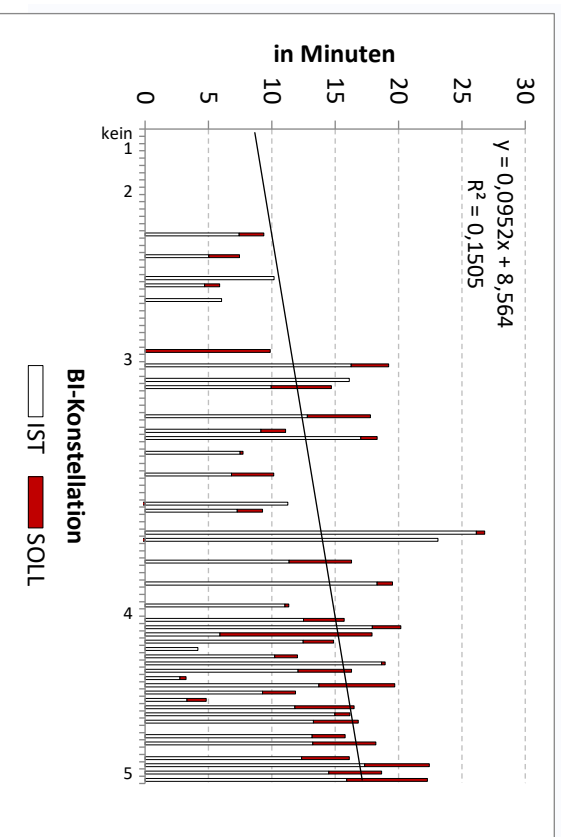
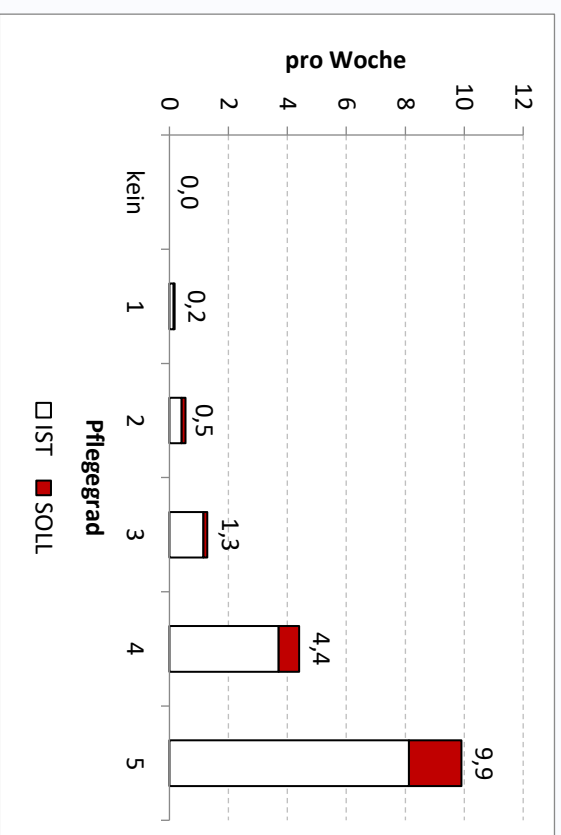
4.13 Körperpflege: Waschen am Waschbecken

4.14 Körperpflege: Waschen im Bett

Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...

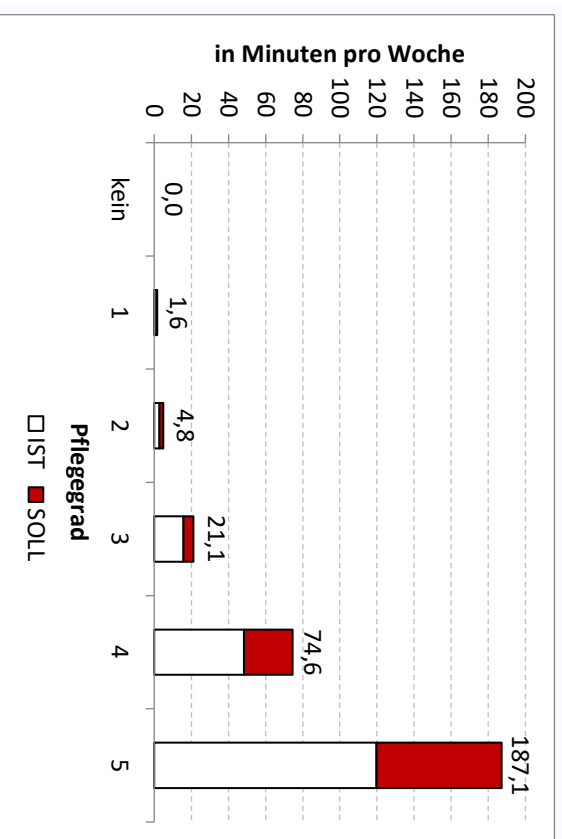


Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...

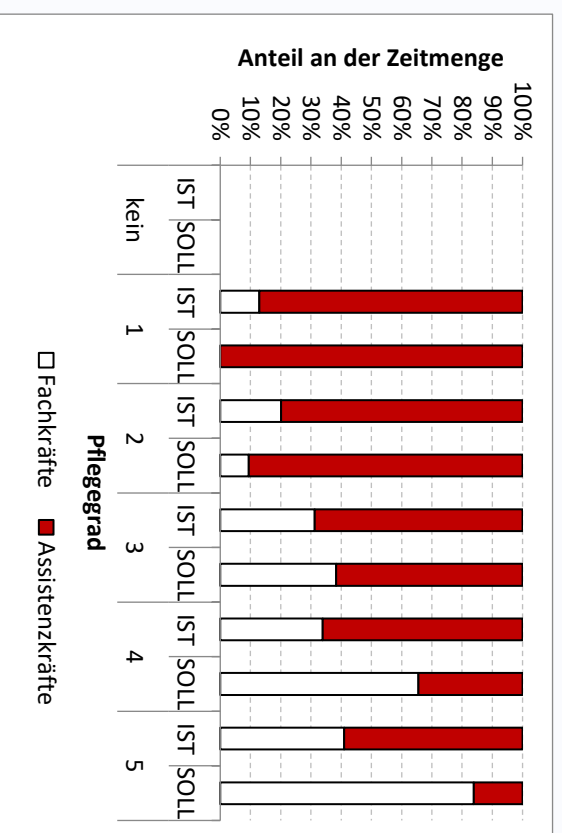


4.14 Körperpflege: Waschen im Bett

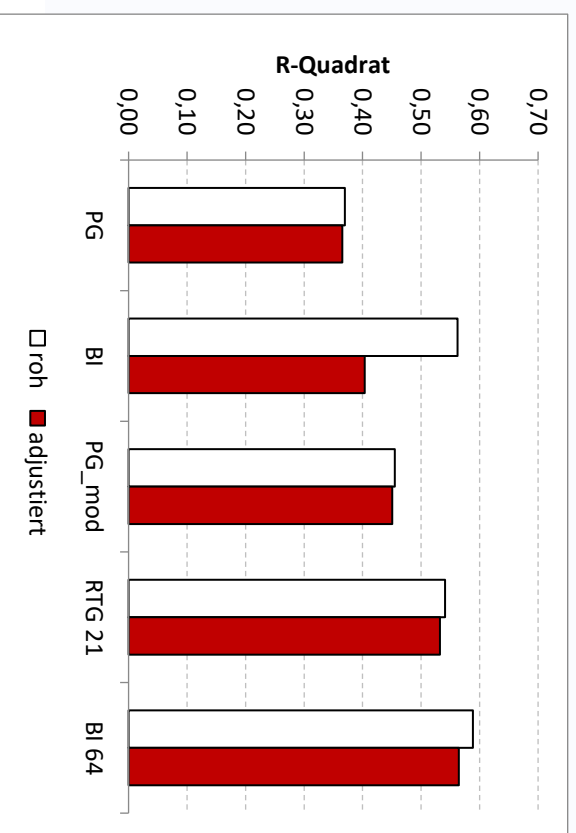
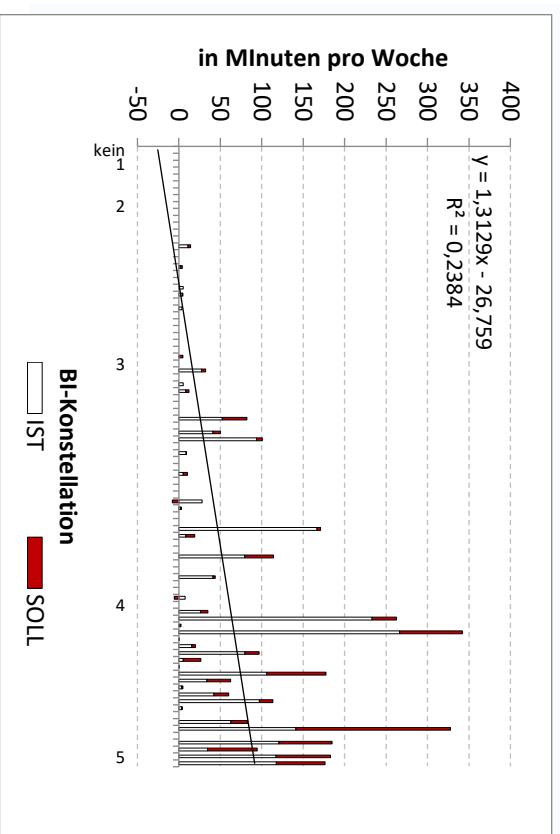
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



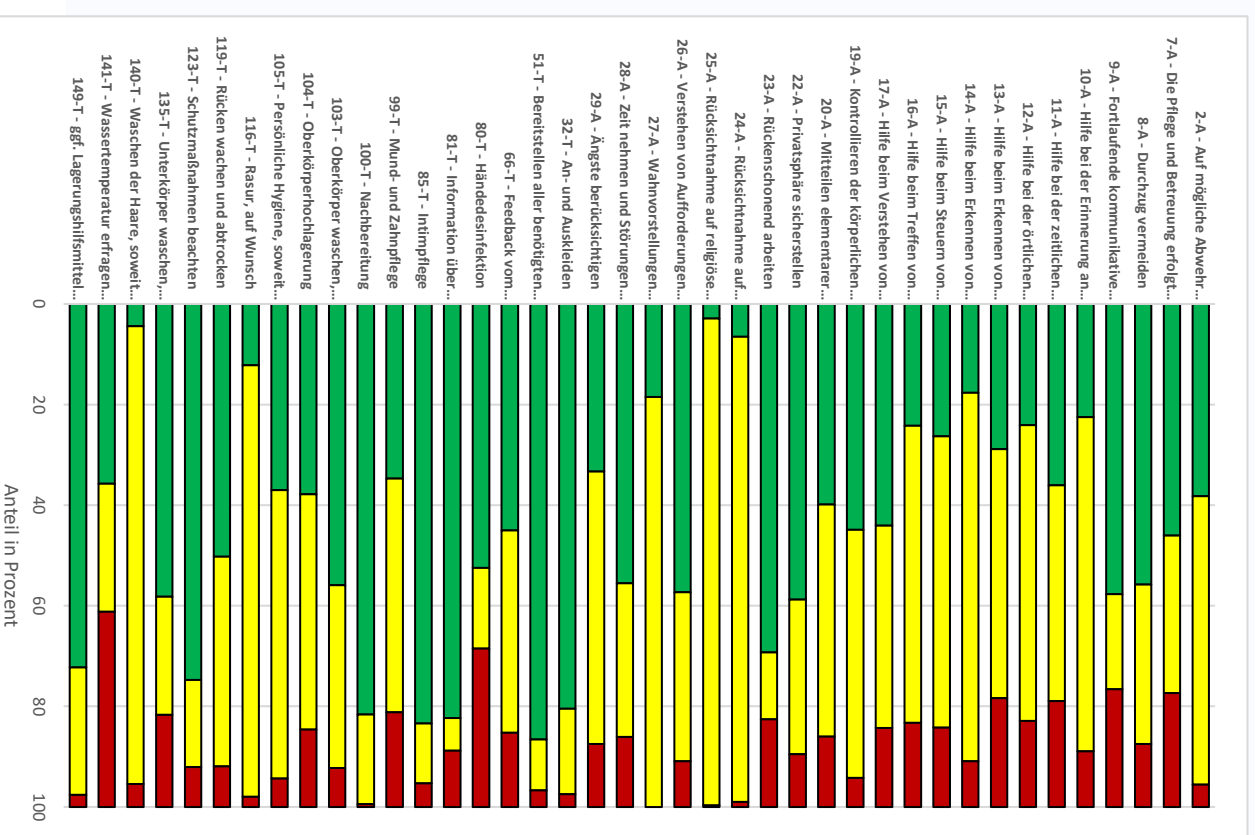
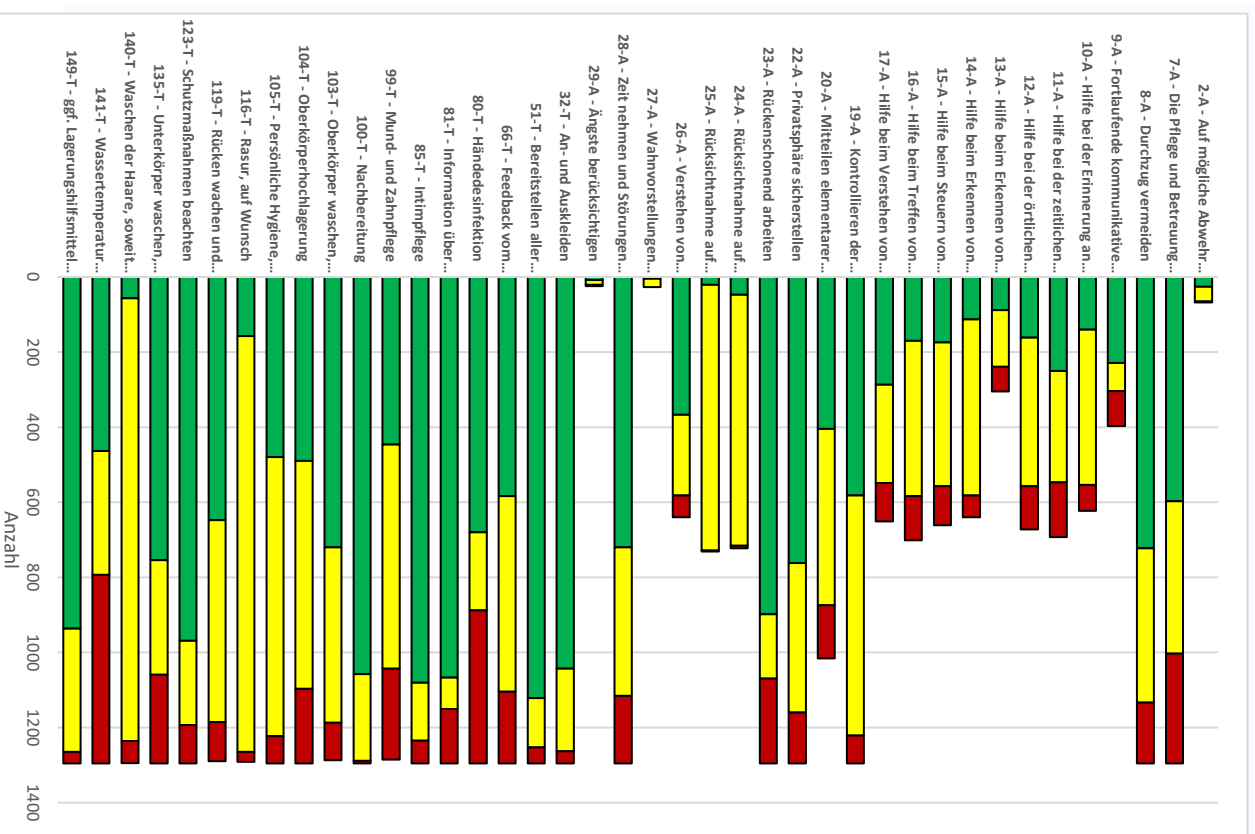
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



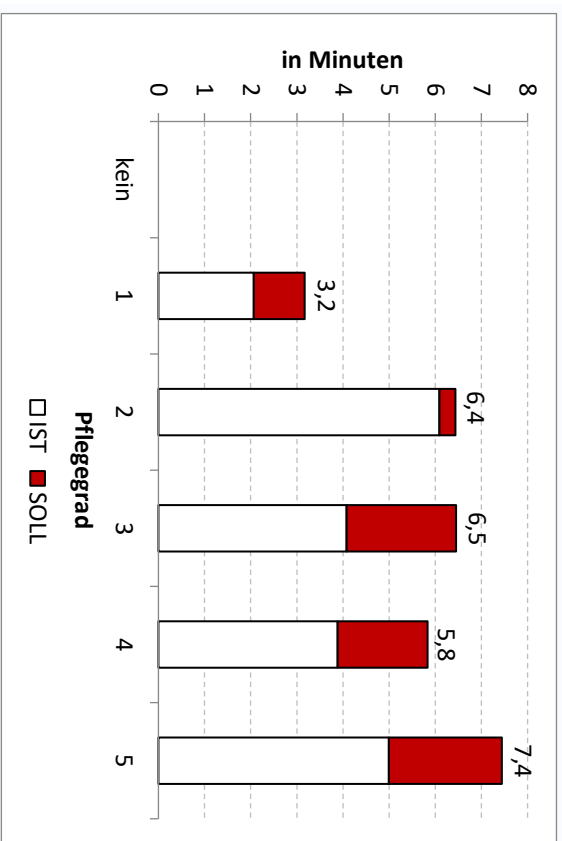
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitmenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



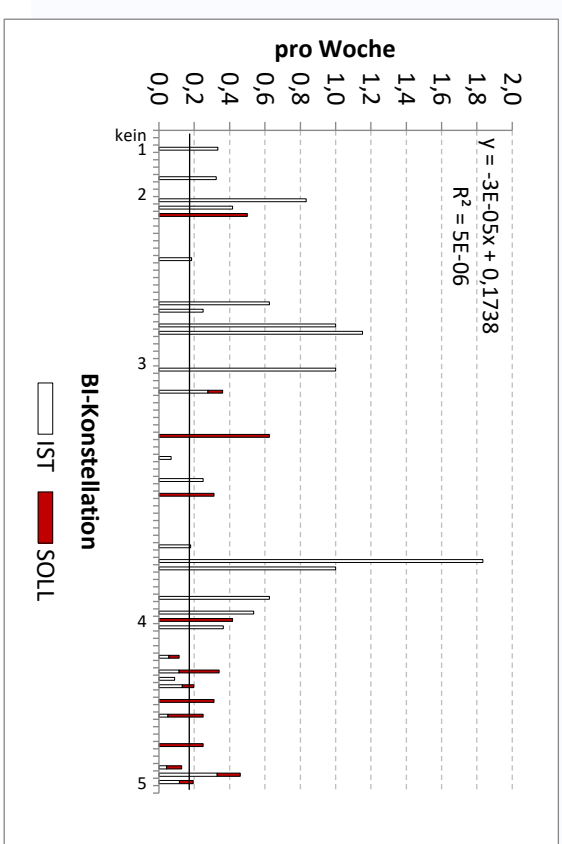
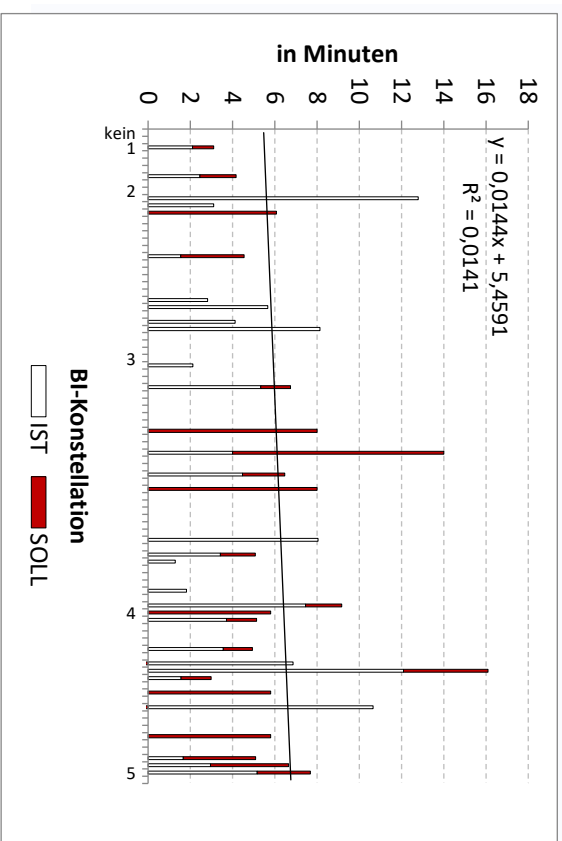
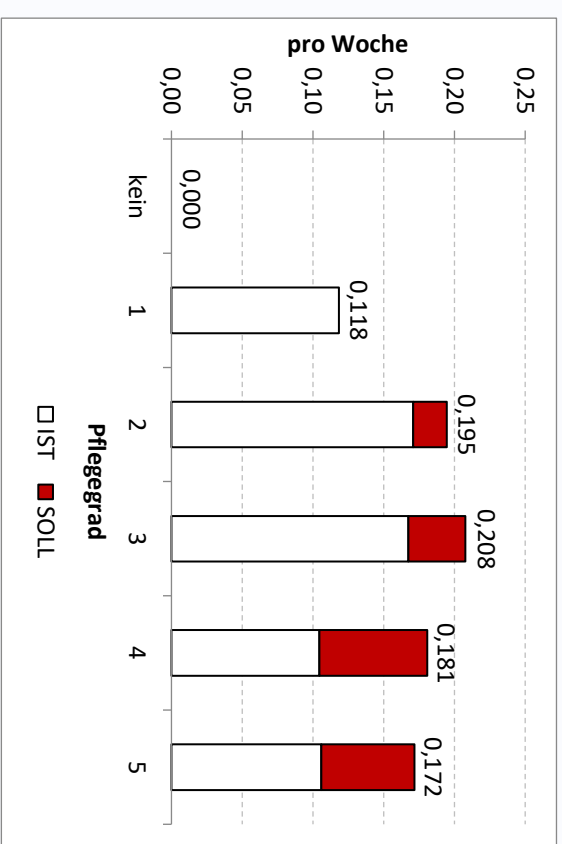
Absolute und relative Teilschrittbewertung



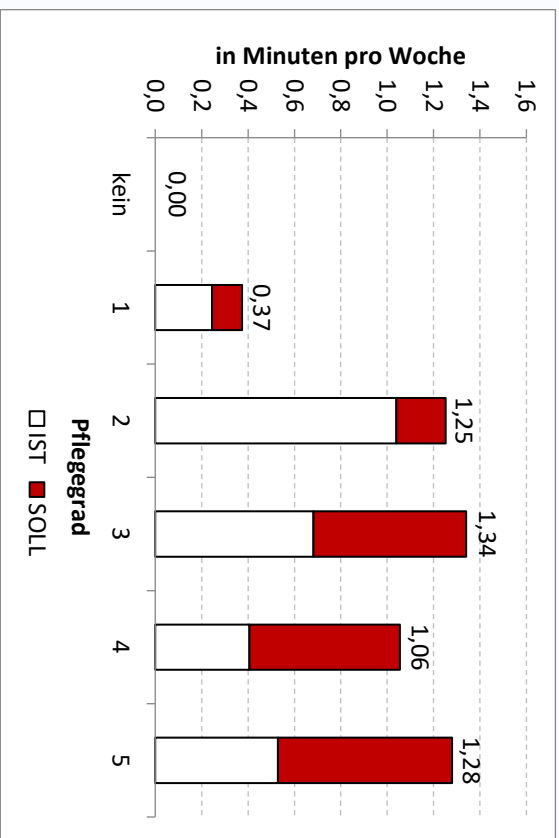
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



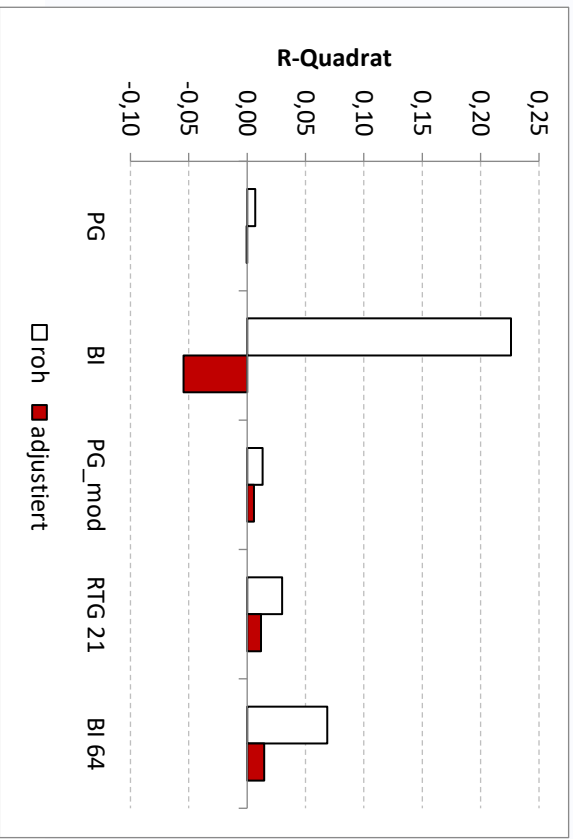
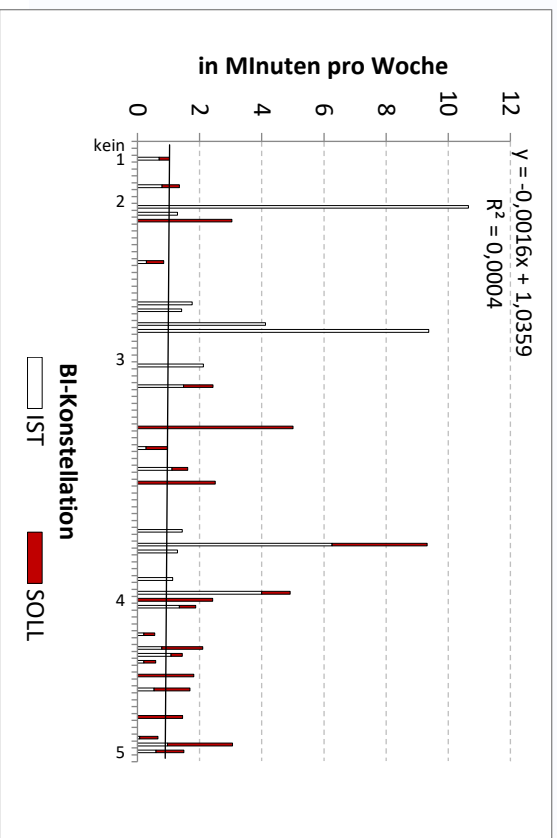
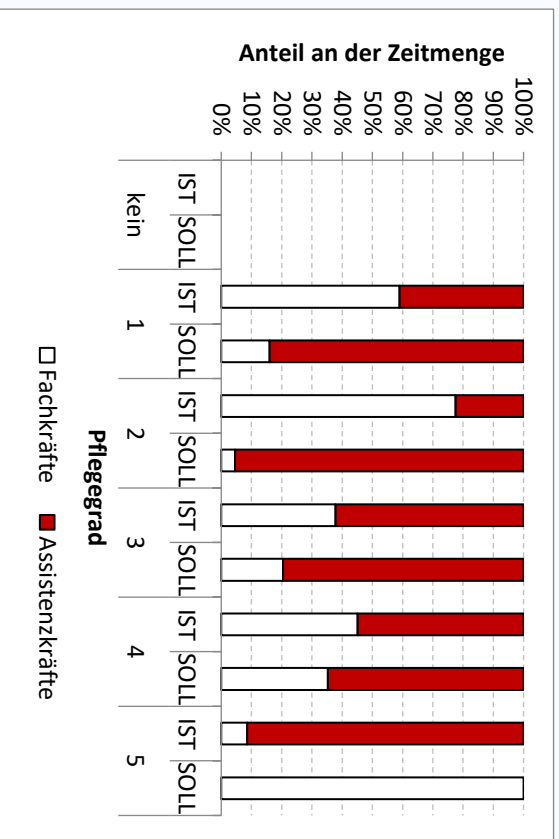
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



Durchschnittliche Zeitemengen nach...

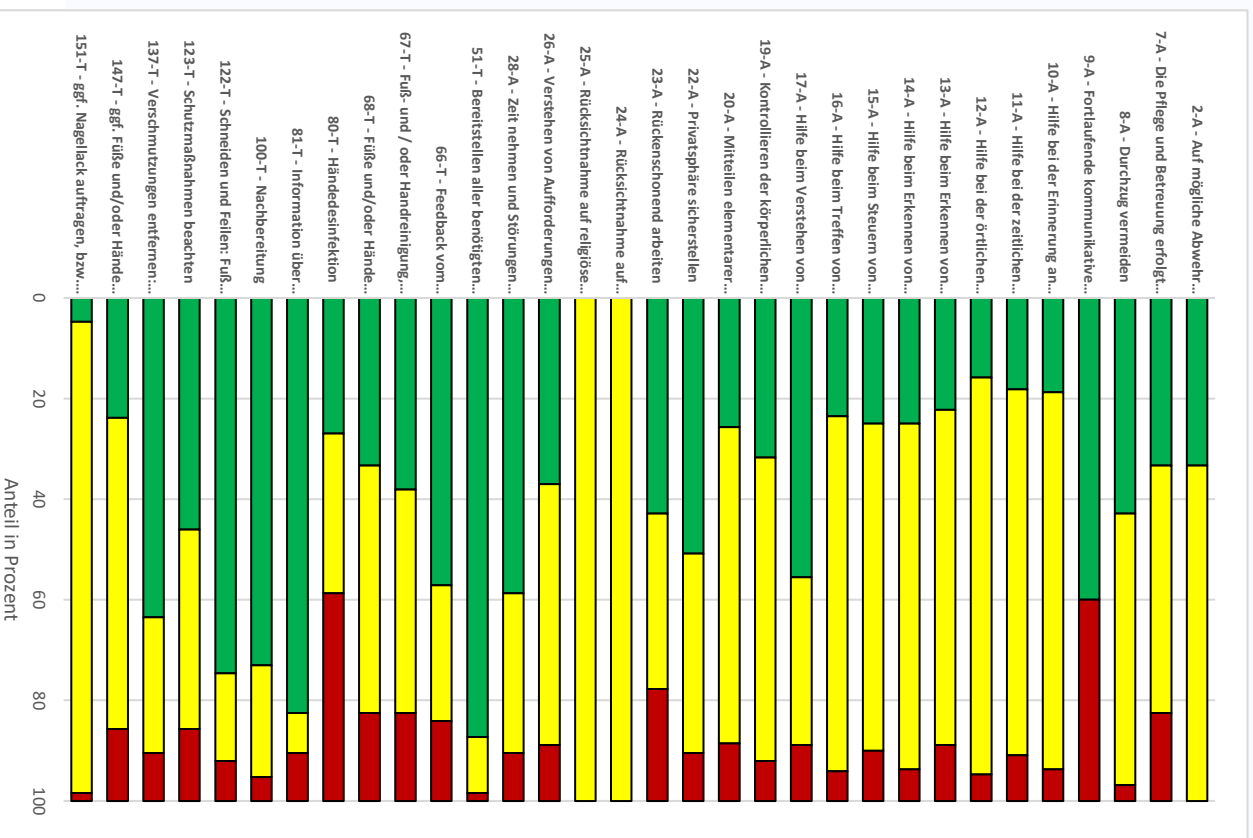
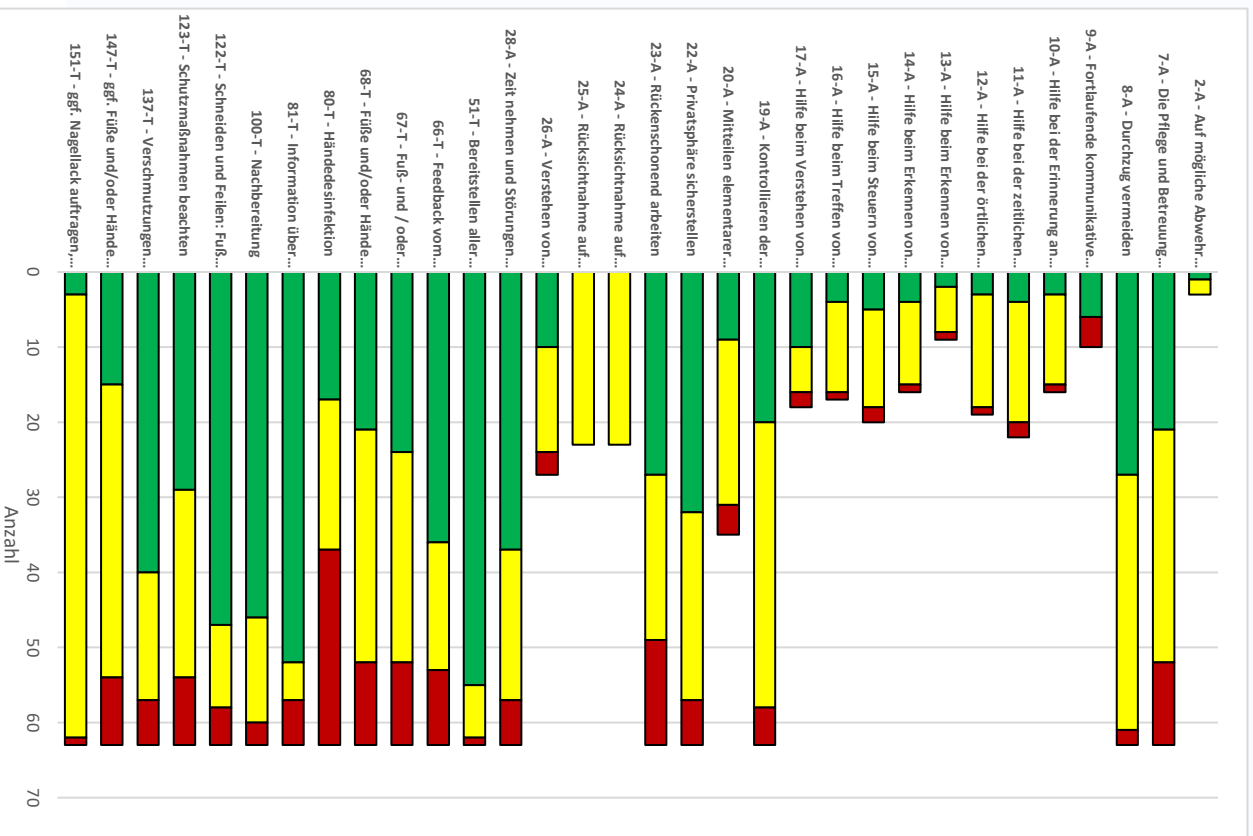


Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)

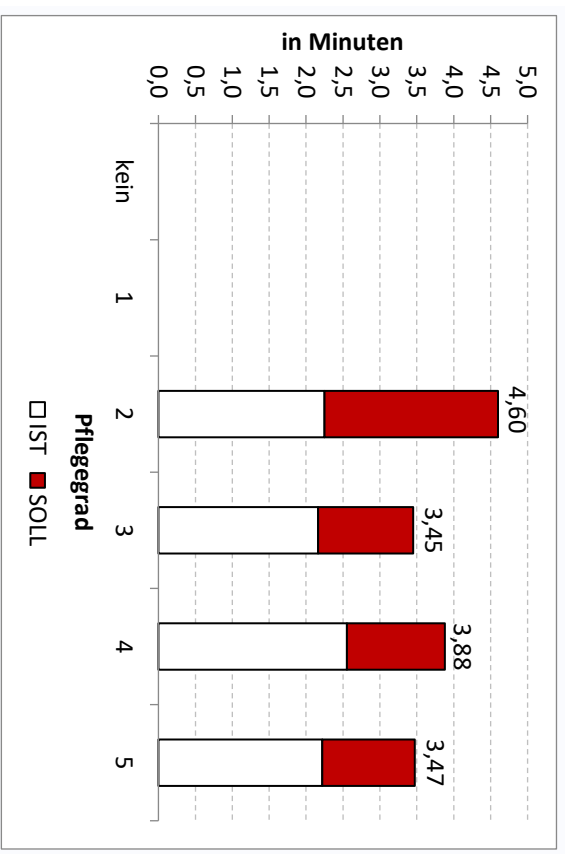


Varianzaufklärung der SOLL-Zeitemenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)

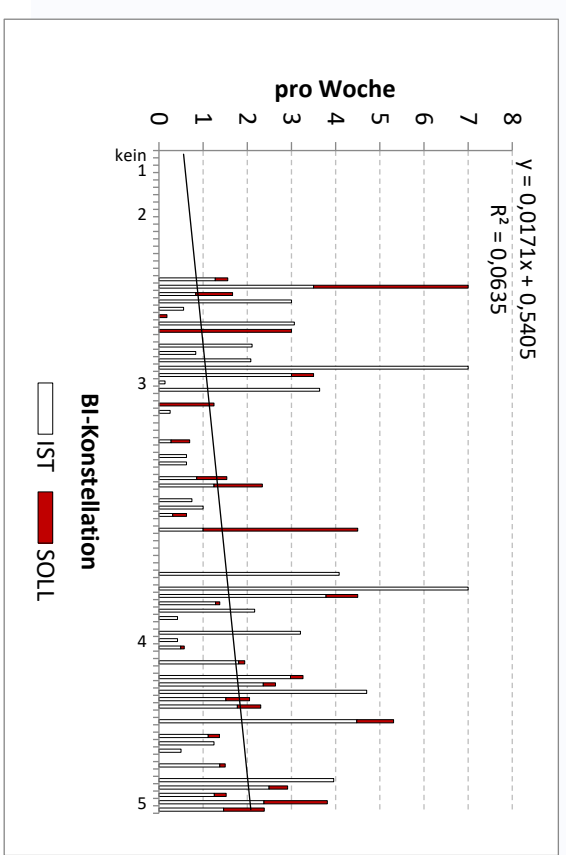
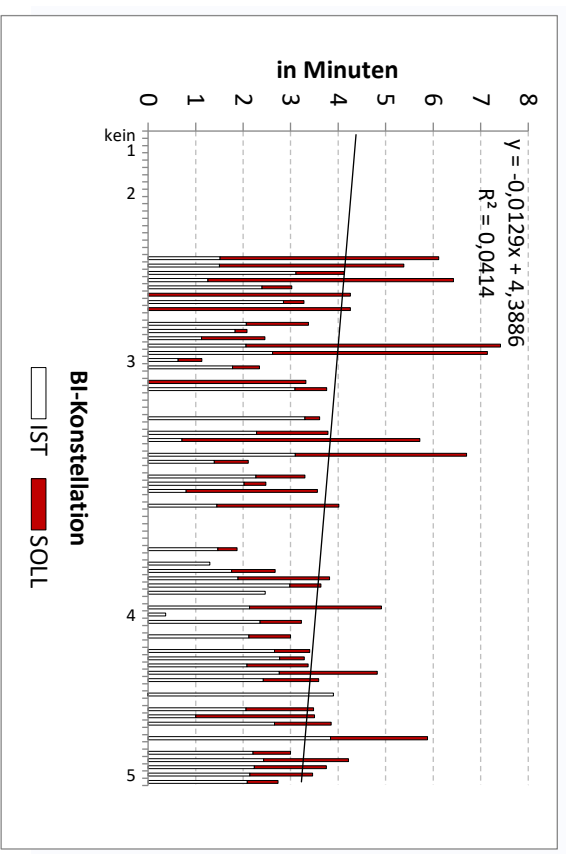
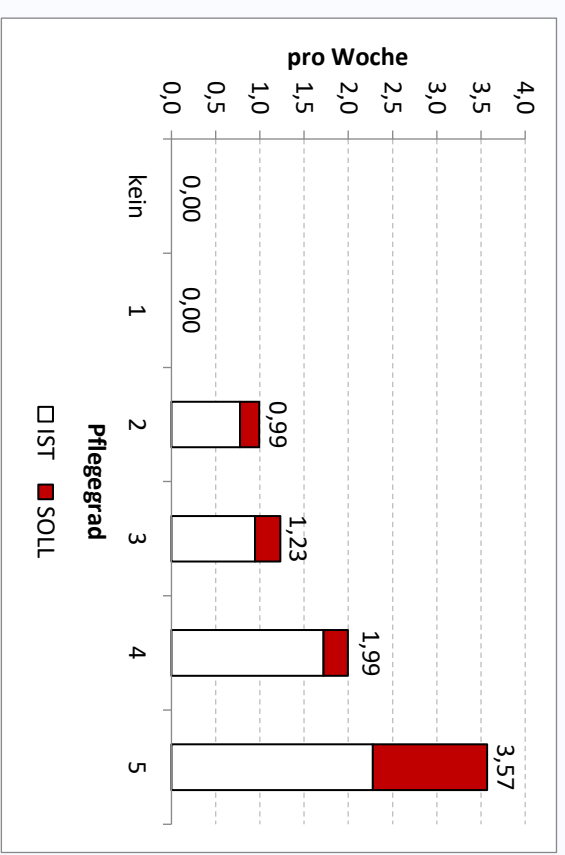
Absolute und relative Teilschrittbewertung



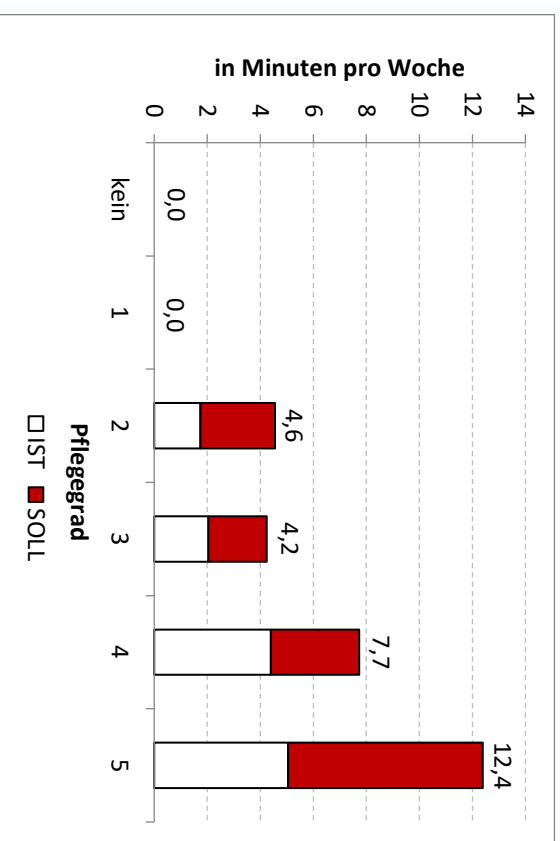
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



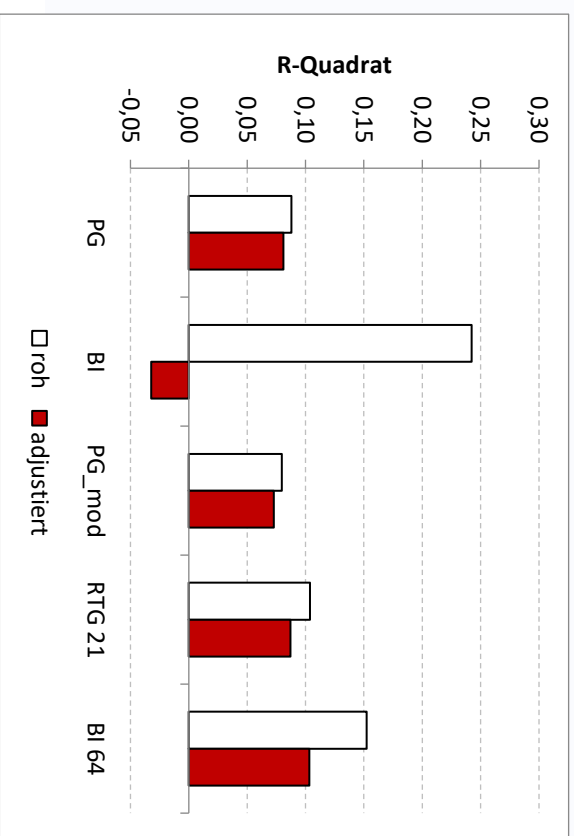
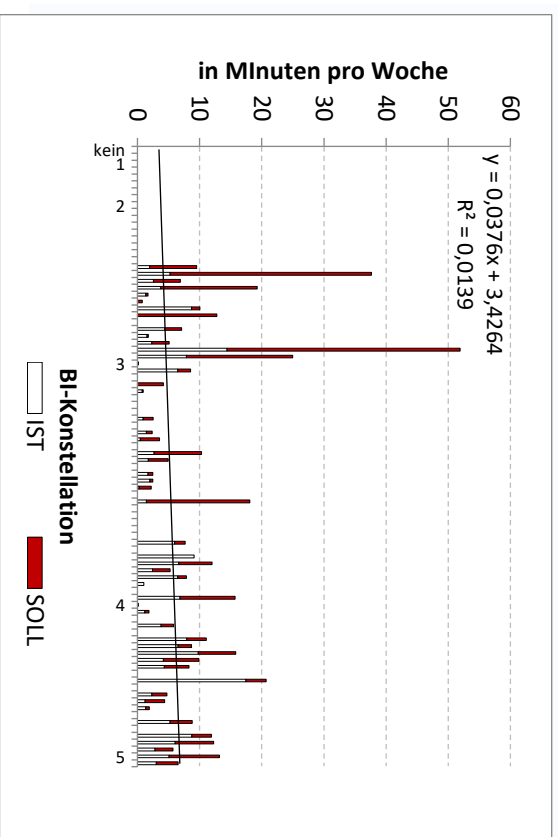
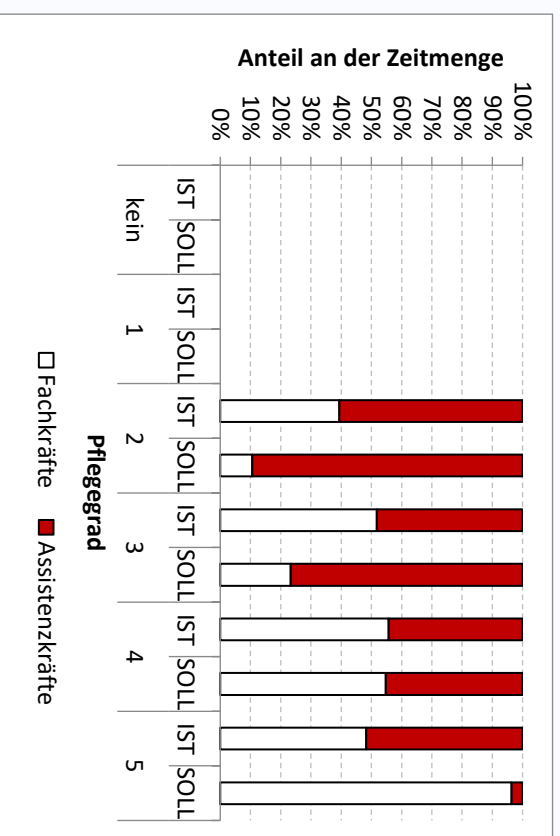
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



Durchschnittliche Zeitemengen nach...

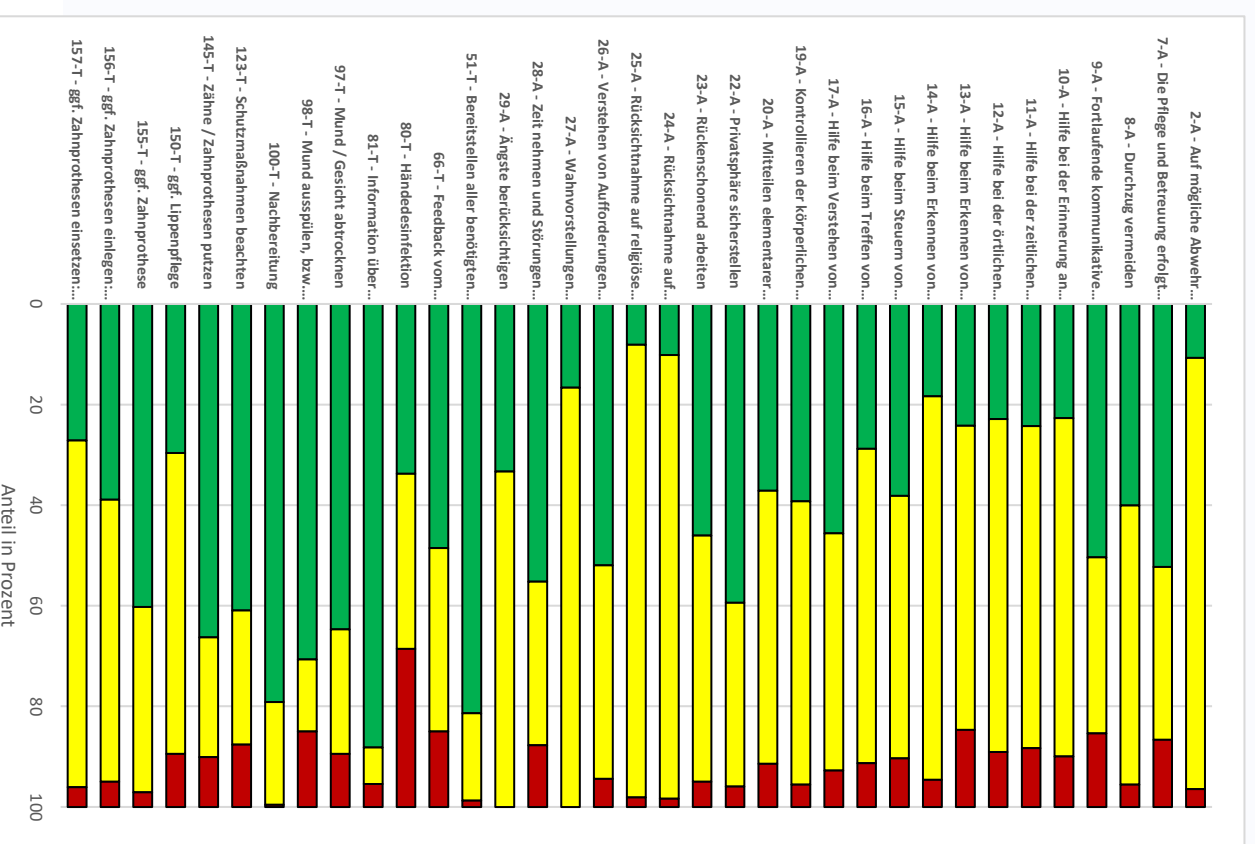
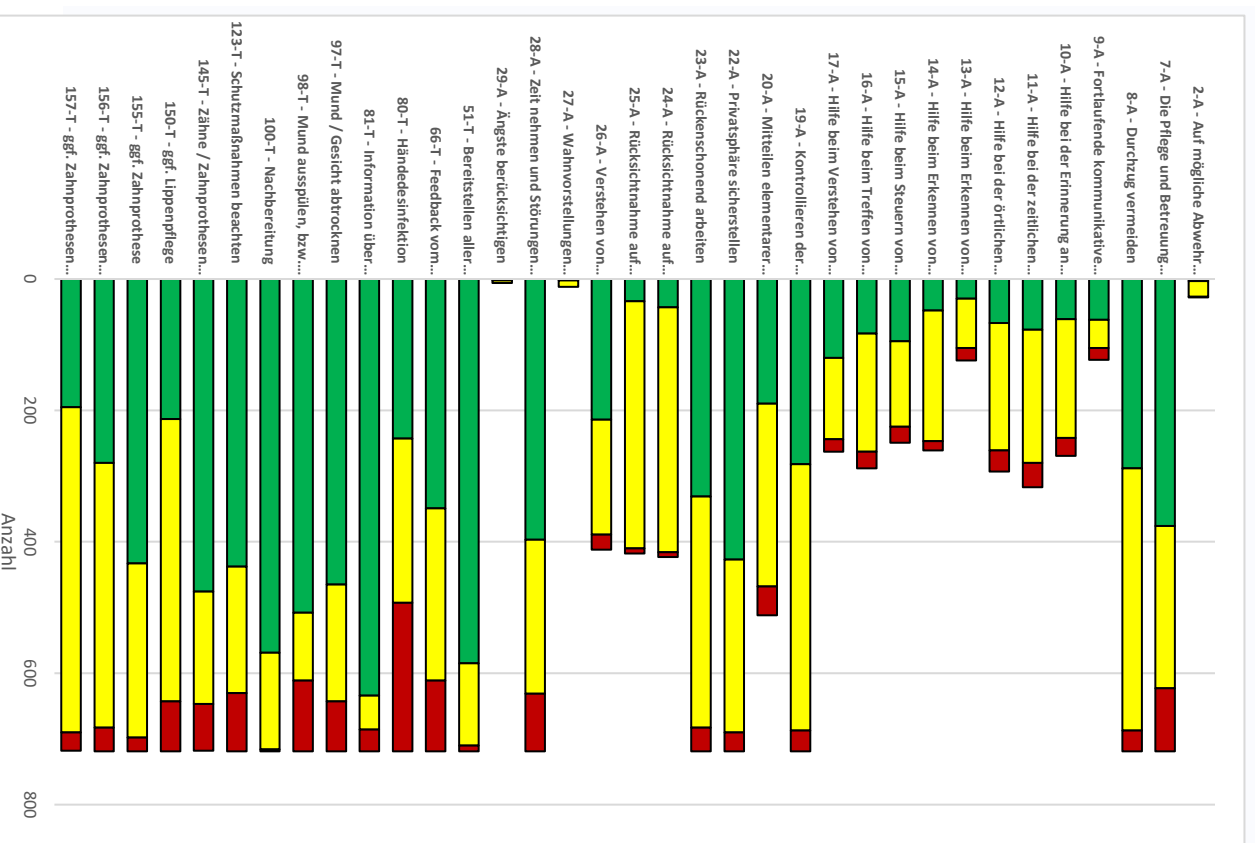


Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



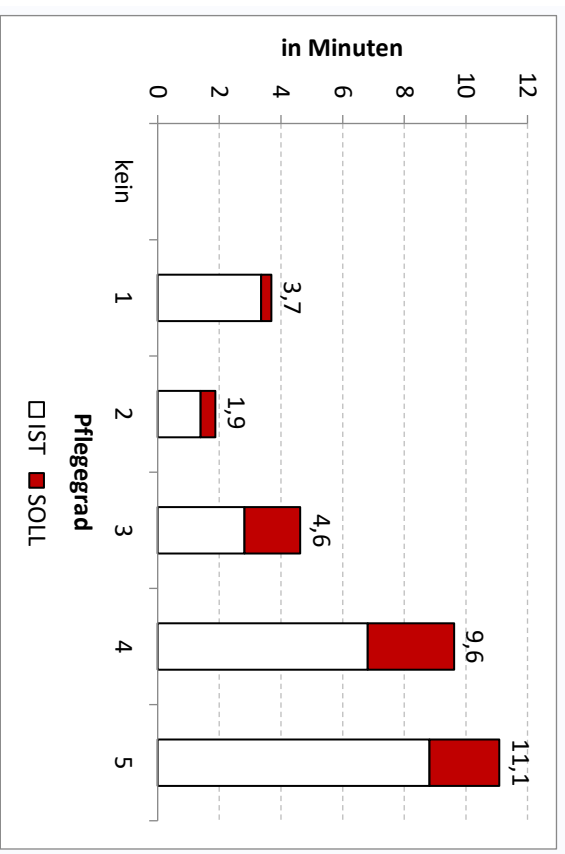
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitemenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)

Absolute und relative Teilschrittbewertung

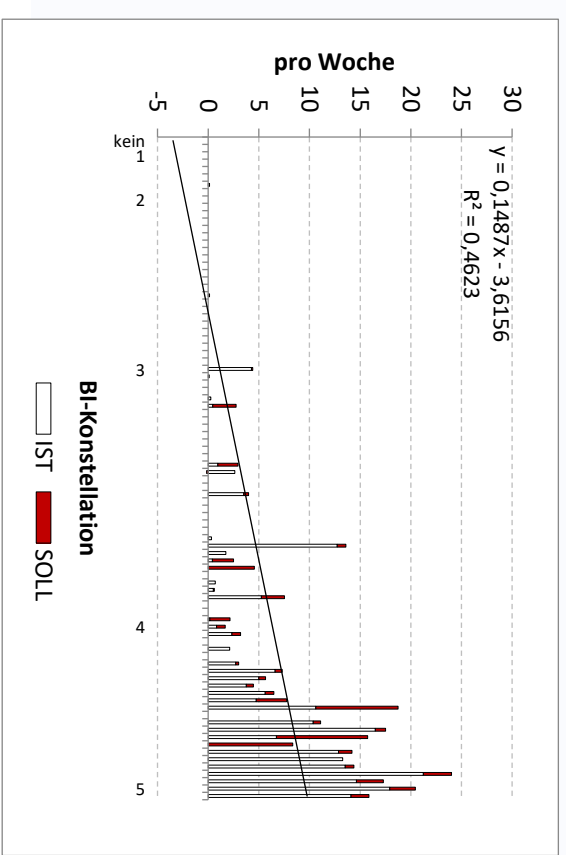
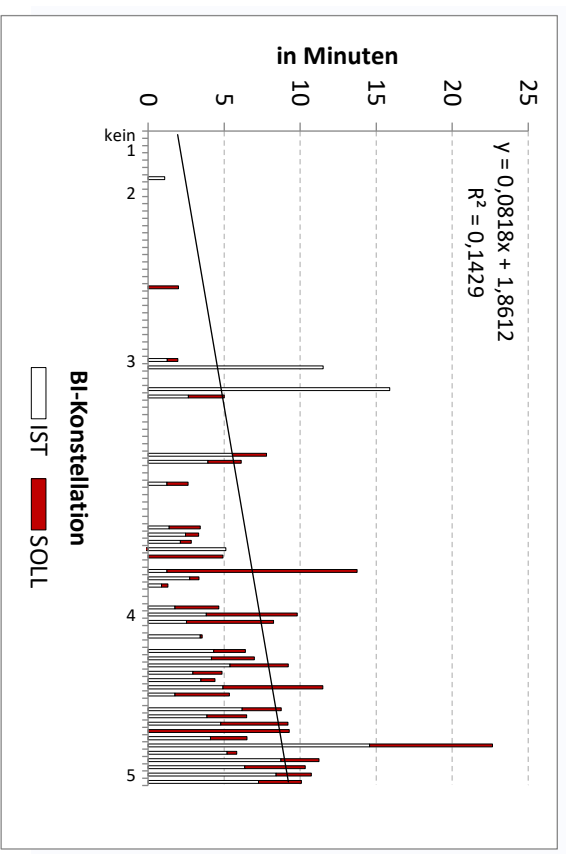
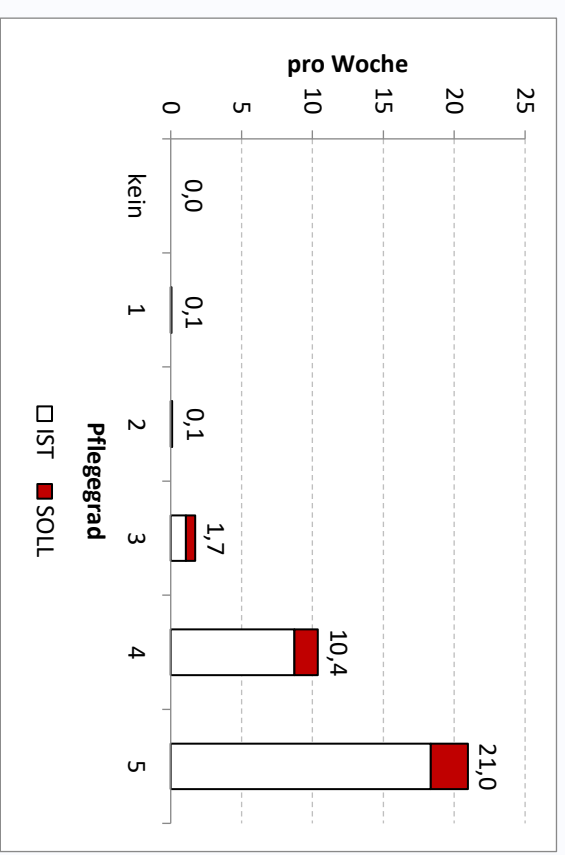


4.17 Nahrungsaufnahme: Durchführung

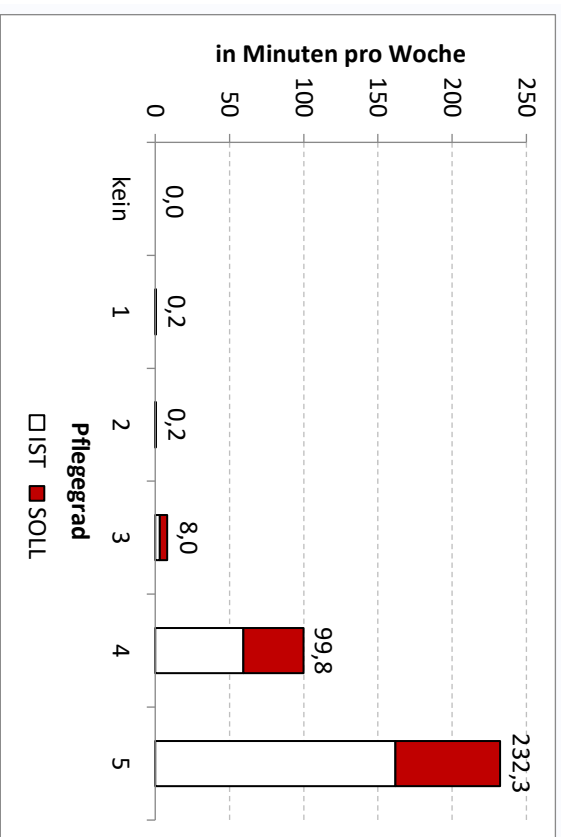
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



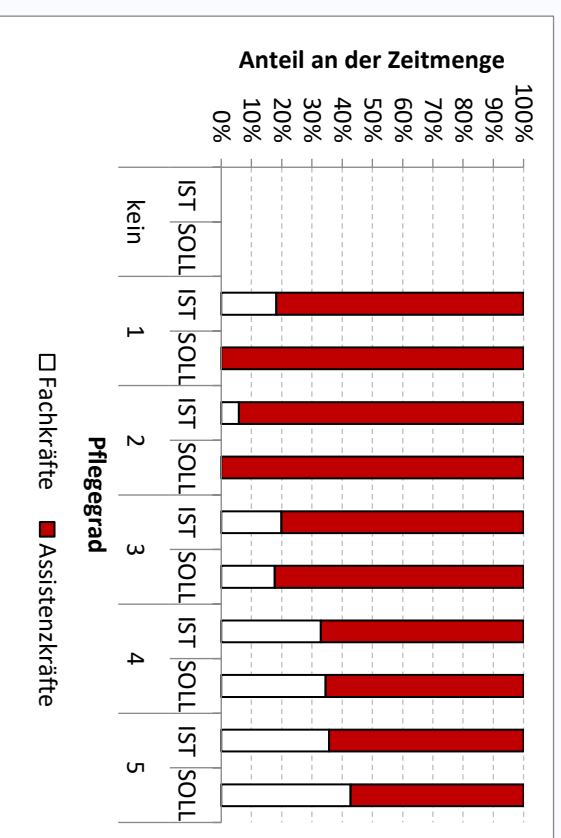
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



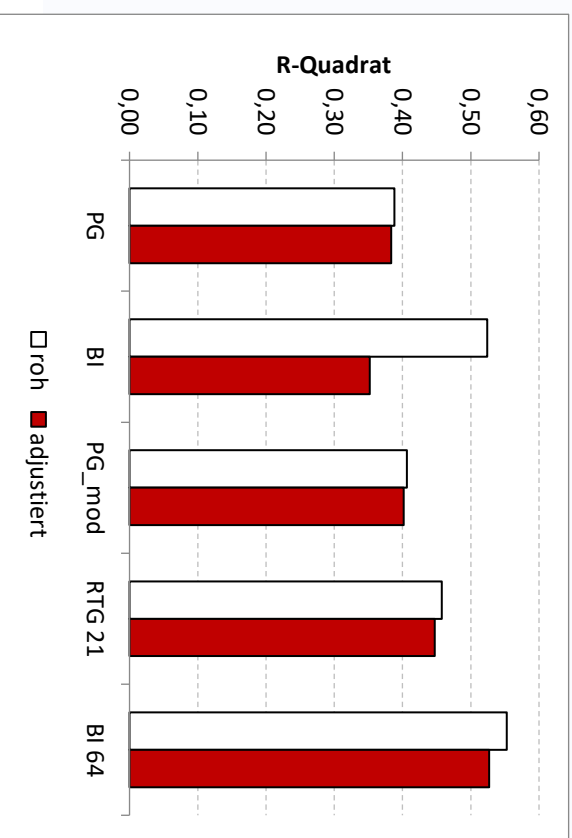
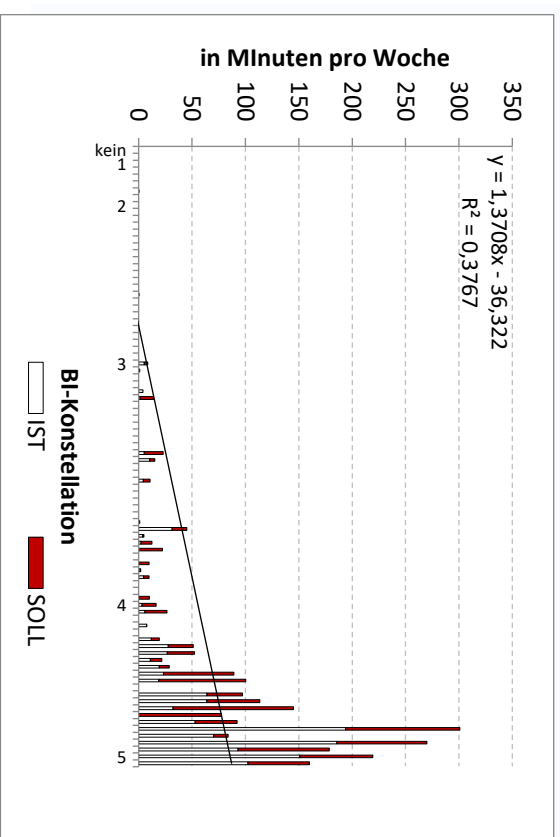
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



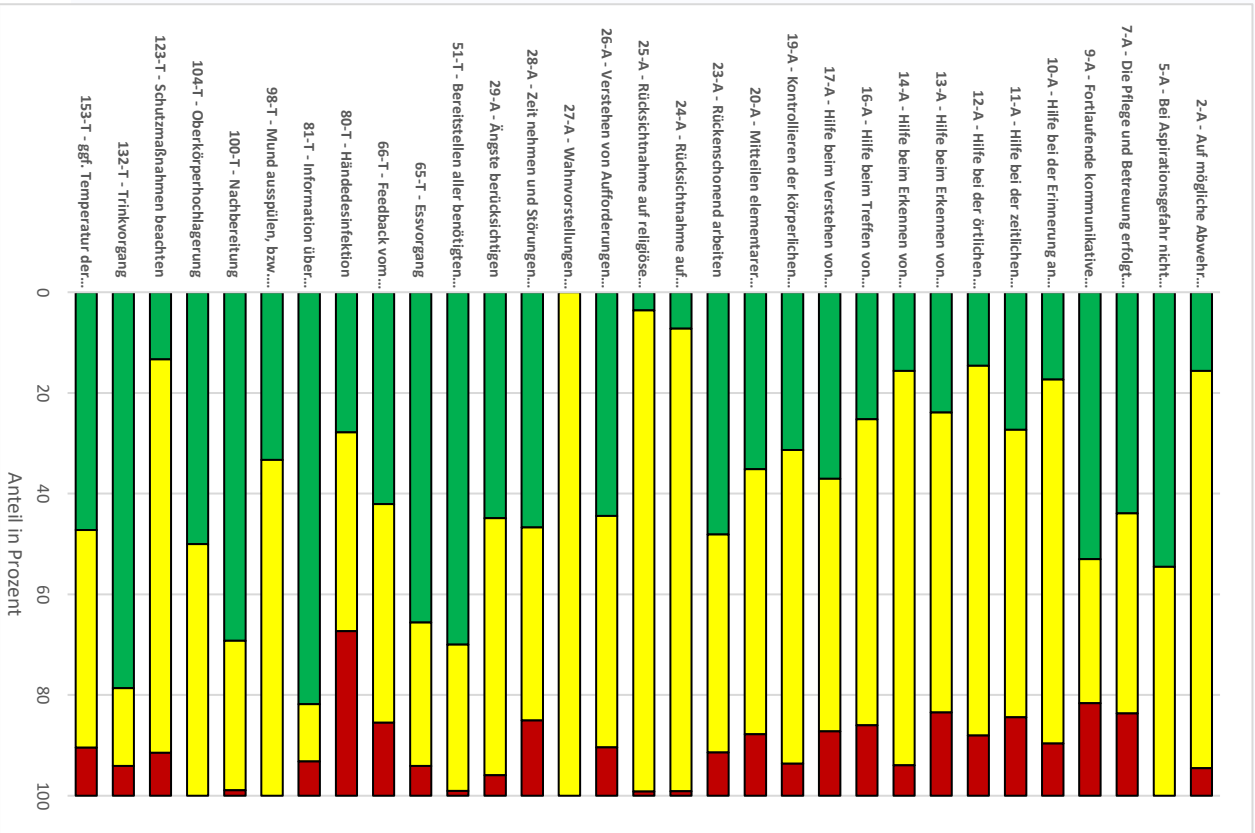
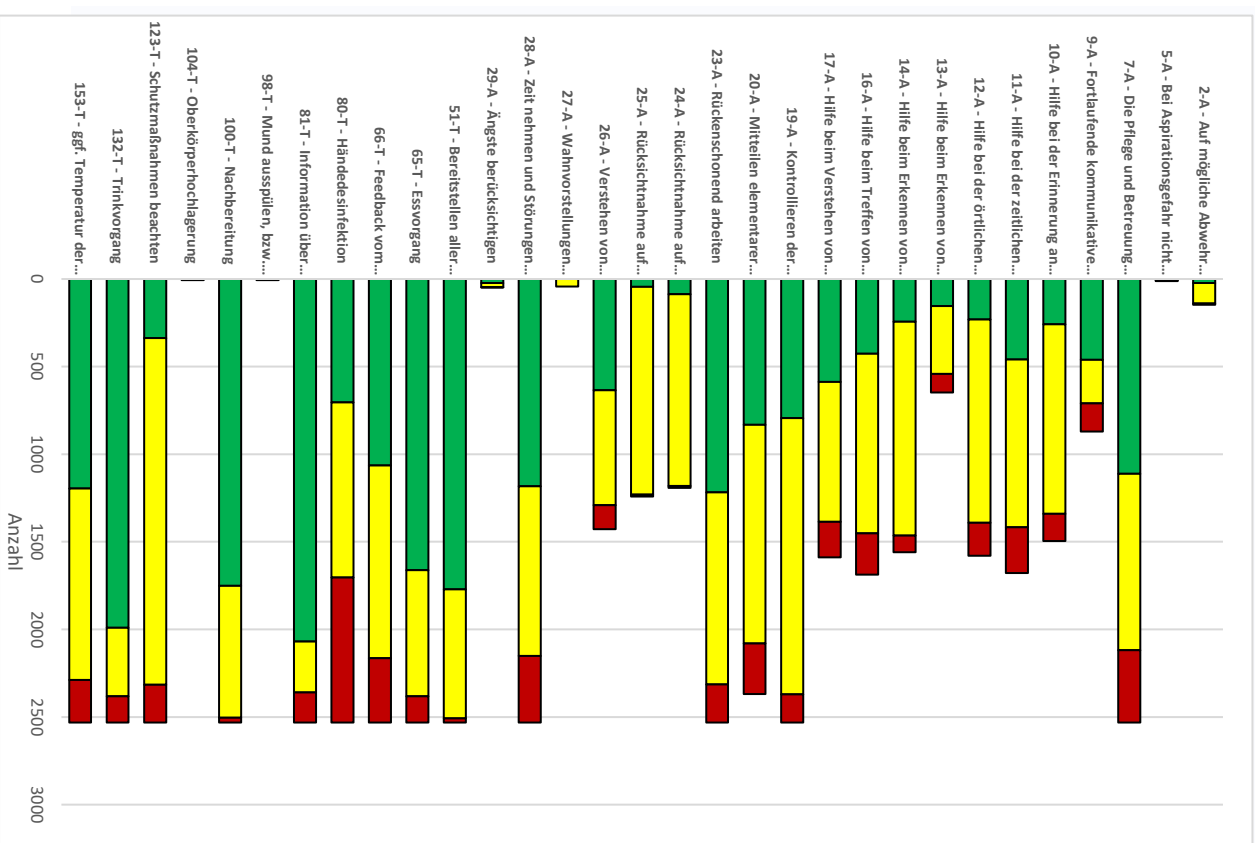
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



Varianzaufklärung der SOLL-Zeitmenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)

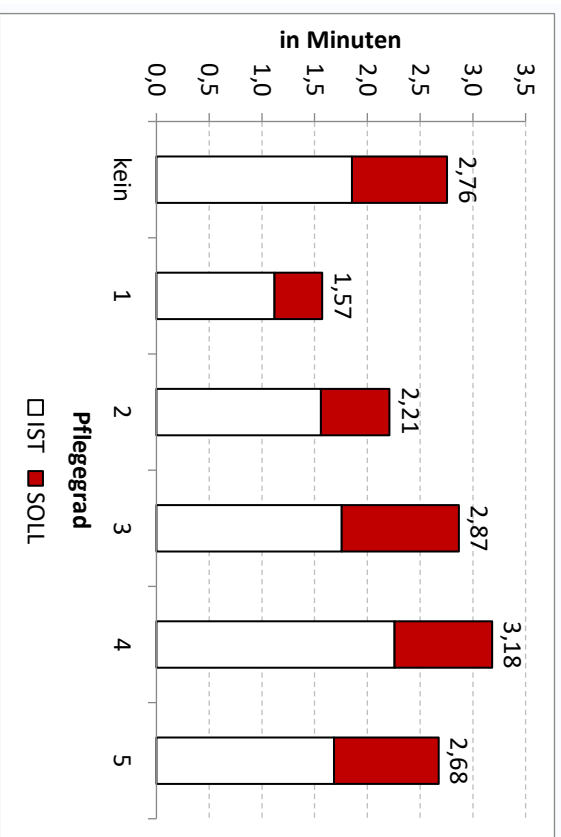


Absolute und relative Teilschrittbewertung

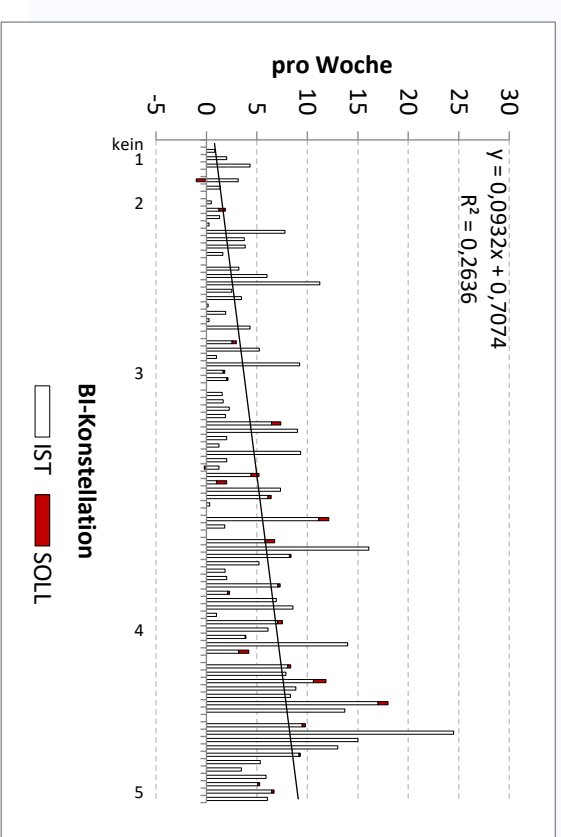
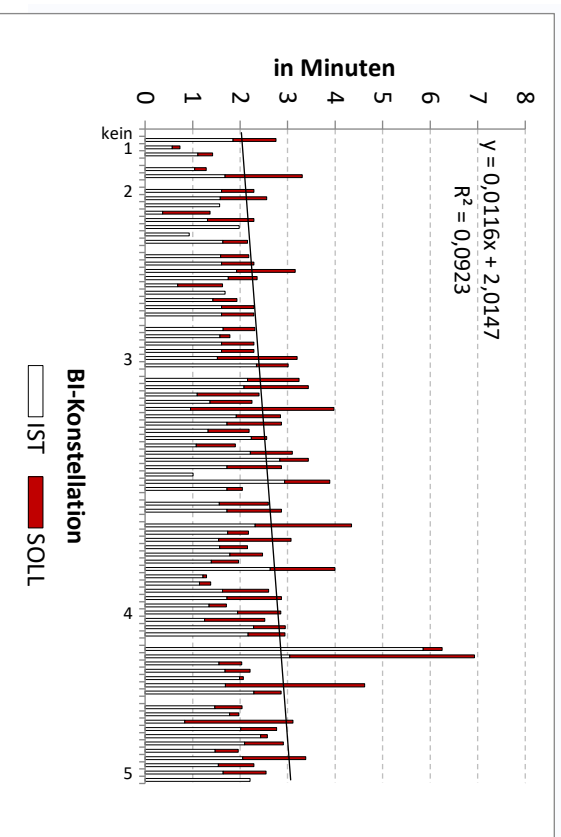
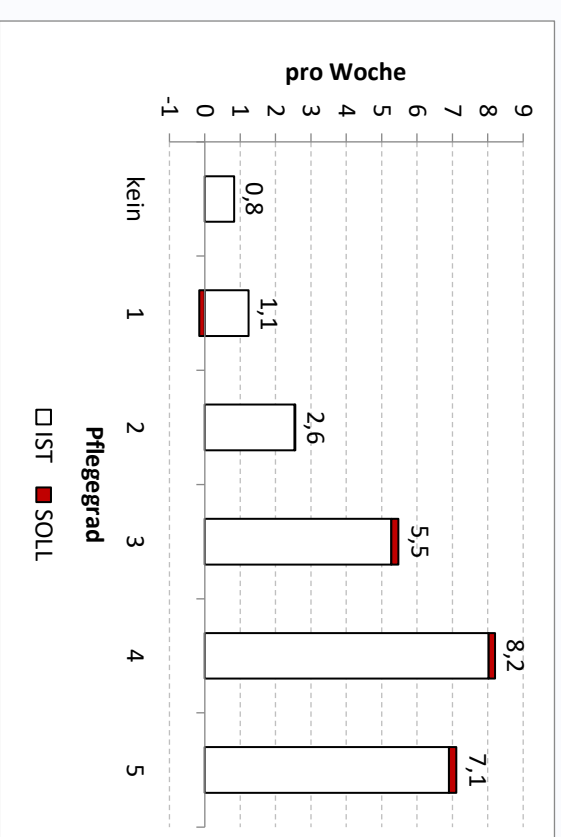


4.18 Nahrungsaufnahme: Vorbereitung

Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...

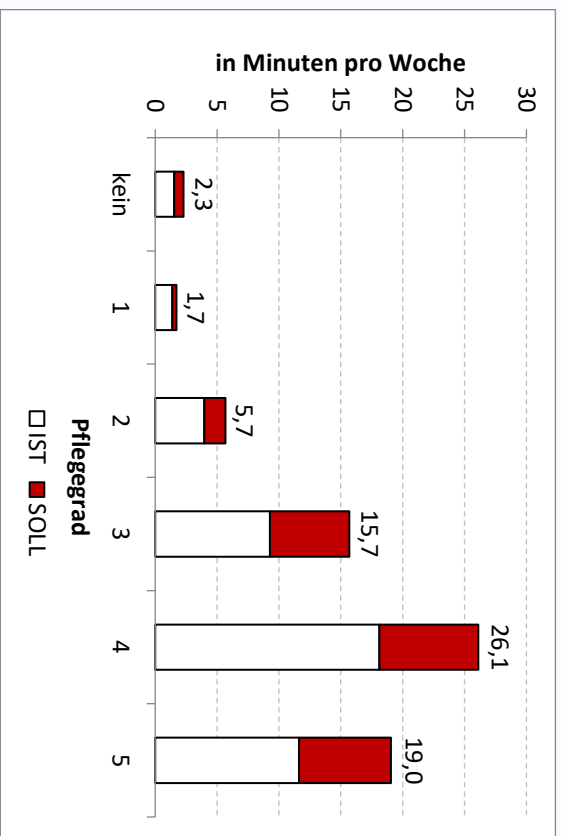


Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...

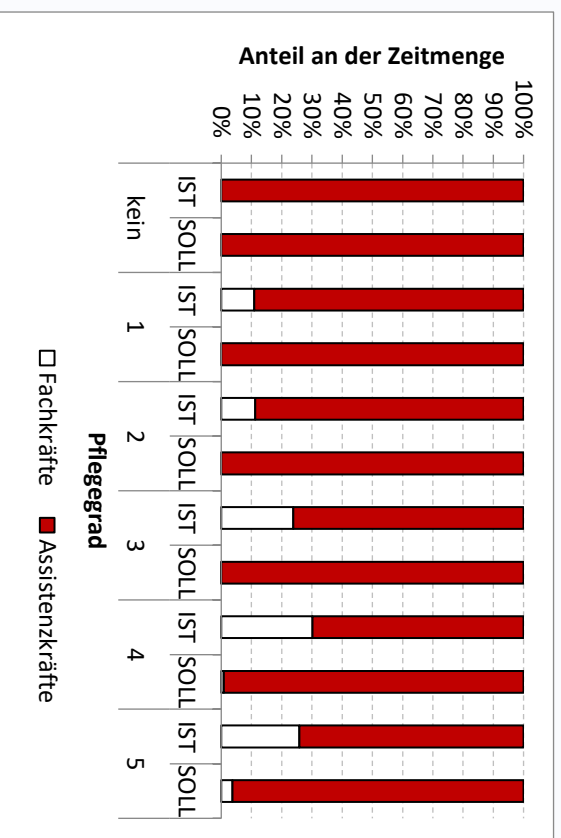


4.18 Nahrungsaufnahme: Vorbereitung

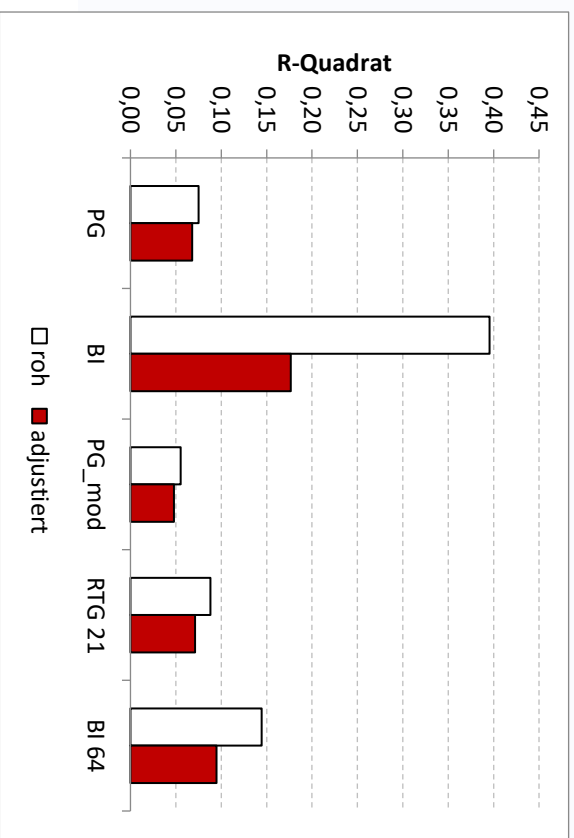
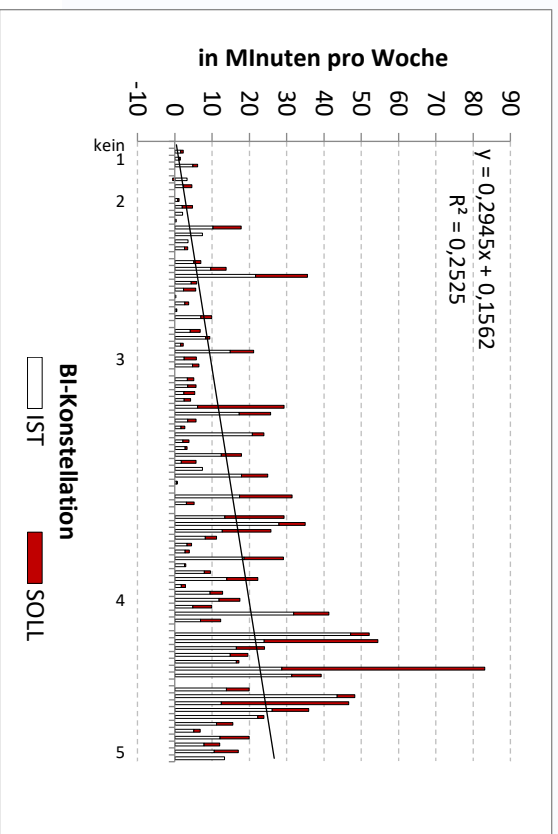
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)

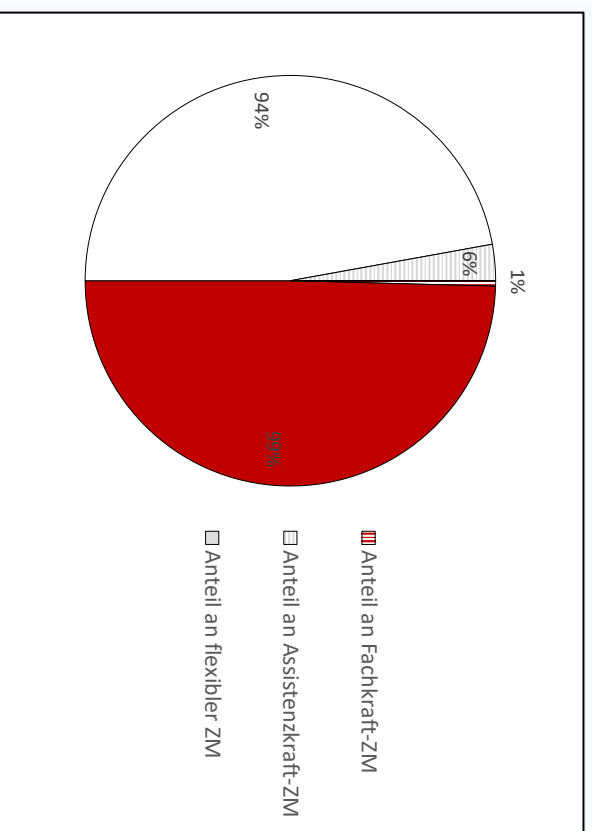


Varianzaufklärung der SOLL-Zeitmenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)

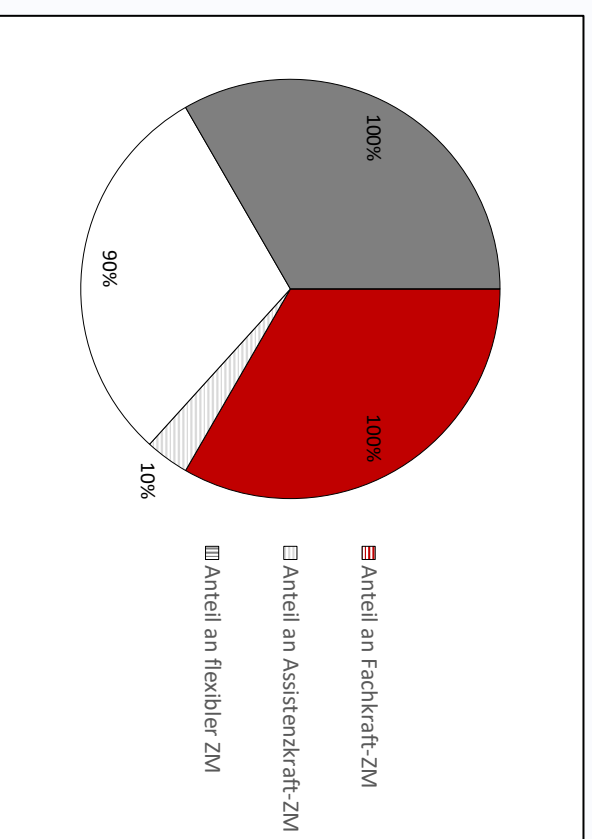


4.18 Nahrungsaufnahme: Vorbereitung

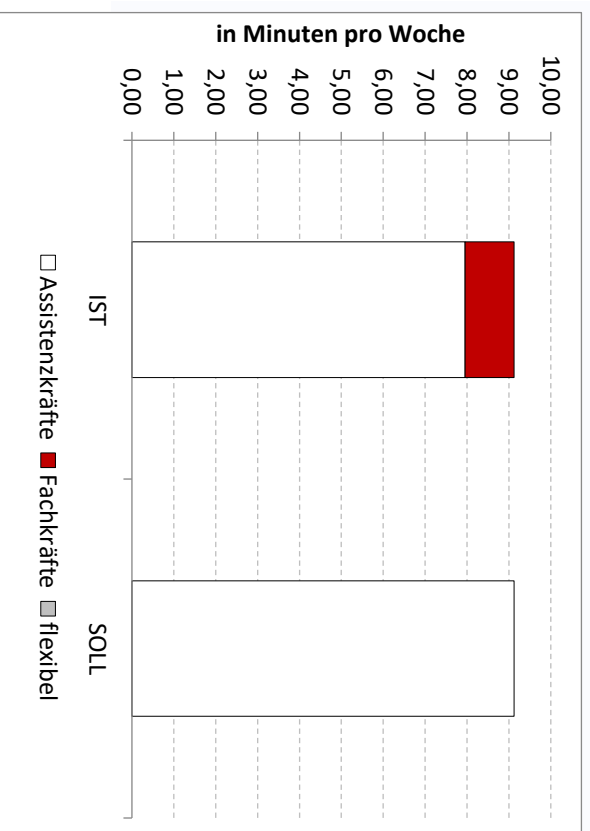
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



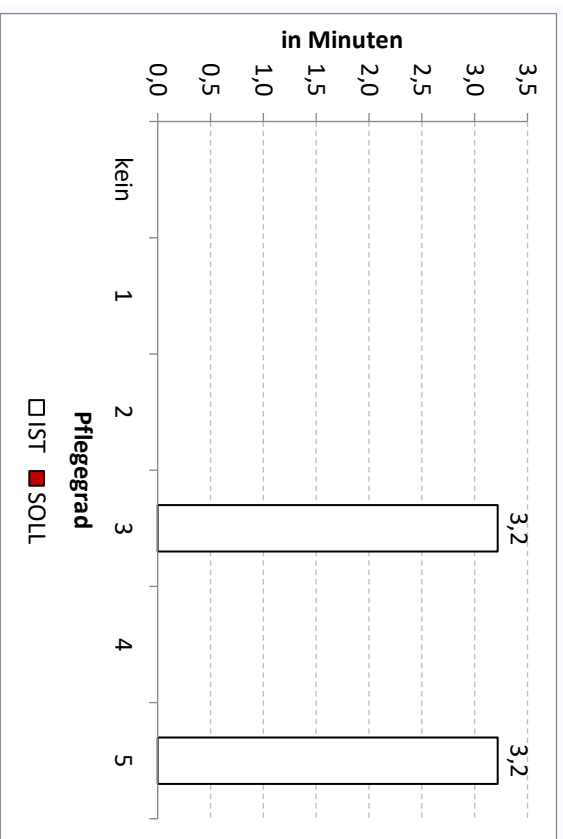
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



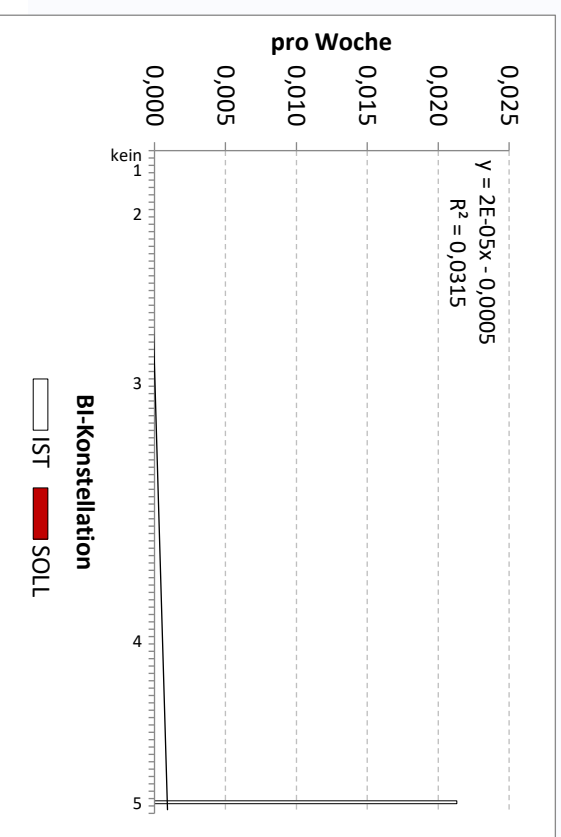
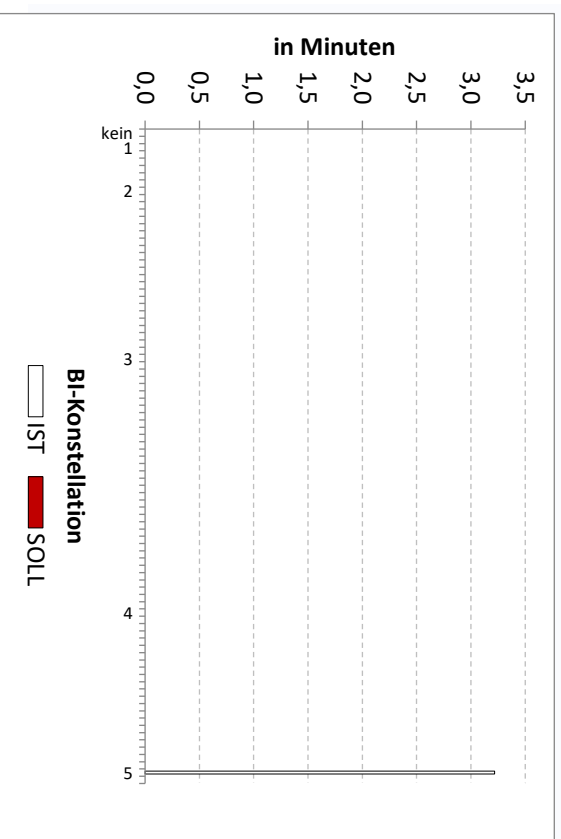
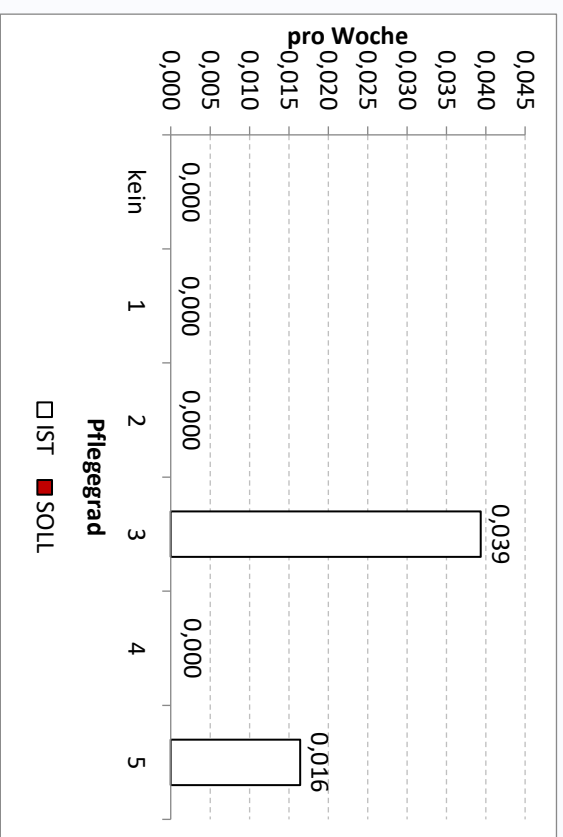
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



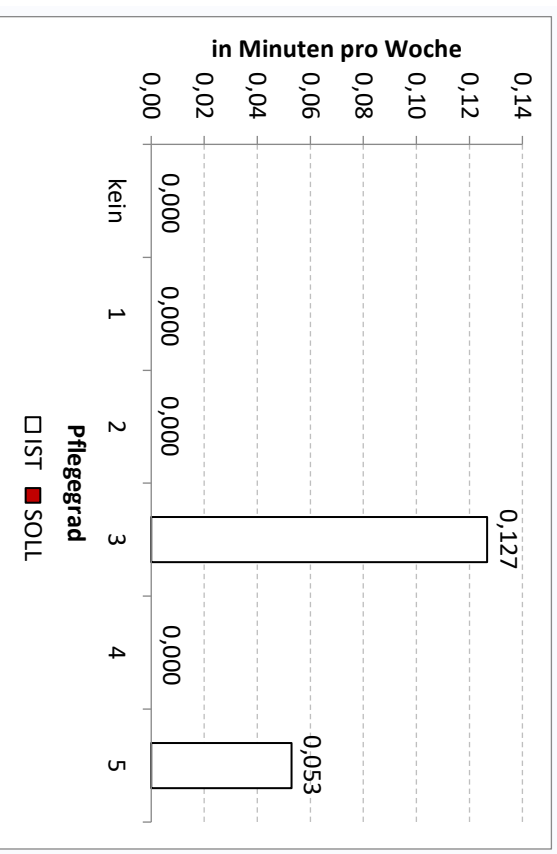
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



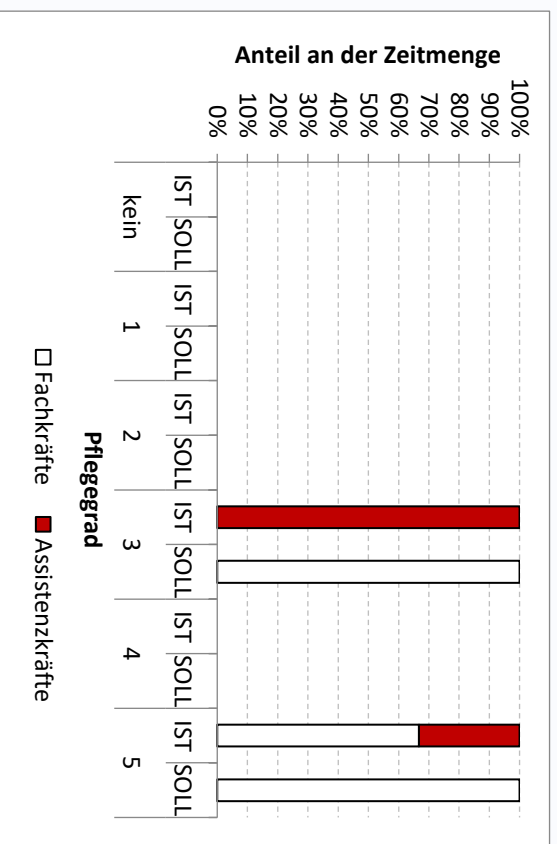
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



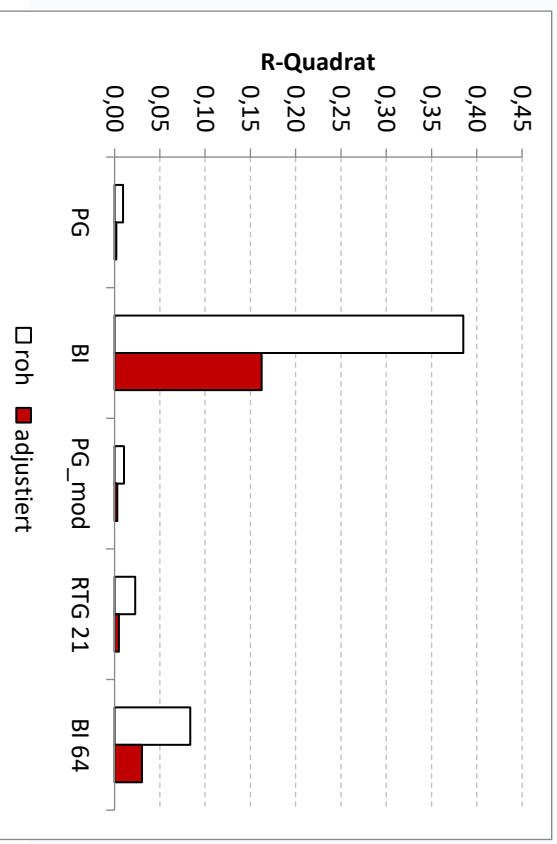
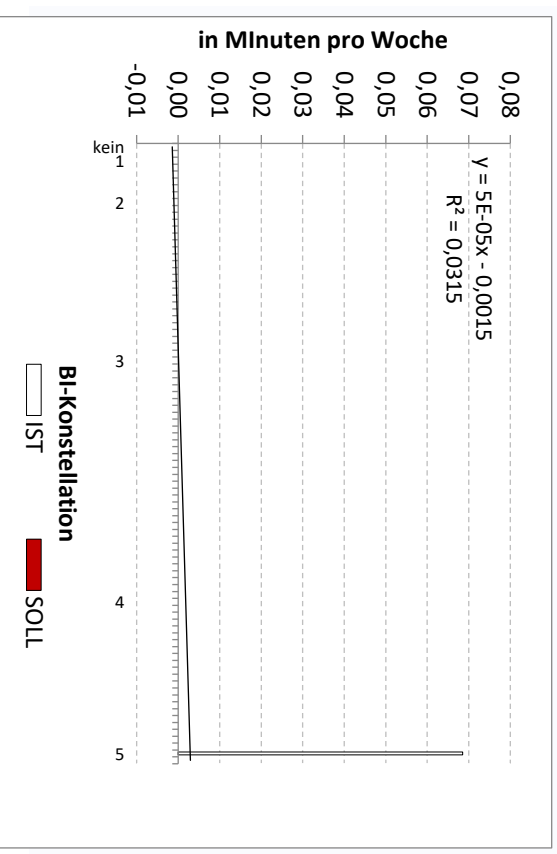
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



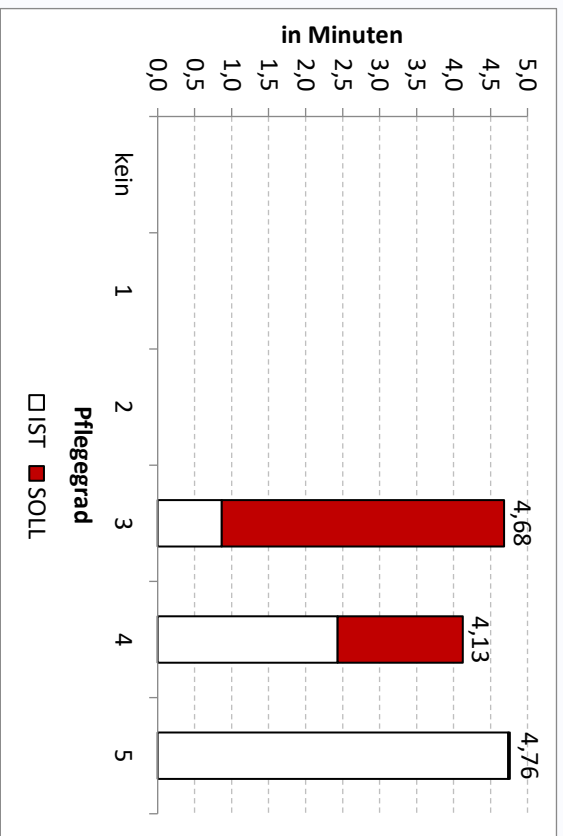
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



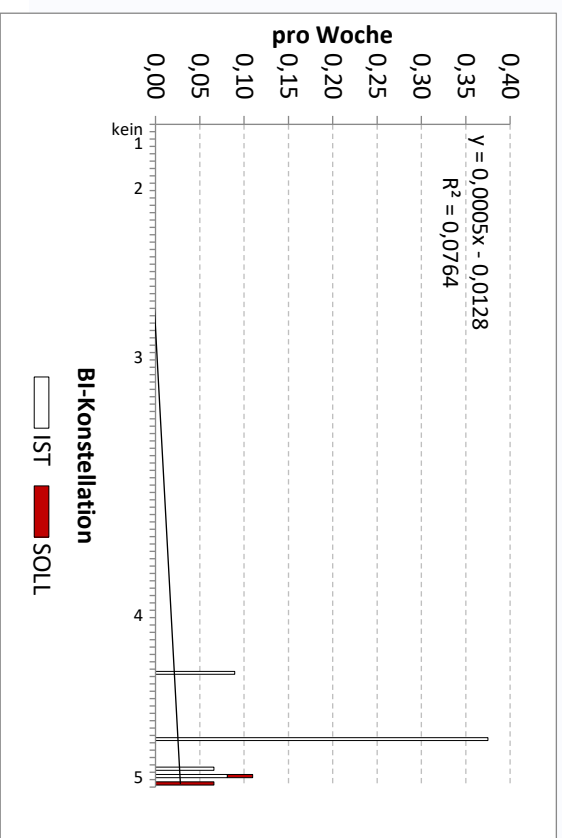
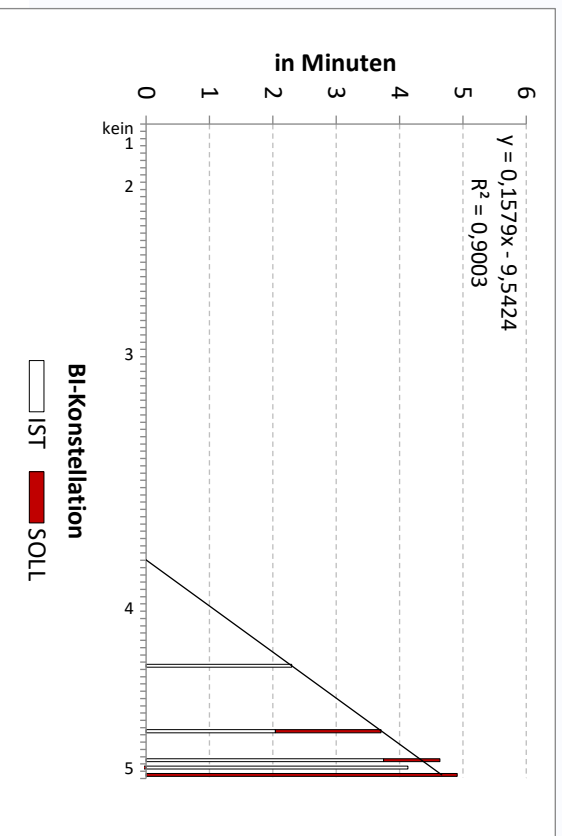
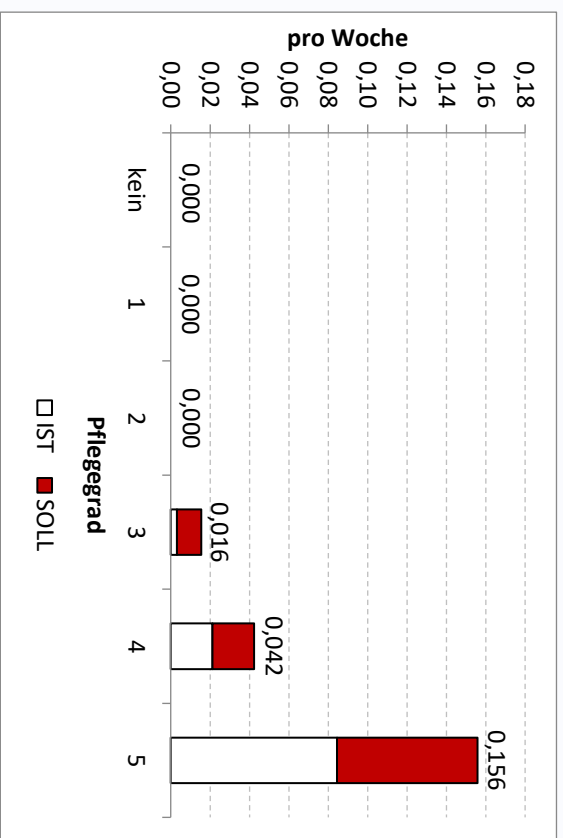
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitmenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



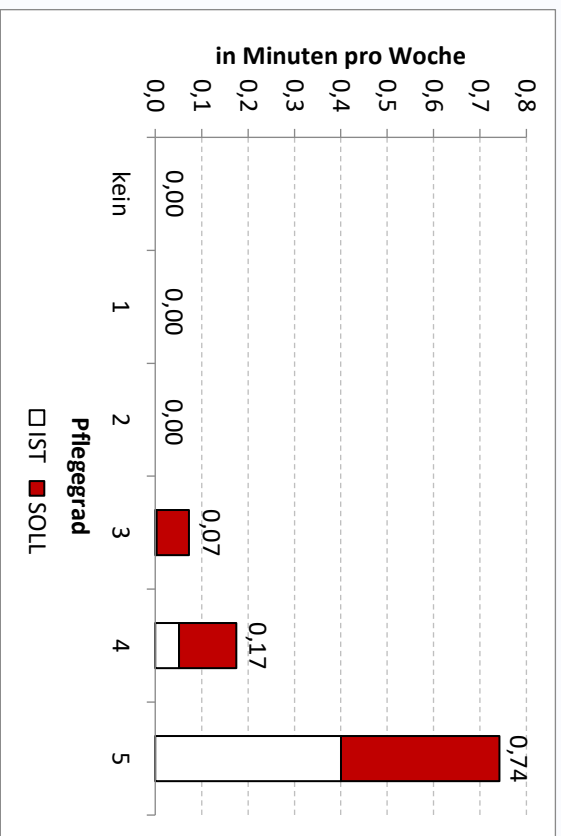
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



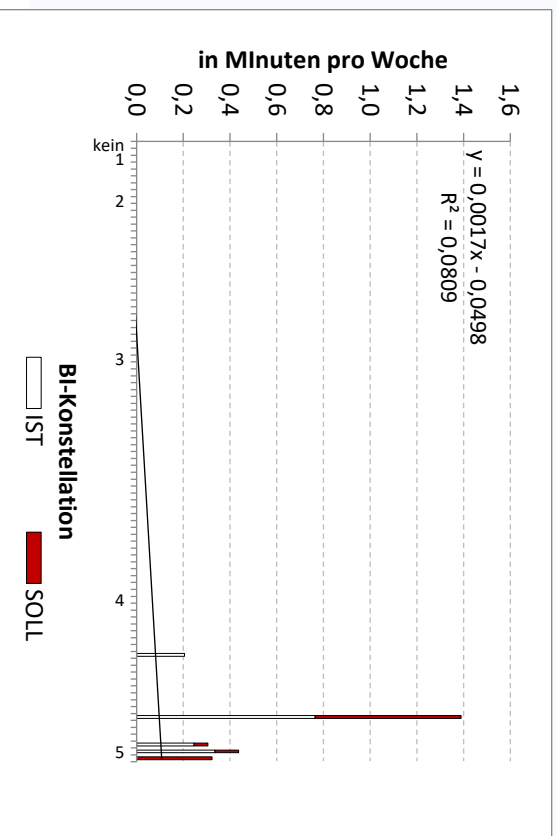
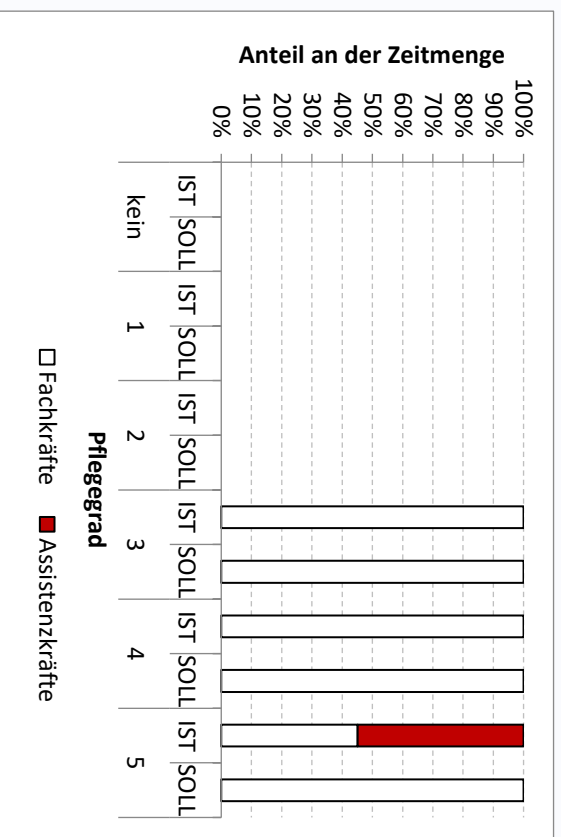
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



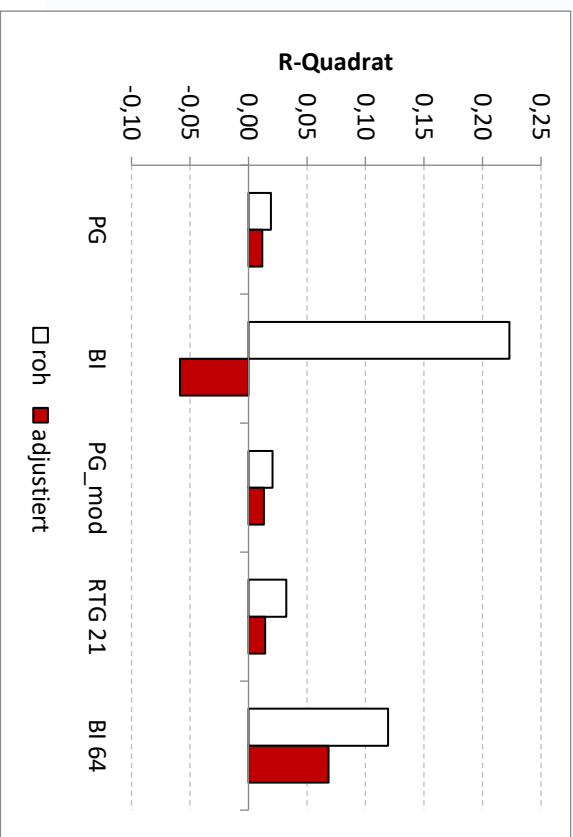
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



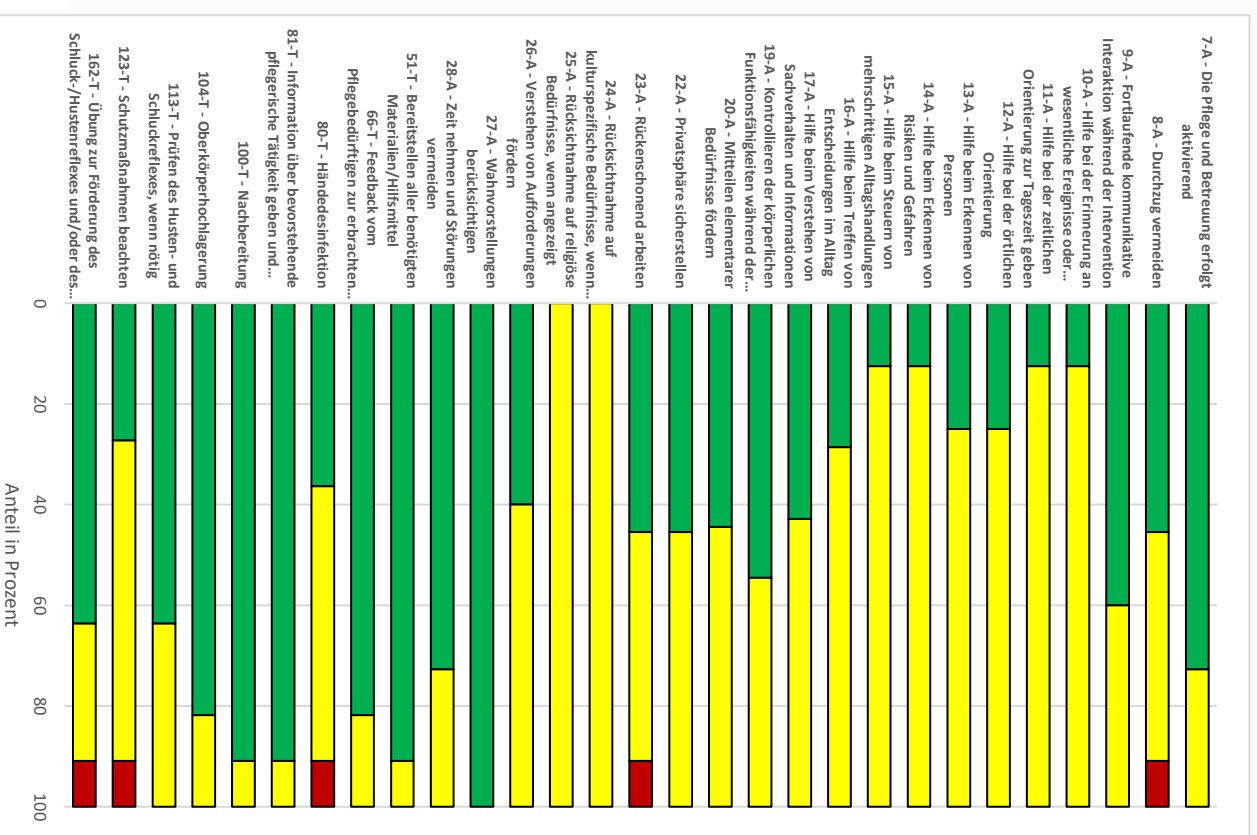
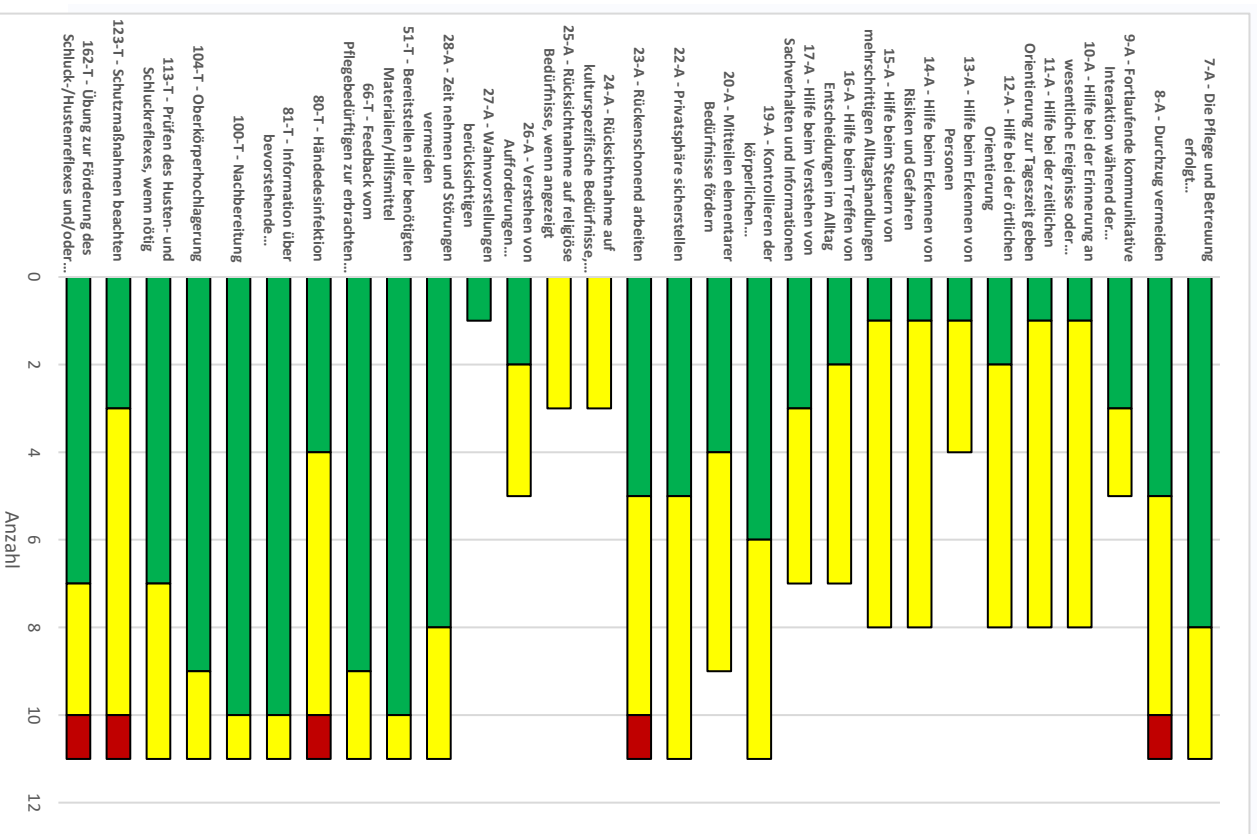
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



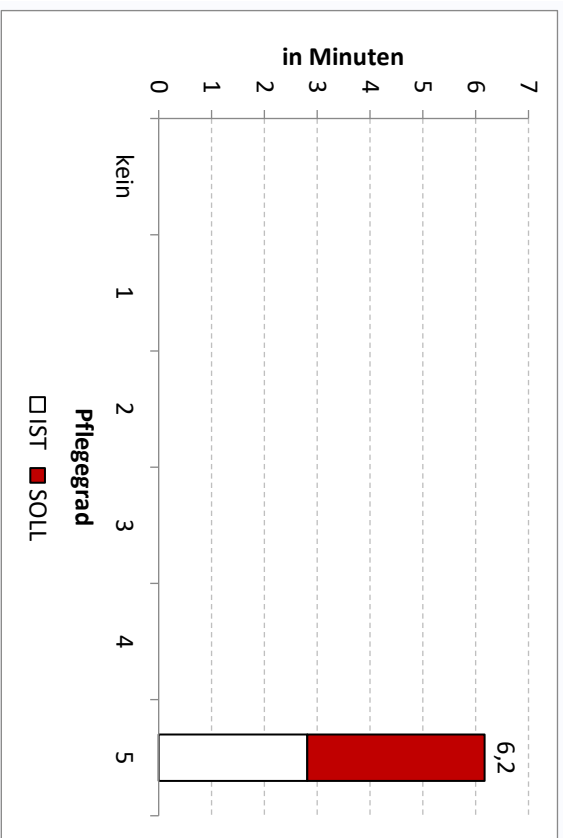
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitmenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



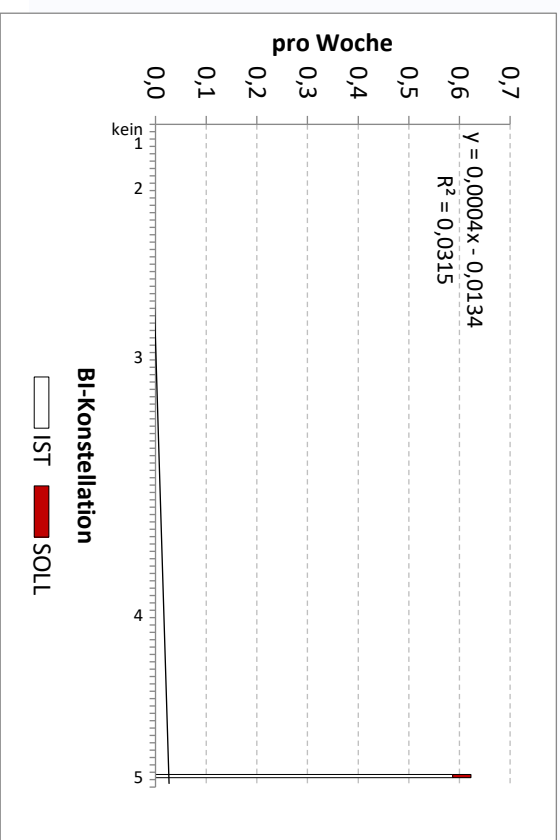
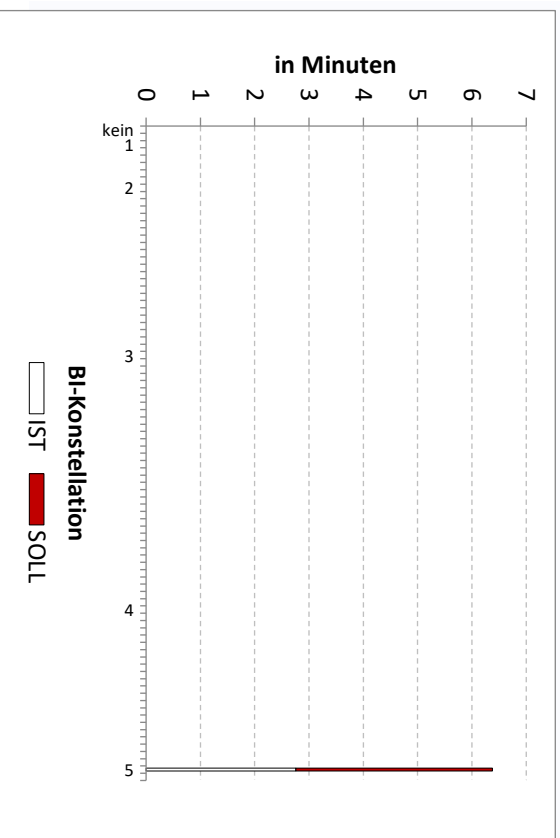
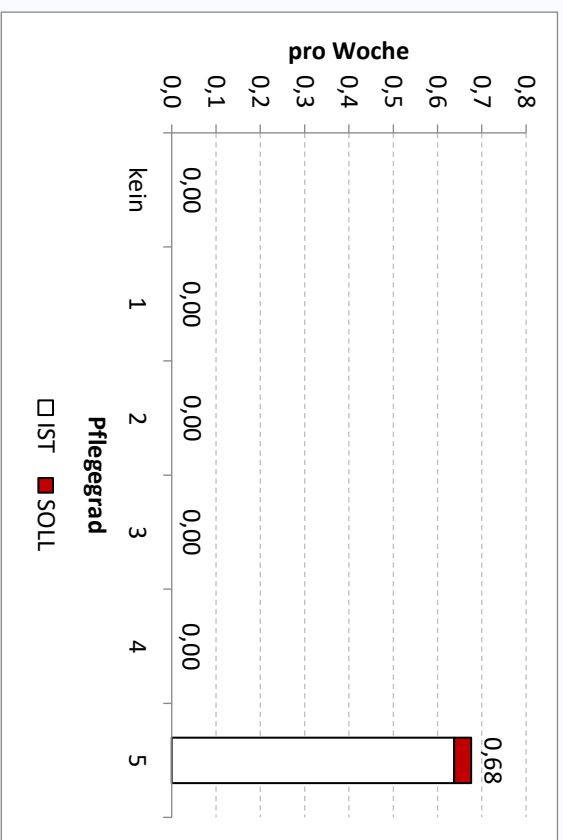
Absolute und relative Teilschrittbewertung



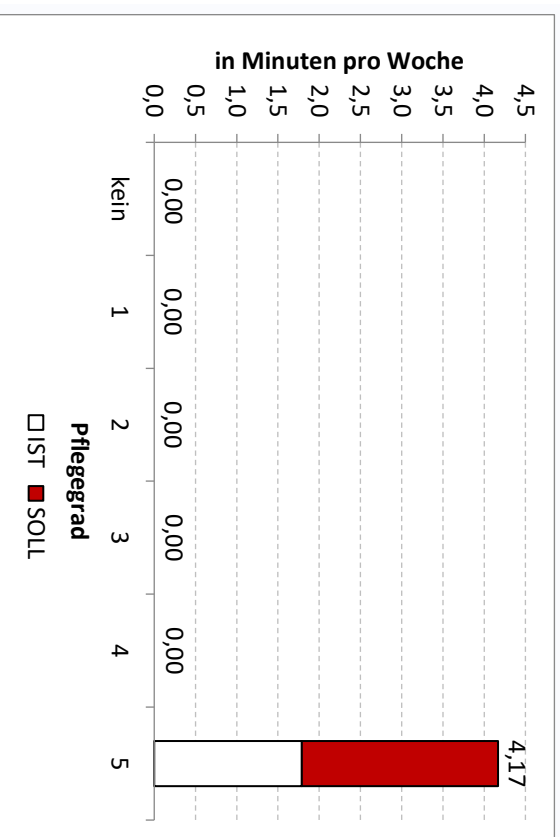
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



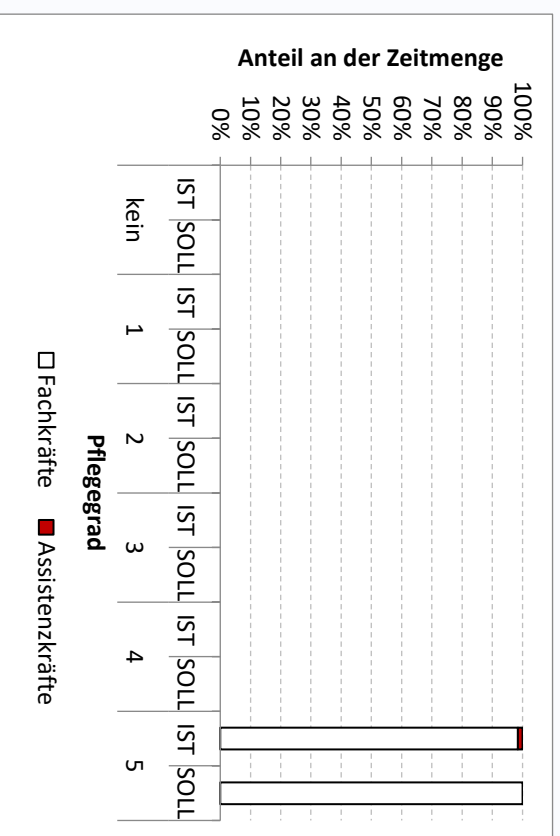
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



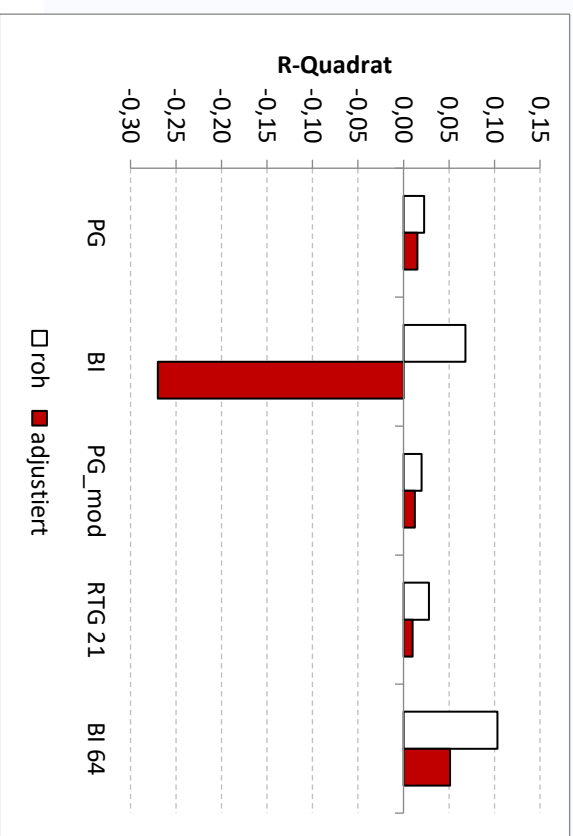
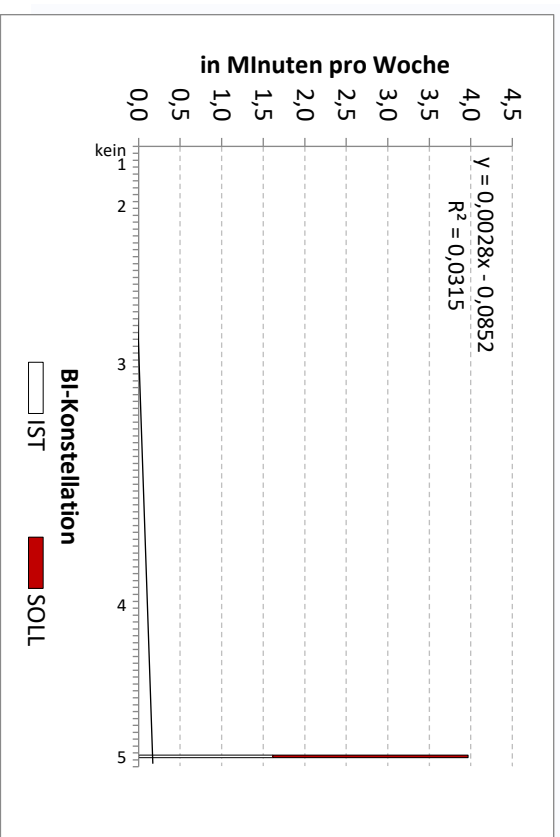
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



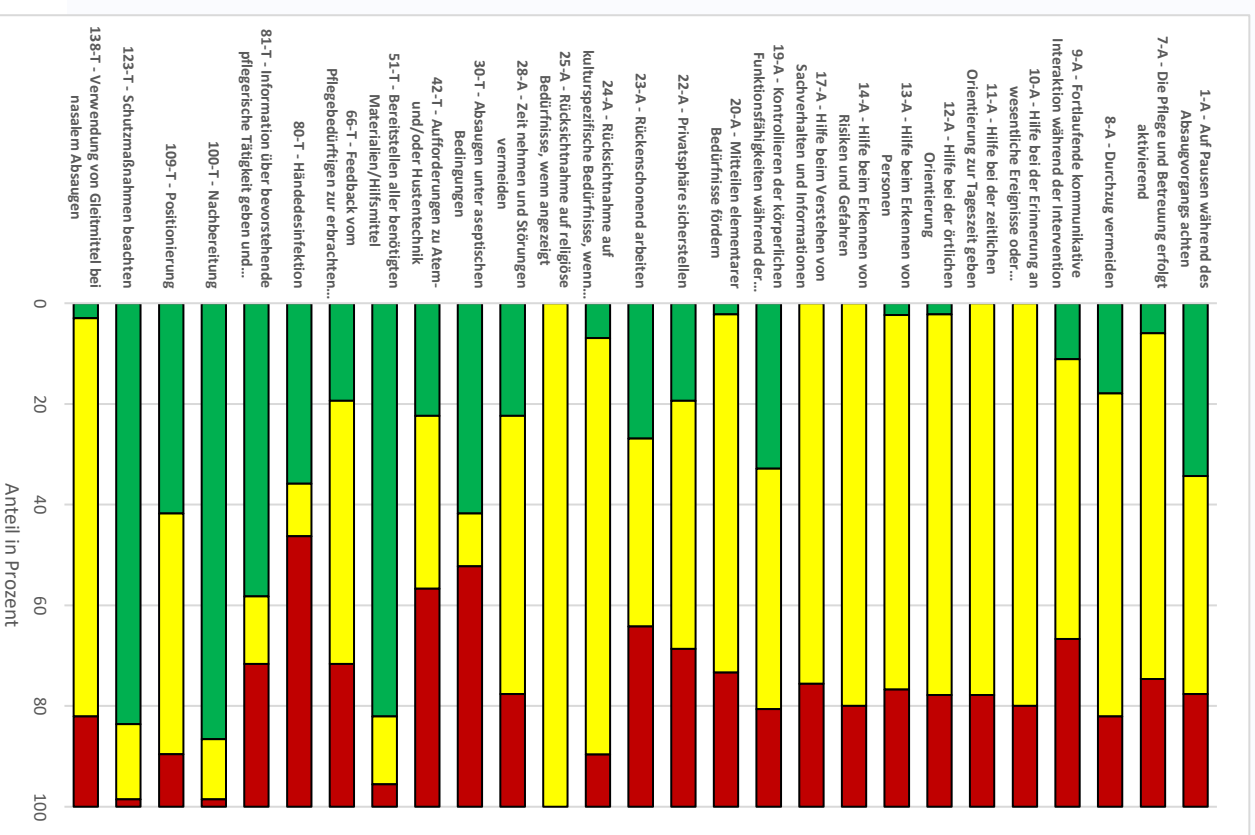
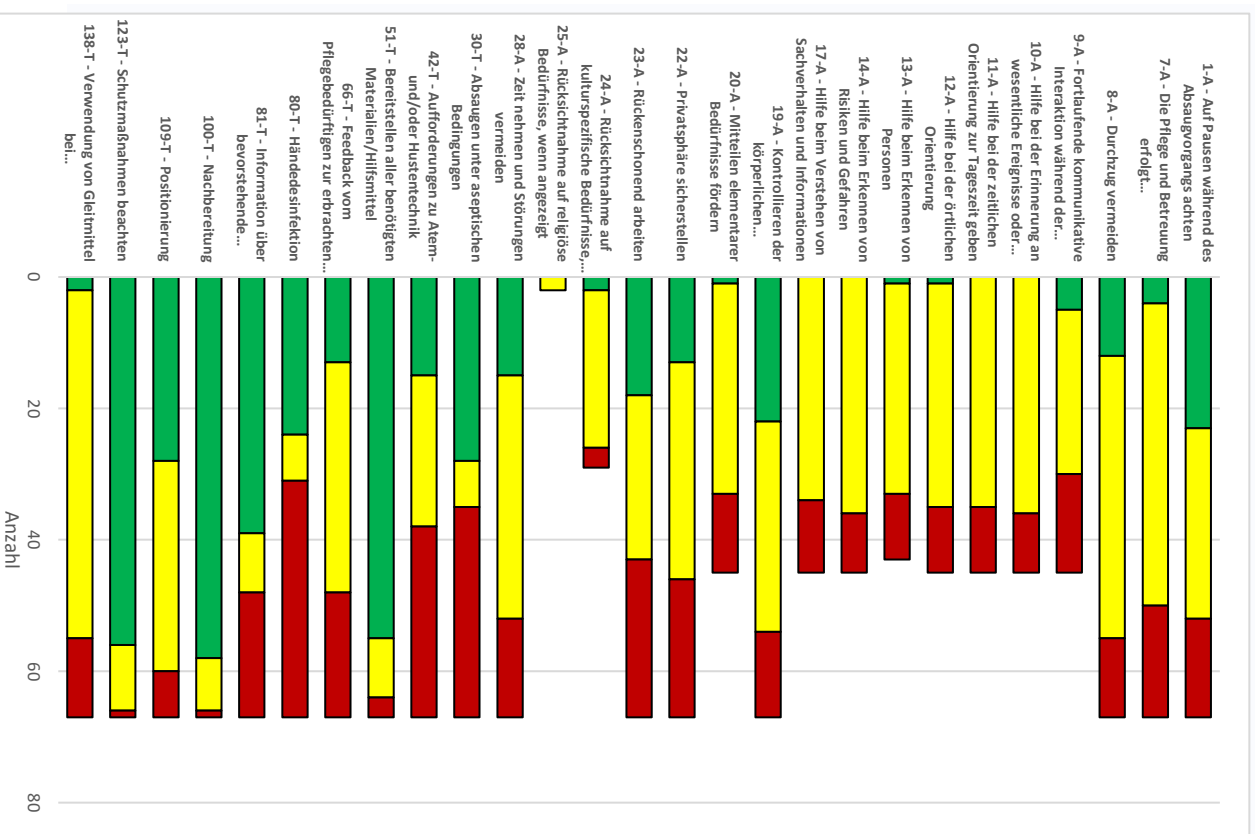
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



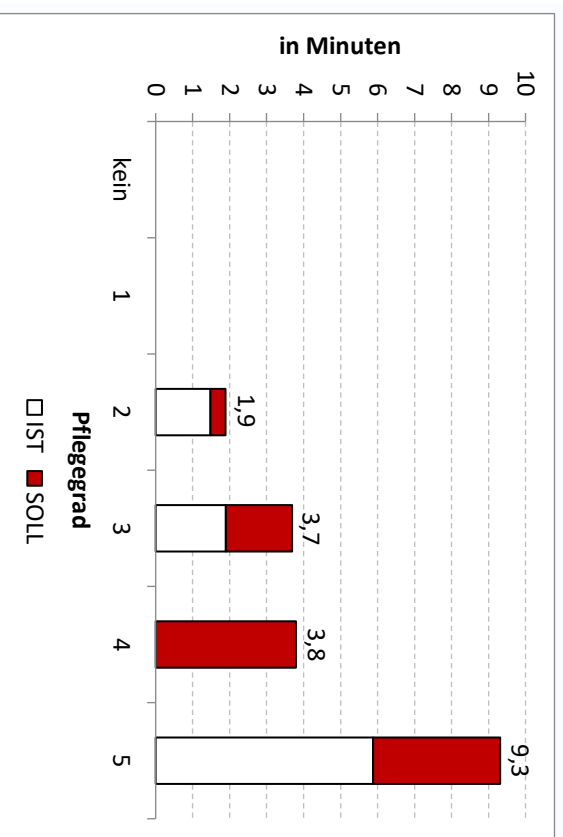
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitemenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



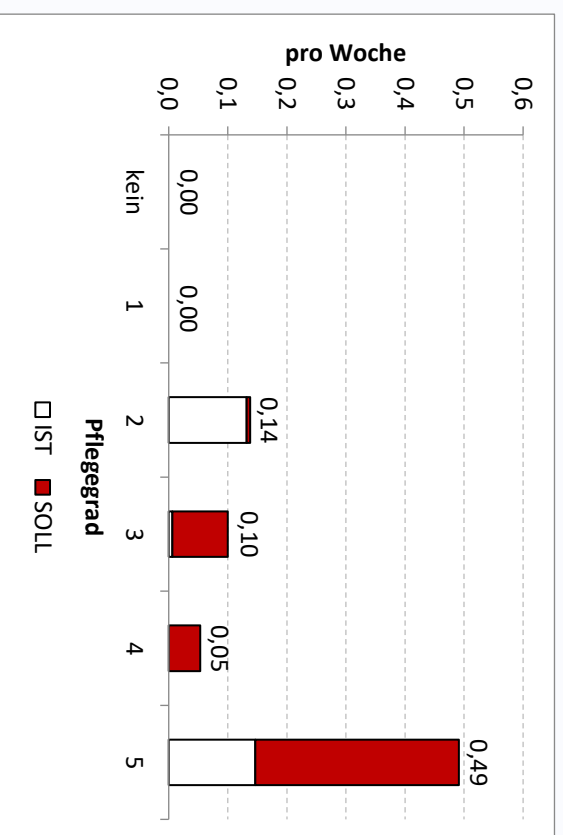
Absolute und relative Teilschrittbewertung



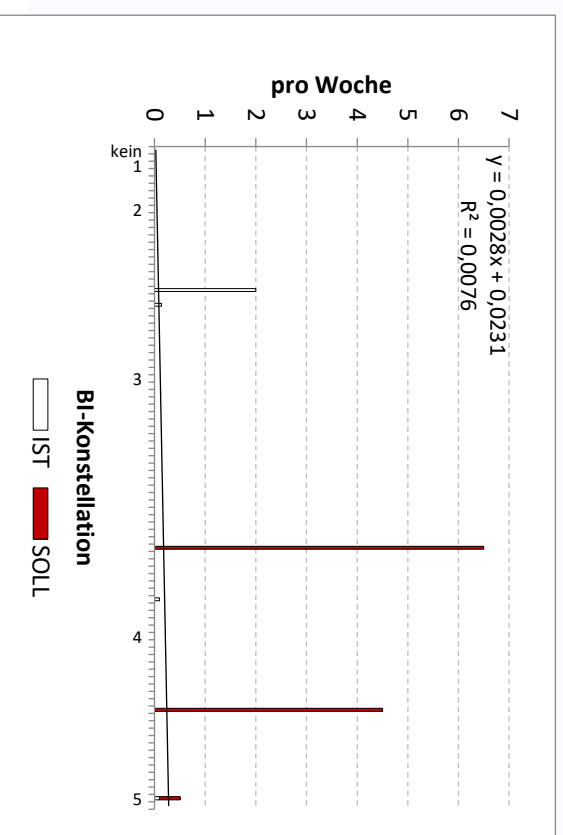
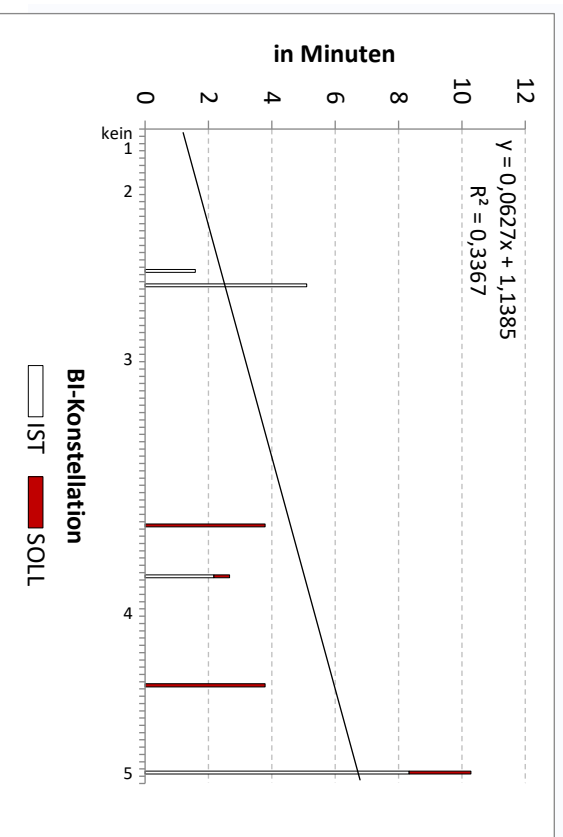
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



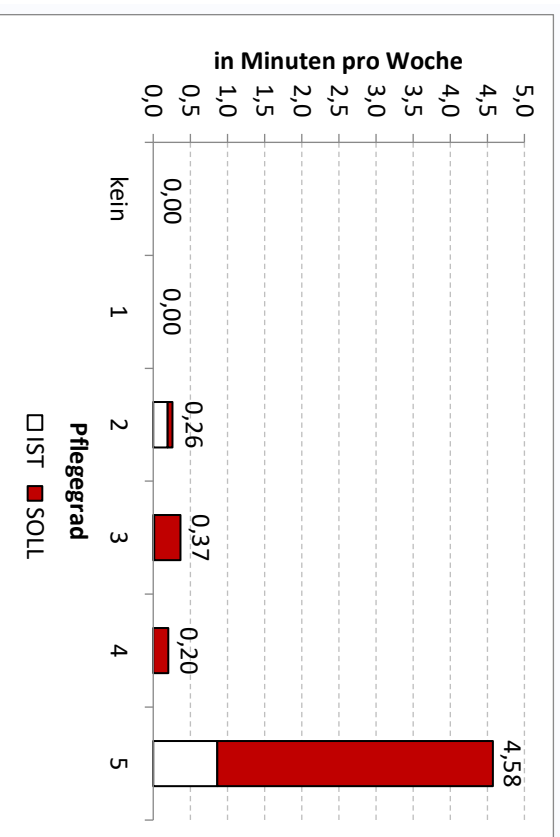
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



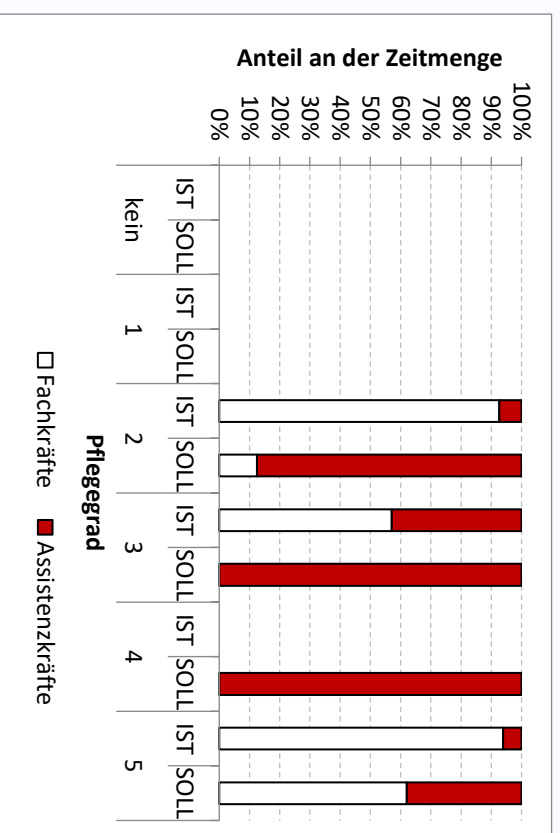
5.2 Atemwegsmanagement



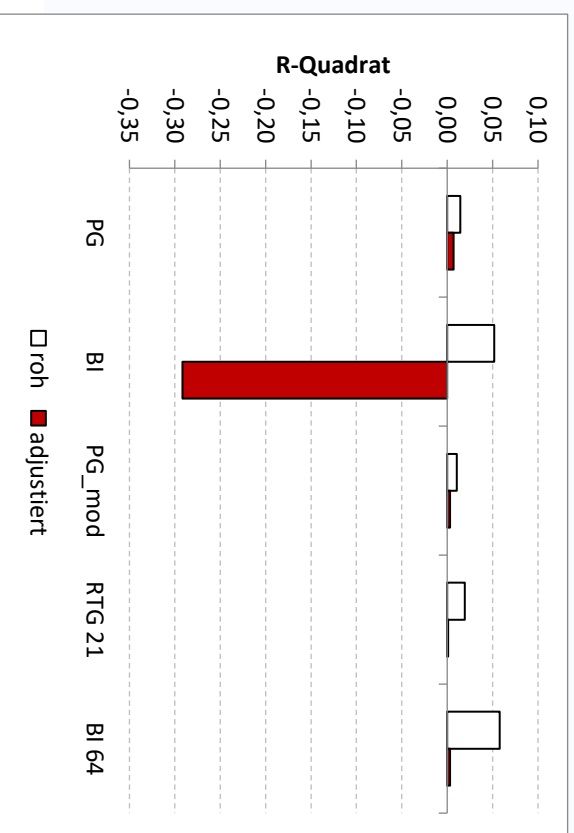
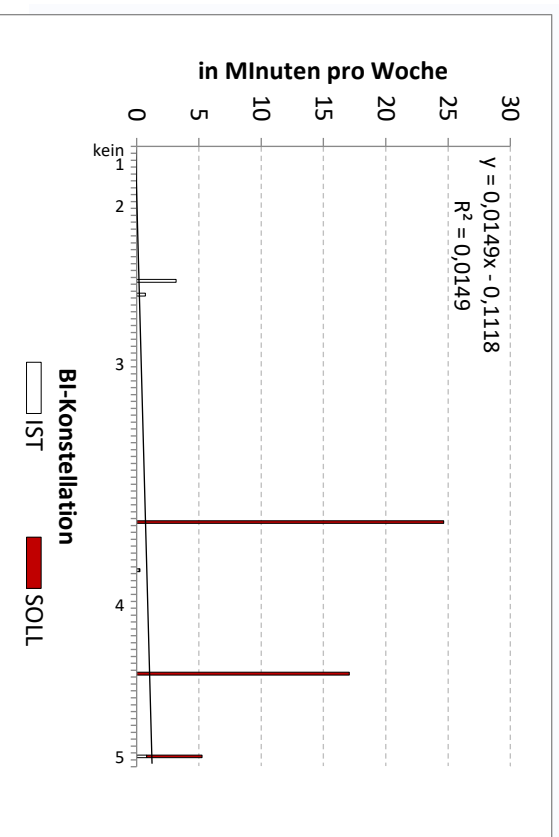
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



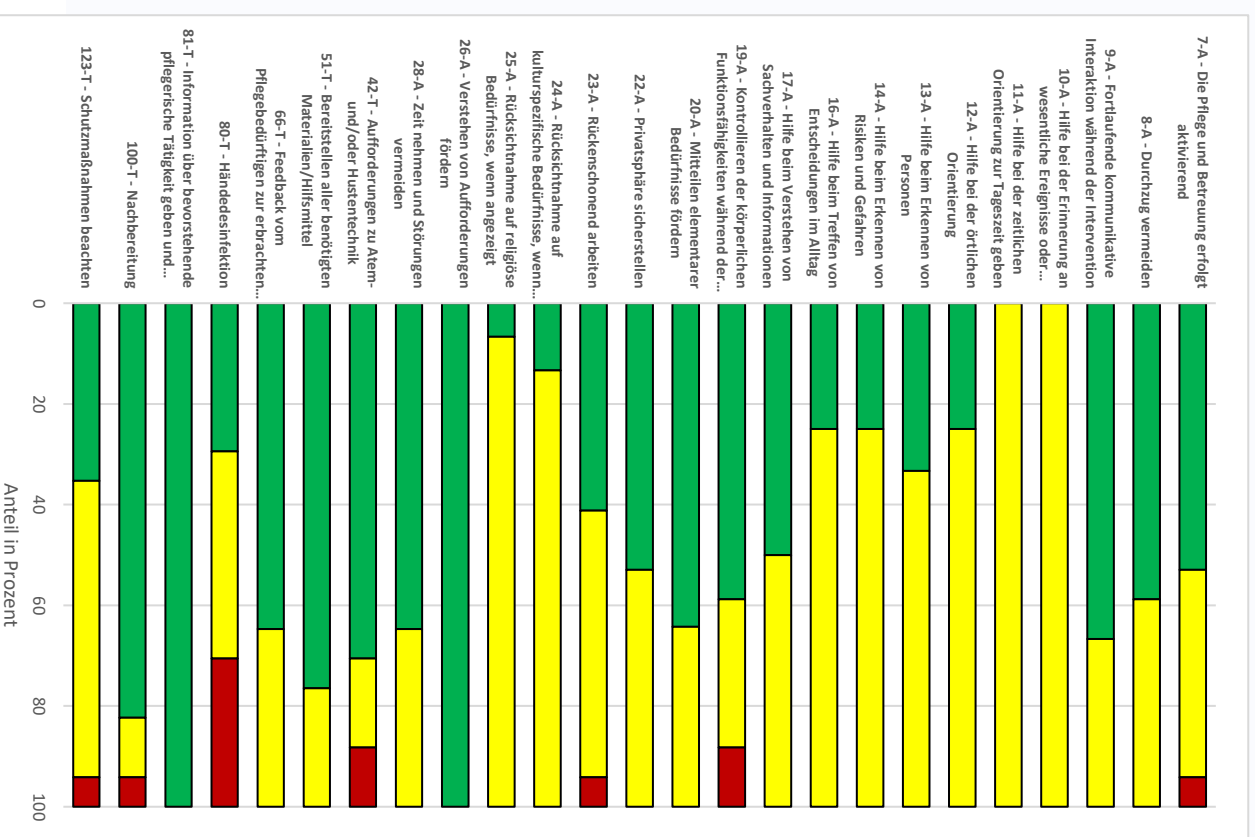
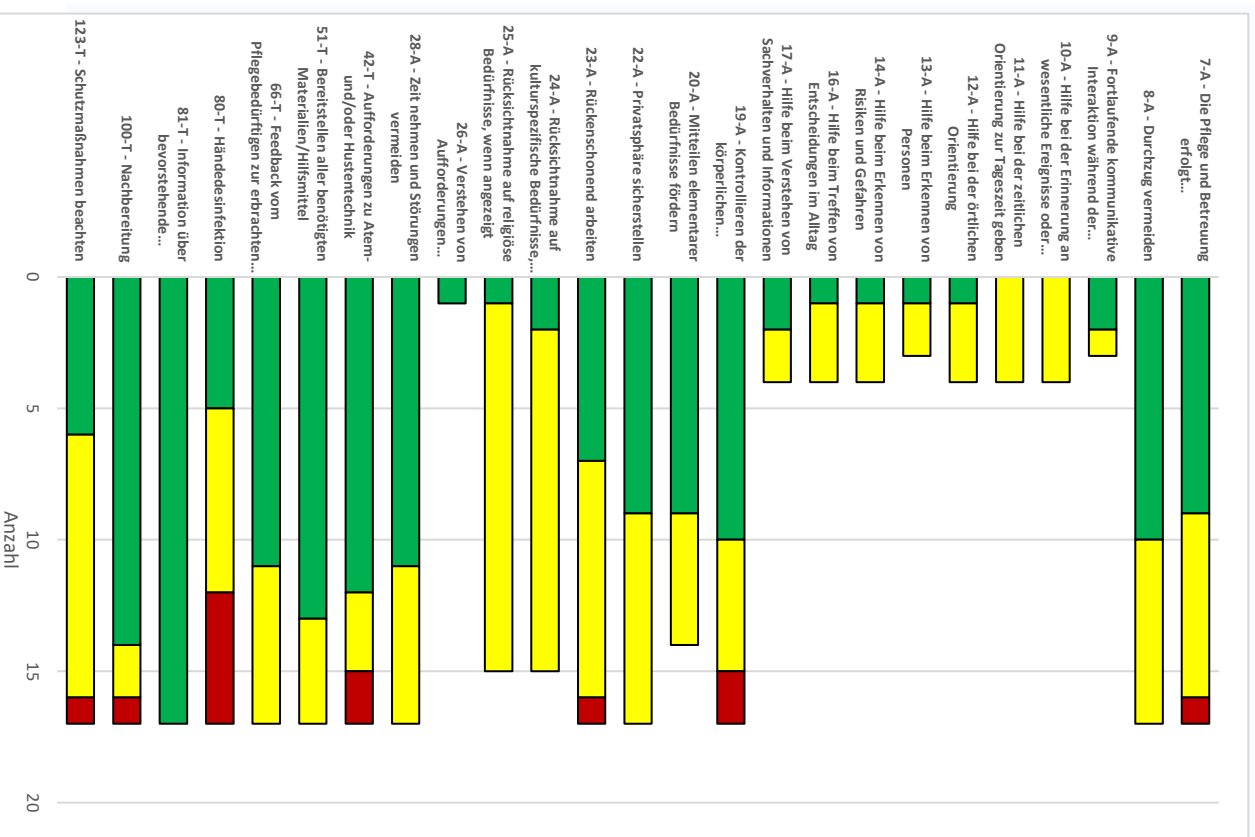
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



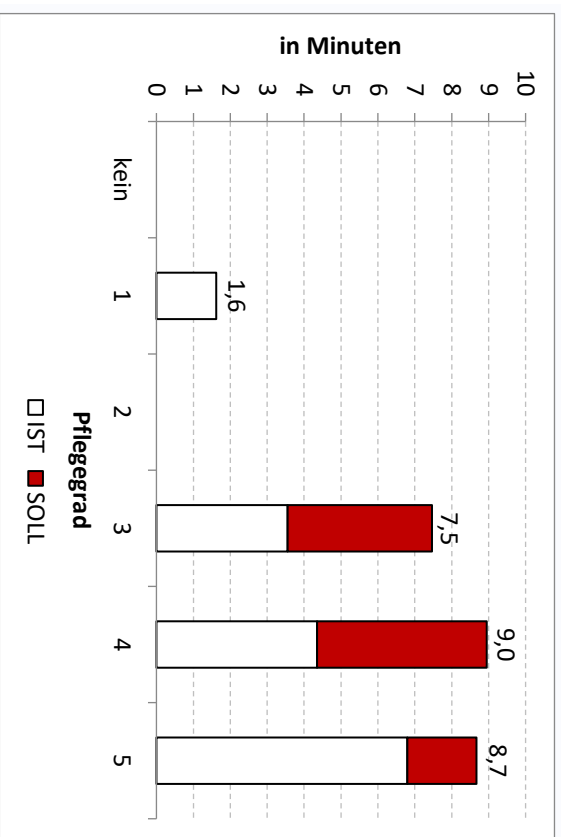
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitemenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



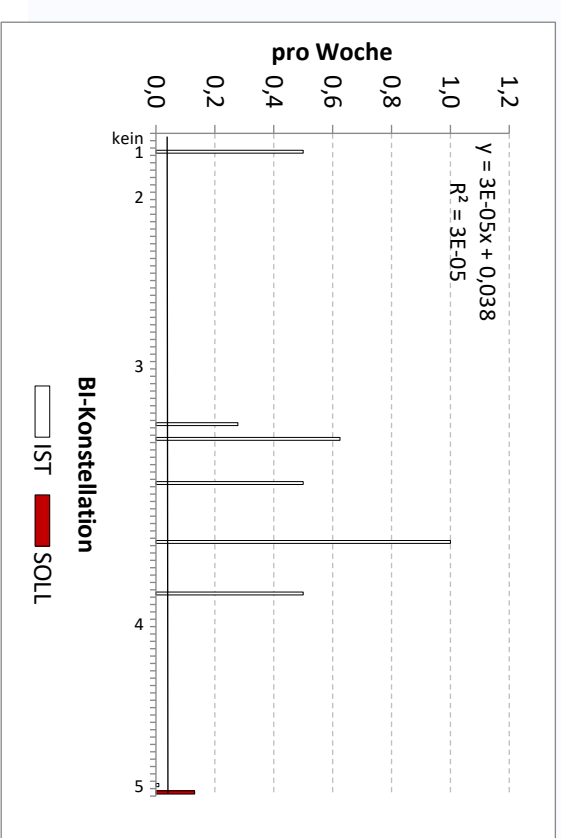
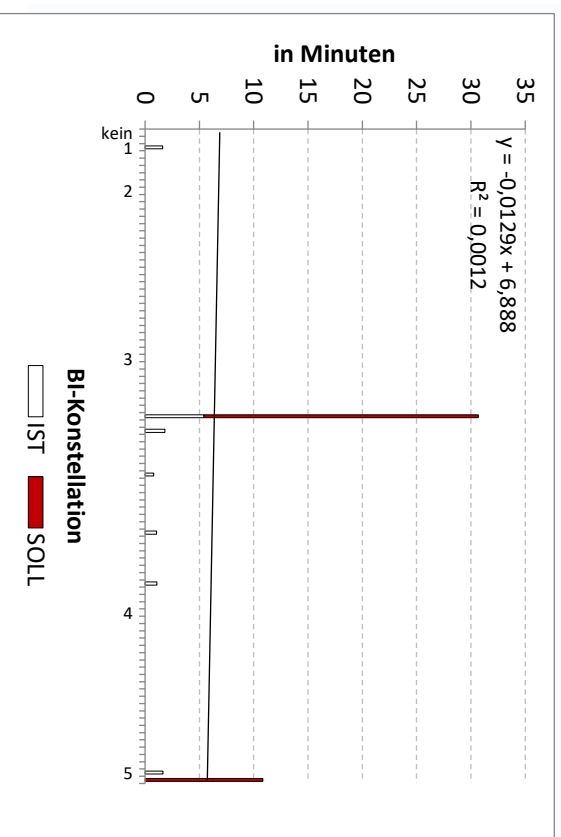
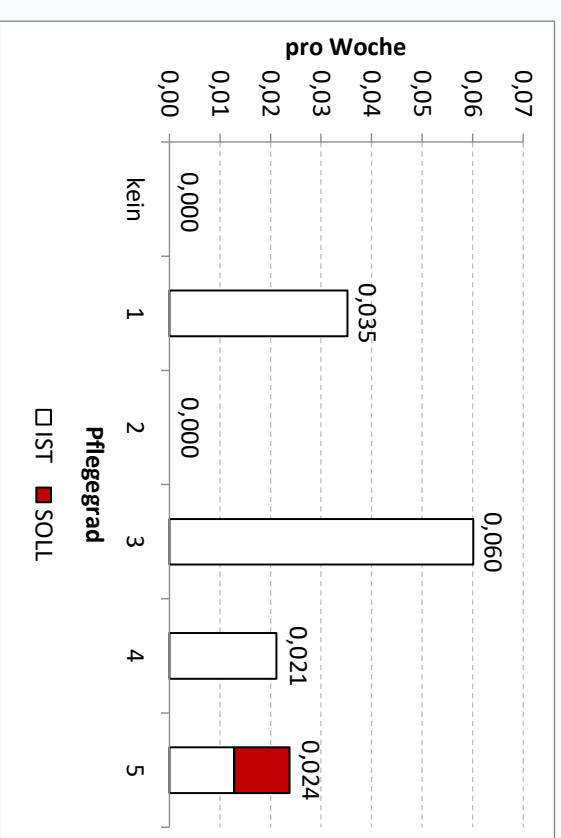
Absolute und relative Teilschrittbewertung



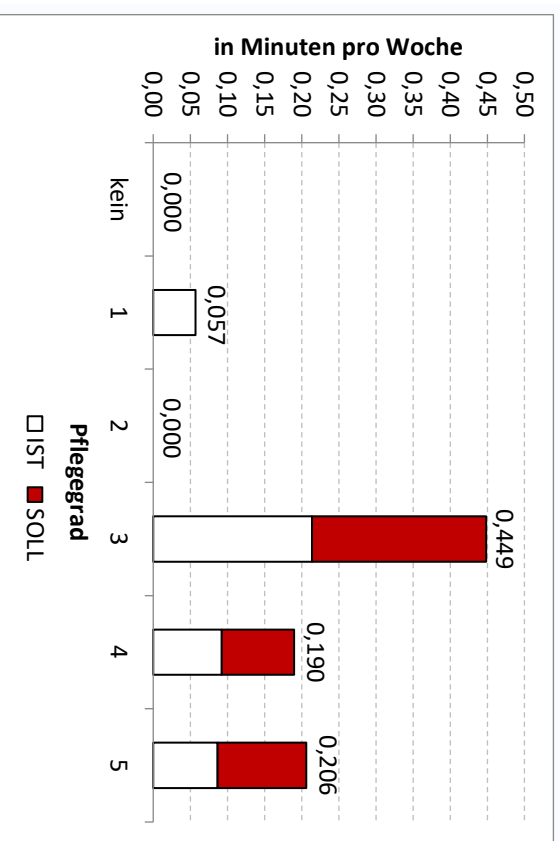
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



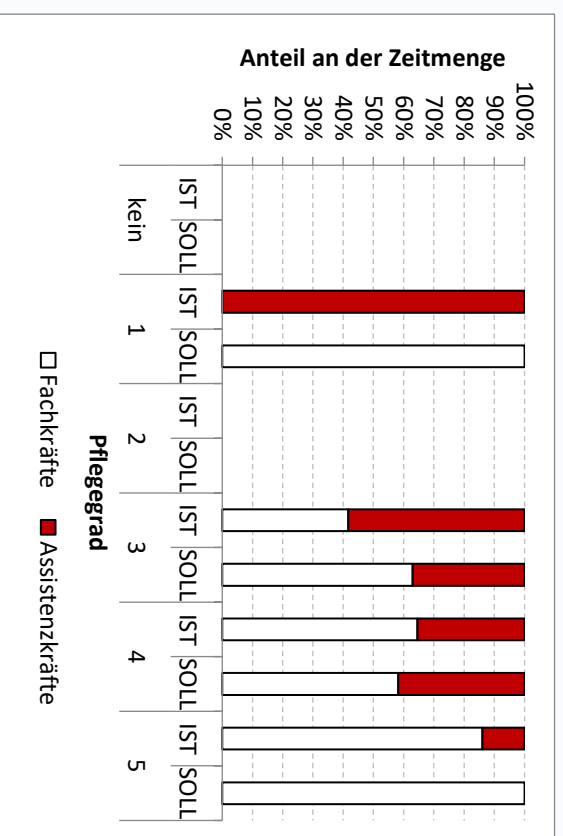
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



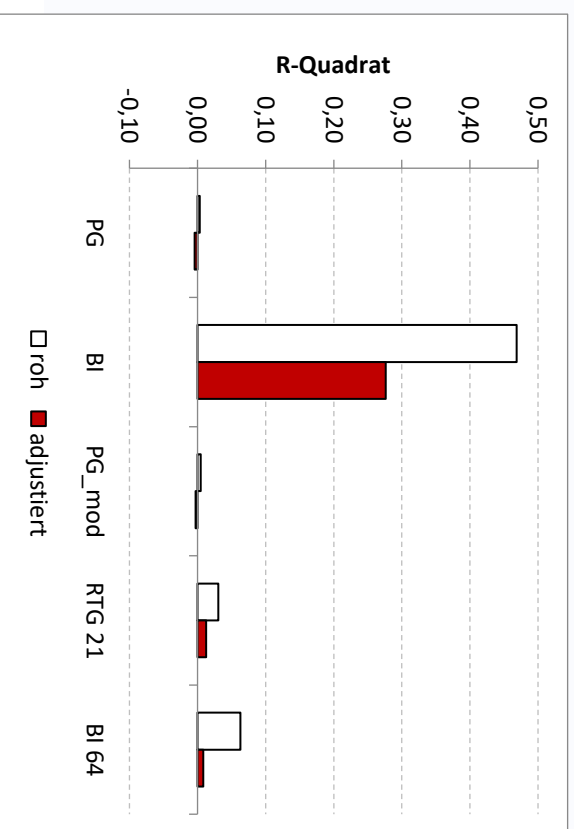
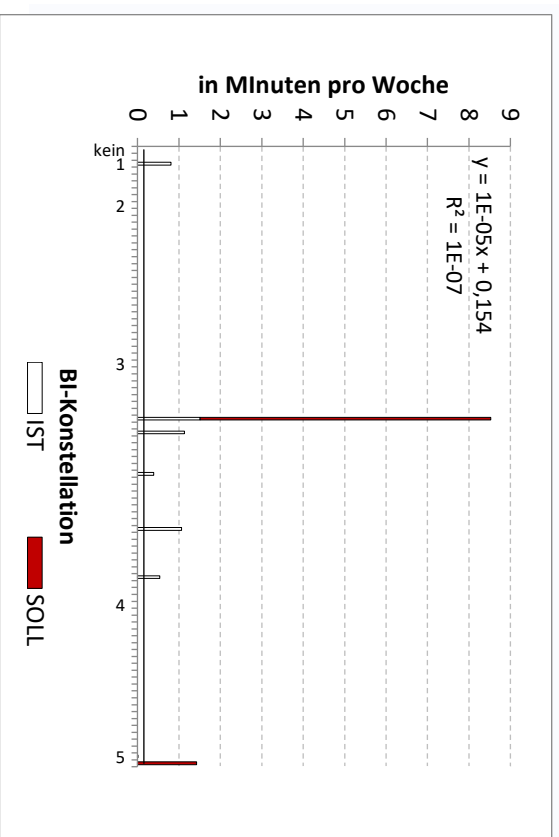
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



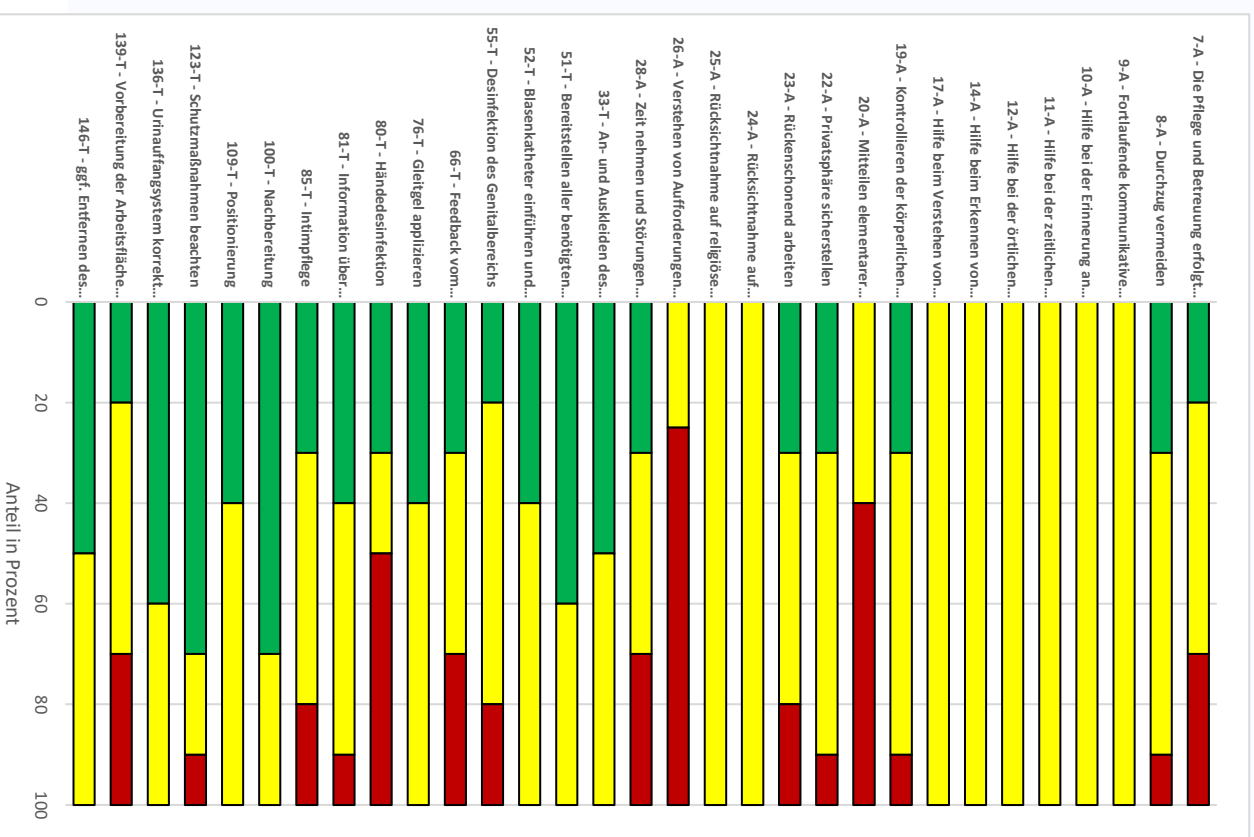
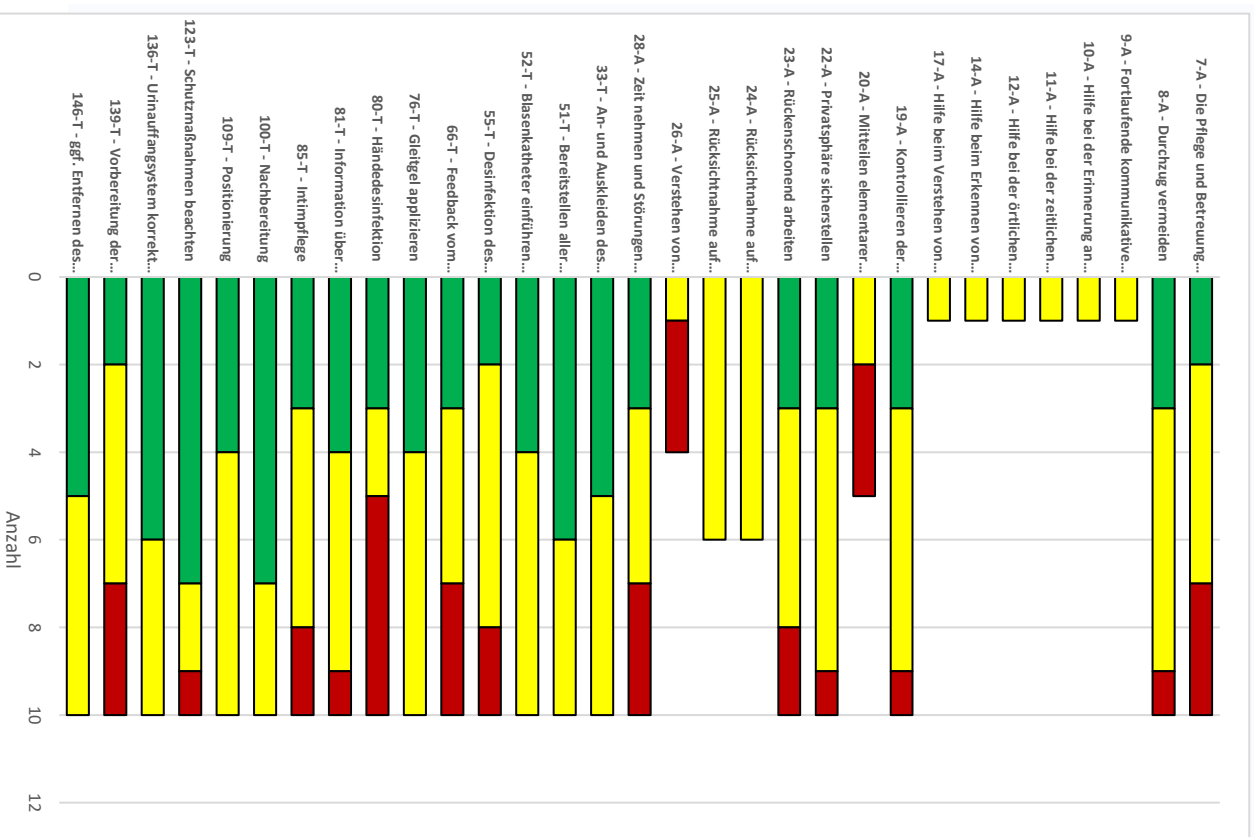
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



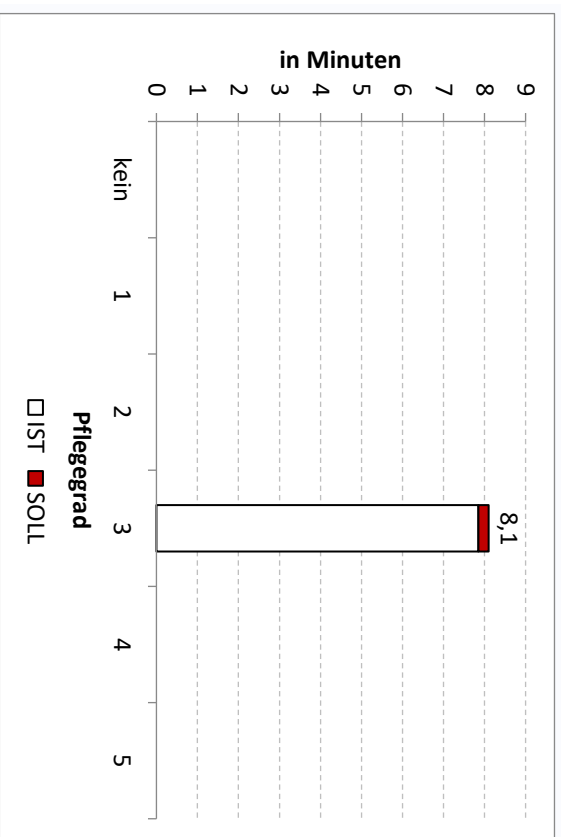
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitemenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



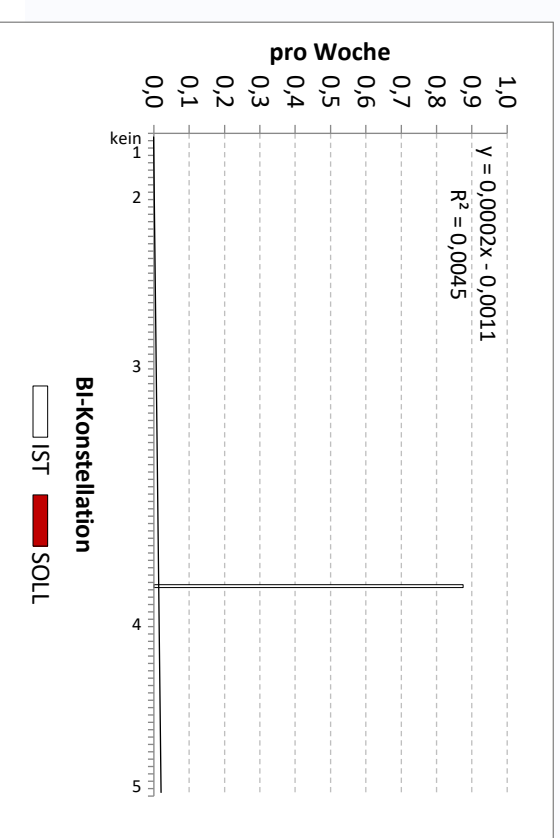
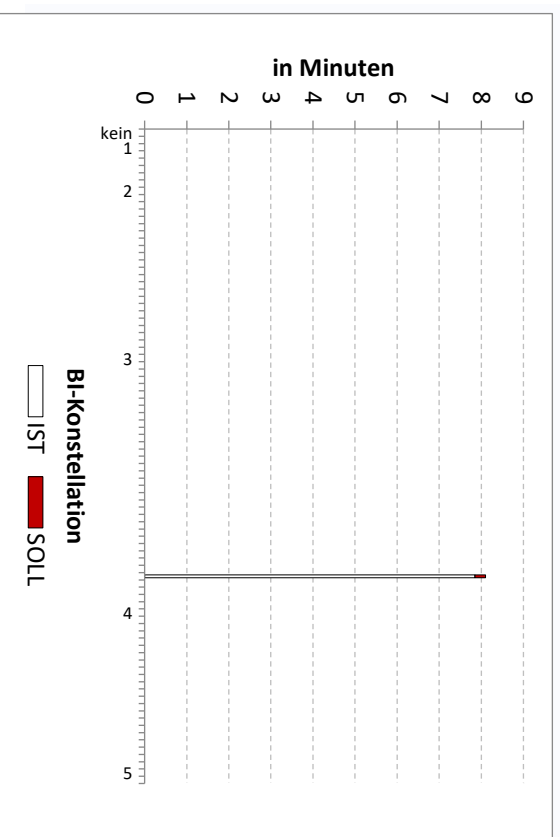
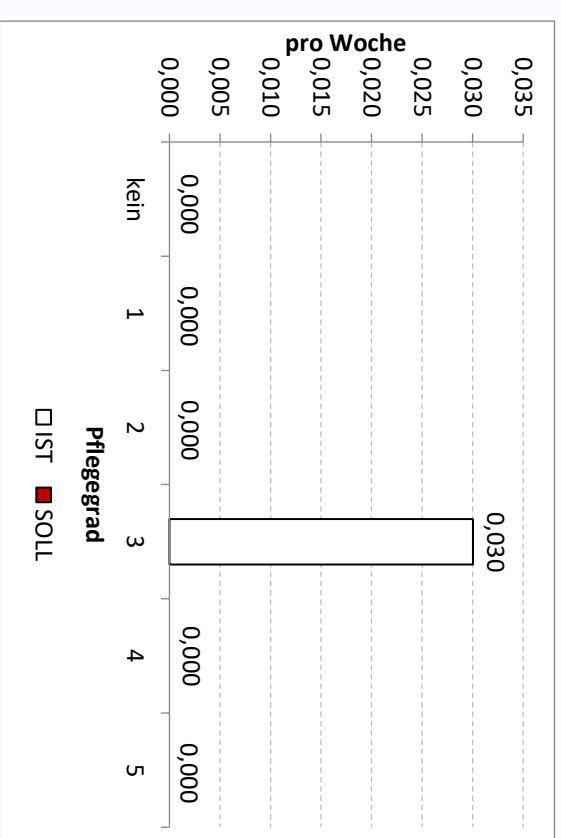
Absolute und relative Teilschrittbewertung



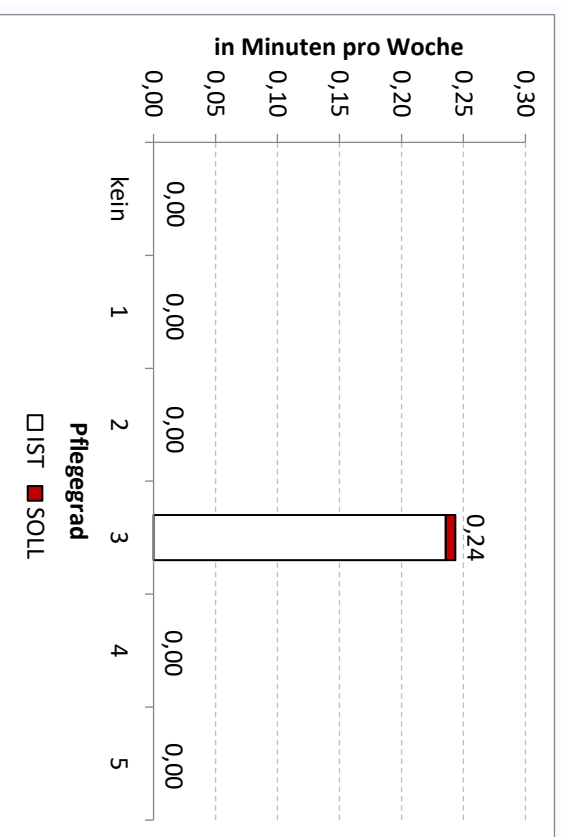
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



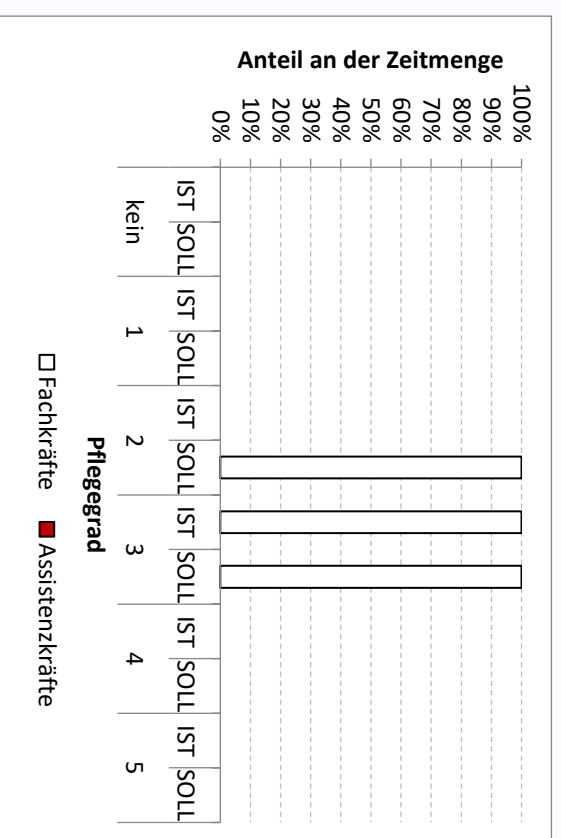
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



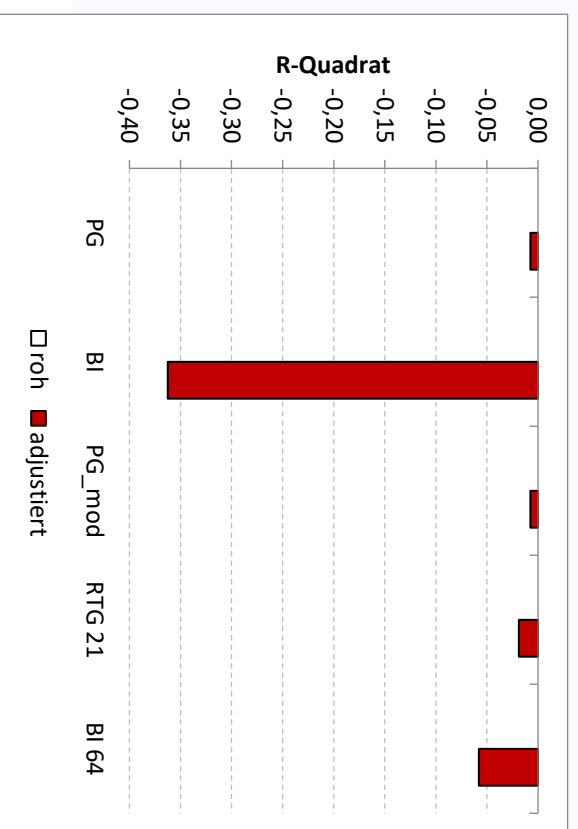
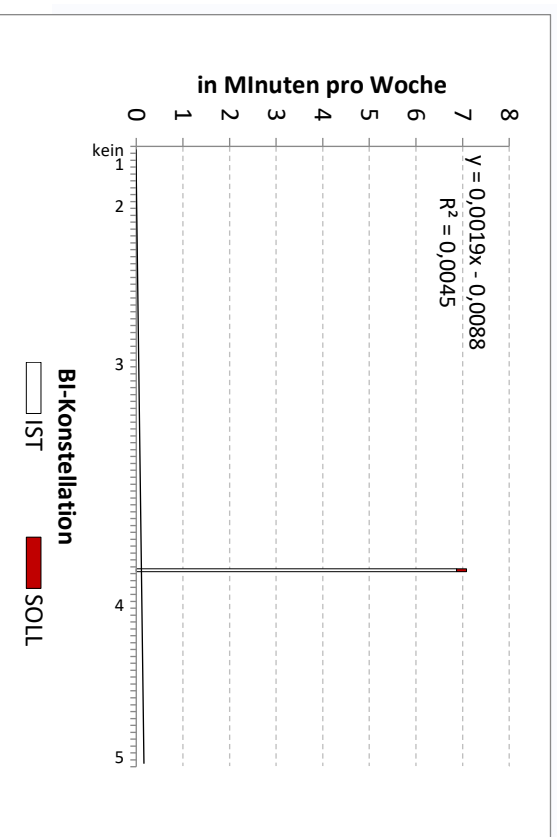
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



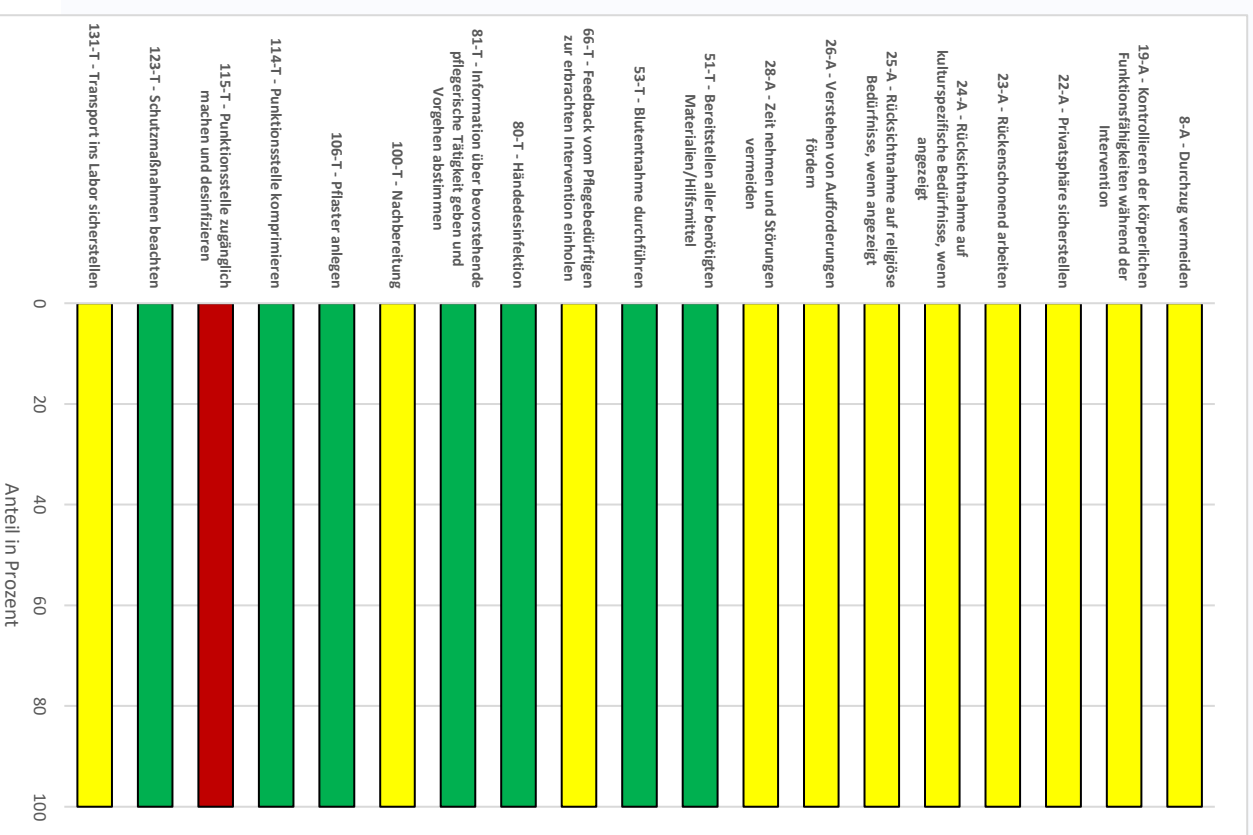
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



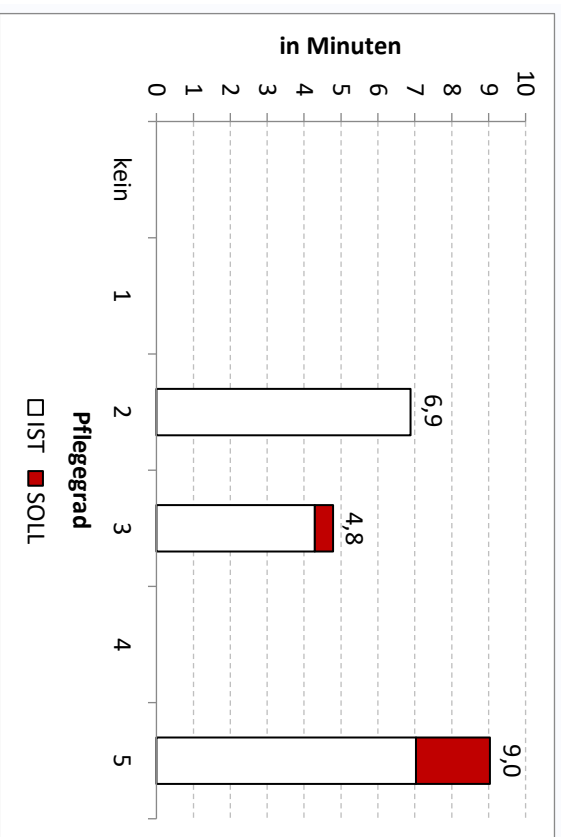
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitmenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



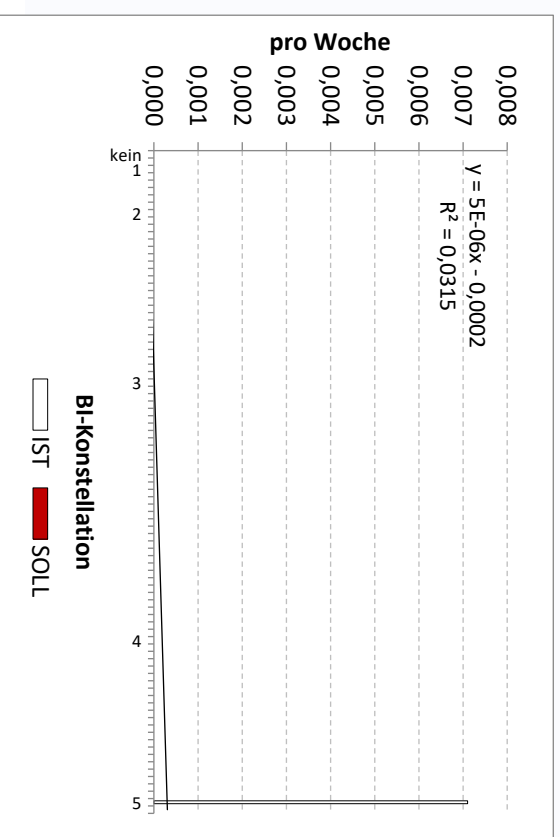
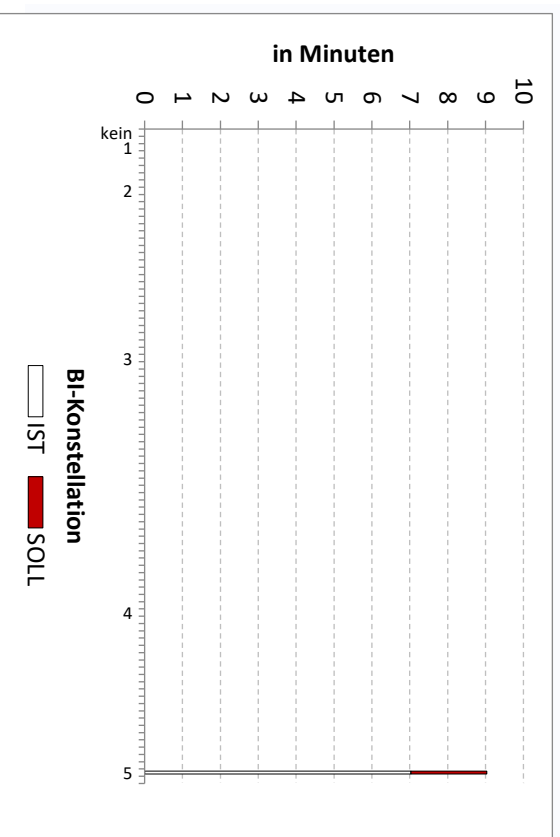
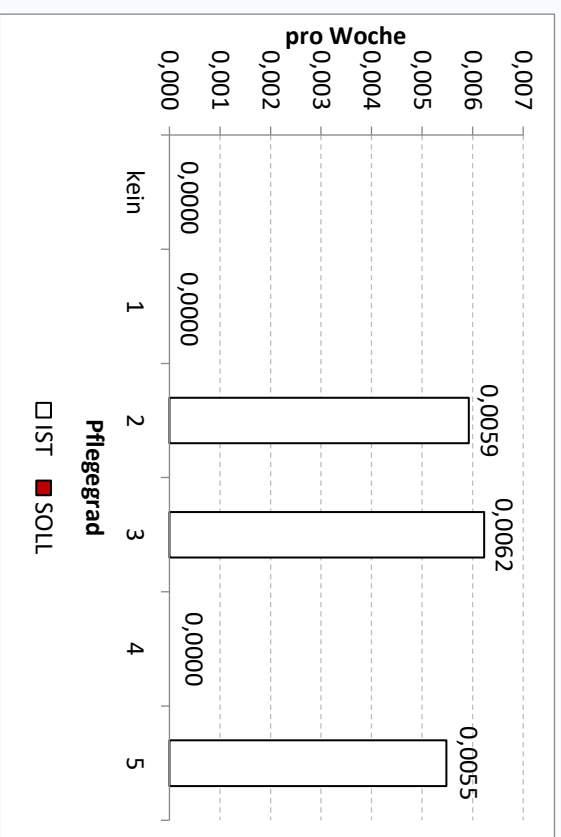
Absolute und relative Teilschrittbewertung



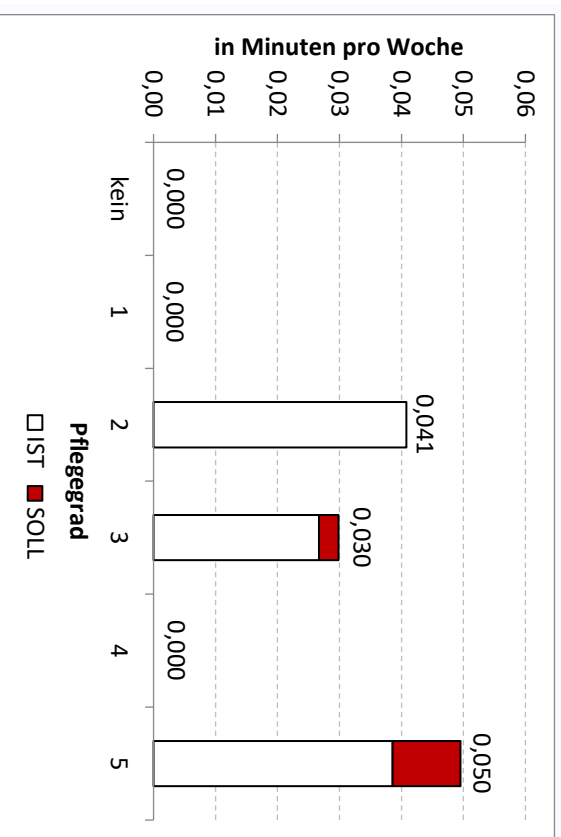
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



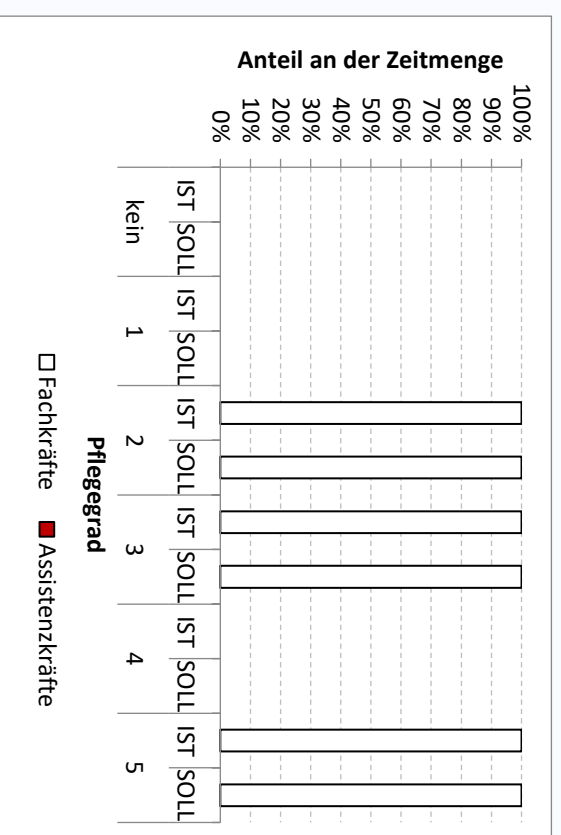
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



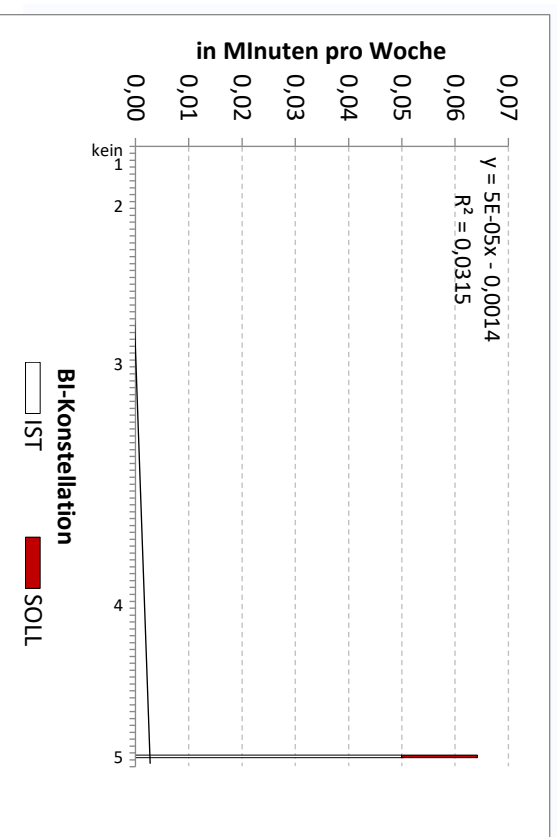
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



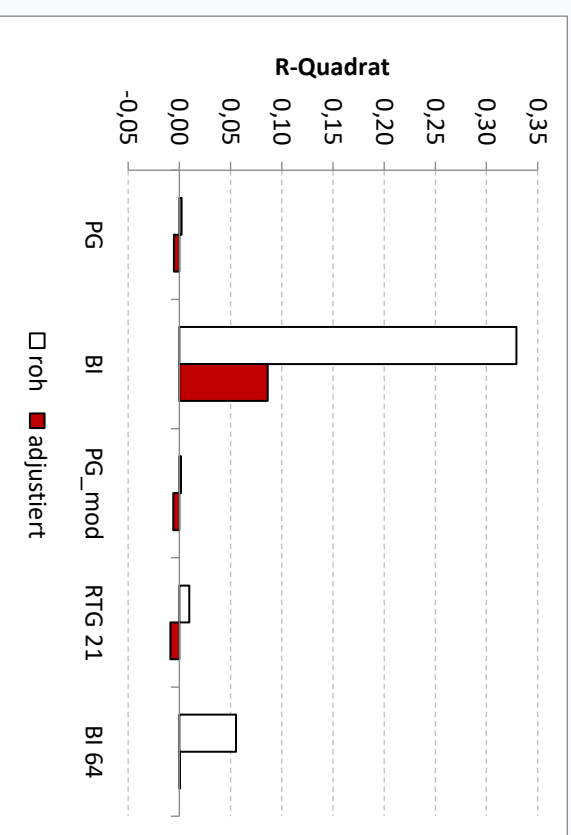
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



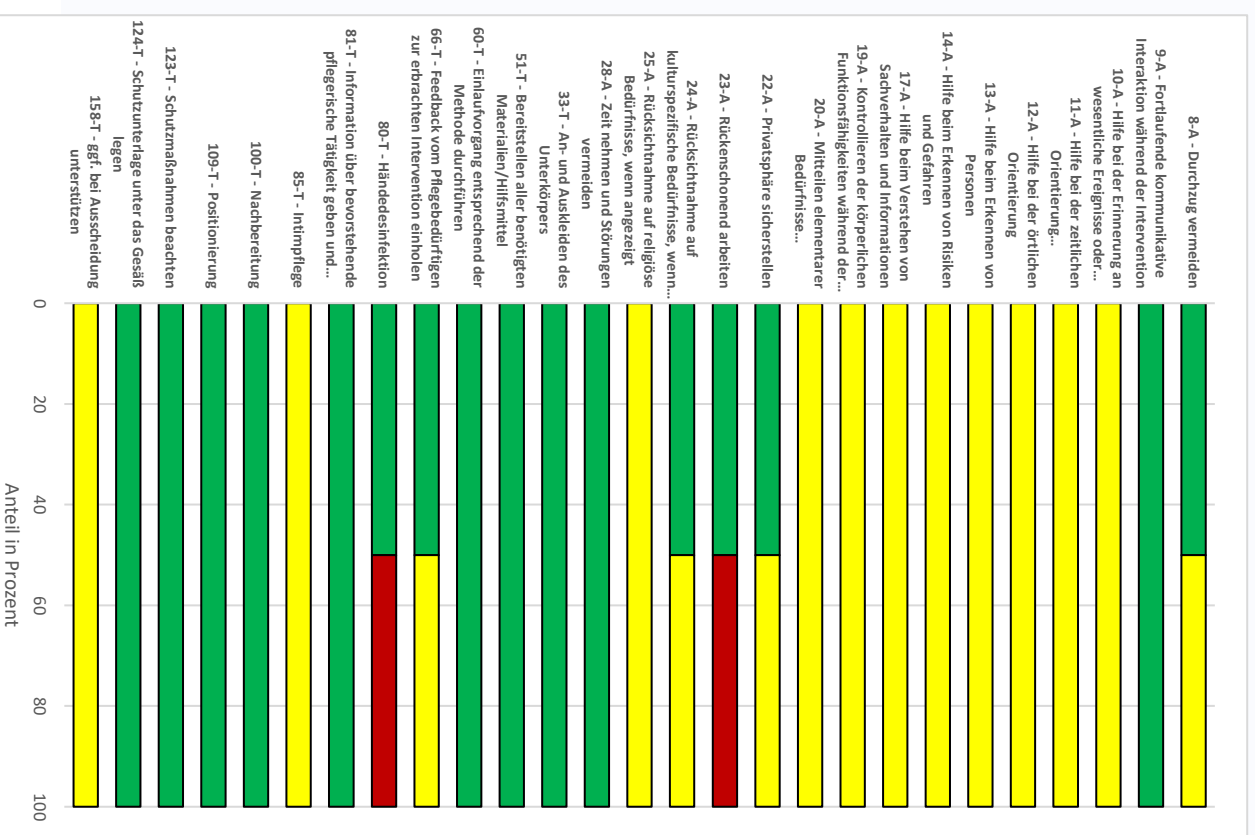
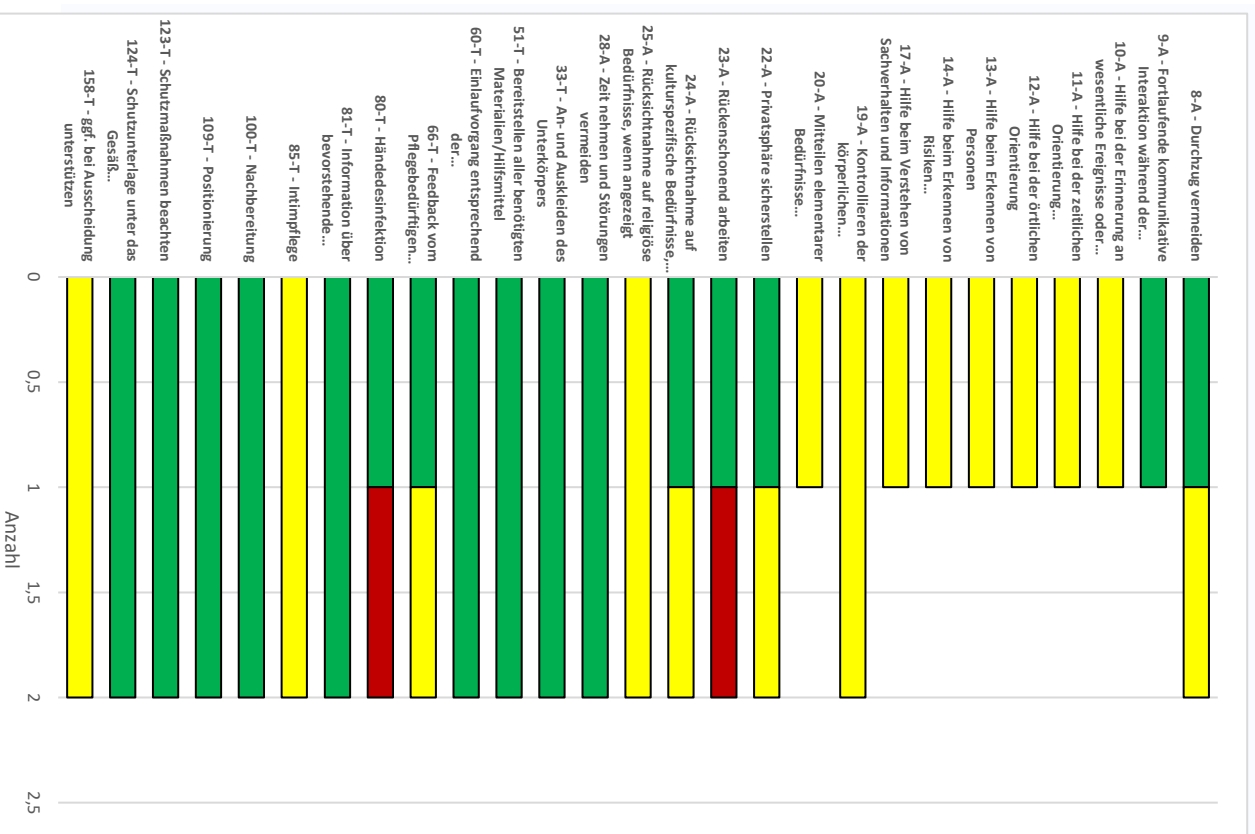
5.5 Einlauf



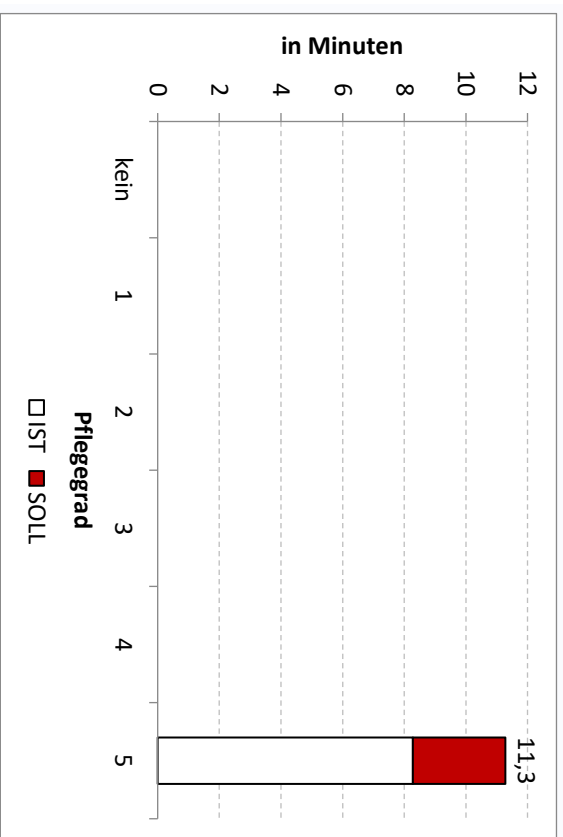
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitmenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



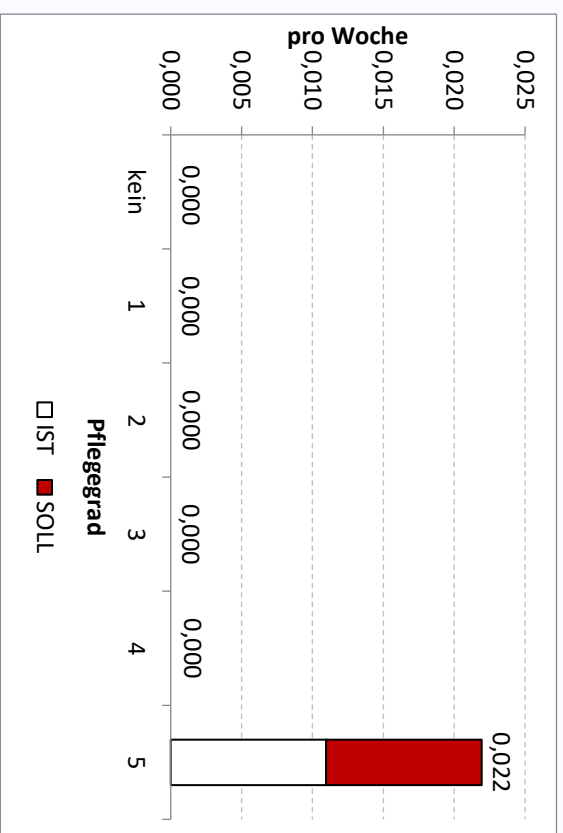
Absolute und relative Teilschrittbewertung



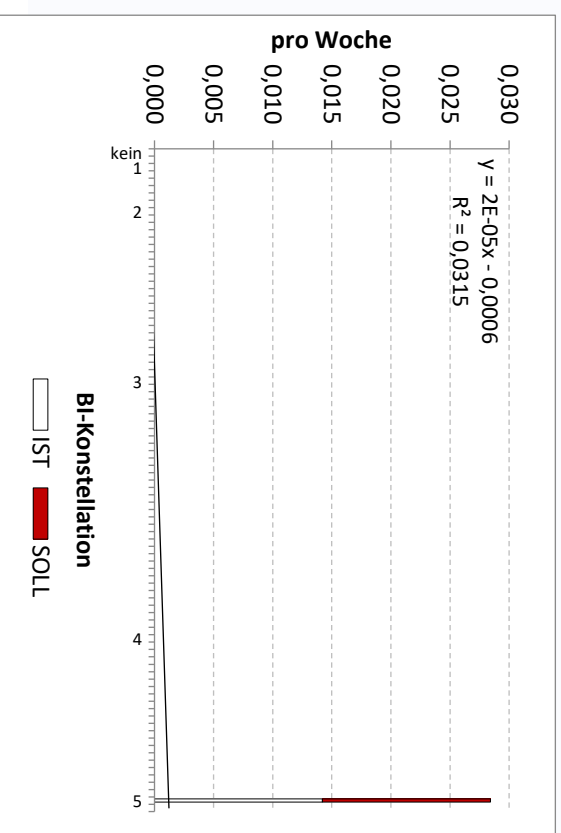
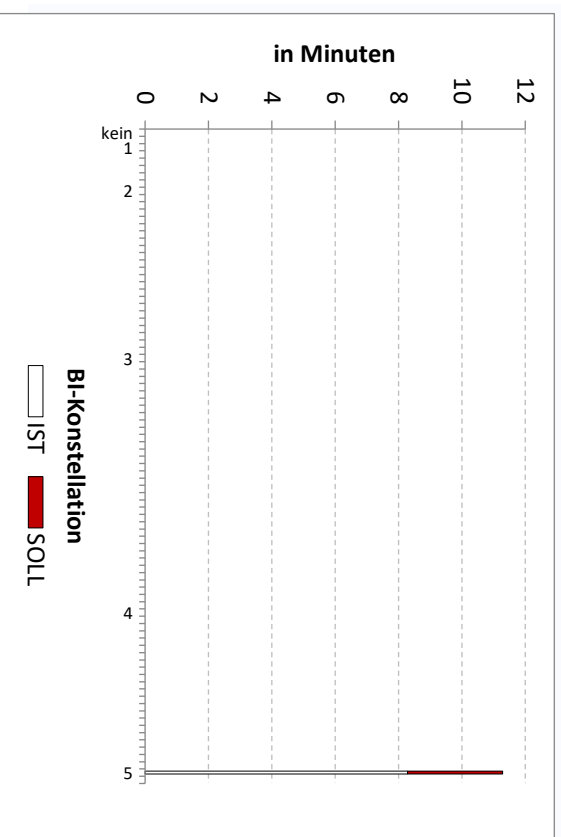
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



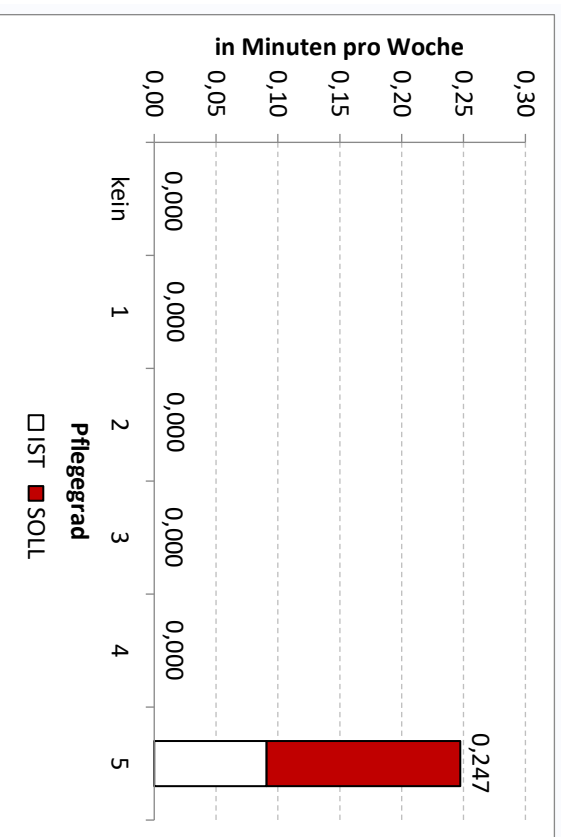
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



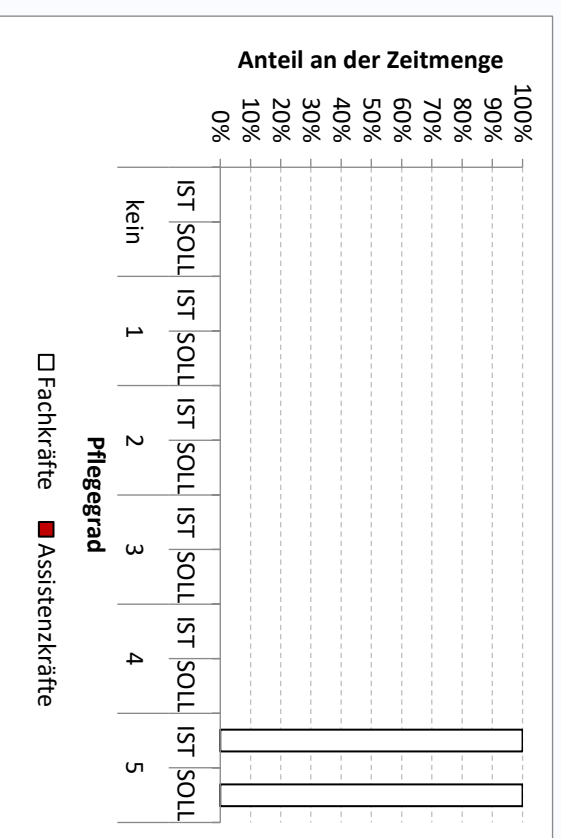
5.6 Ernährungssonde: Legen



Durchschnittliche Zeitemengen nach...

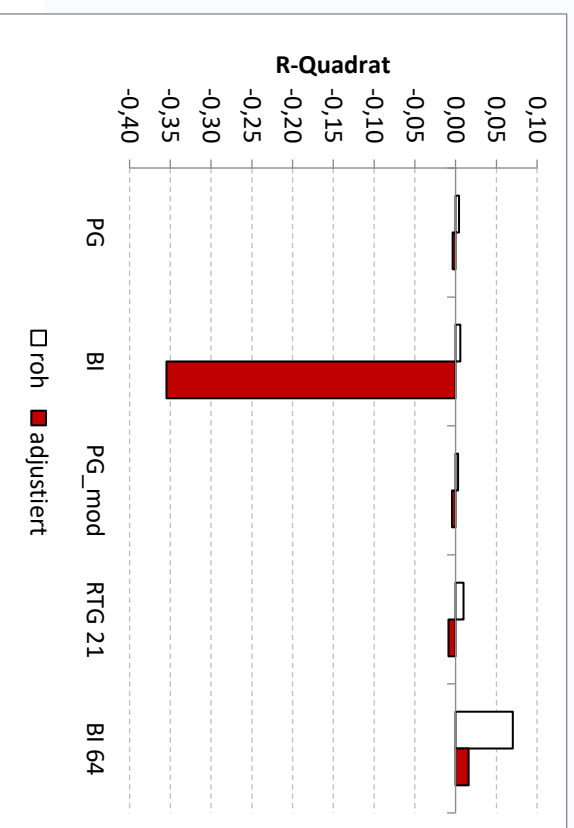
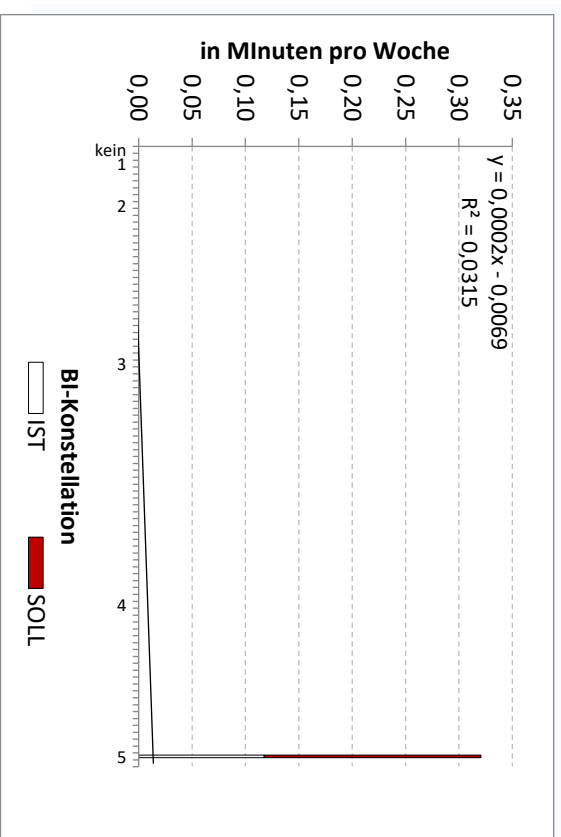


Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)

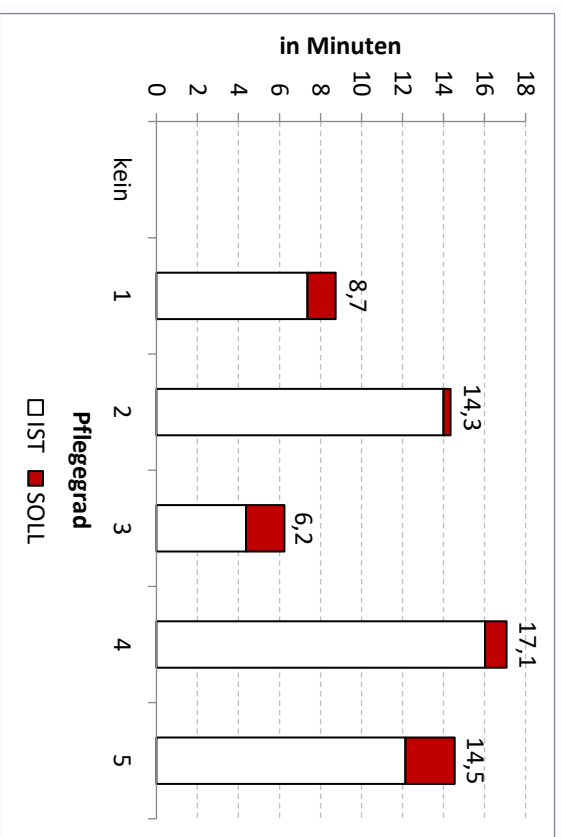


5.6 Ernährungssonde: Legen

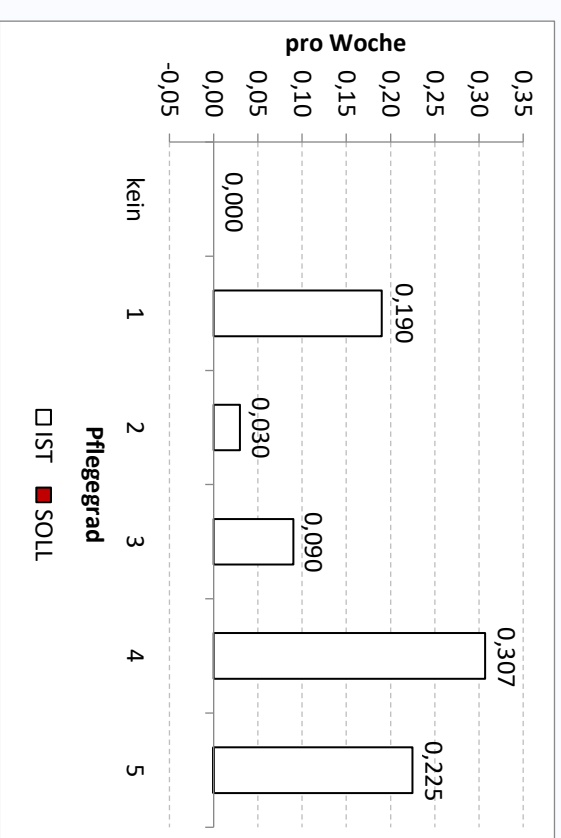
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitmenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



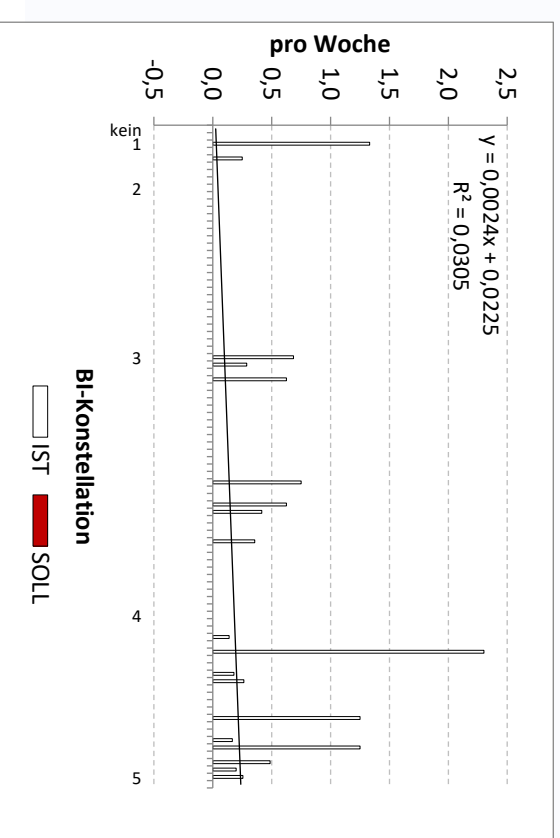
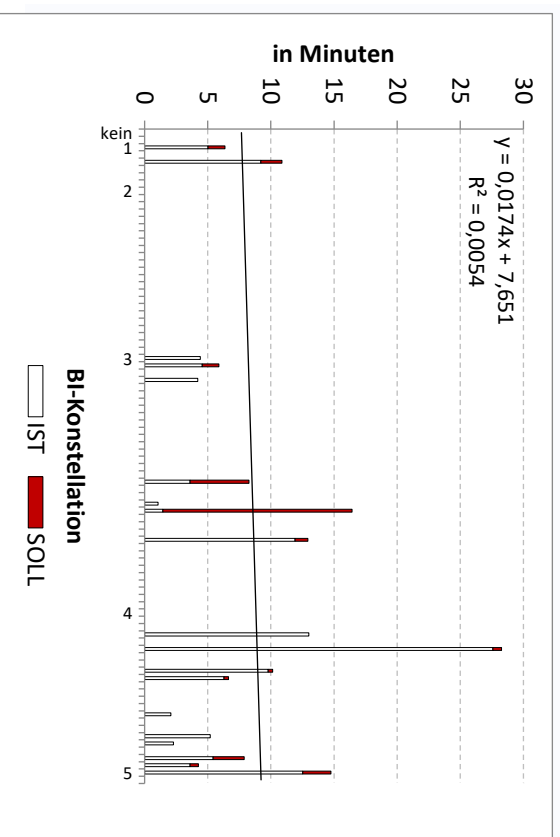
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



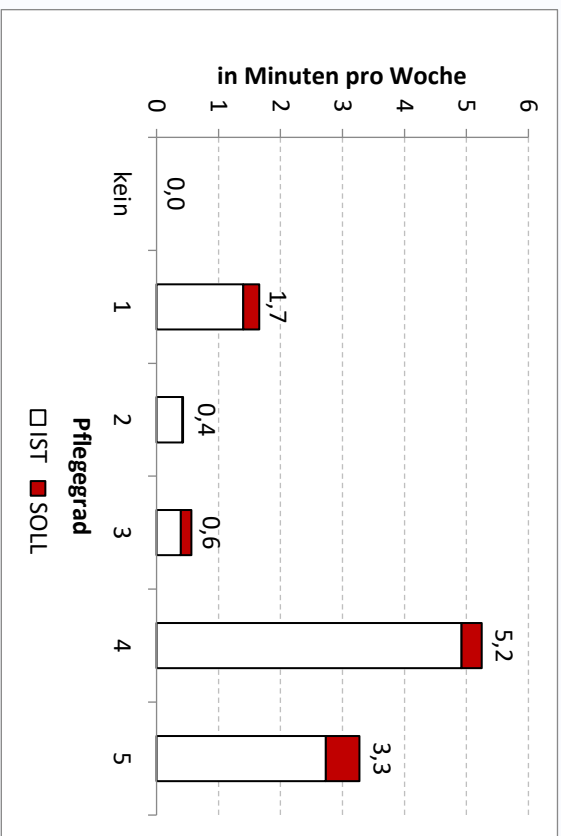
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



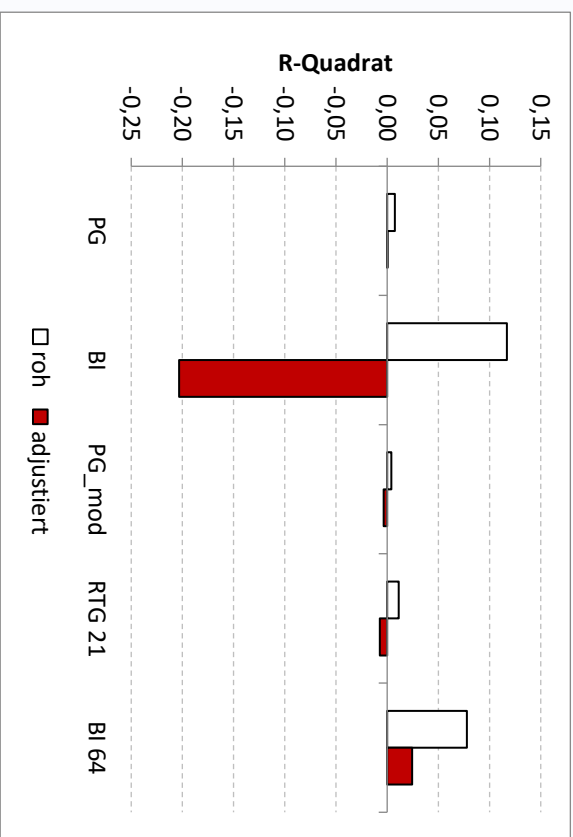
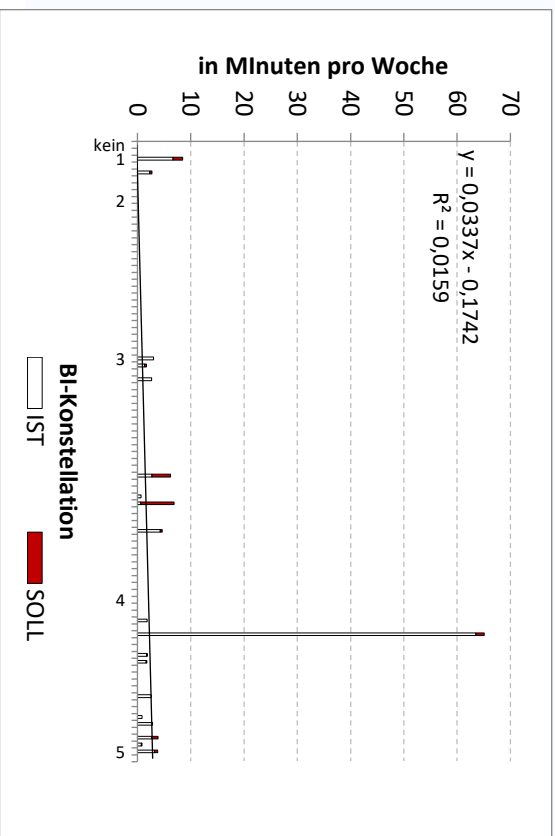
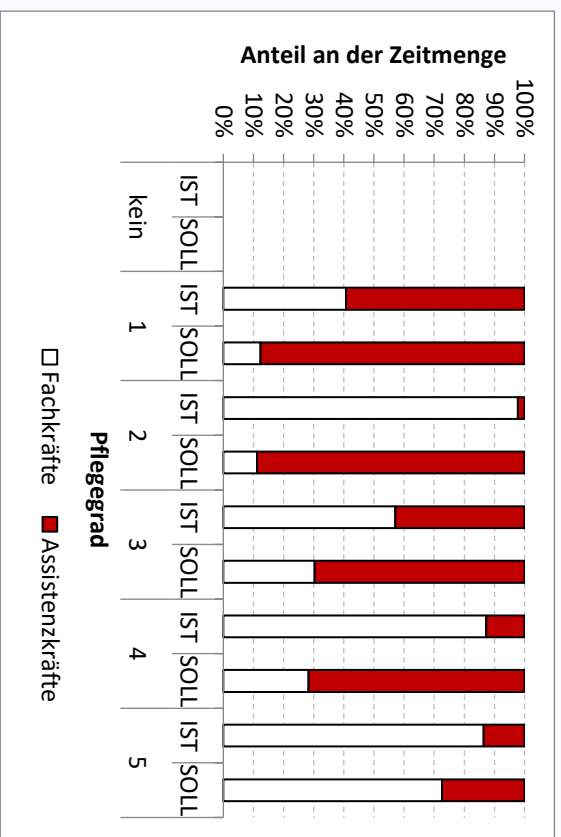
5.7 Erste Hilfe



Durchschnittliche Zeitemengen nach...

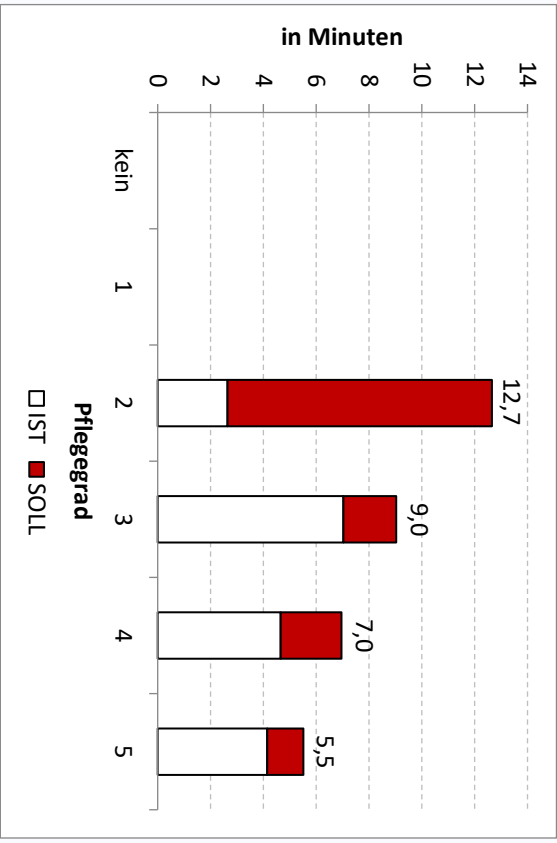


Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)

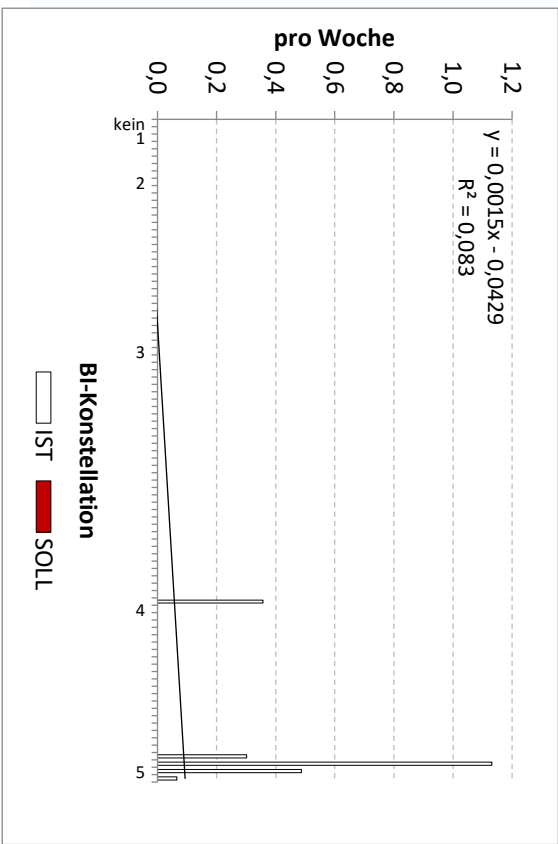
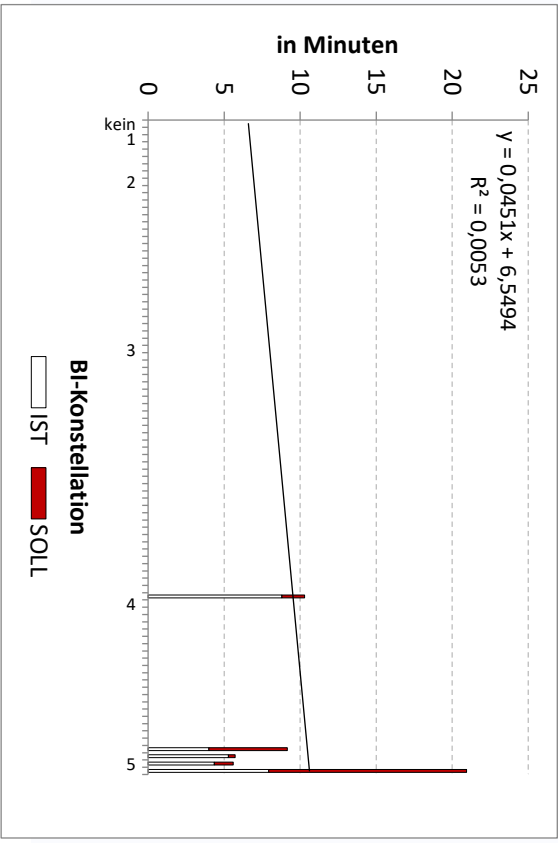
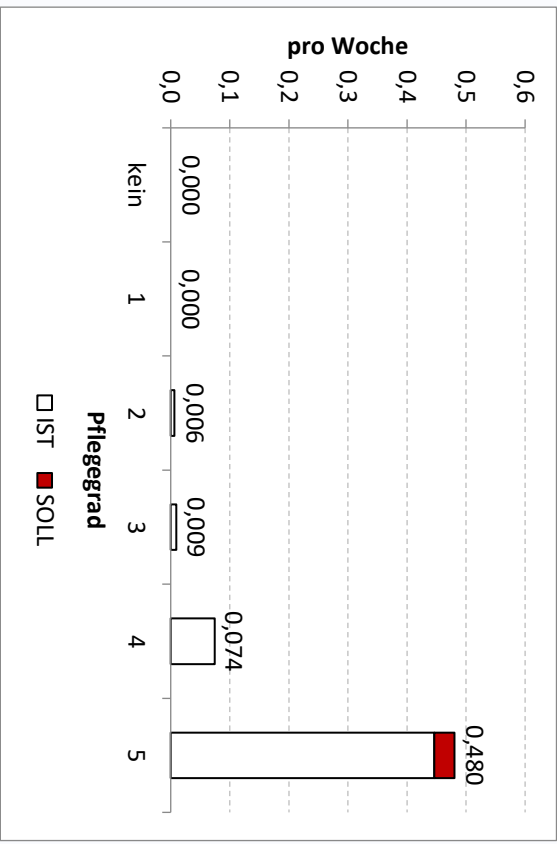


Varianzaufklärung der SOLL-Zeitemenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)

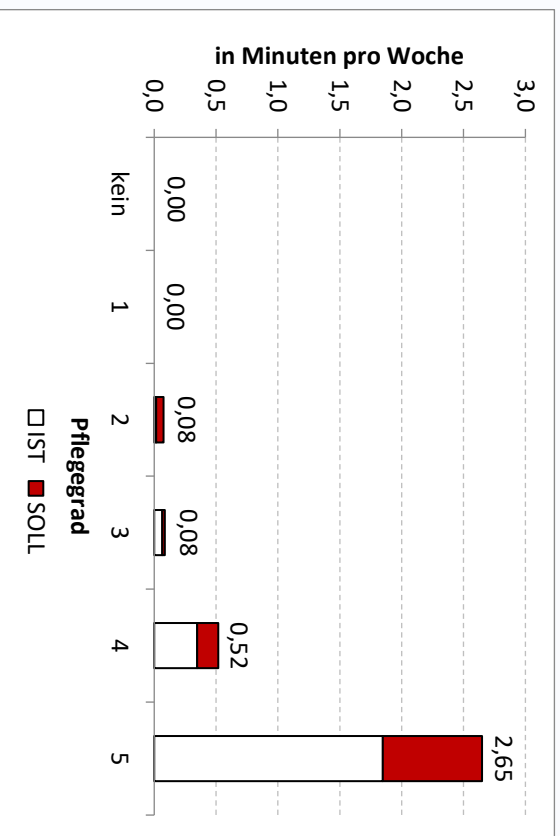
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



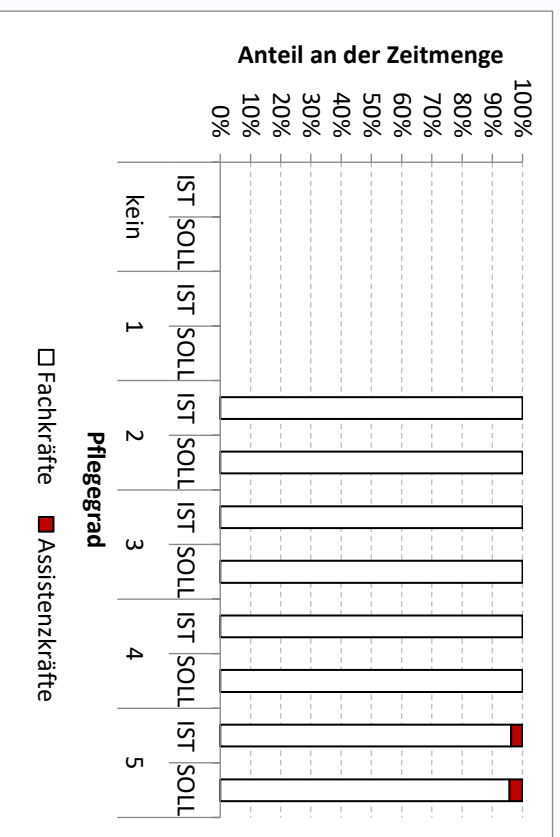
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



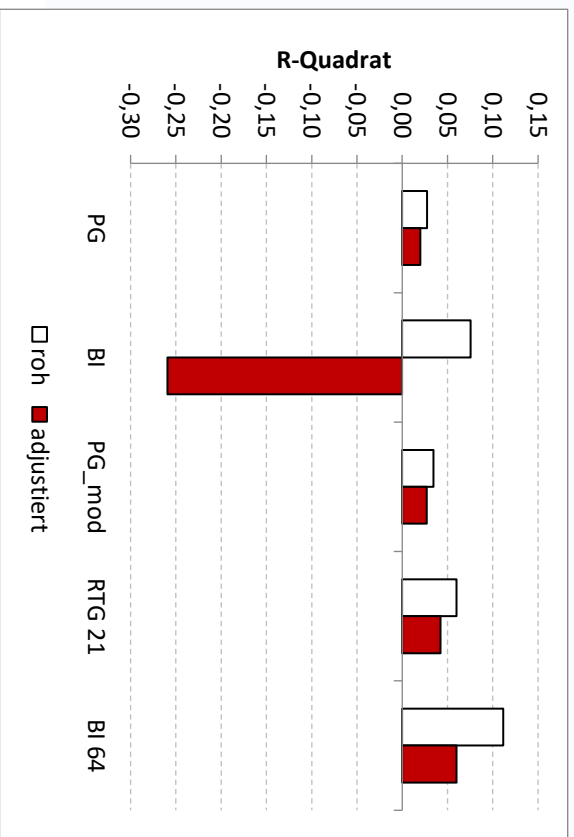
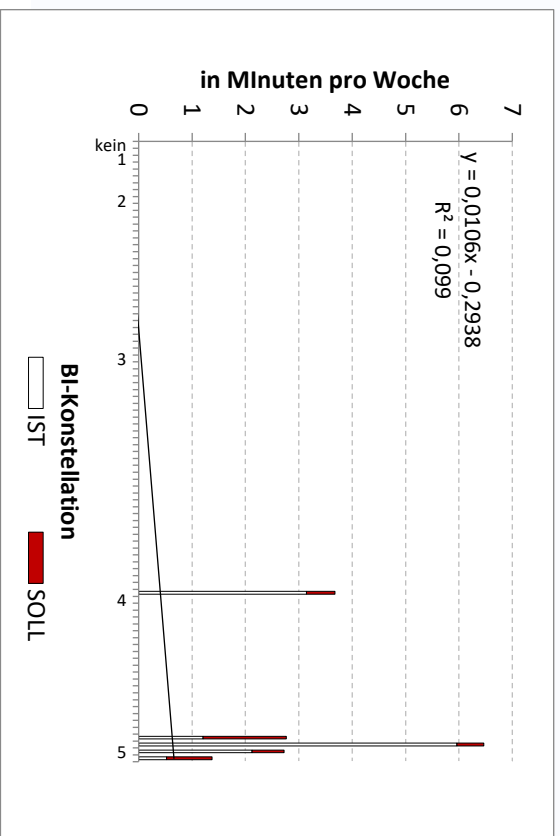
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



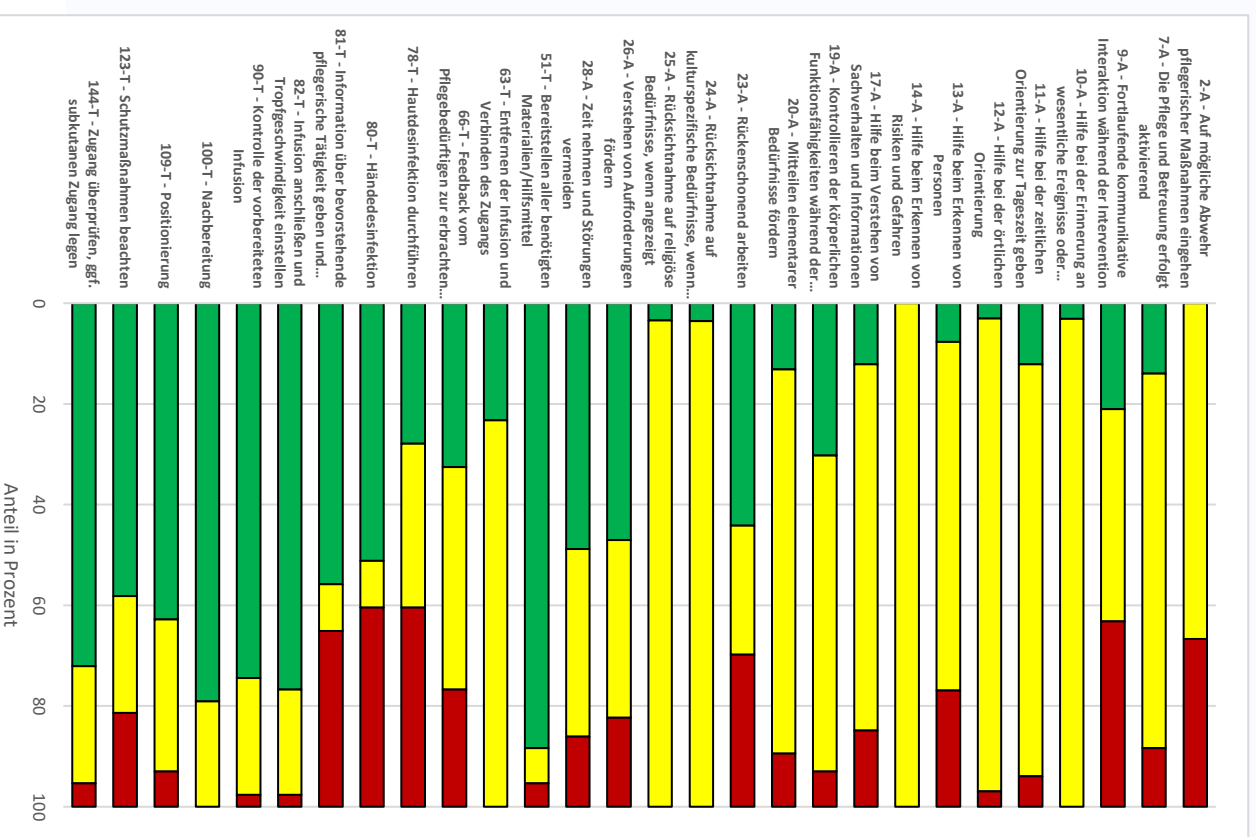
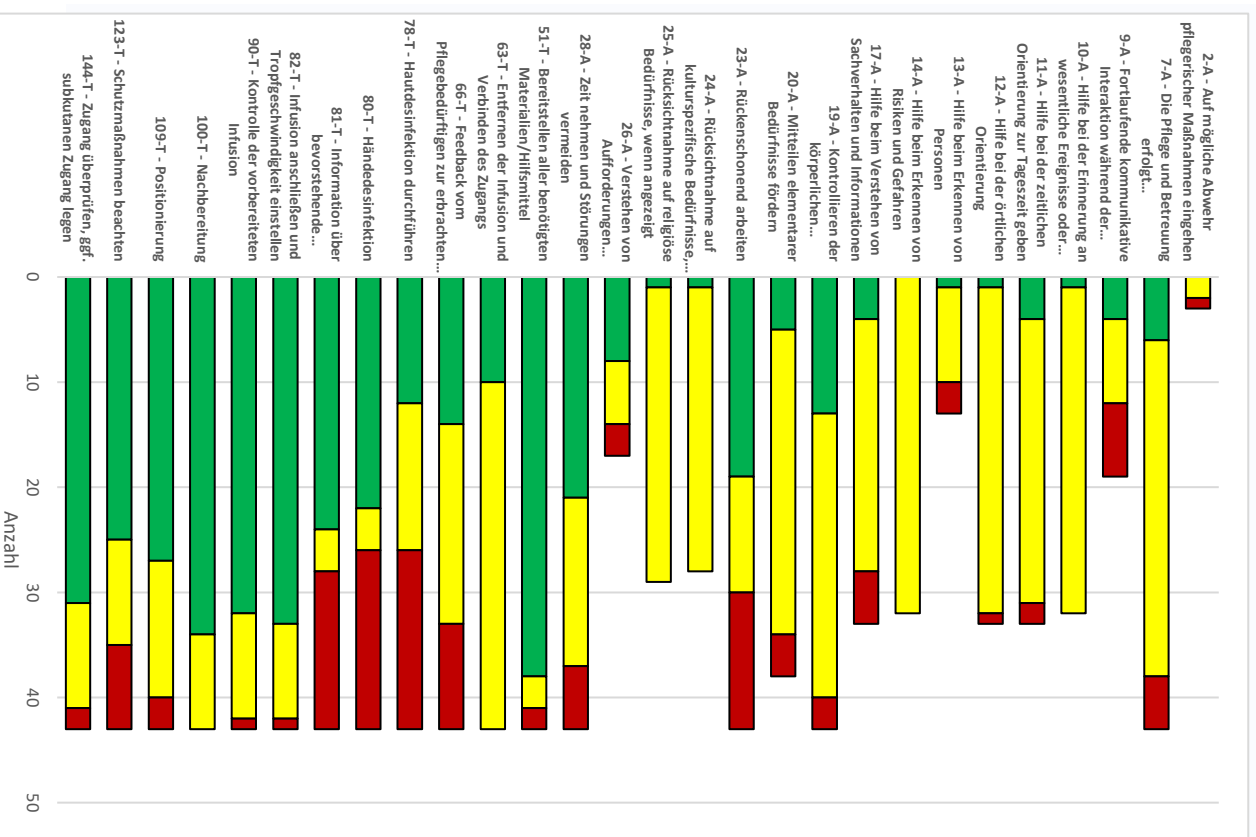
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



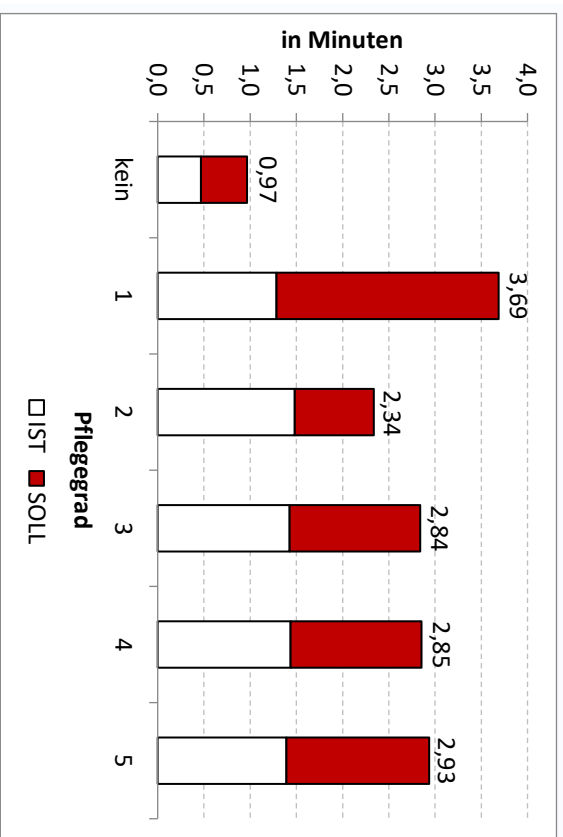
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitmenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



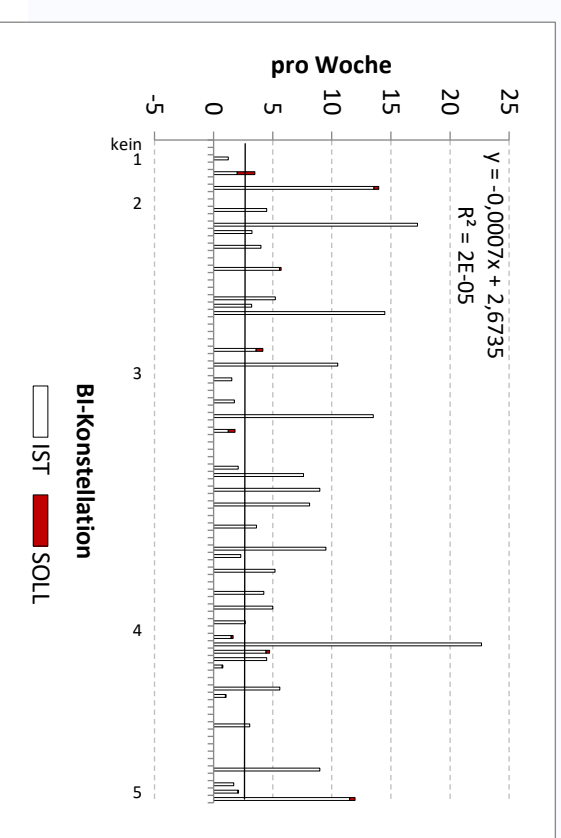
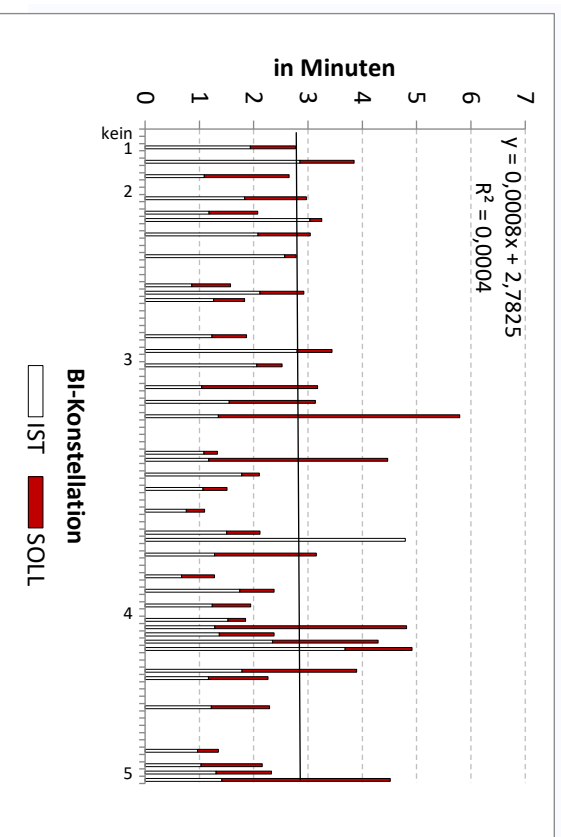
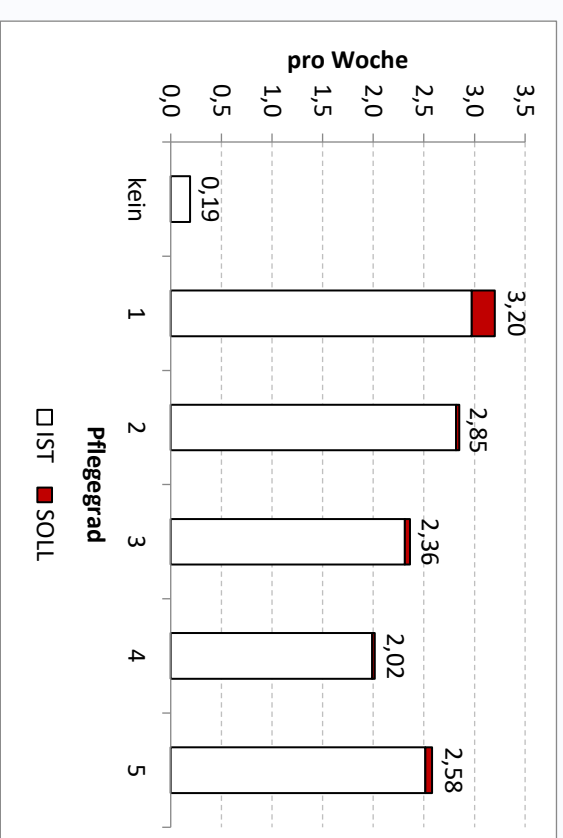
Absolute und relative Teilschrittbewertung



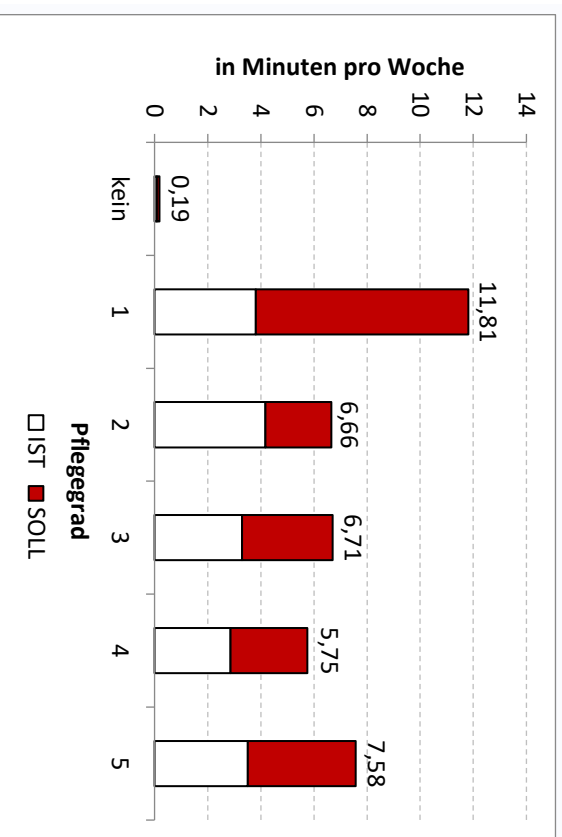
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



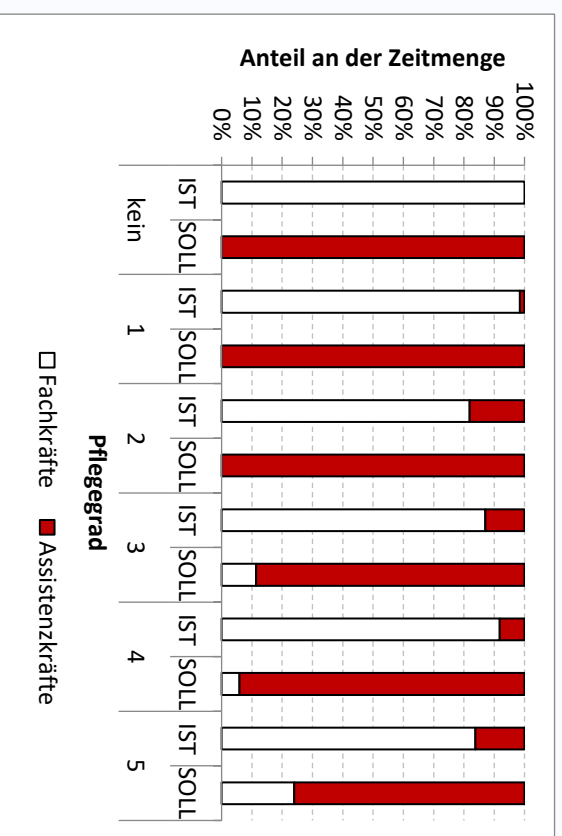
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



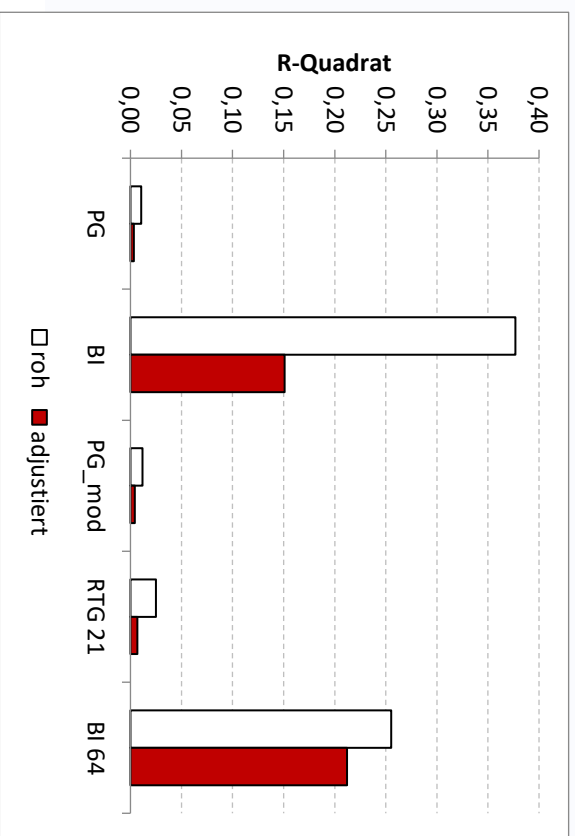
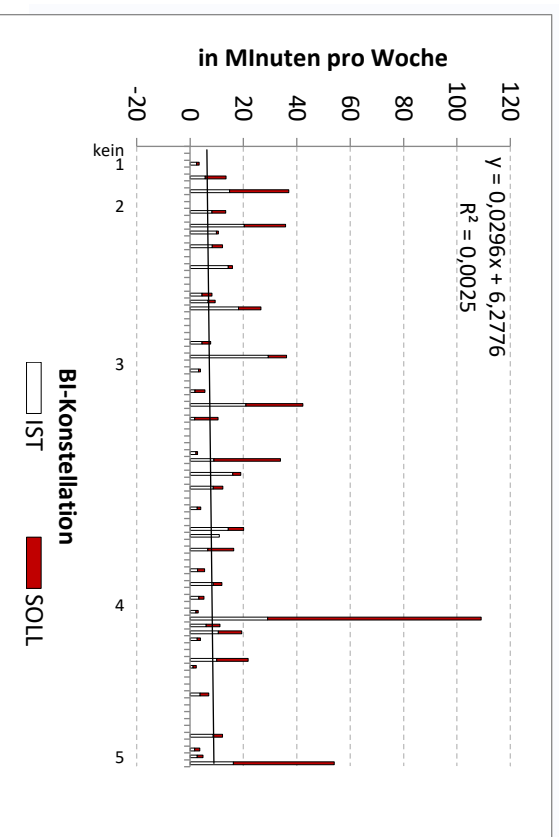
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



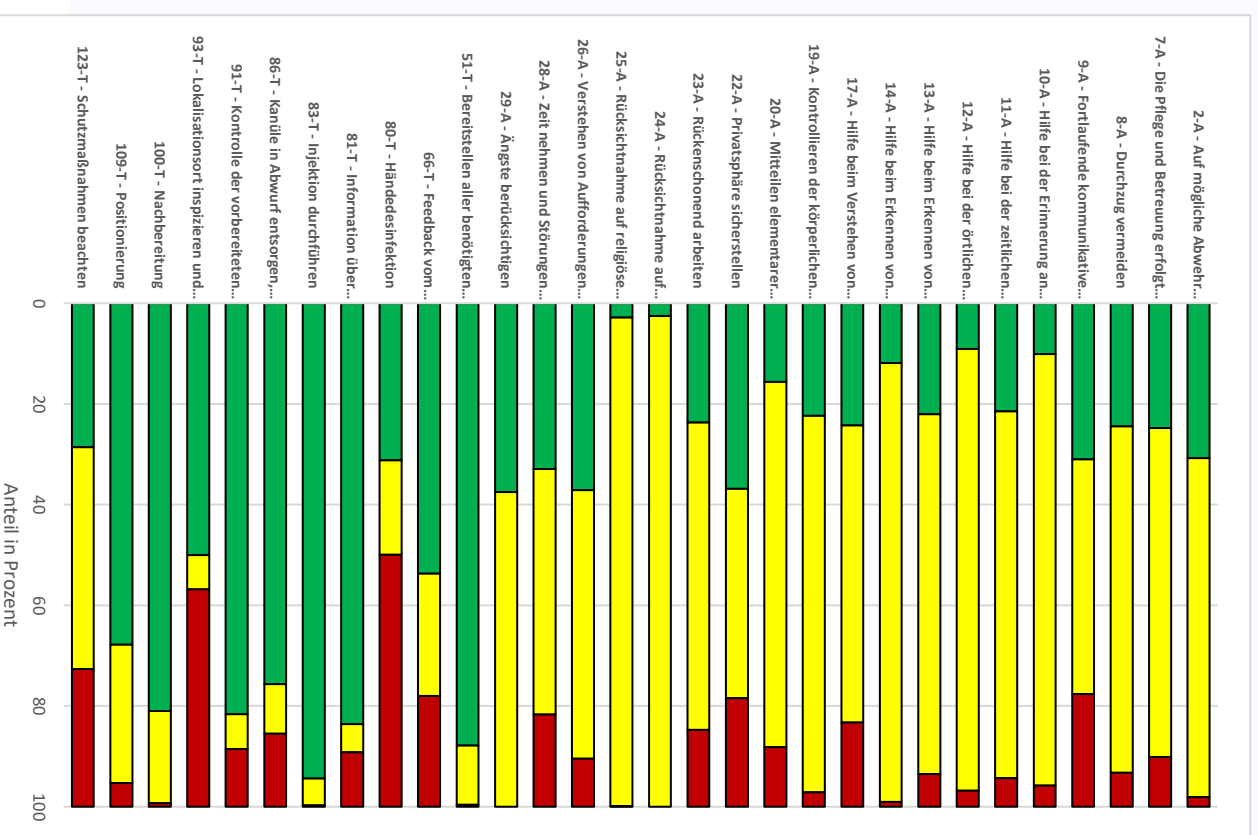
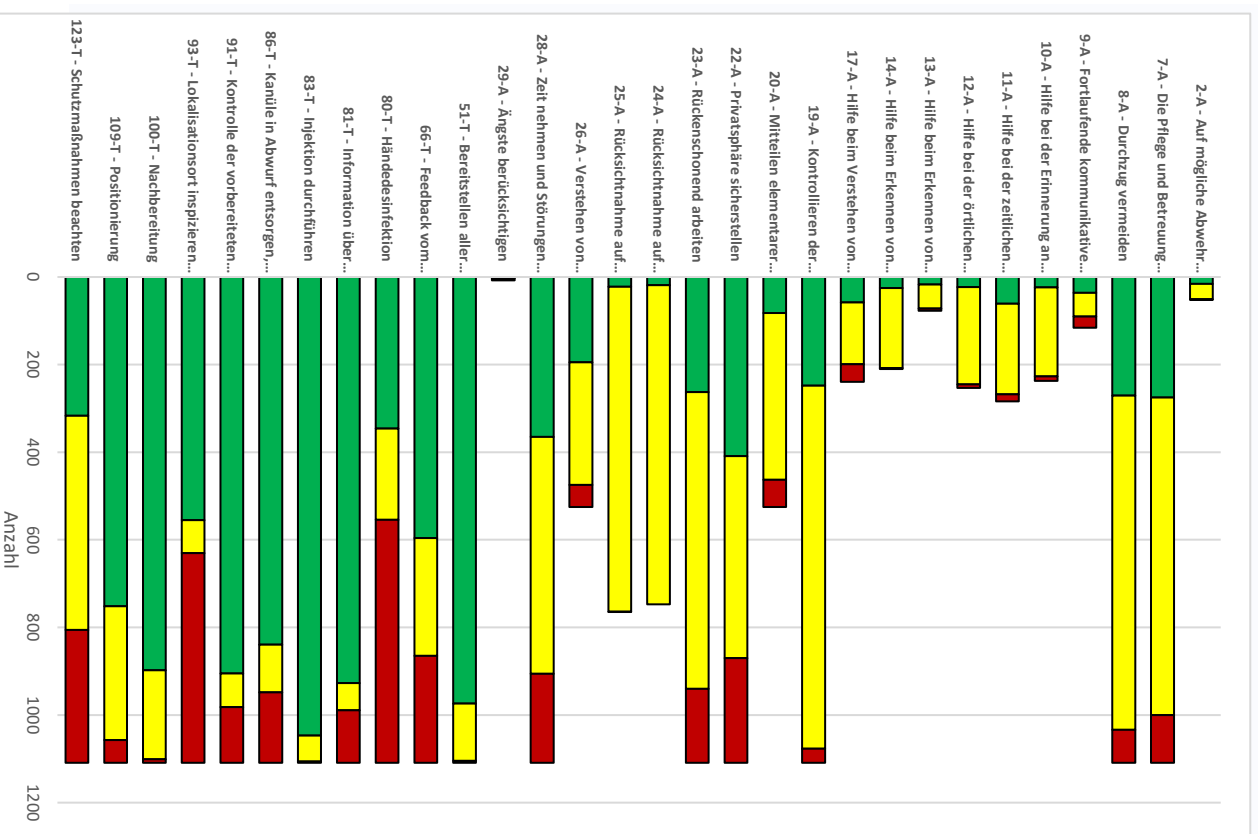
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



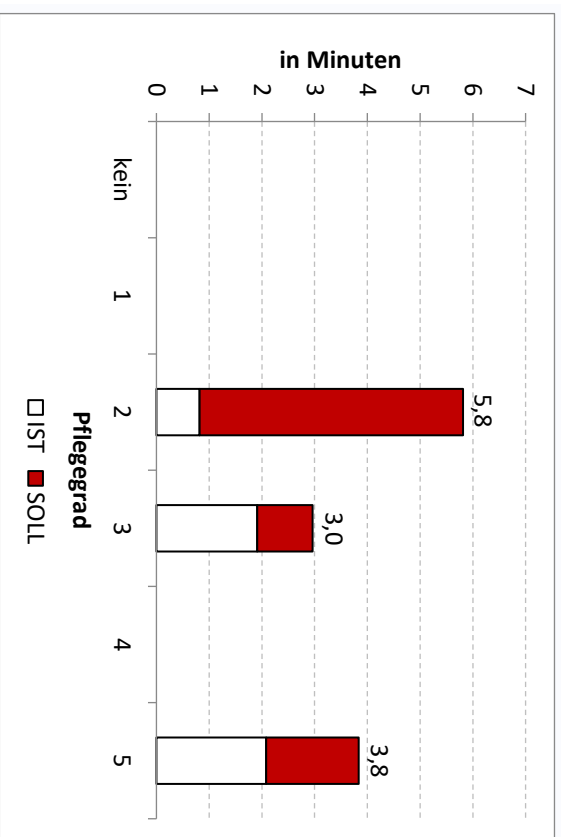
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitemenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



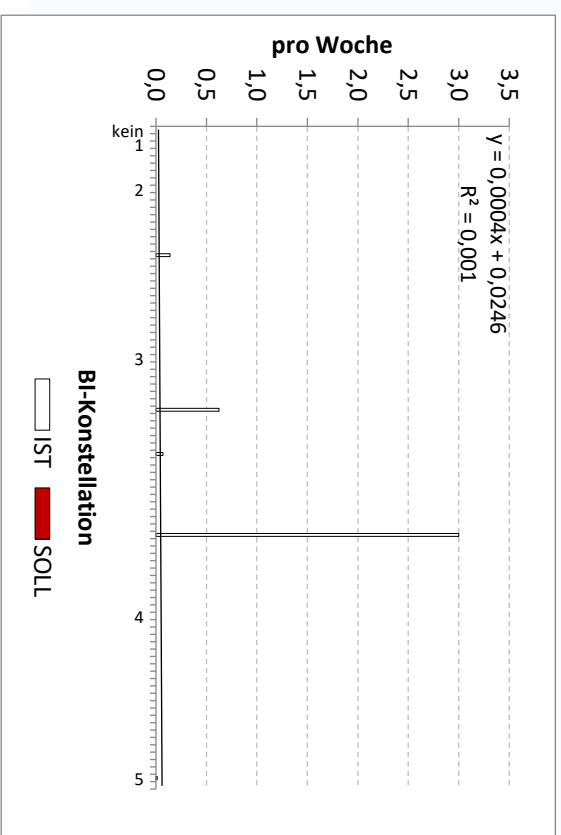
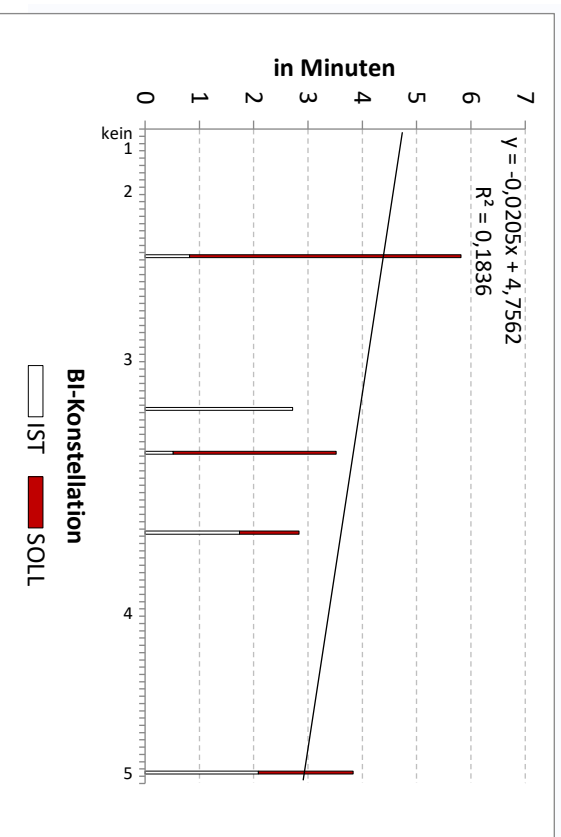
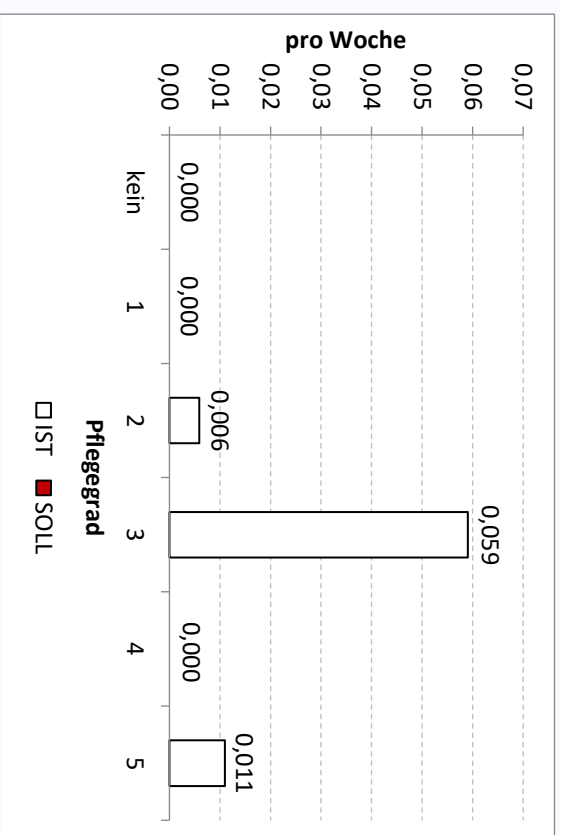
Absolute und relative Teilschrittbewertung



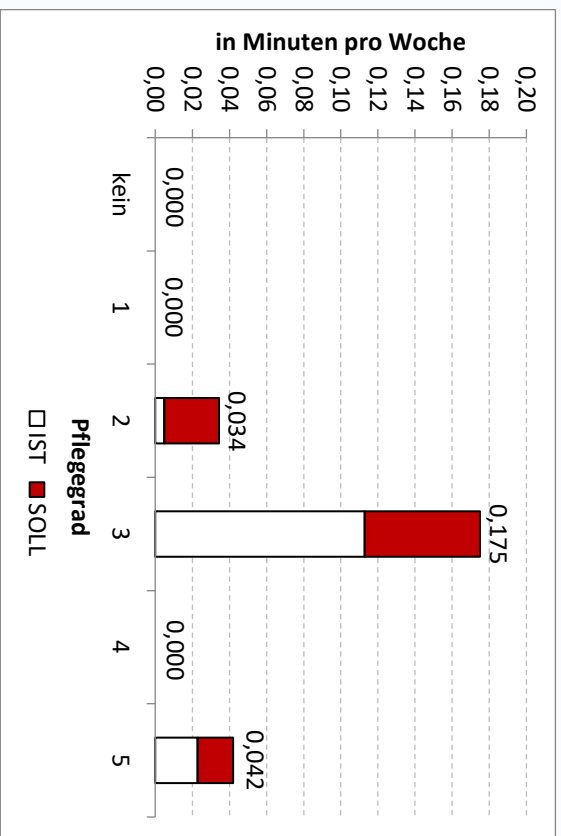
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



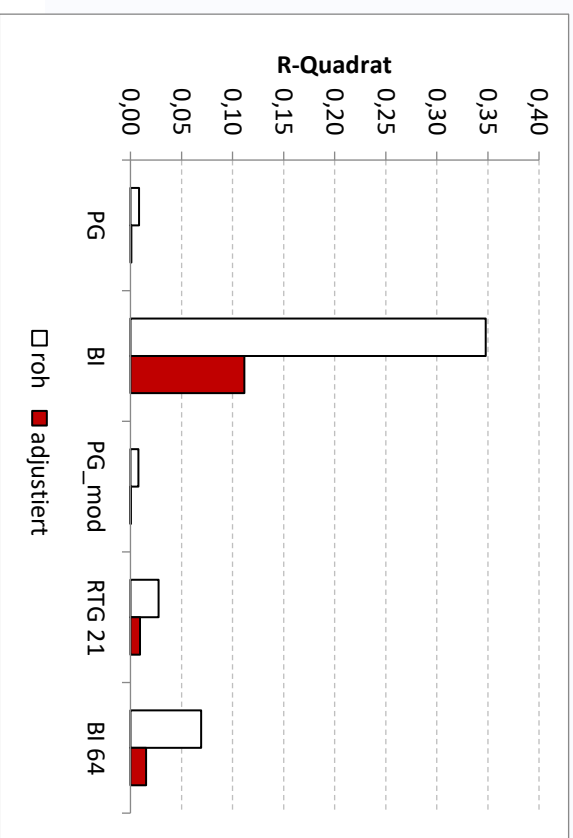
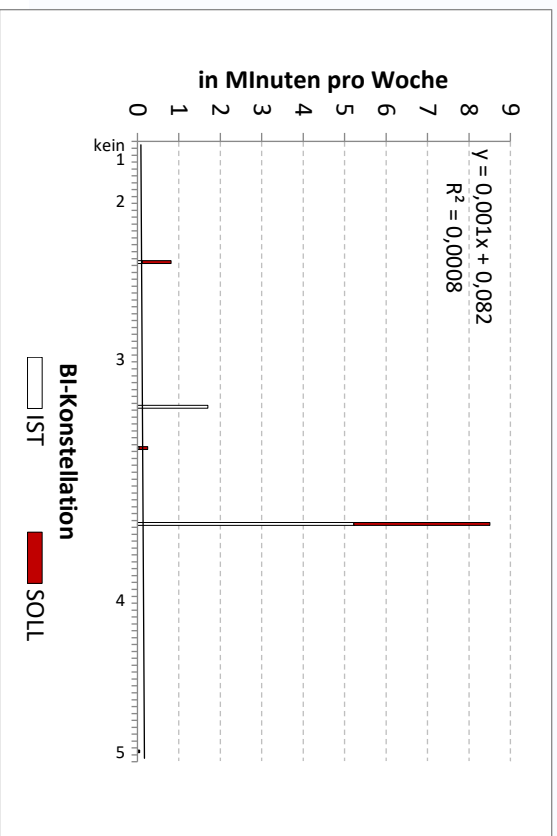
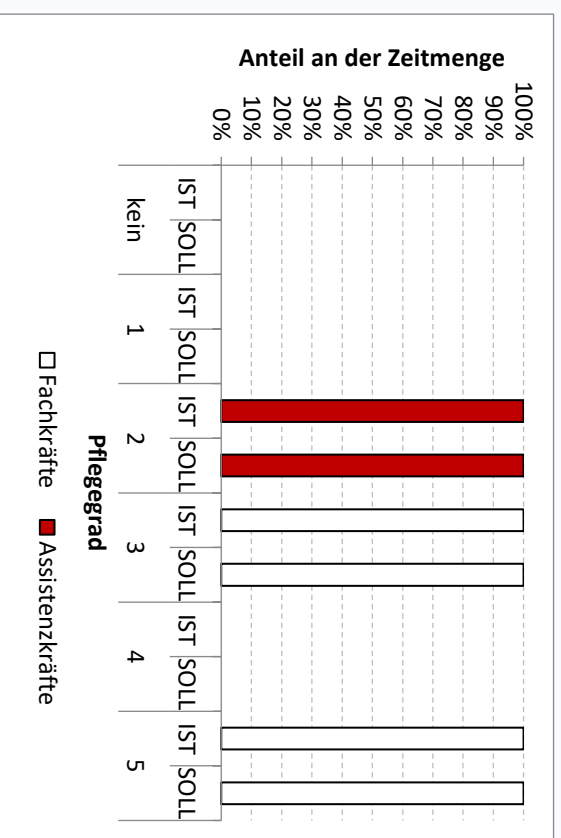
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



Durchschnittliche Zeitmengen nach...

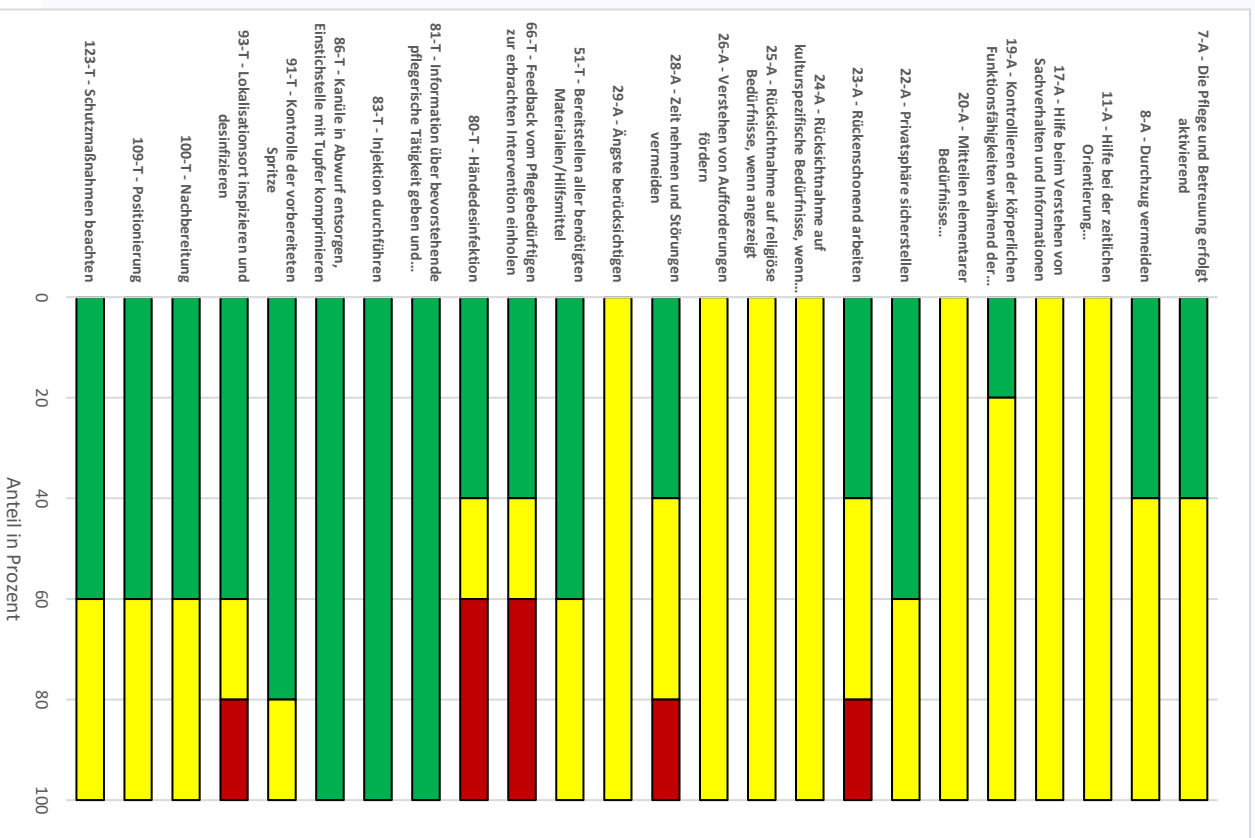
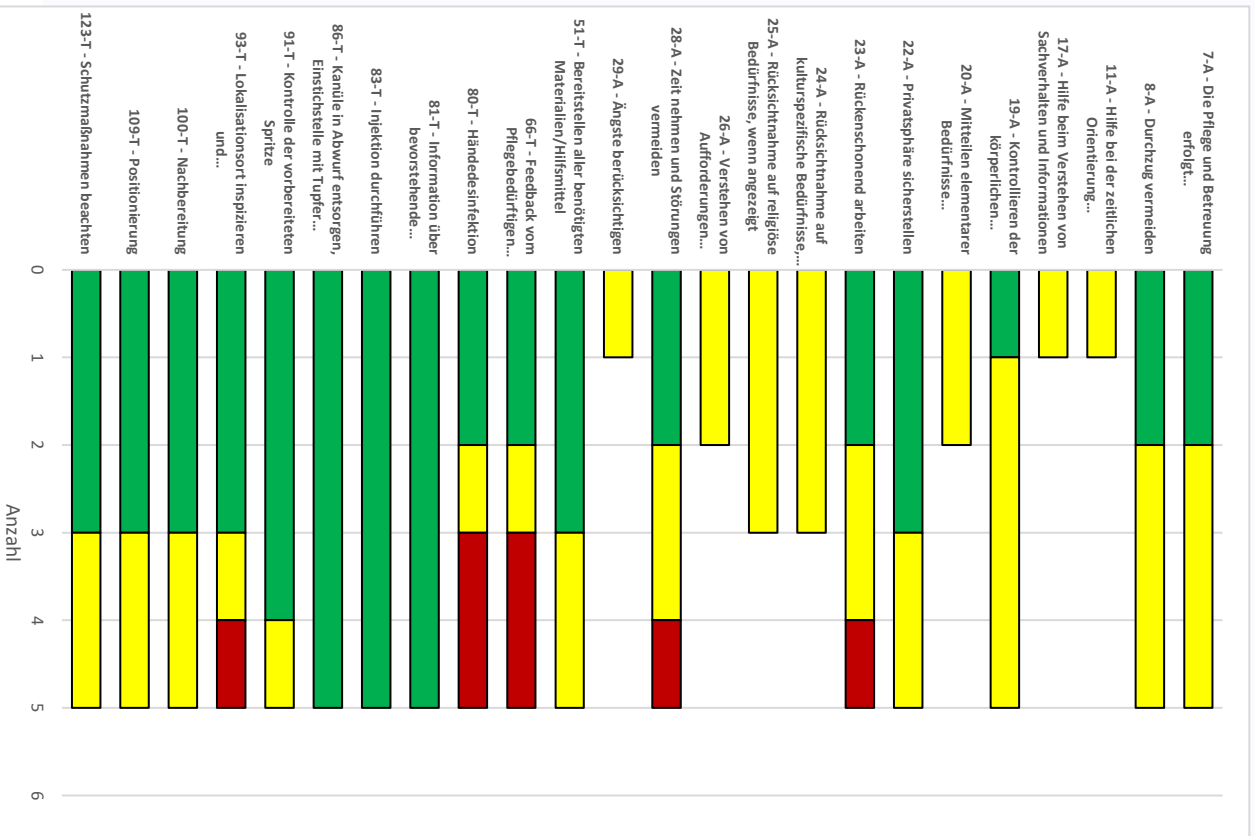


Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)

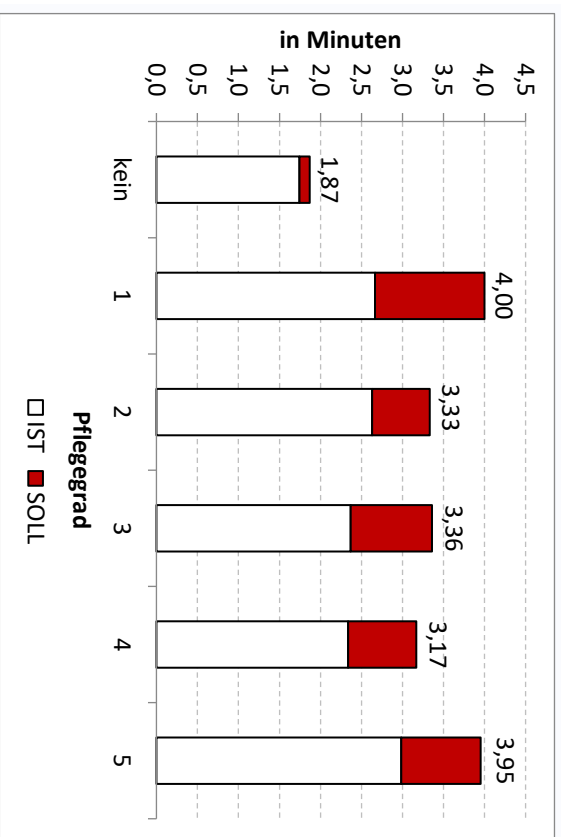


Varianzaufklärung der SOLL-Zeitmenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)

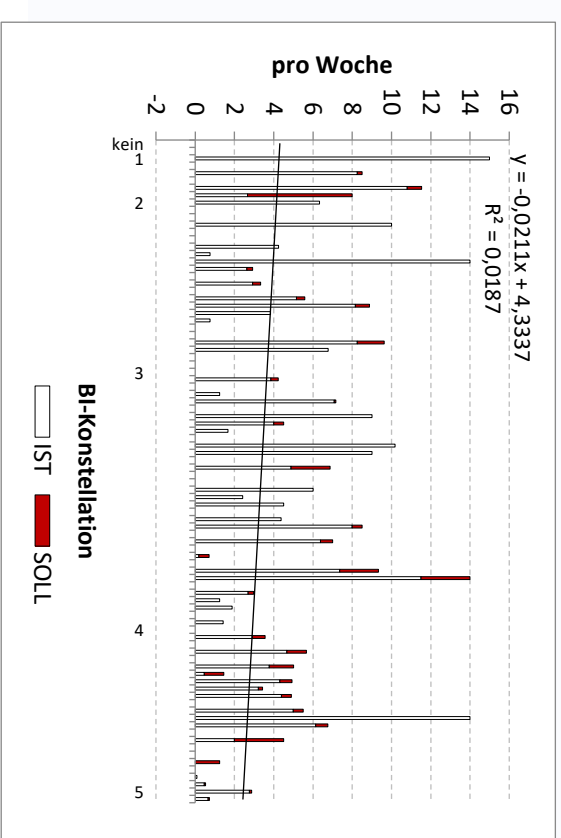
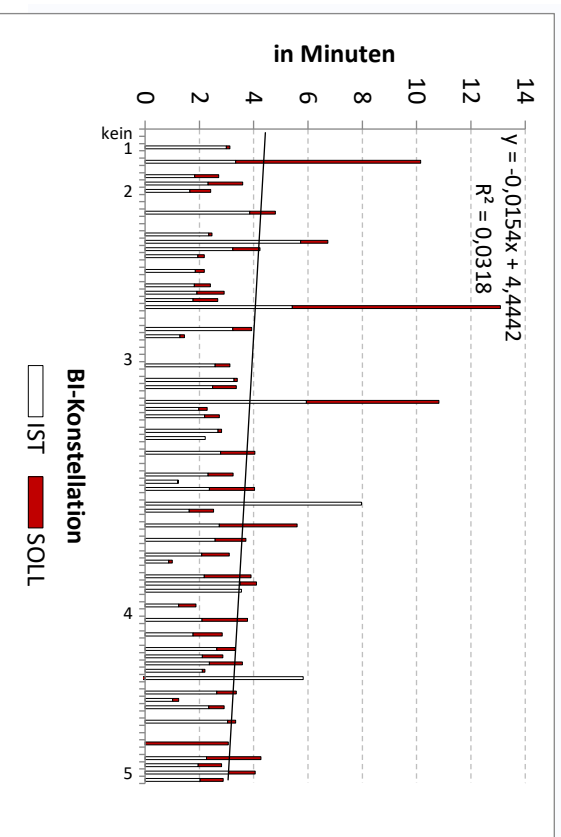
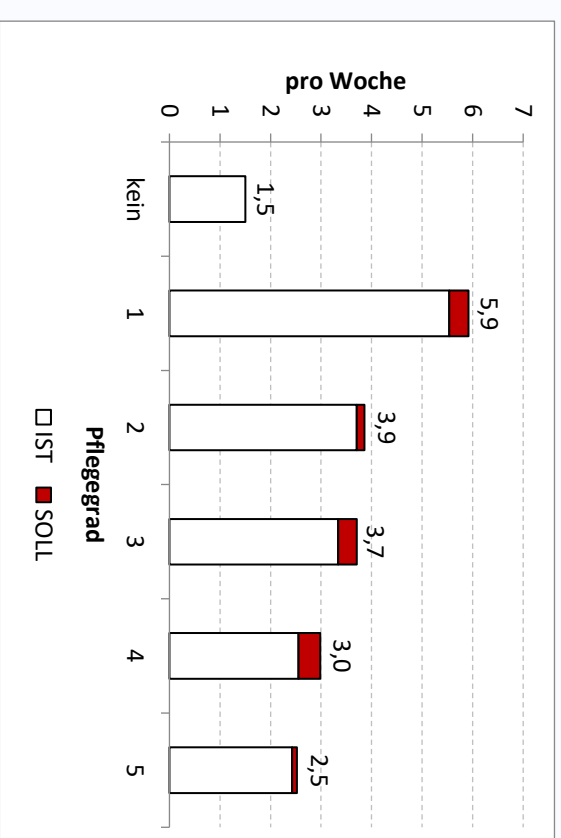
Absolute und relative Teilschrittbewertung



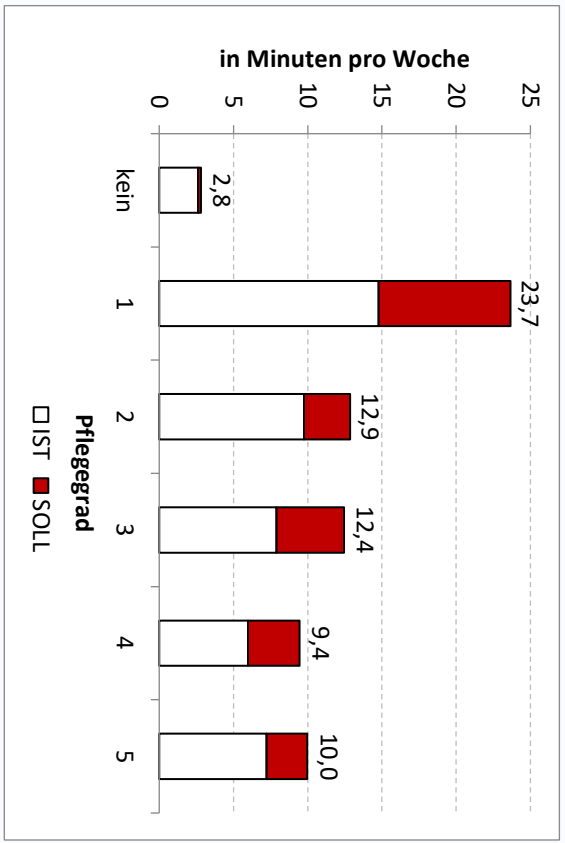
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



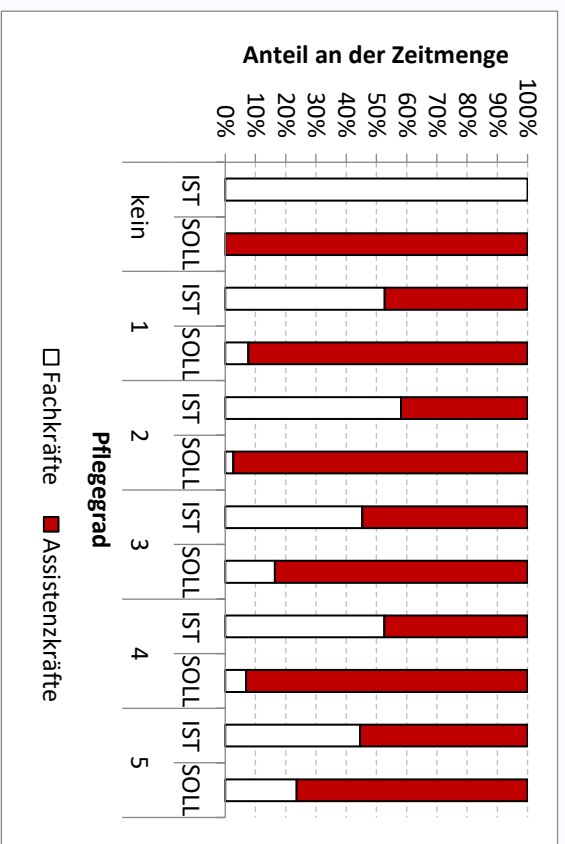
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



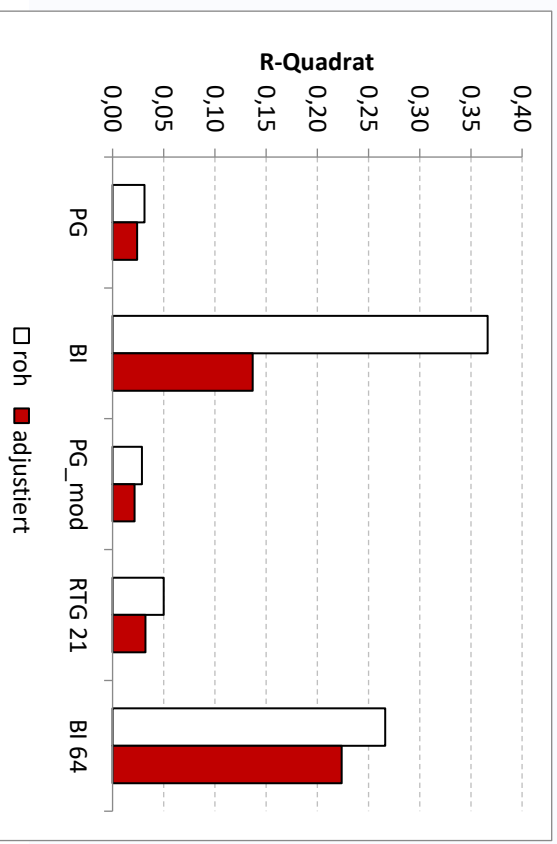
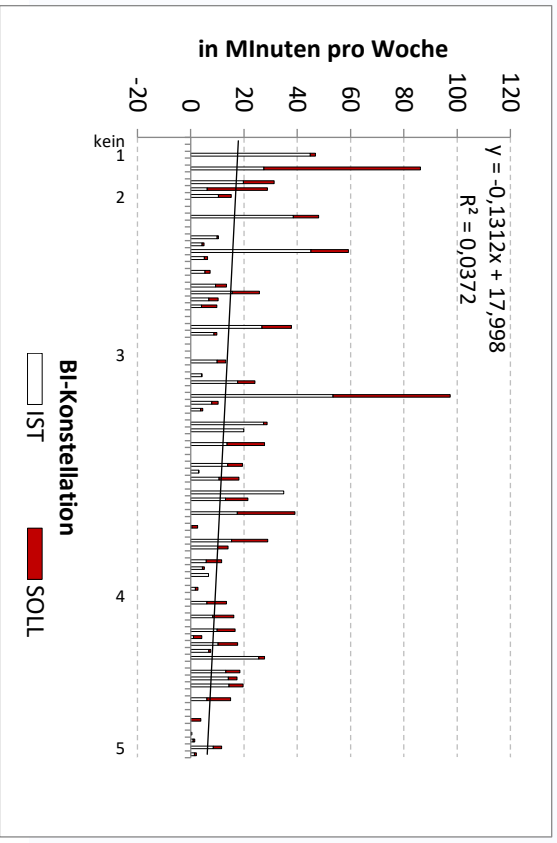
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



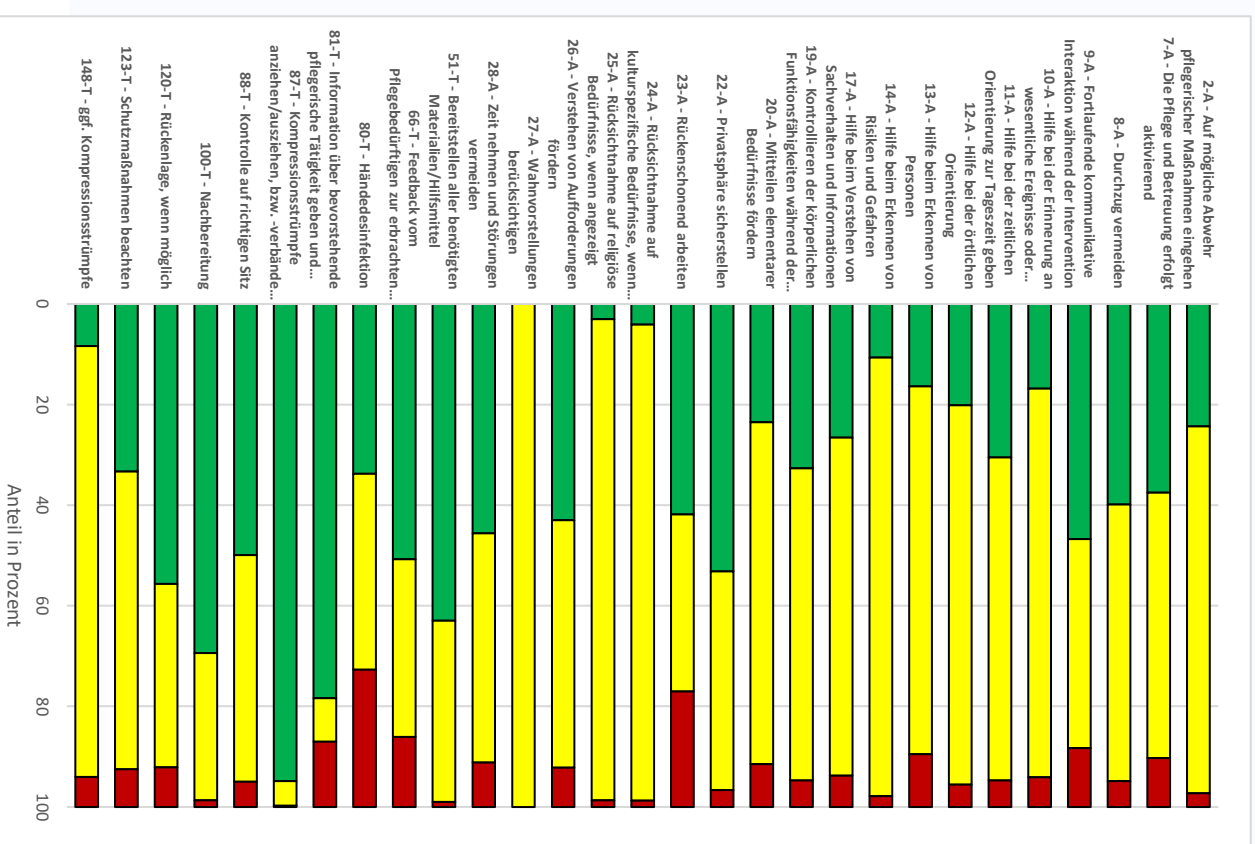
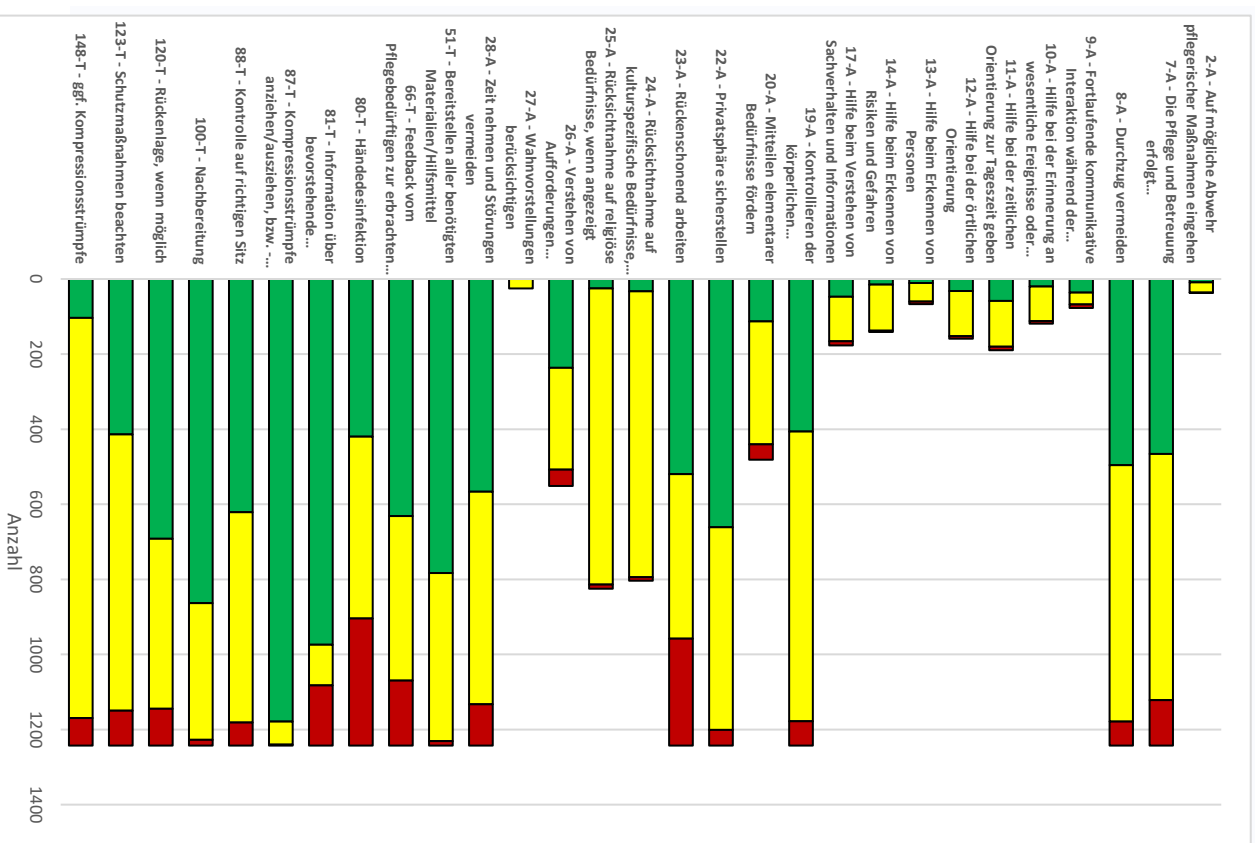
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



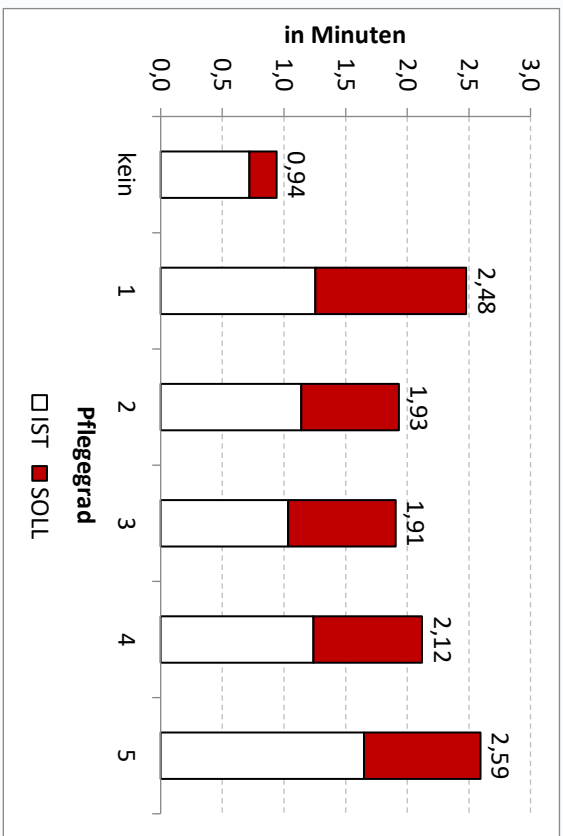
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitemenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



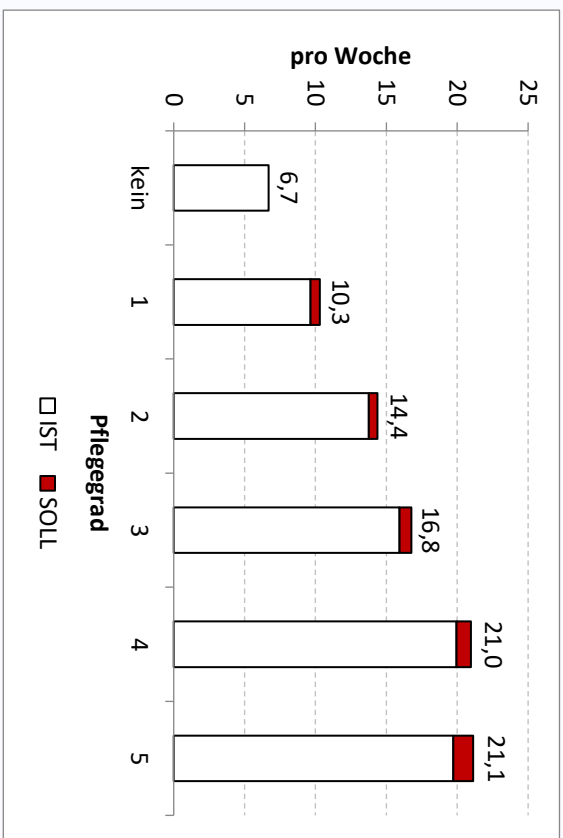
Absolute und relative Teilschrittbewertung



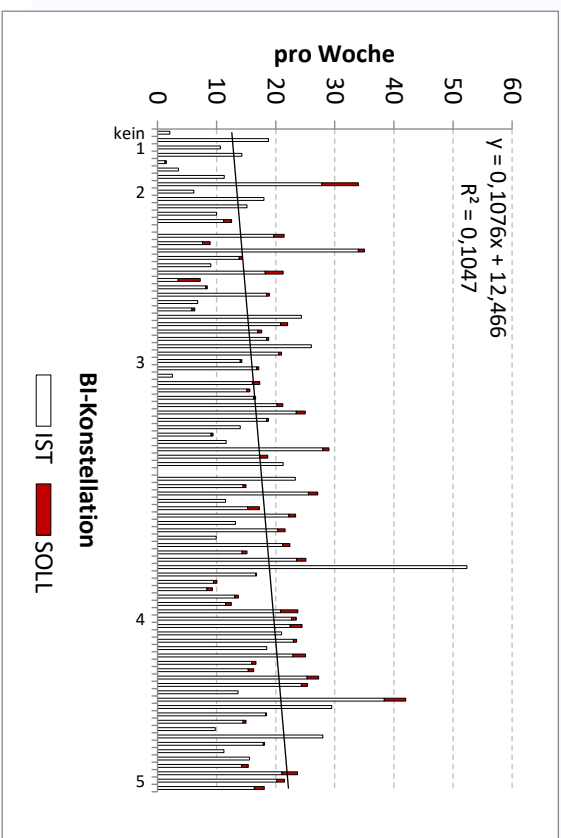
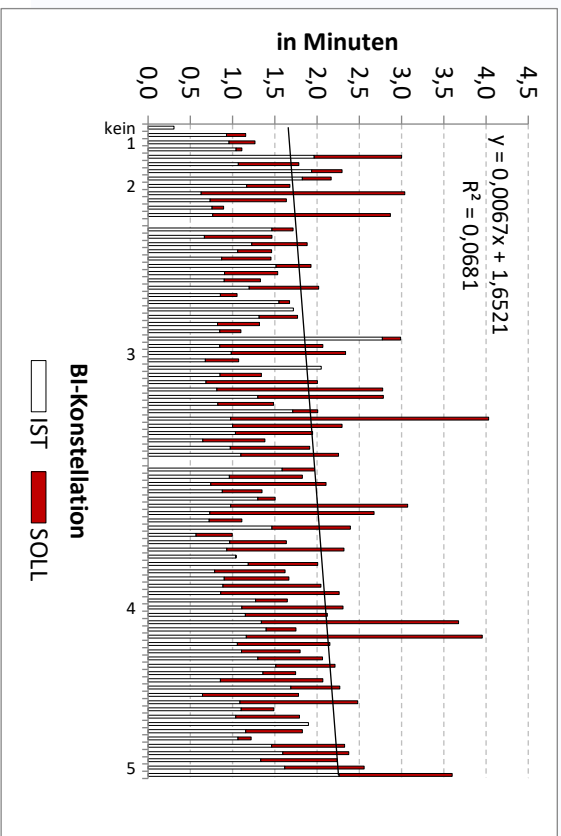
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



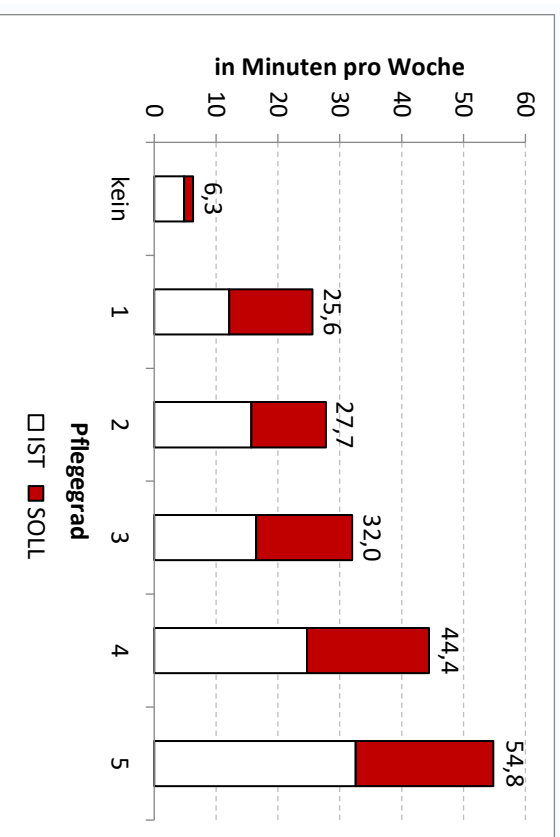
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



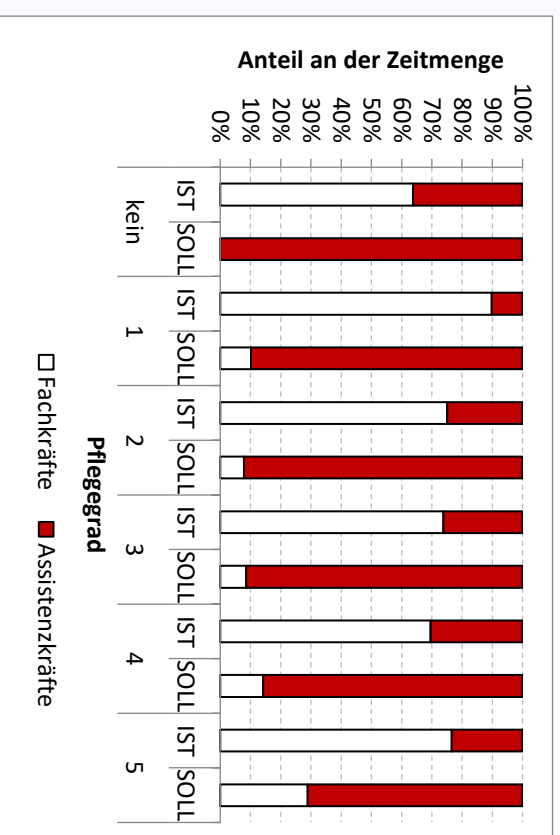
5.12 Medikamentengabe



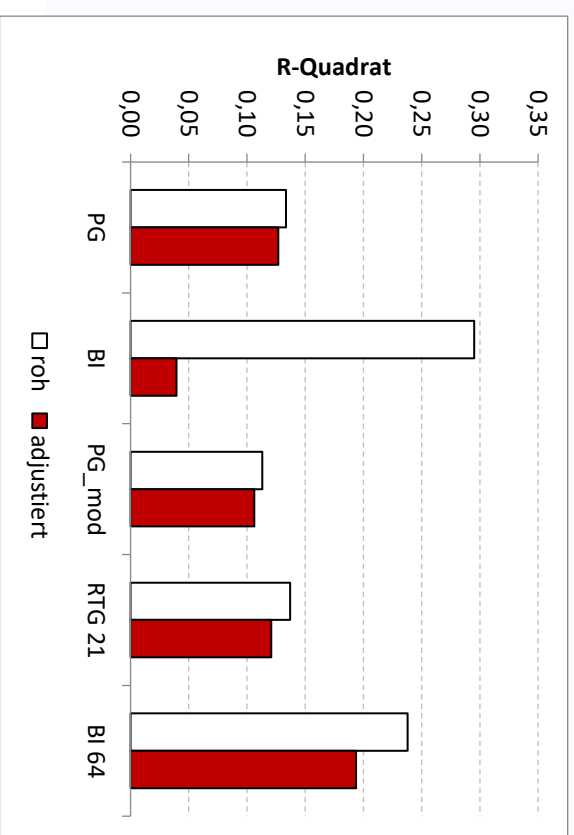
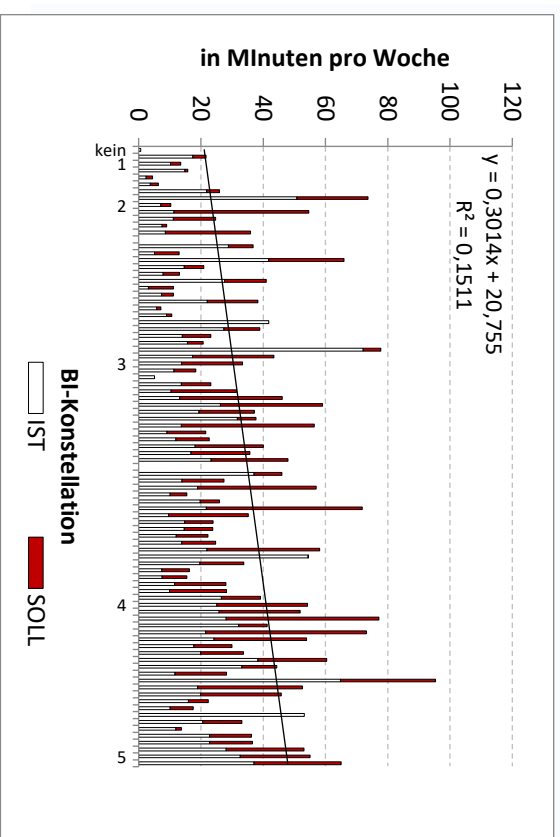
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



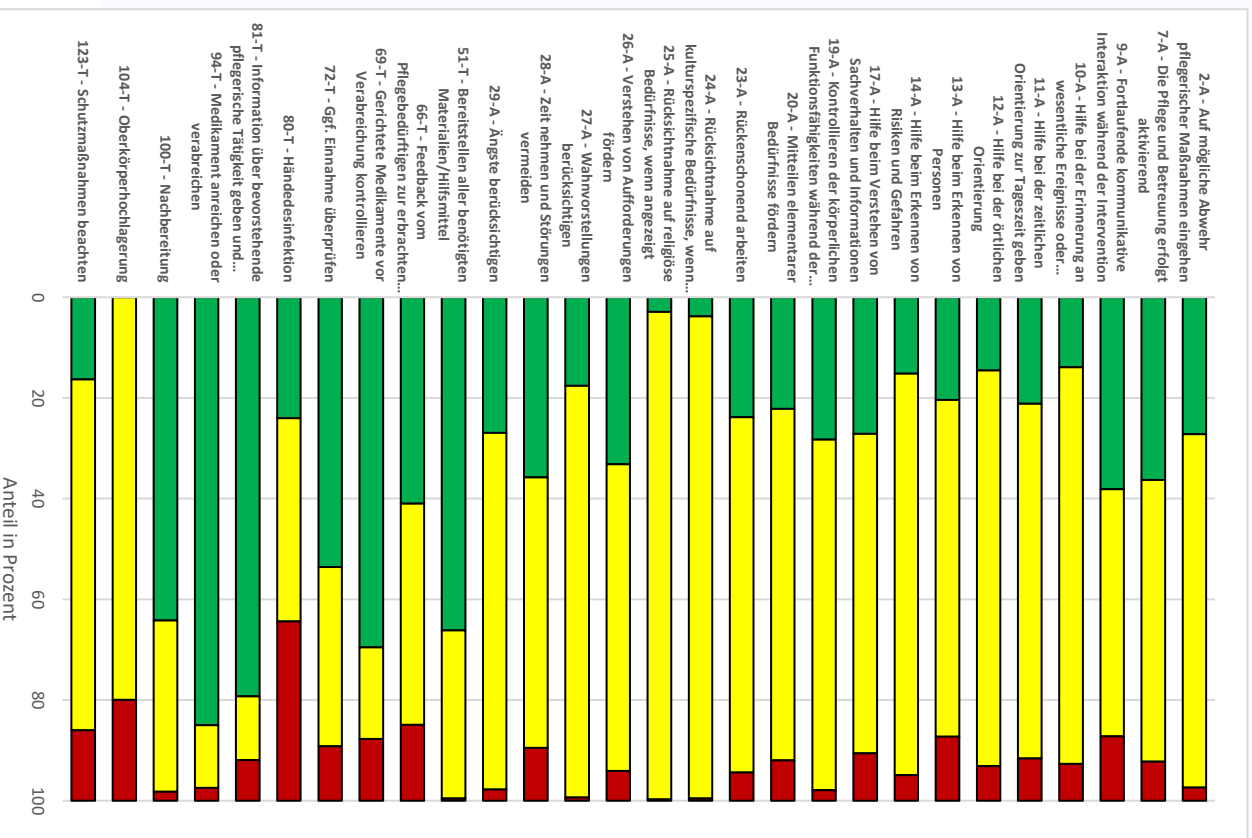
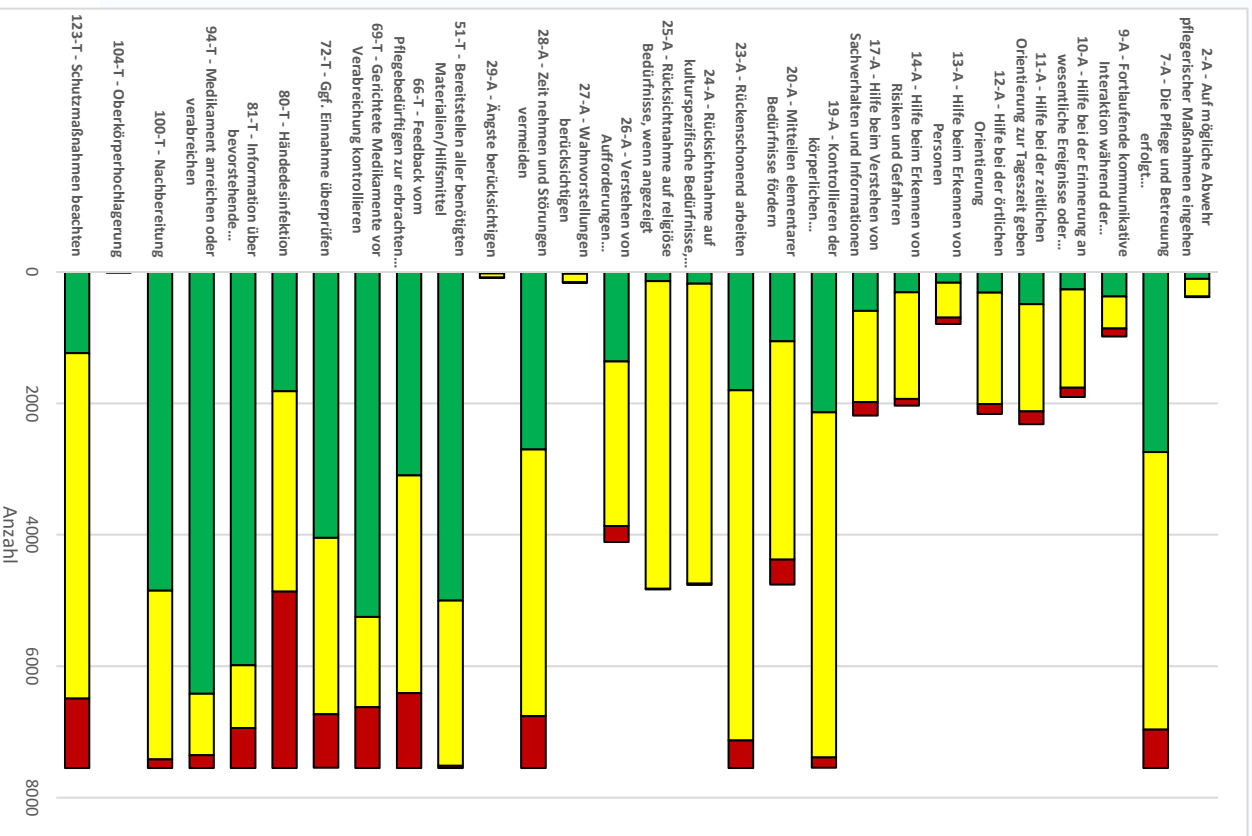
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



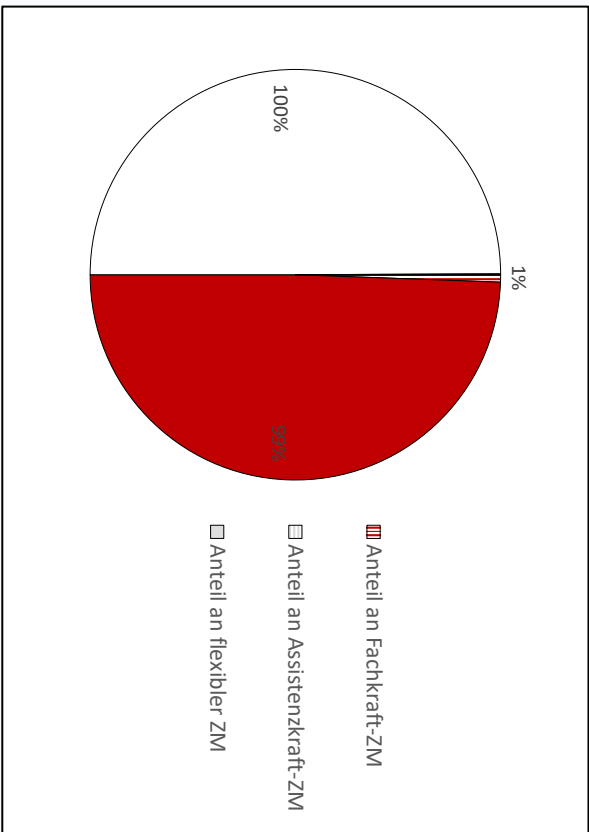
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitemenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



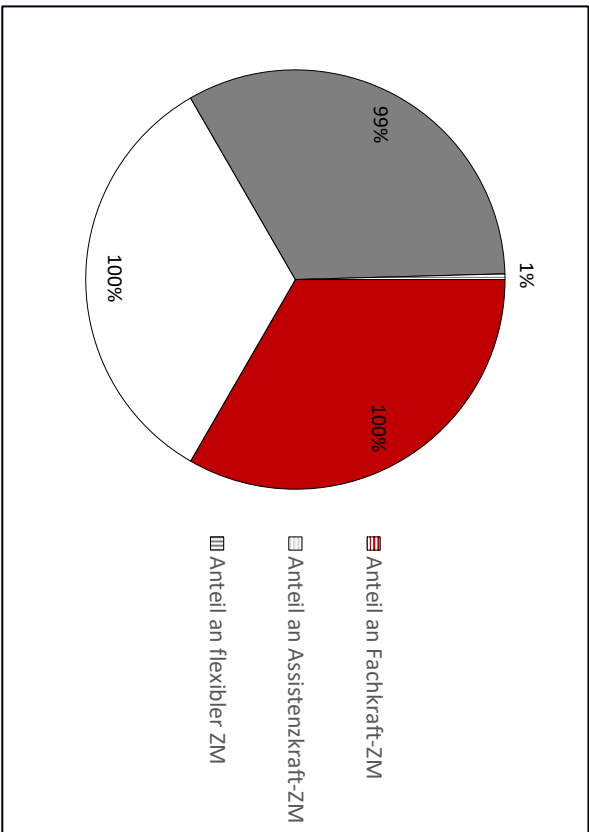
Absolute und relative Teilschrittbewertung



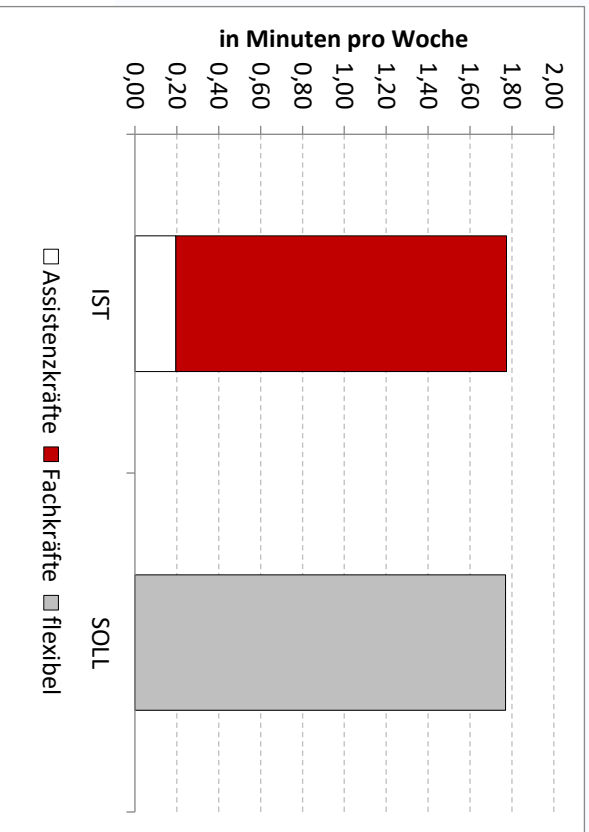
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



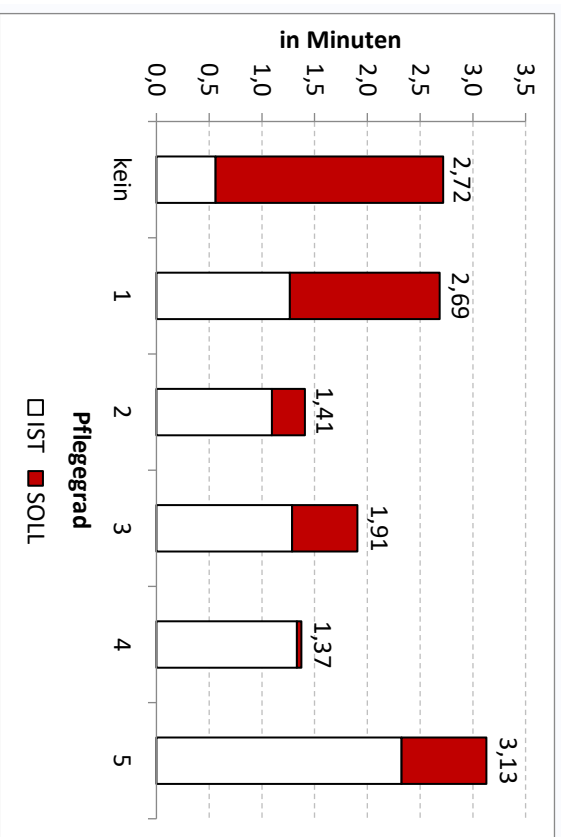
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



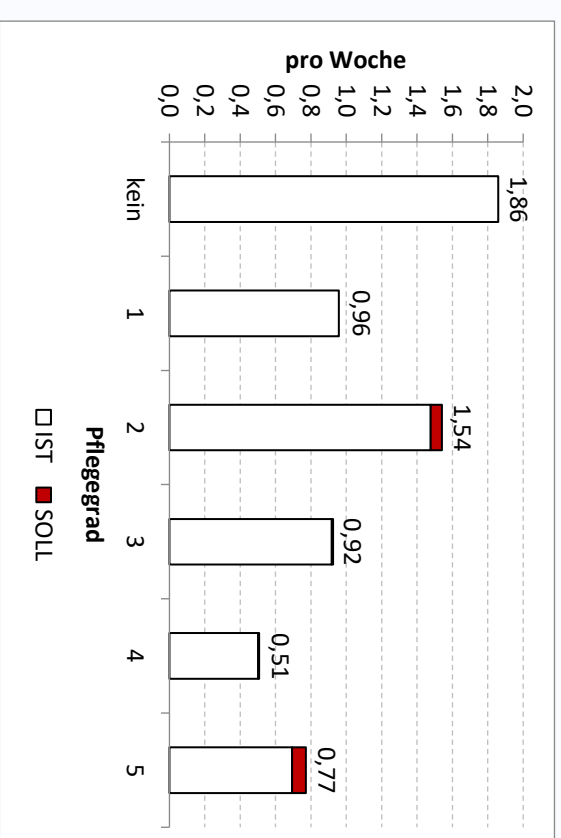
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



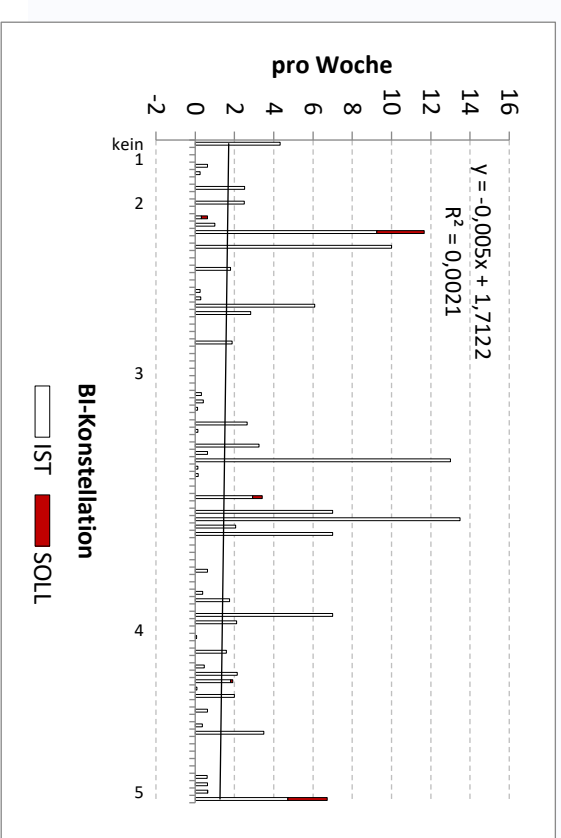
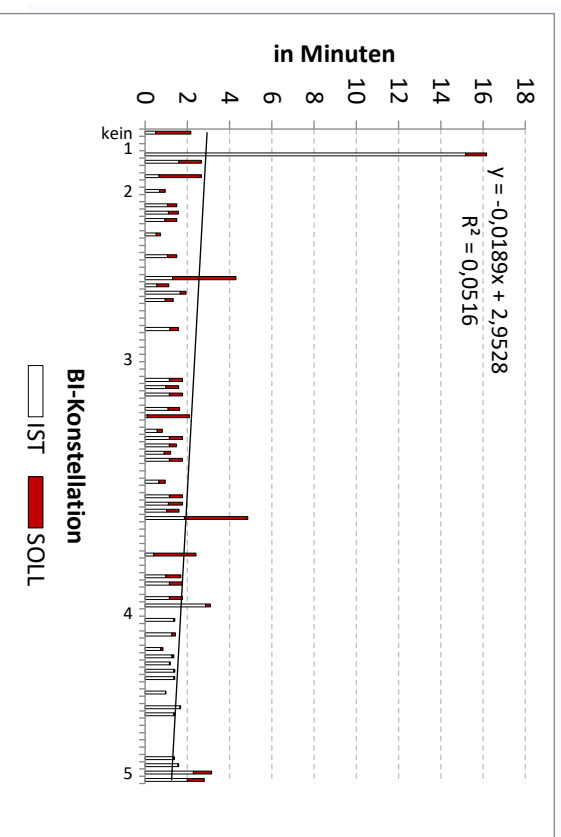
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



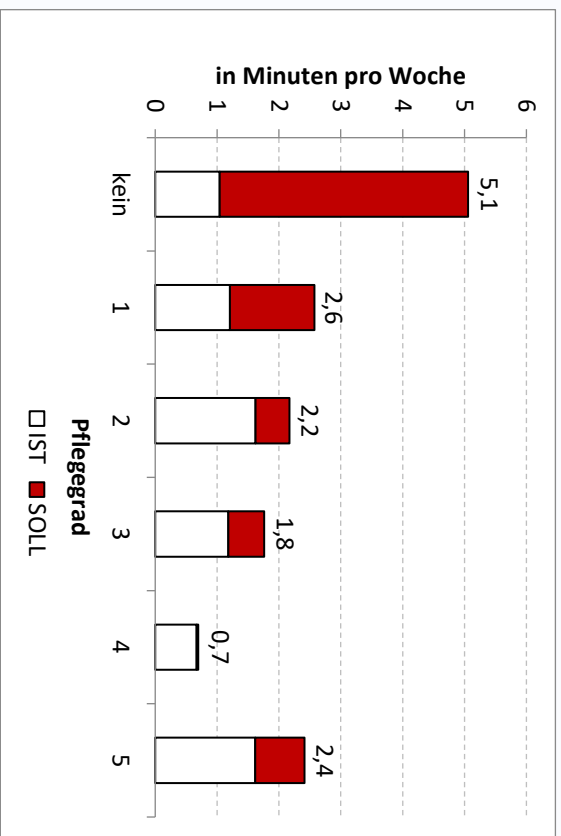
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



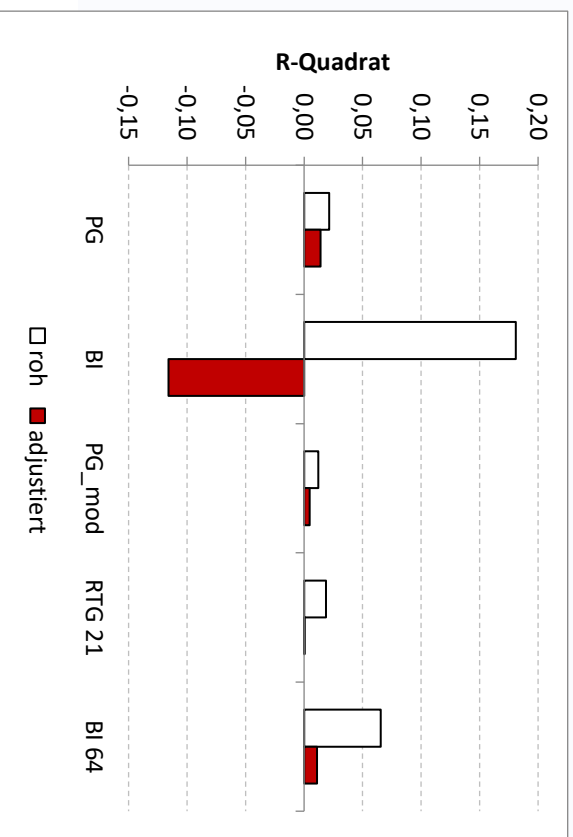
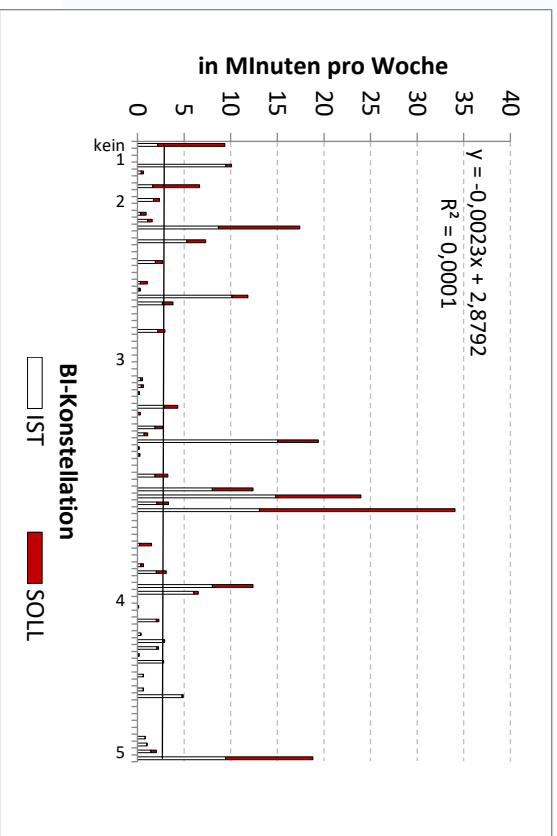
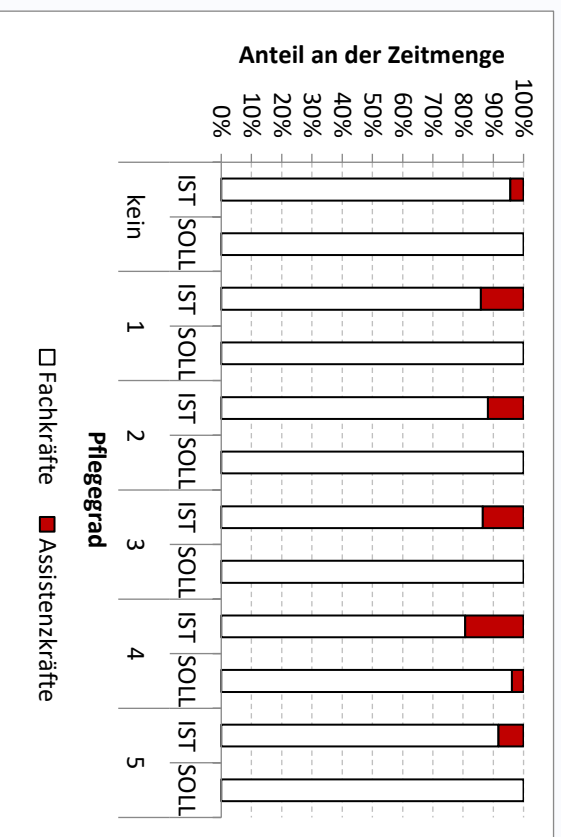
5.13 Medikationsmanagement



Durchschnittliche Zeitemengen nach...

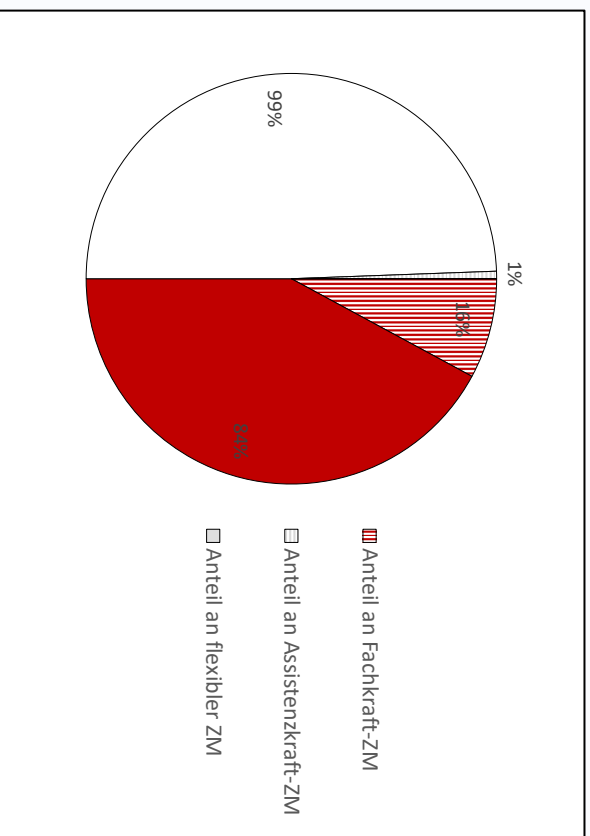


Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)

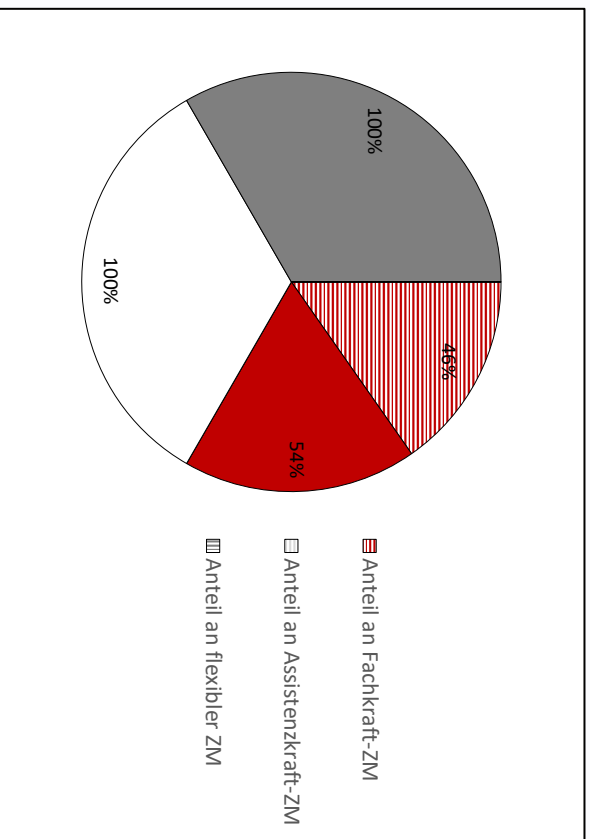


Varianzaufklärung der SOLL-Zeitmenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)

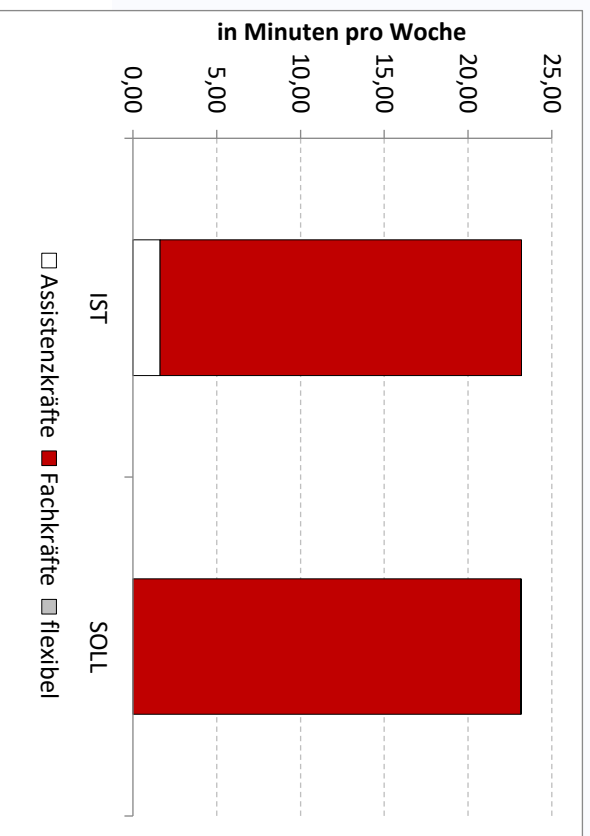
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



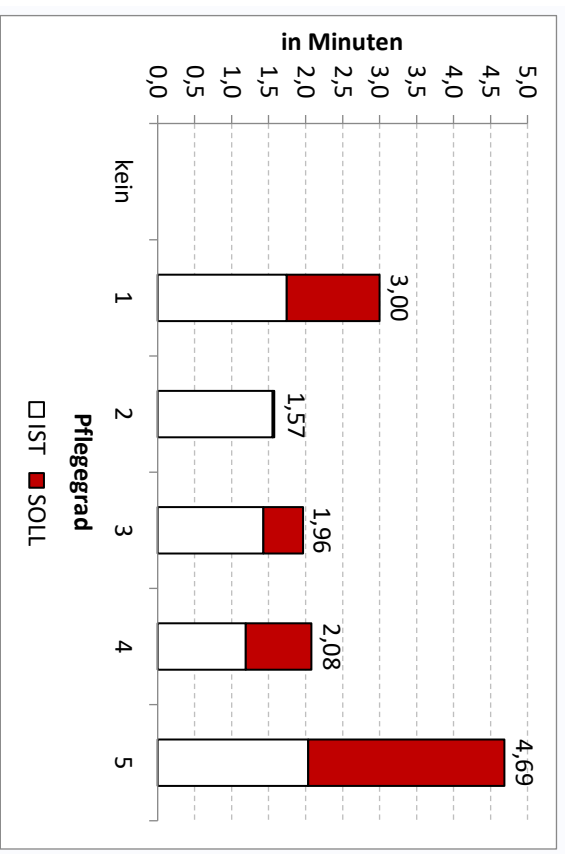
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



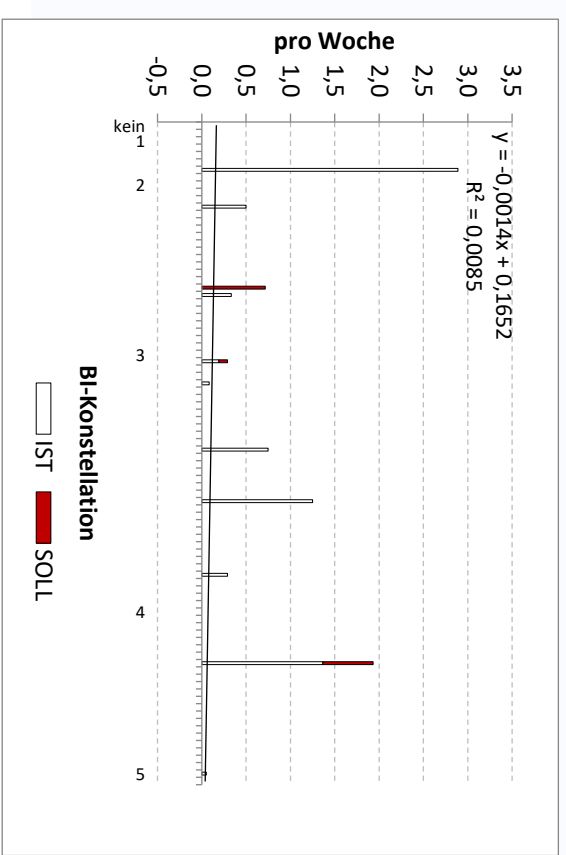
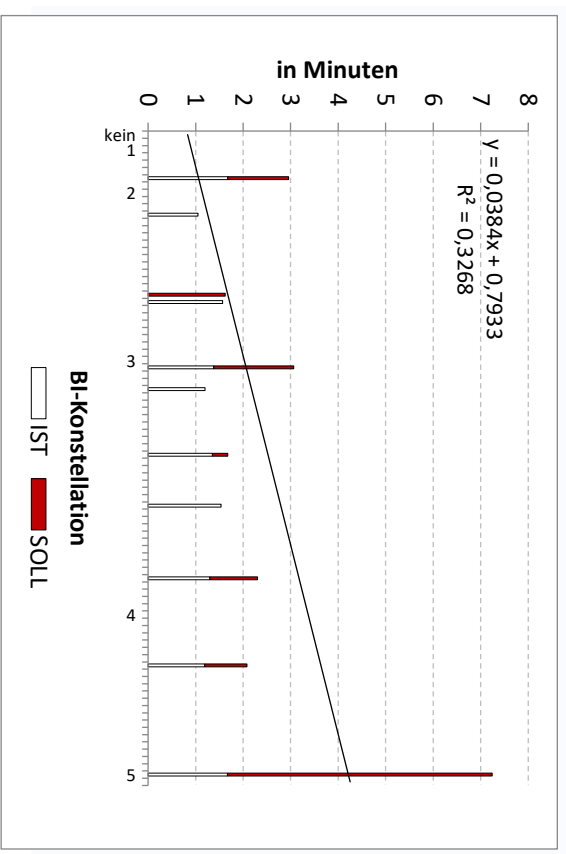
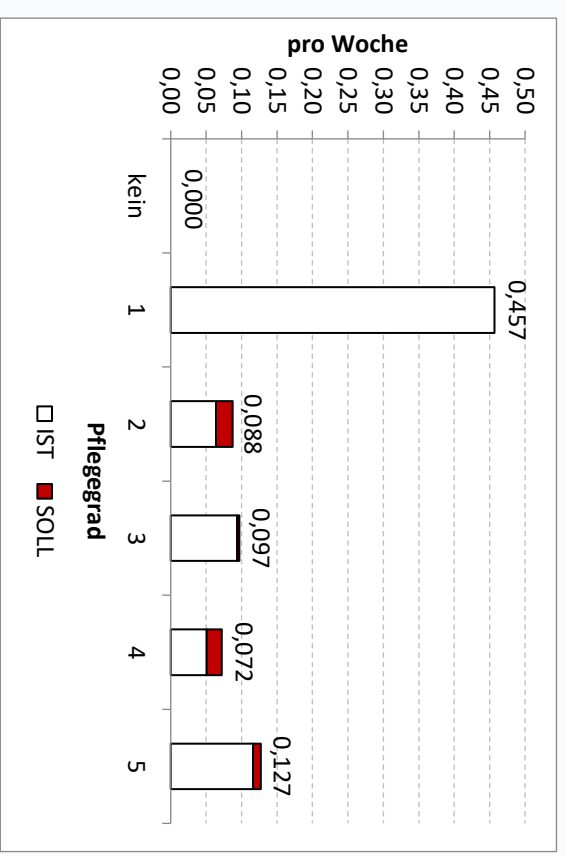
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



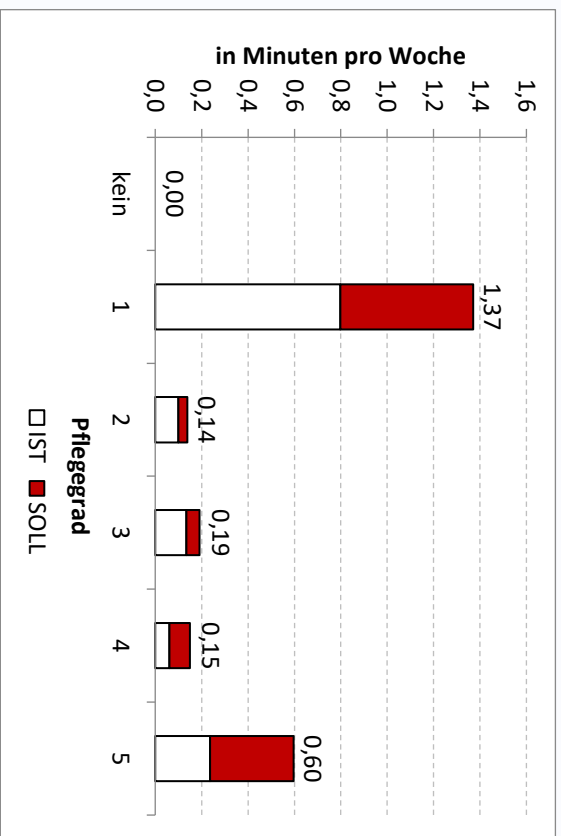
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



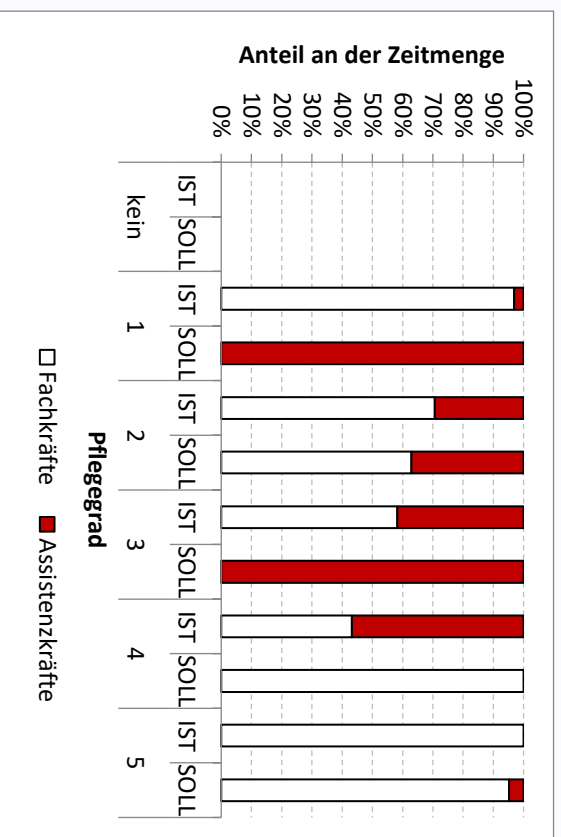
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



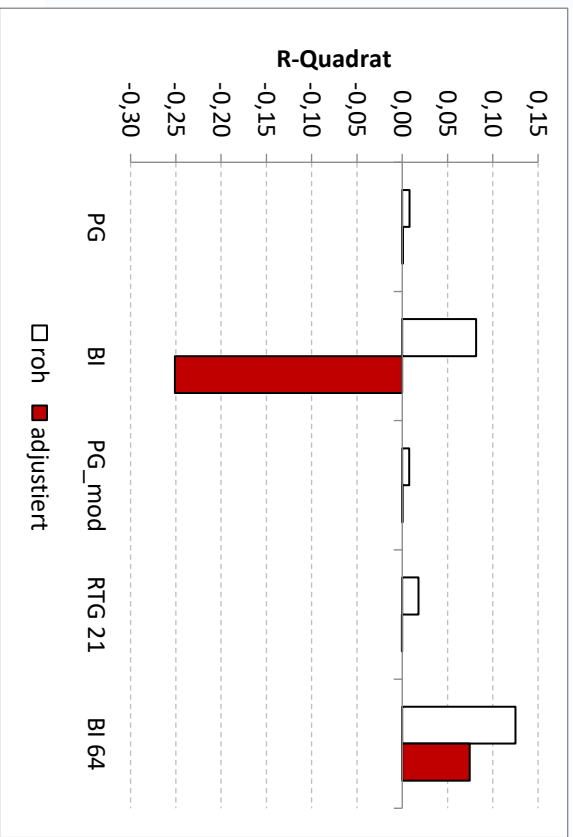
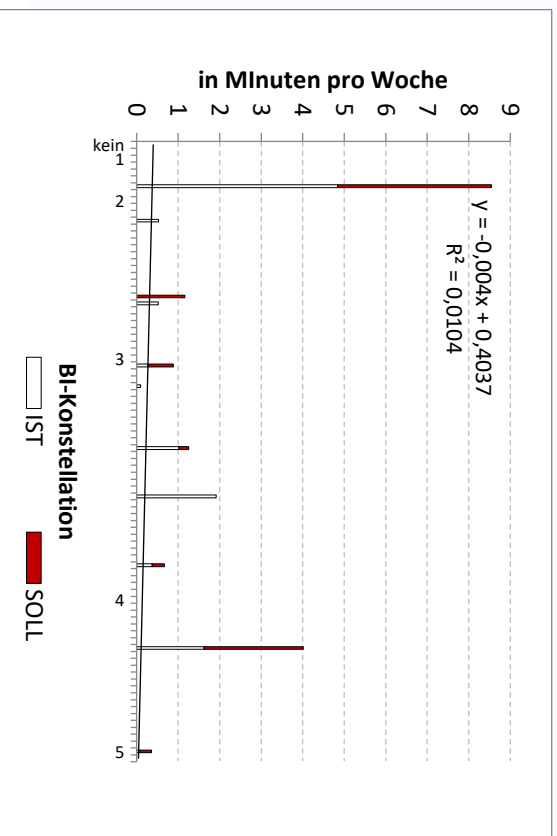
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



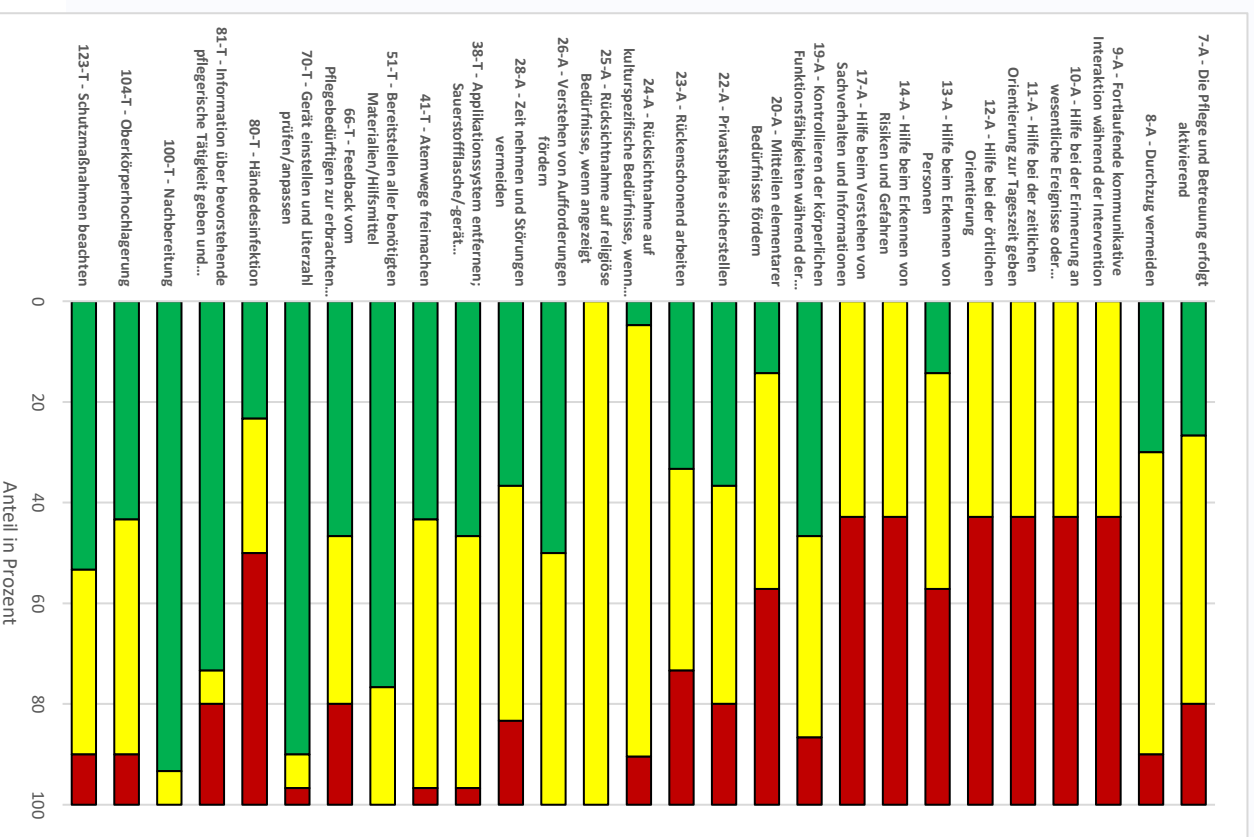
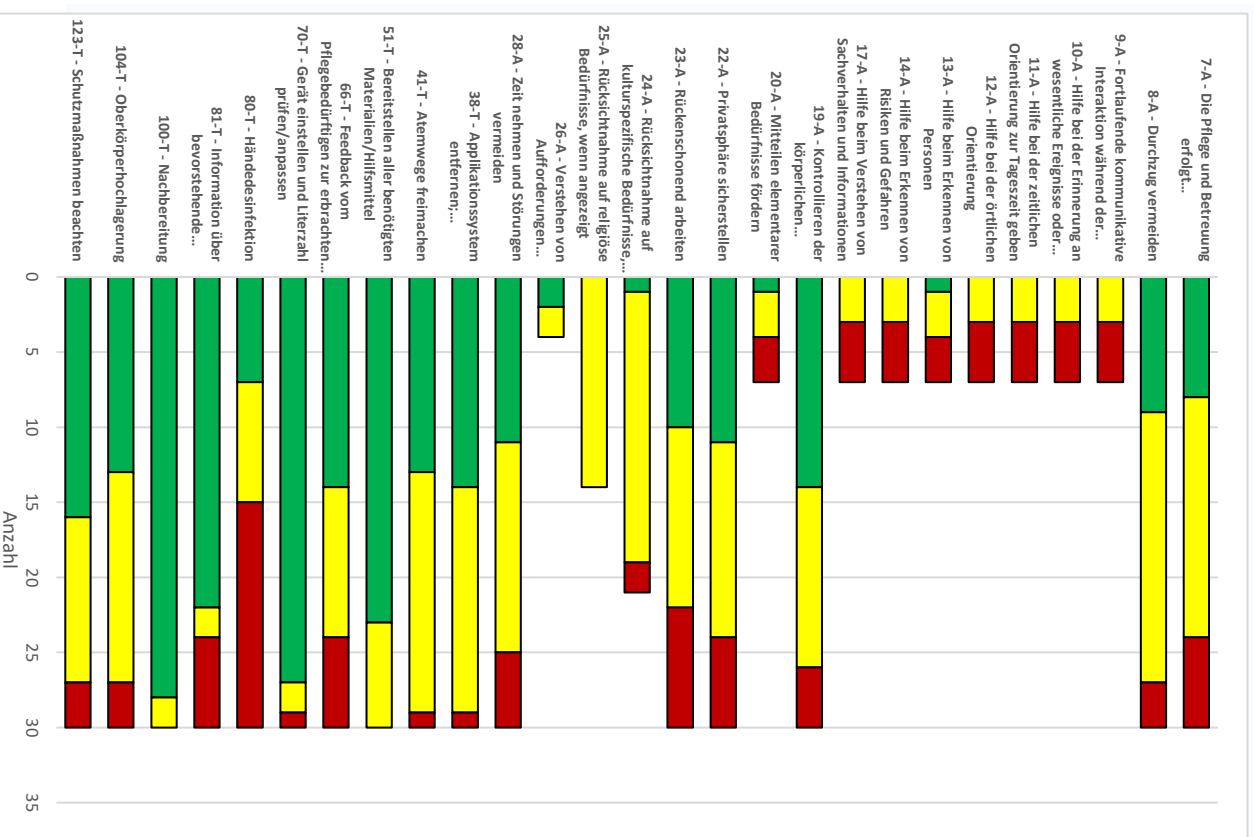
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



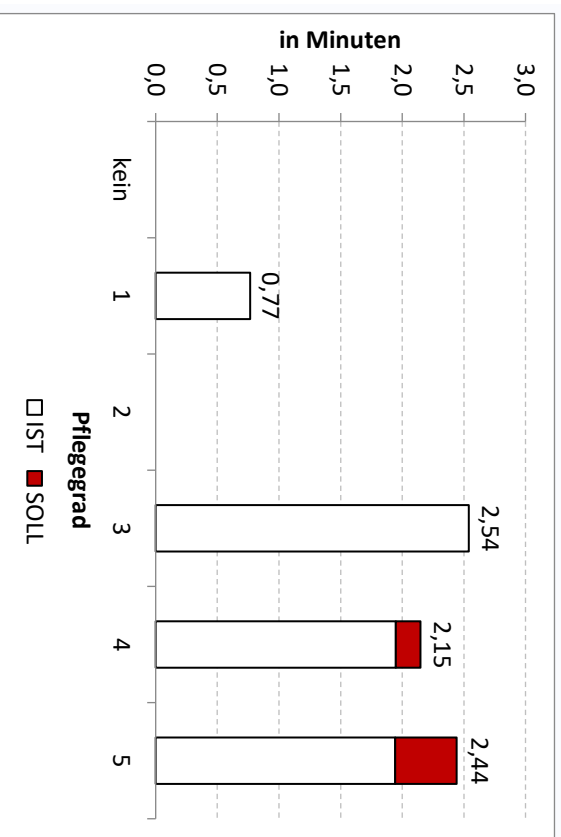
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitmenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



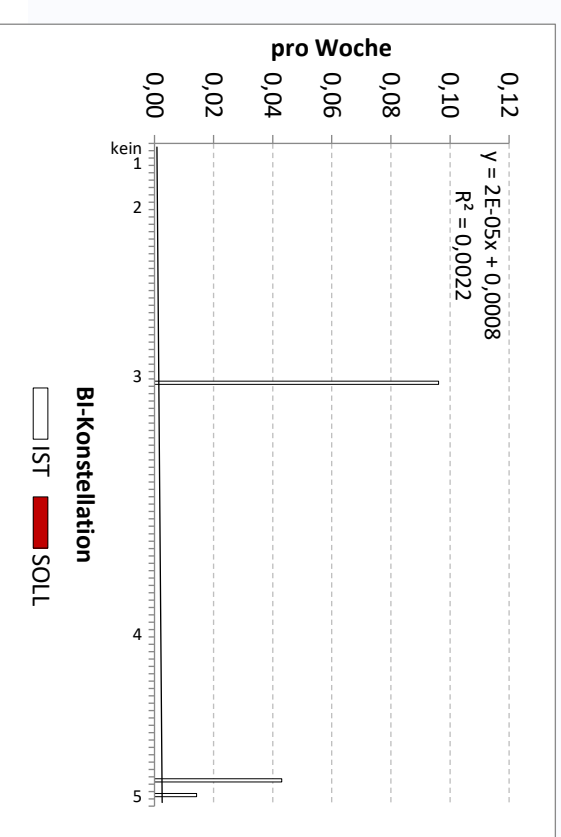
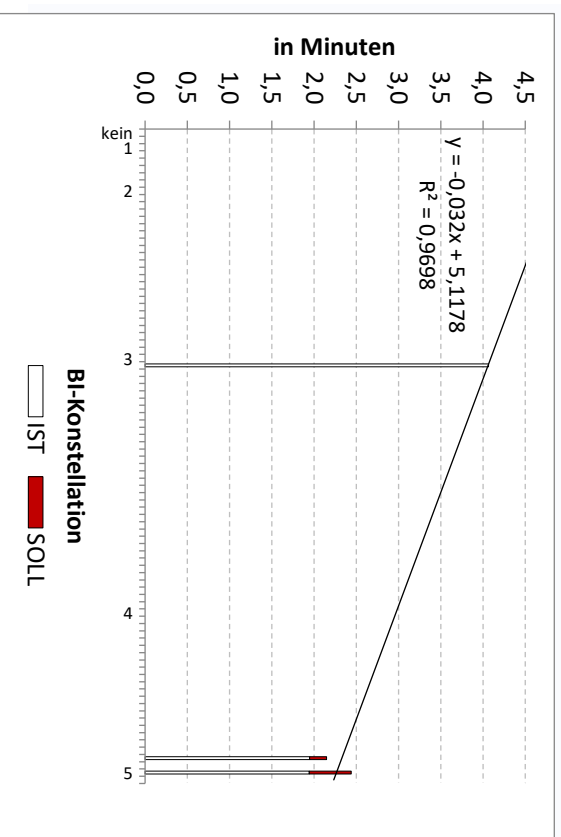
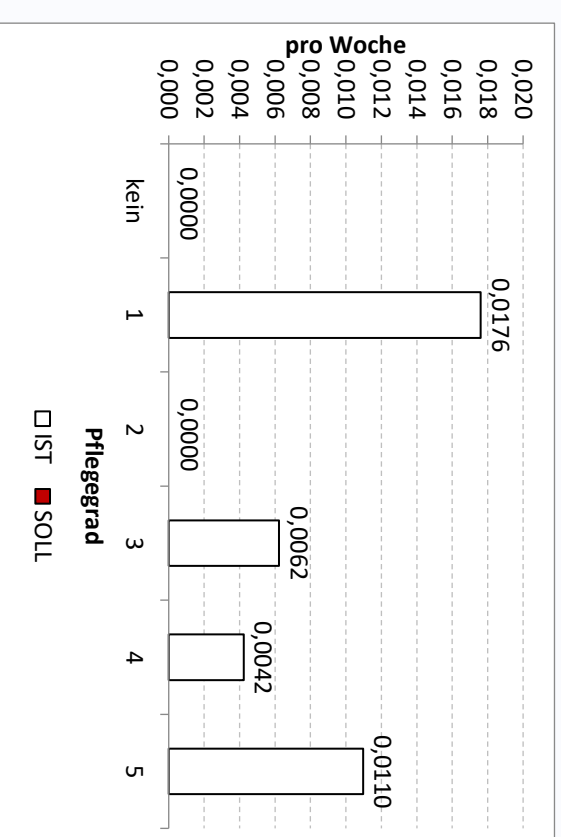
Absolute und relative Teilschrittbewertung



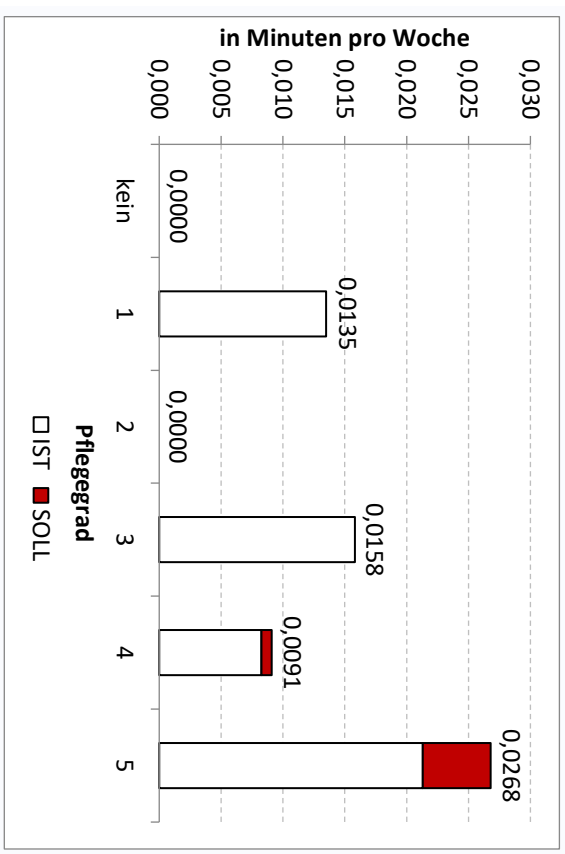
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



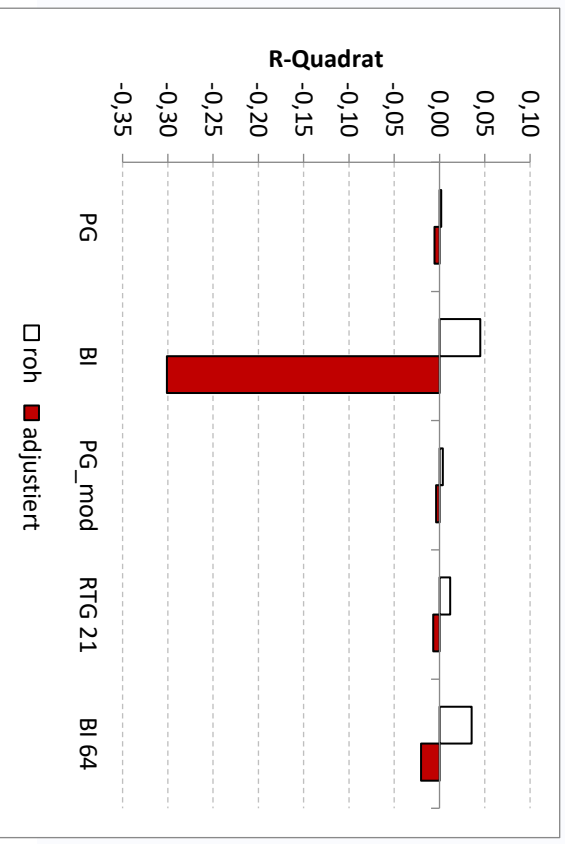
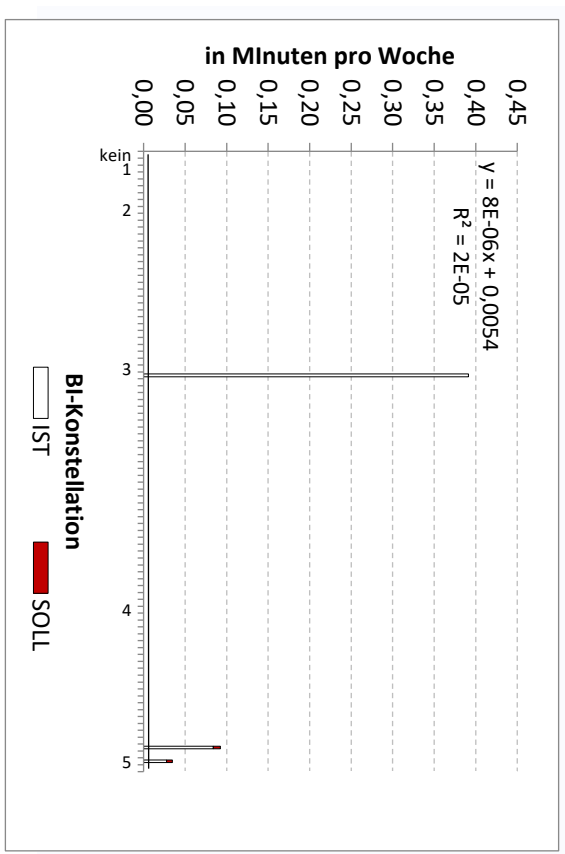
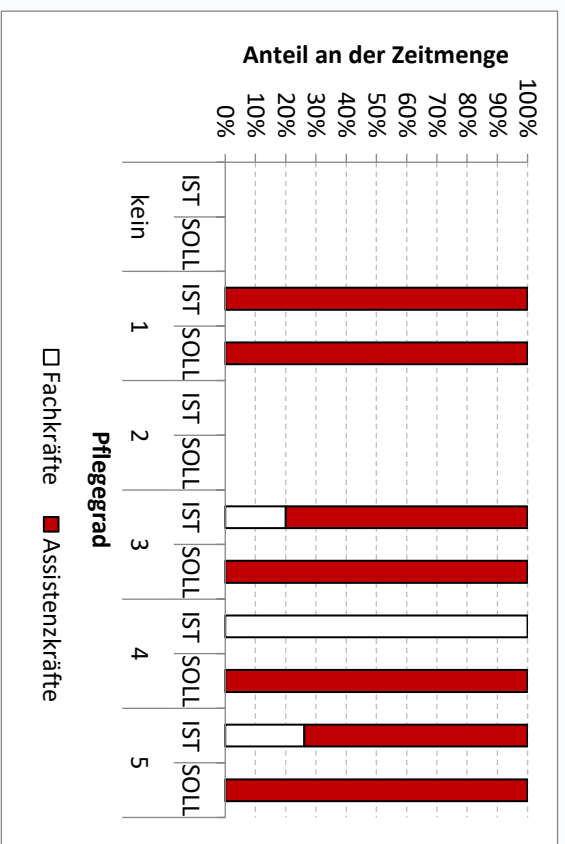
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



Durchschnittliche Zeitemengen nach...



Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)

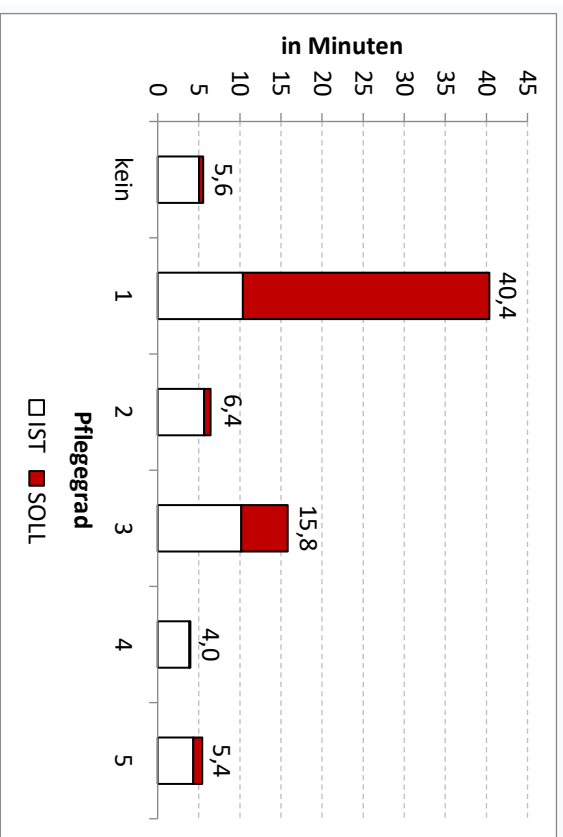


Varianzaufklärung der SOLL-Zeitemenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)

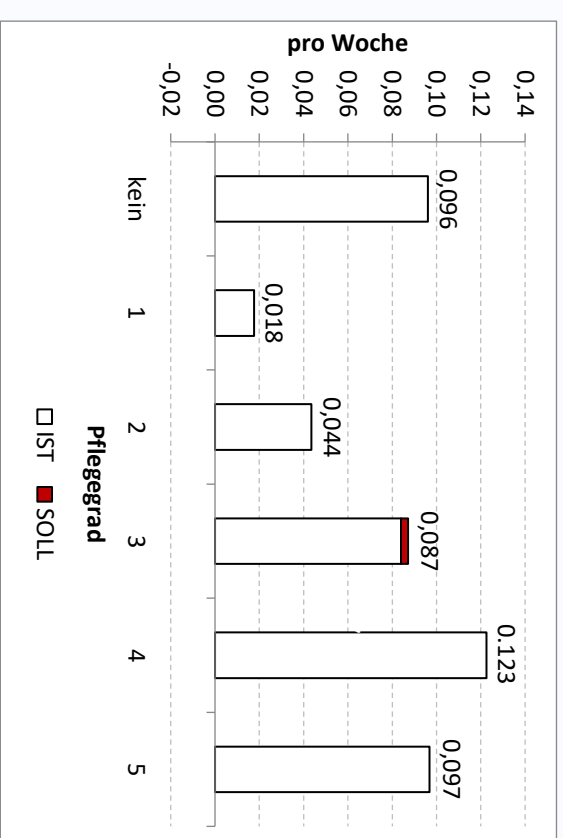
Absolute und relative Teilschrittbewertung



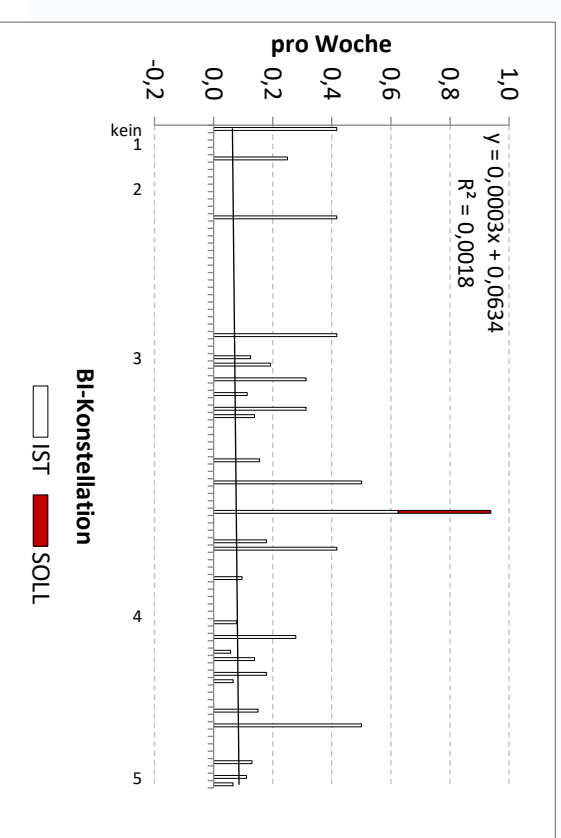
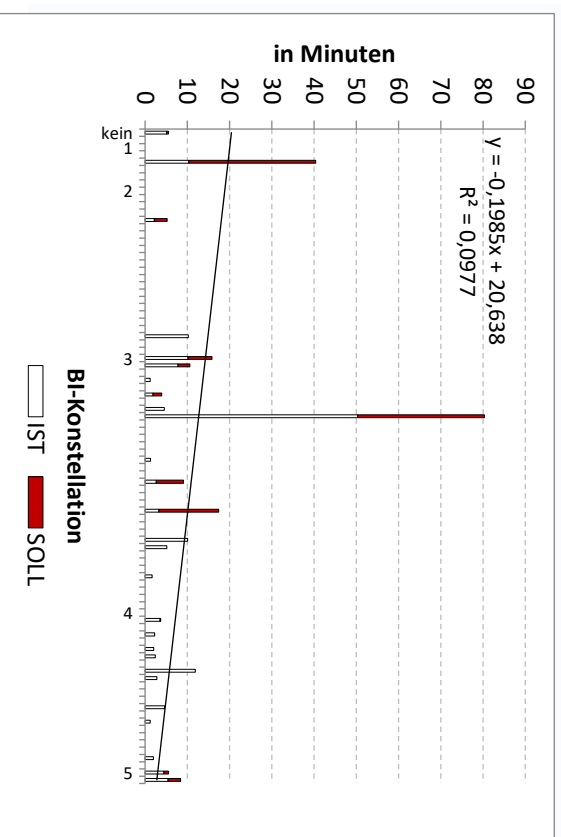
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



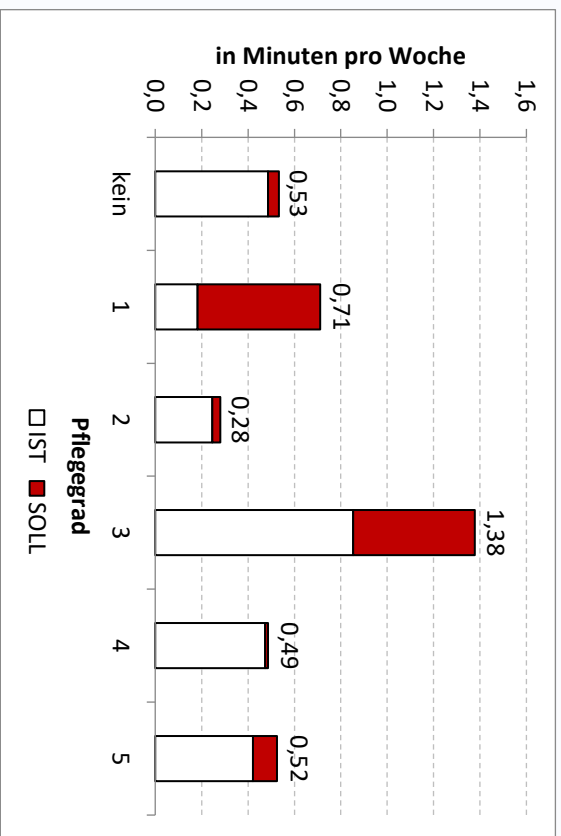
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



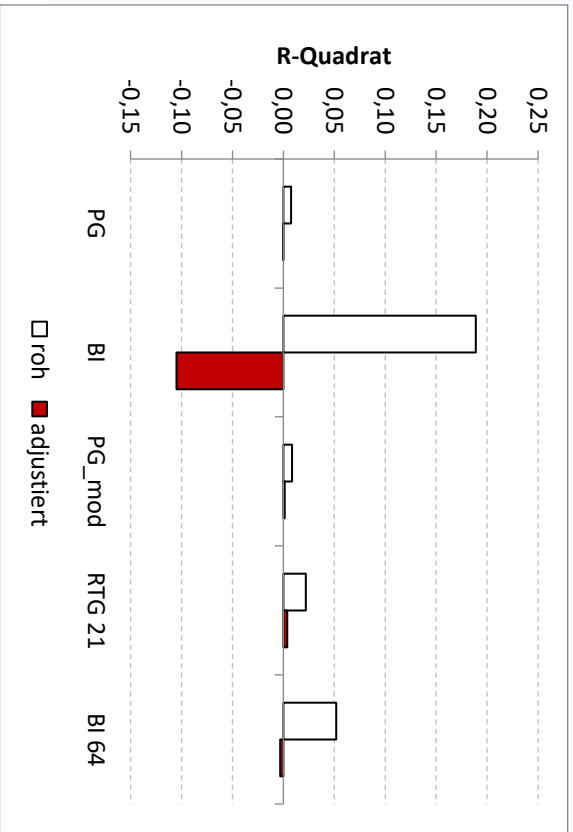
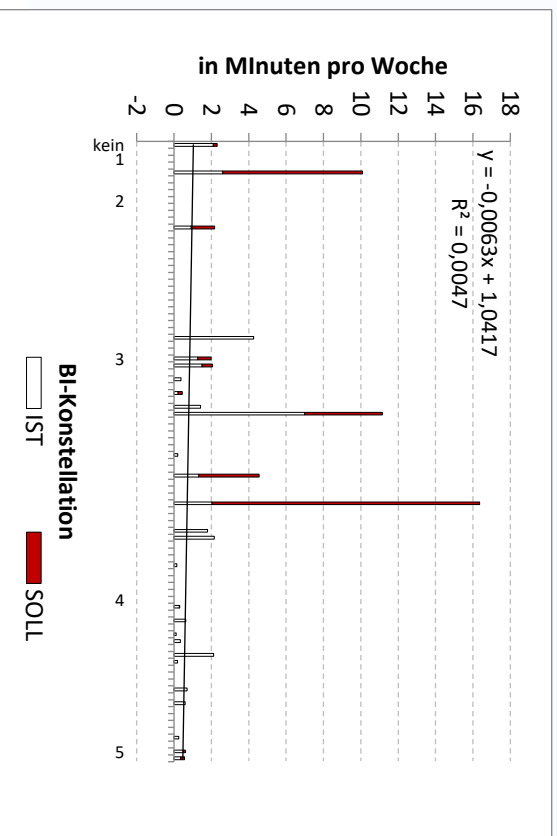
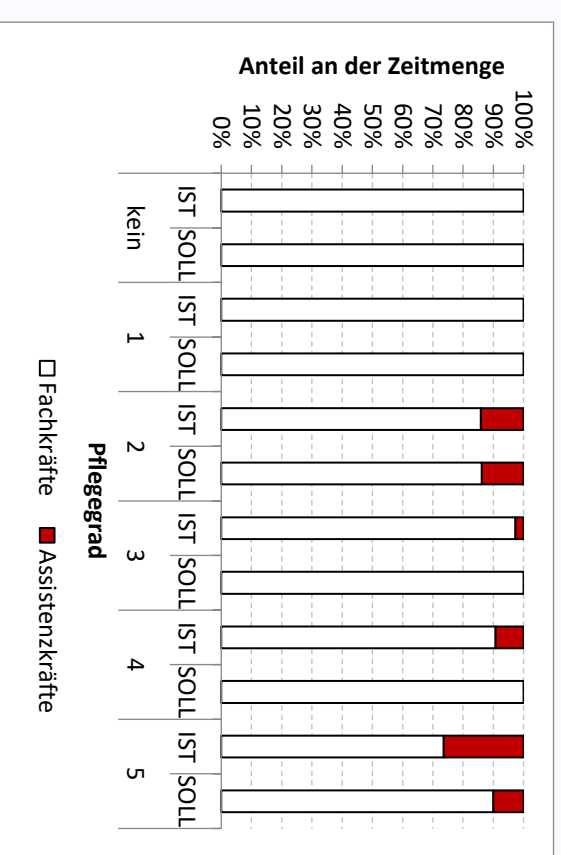
5.16 Untersuchungsassistent



Durchschnittliche Zeitemengen nach...

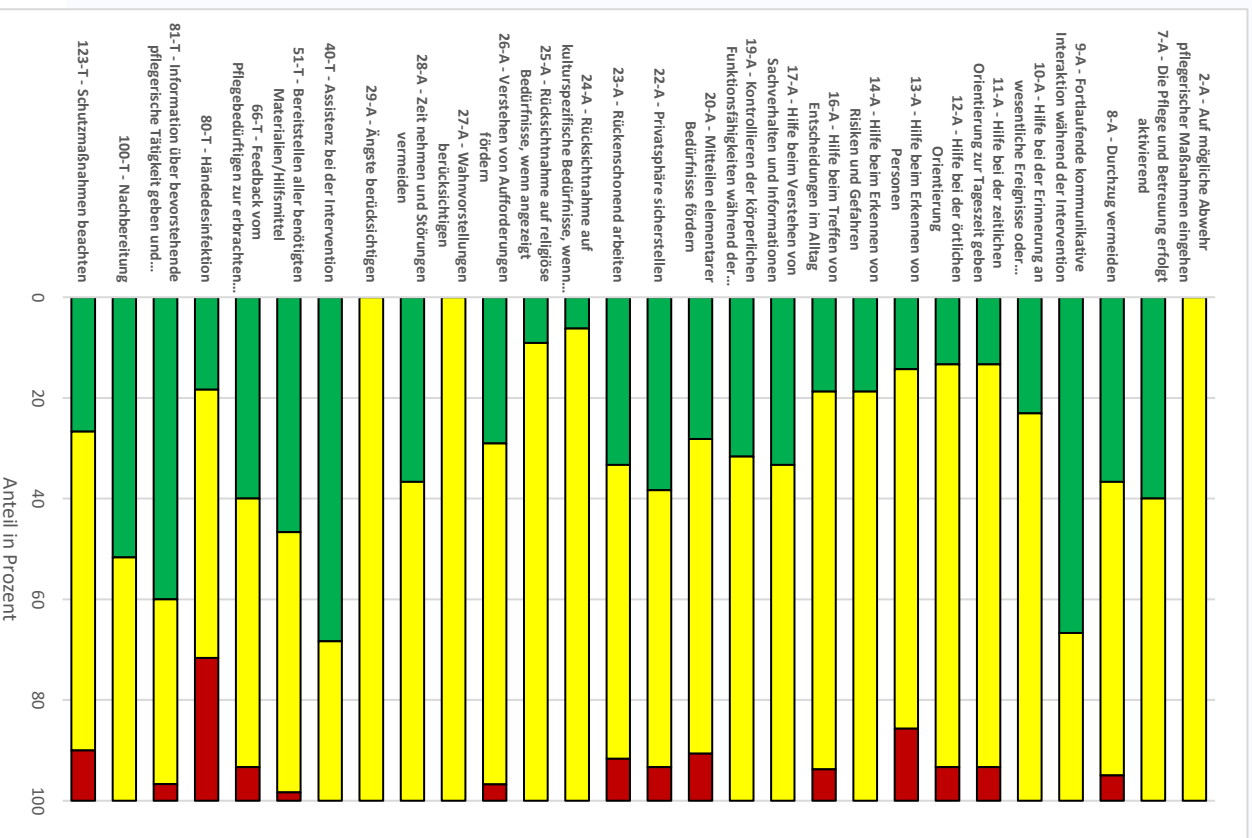
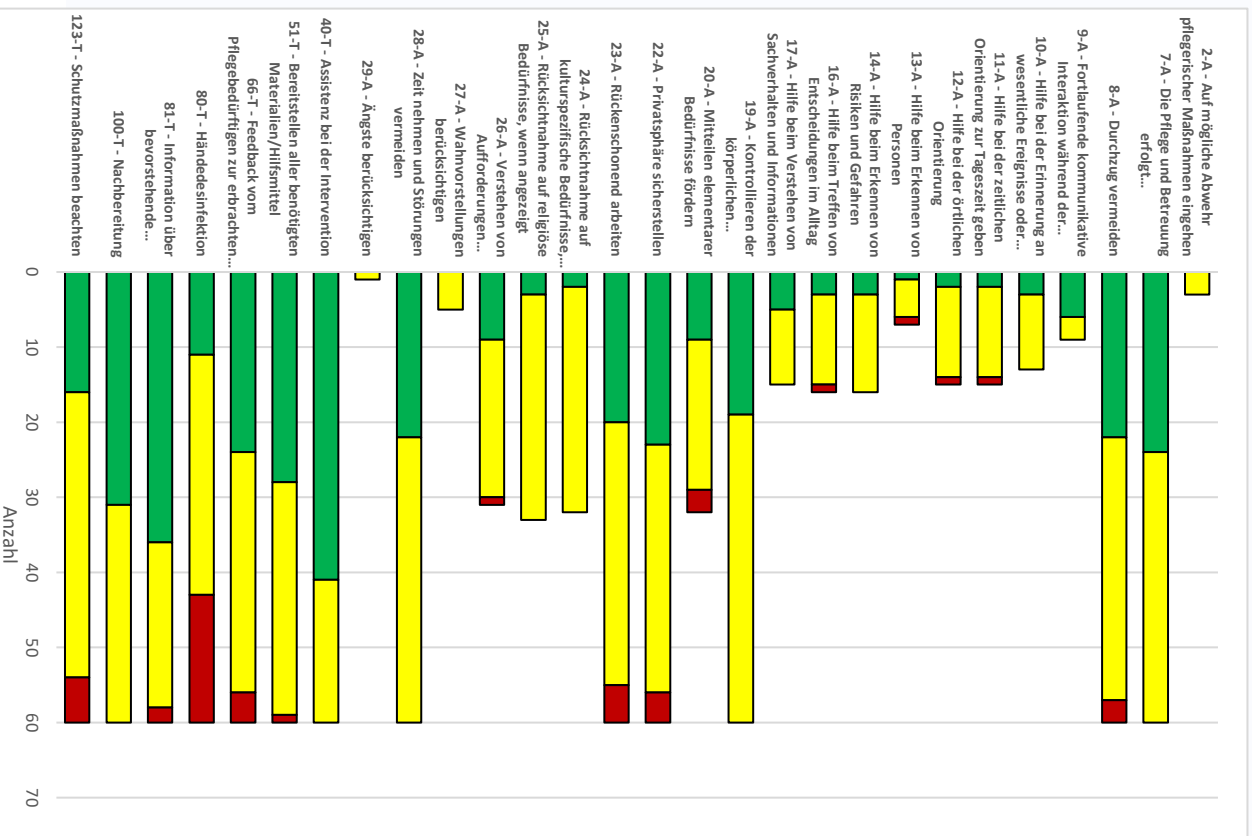


Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)

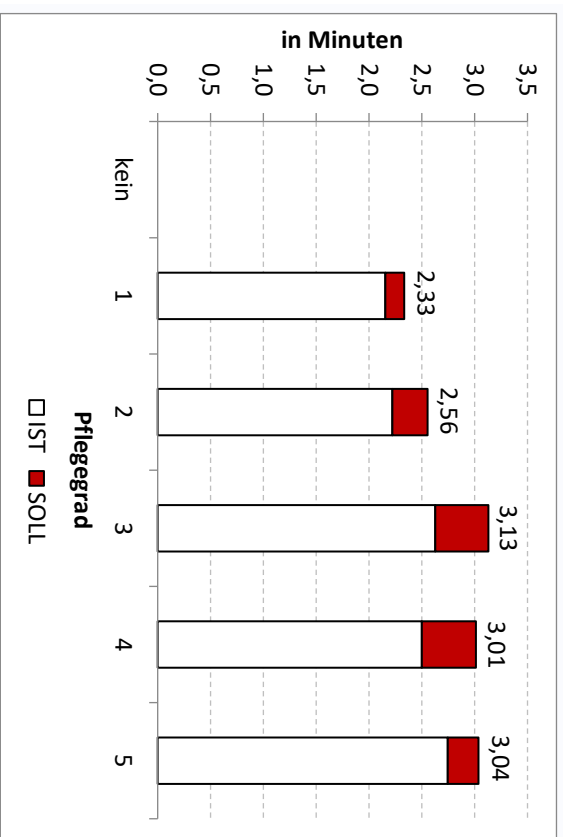


Varianzaufklärung der SOLL-Zeitemenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)

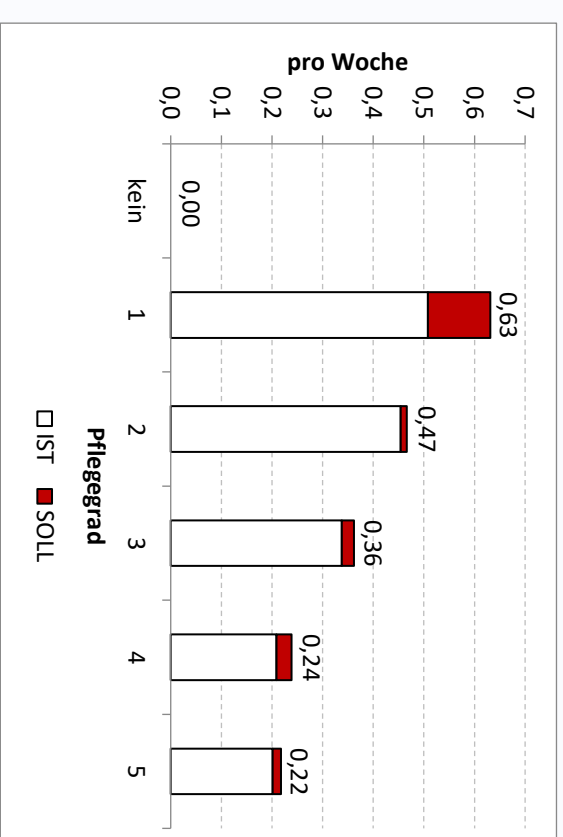
Absolute und relative Teilschrittbewertung



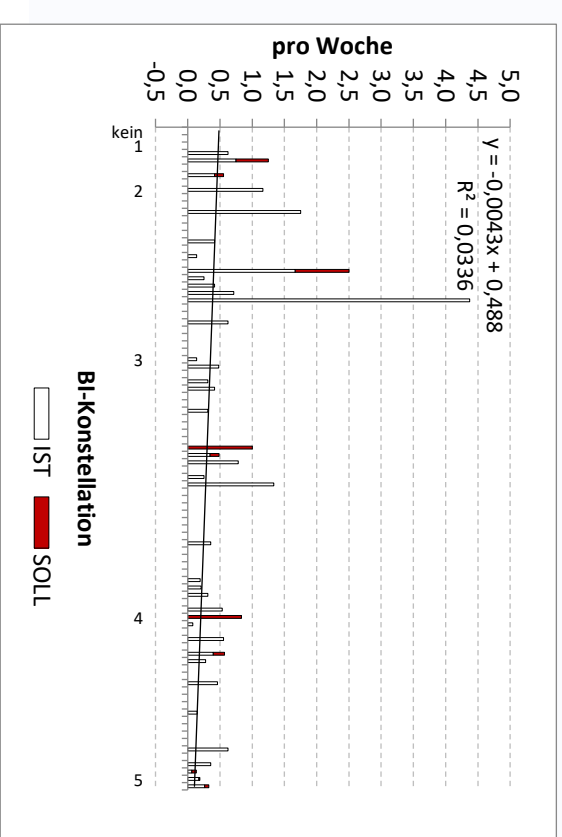
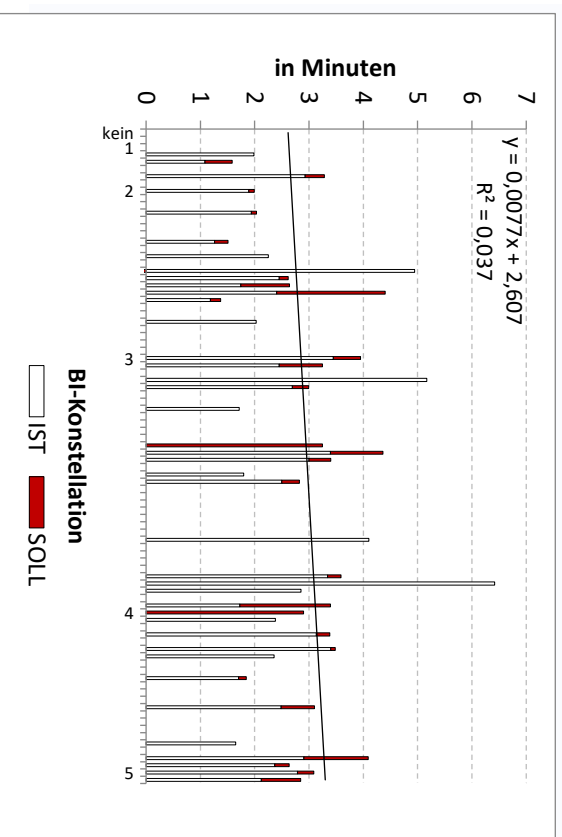
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



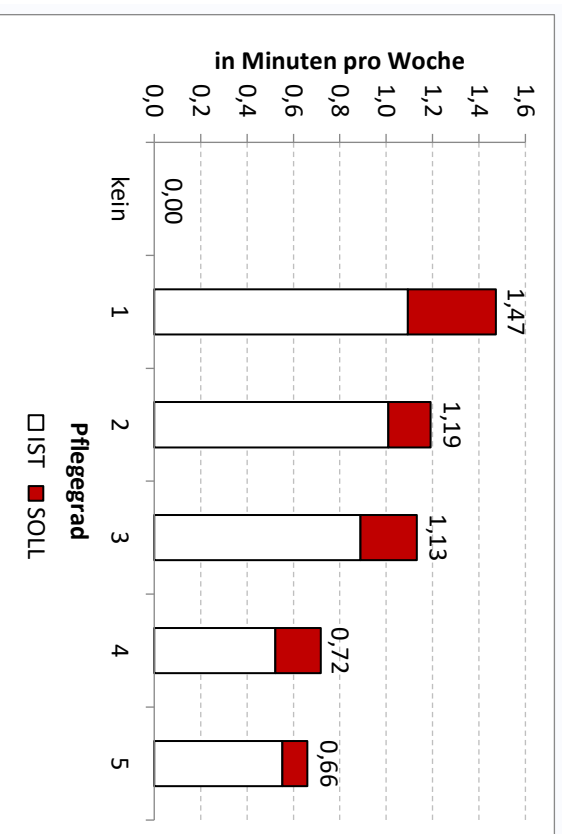
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



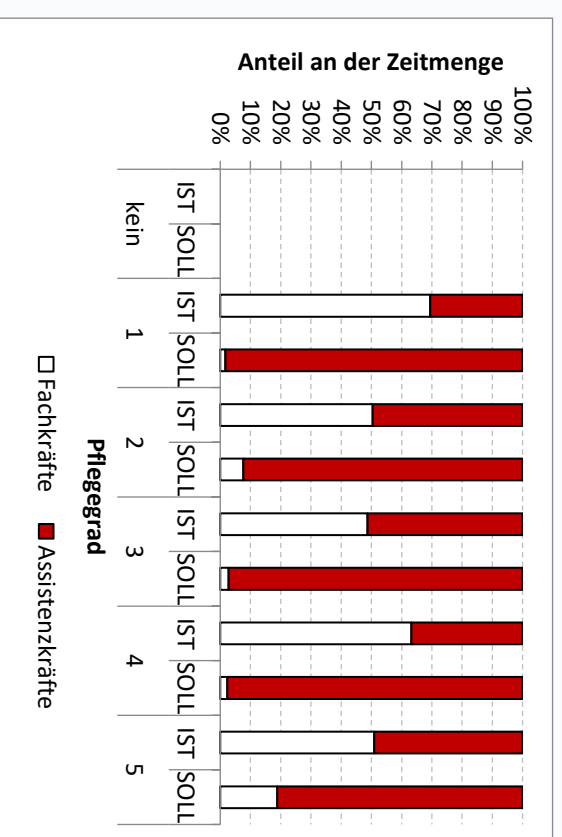
5.17 Vitalzeichenkontrolle: Blutdruck und Puls



Durchschnittliche Zeitmengen nach...

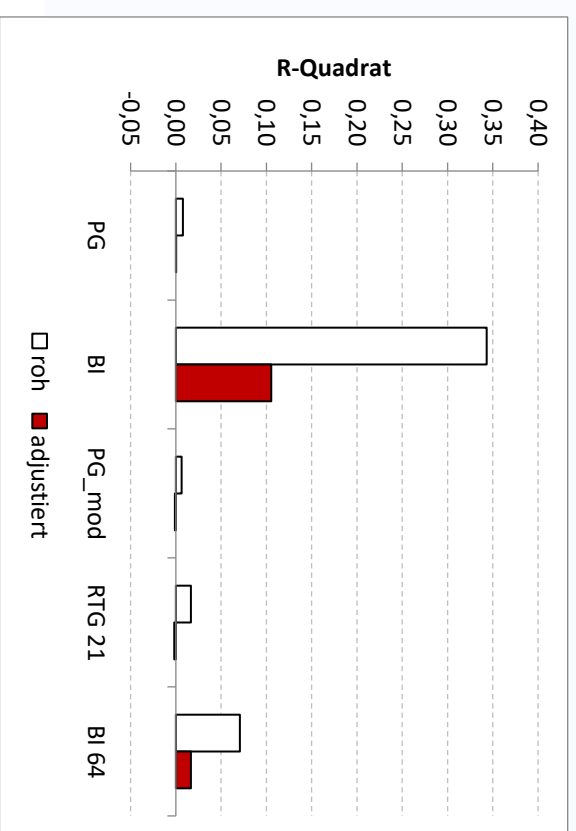
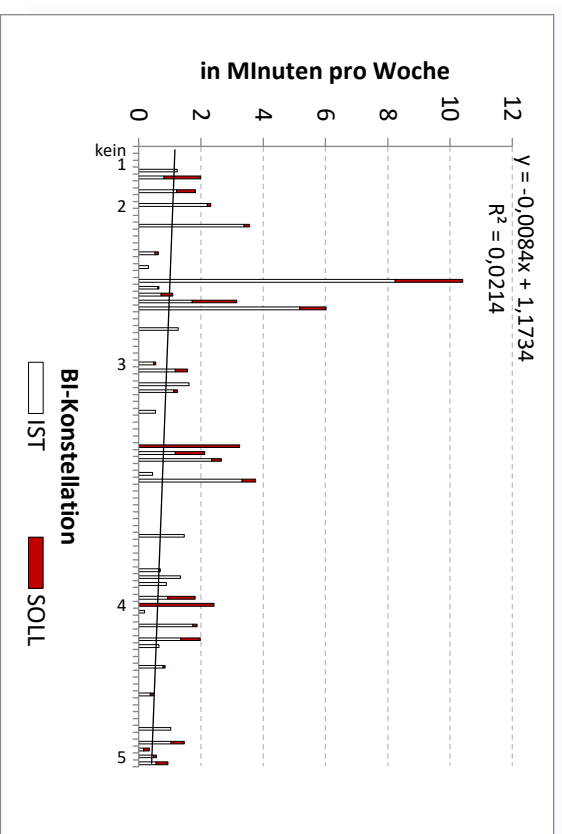


Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)

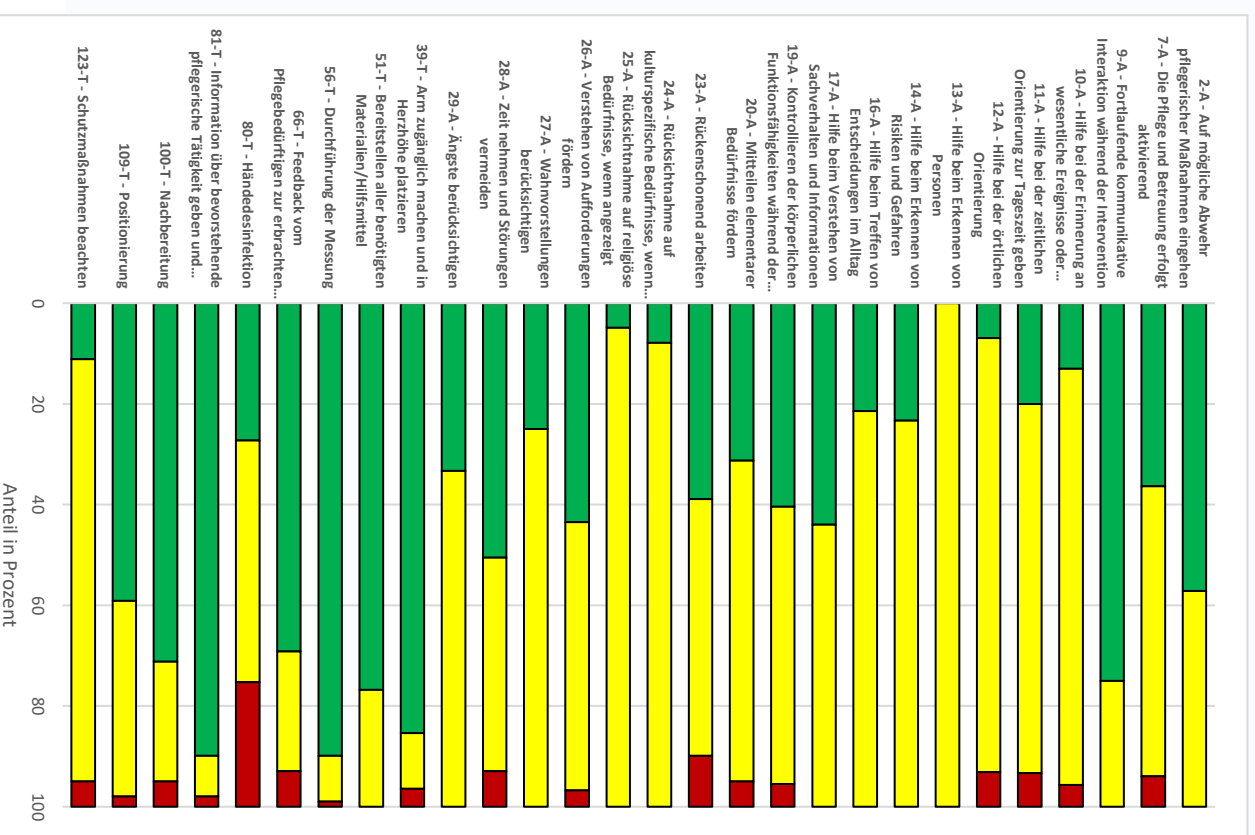
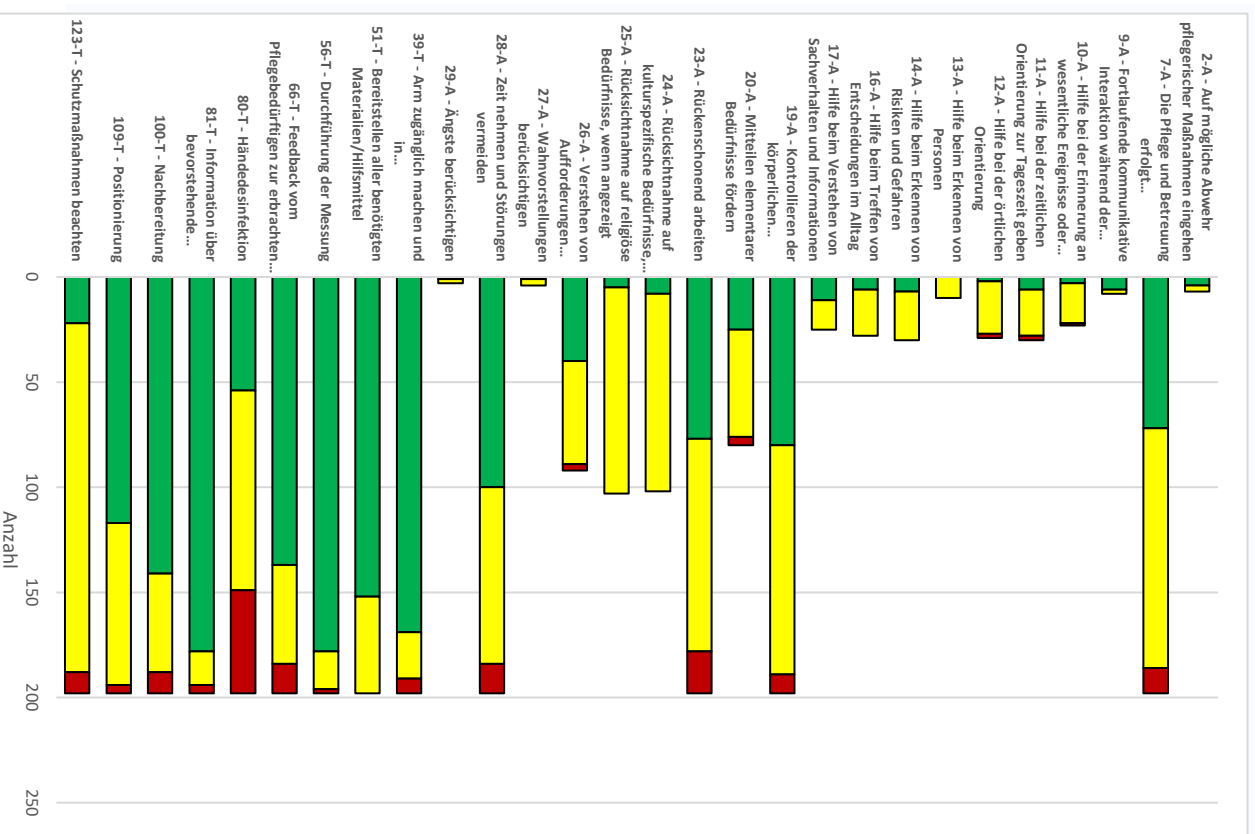


5.17 Vitalzeichenkontrolle: Blutdruck und Puls

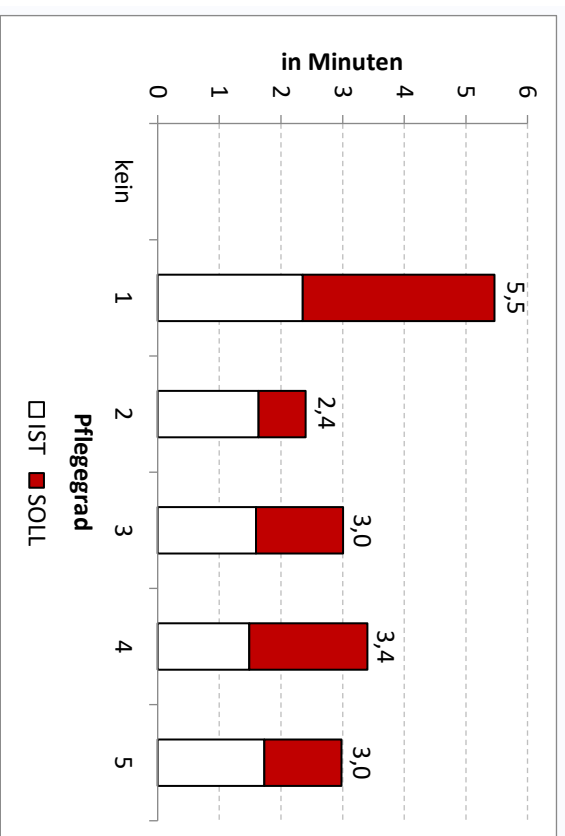
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitmenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



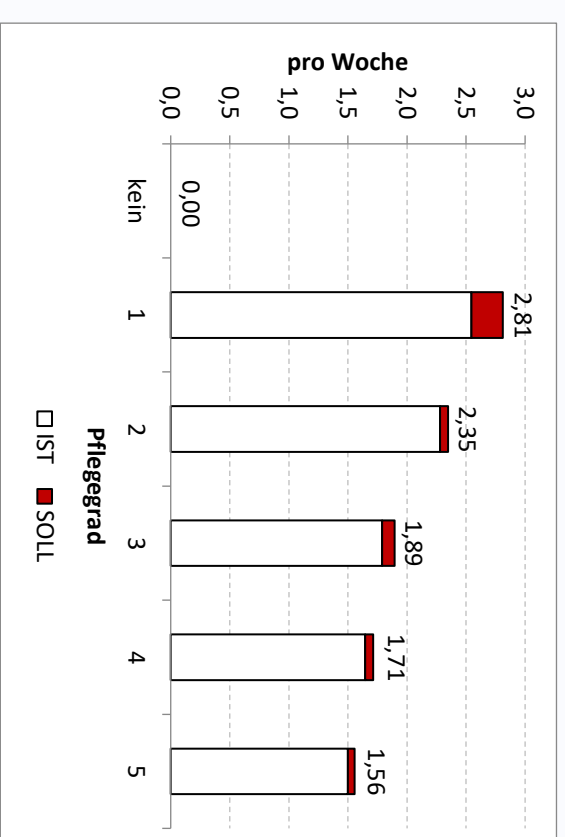
Absolute und relative Teilschrittbewertung



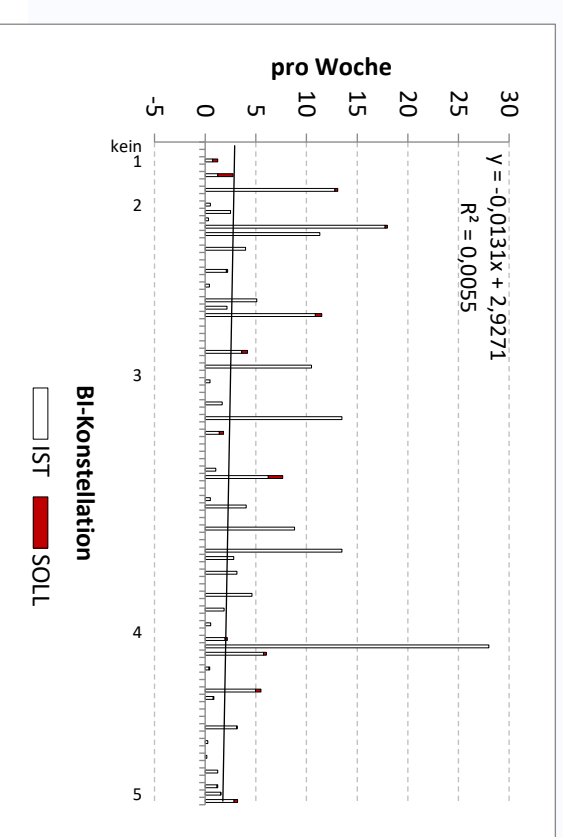
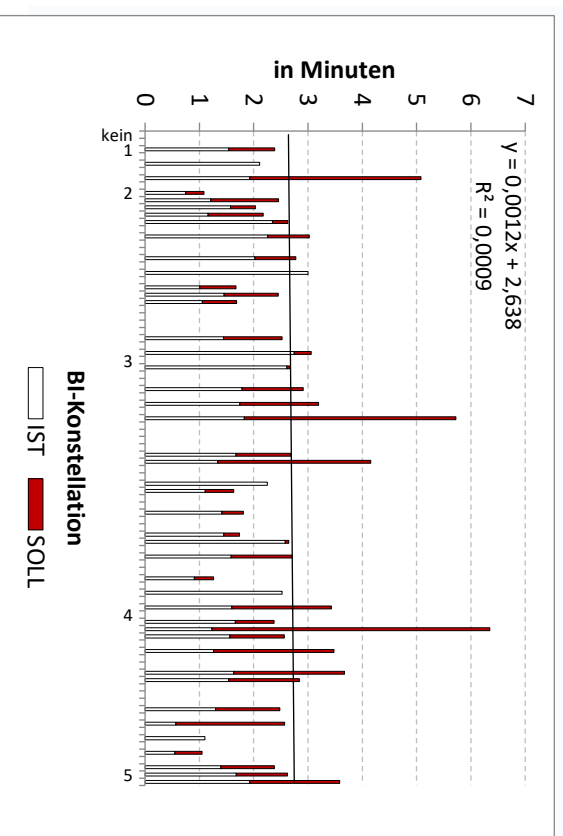
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



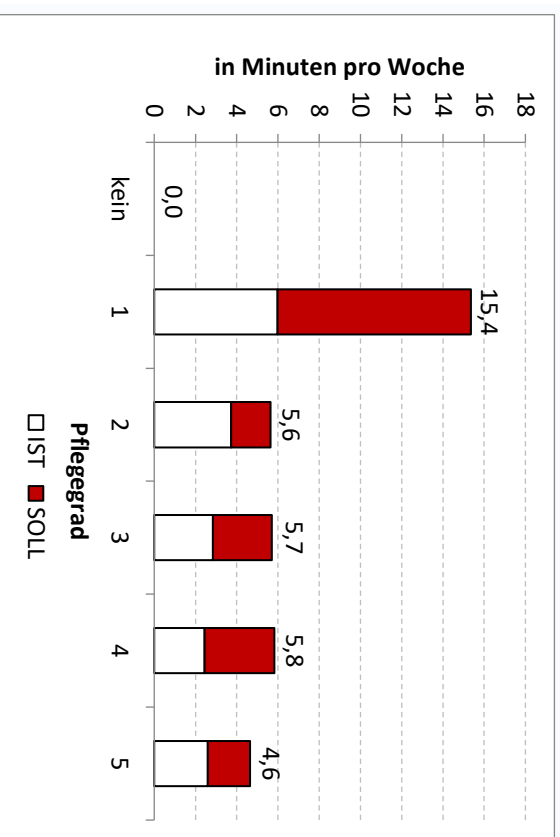
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



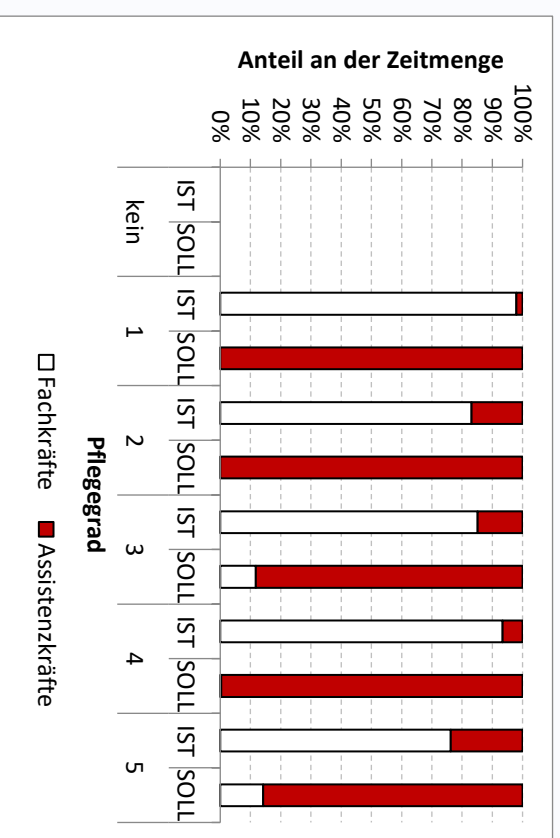
5.18 Vitalzeichenkontrolle: Blutzucker



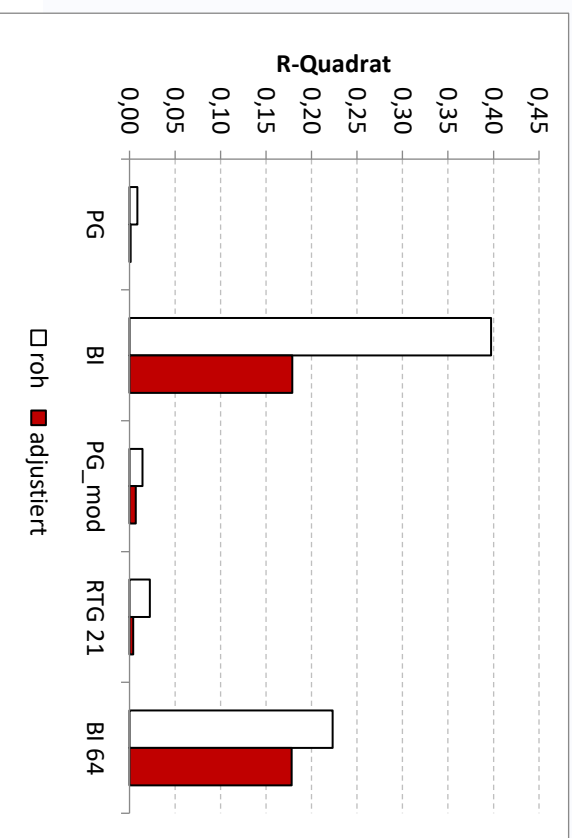
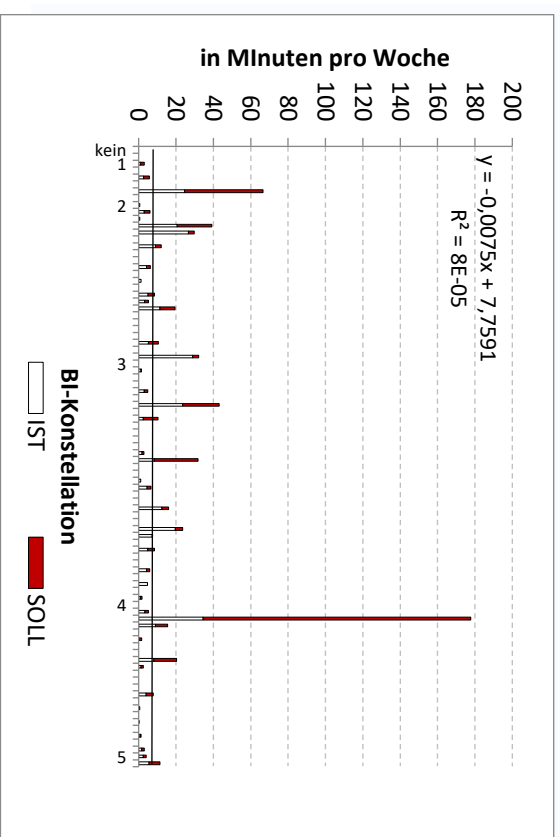
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



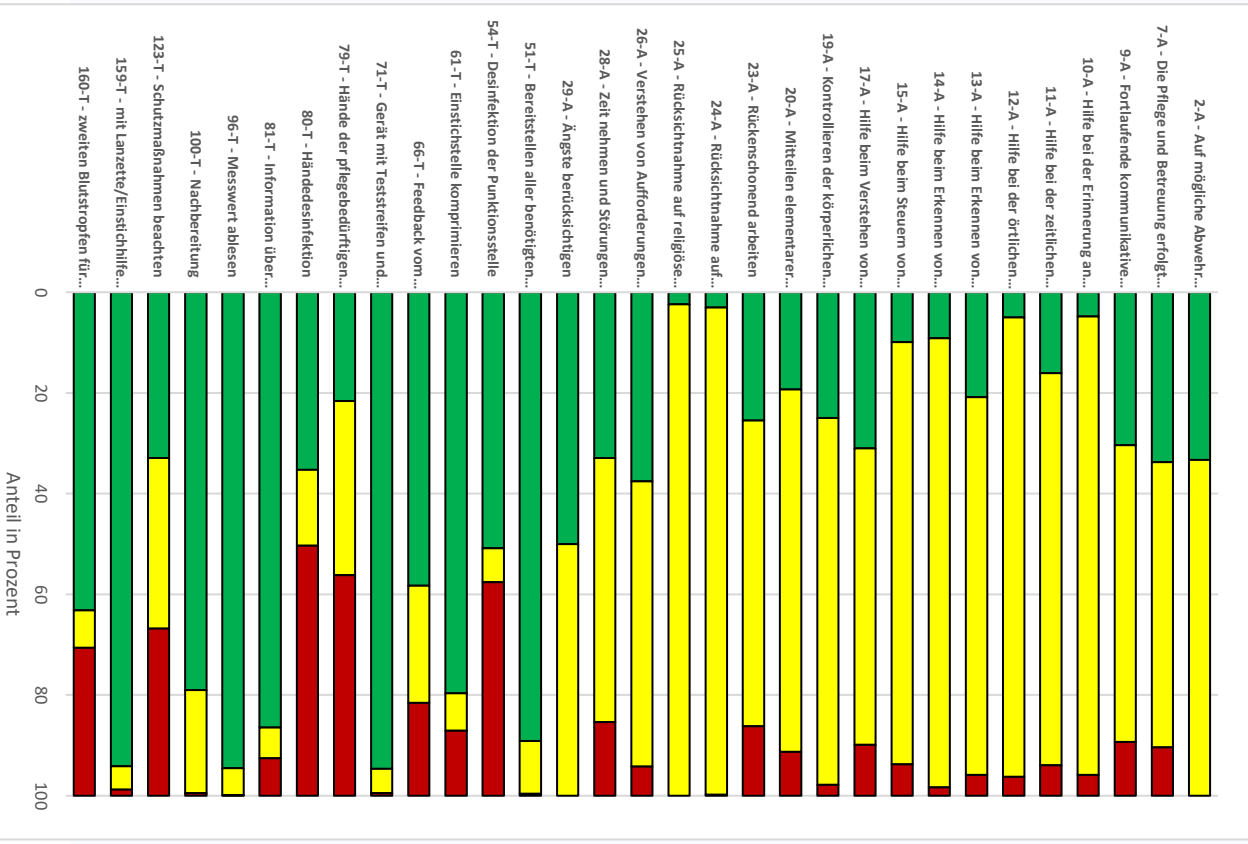
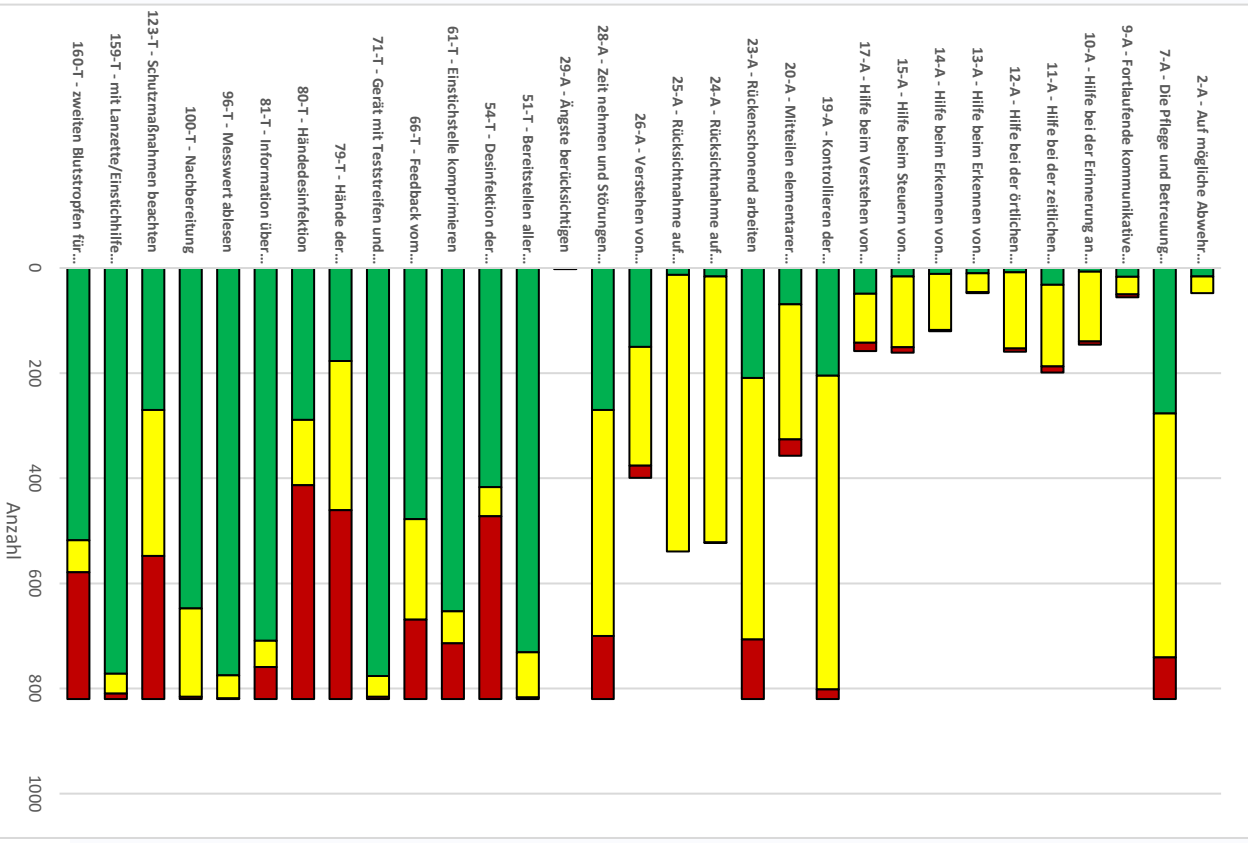
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



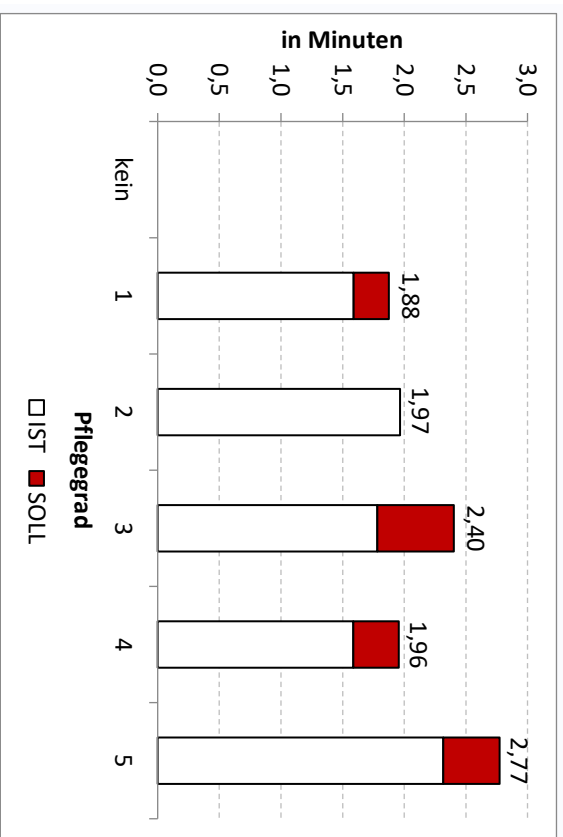
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitemenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



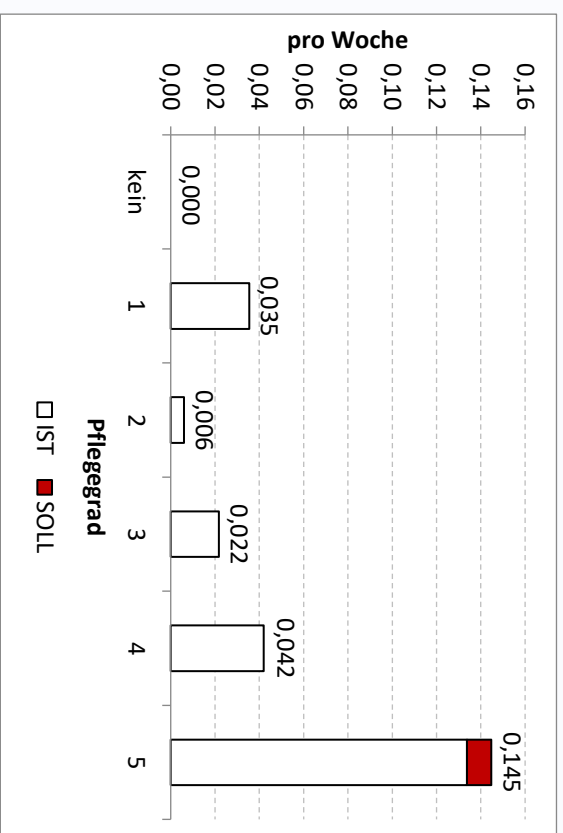
Absolute und relative Teilschrittbewertung



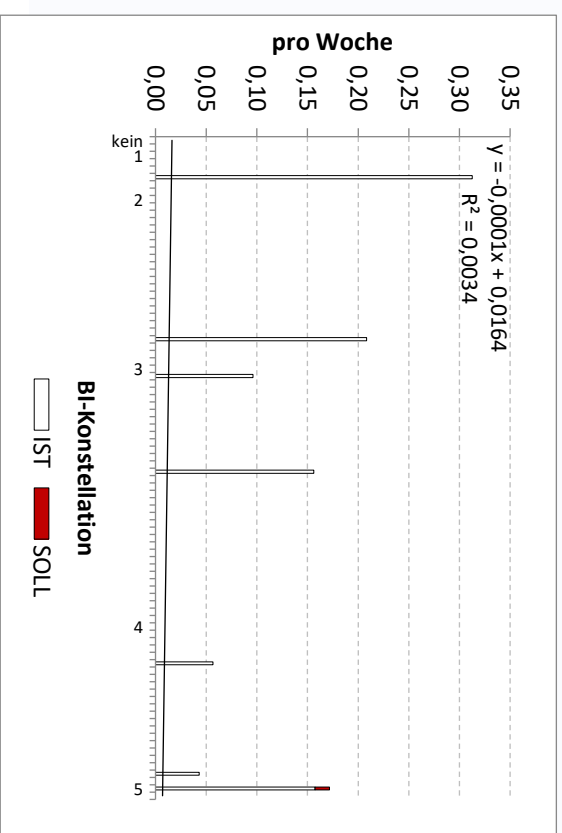
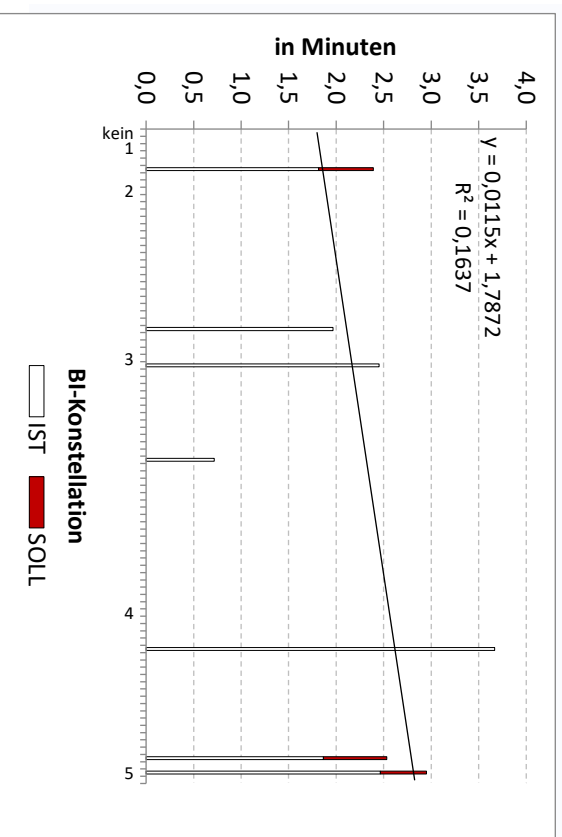
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



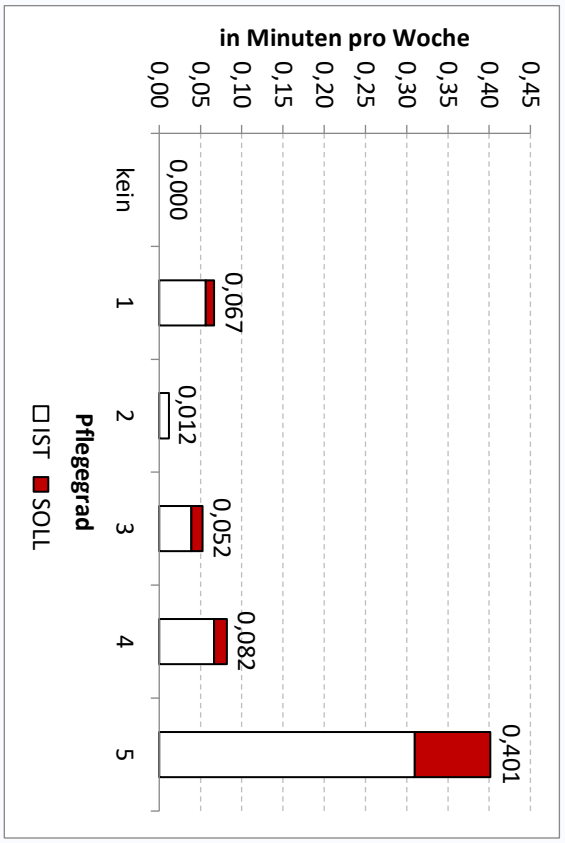
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



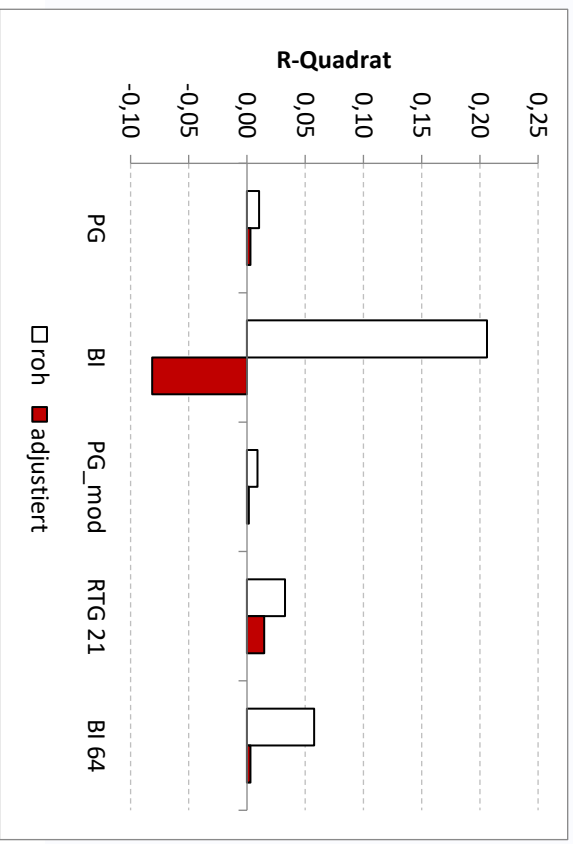
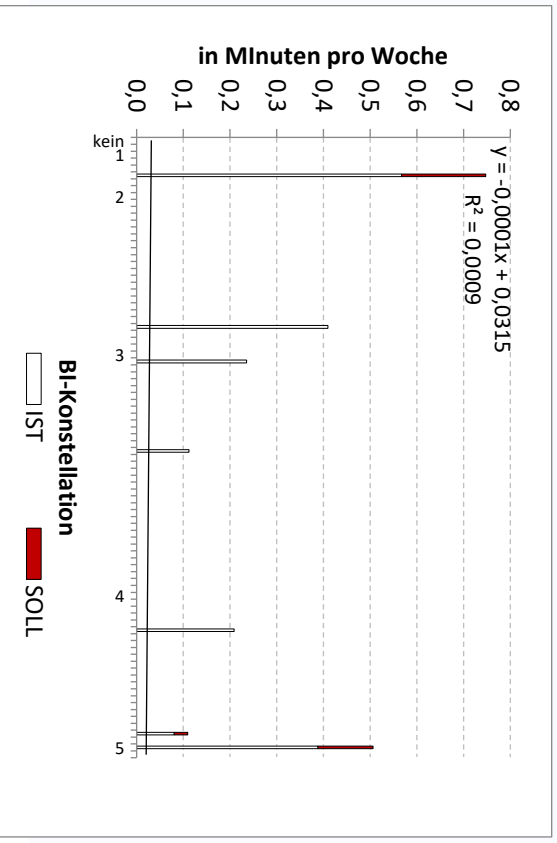
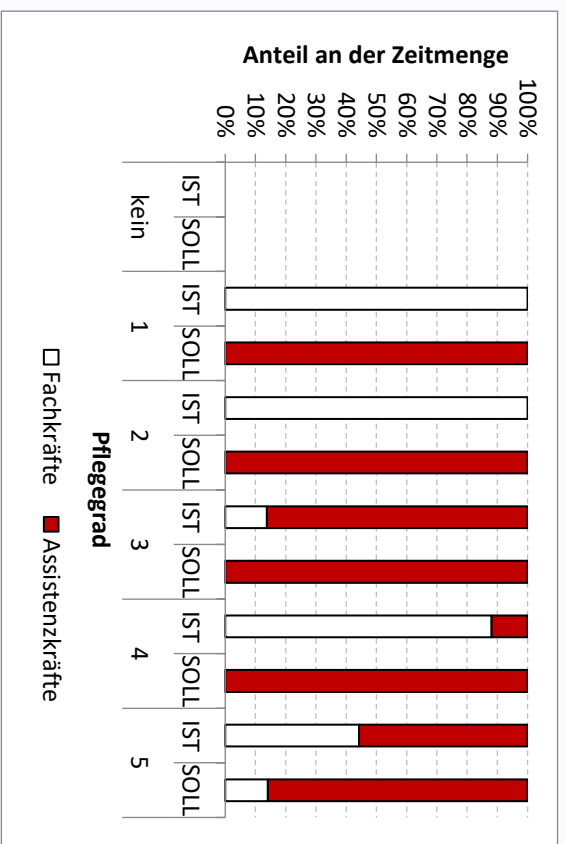
5.19 Vitalzeichenkontrolle: Körpertemperatur



Durchschnittliche Zeitemengen nach...

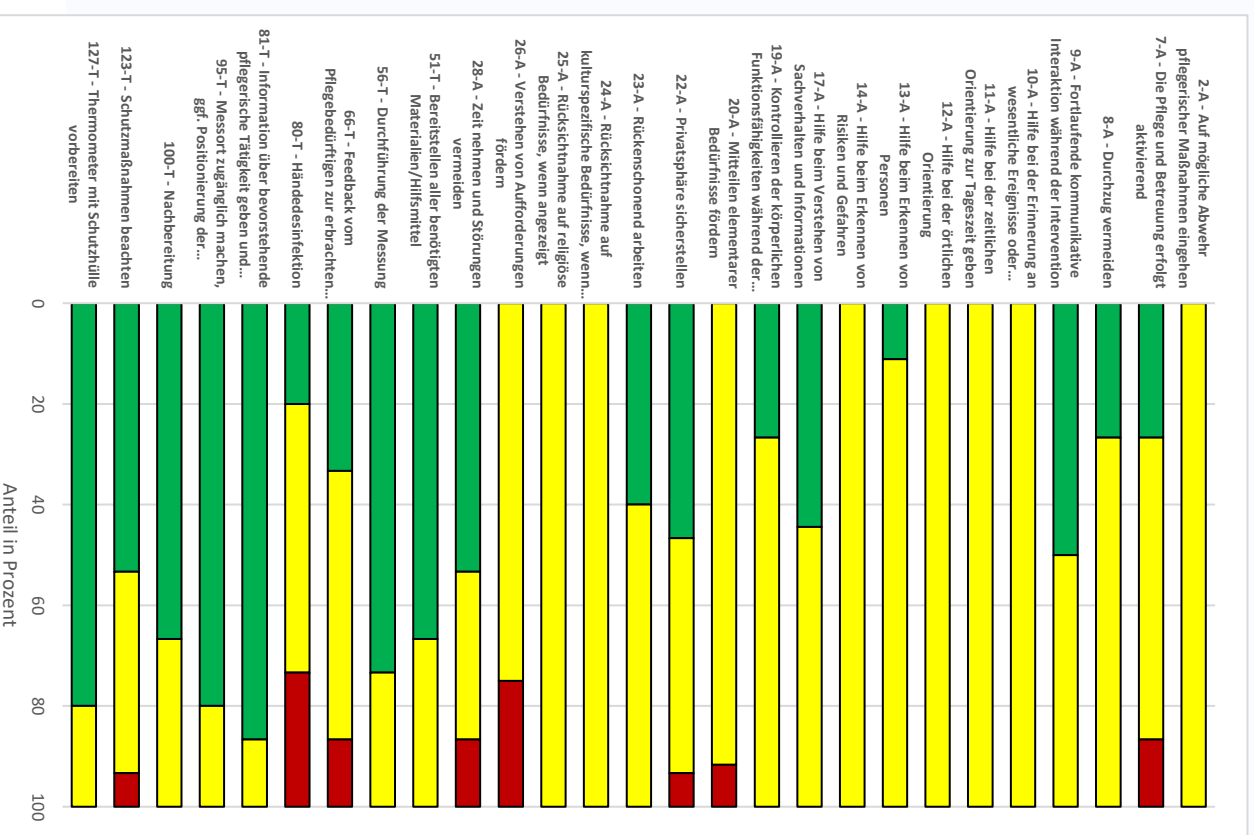
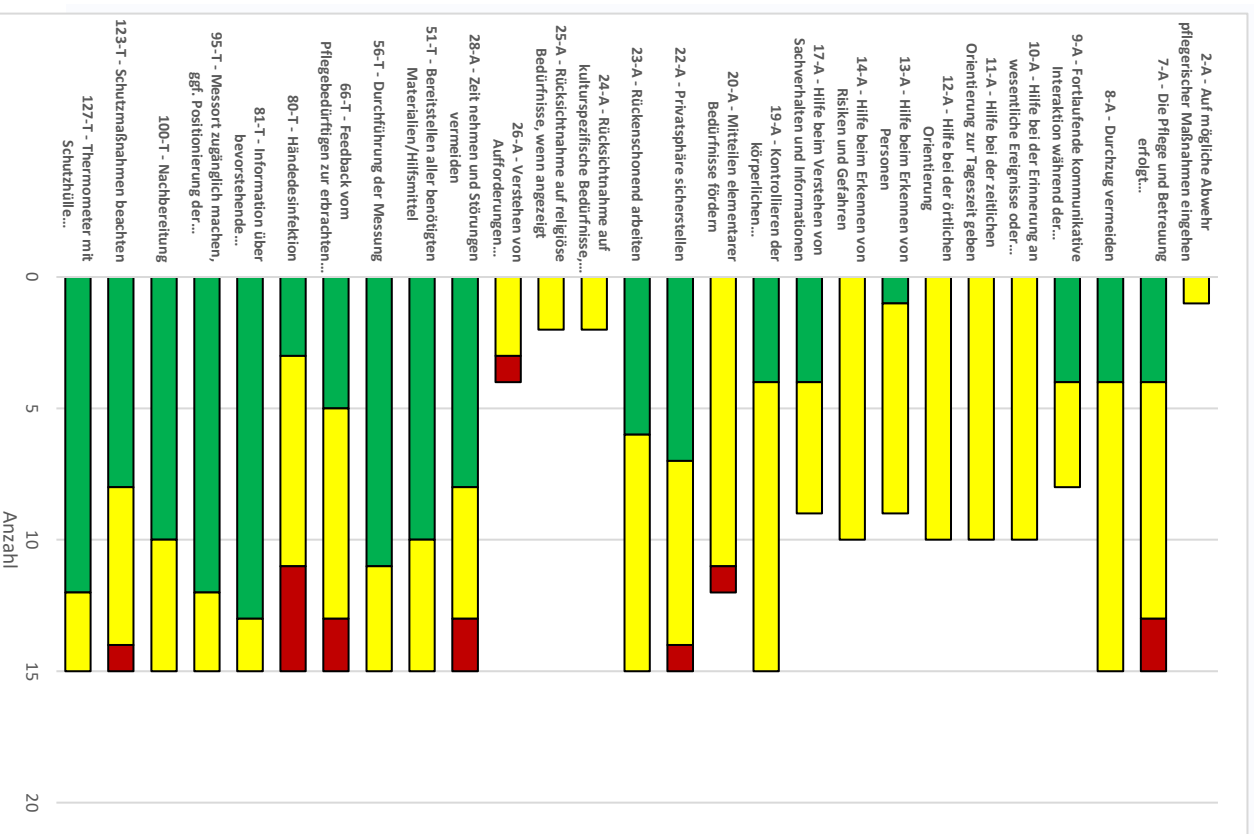


Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)

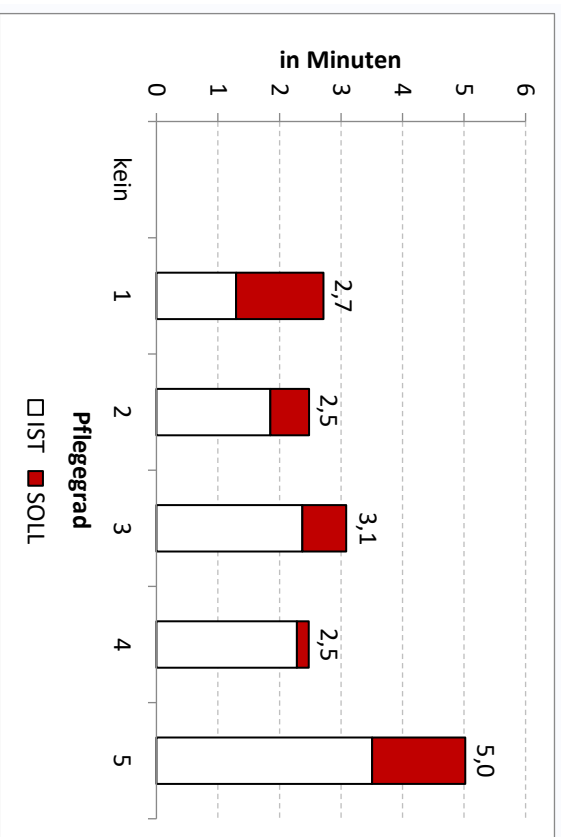


Varianzaufklärung der SOLL-Zeitemenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)

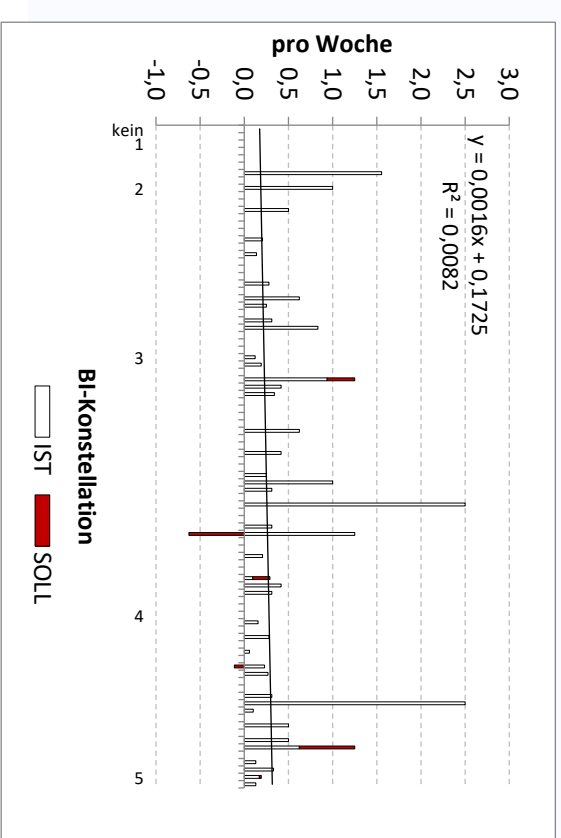
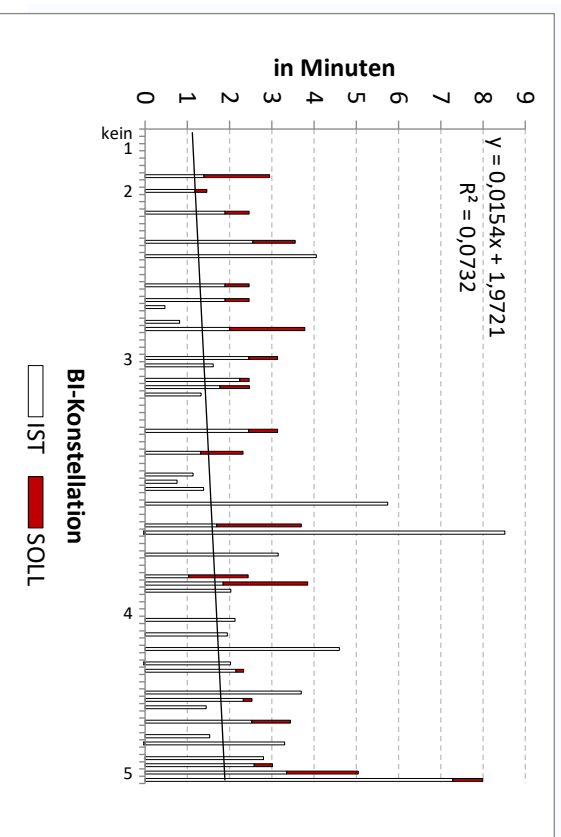
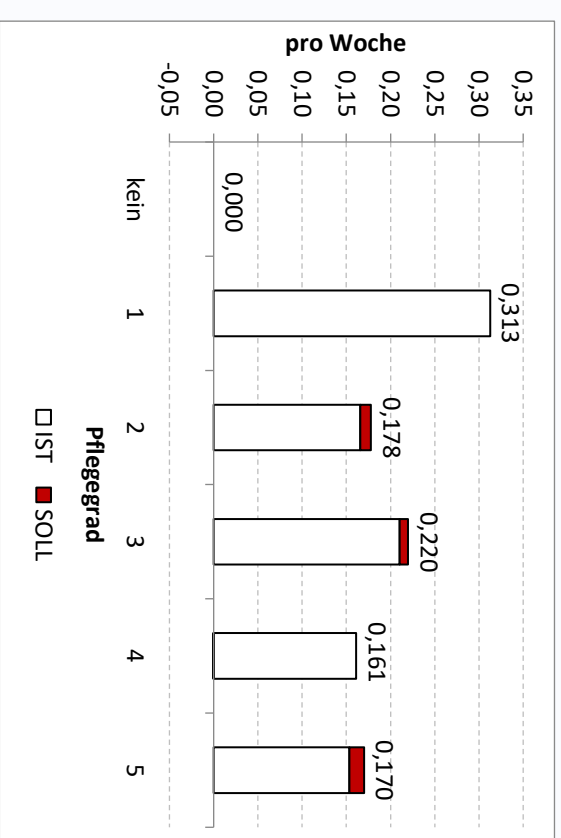
Absolute und relative Teilschrittbewertung



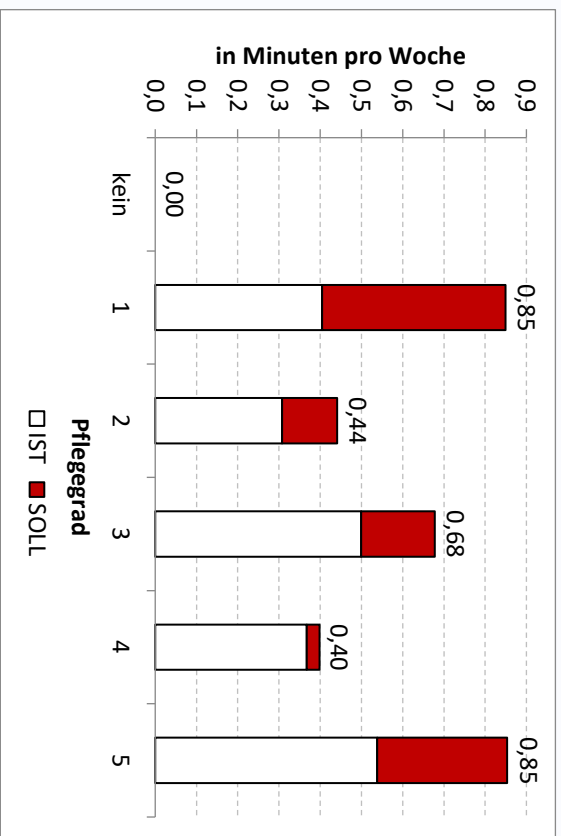
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



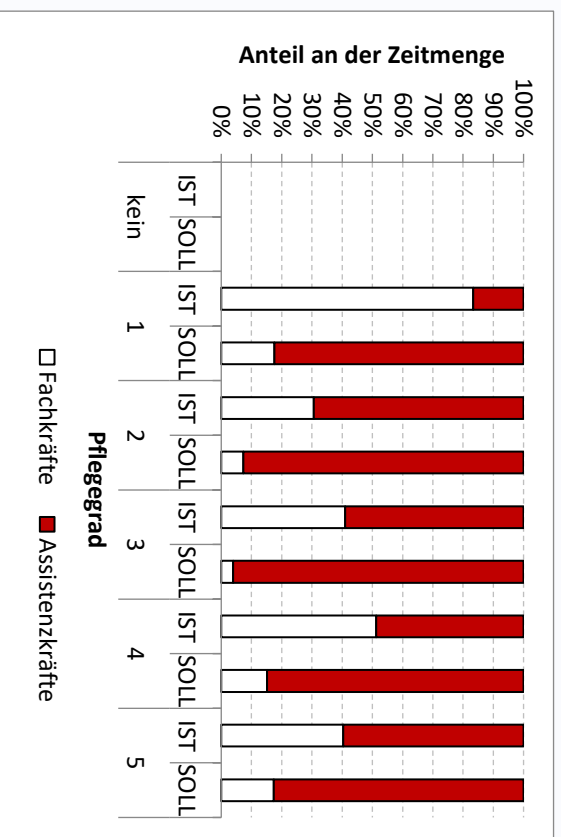
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



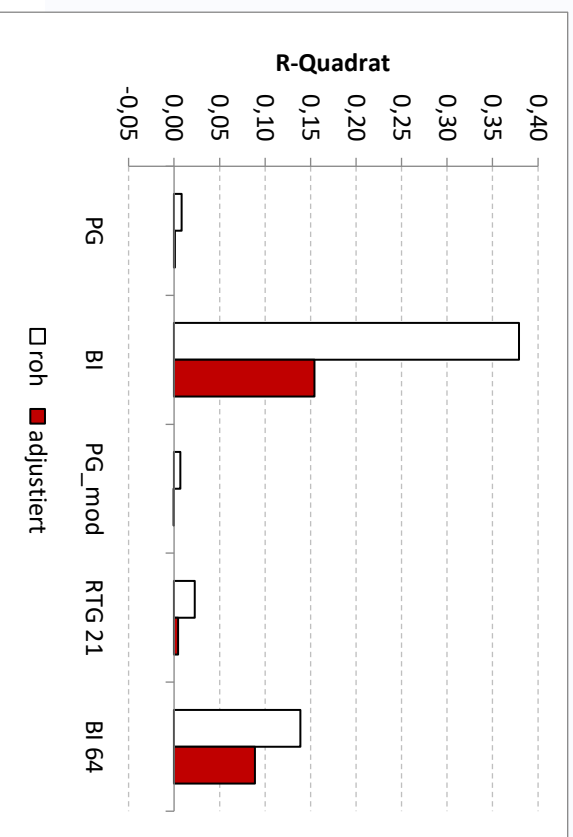
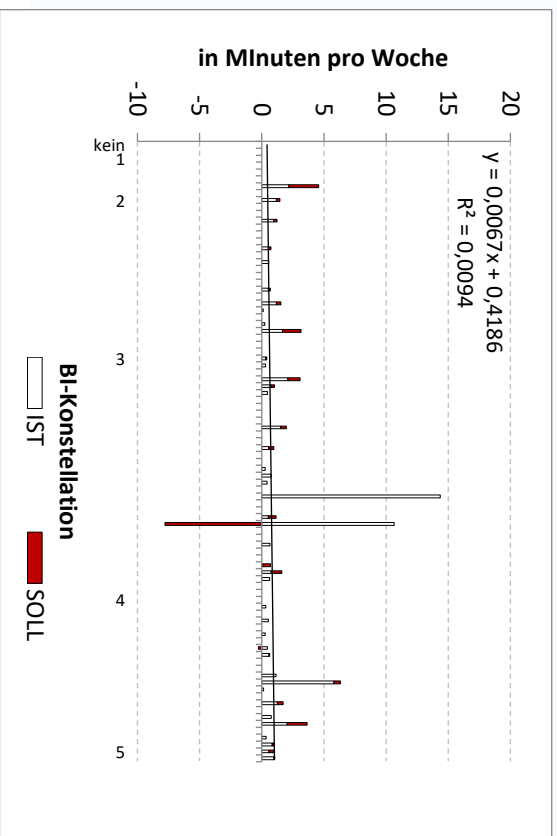
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



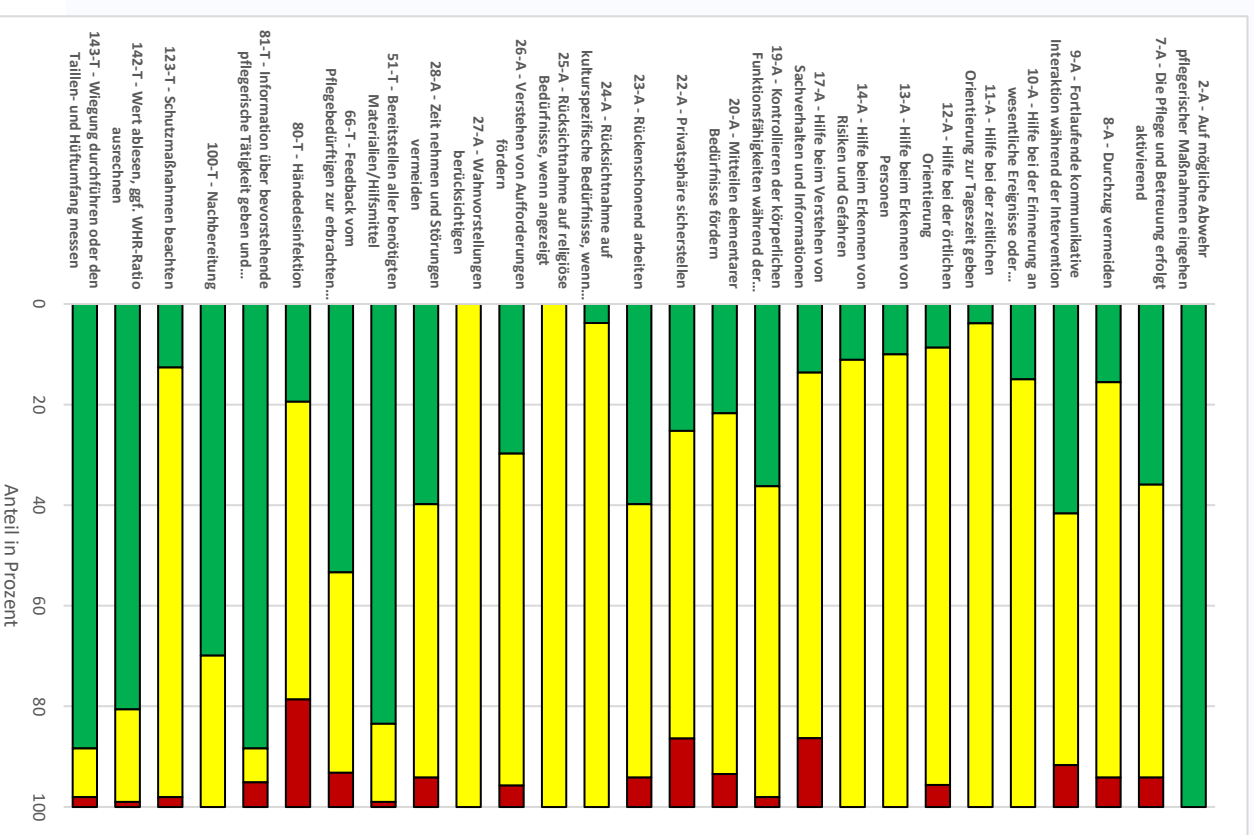
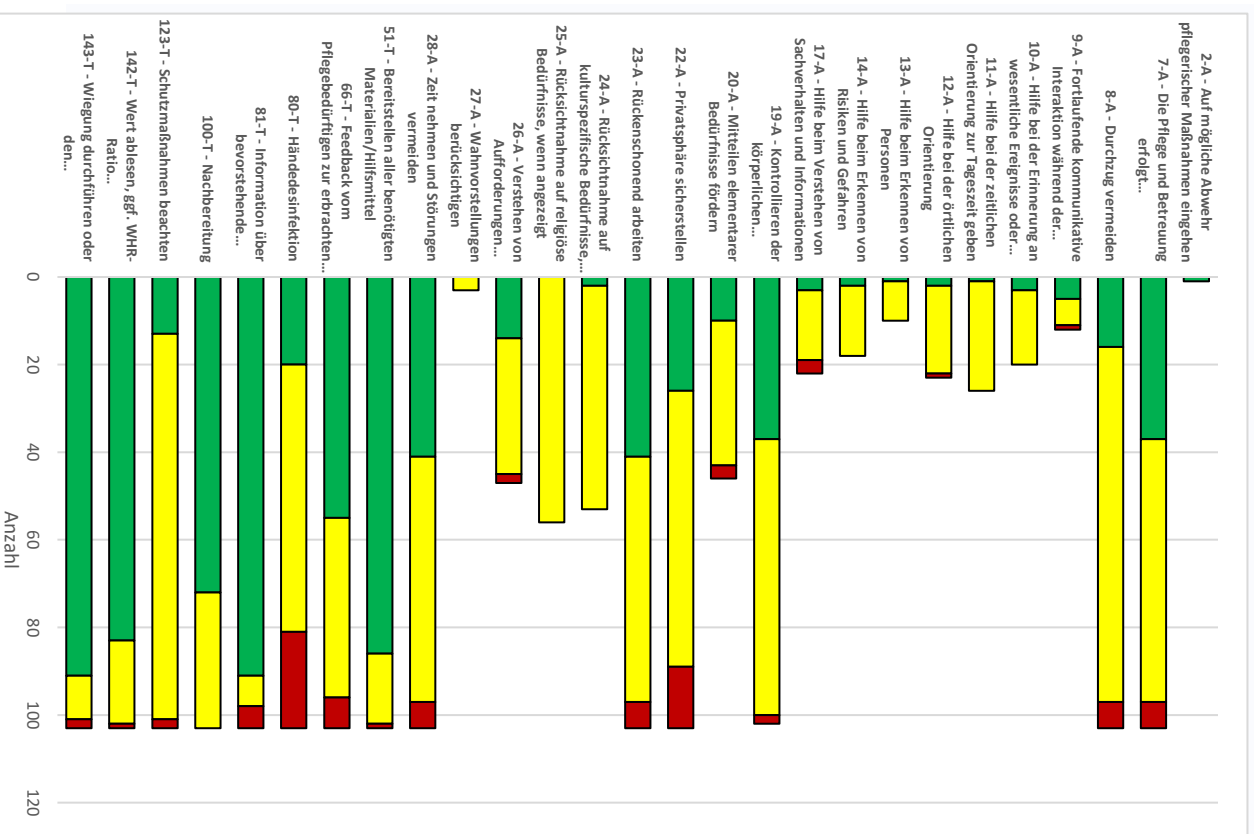
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



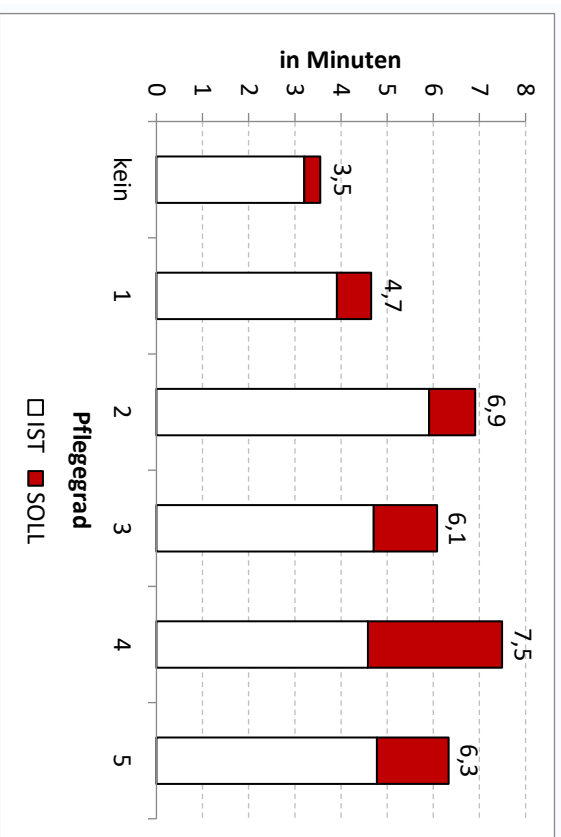
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitmenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



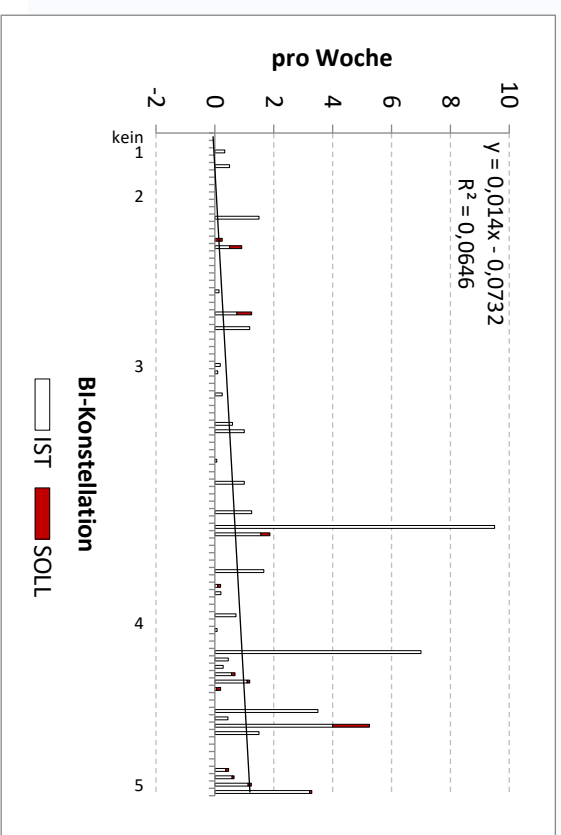
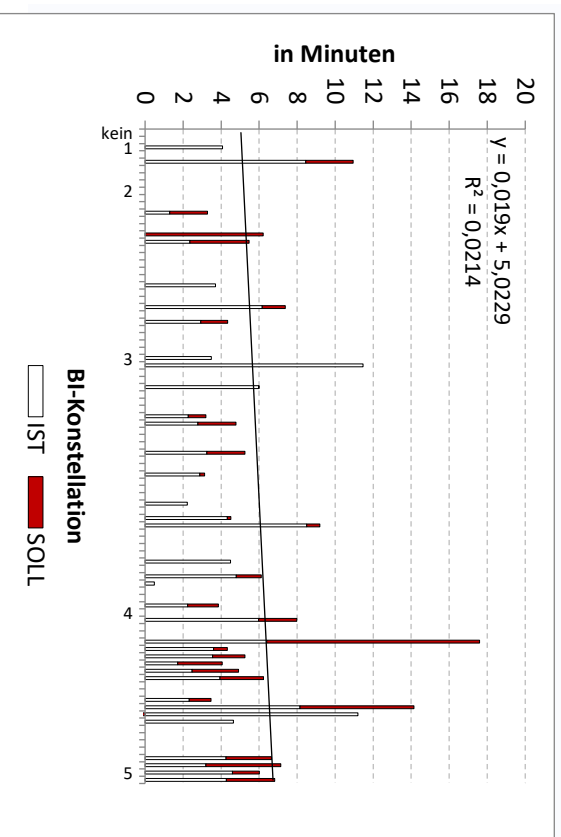
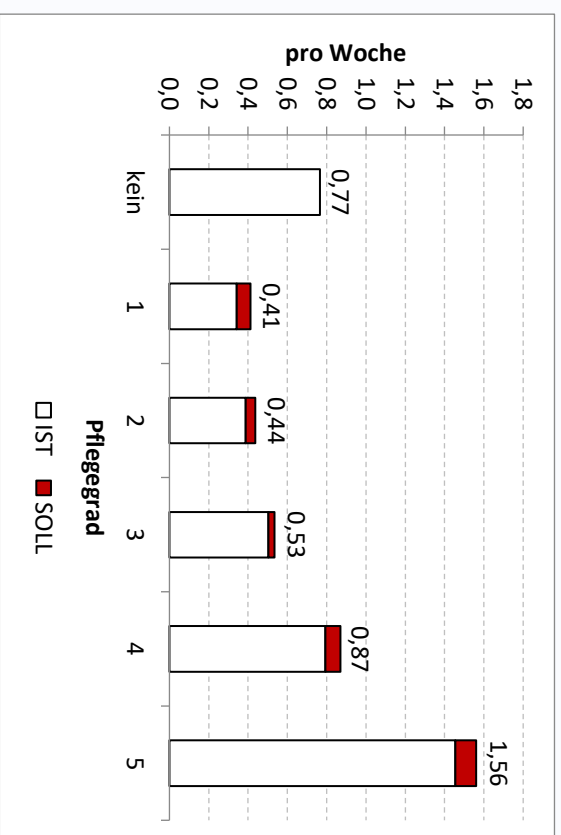
Absolute und relative Teilschrittbewertung



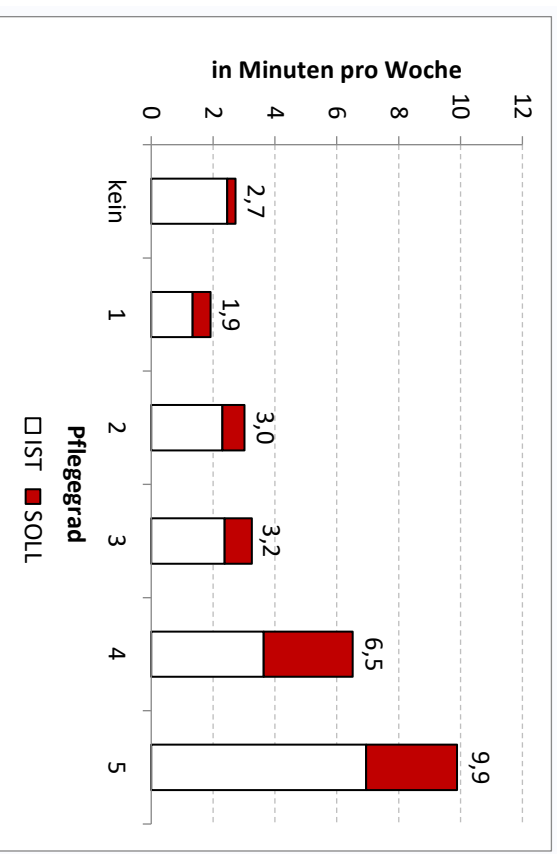
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



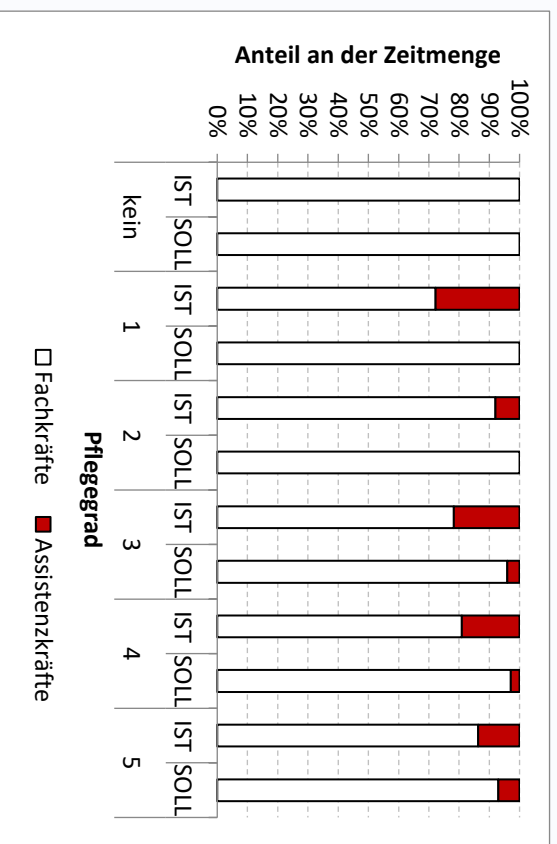
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



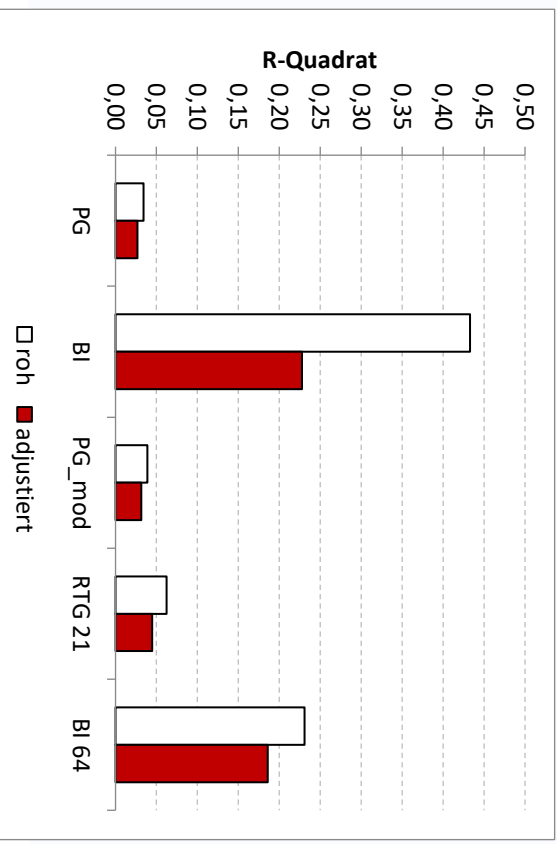
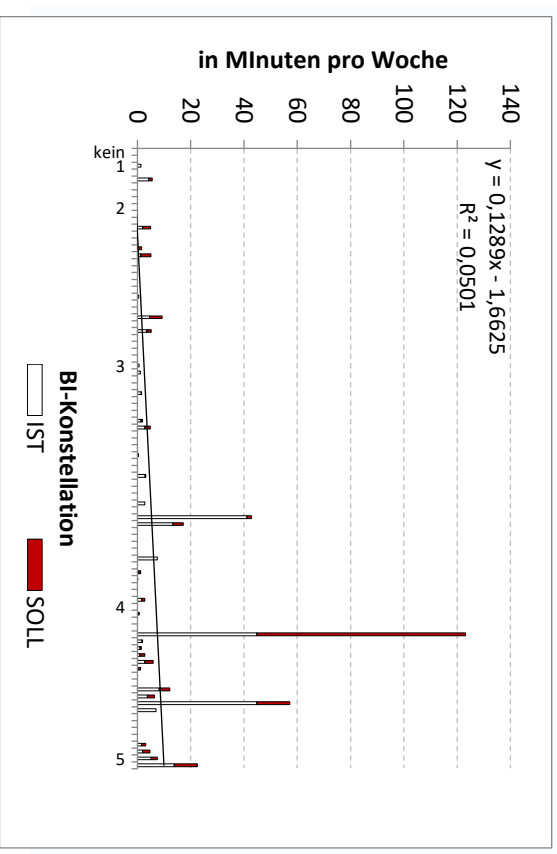
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



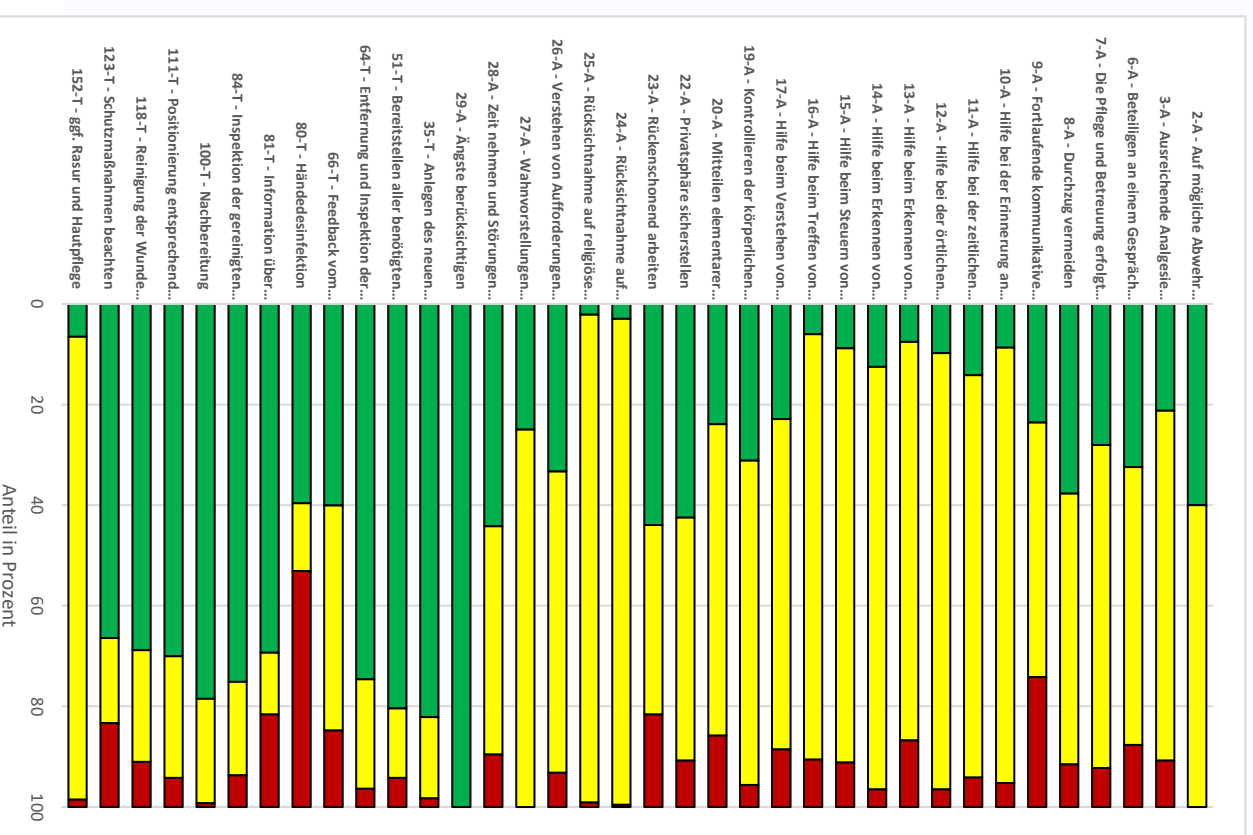
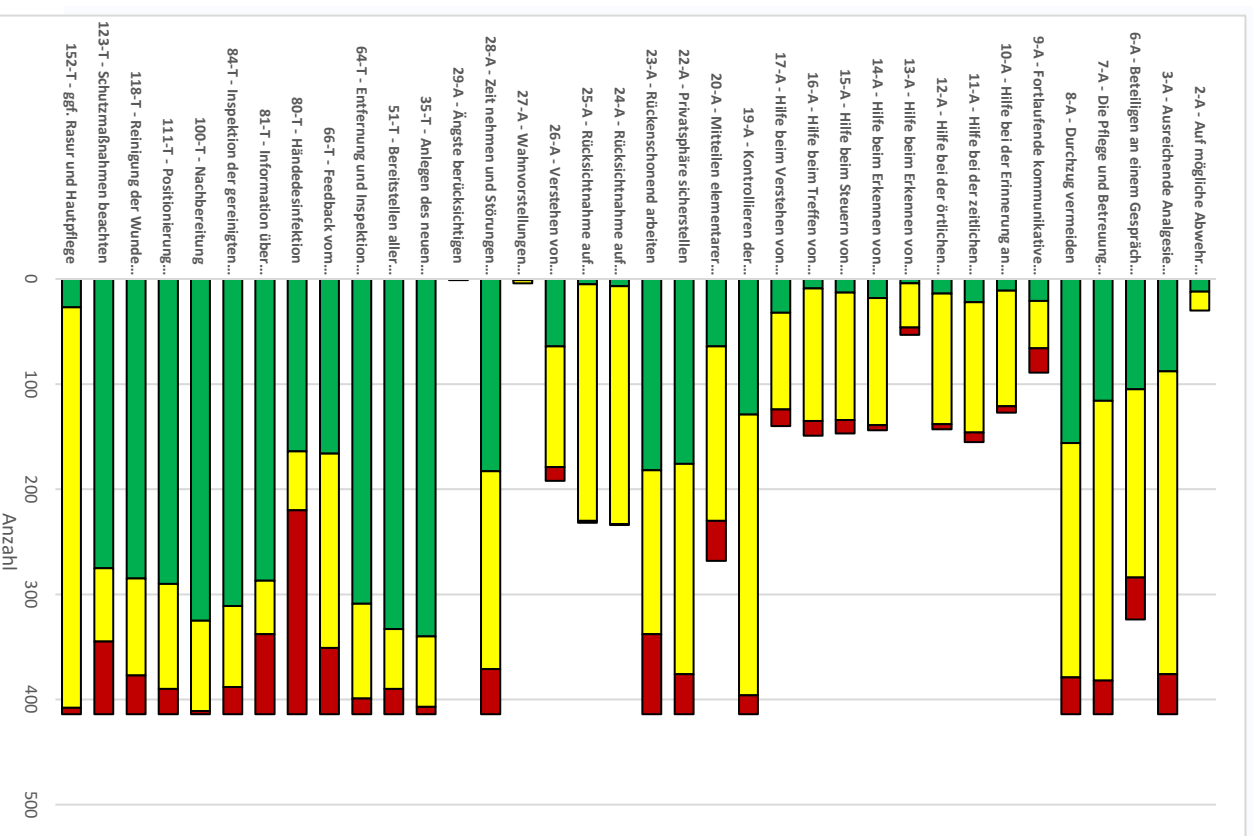
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



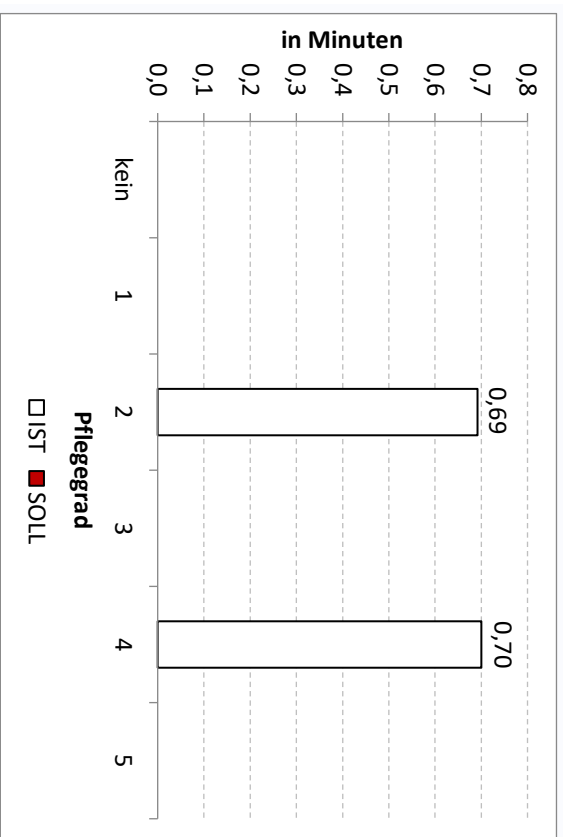
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitmenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



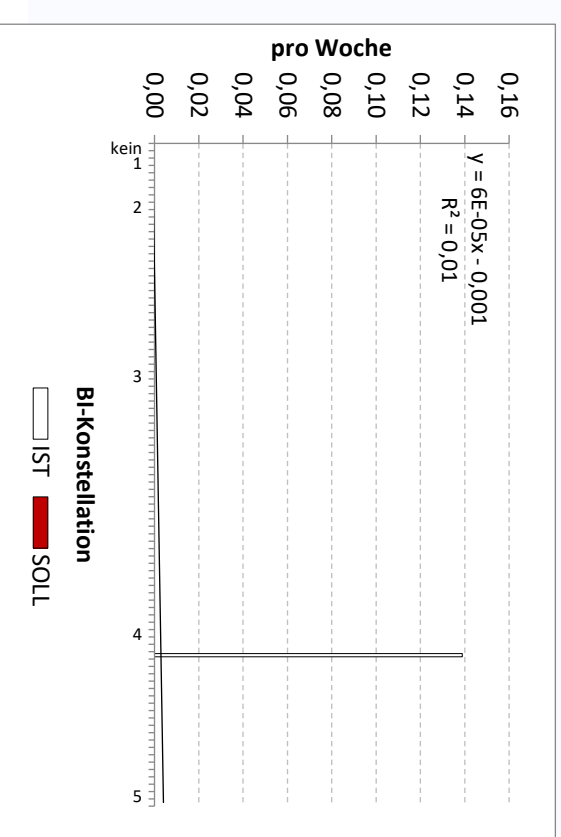
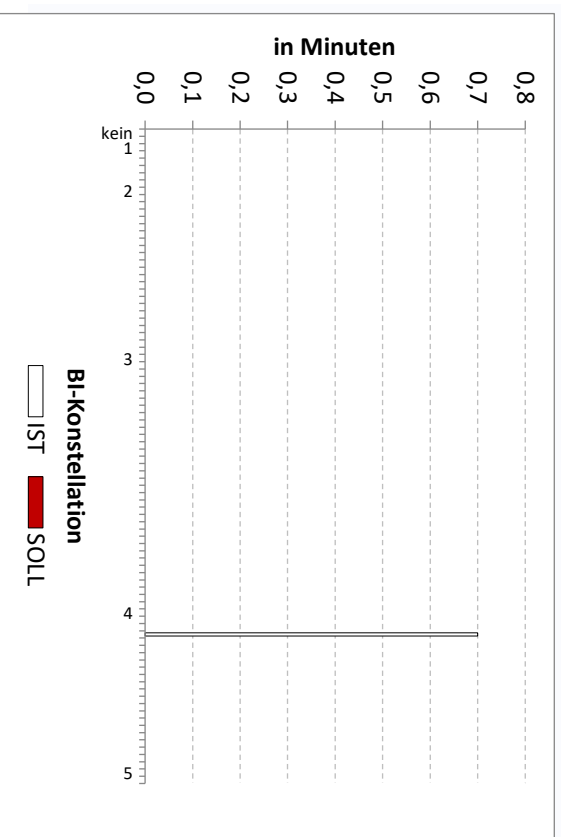
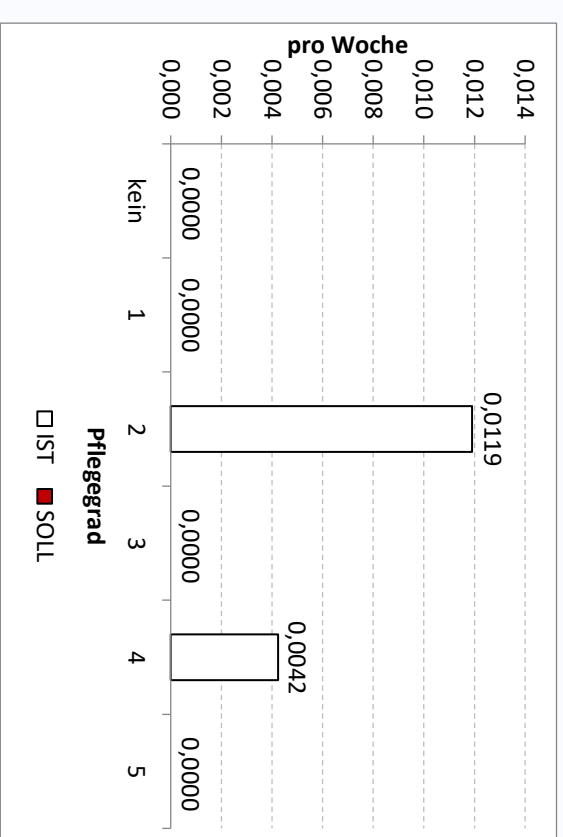
Absolute und relative Teilschrittbewertung



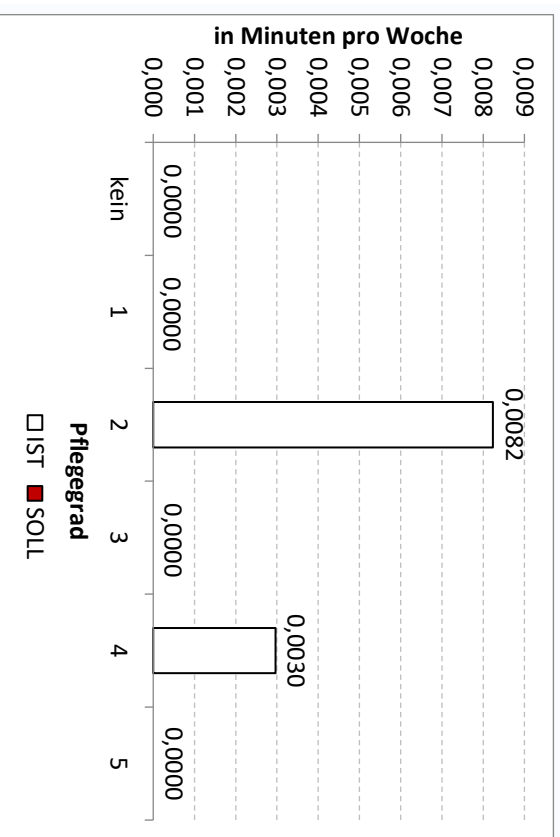
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



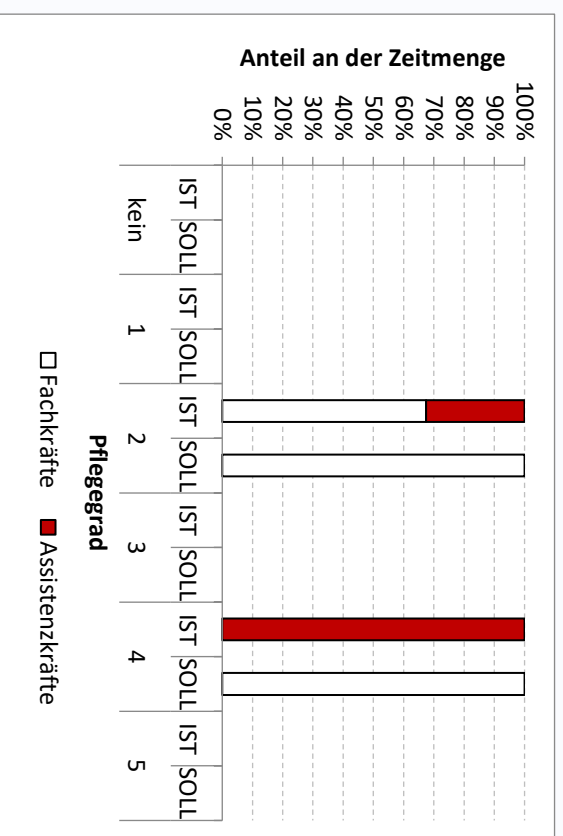
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



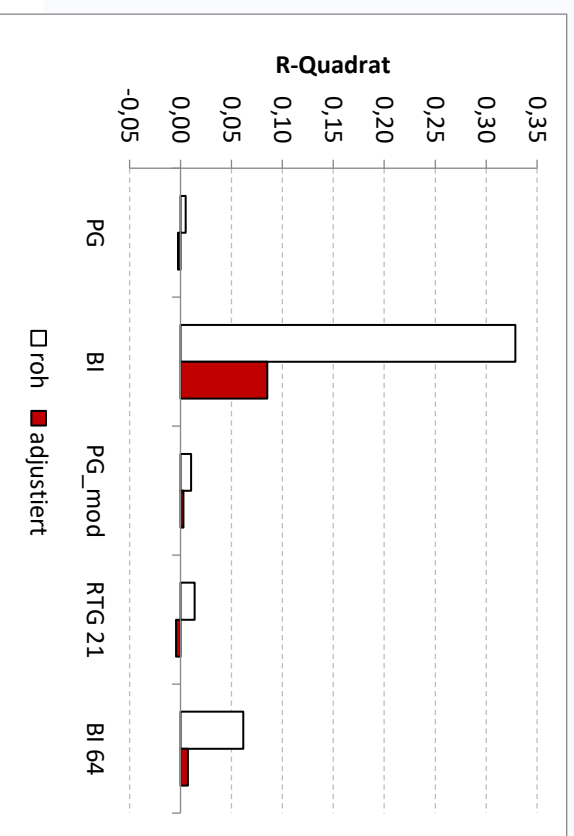
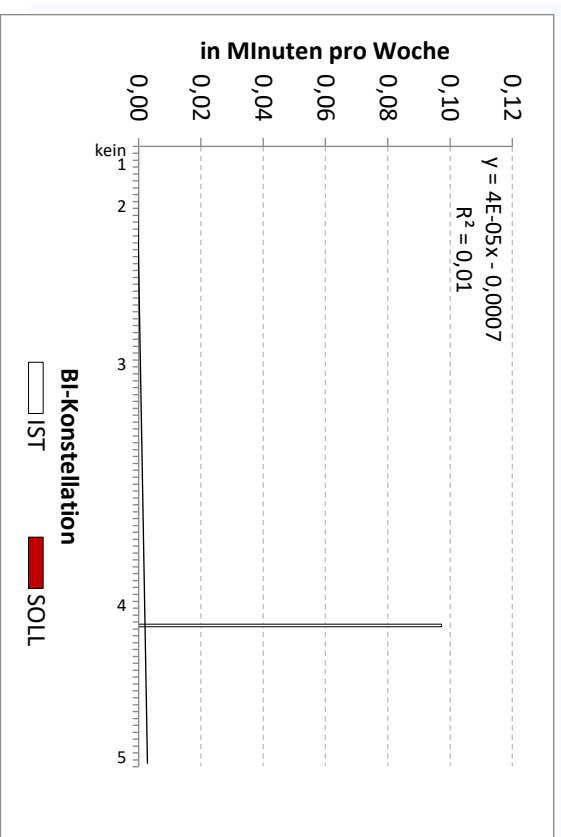
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



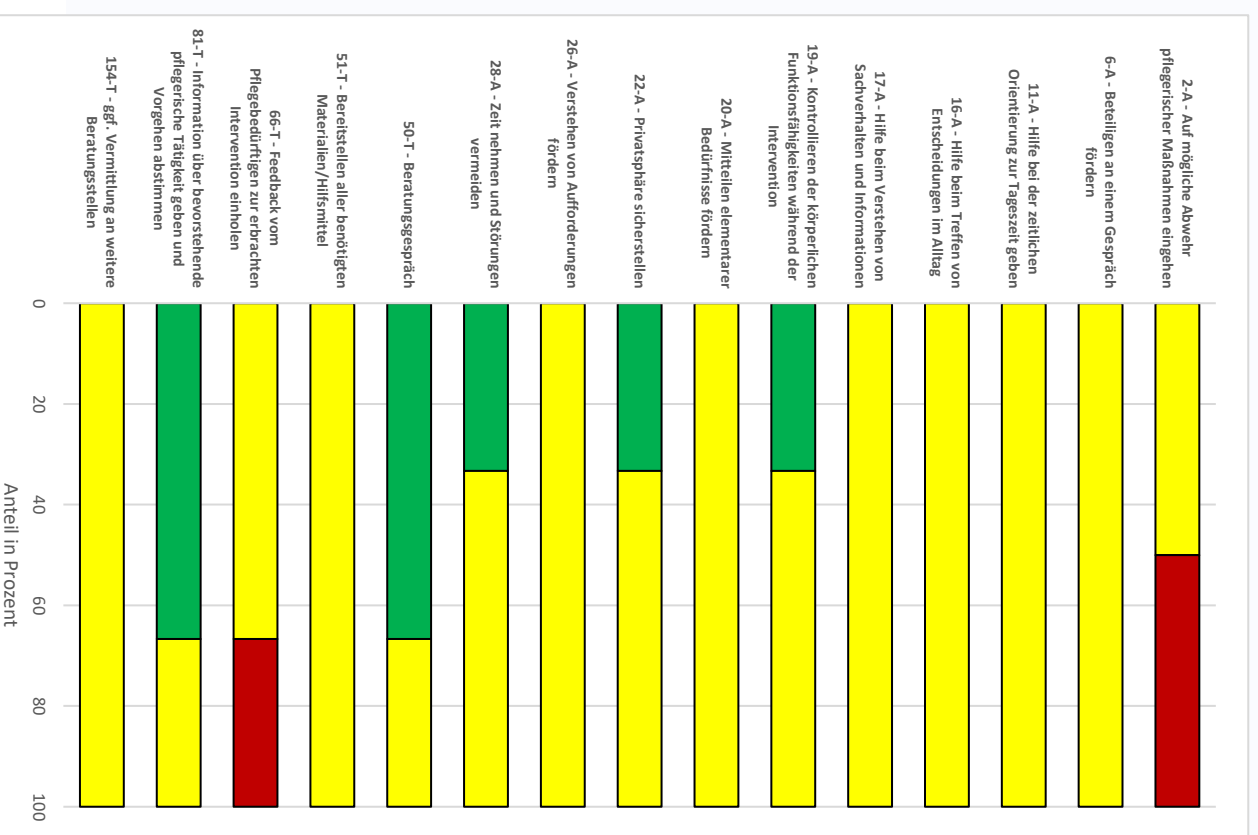
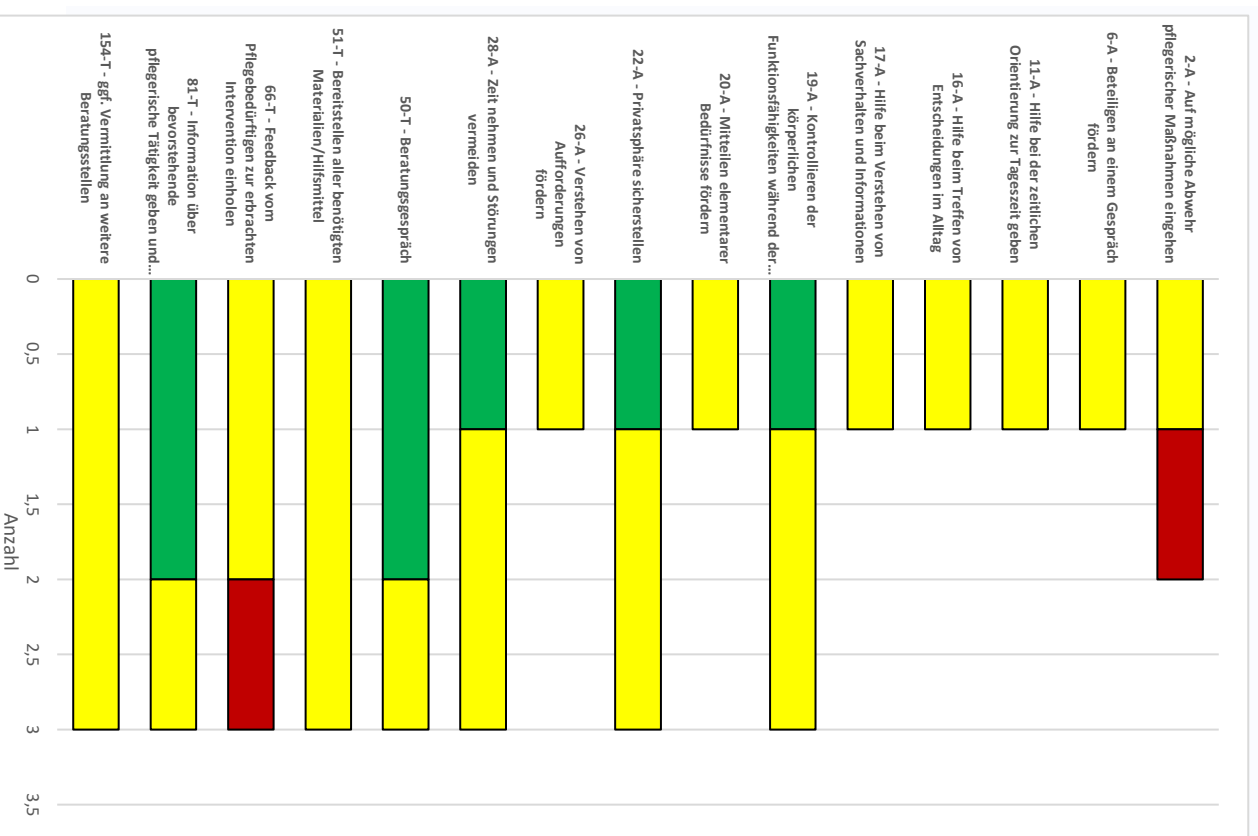
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



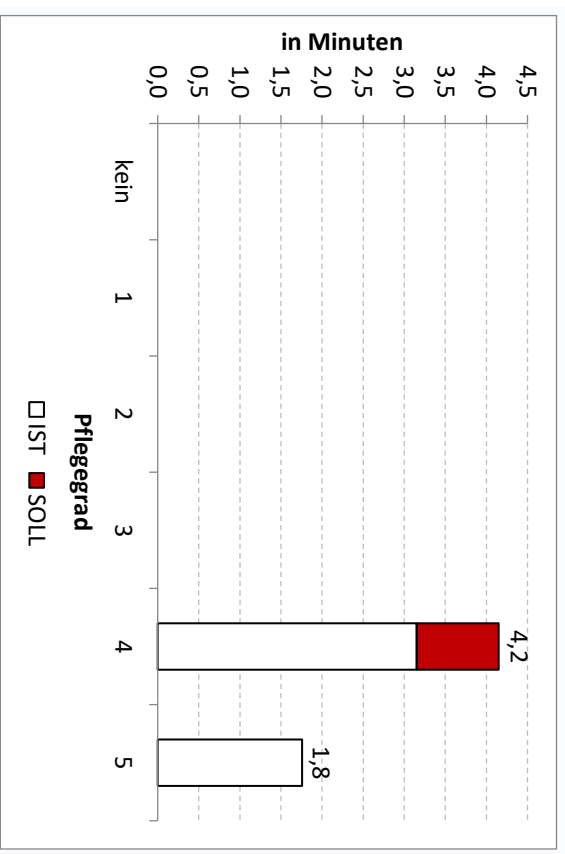
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitemenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



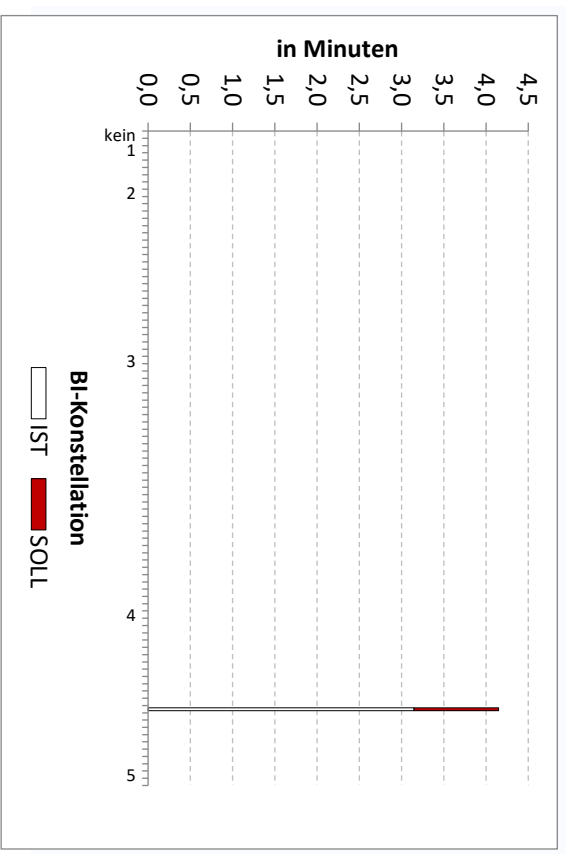
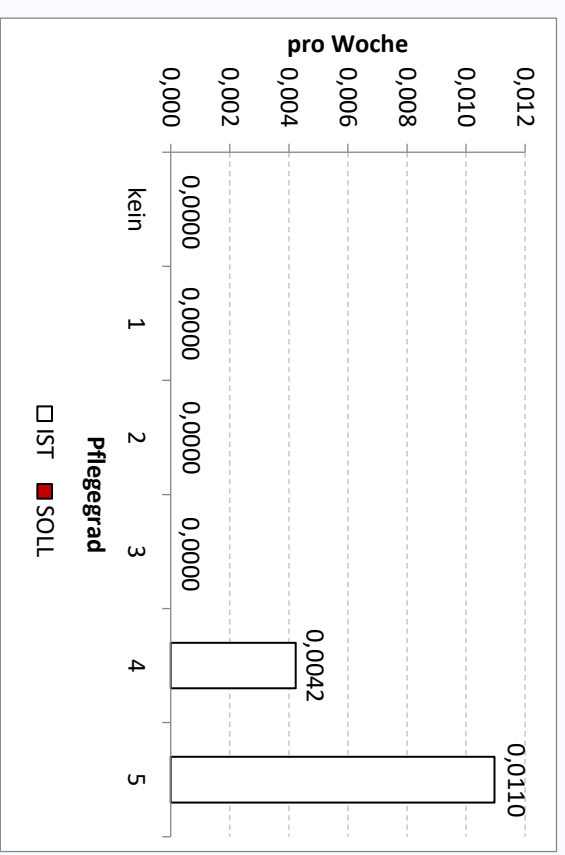
Absolute und relative Teilschrittbewertung



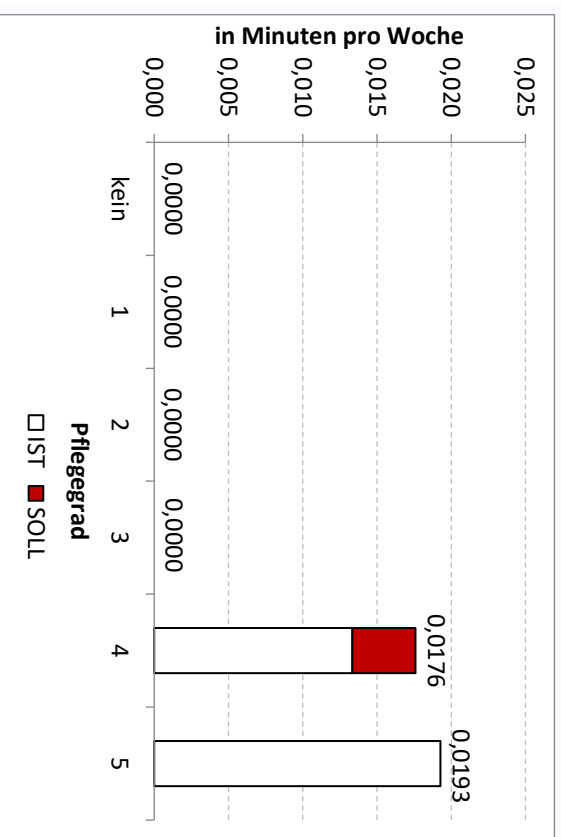
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



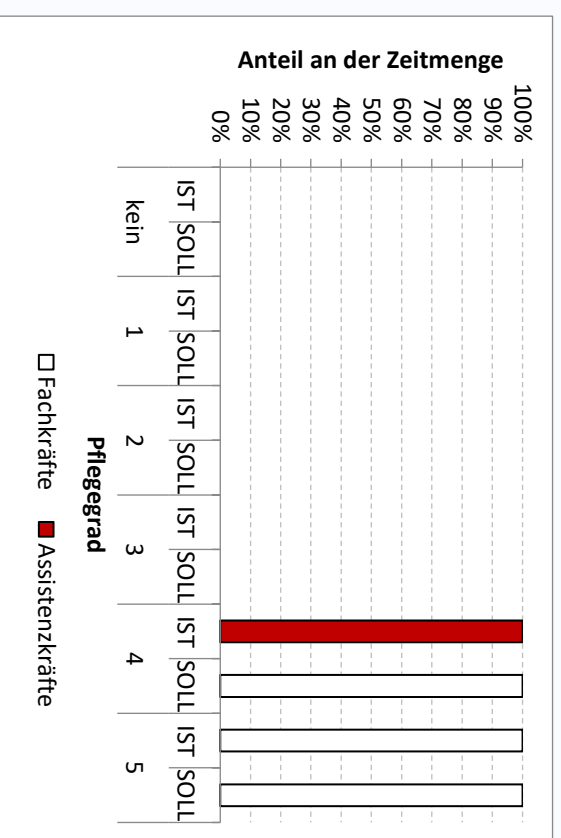
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



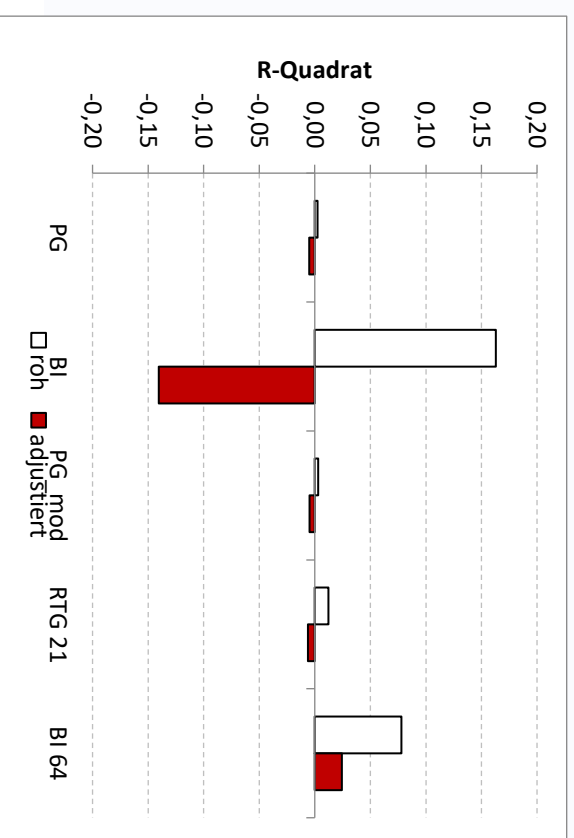
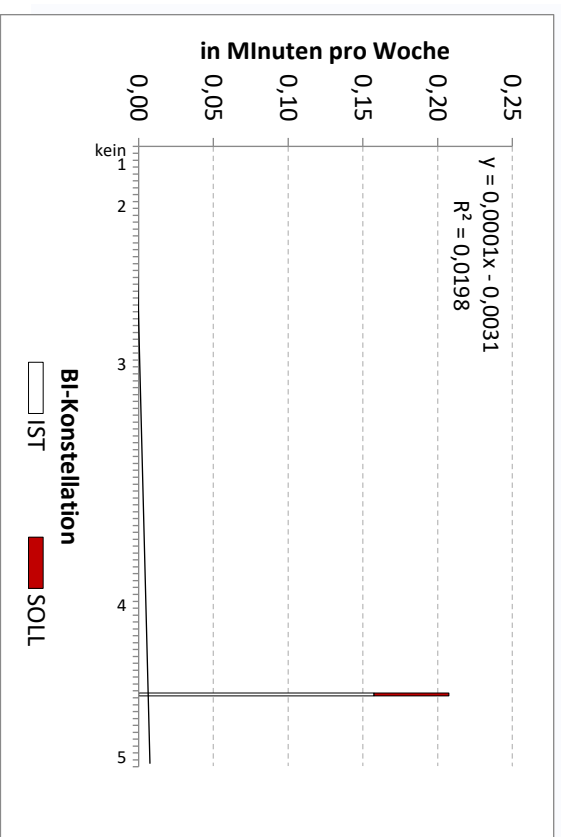
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



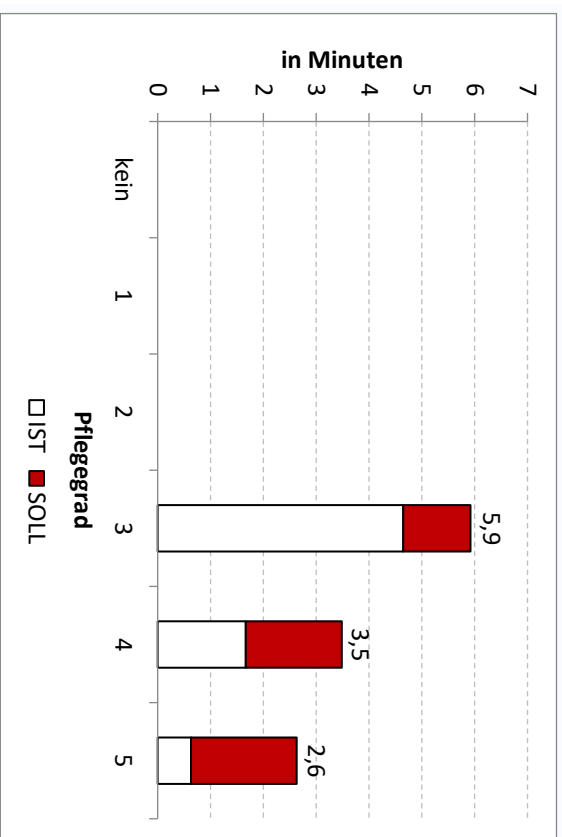
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



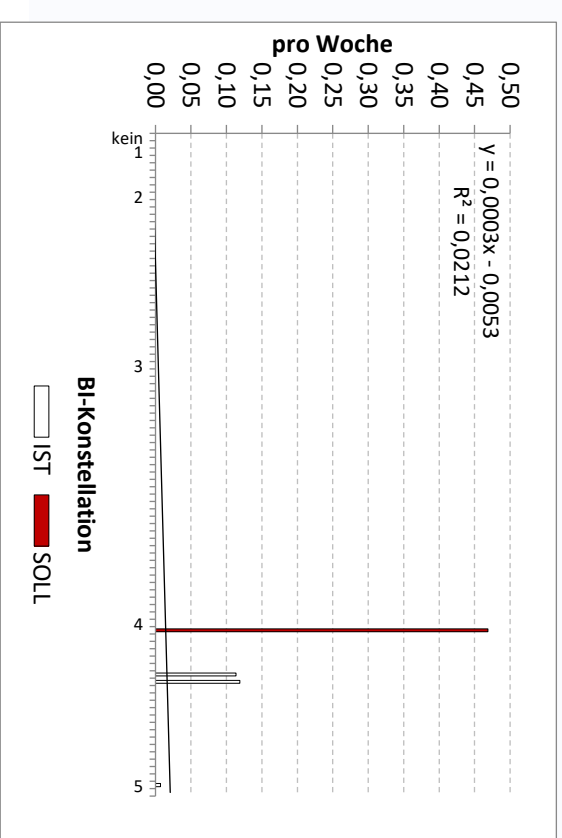
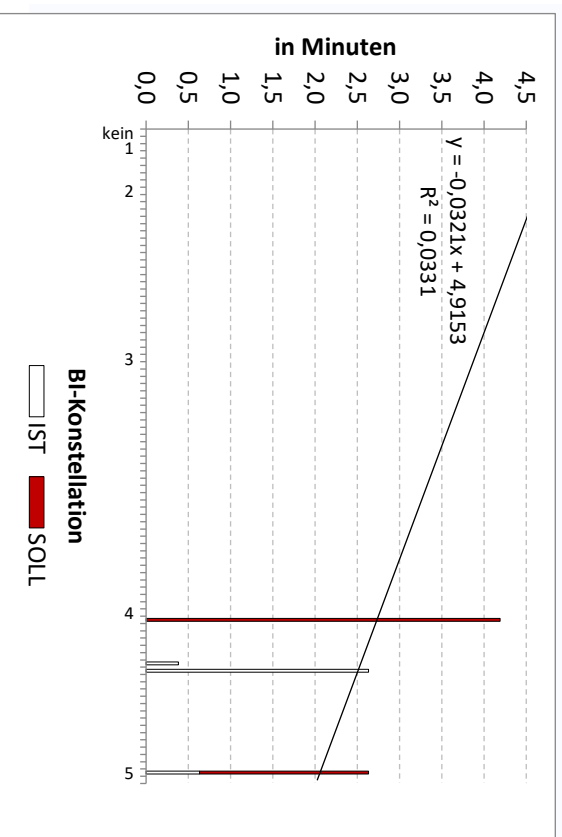
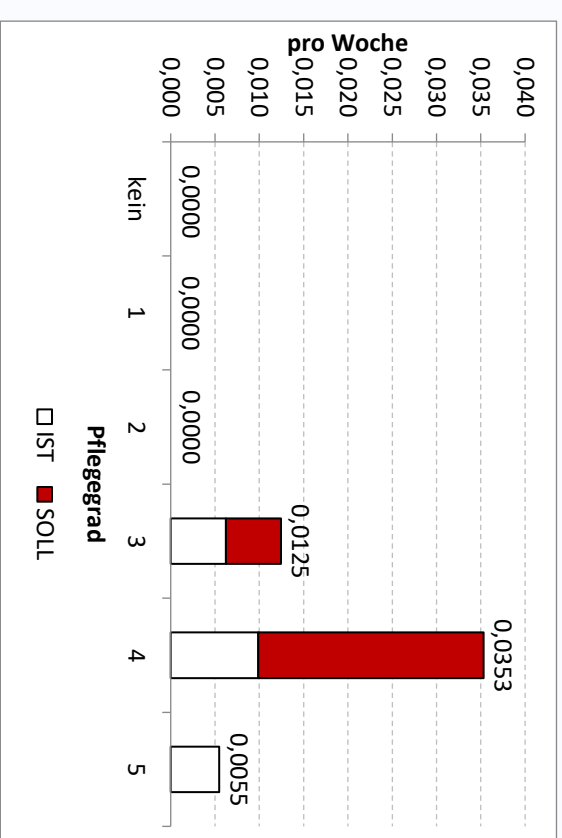
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitmenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



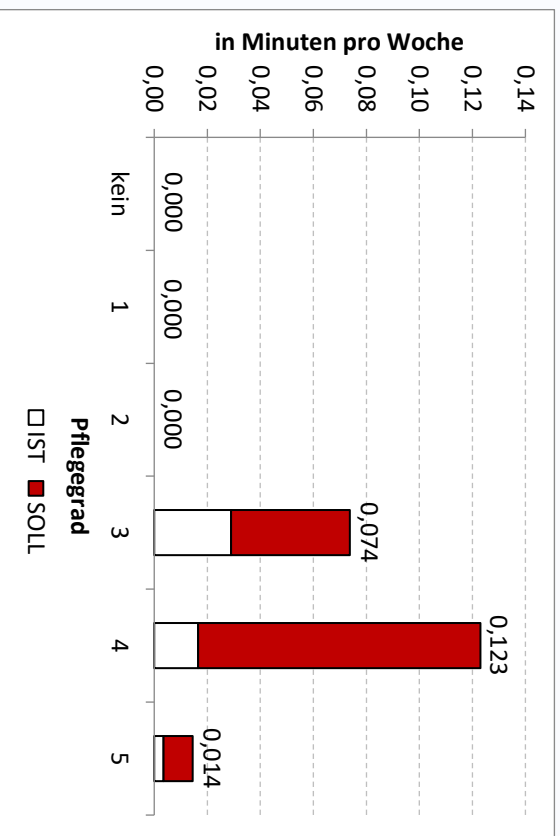
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



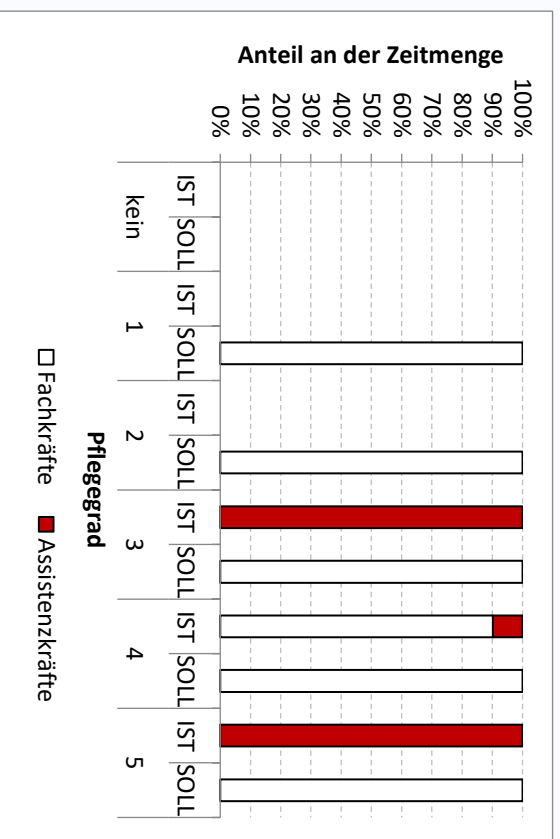
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



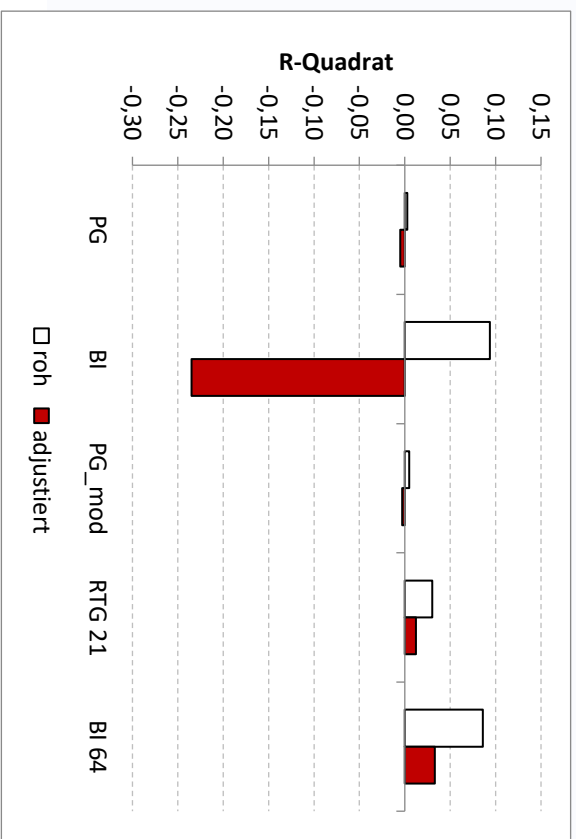
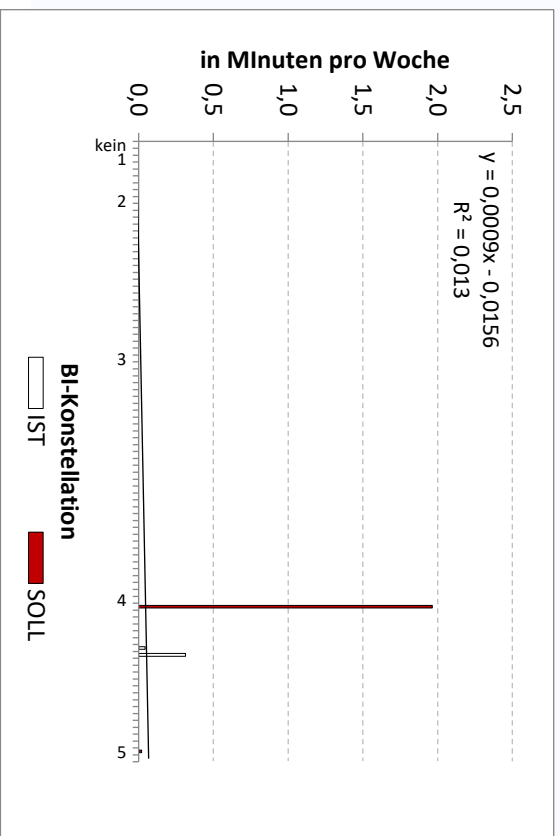
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



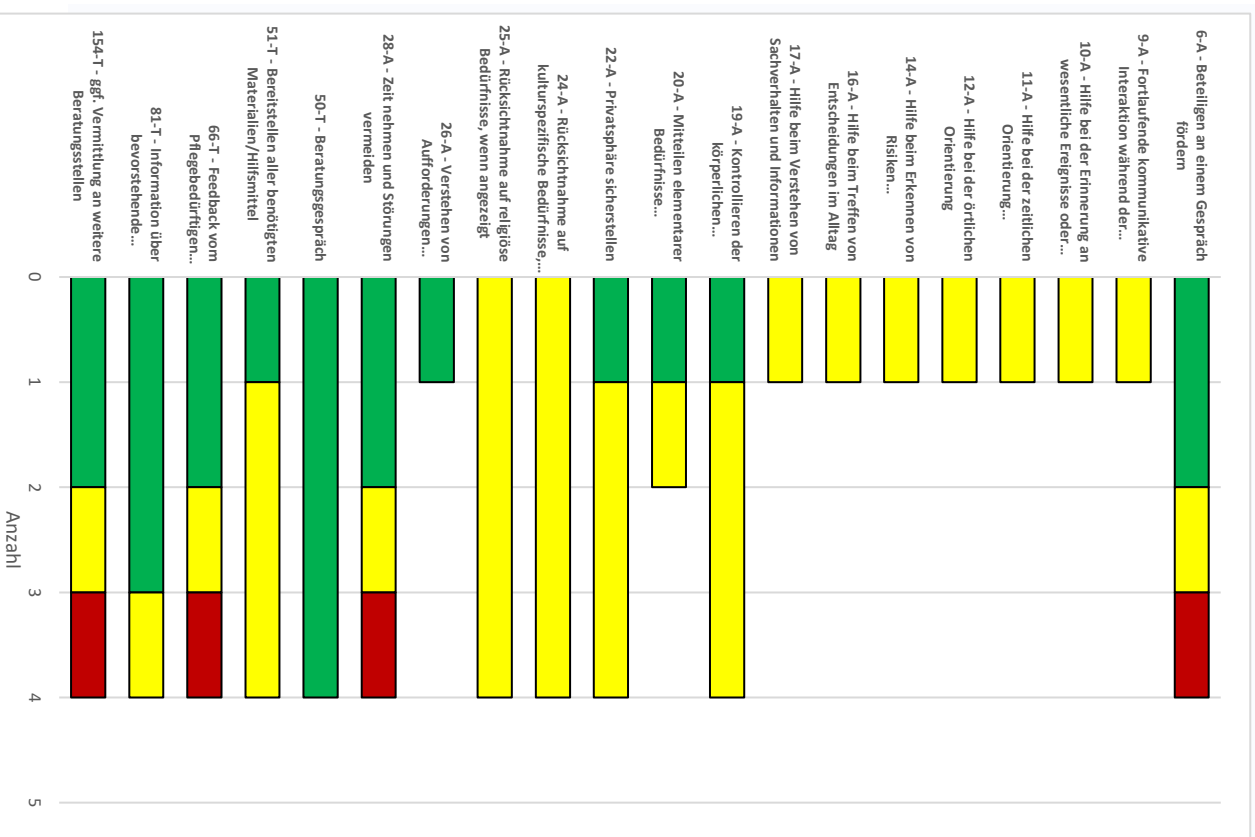
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



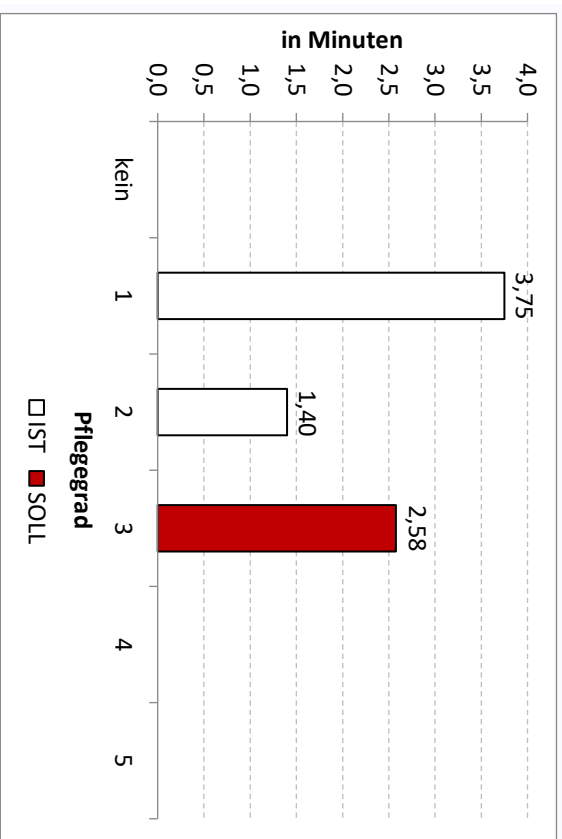
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitmenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



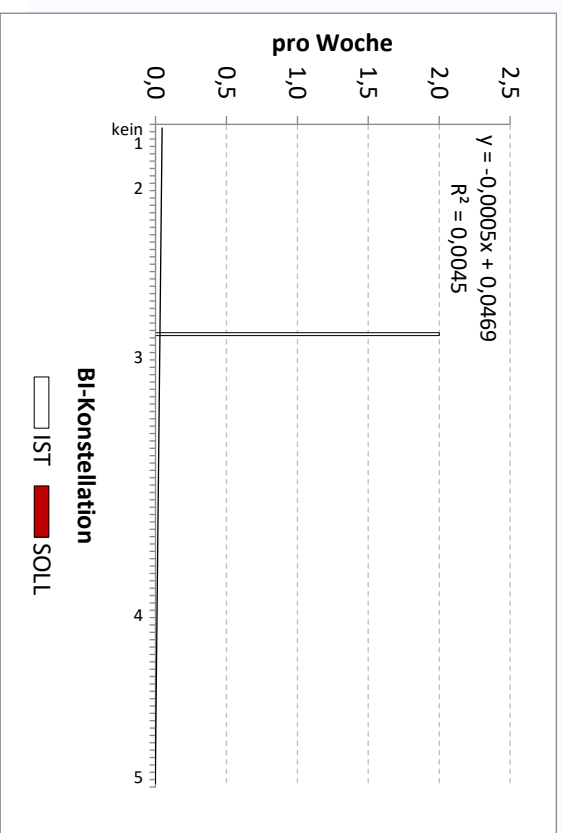
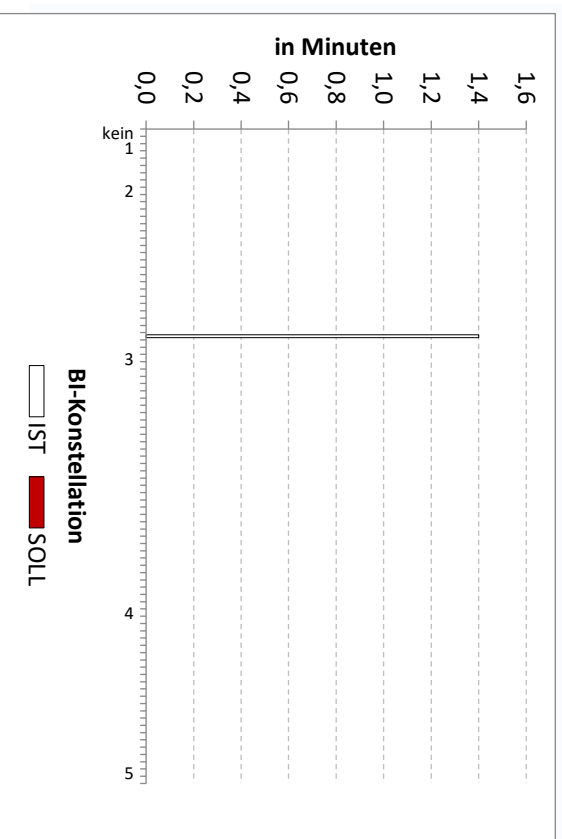
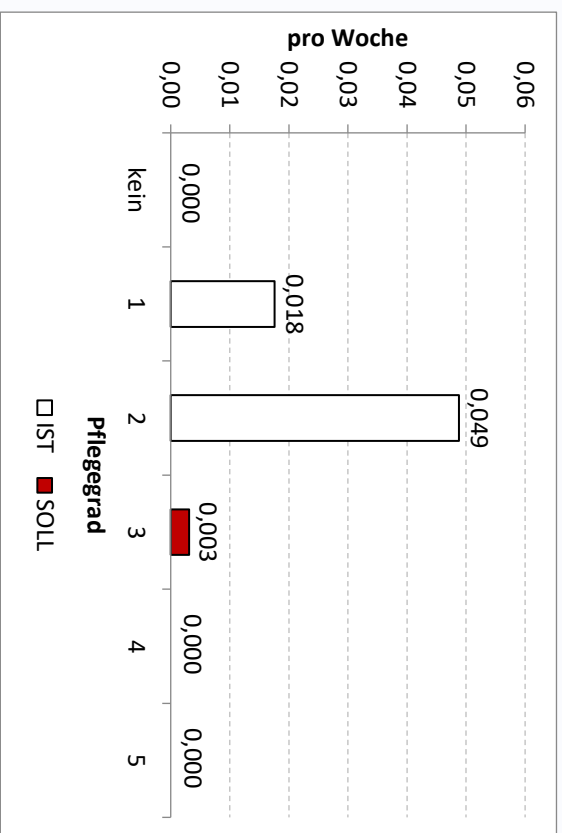
Absolute und relative Teilschrittbewertung



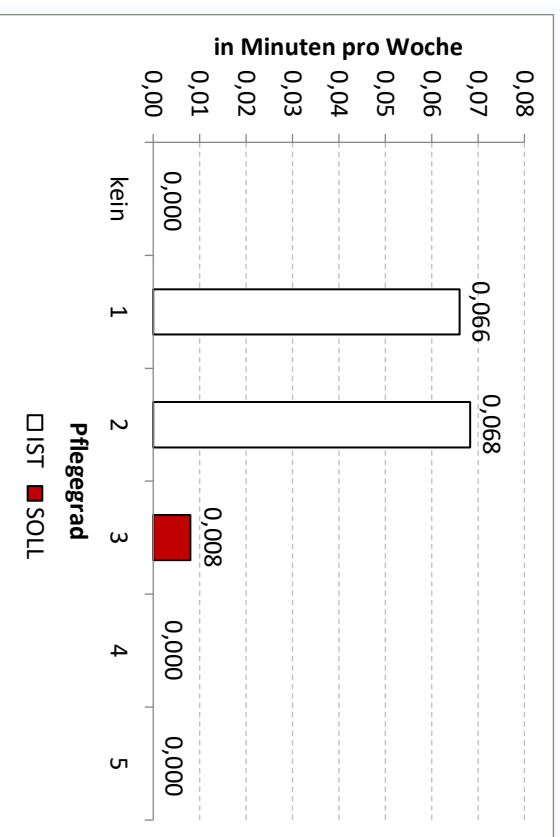
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



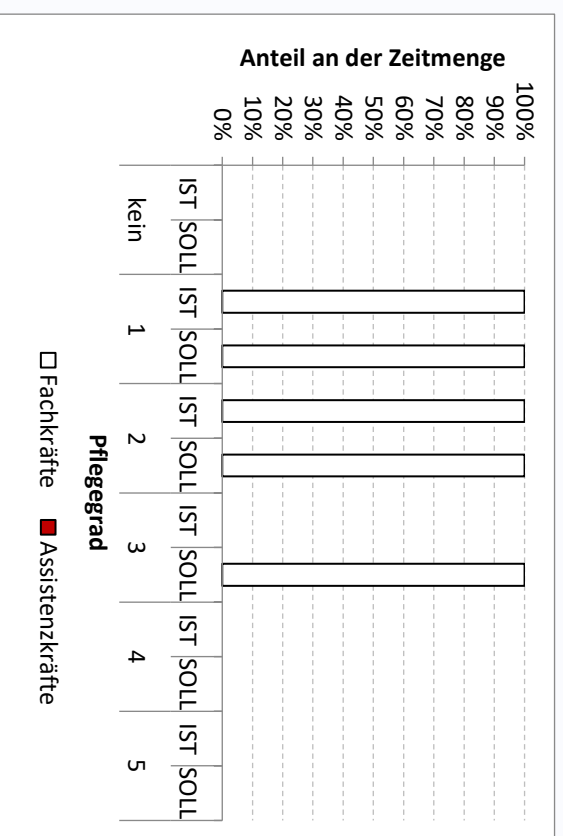
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



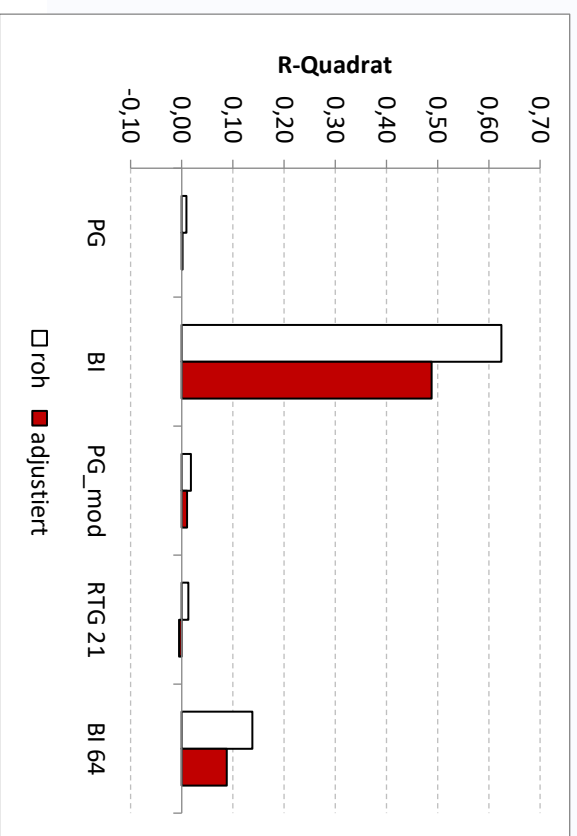
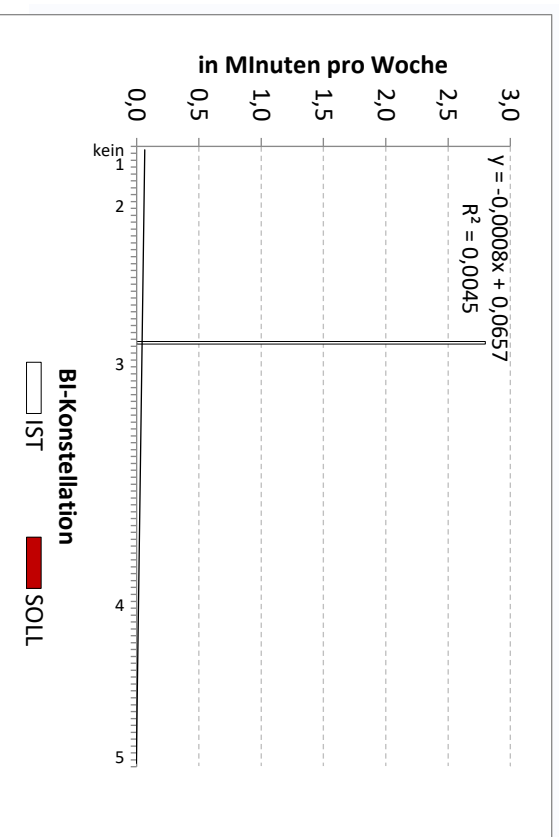
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



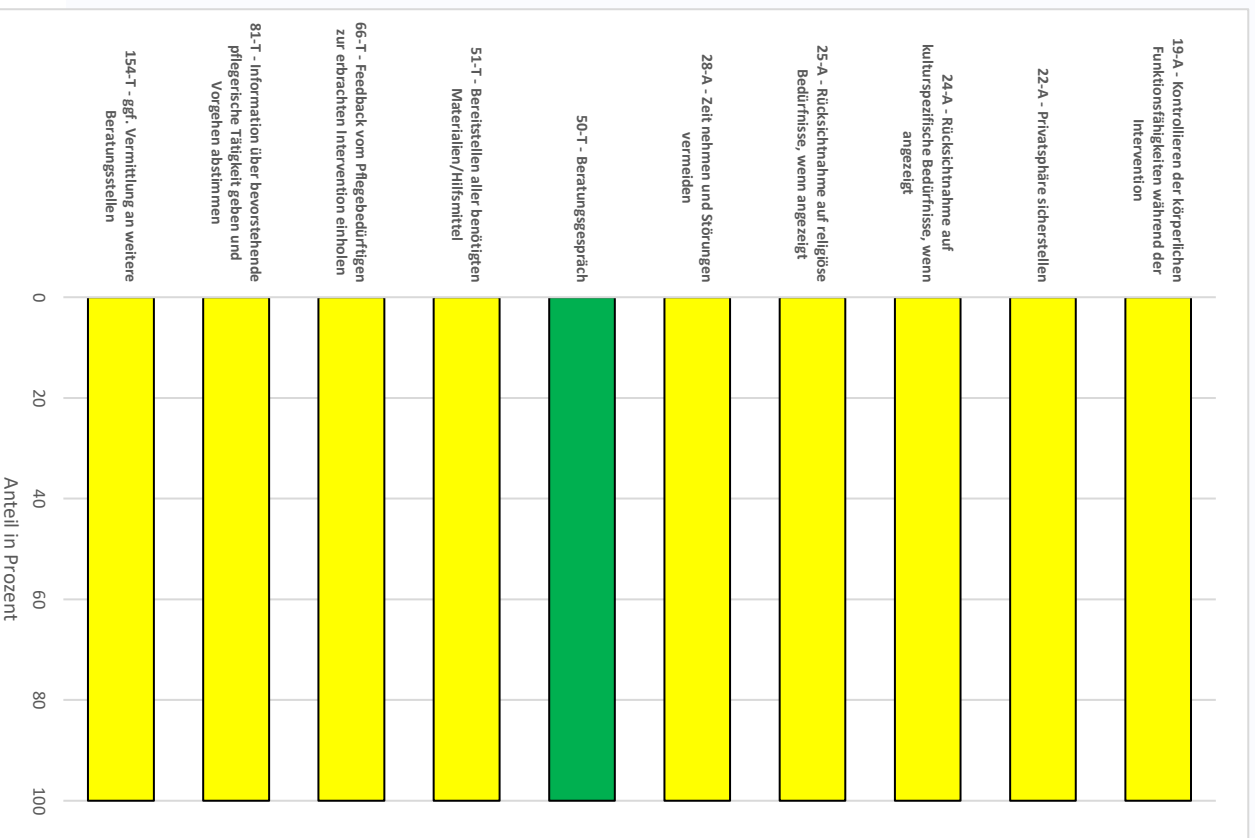
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



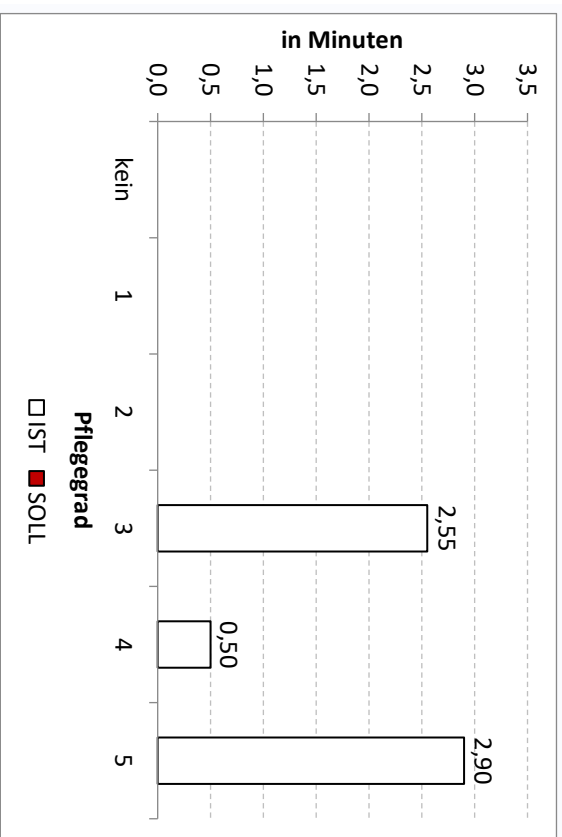
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitmenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



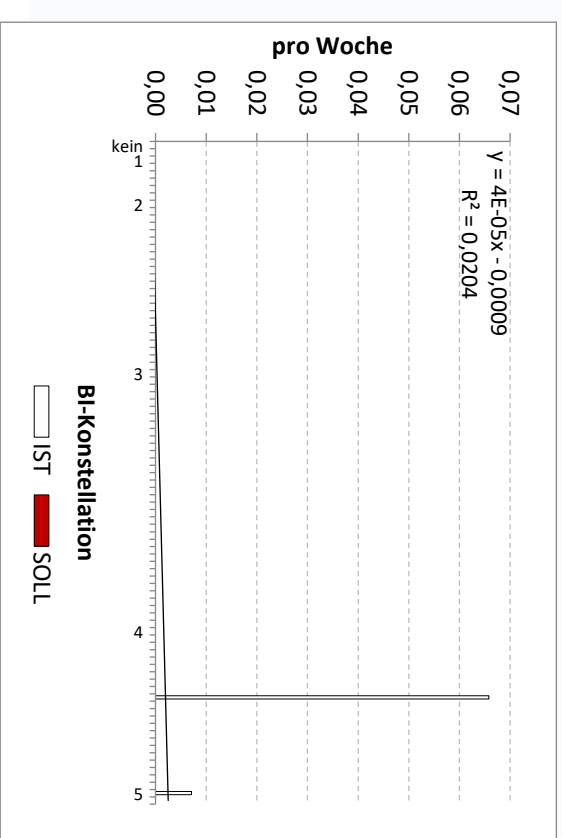
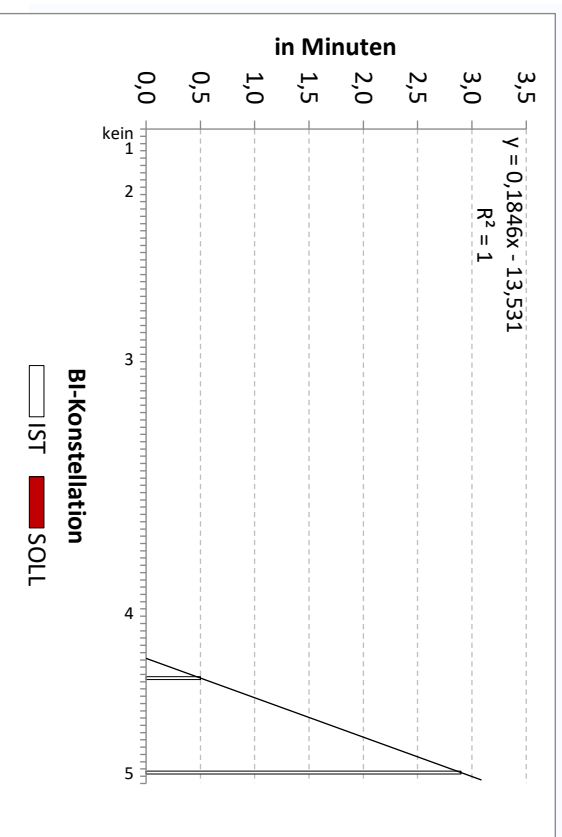
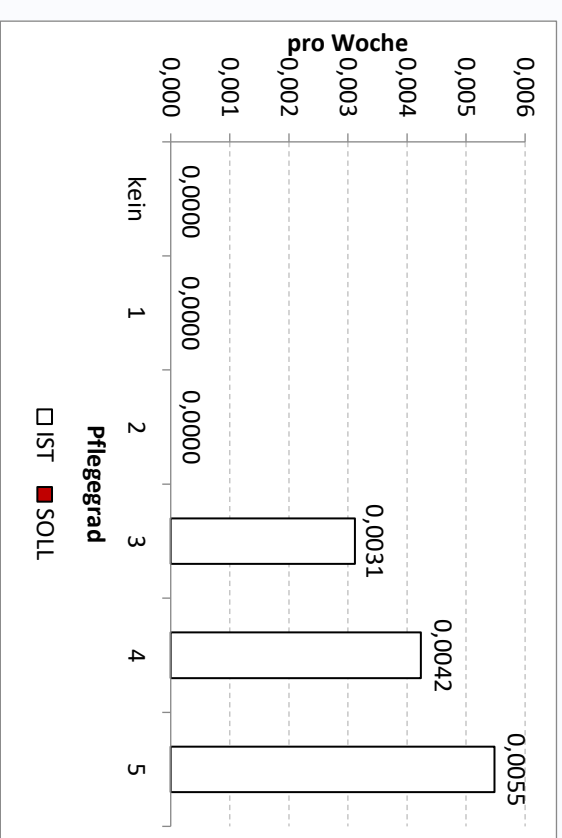
Absolute und relative Teilschrittbewertung



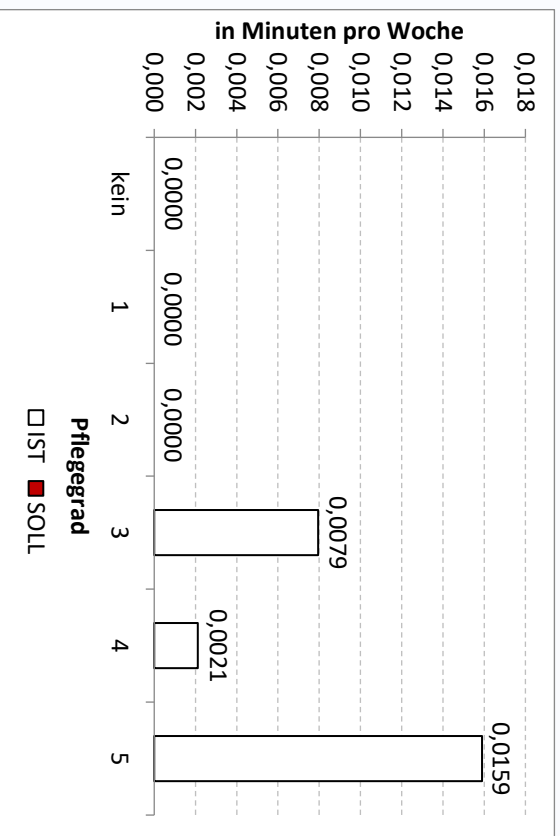
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



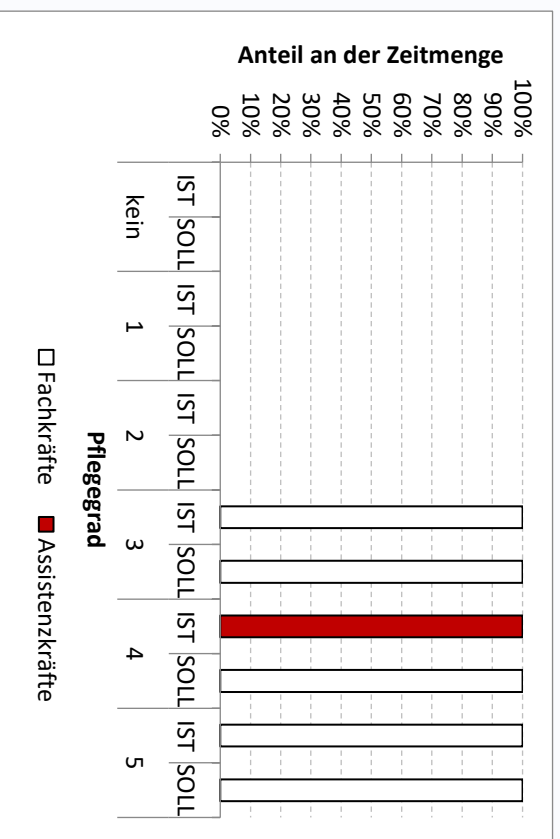
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



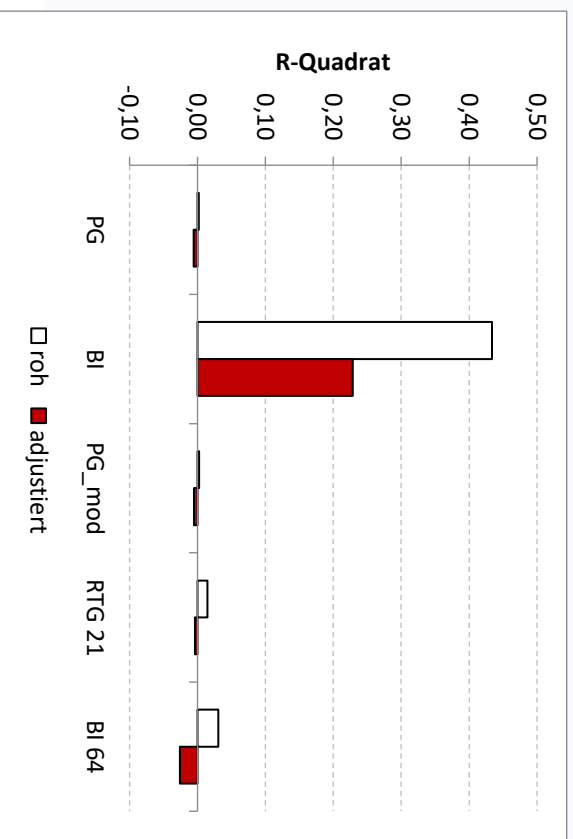
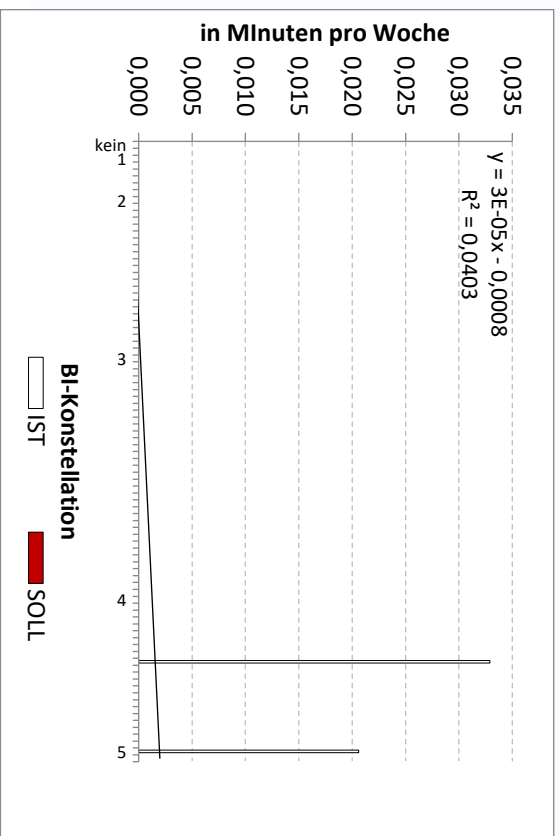
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



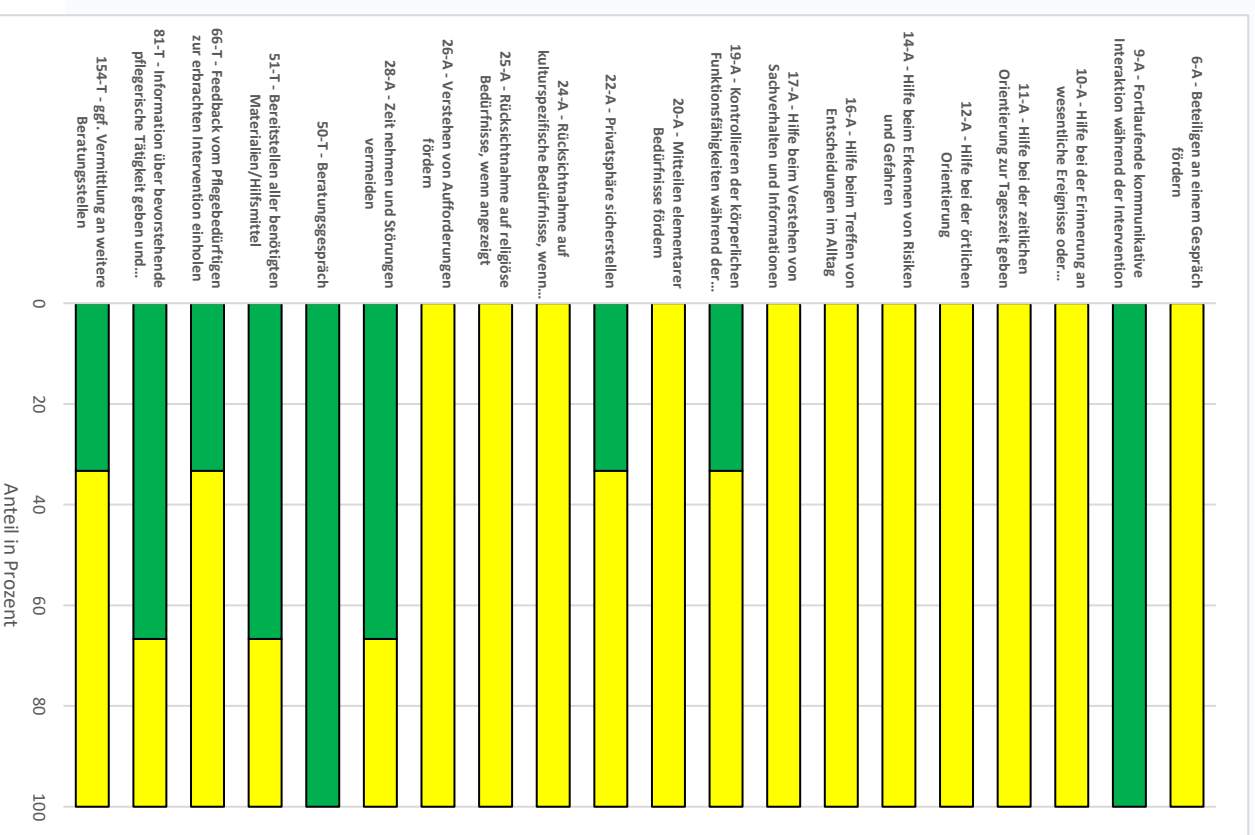
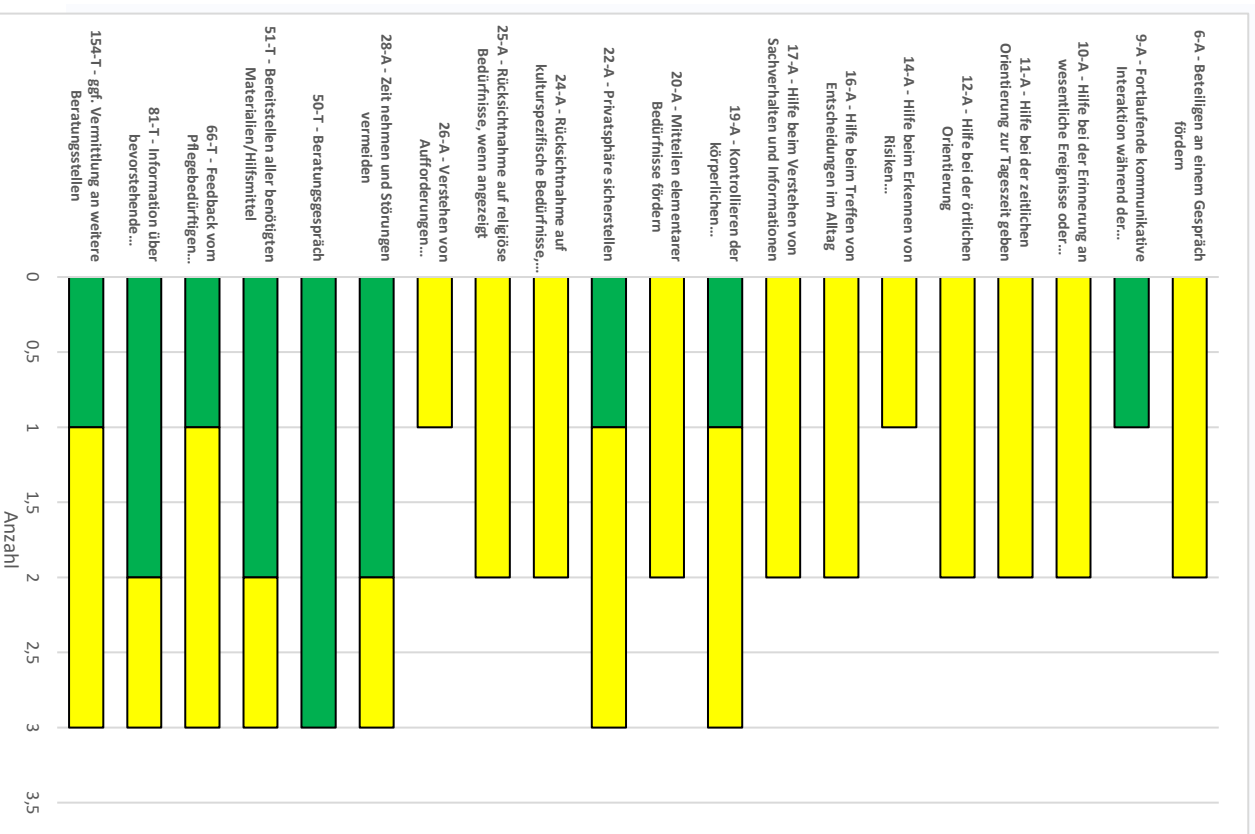
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



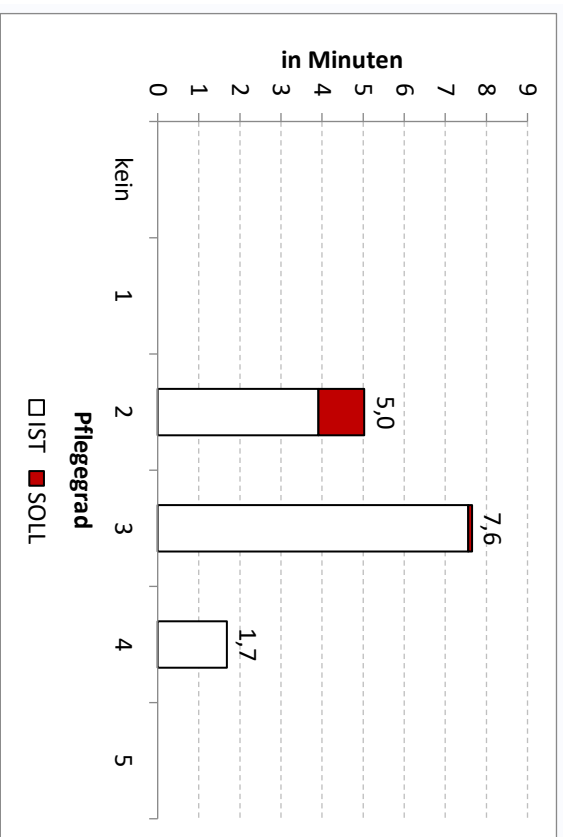
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitmenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



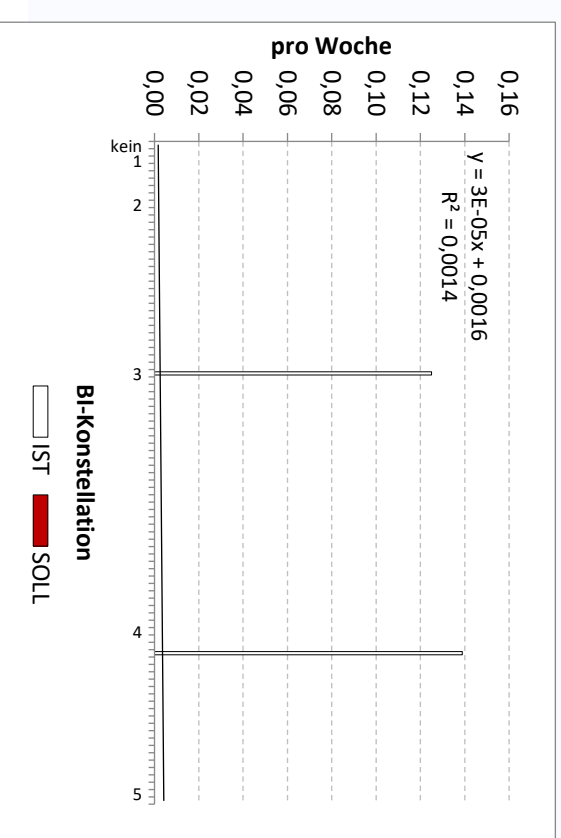
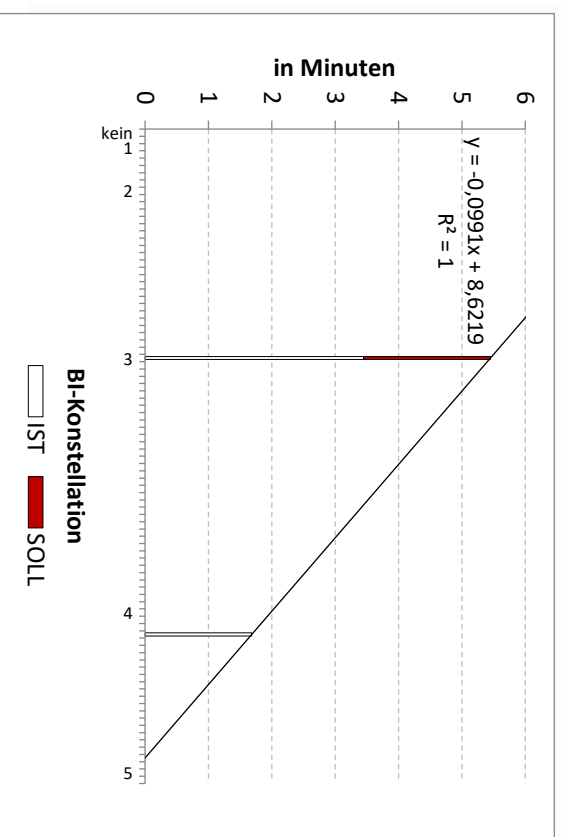
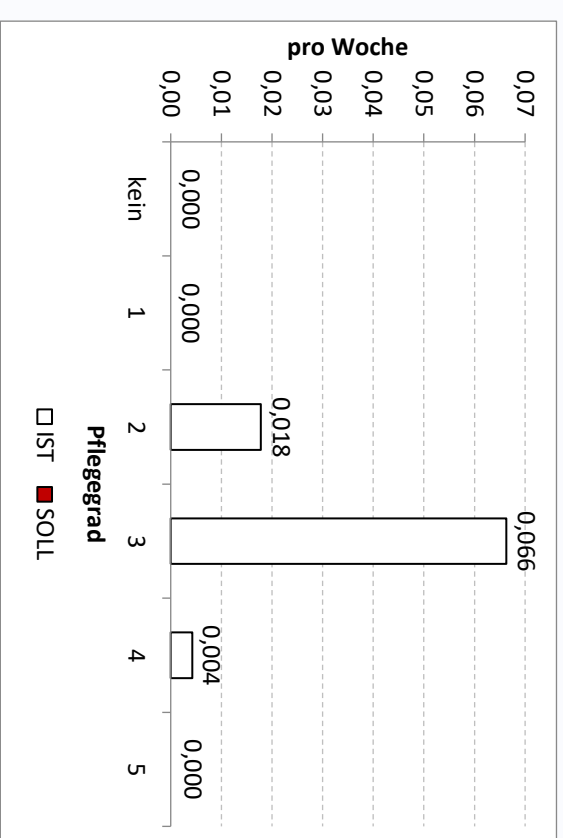
Absolute und relative Teilschrittbewertung



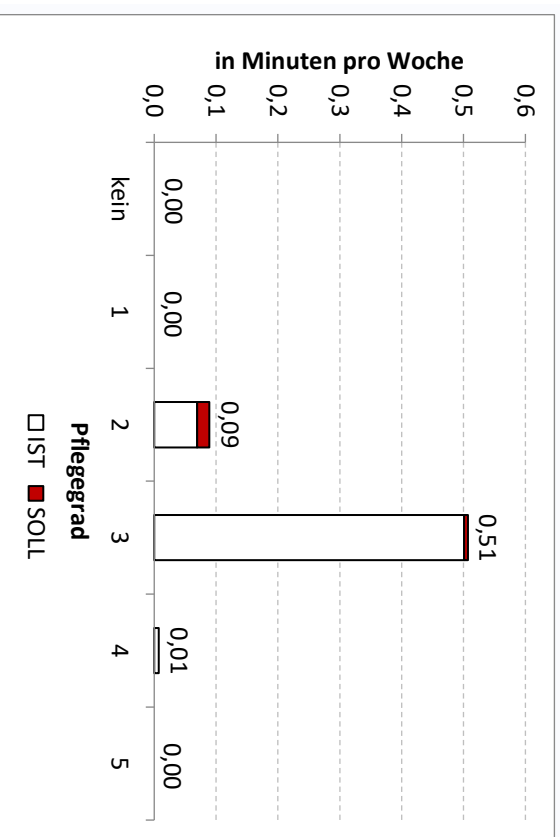
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



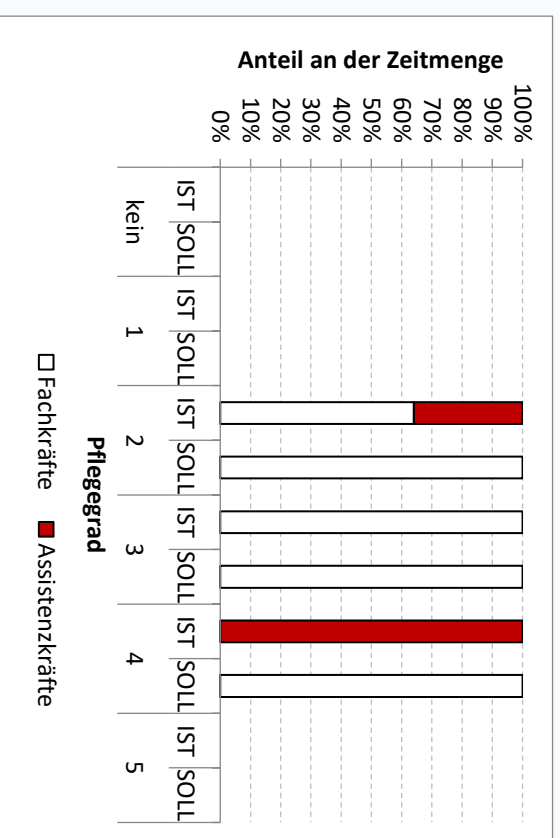
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



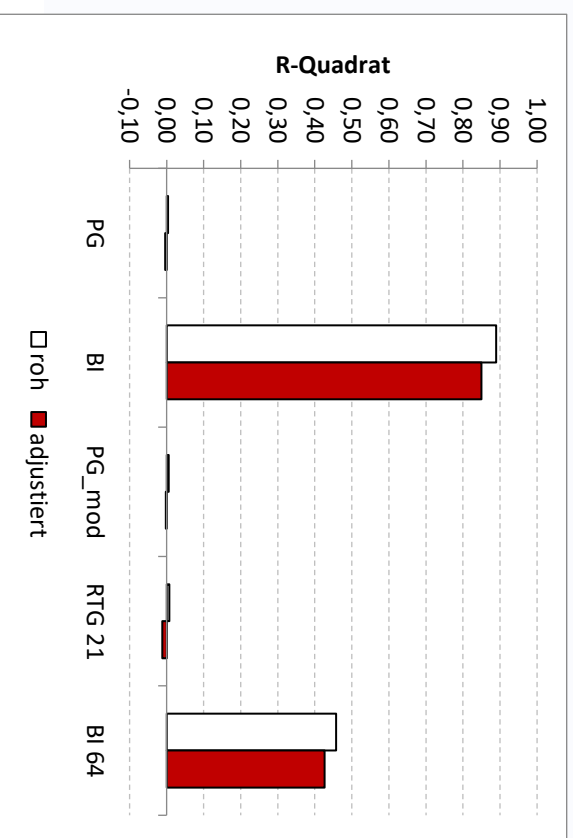
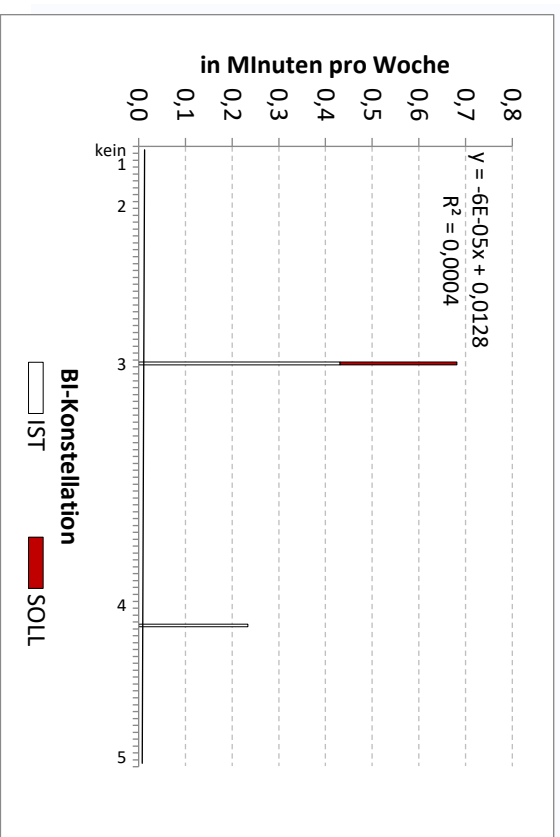
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



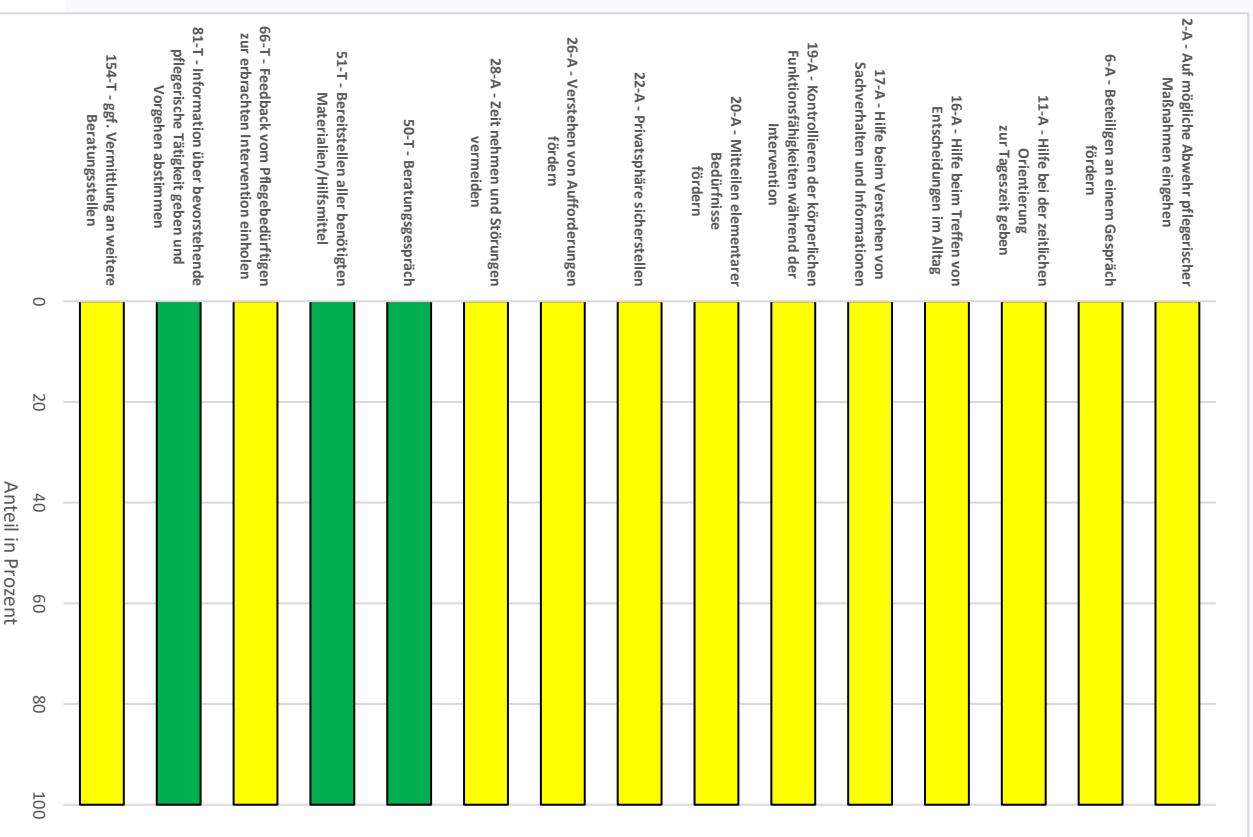
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



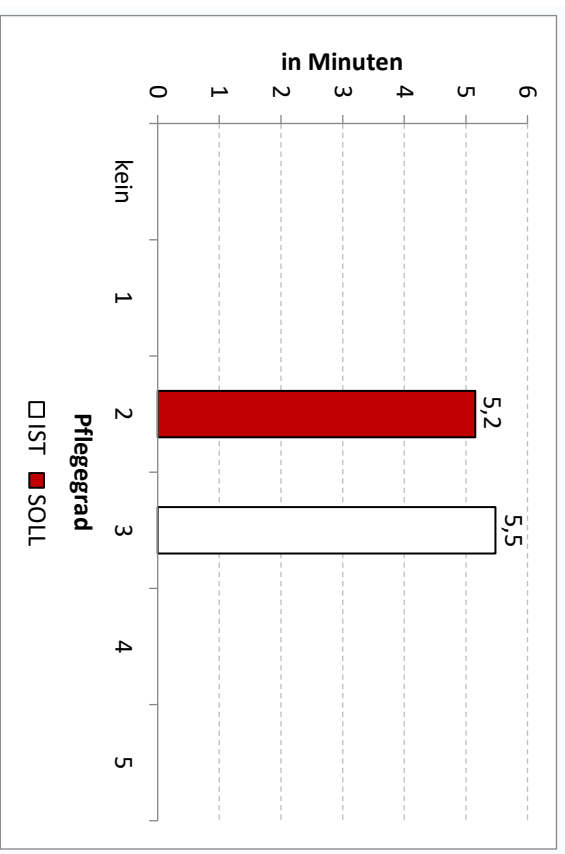
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitmenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



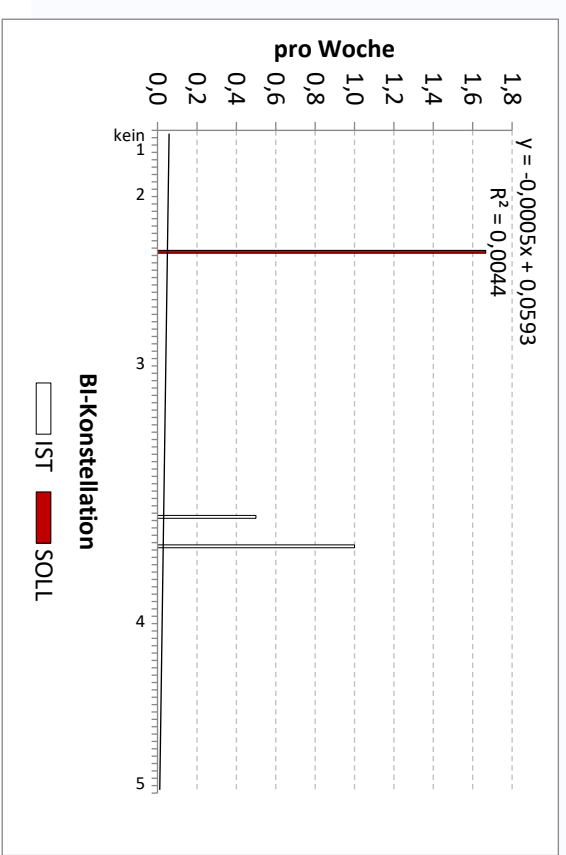
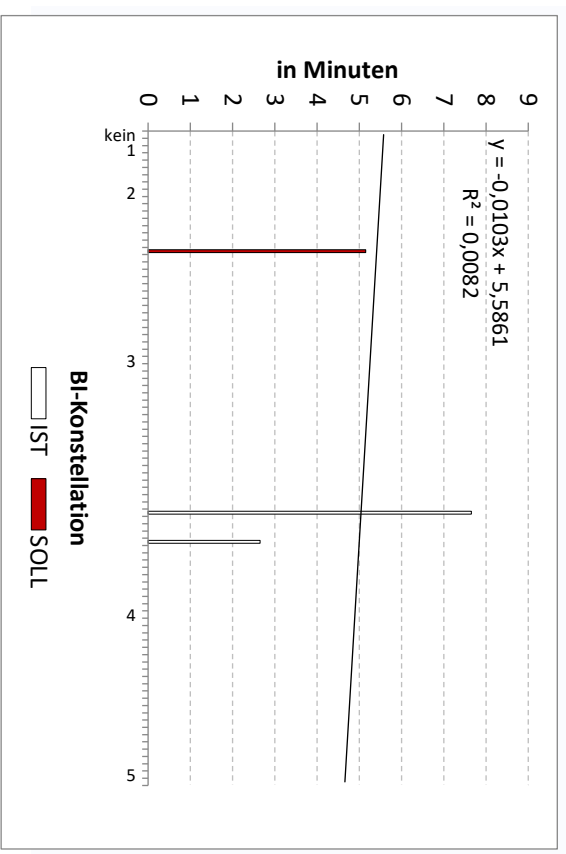
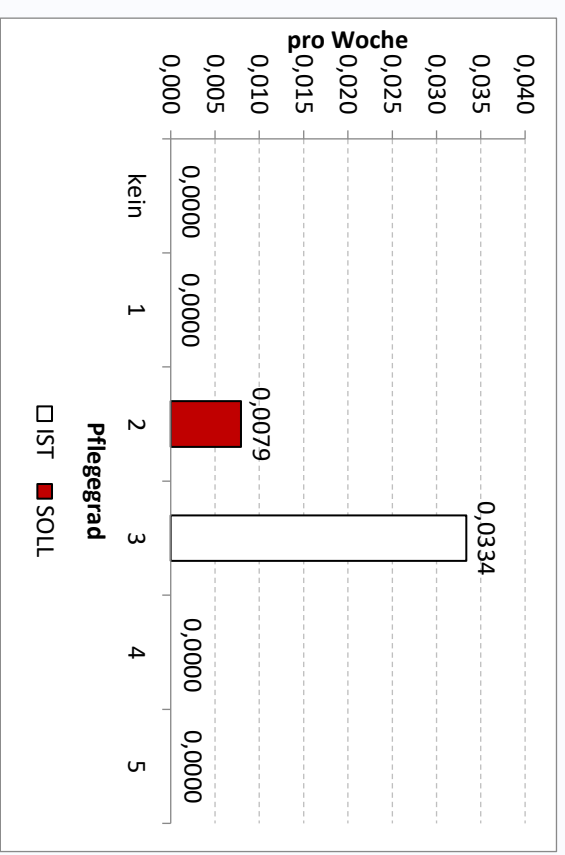
Absolute und relative Teilschrittbewertung



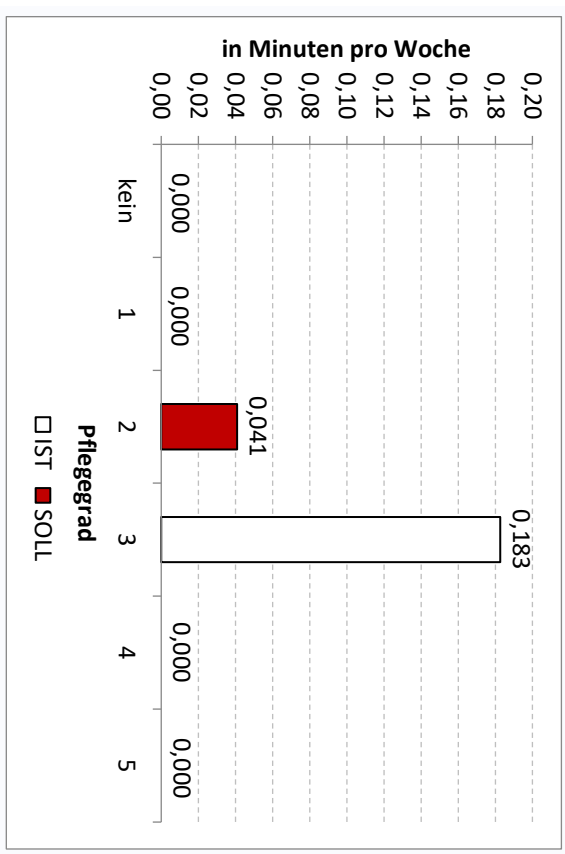
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



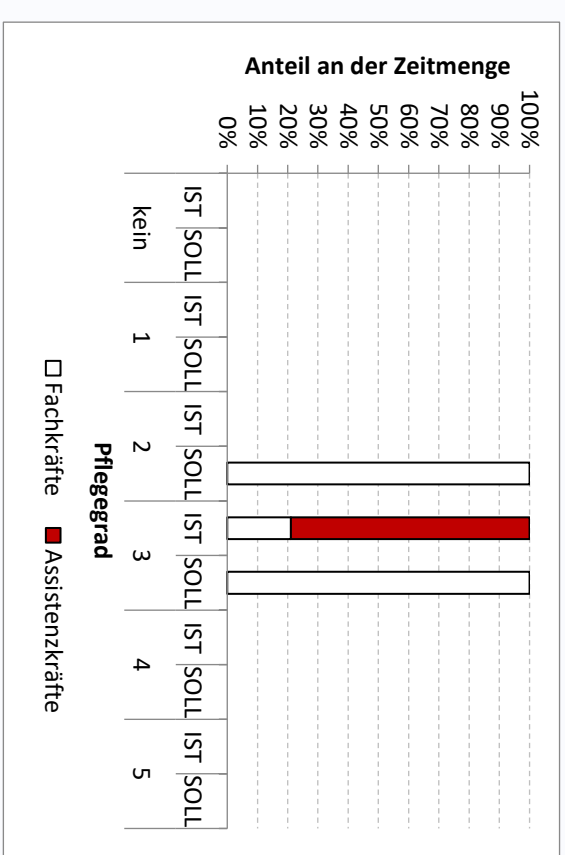
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



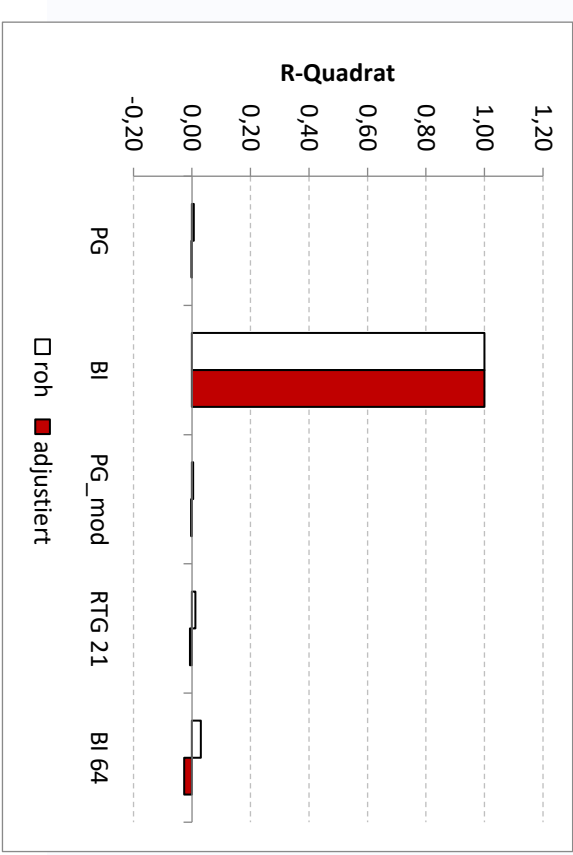
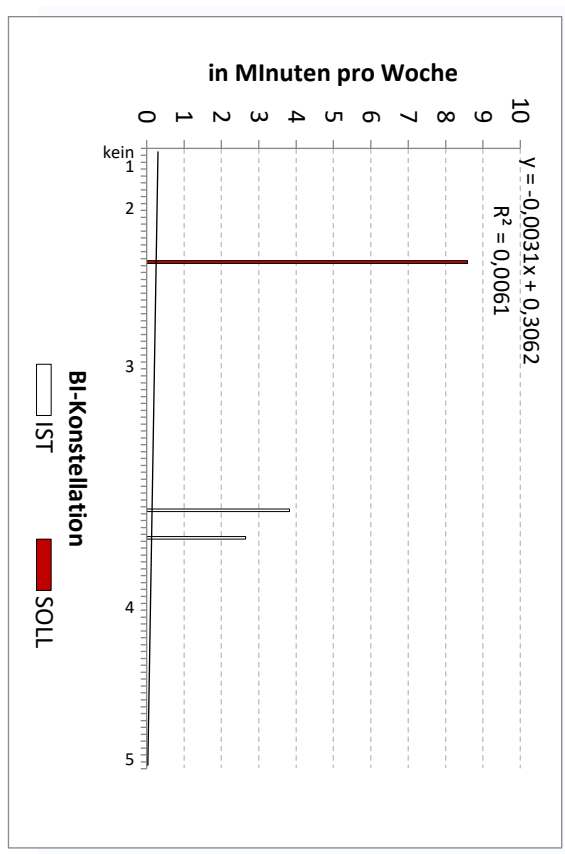
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



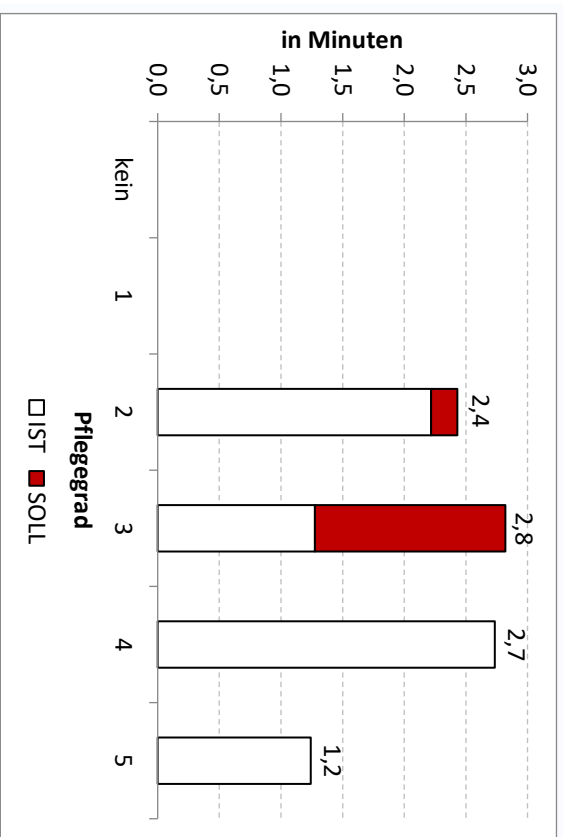
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



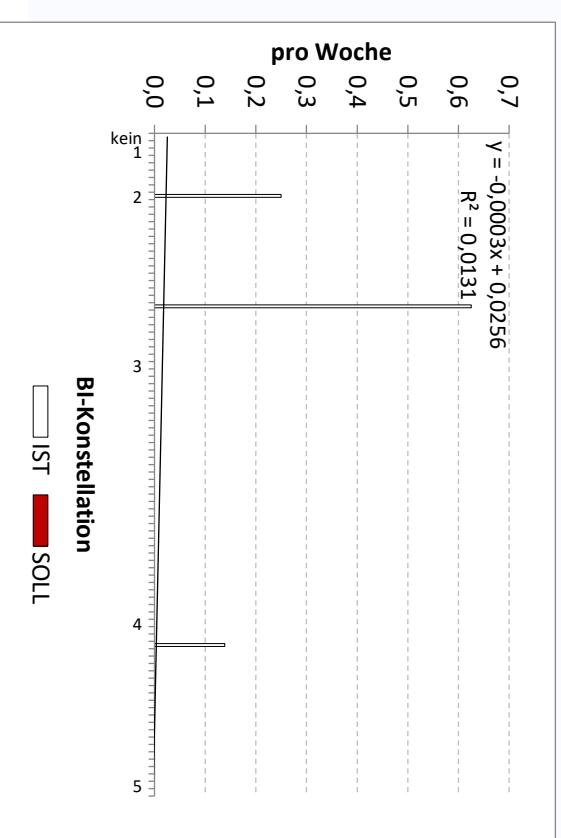
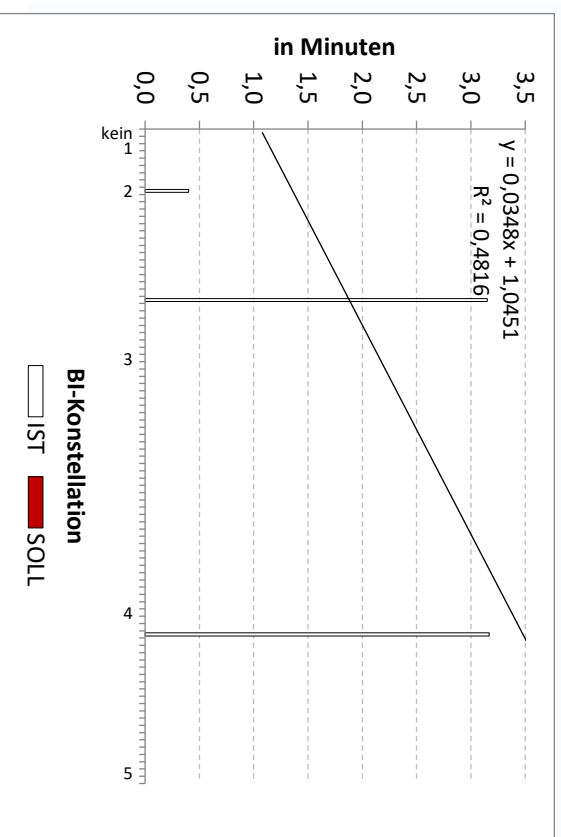
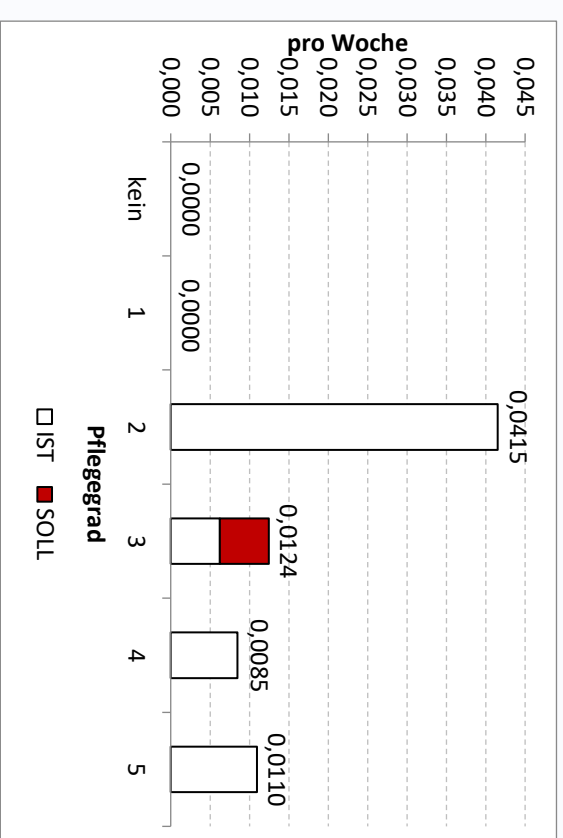
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitmenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



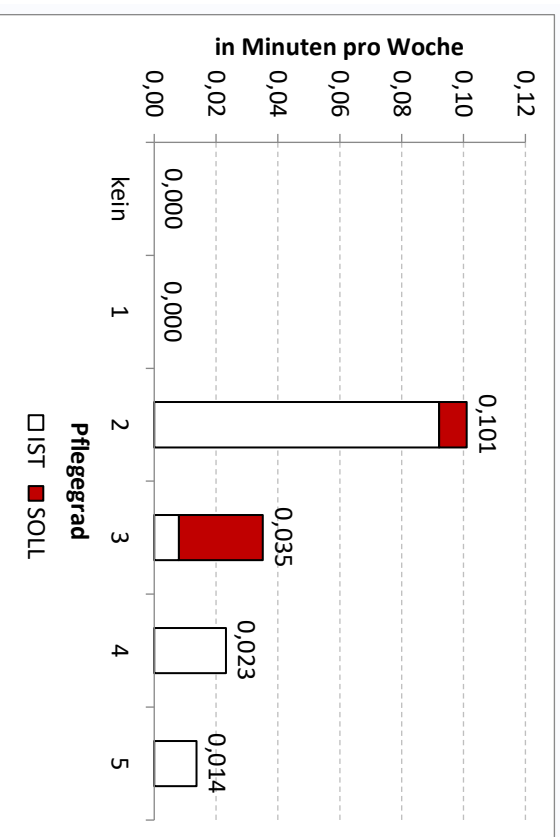
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



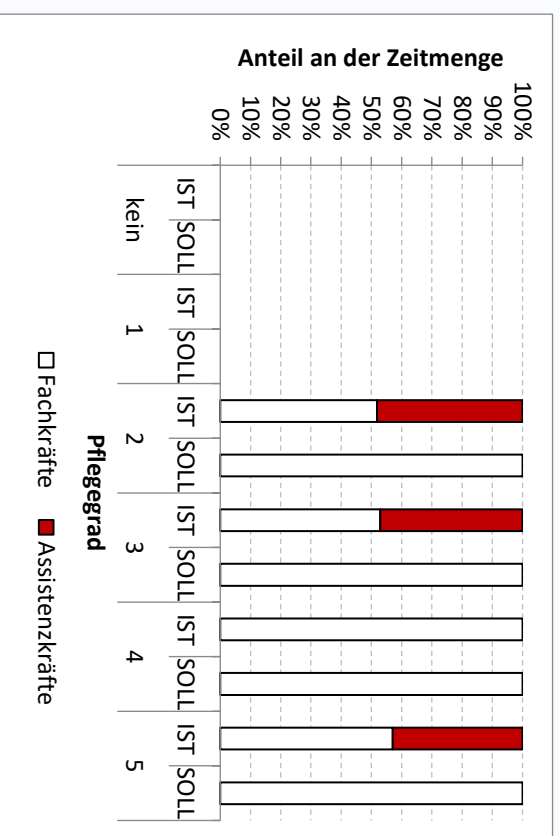
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



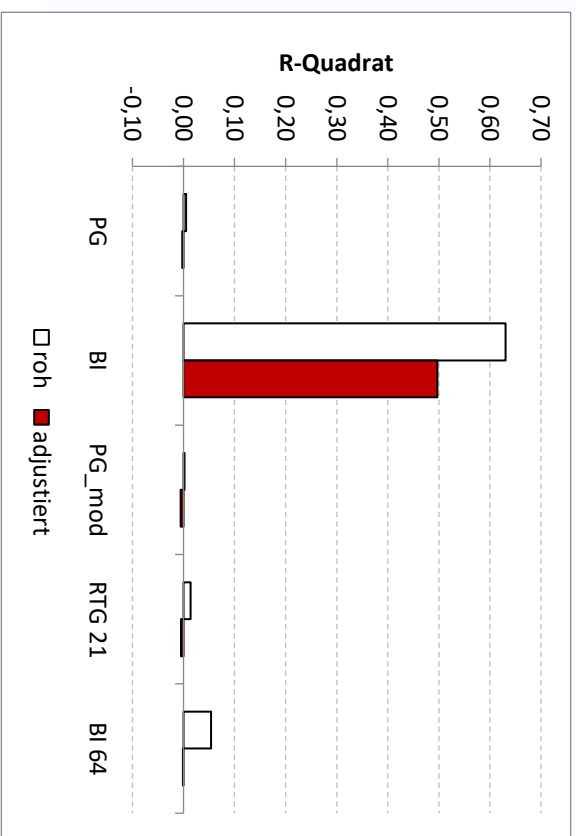
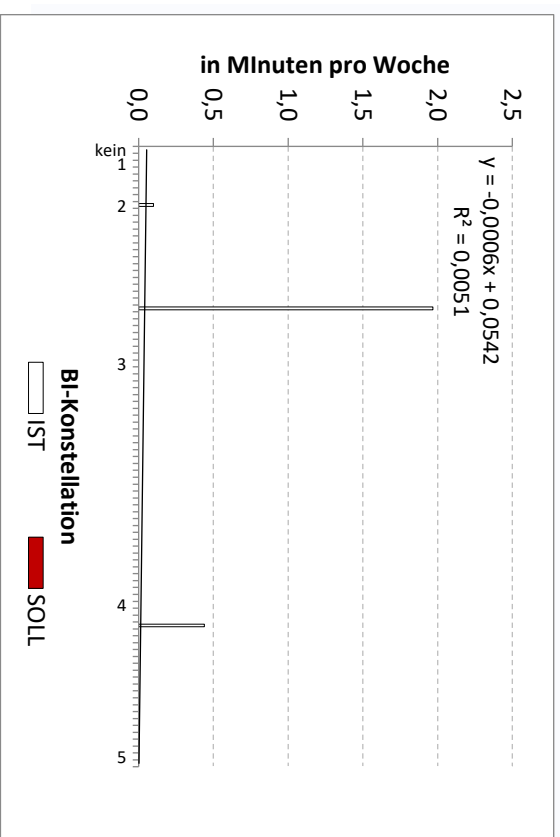
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



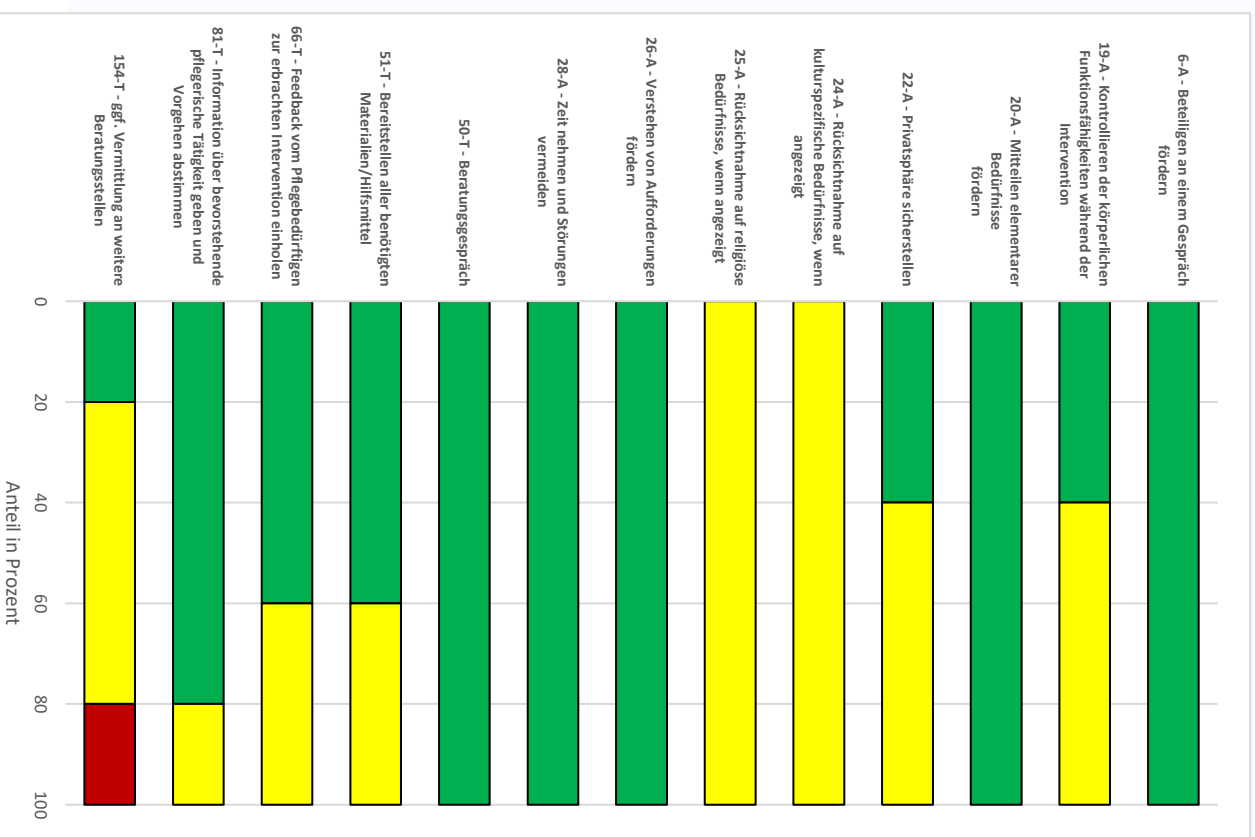
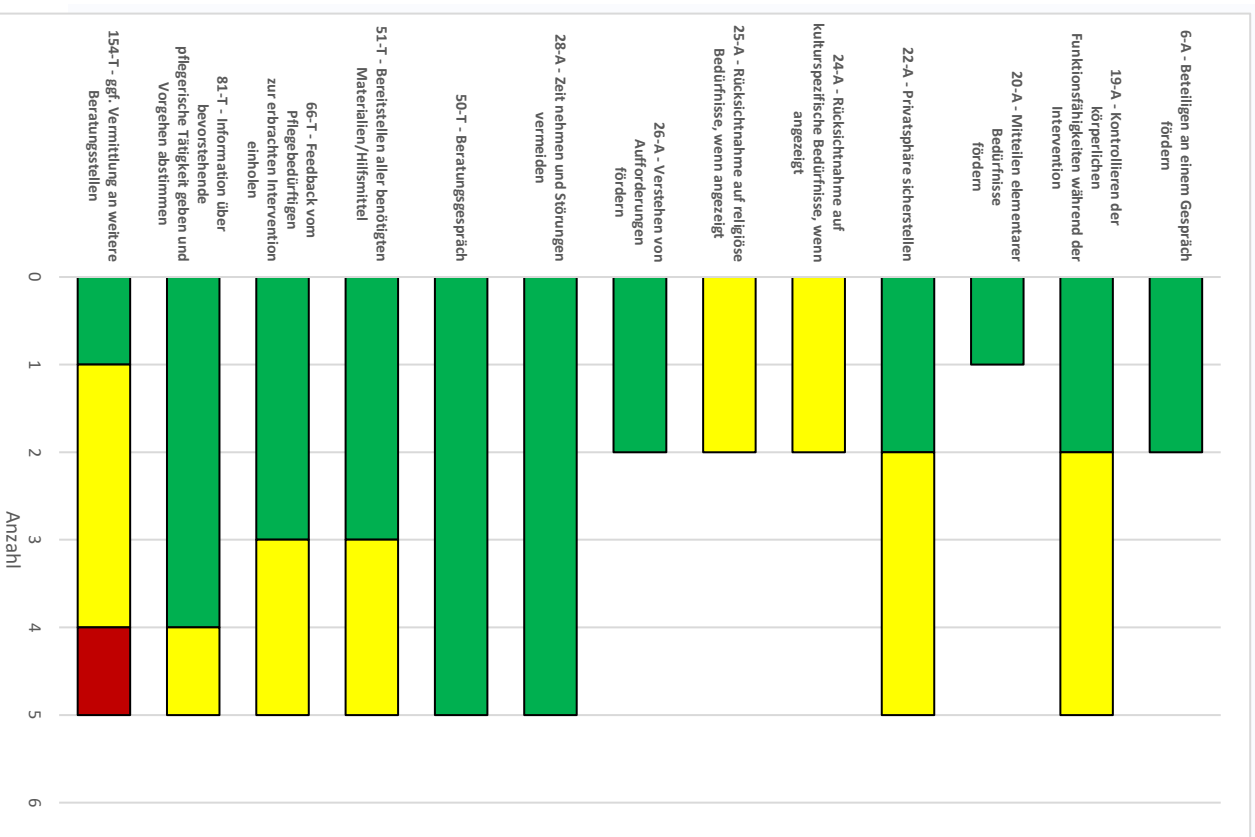
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



Varianzaufklärung der SOLL-Zeitemenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)

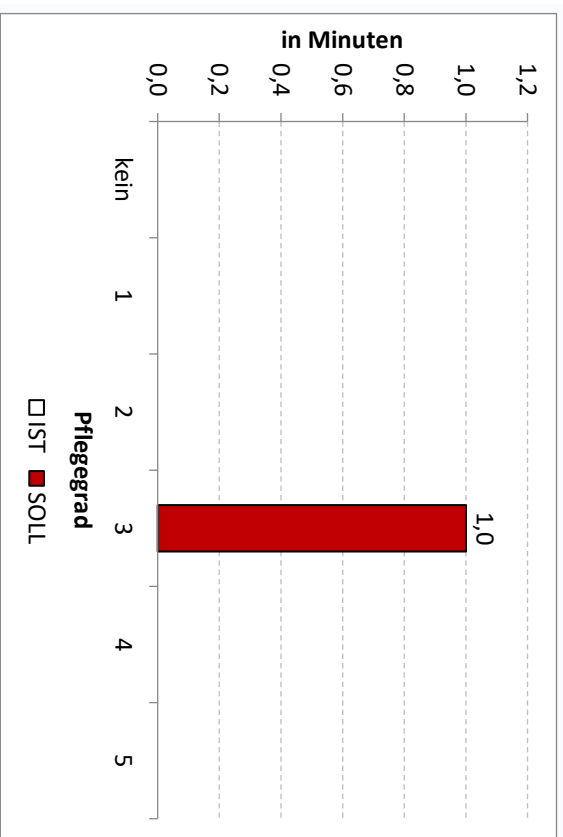


Absolute und relative Teilschrittbewertung

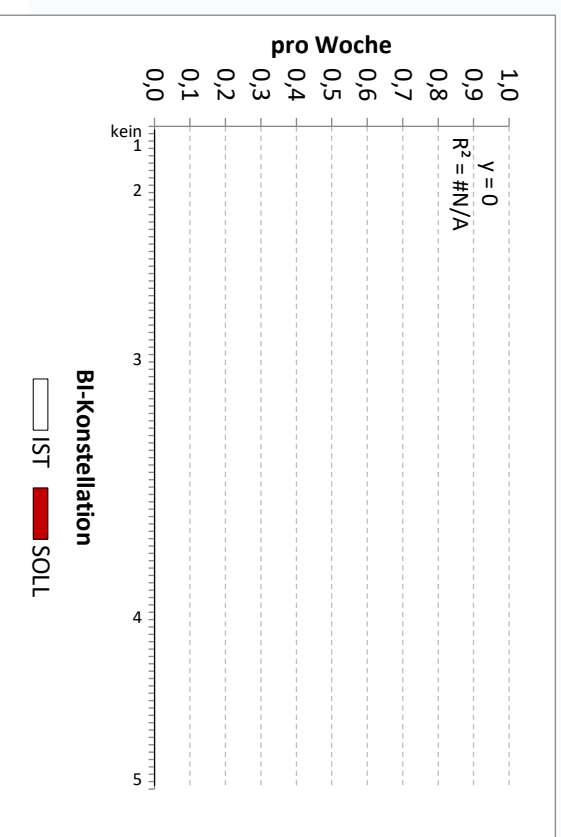
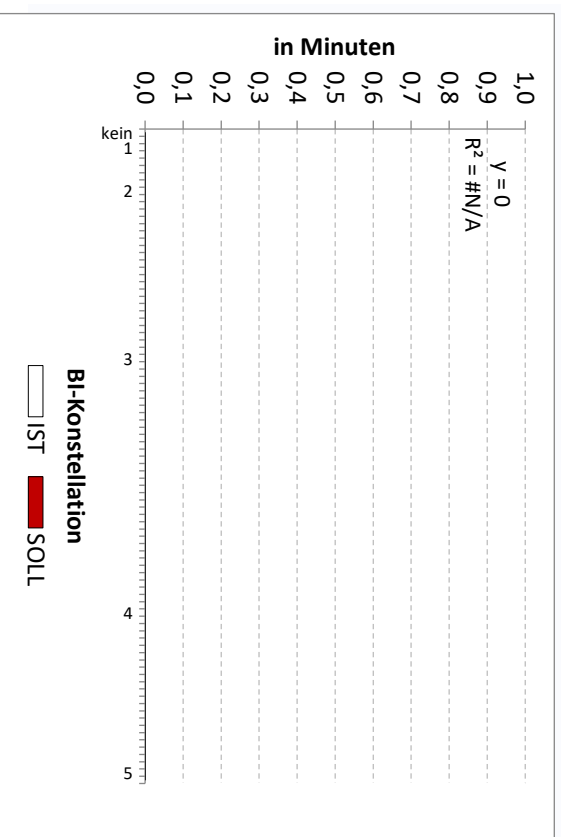
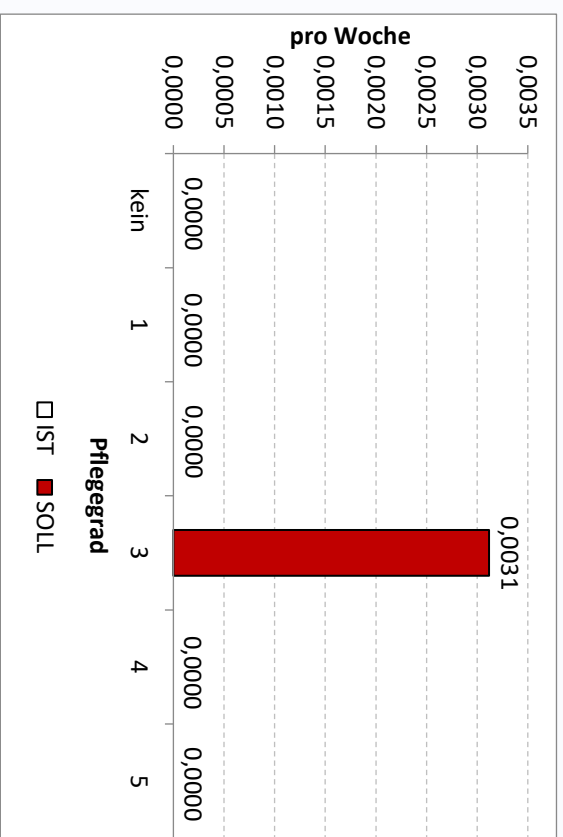


6.9 Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...

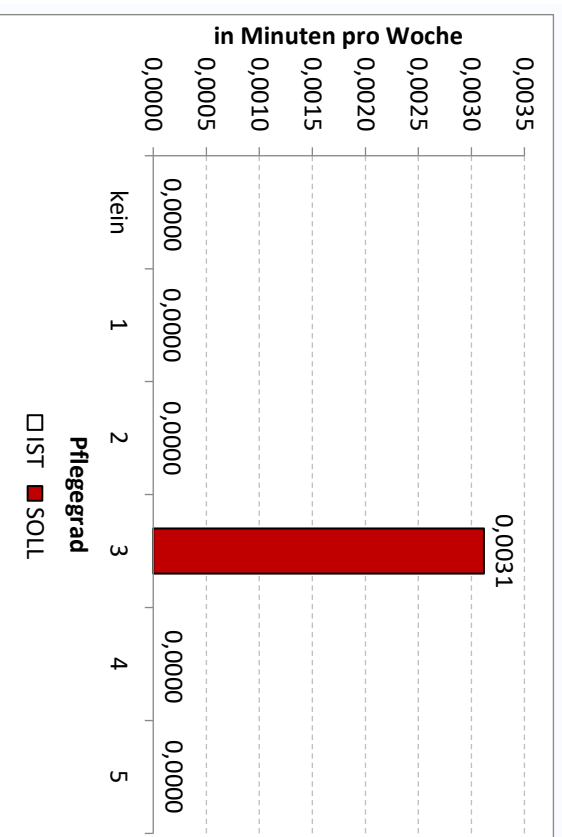


Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...

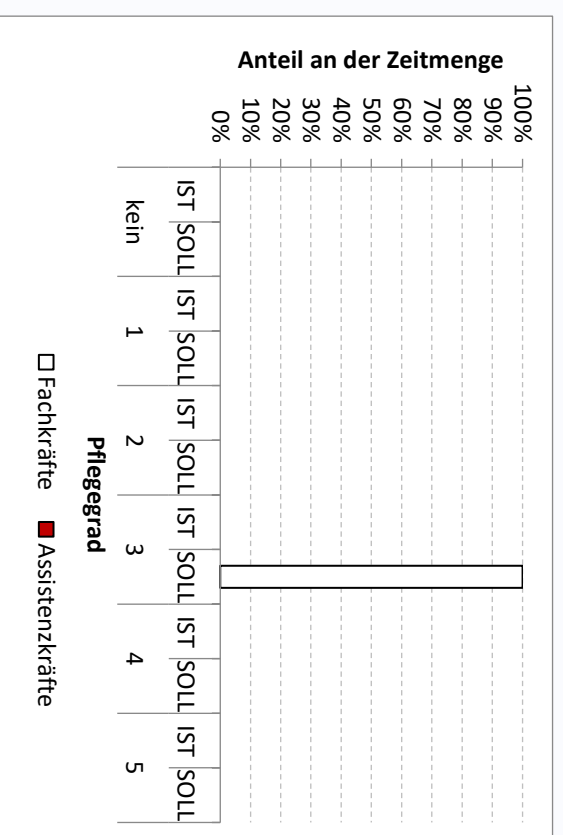


6.9 Gesundheitliche Versorgungspaltung für die letzte Lebensphase

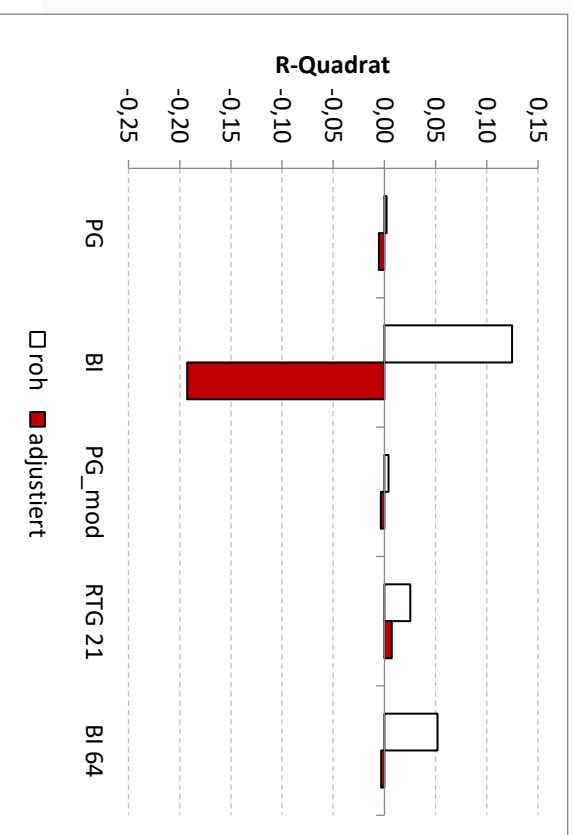
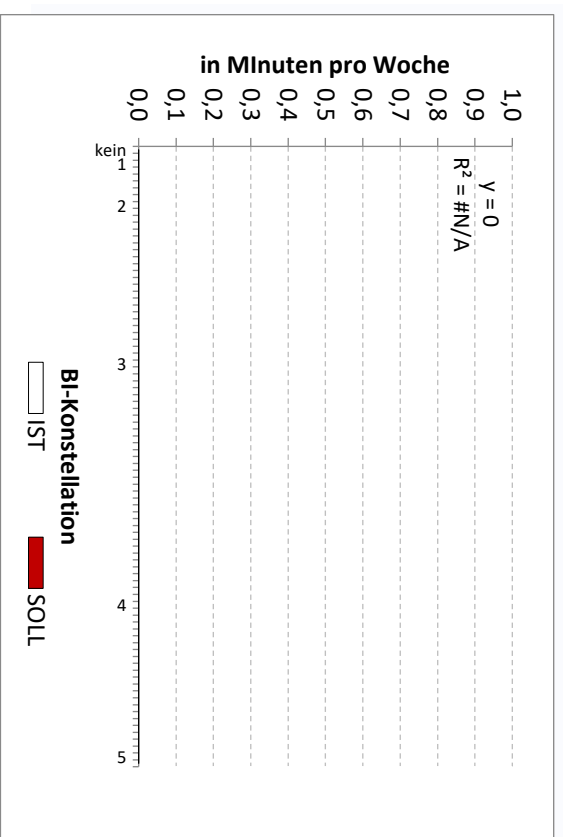
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



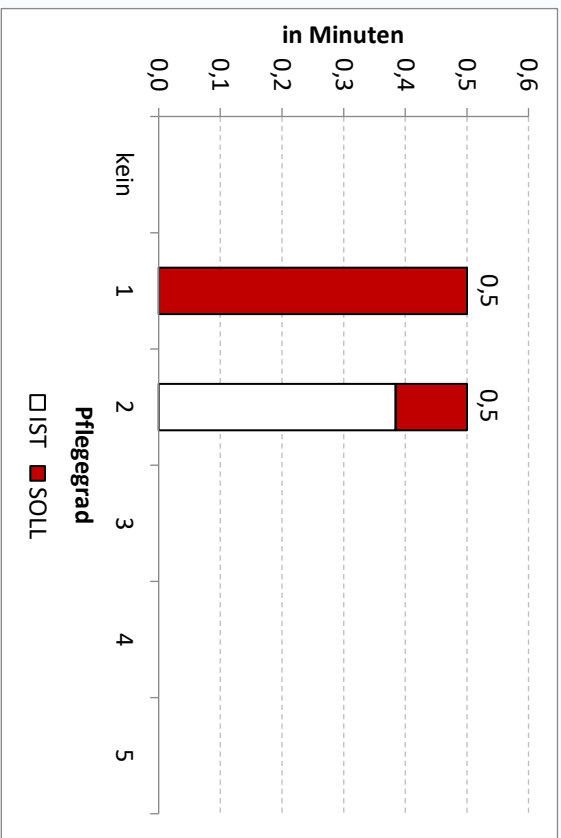
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



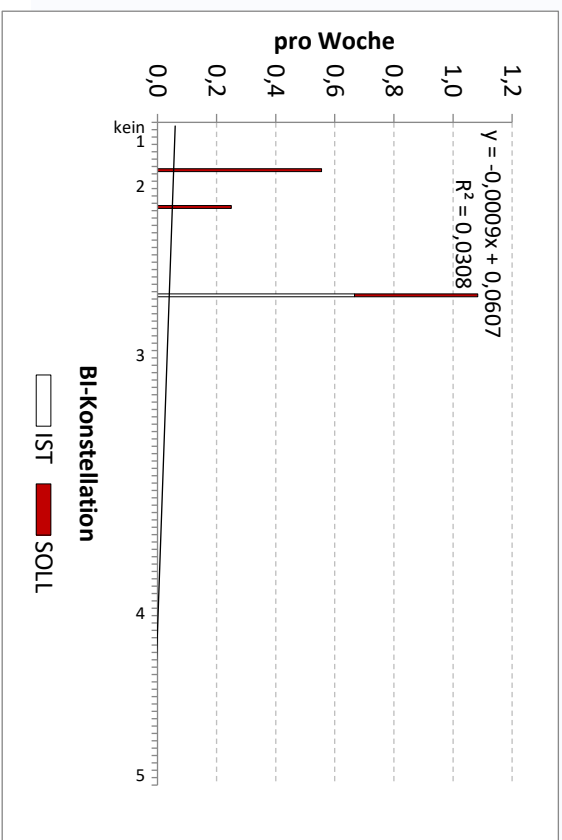
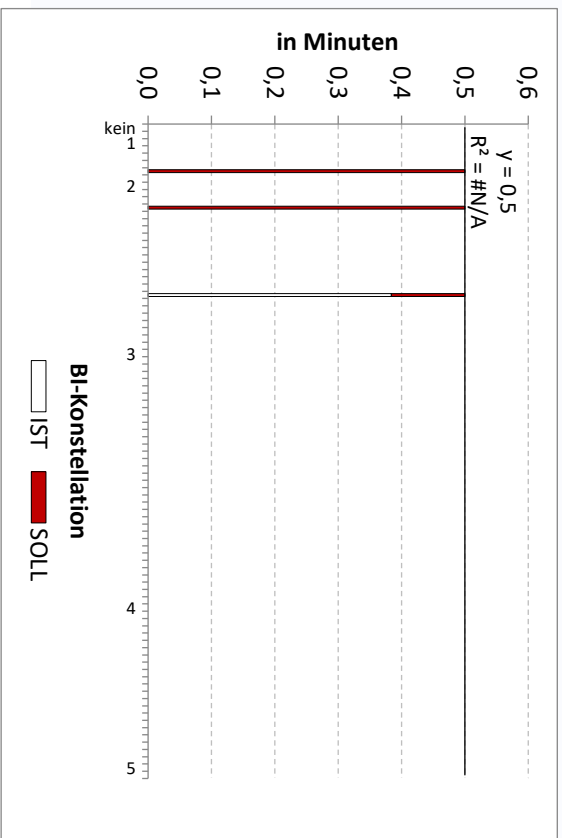
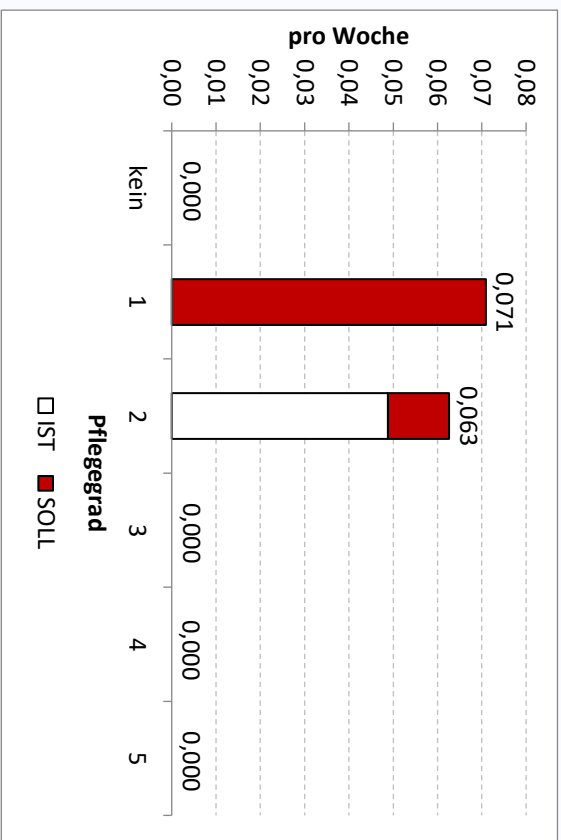
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitemenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



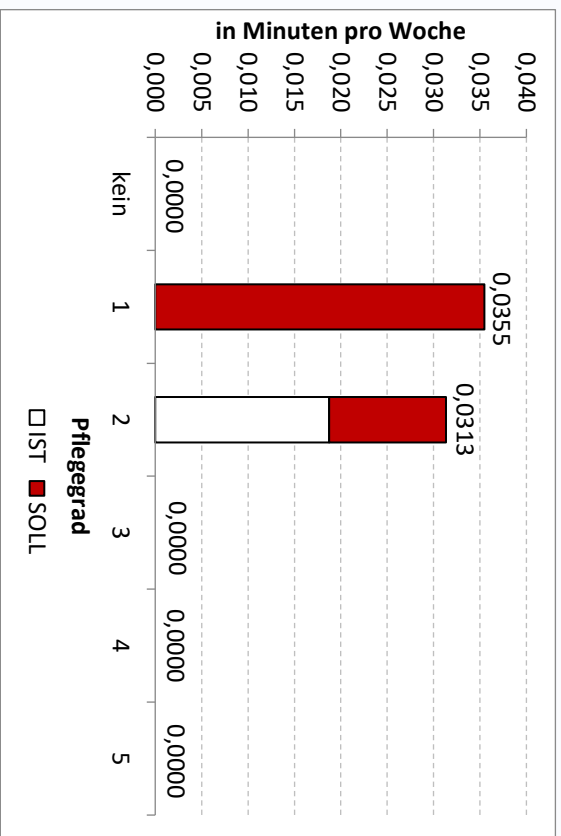
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



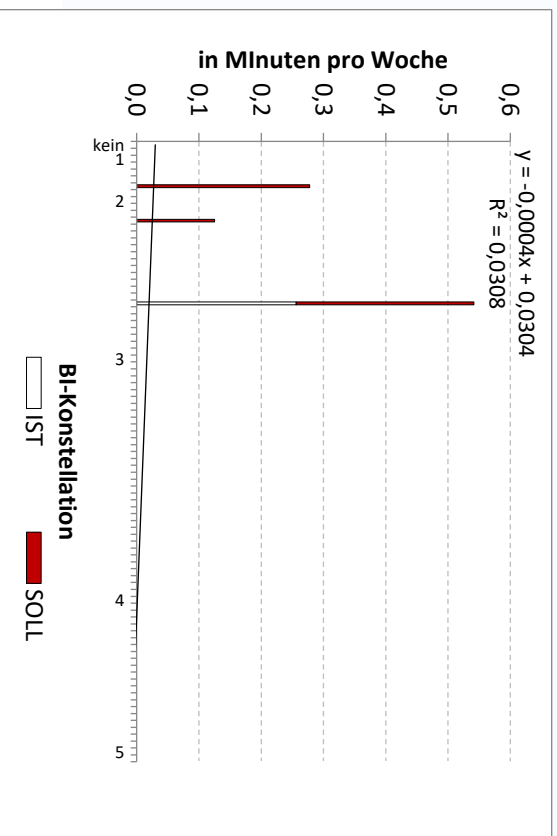
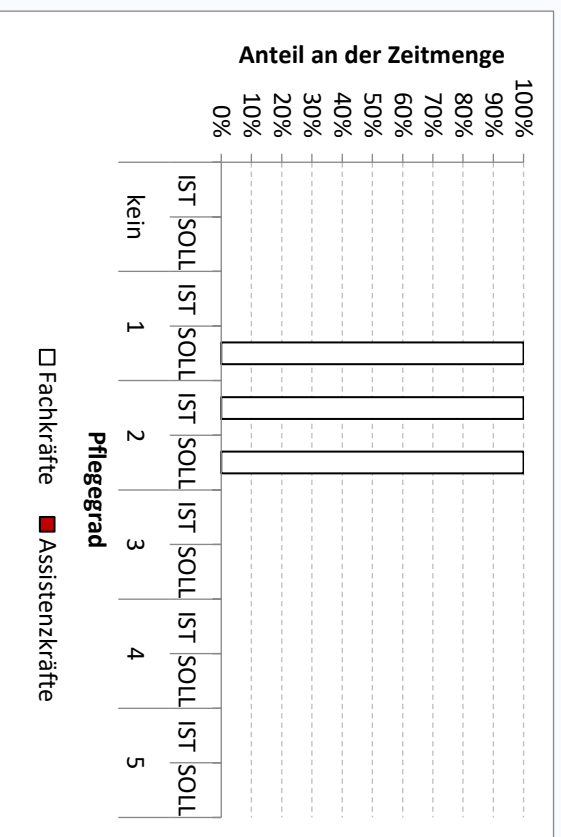
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



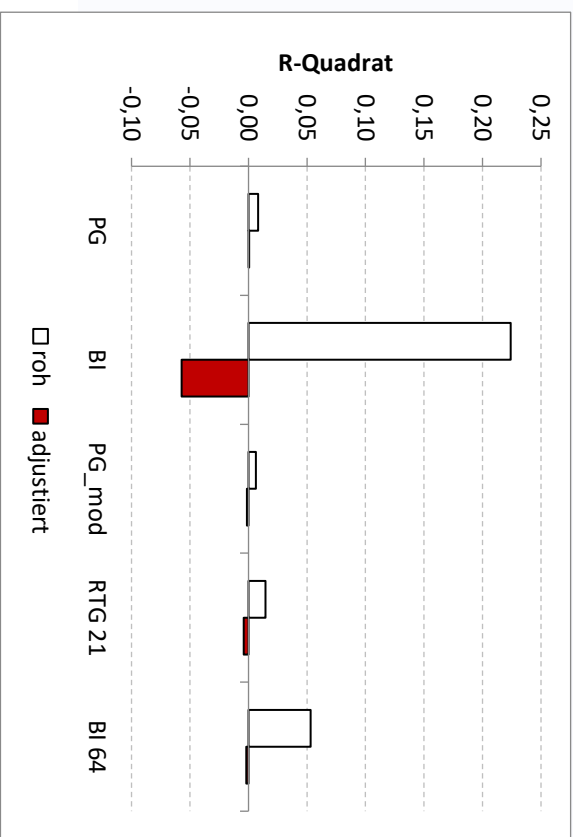
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



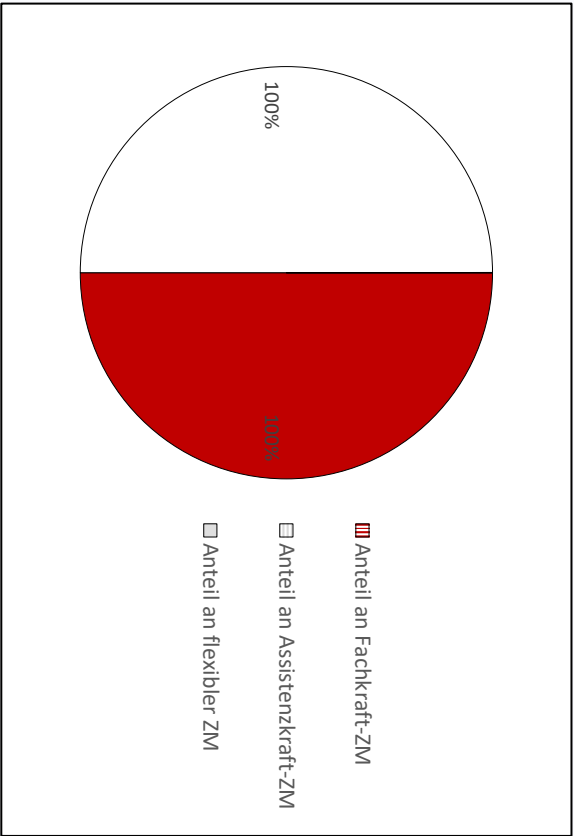
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



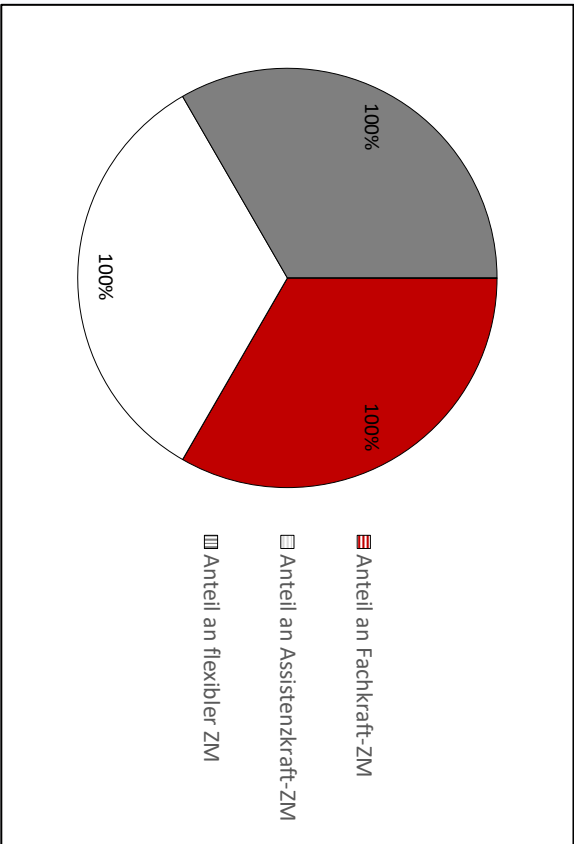
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitmenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



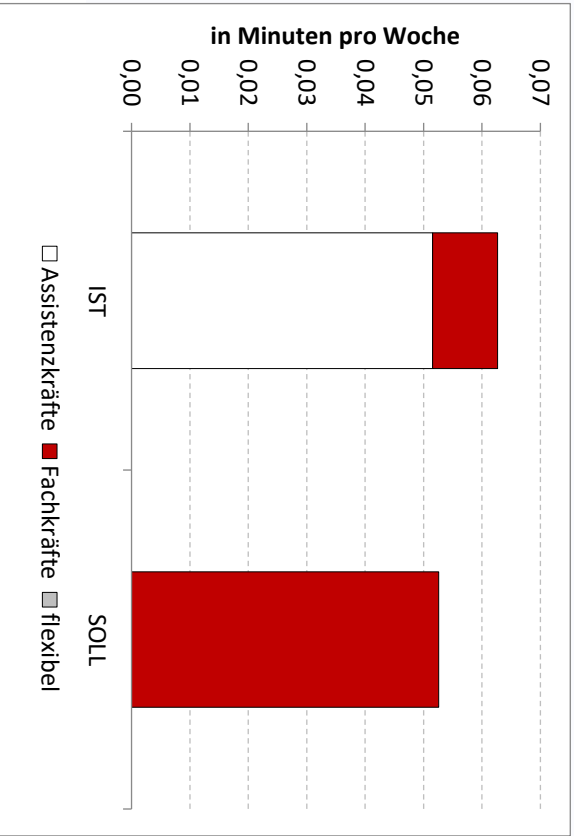
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



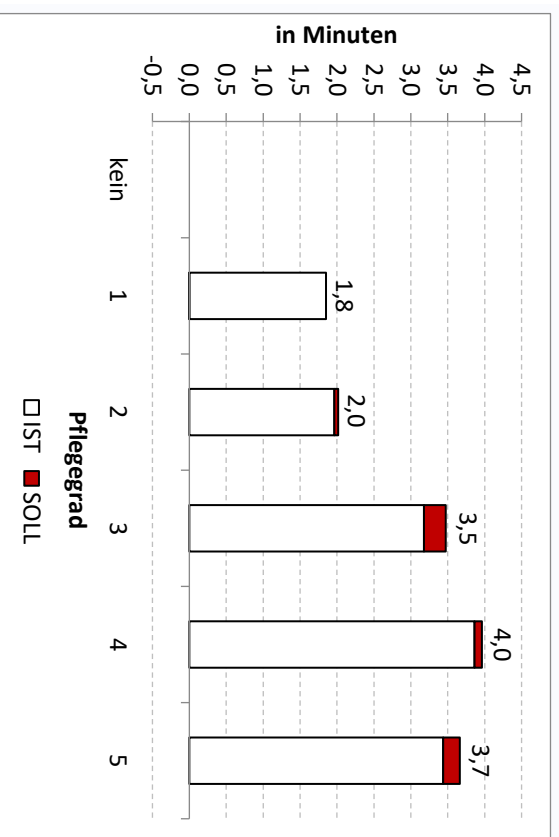
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



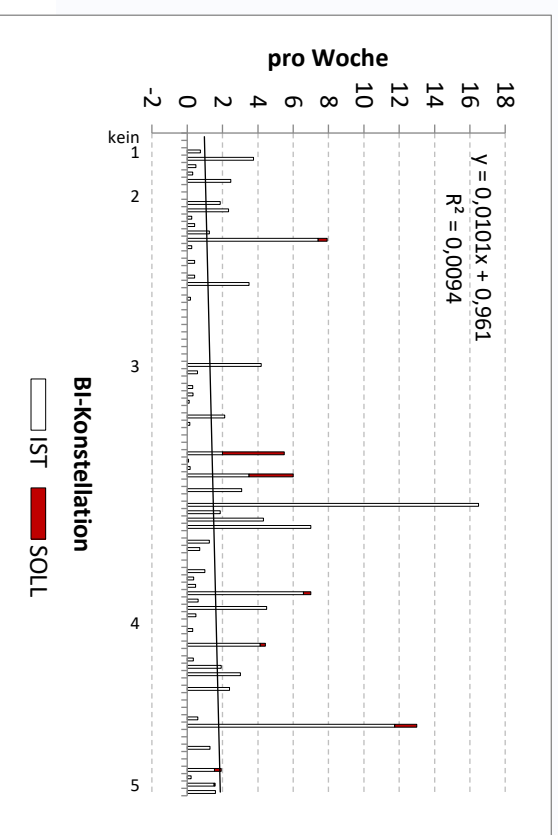
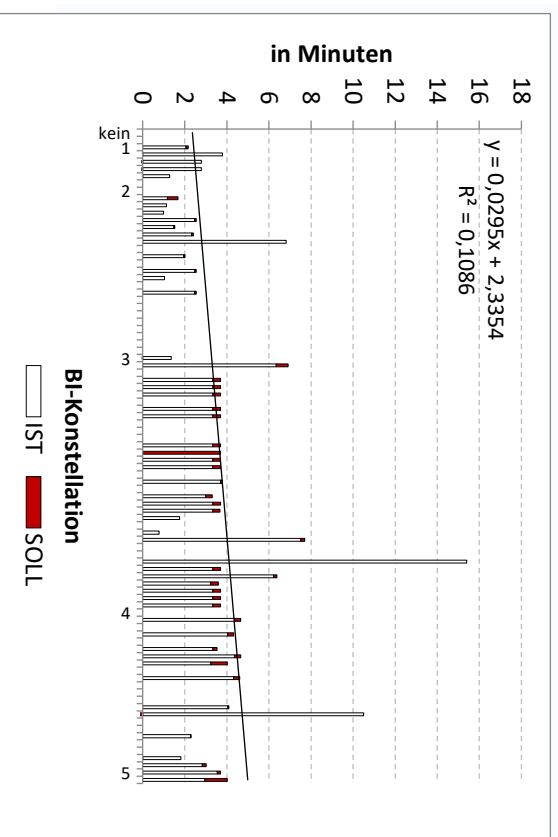
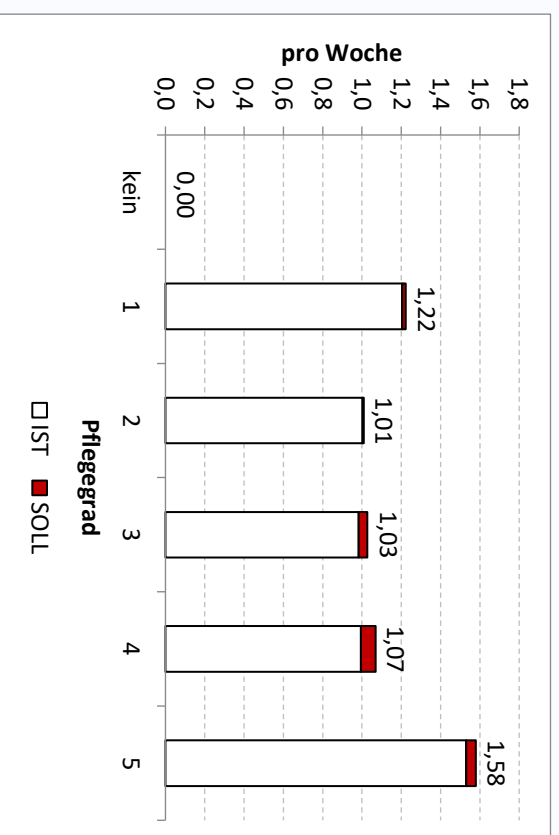
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



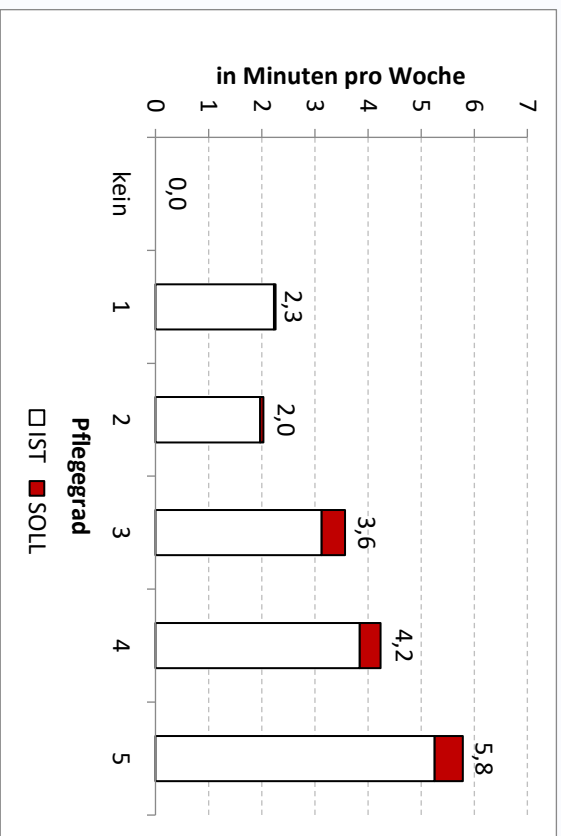
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



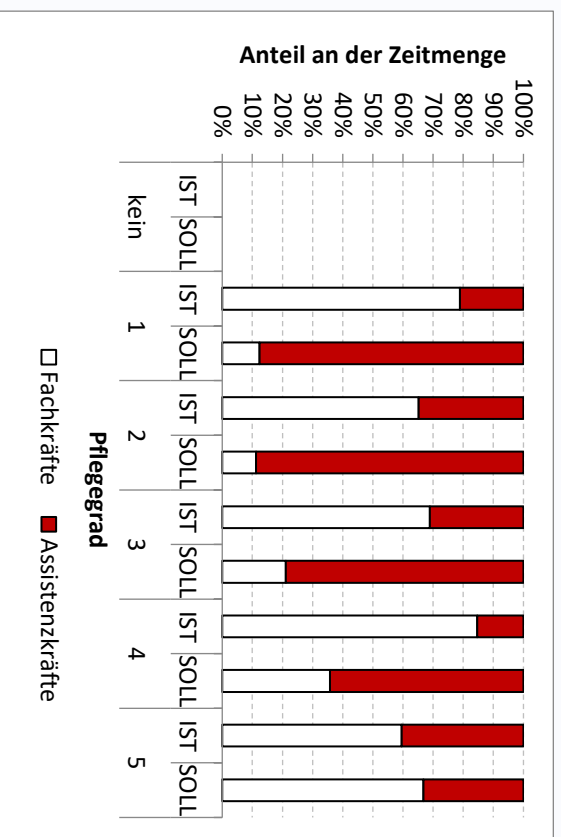
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



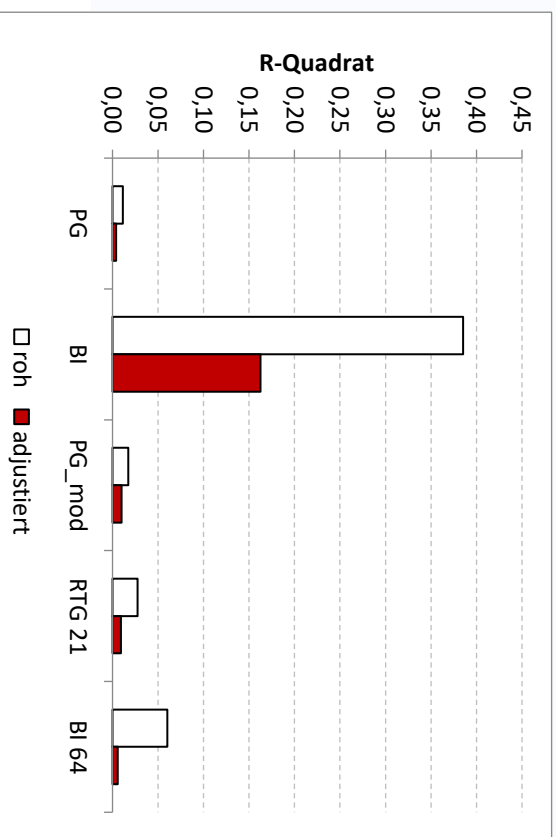
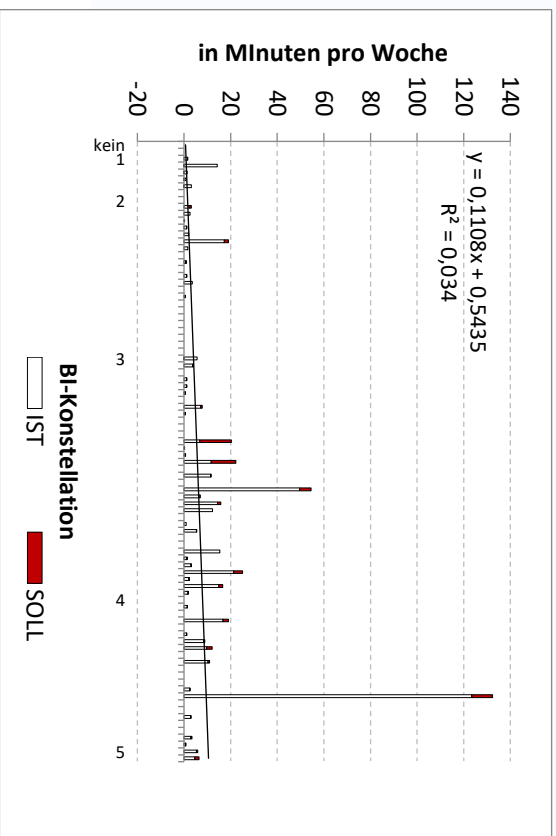
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



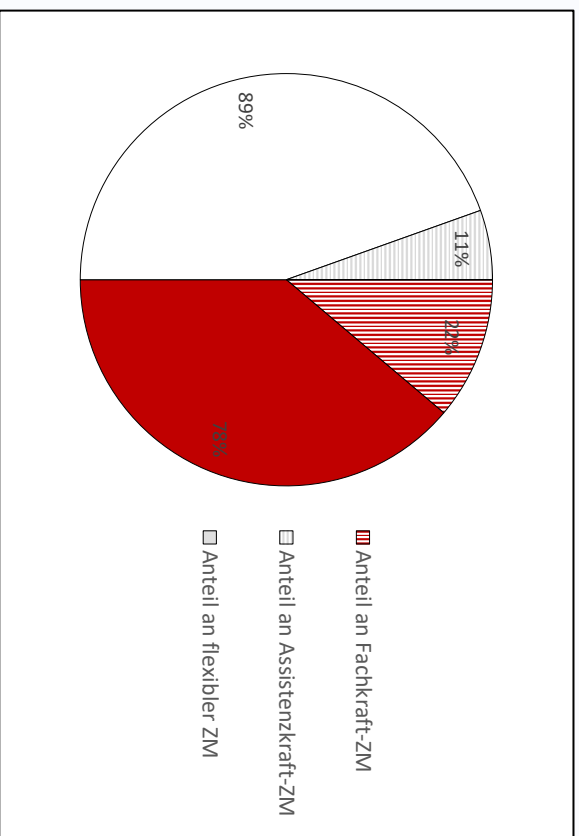
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



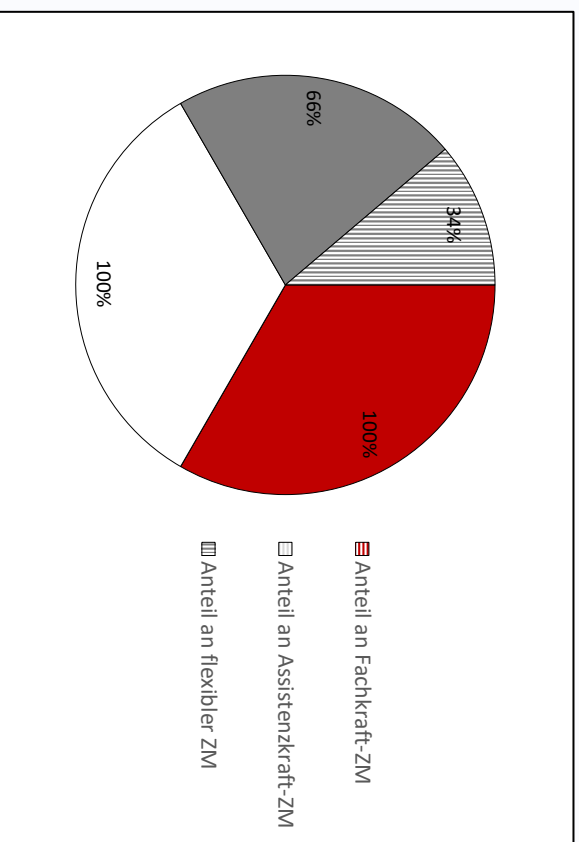
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitmenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



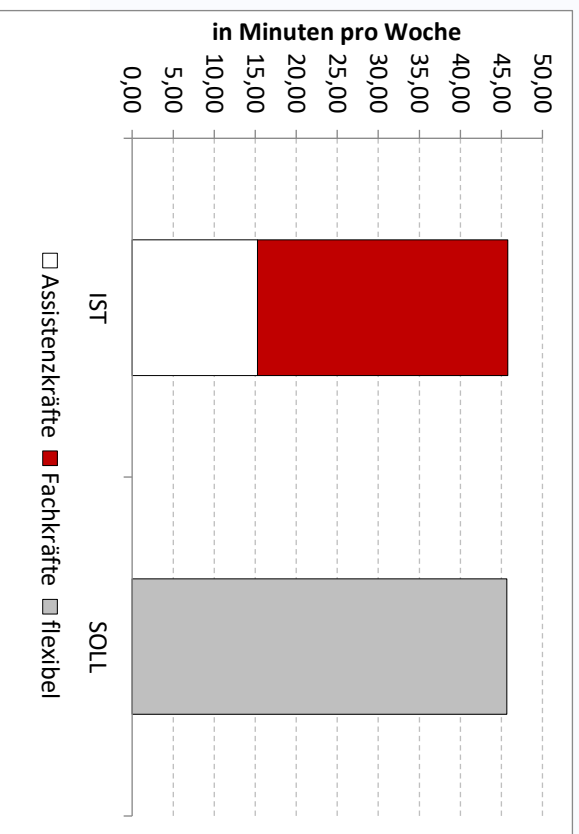
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



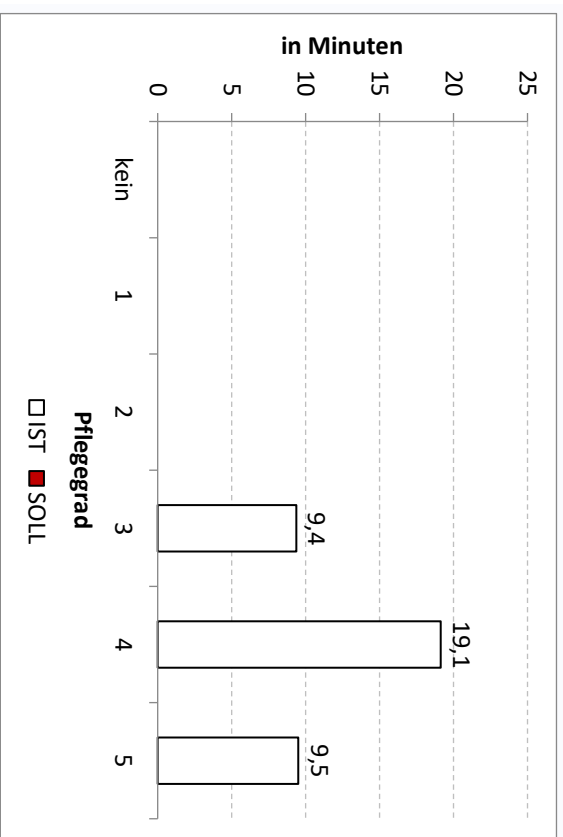
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



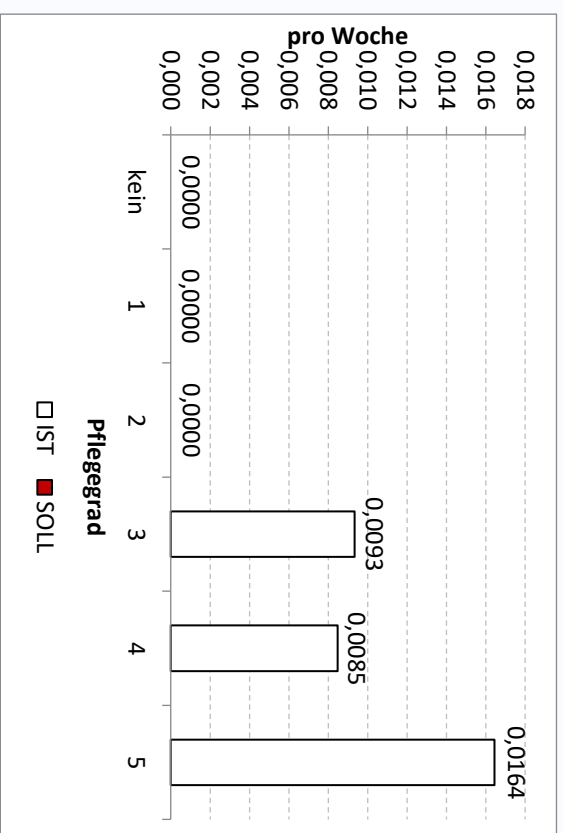
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



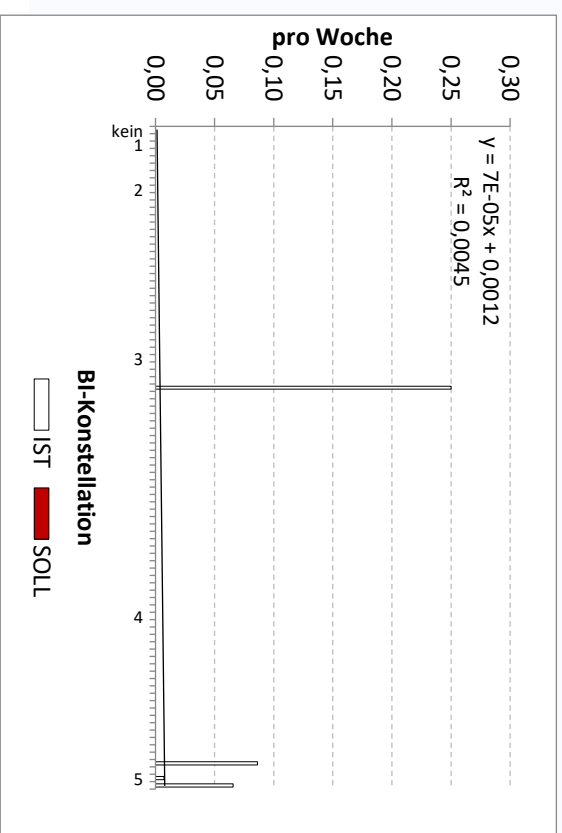
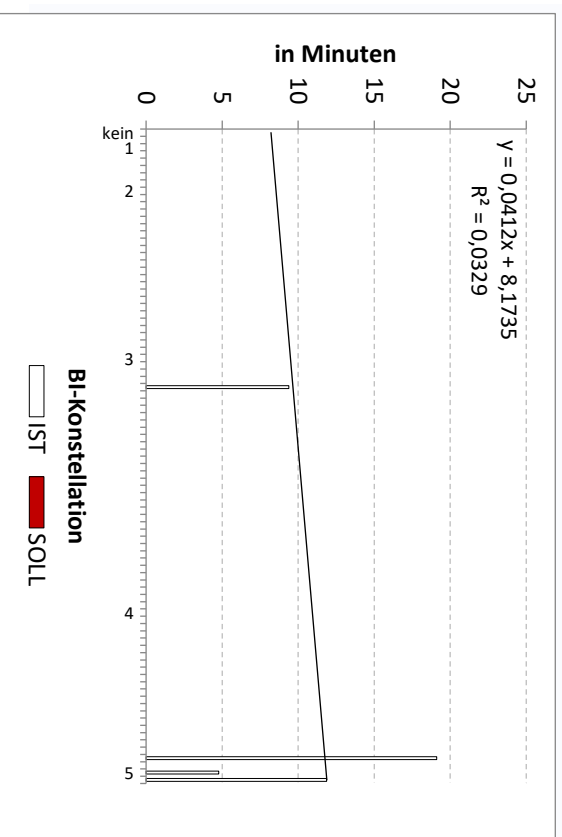
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



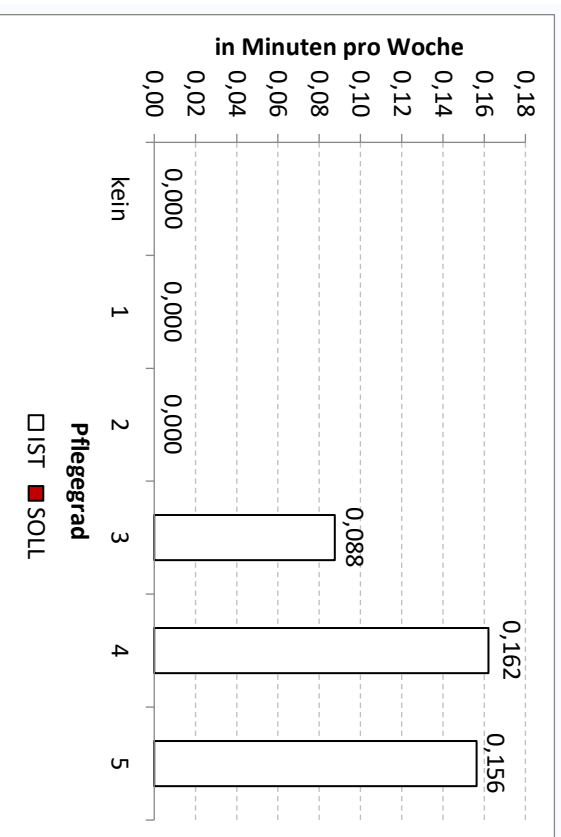
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



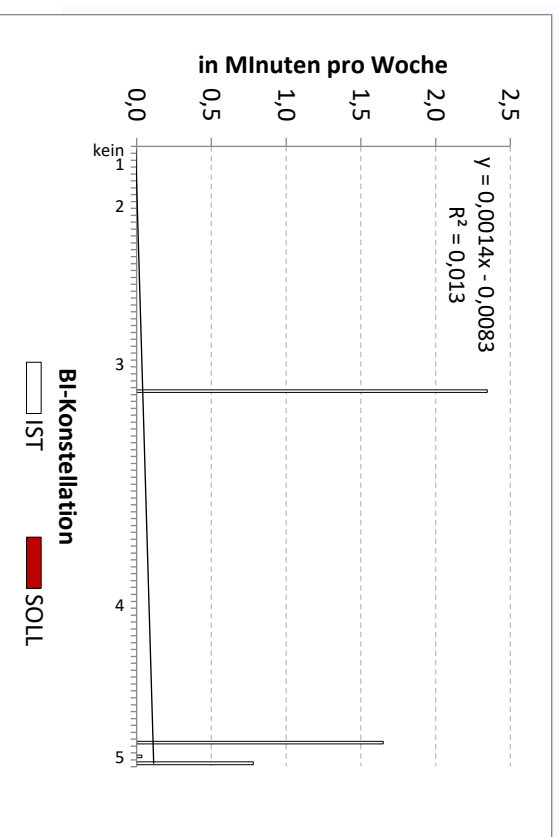
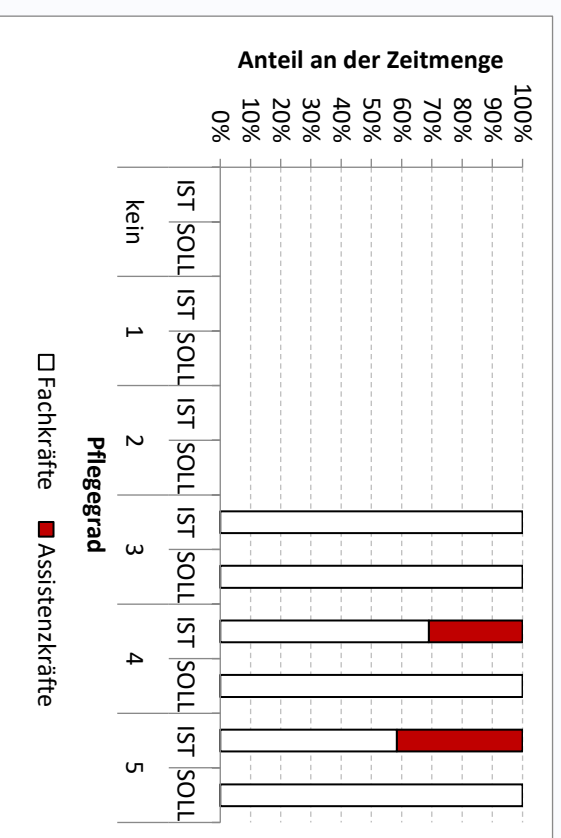
7.2 Einzug



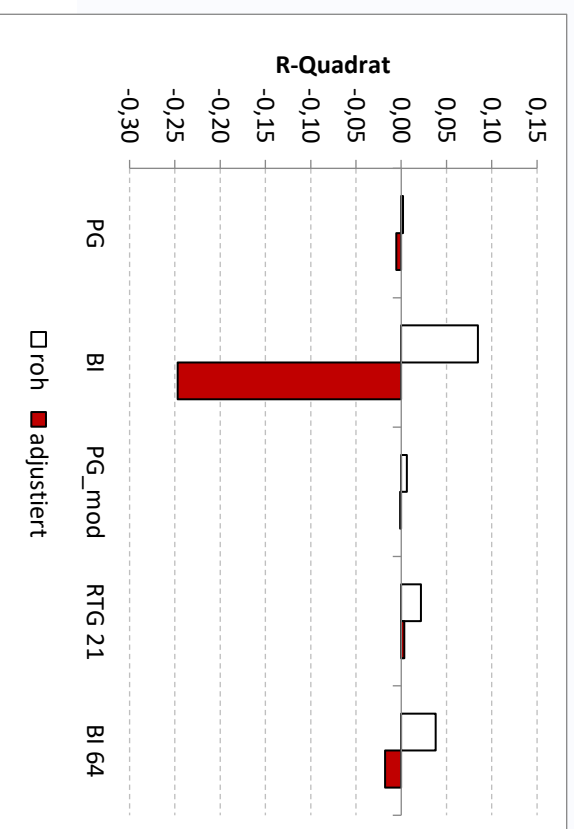
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



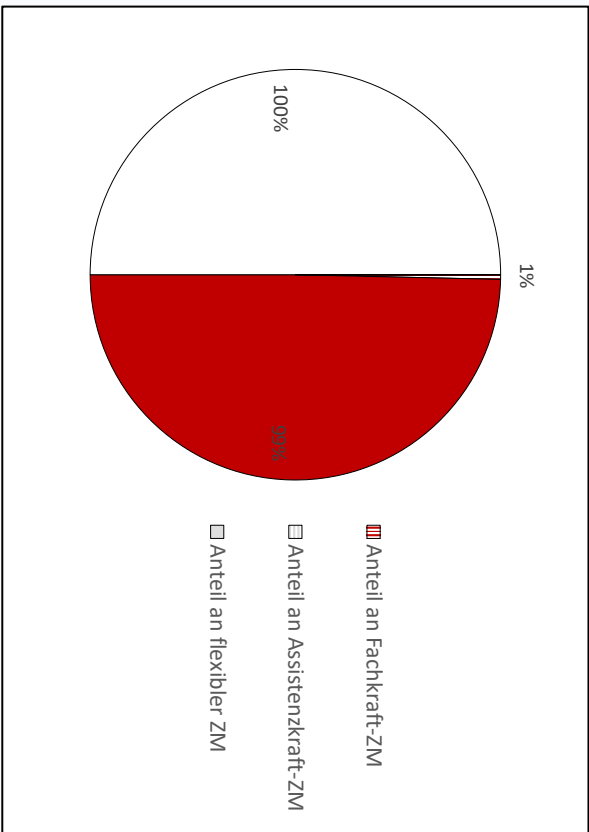
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



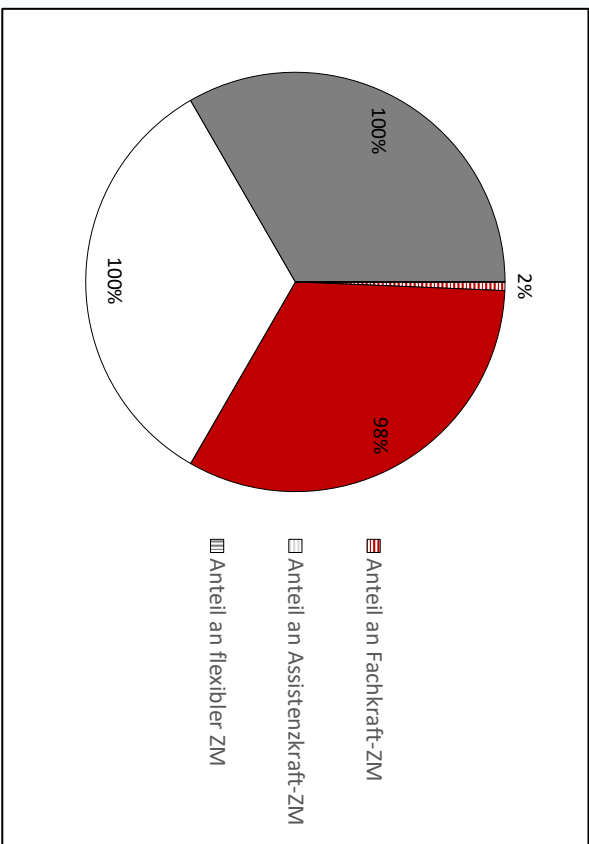
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitemenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



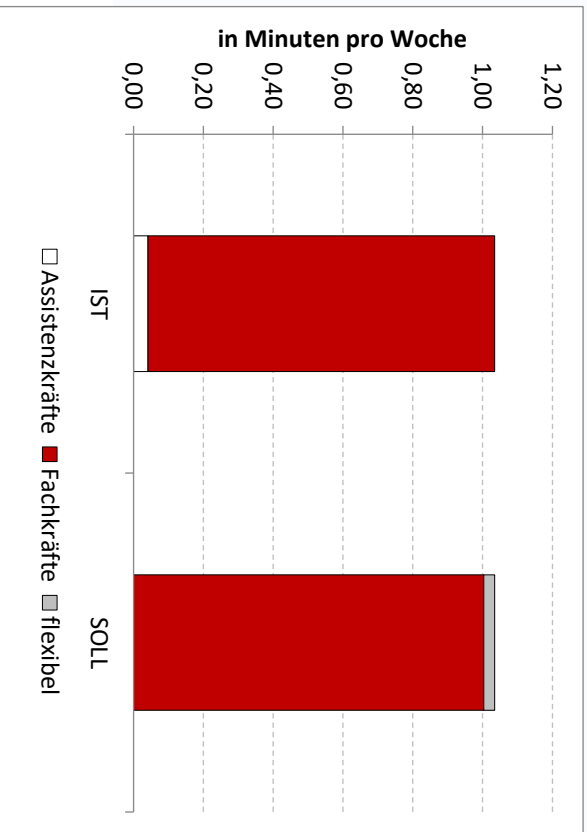
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



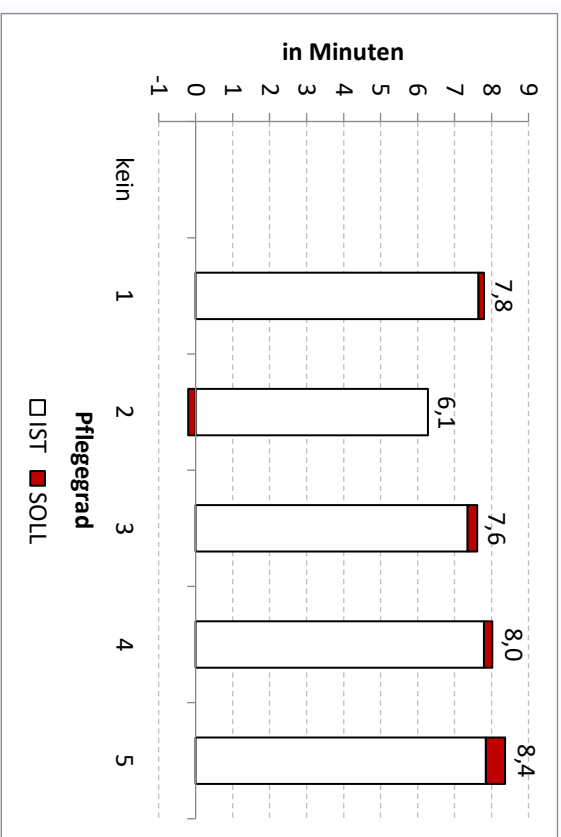
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



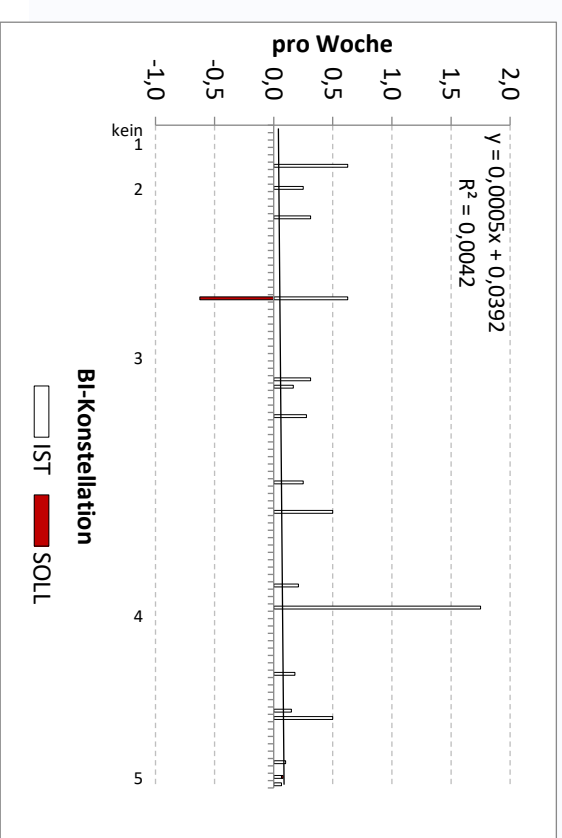
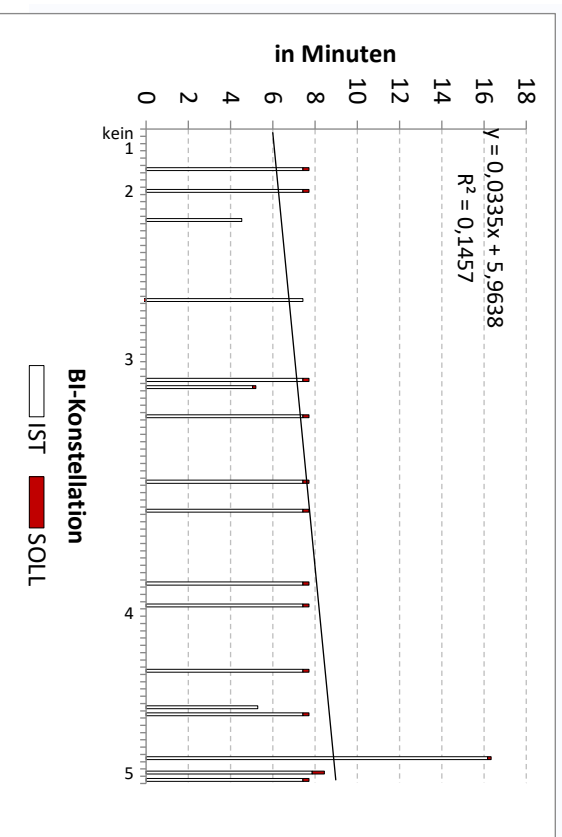
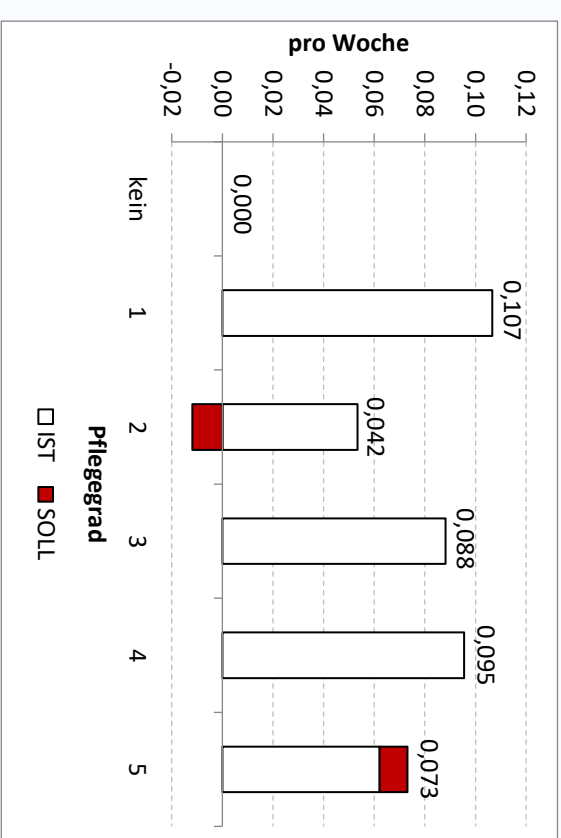
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...

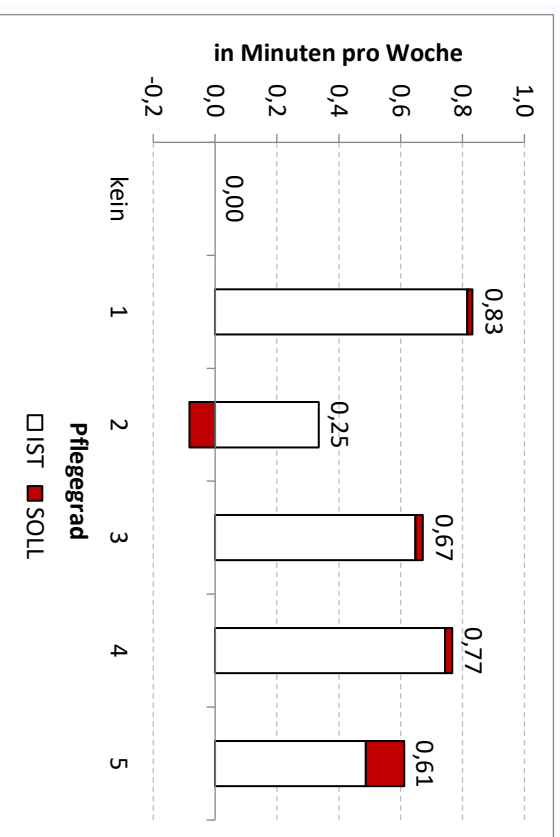


Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...

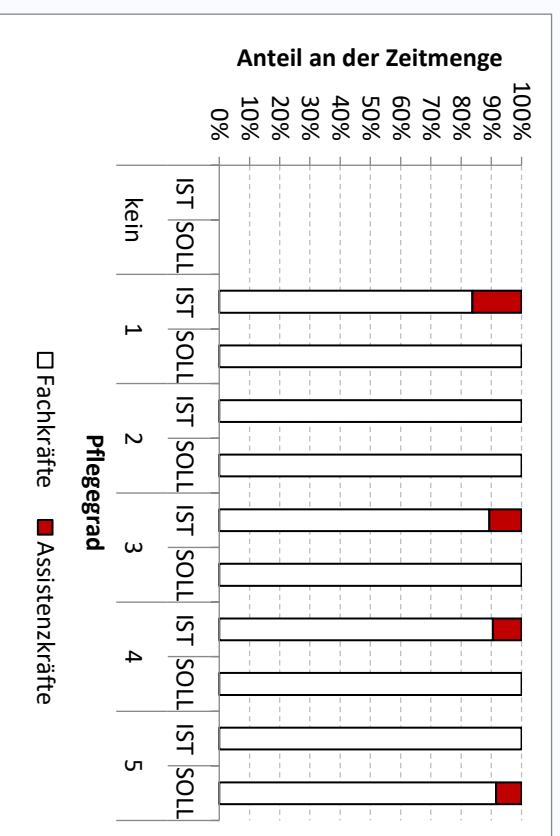


7.3 Steuerung des Pflegeprozesses

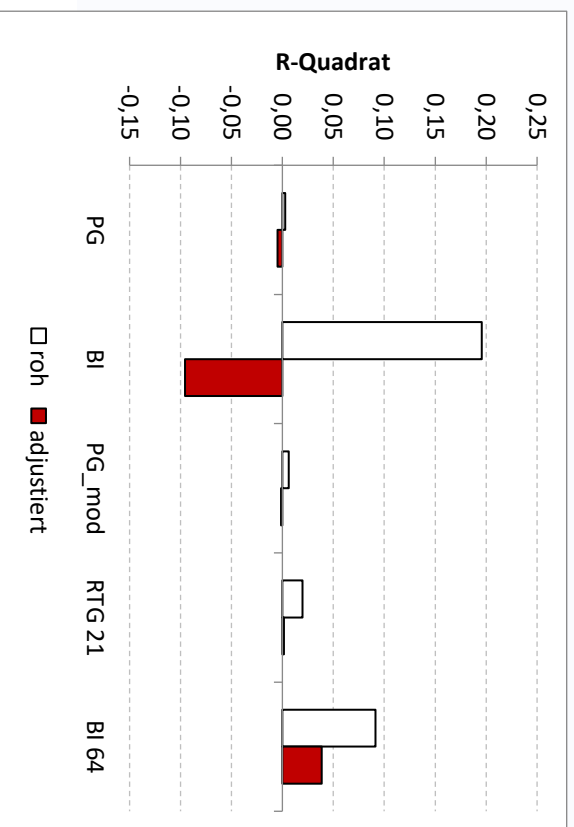
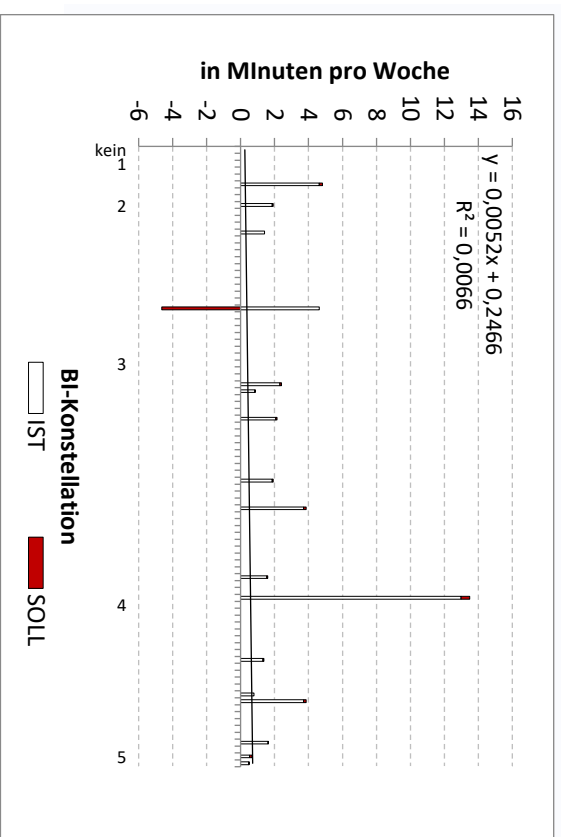
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)

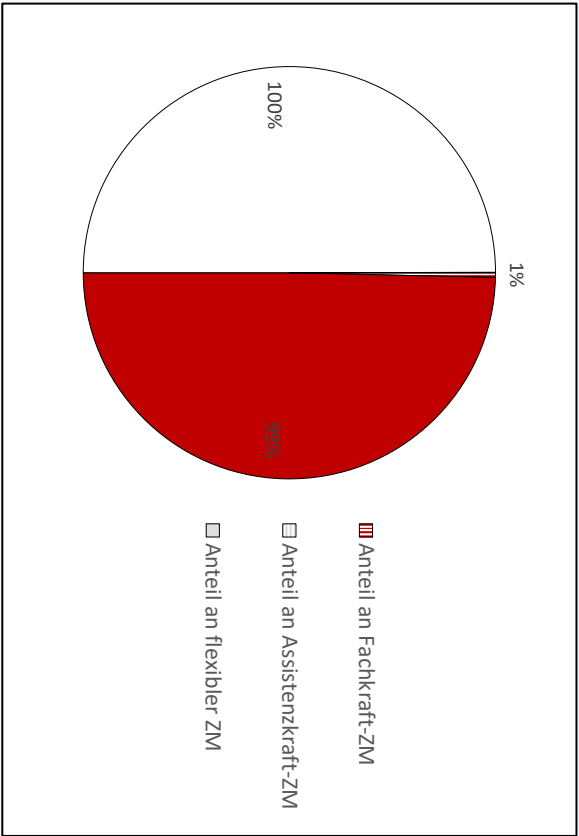


Varianzaufklärung der SOLL-Zeitemenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)

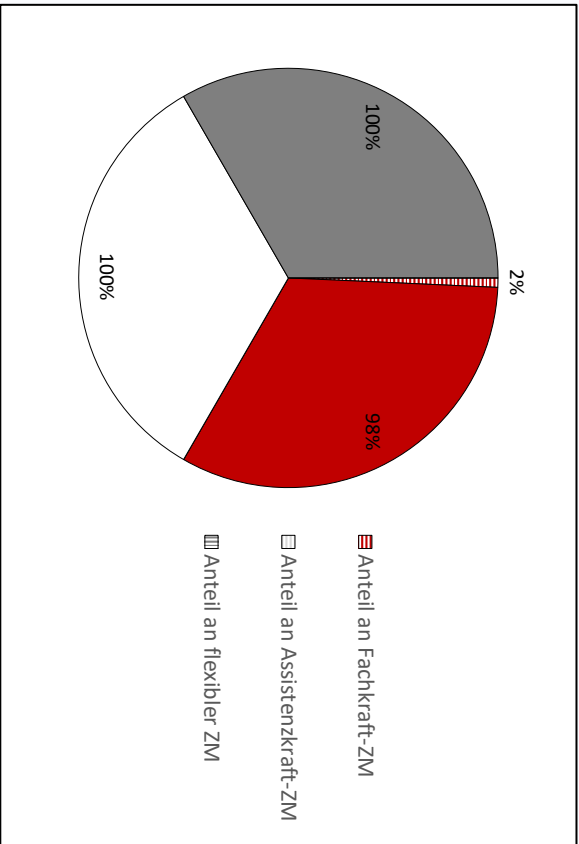


7.3 Steuerung des Pflegeprozesses

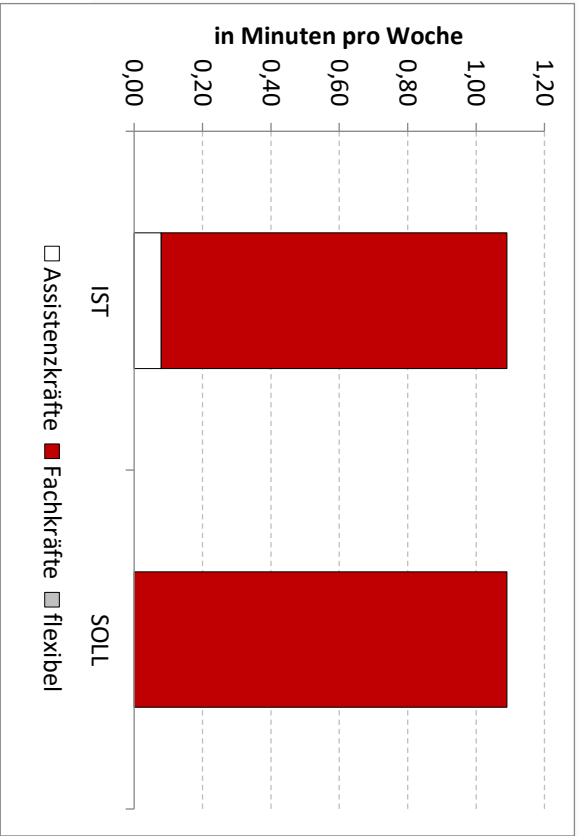
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



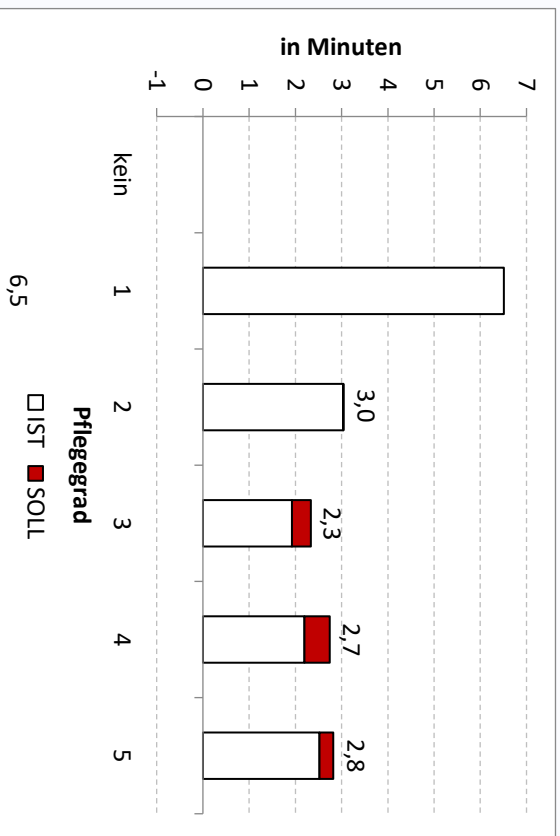
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



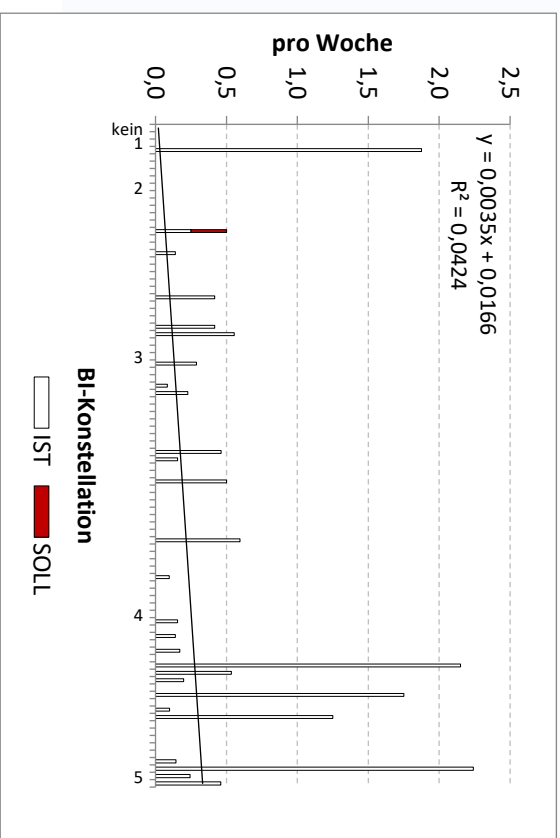
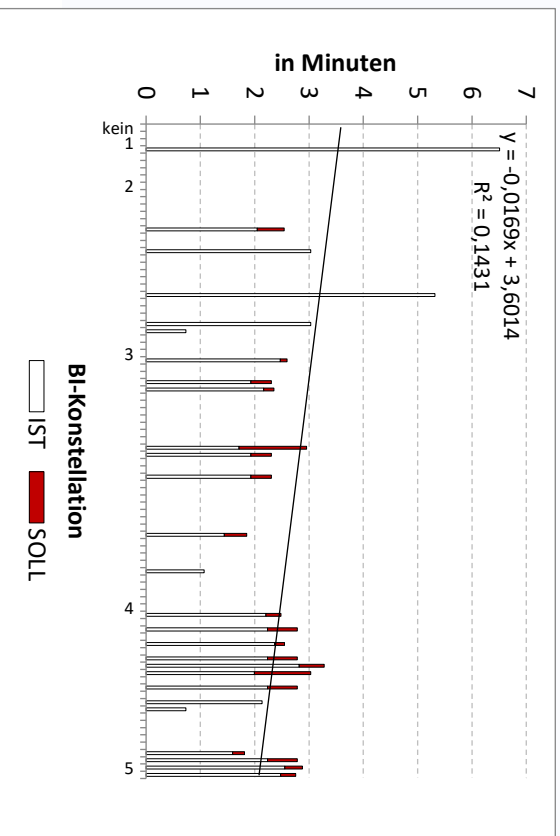
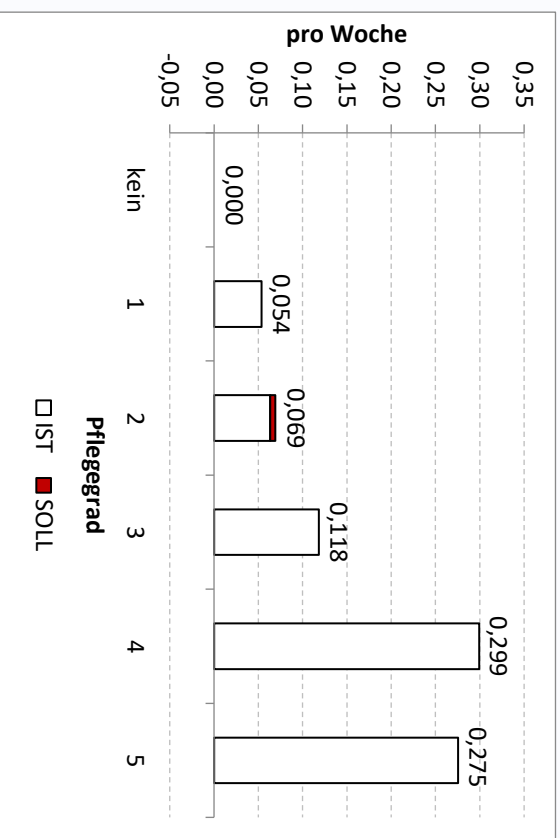
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



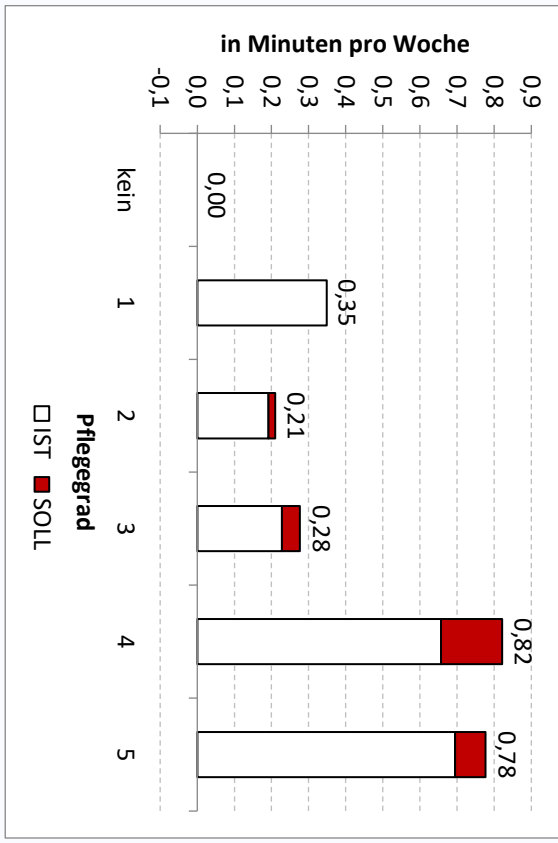
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



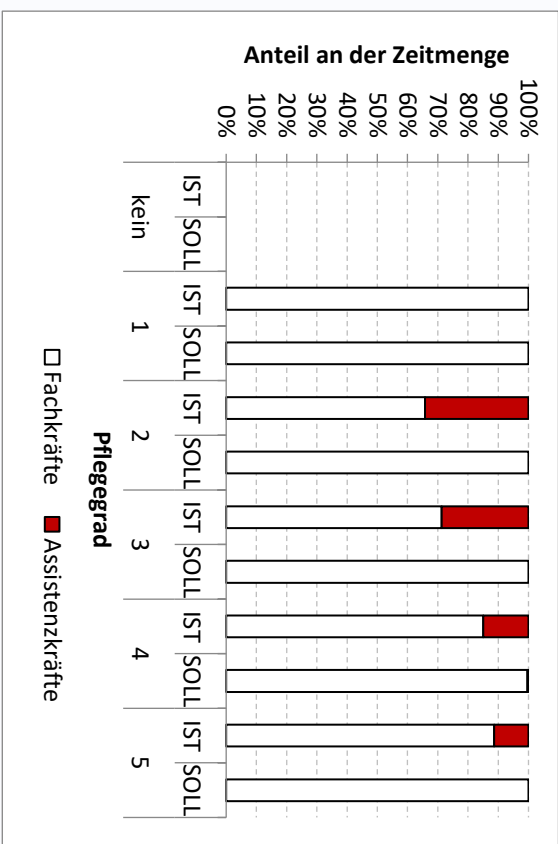
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



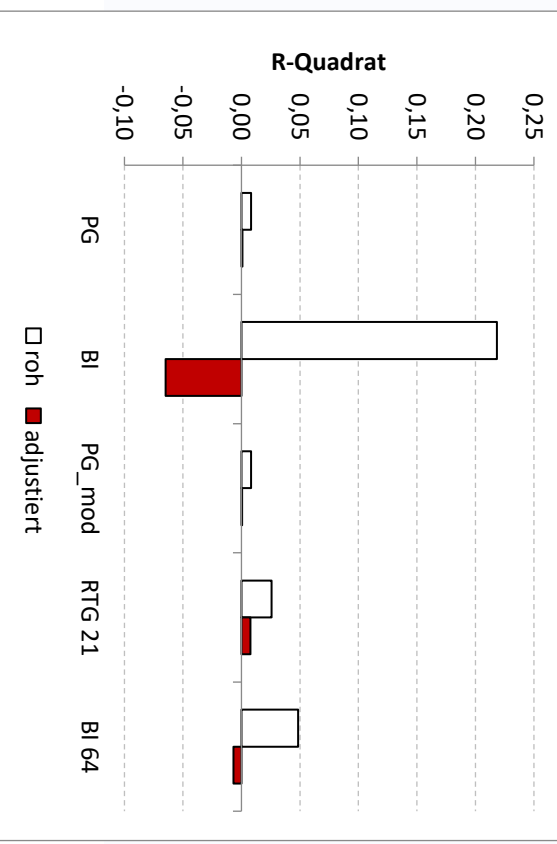
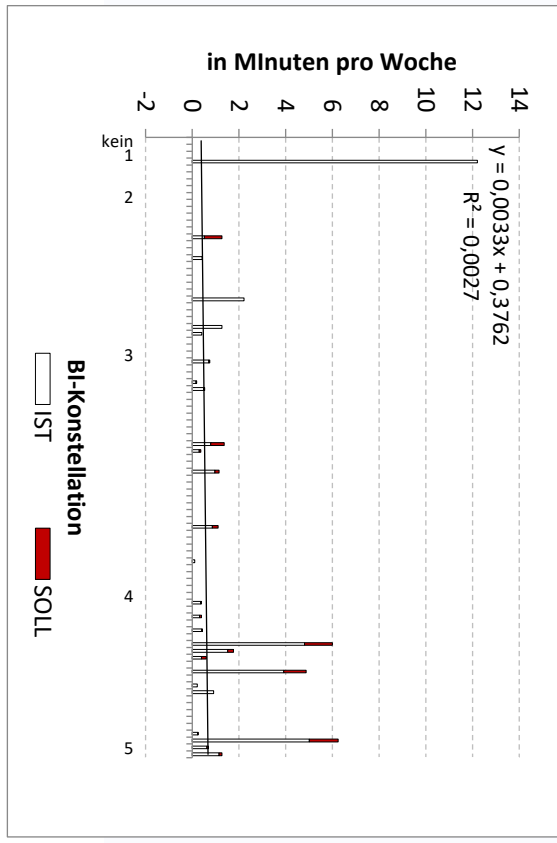
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



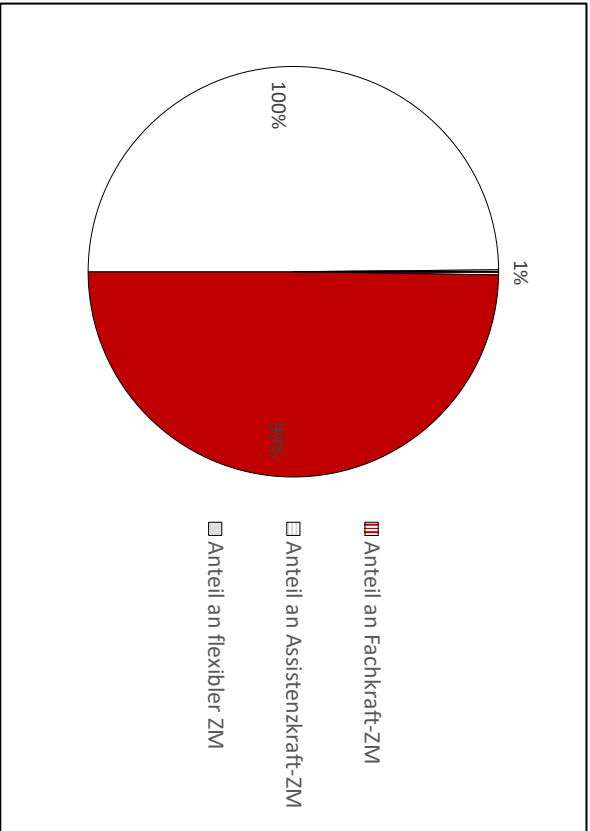
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



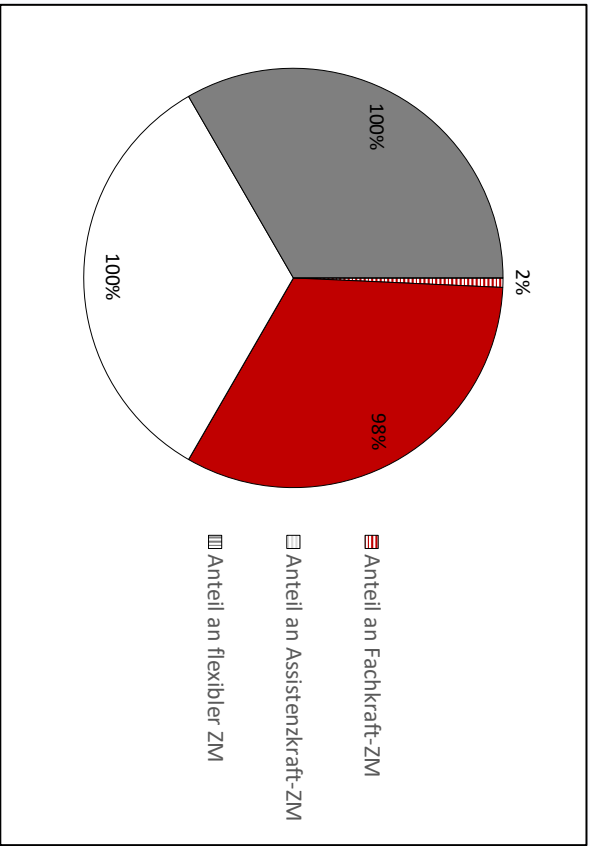
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitmenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



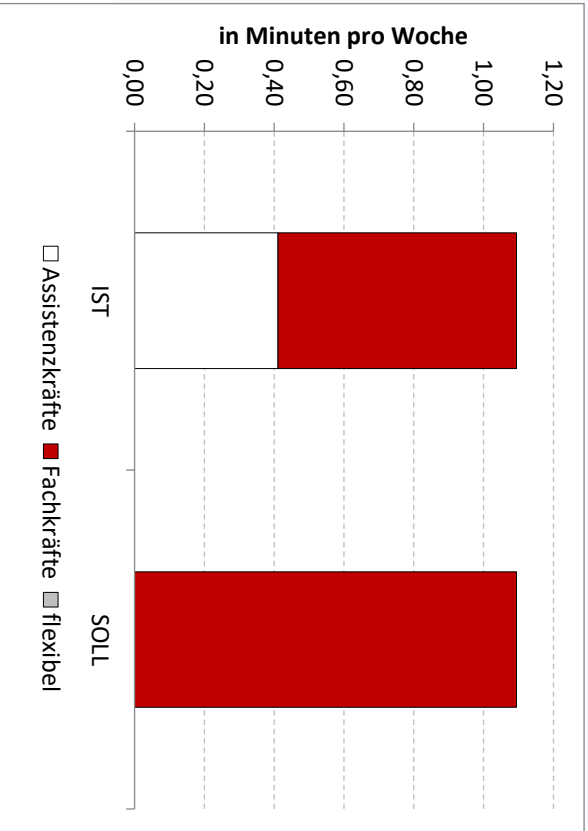
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



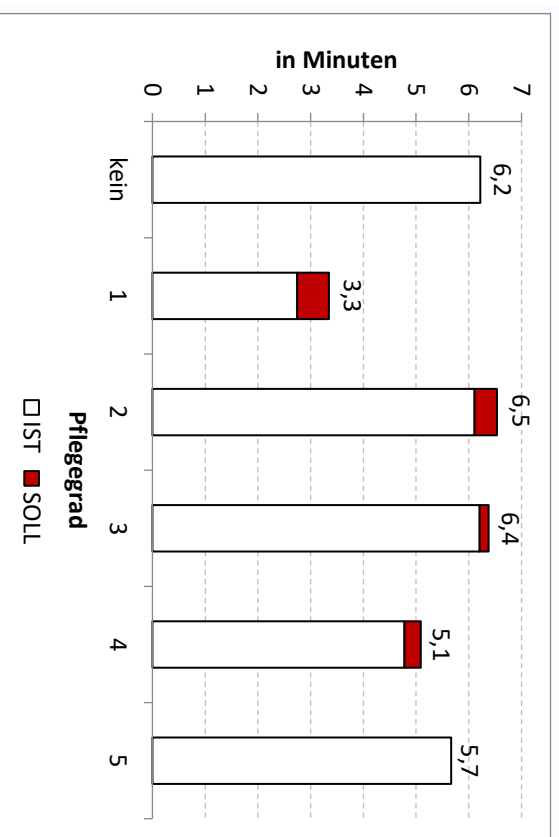
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



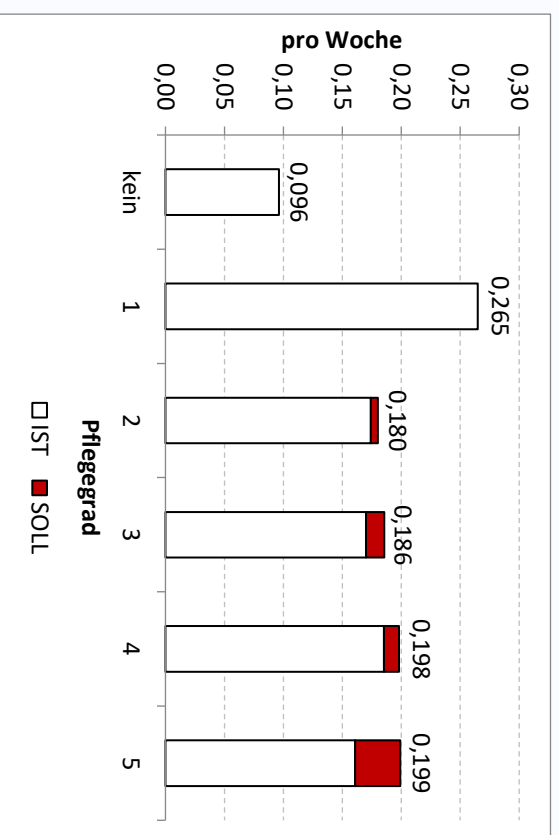
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



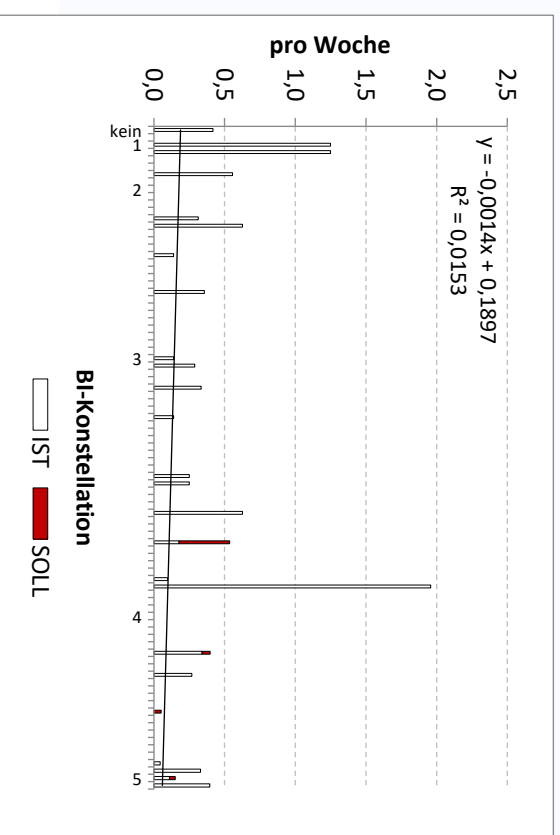
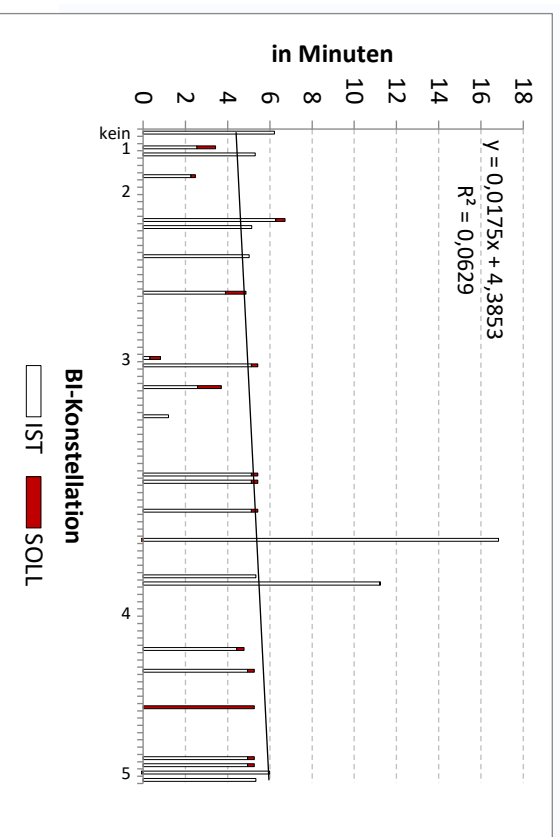
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...

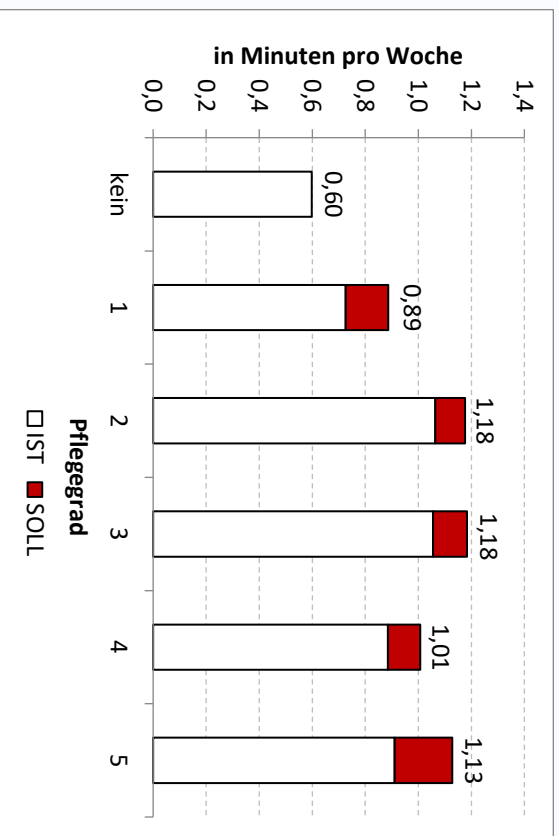


7.5 Berufsgruppenübergreifende Kommunikation

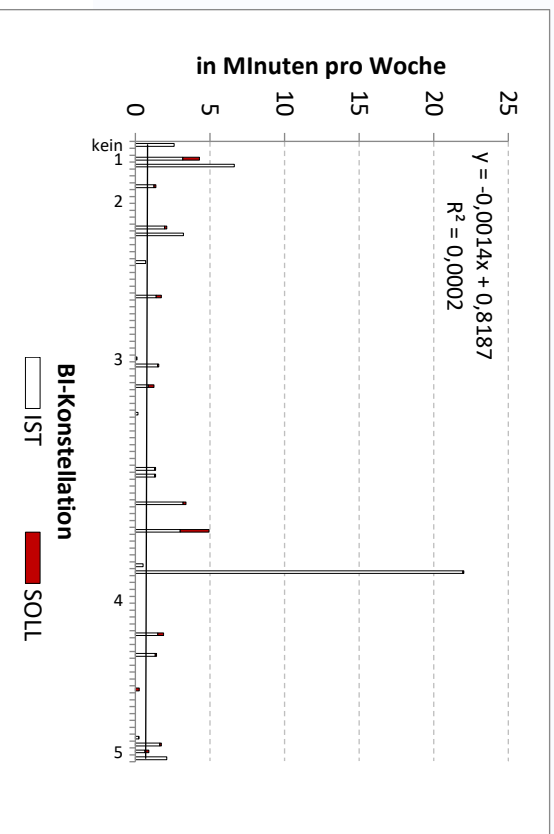
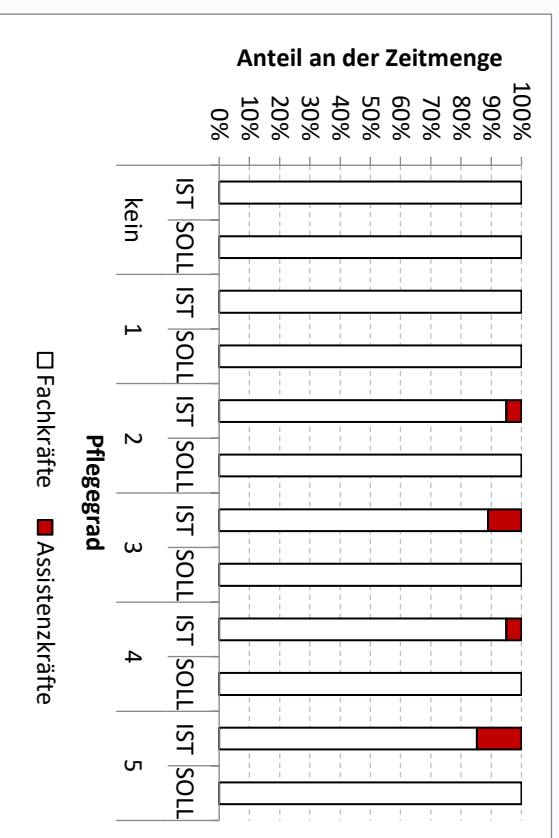


7.5 Berufsgruppenübergreifende Kommunikation

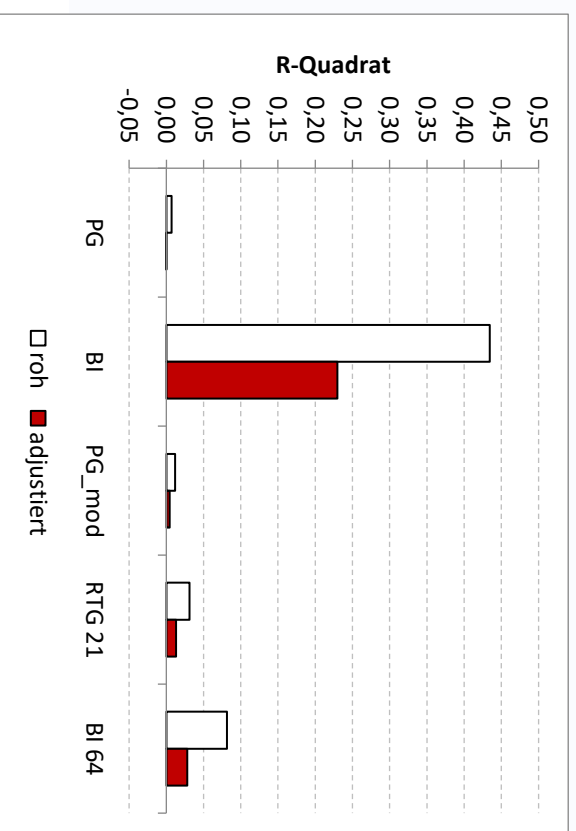
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)

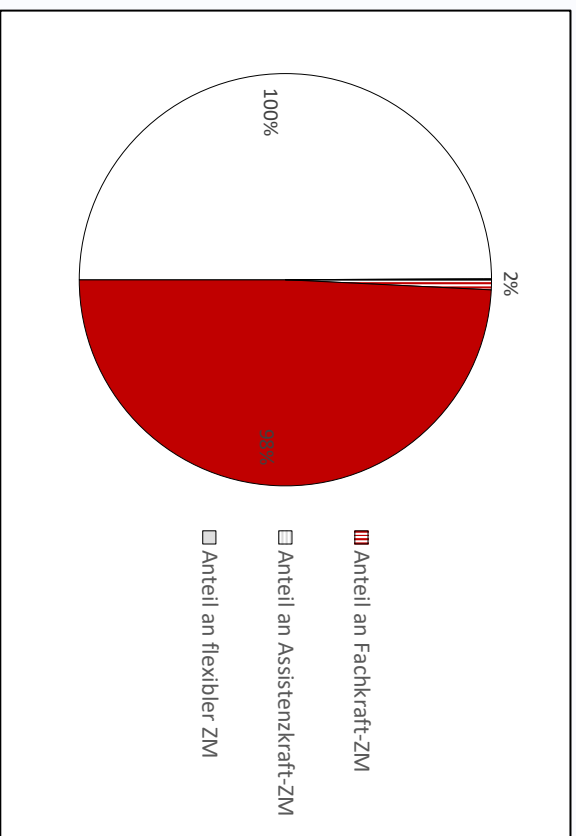


Varianzaufklärung der SOLL-Zeitmenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)

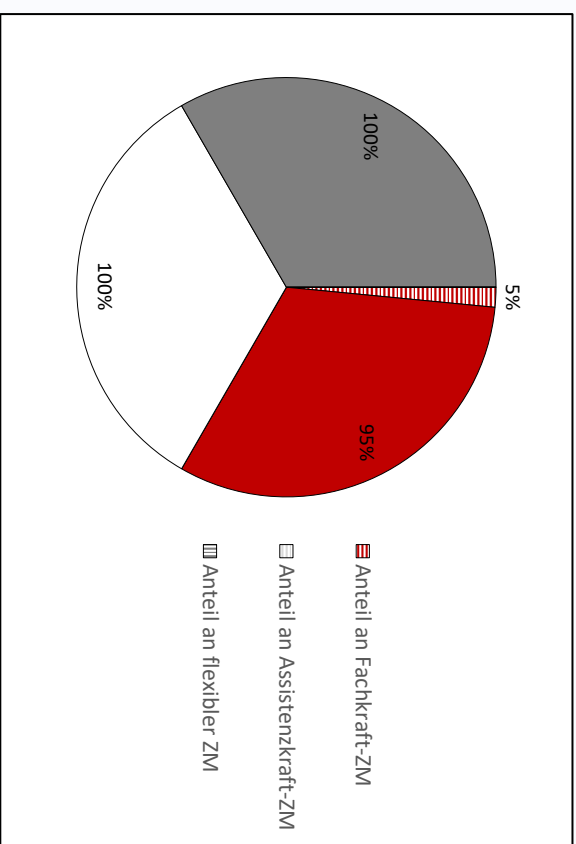


7.5 Berufsgruppenübergreifende Kommunikation

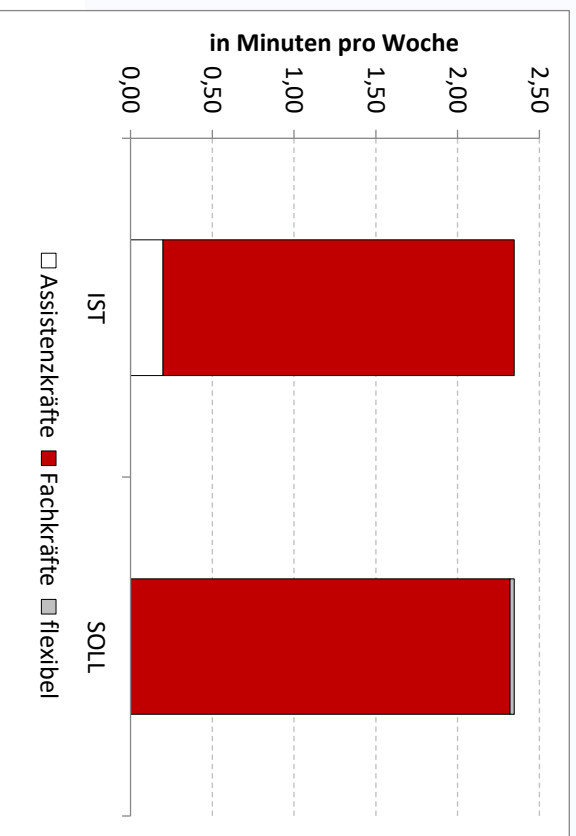
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



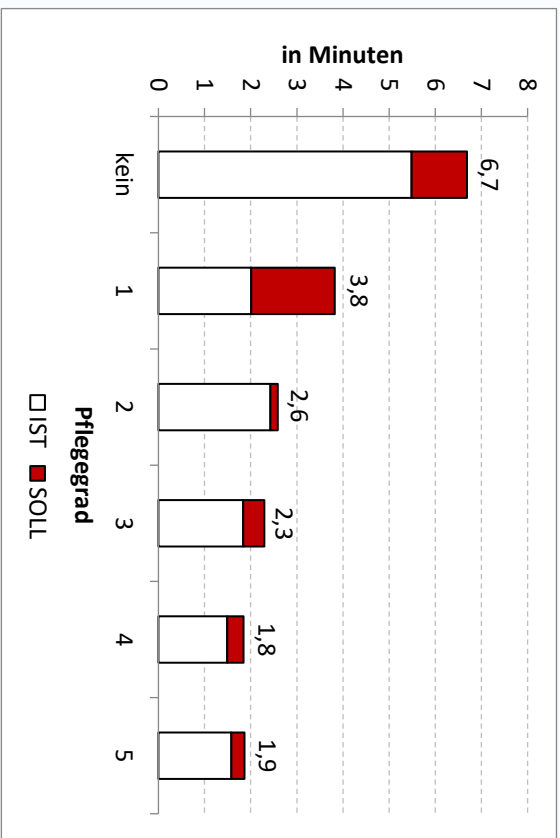
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



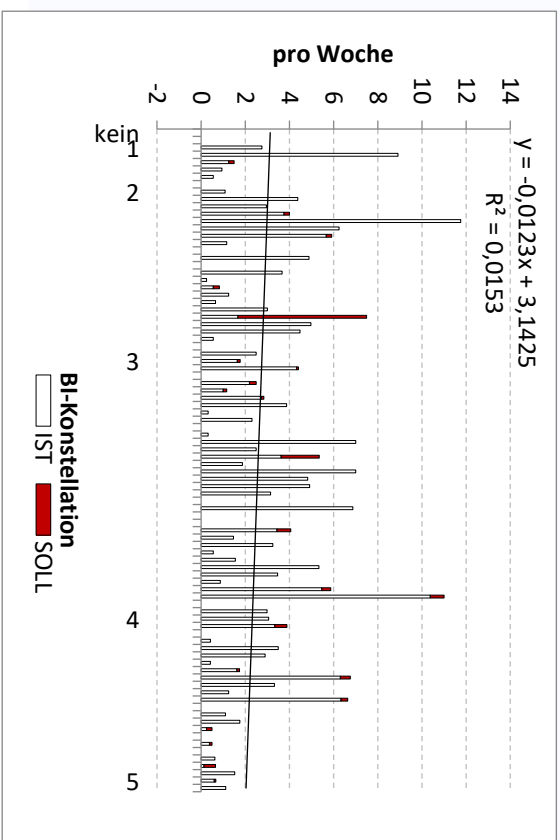
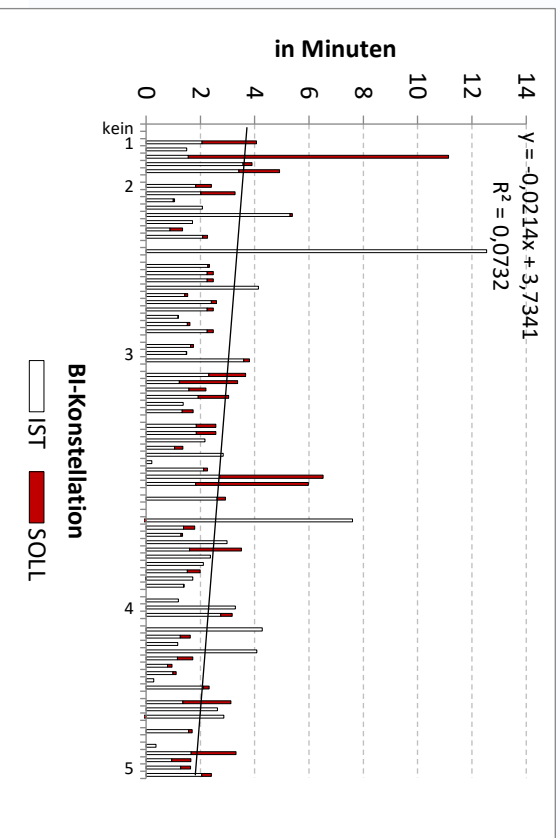
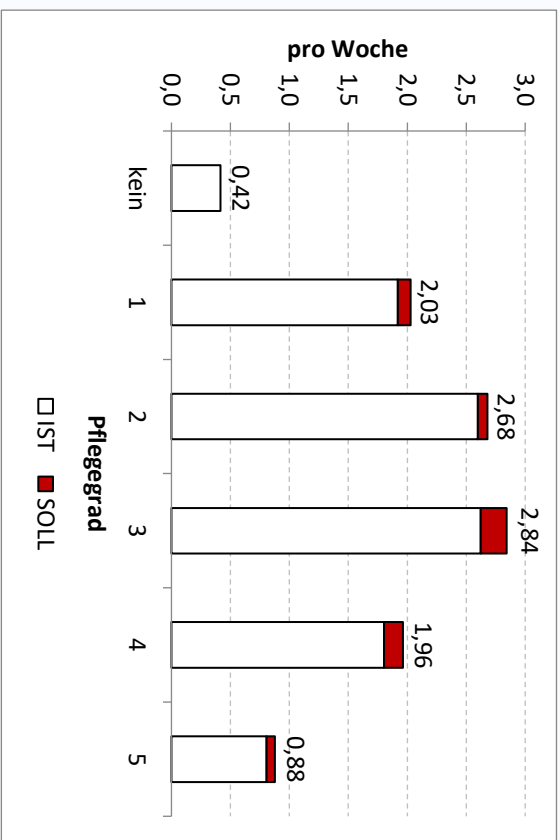
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



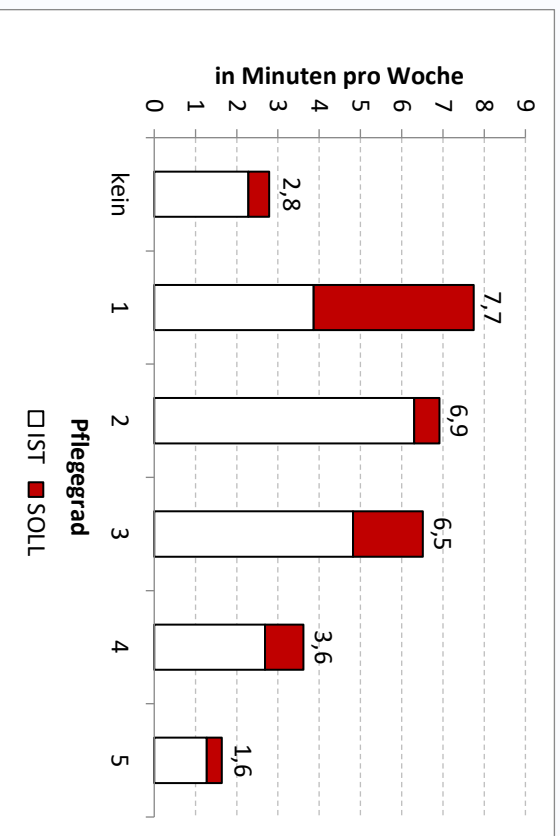
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



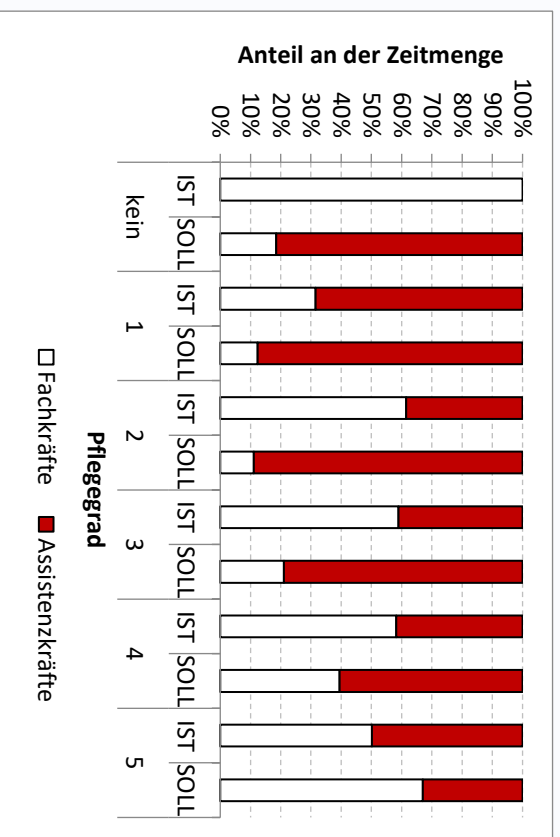
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



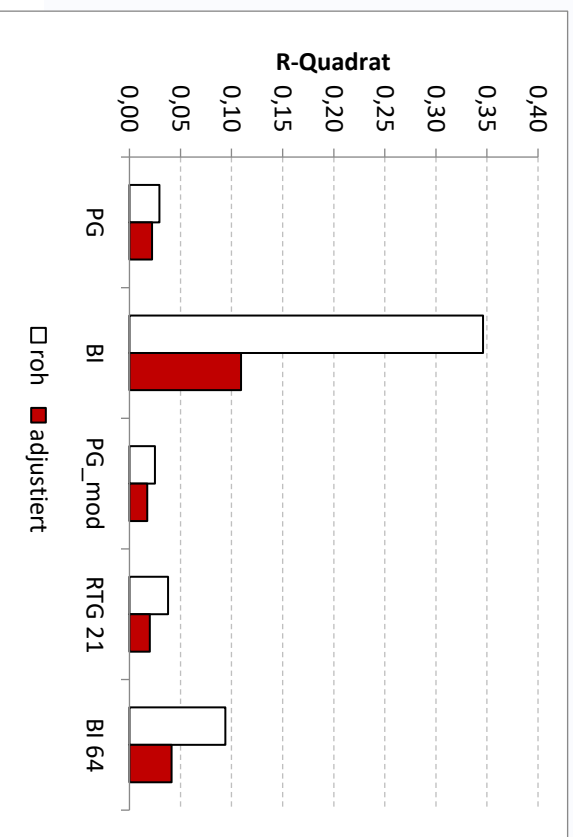
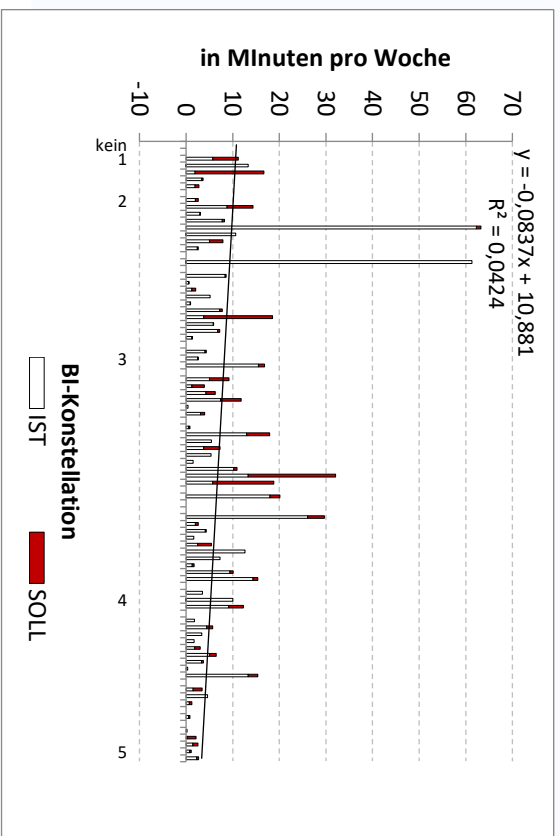
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



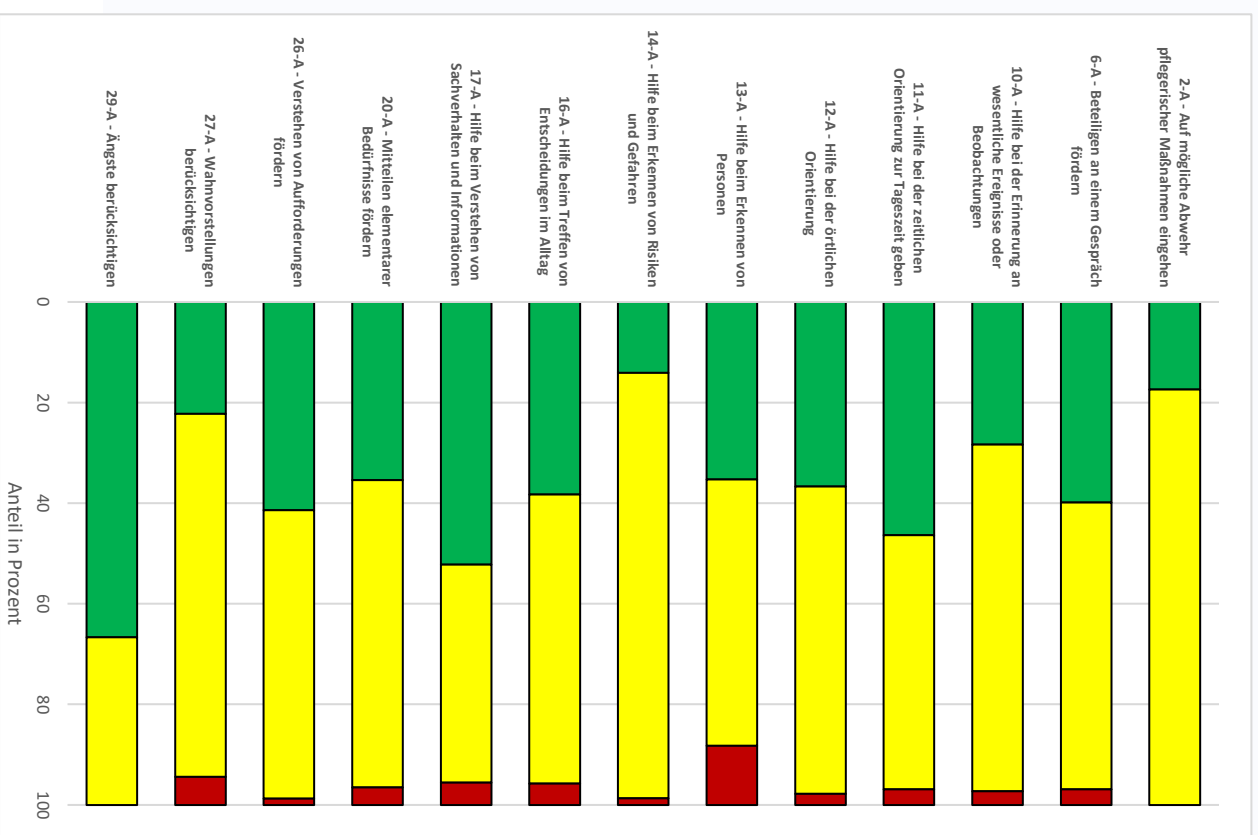
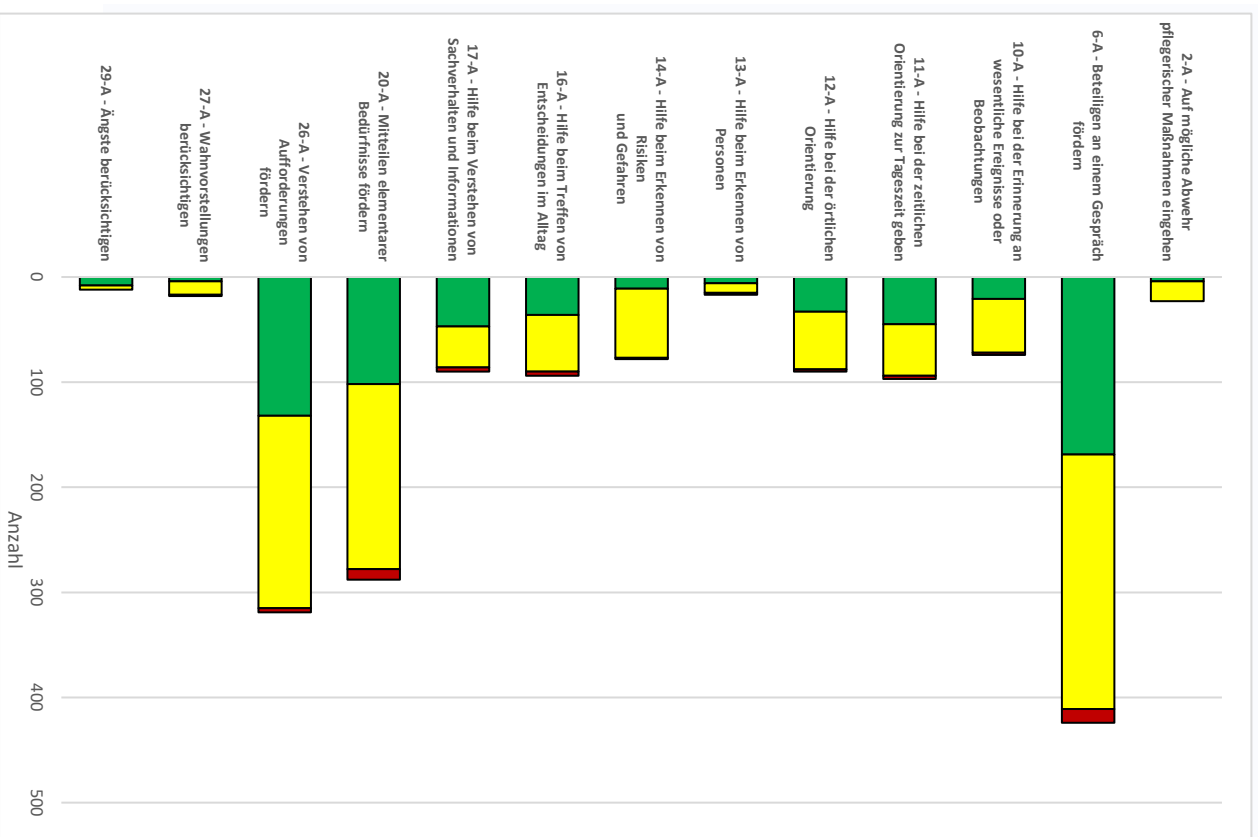
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



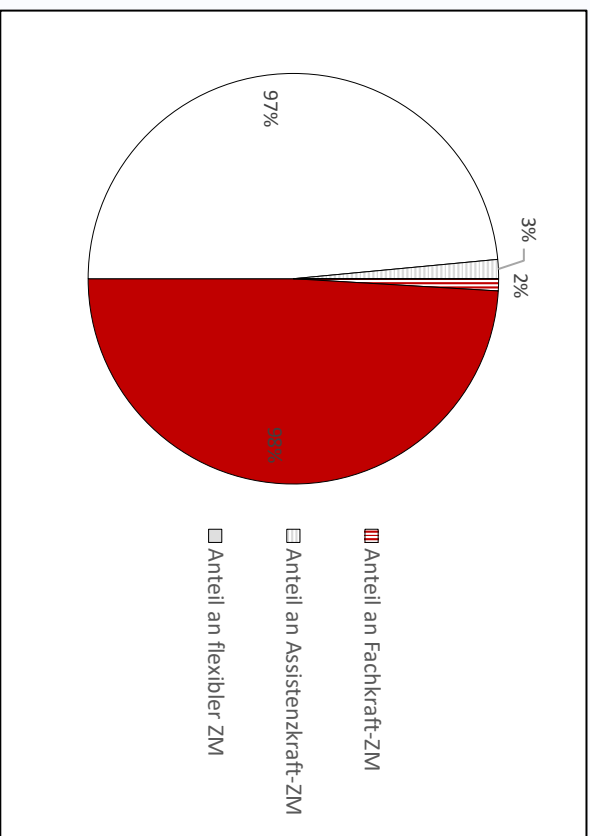
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitmenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



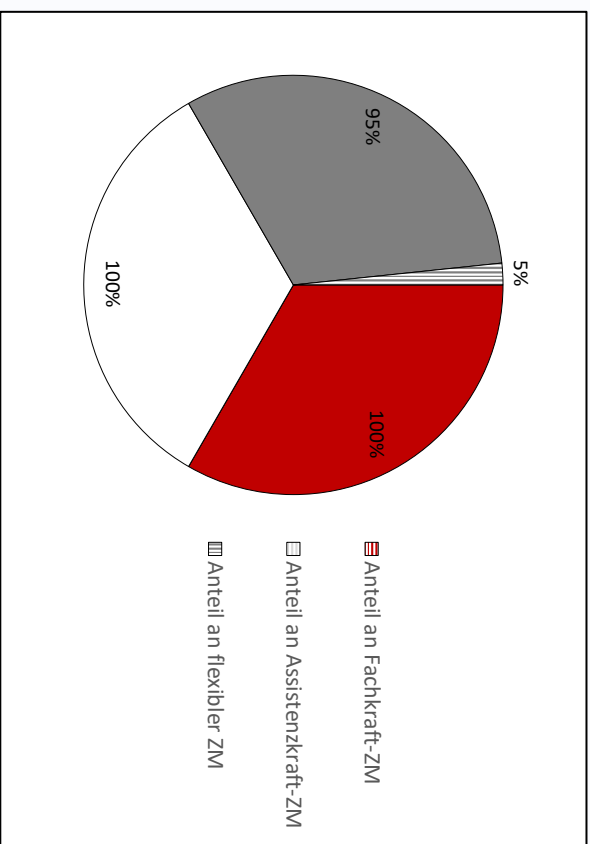
Absolute und relative Teilschrittbewertung



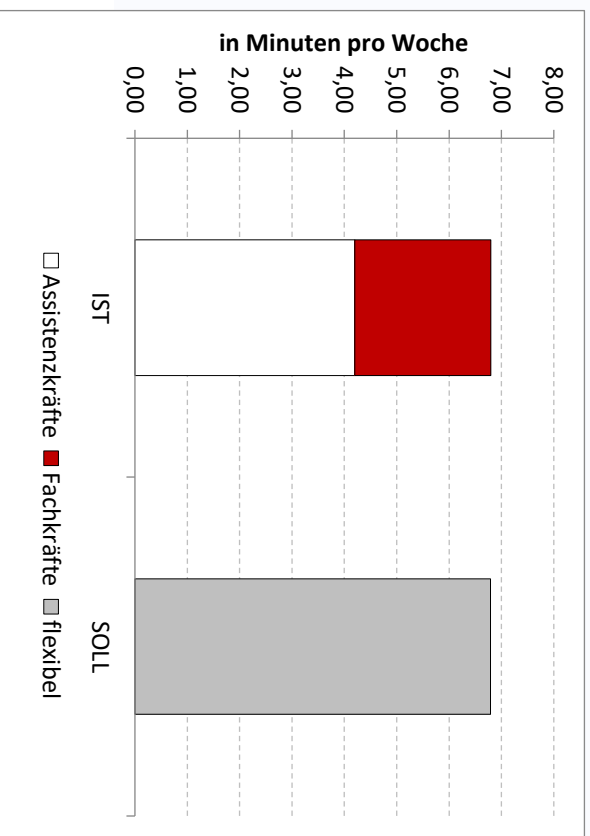
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



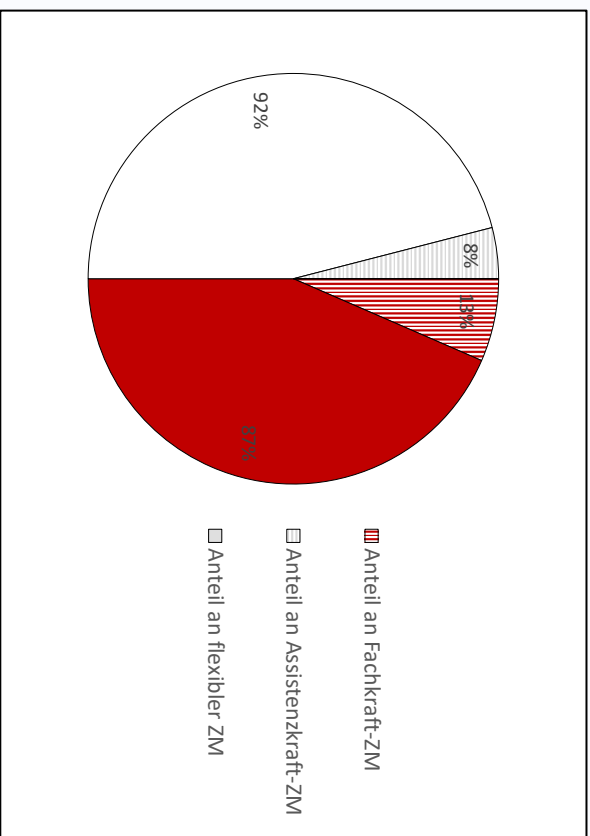
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



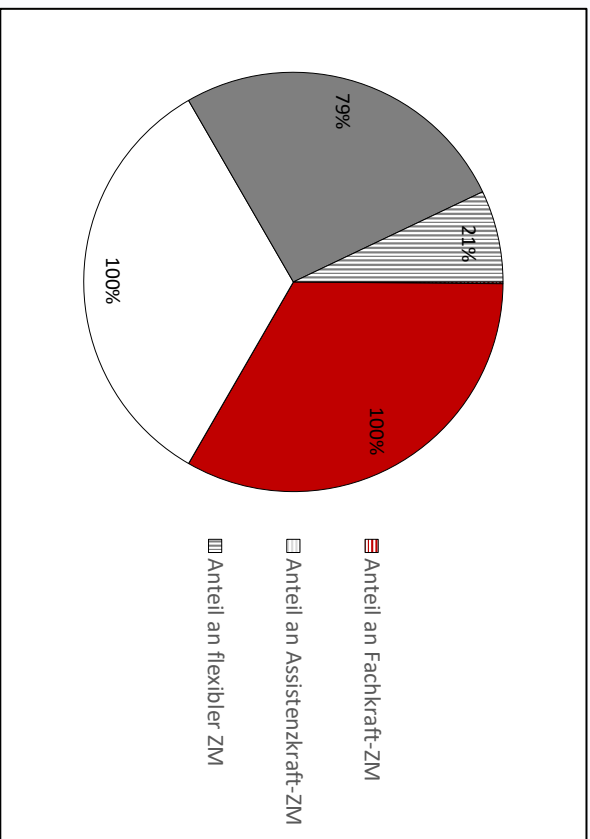
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



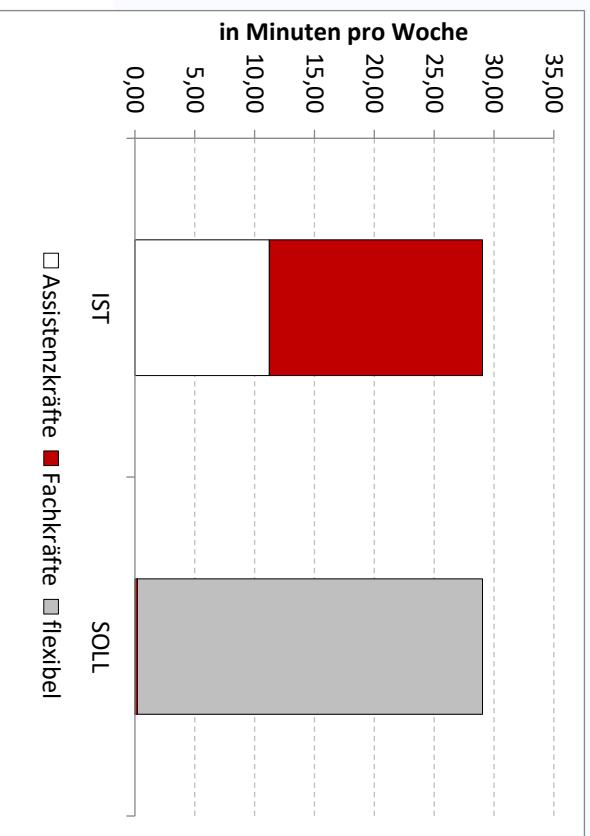
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



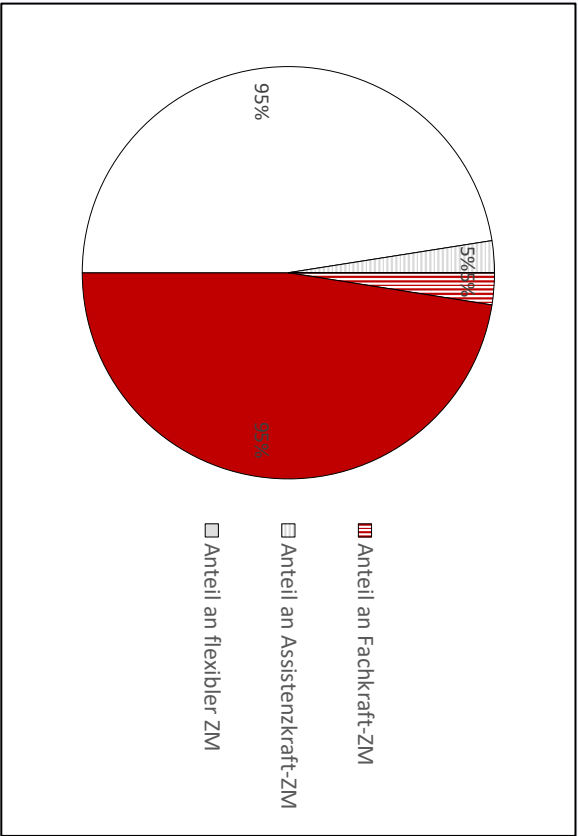
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



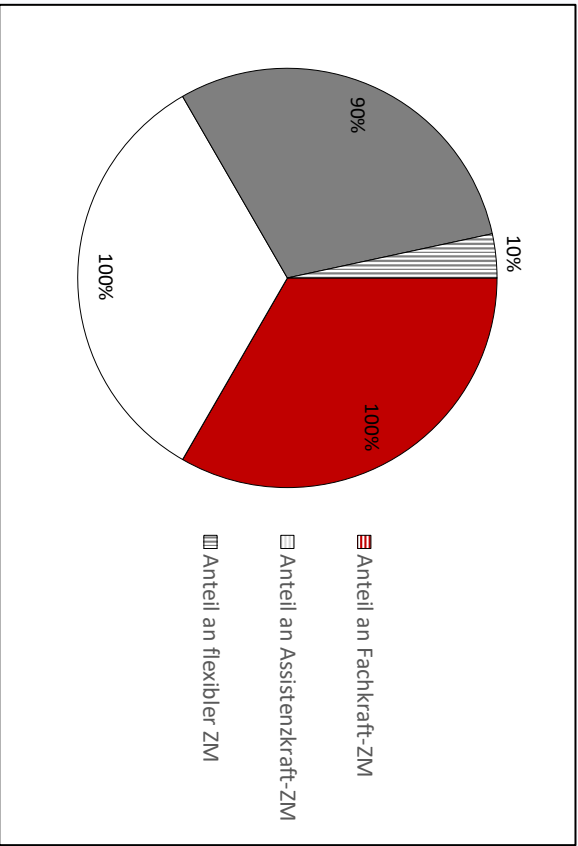
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



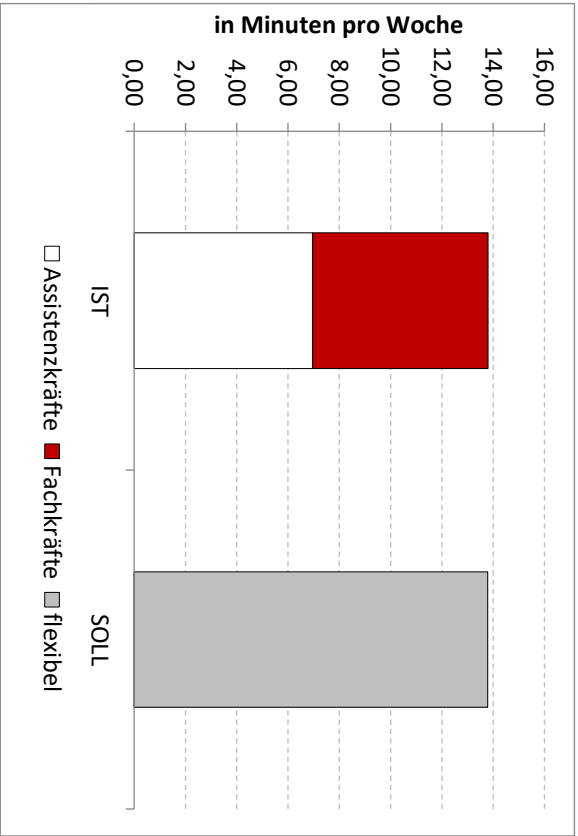
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



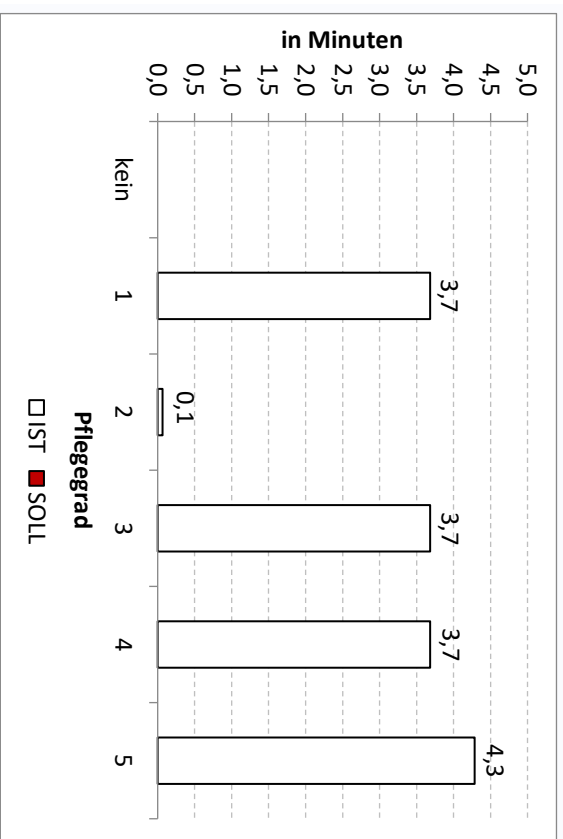
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



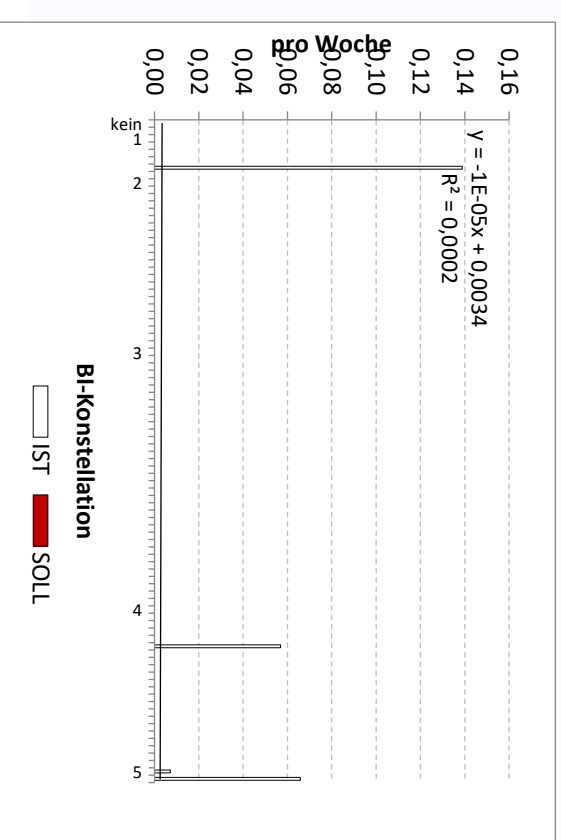
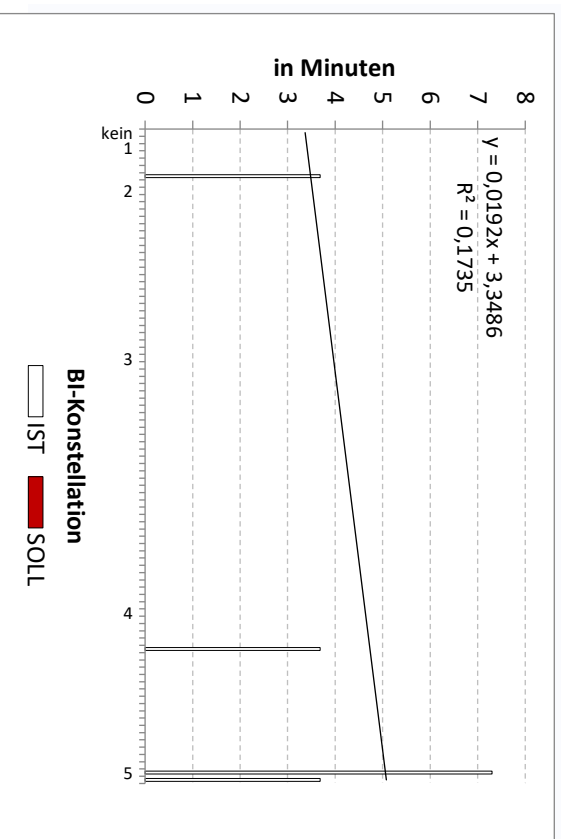
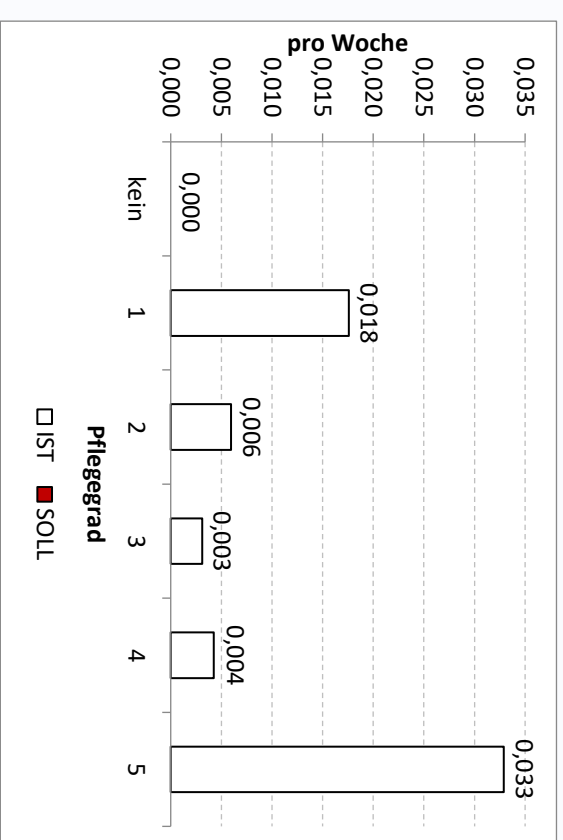
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



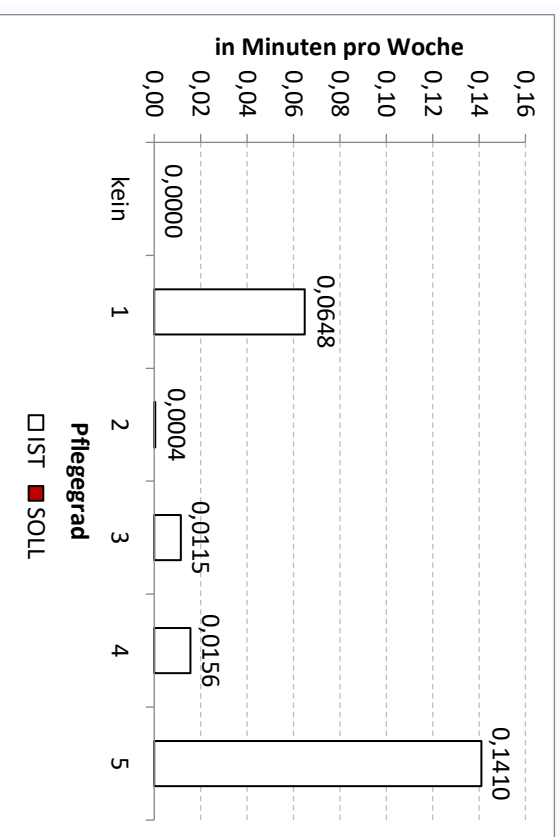
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



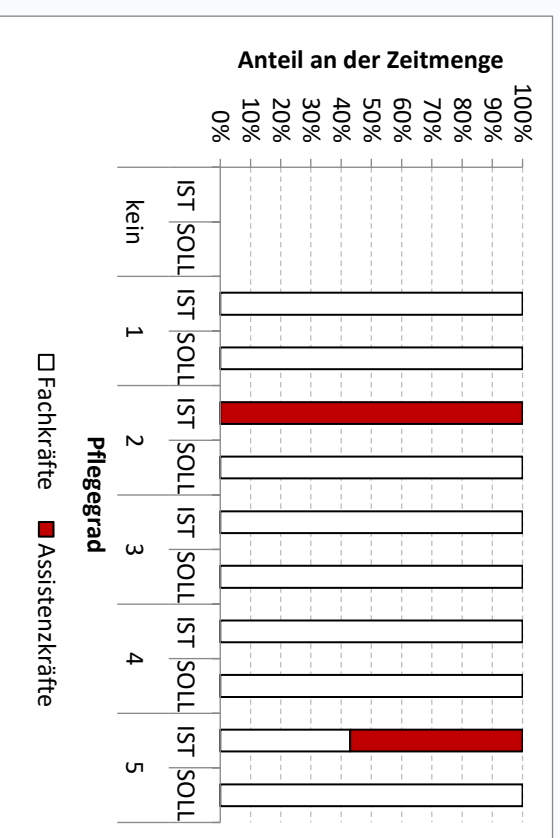
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



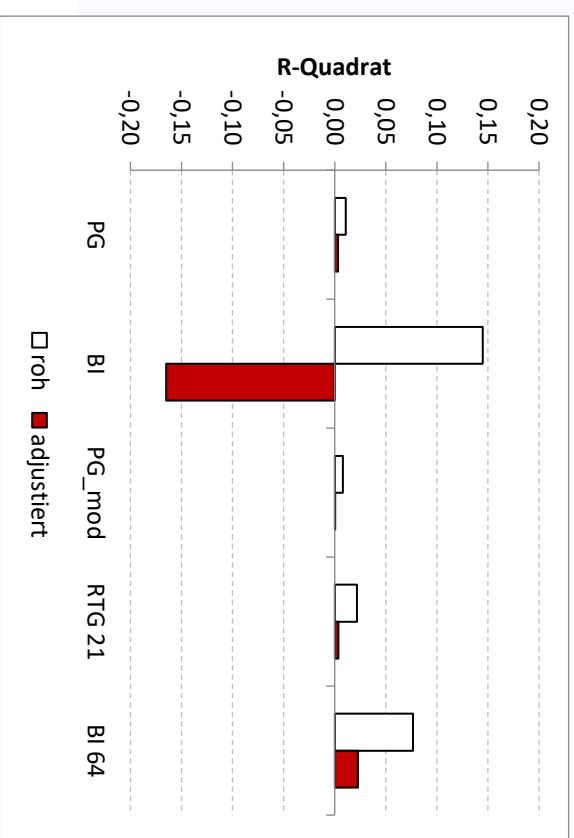
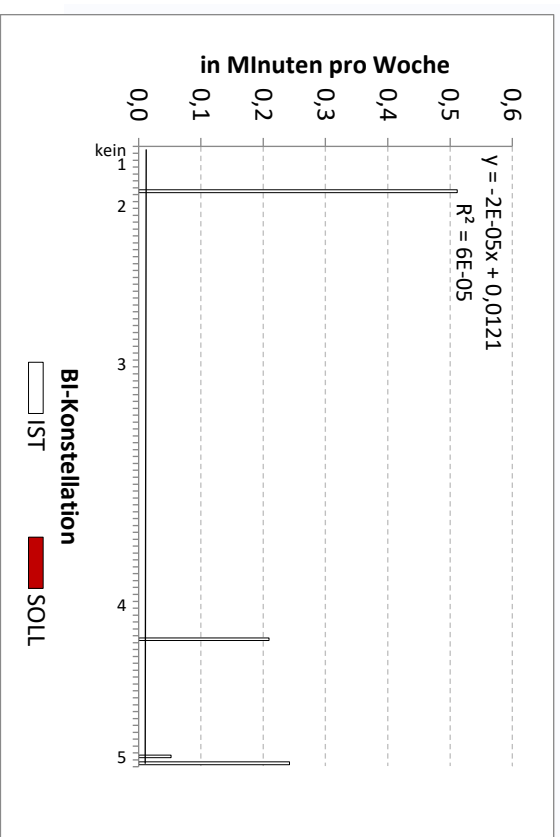
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)

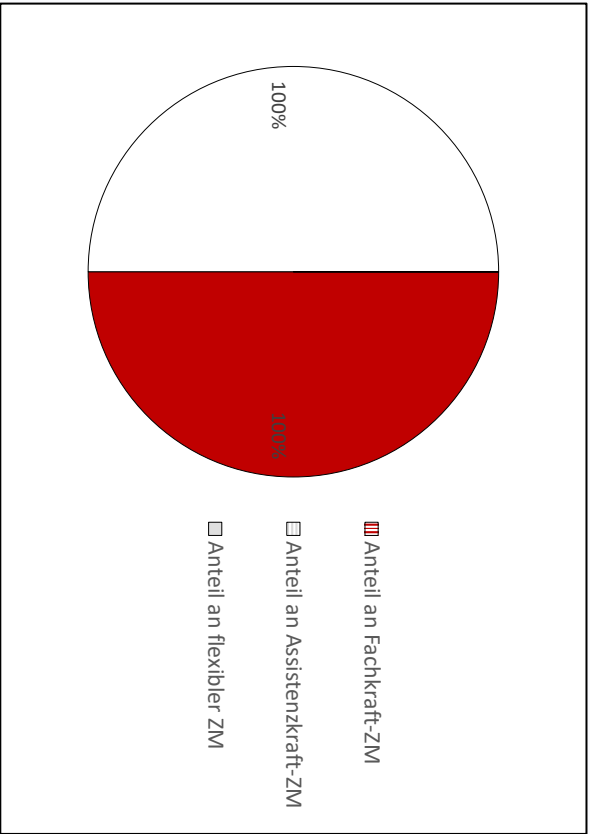


Varianzaufklärung der SOLL-Zeitemenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)

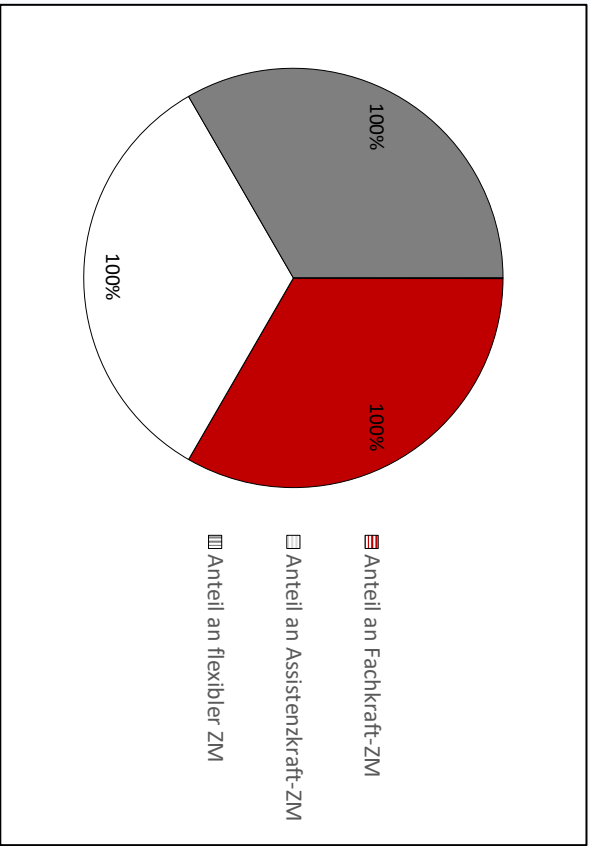


7.9 Multidisziplinäre Fallbesprechung

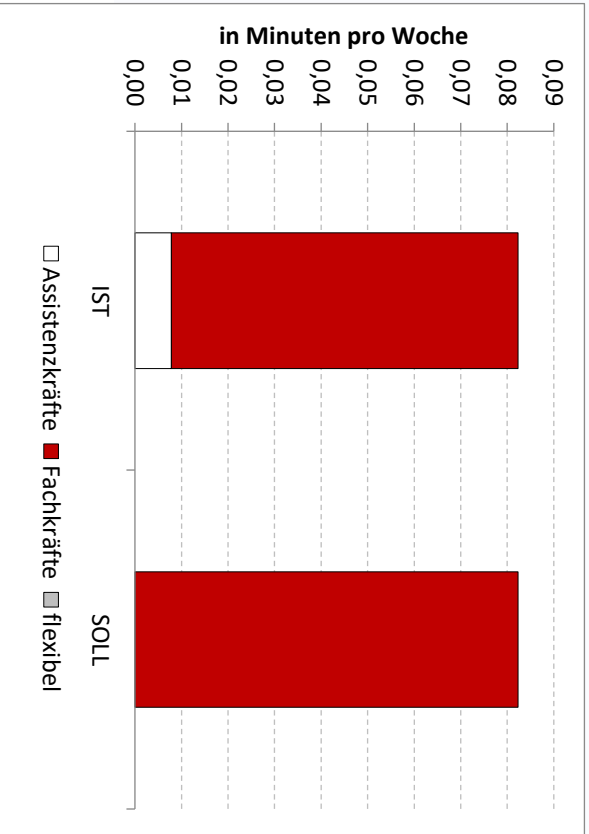
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



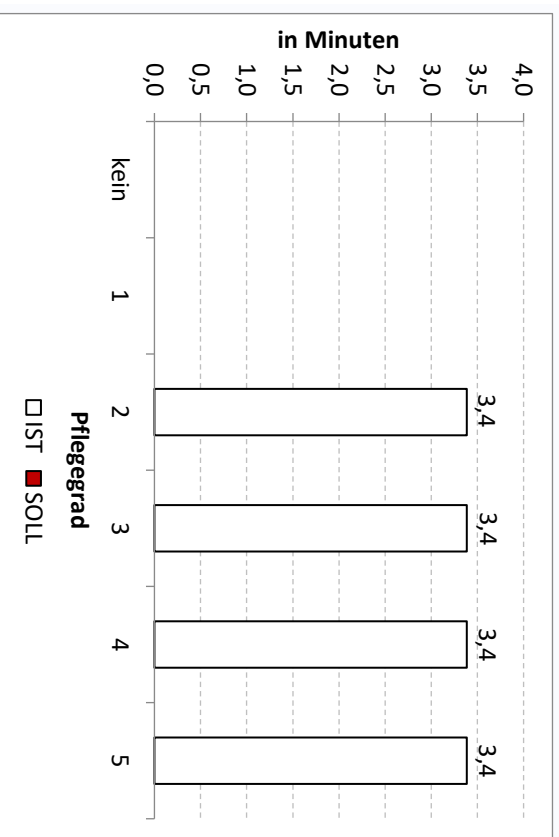
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



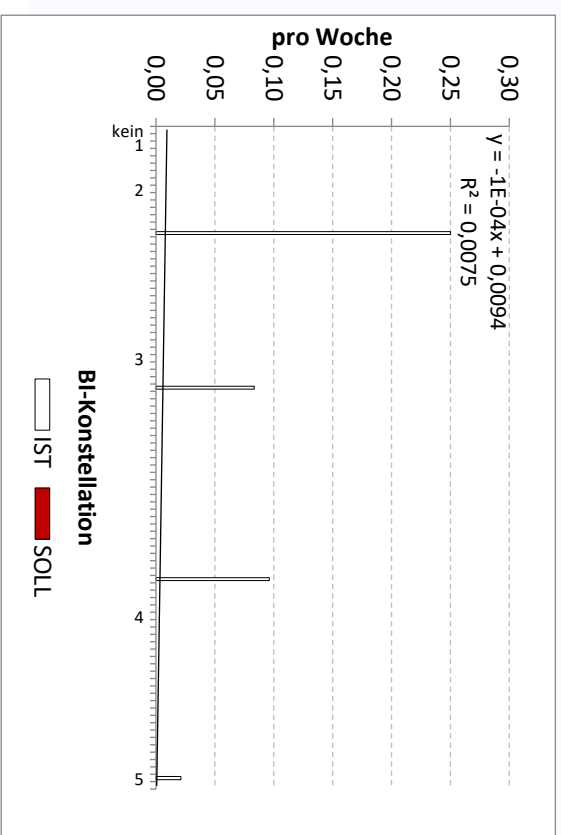
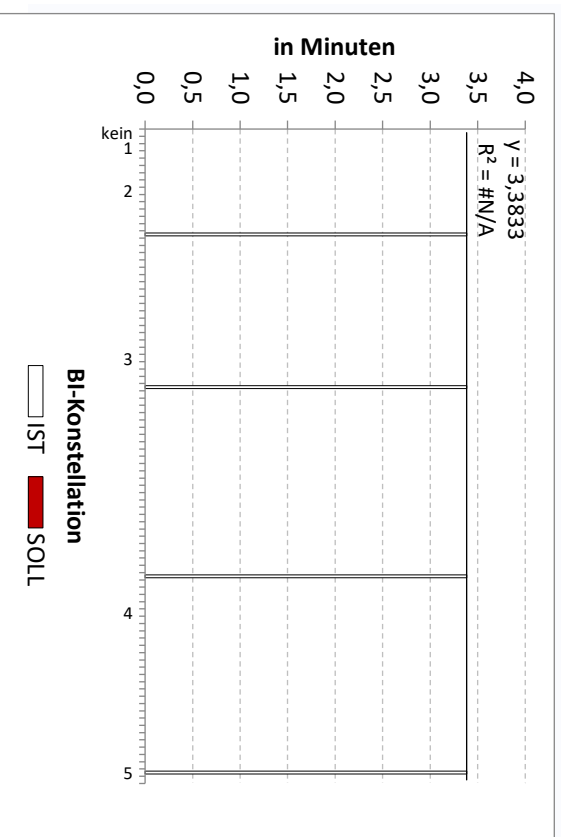
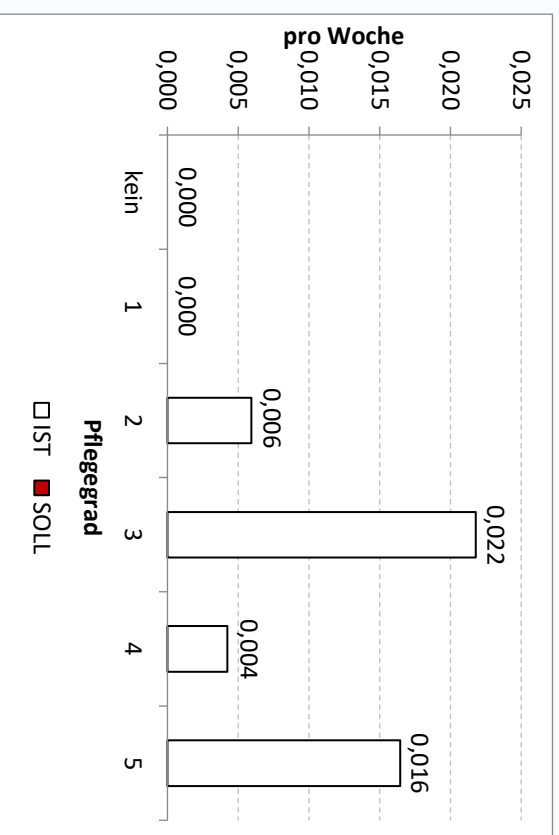
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



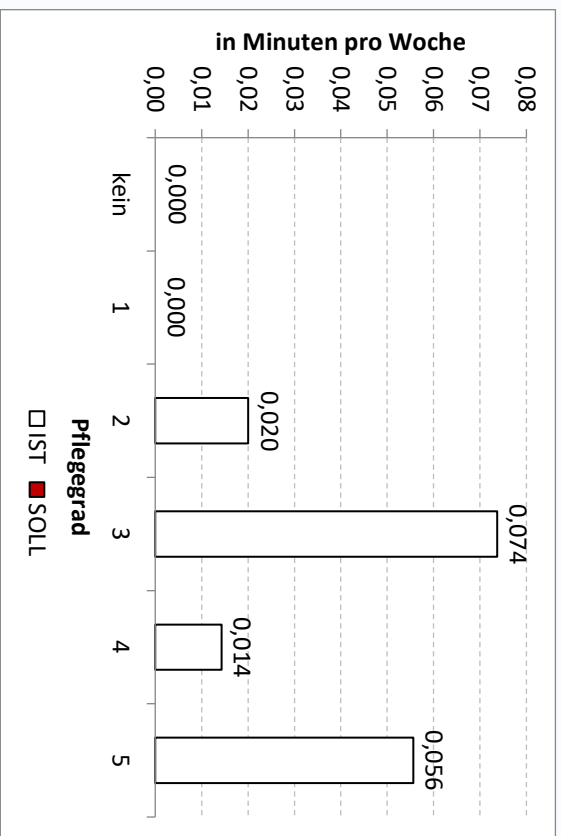
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



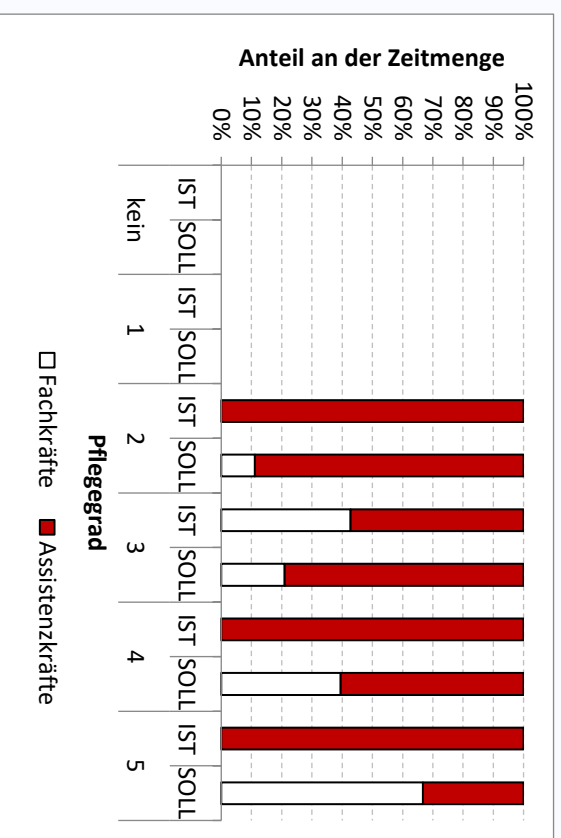
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



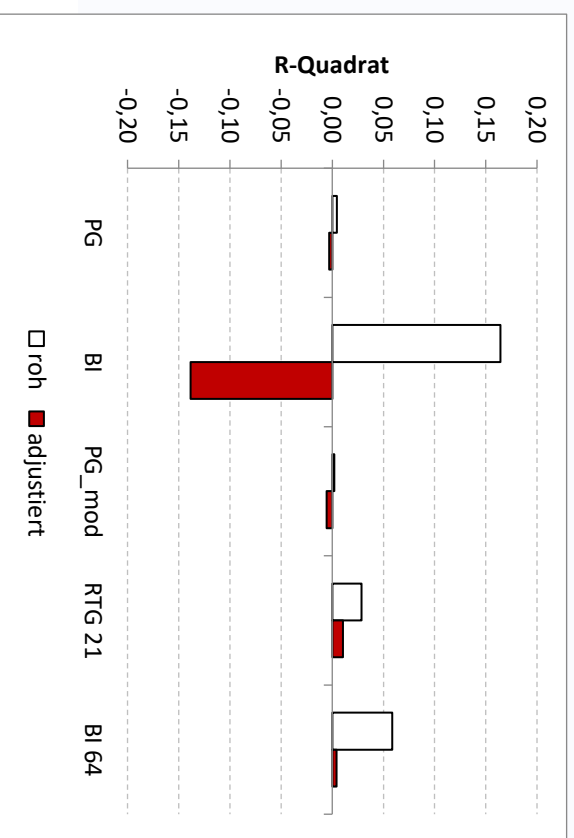
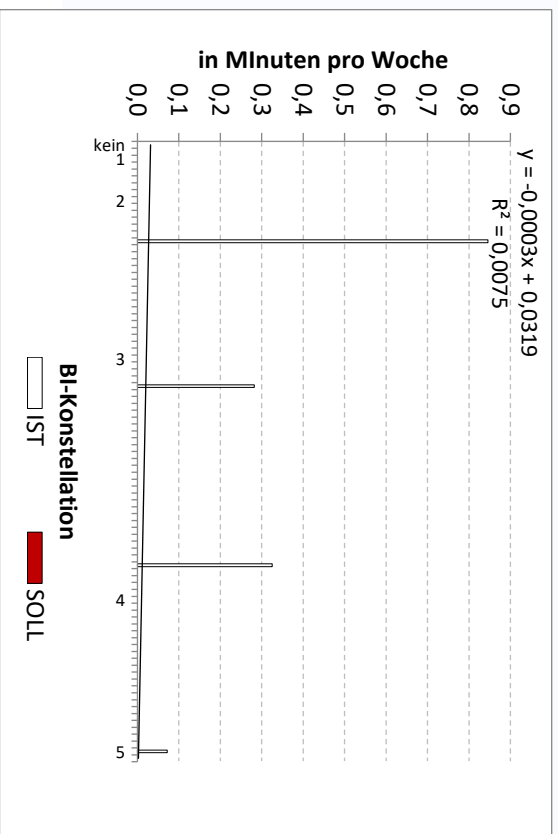
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



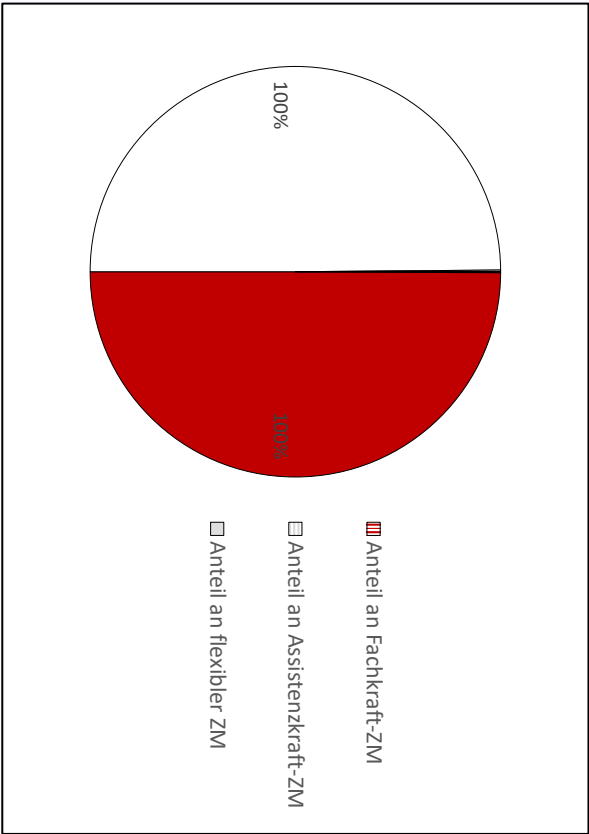
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



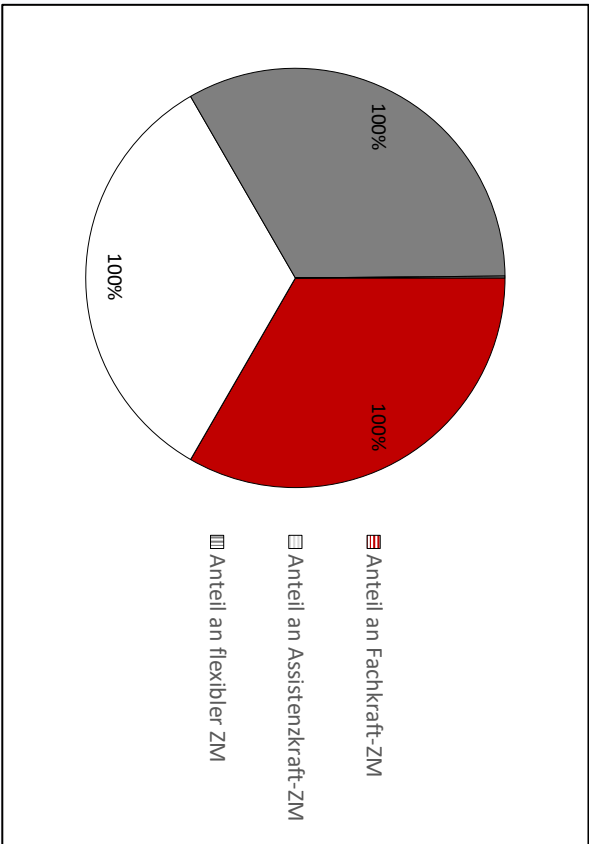
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitemenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



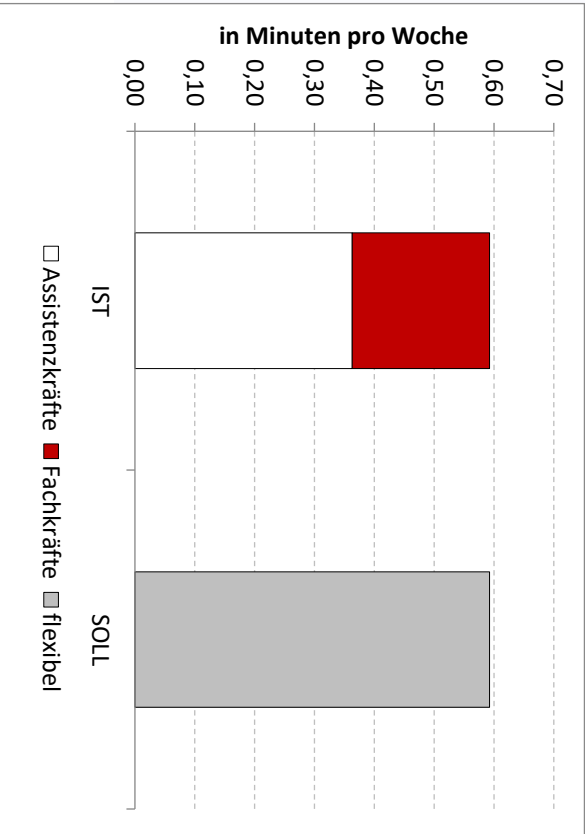
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



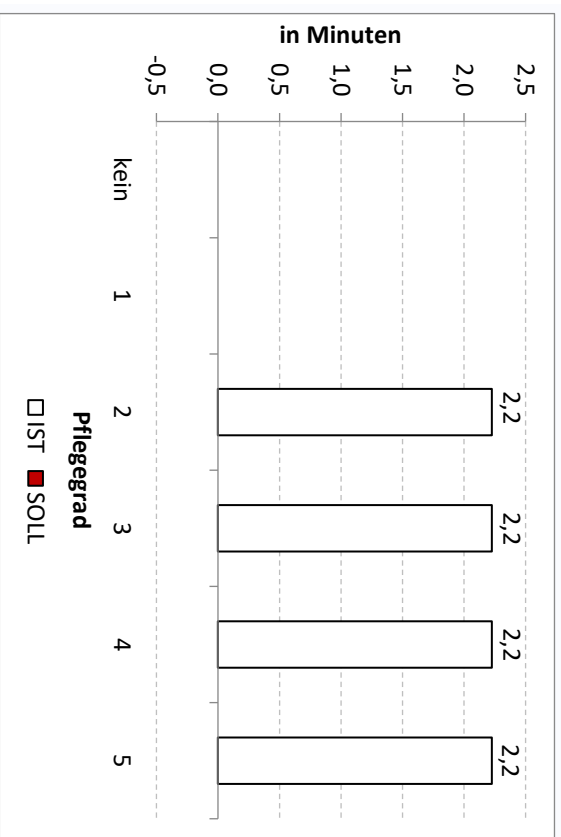
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



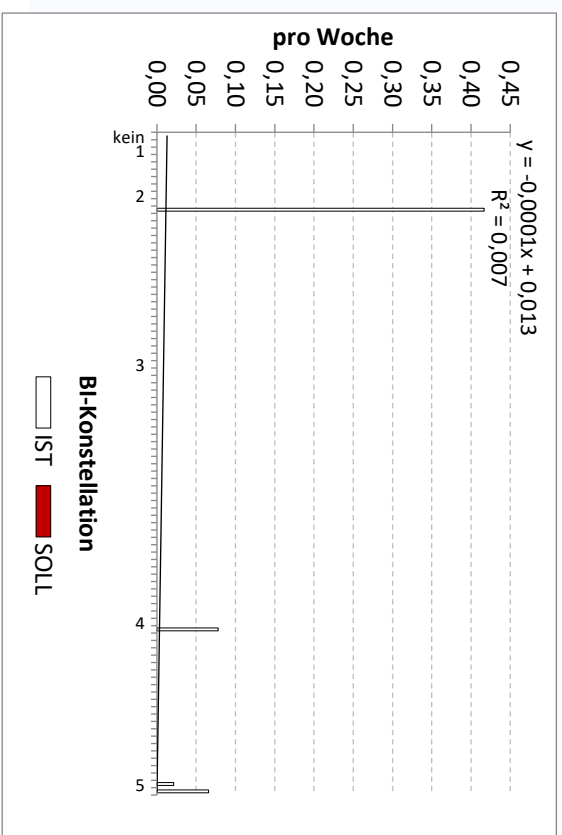
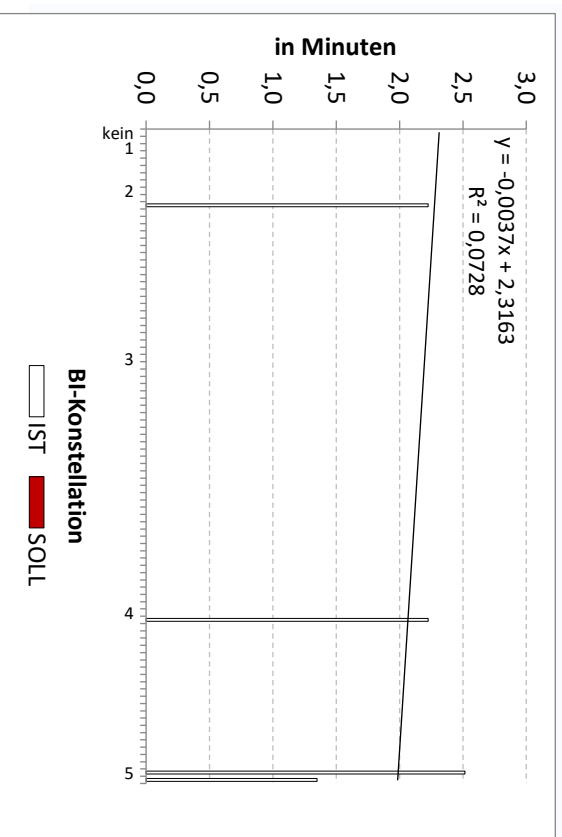
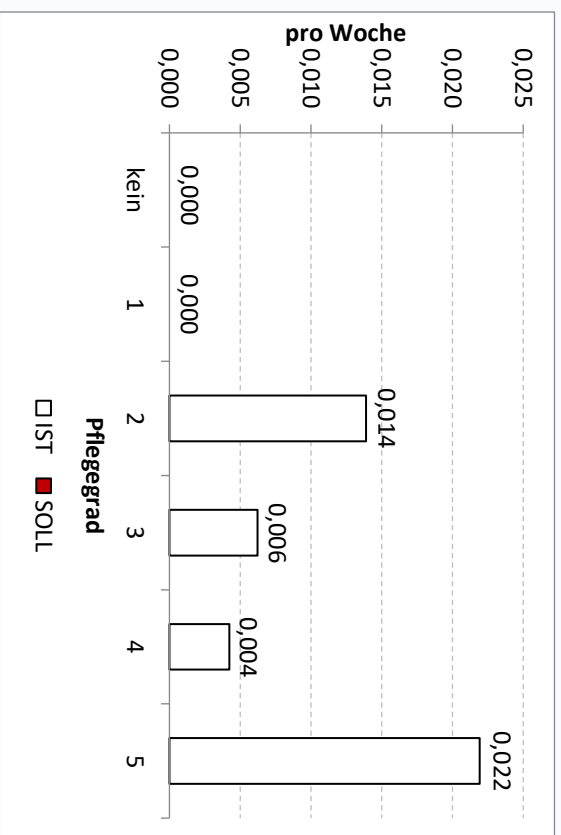
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



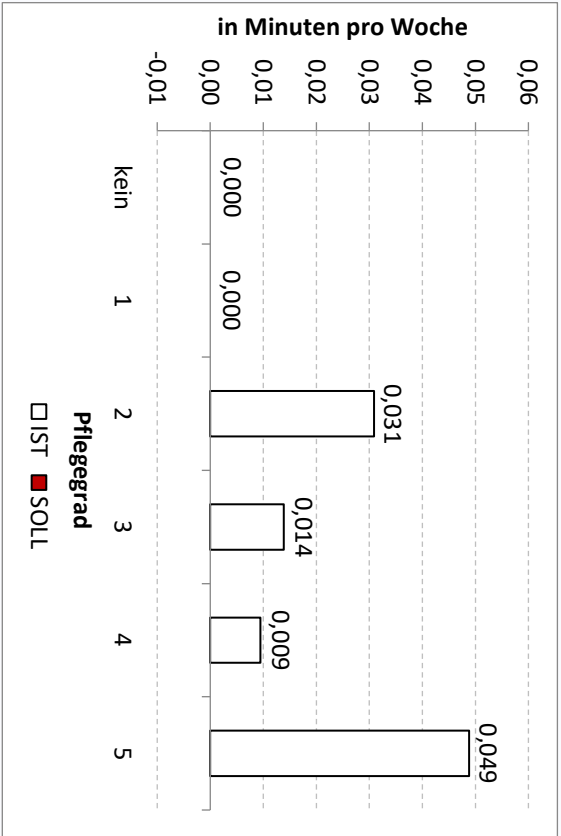
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



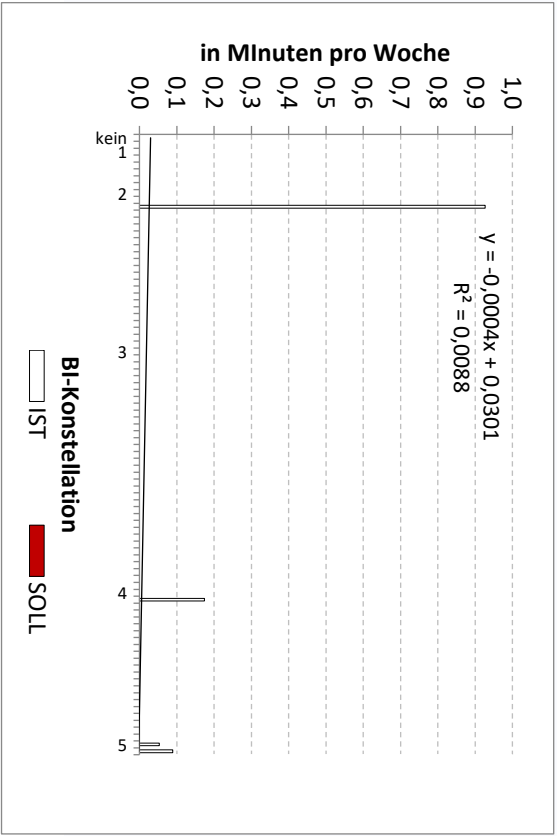
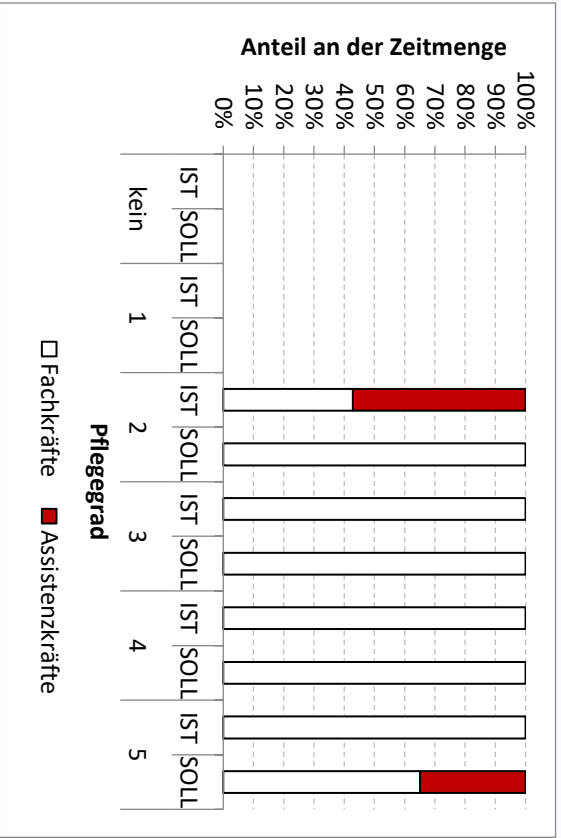
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



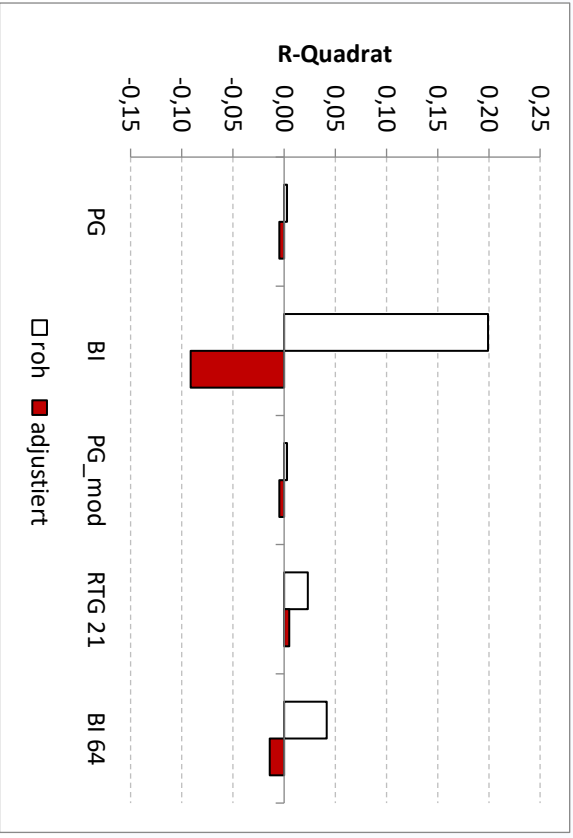
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)

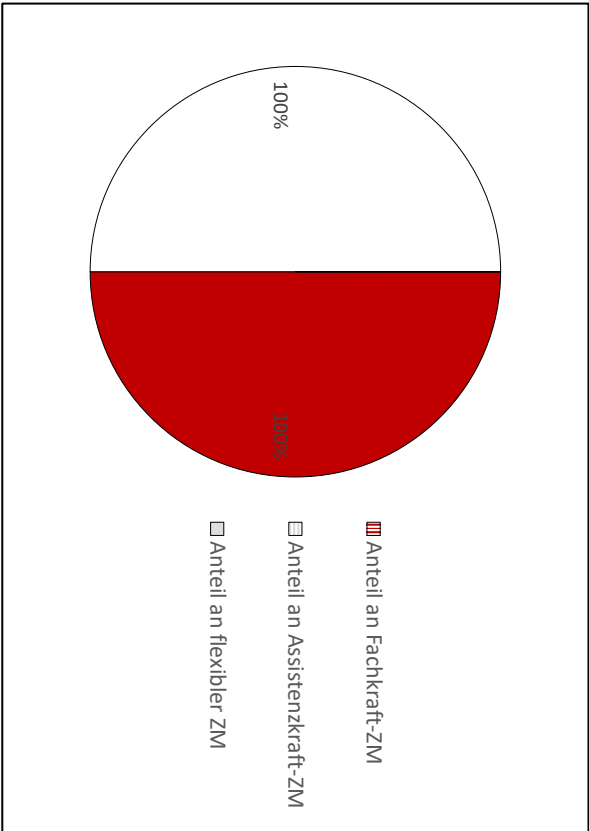


Varianzaufklärung der SOLL-Zeitmenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)

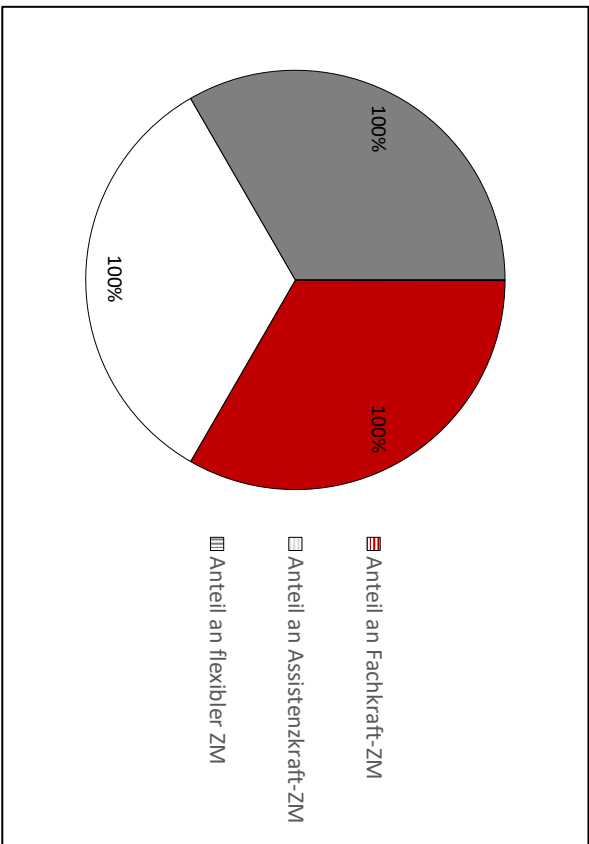


7.12 Gerätemanagement und Notfallwagenkontrolle

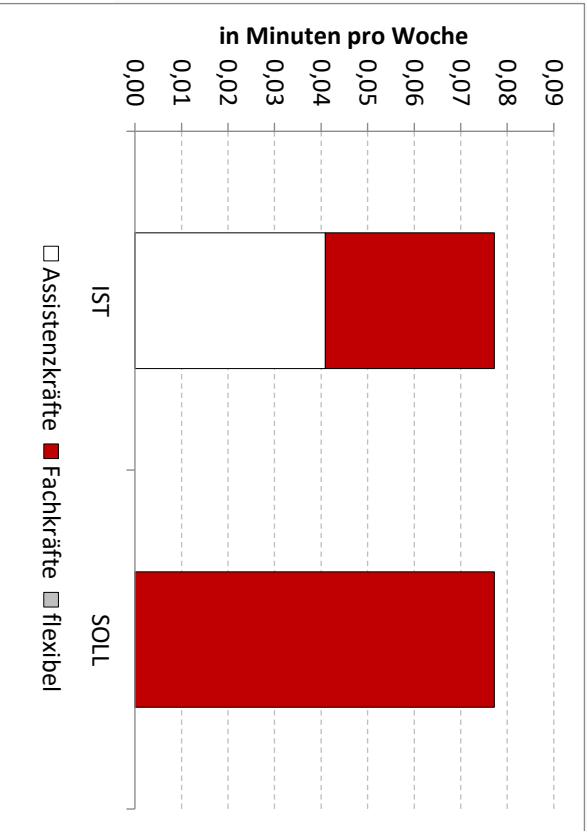
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



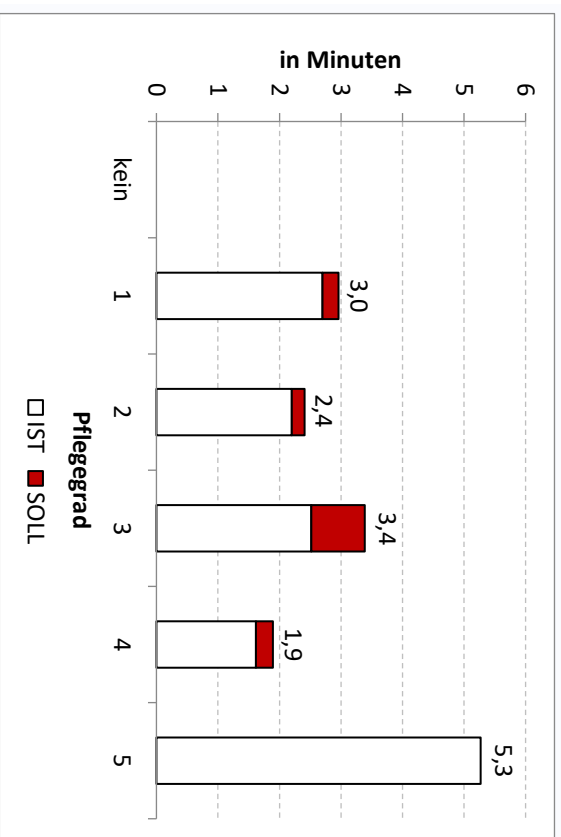
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



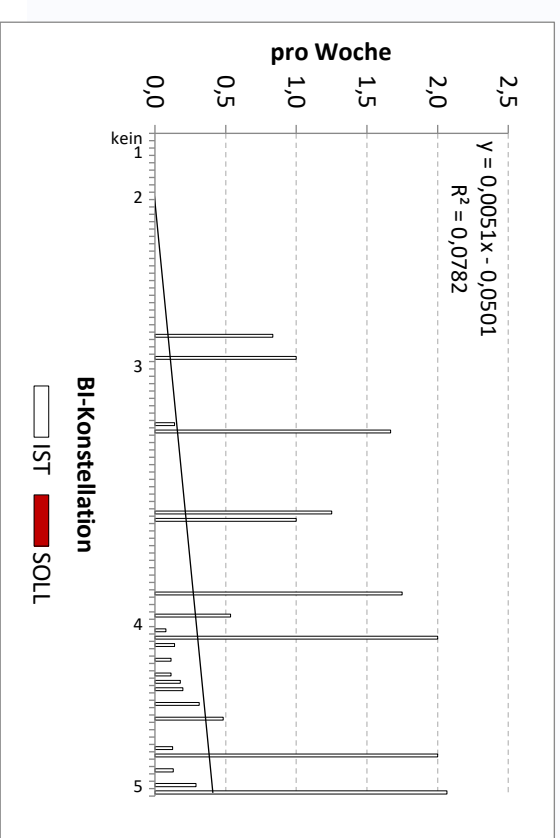
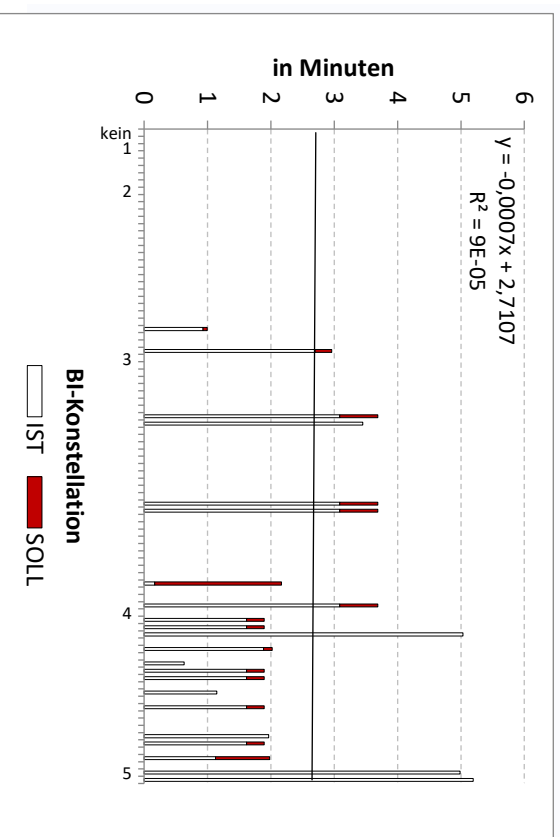
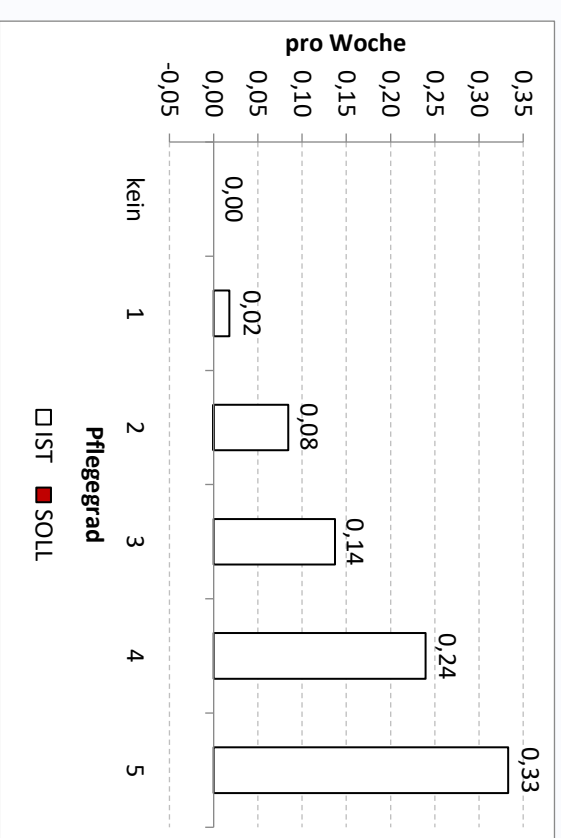
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



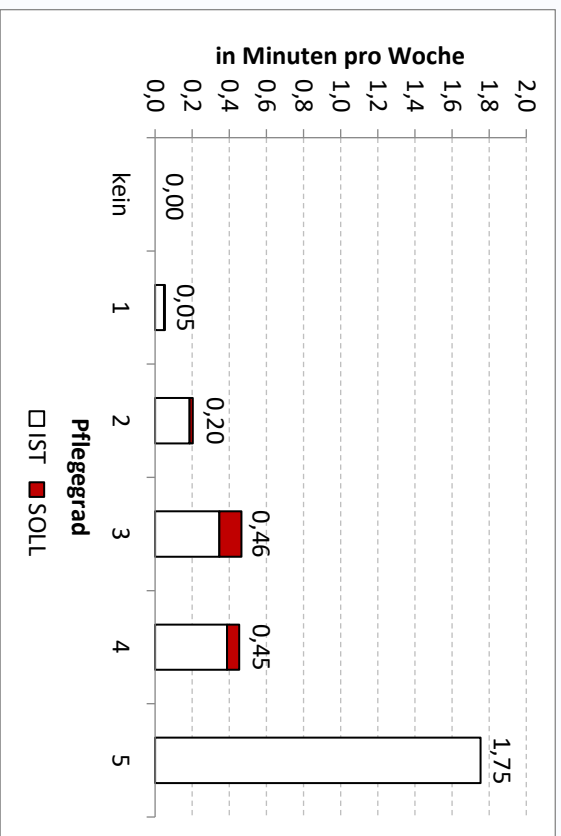
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



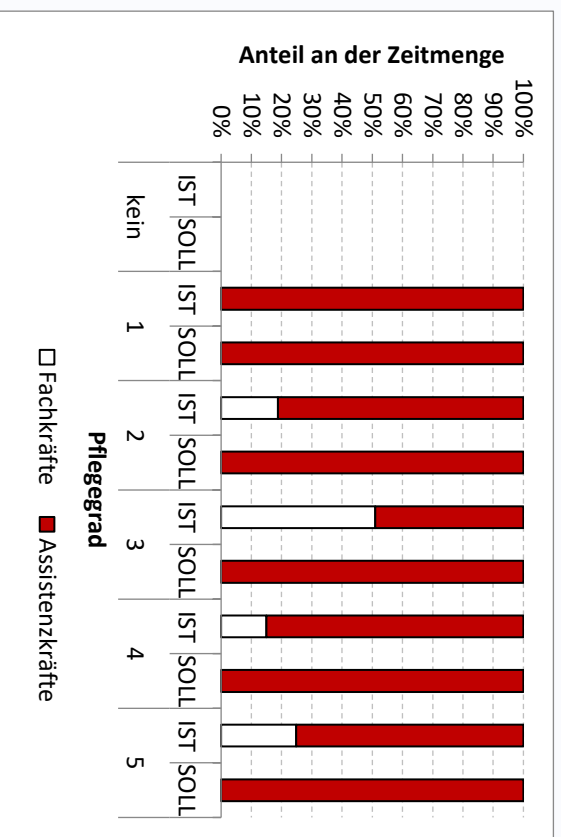
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



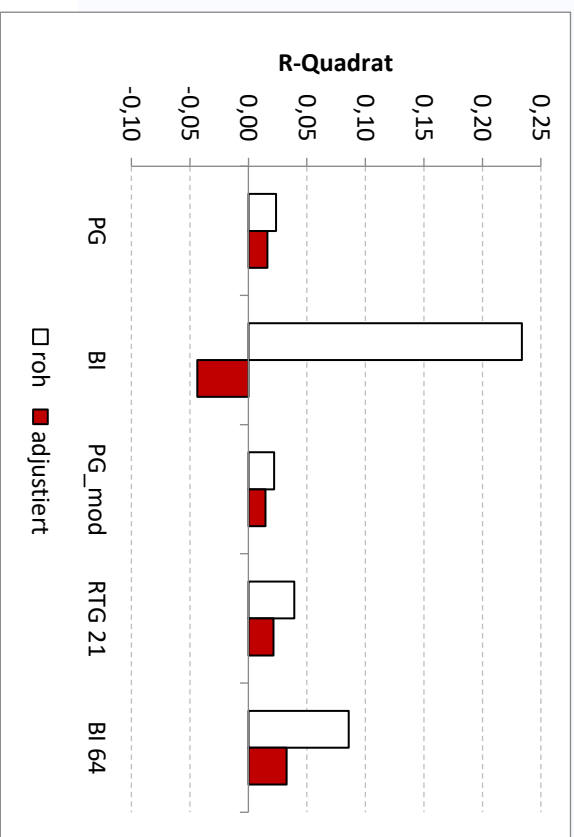
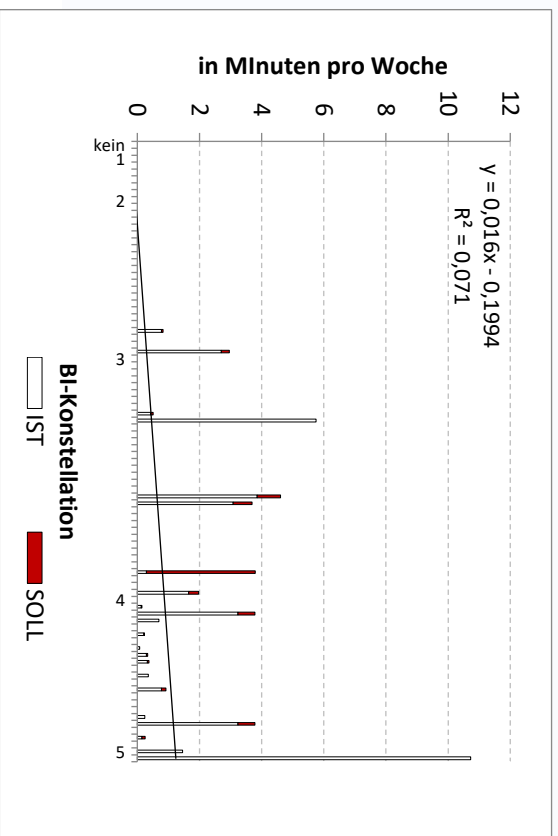
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



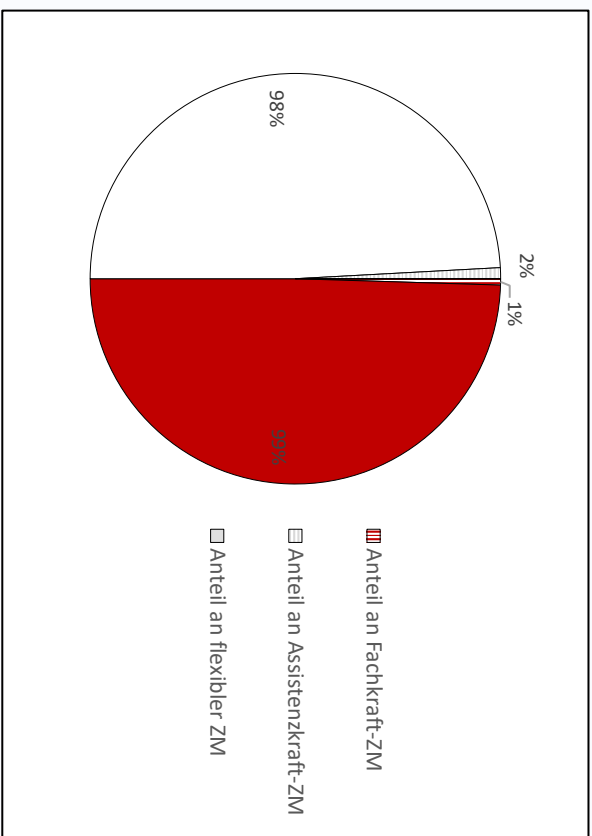
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



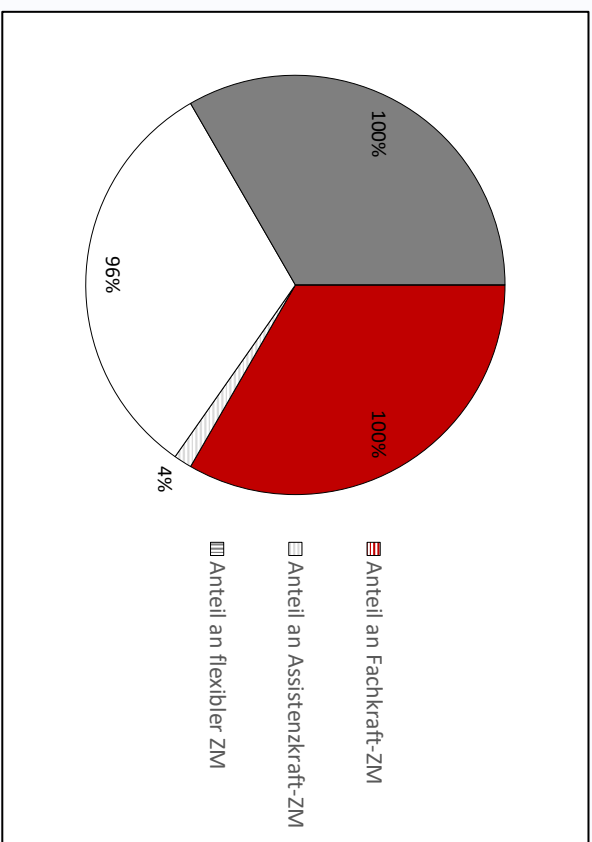
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitemenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



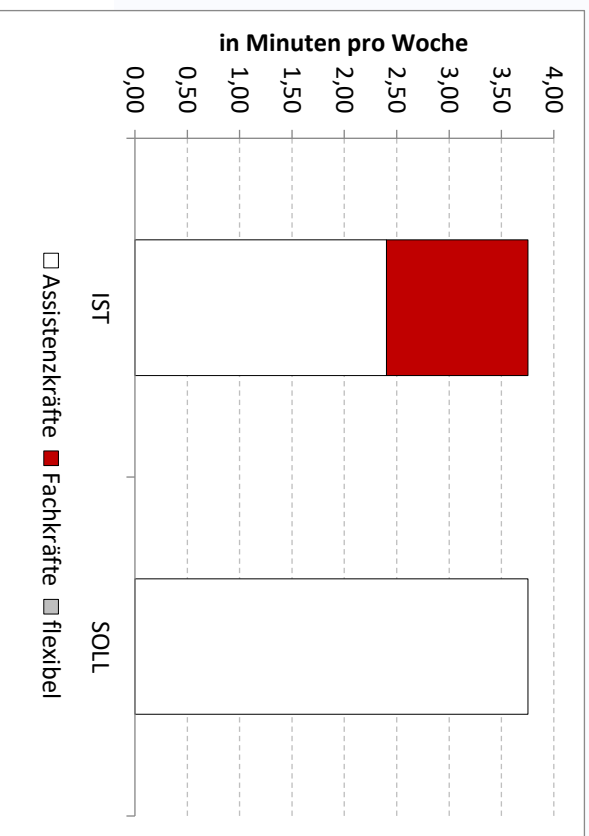
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



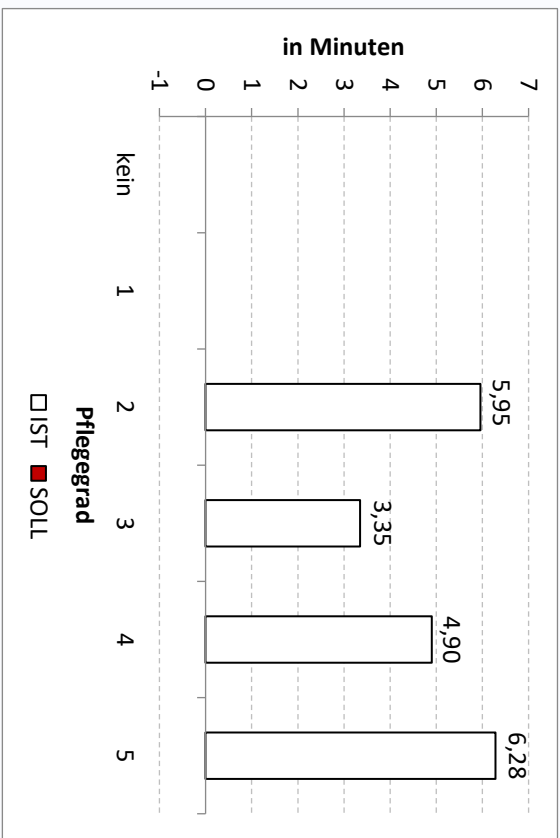
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



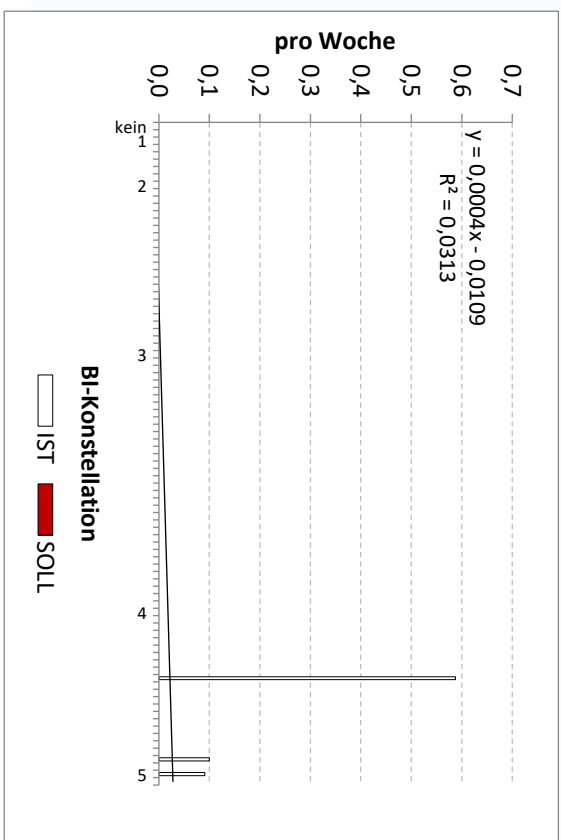
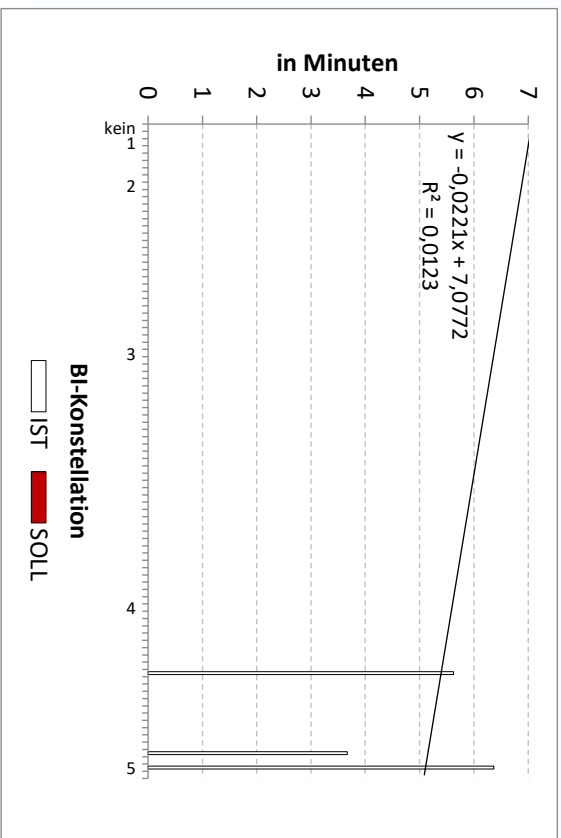
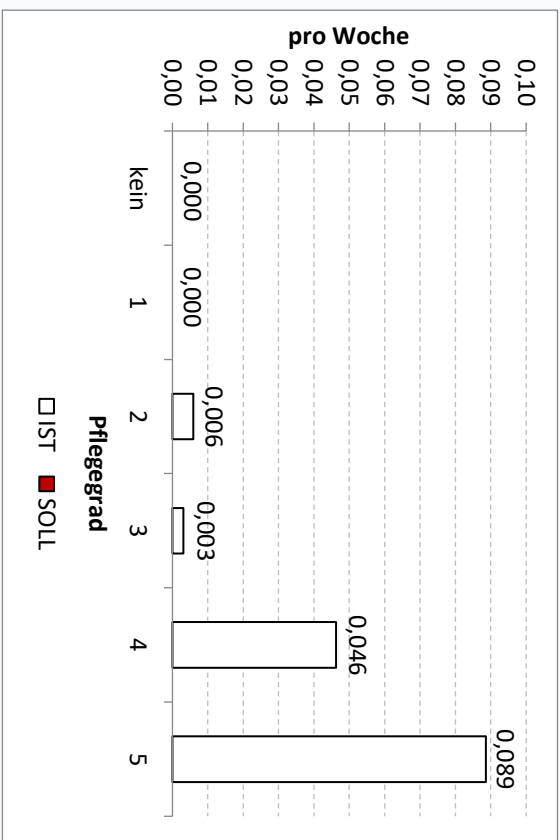
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



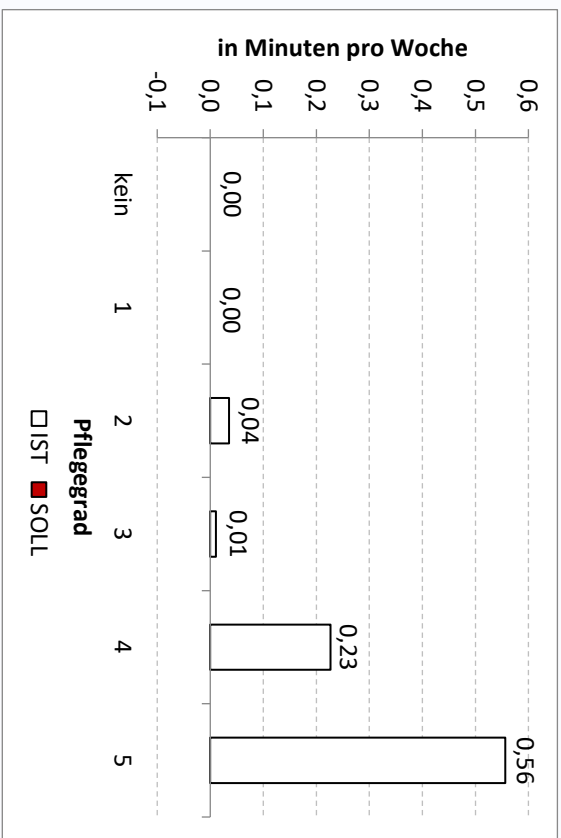
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



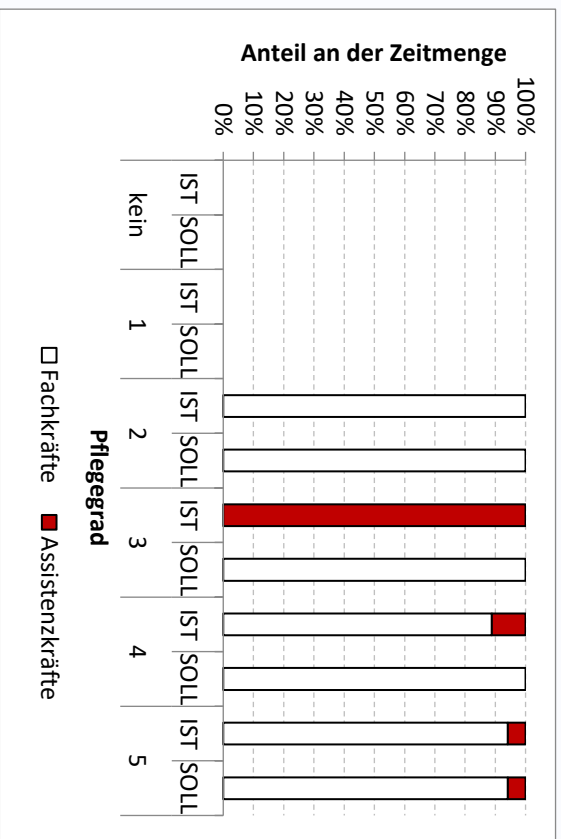
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



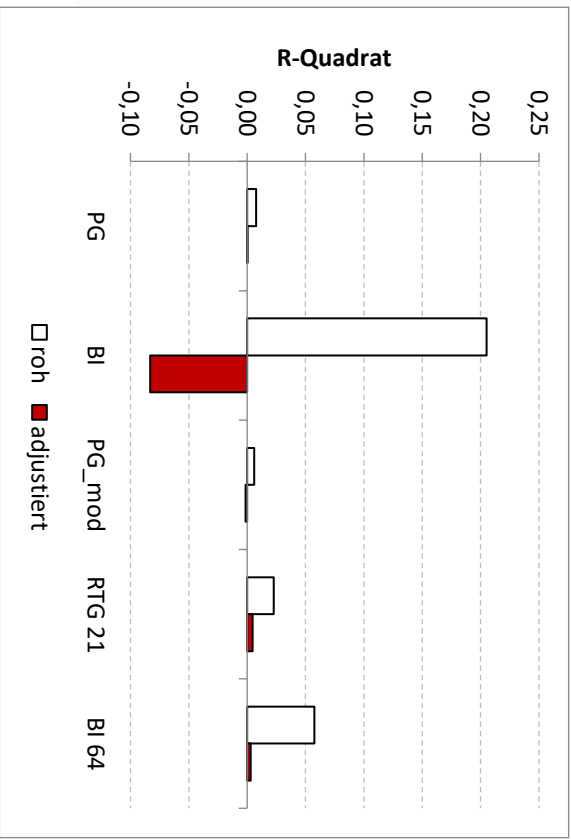
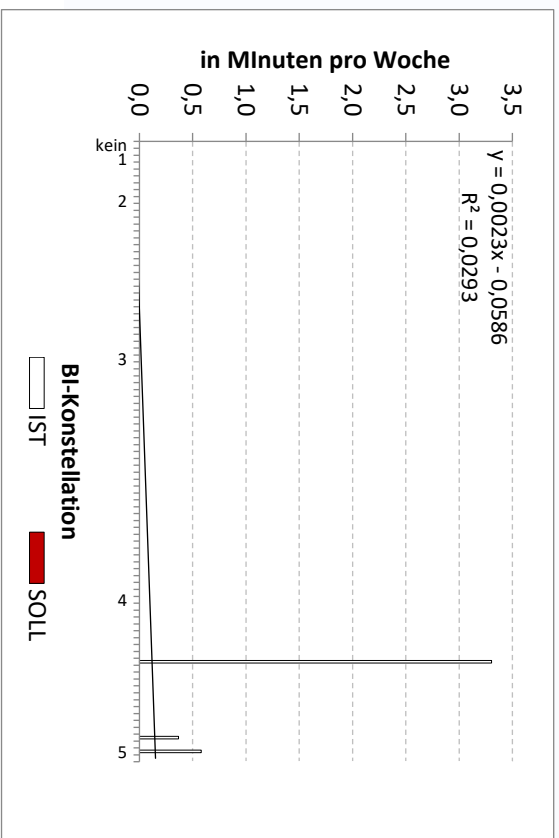
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



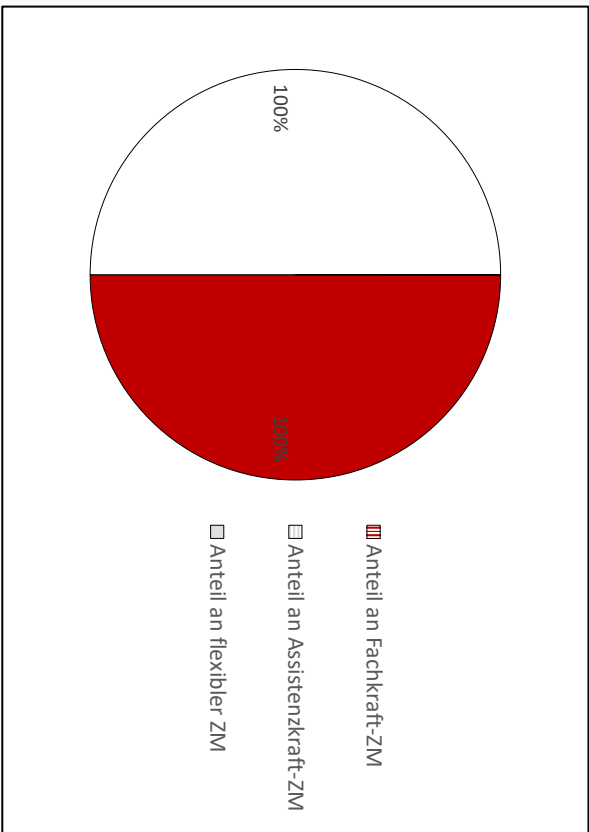
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



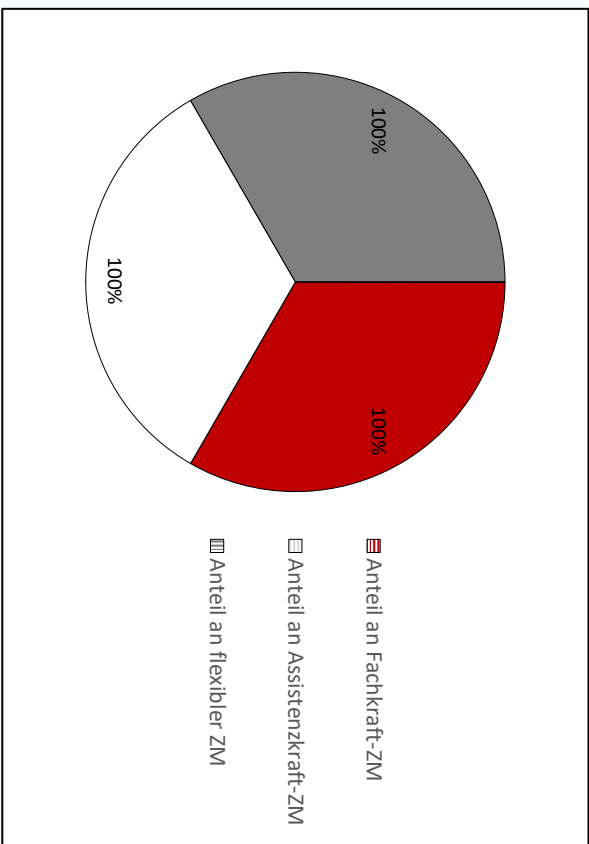
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitmenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



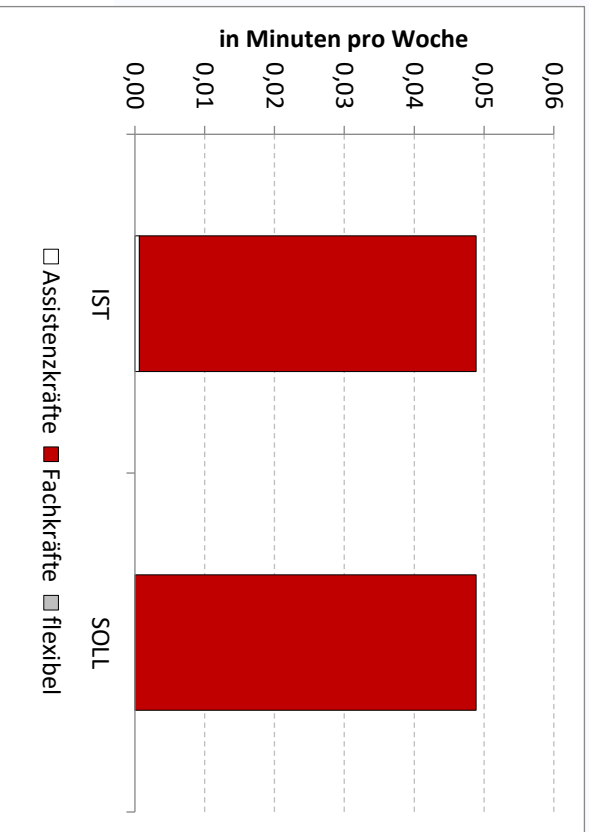
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



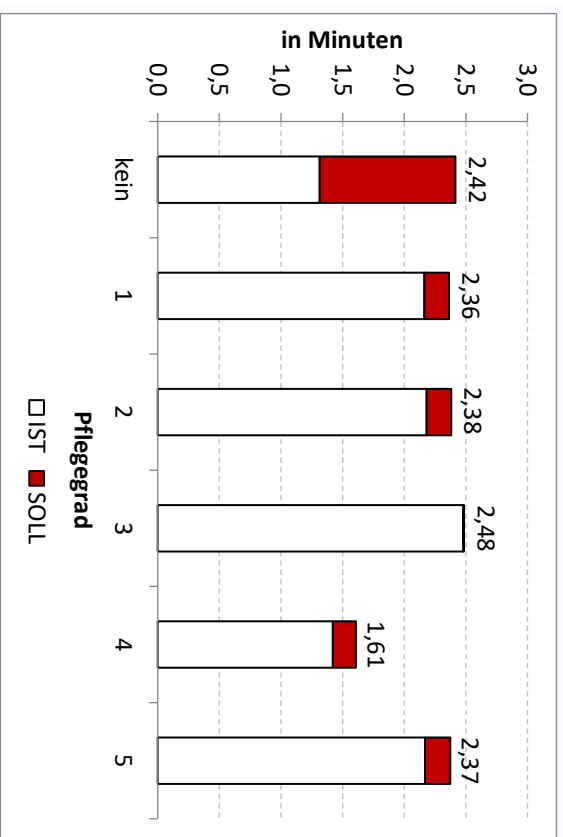
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



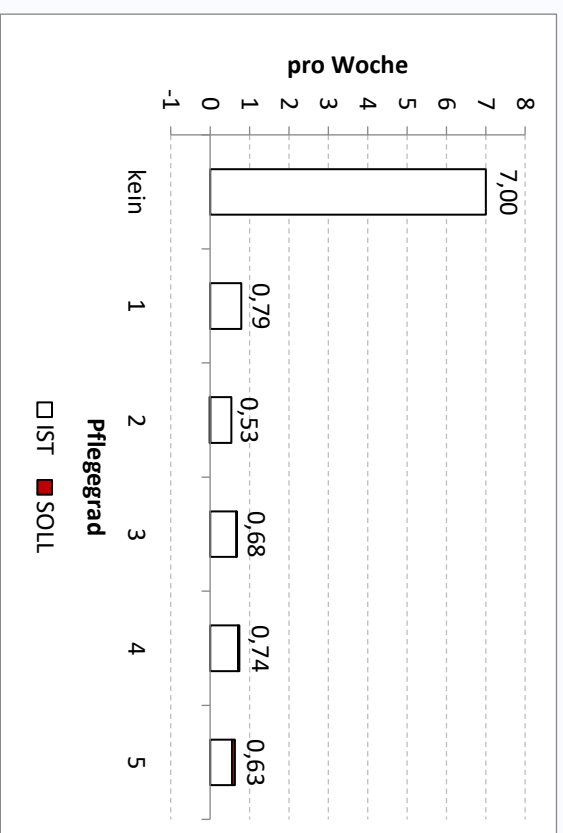
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



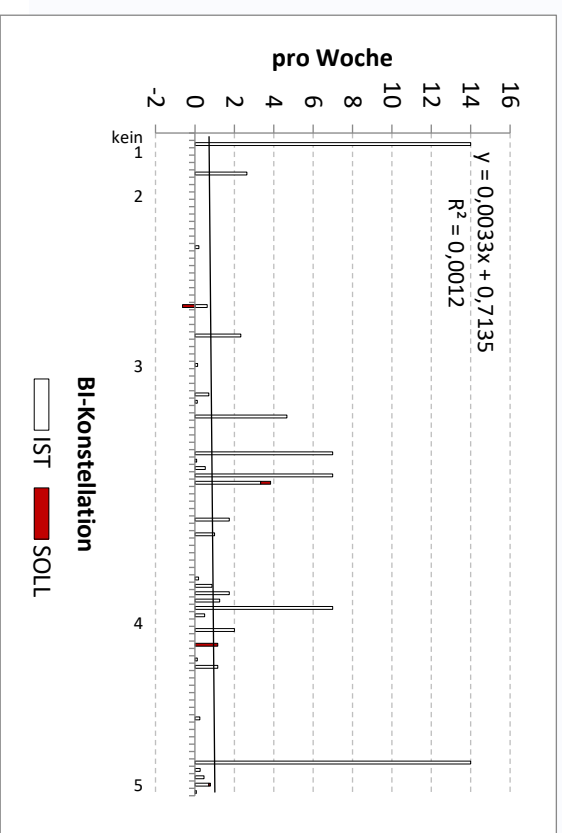
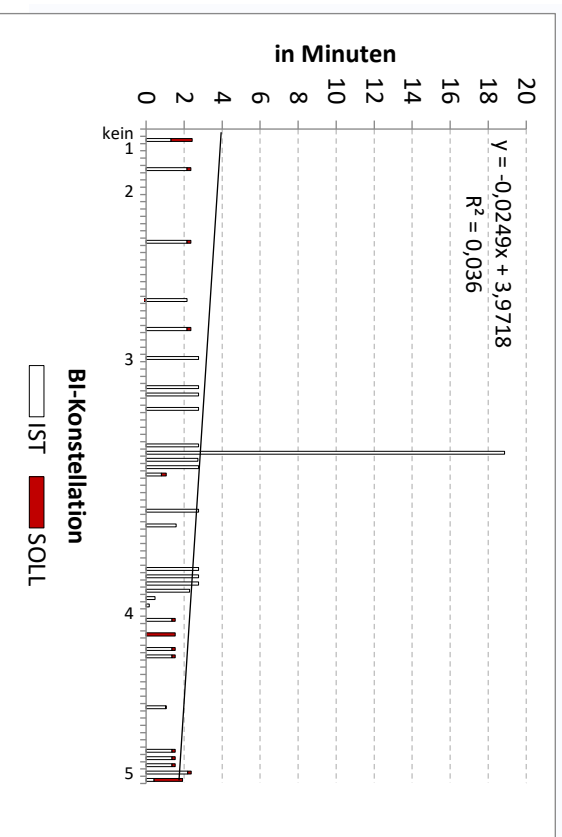
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



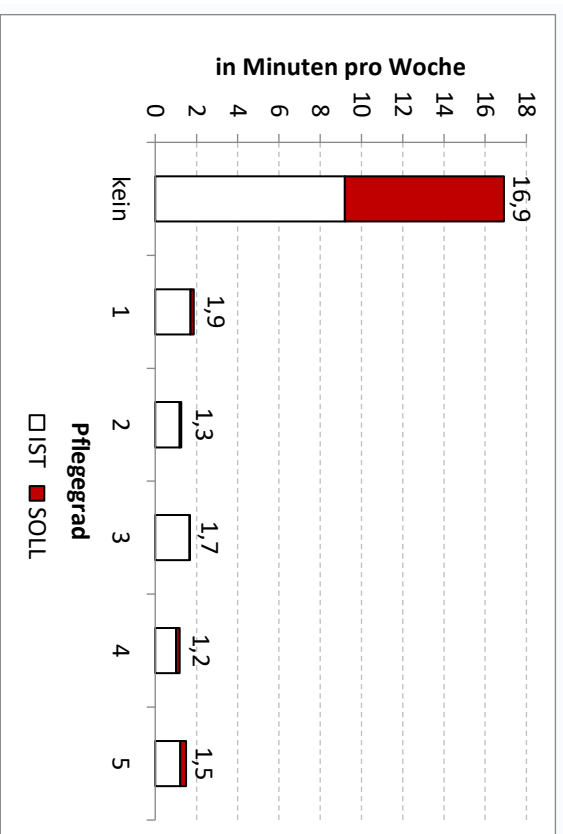
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



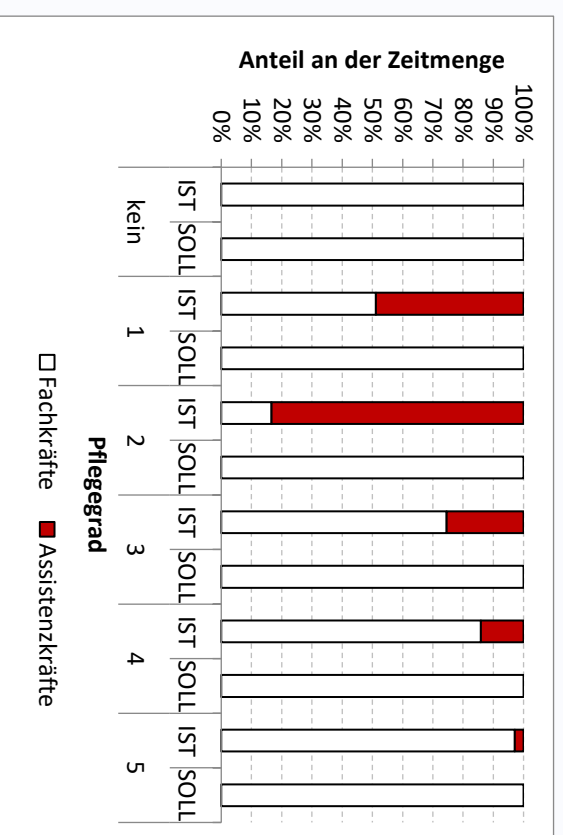
7.15 Rundgang/Sicherheit gewährleistet



Durchschnittliche Zeitemengen nach...

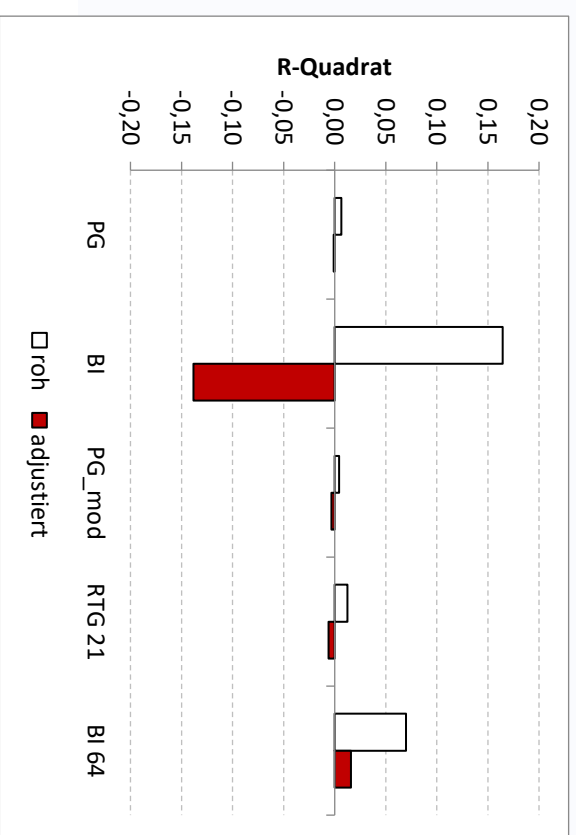
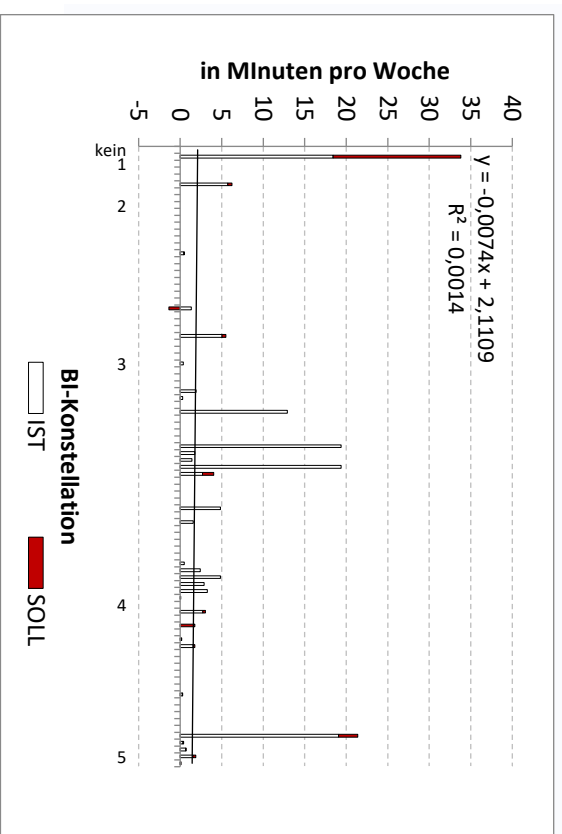


Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



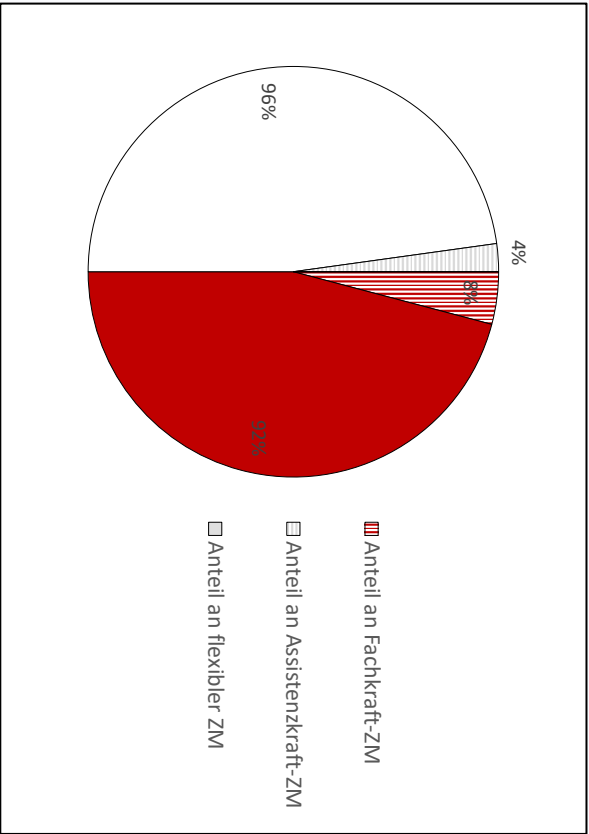
7.15 Rundgang/Sicherheit gewährleisten

Varianzaufklärung der SOLL-Zeitmenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)

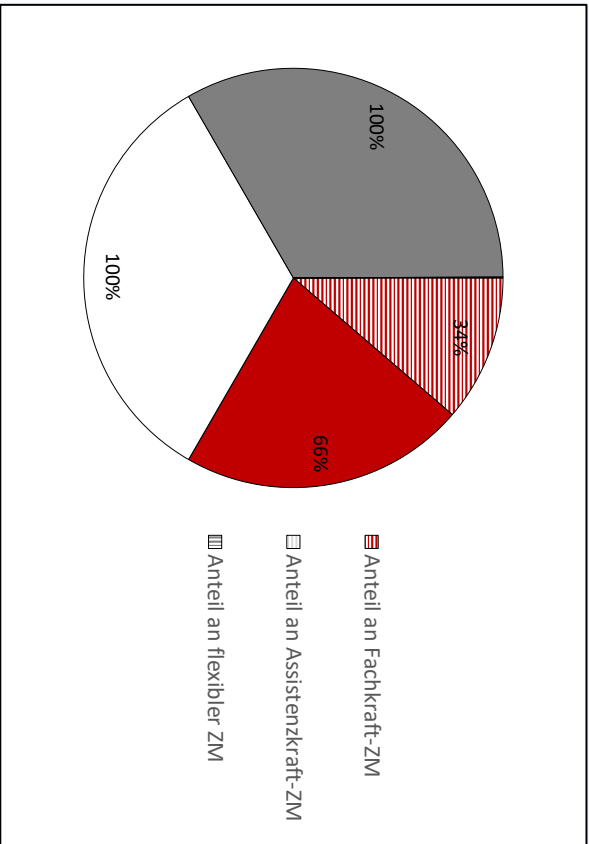


7.15 Rundgang/Sicherheit gewährleistet

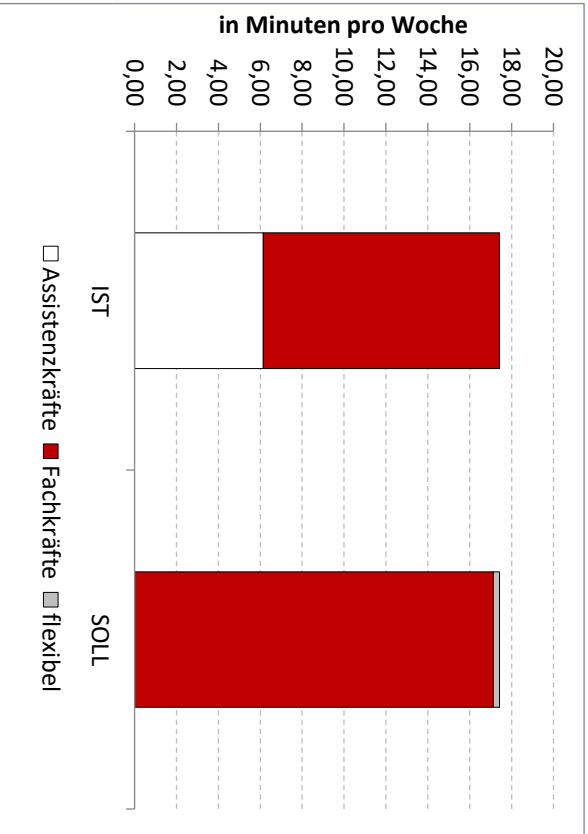
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



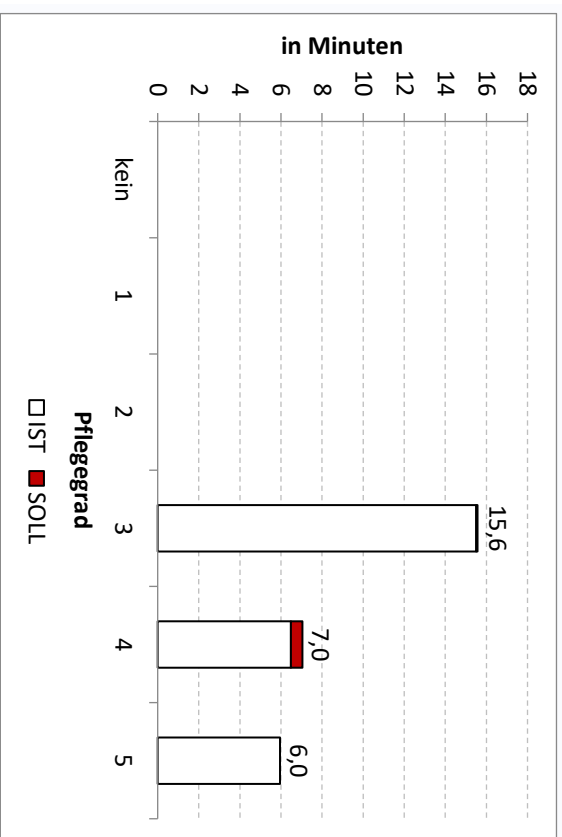
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



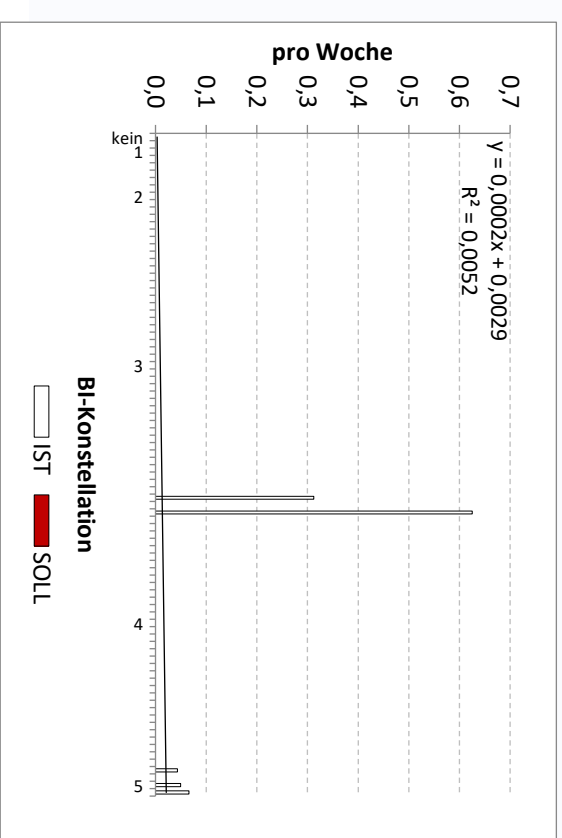
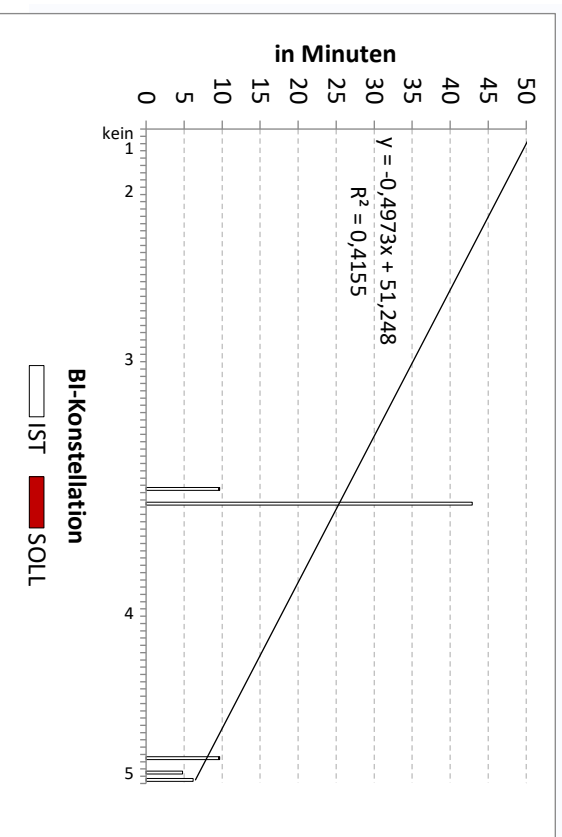
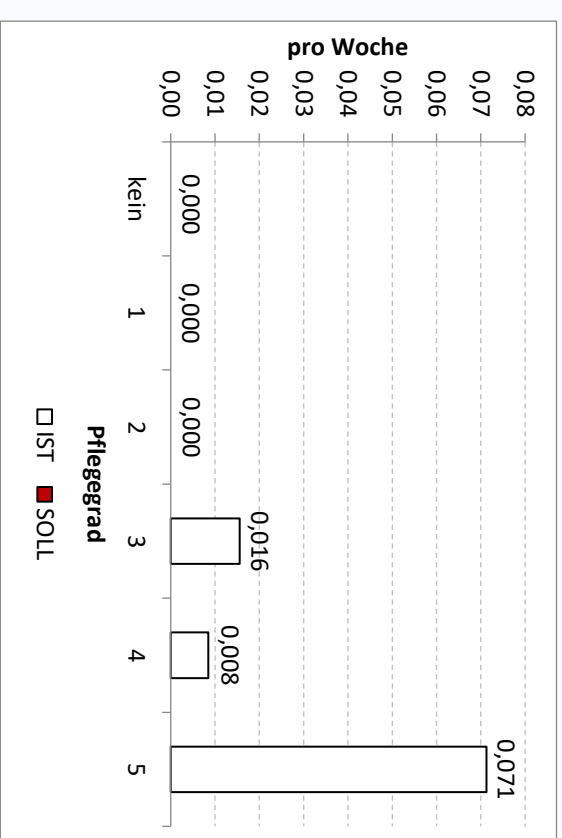
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



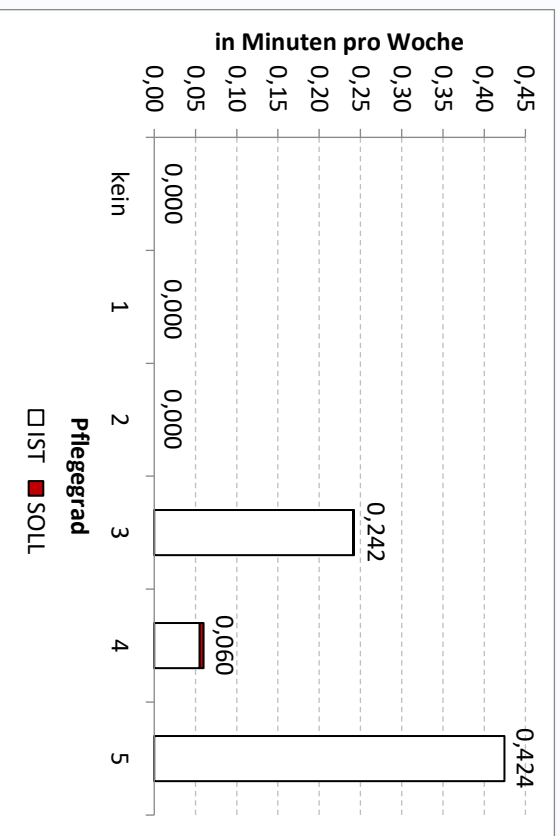
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



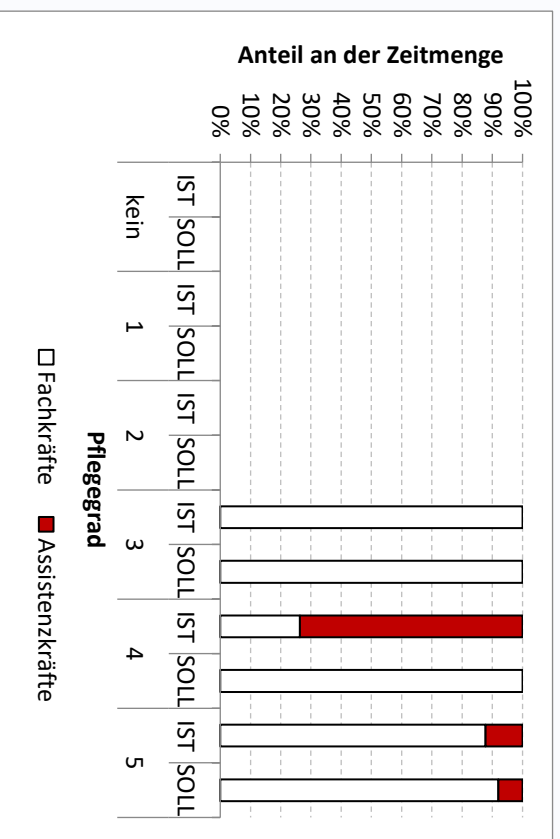
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



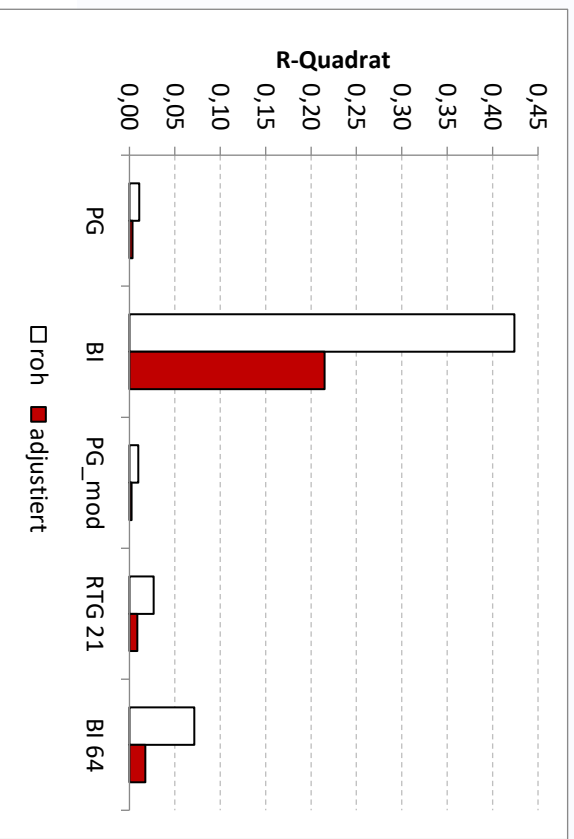
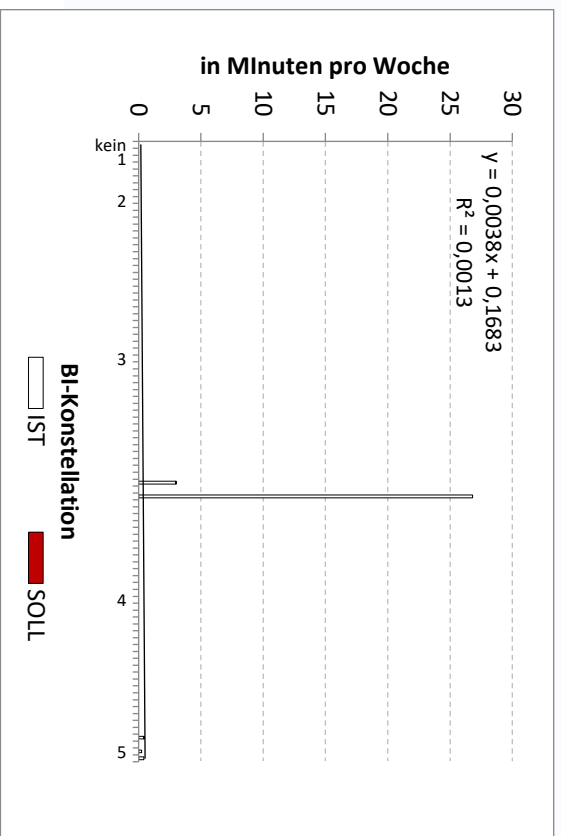
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)

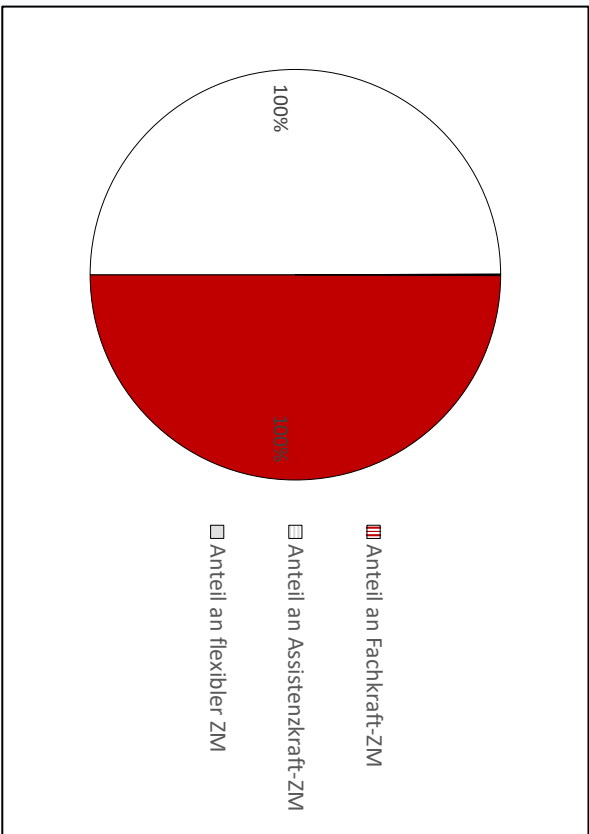


Varianzaufklärung der SOLL-Zeitemenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)

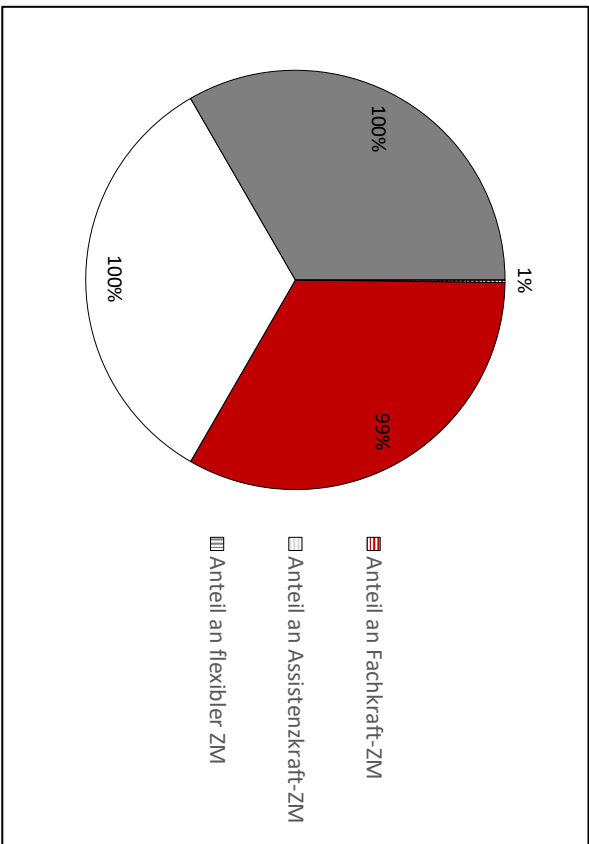


8.1 Anleitung/Einarbeitung/Ausbildung

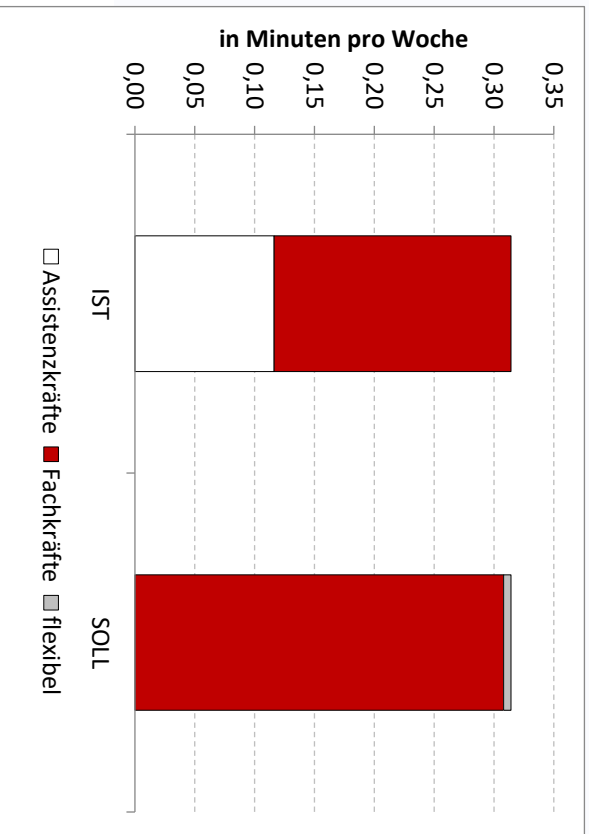
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



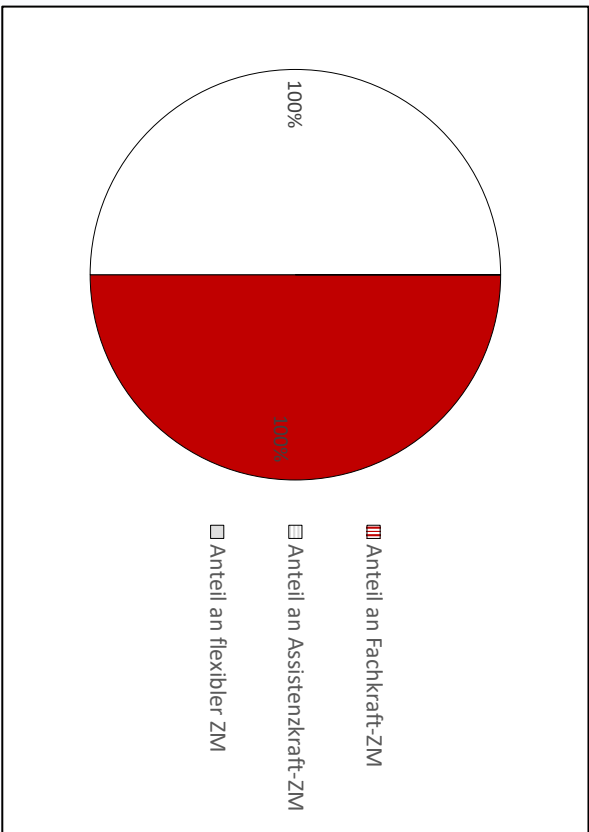
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



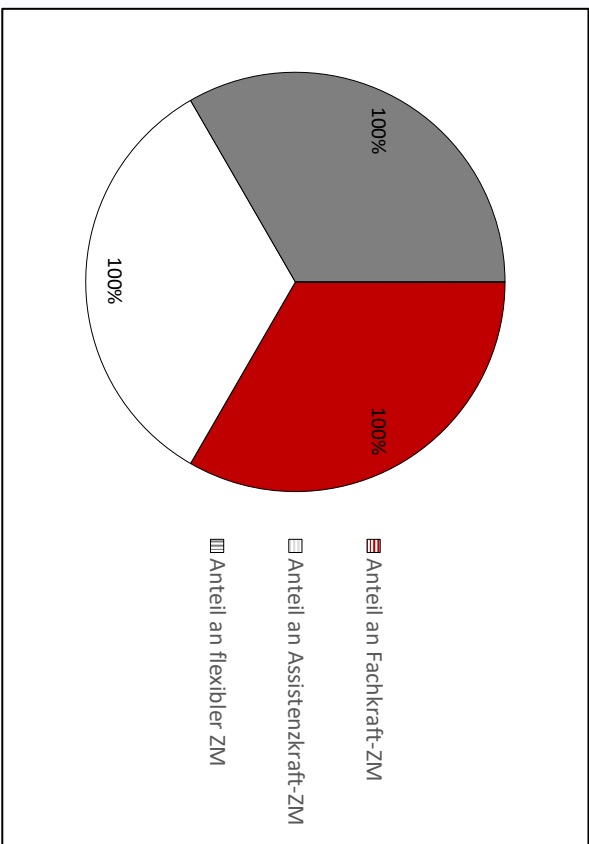
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



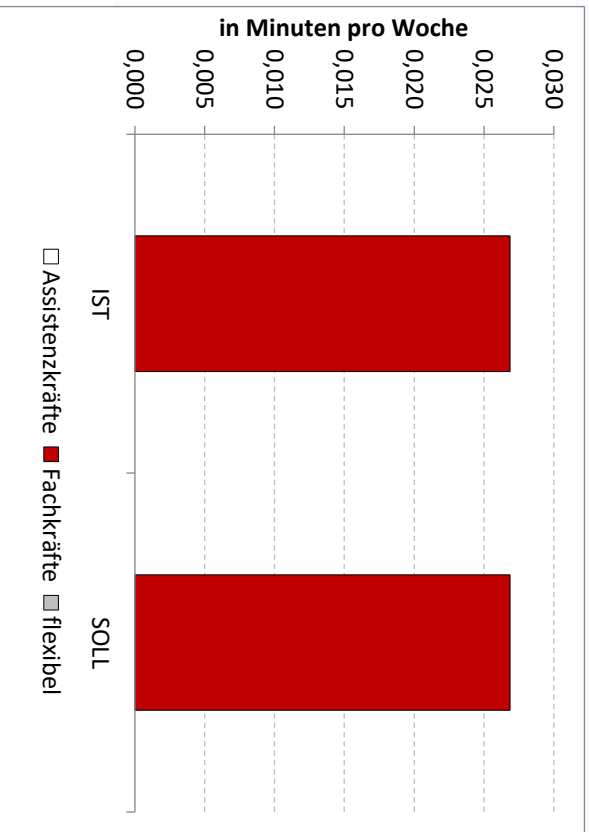
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



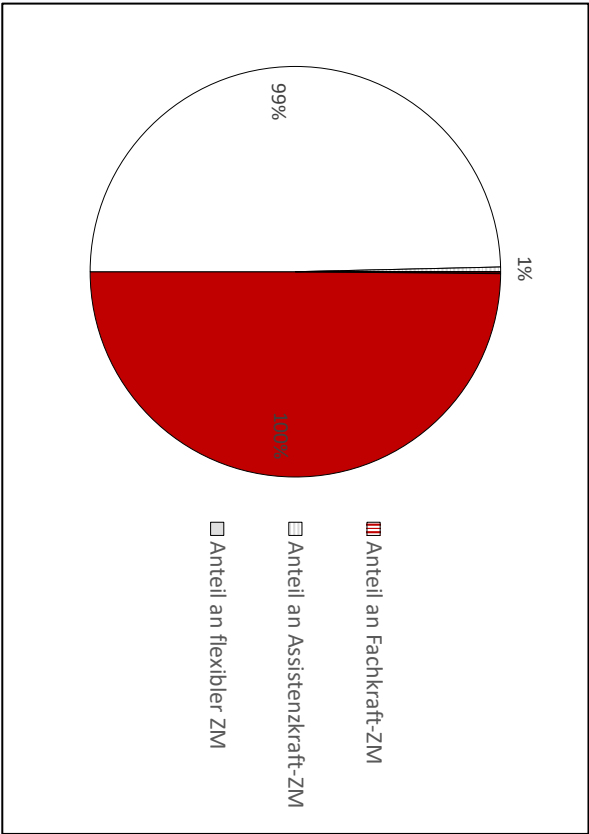
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



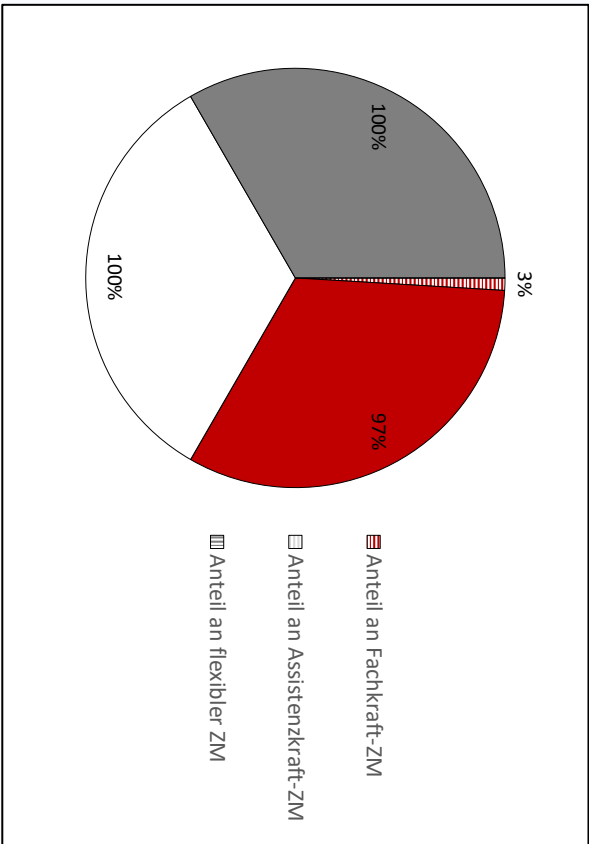
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



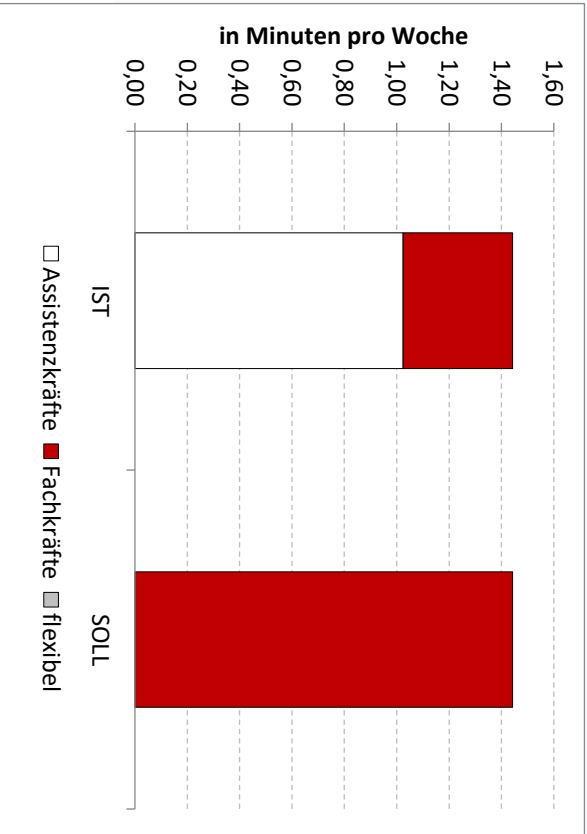
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



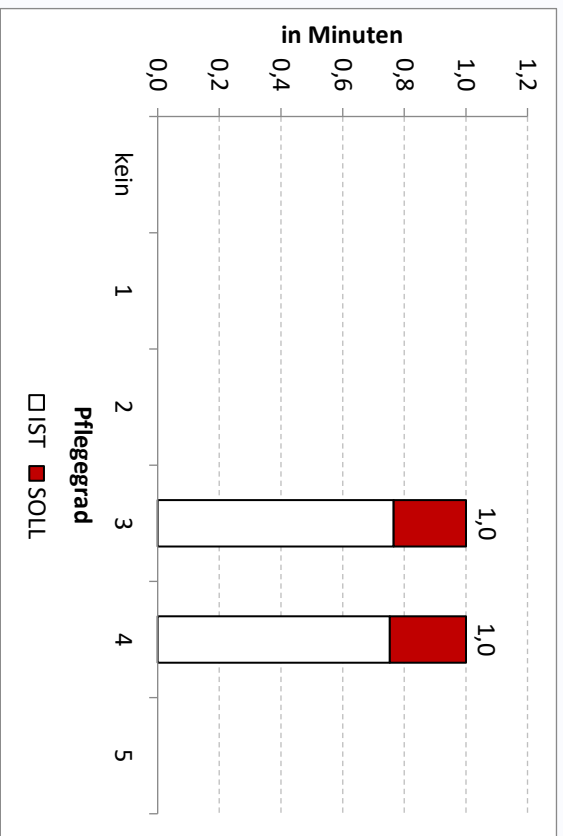
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



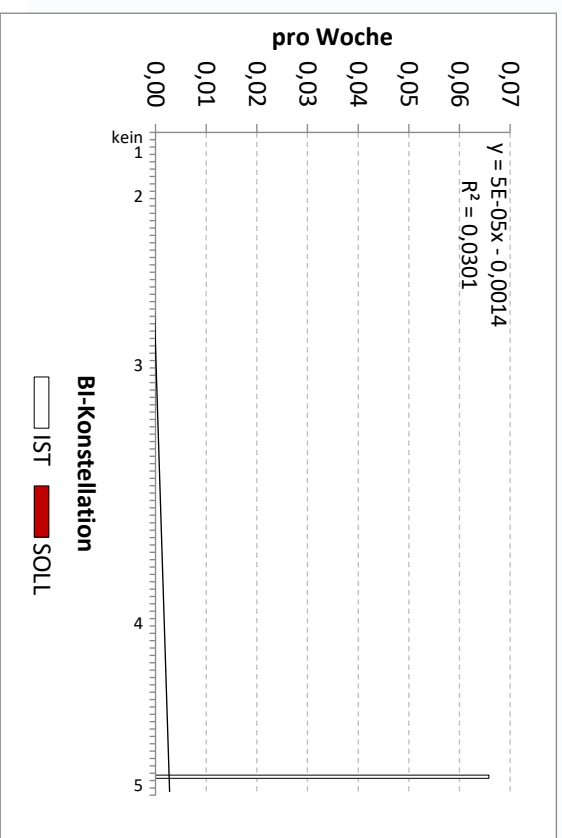
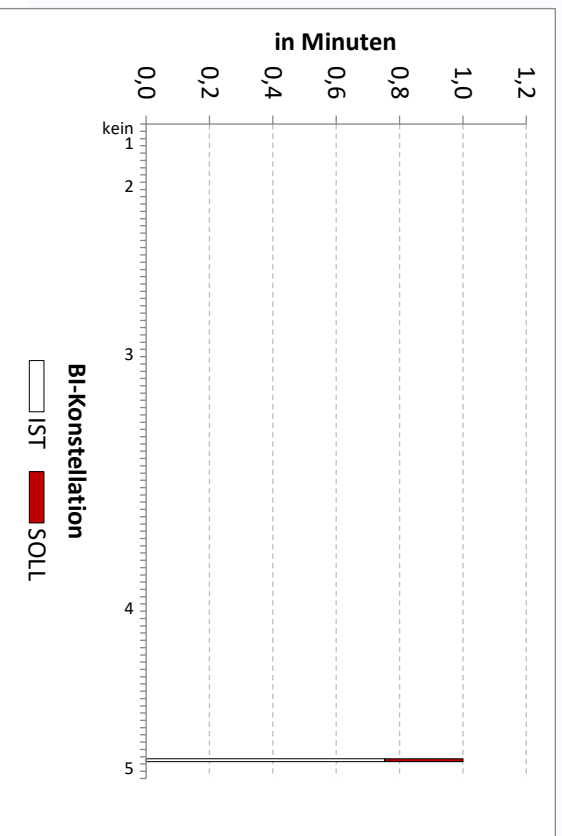
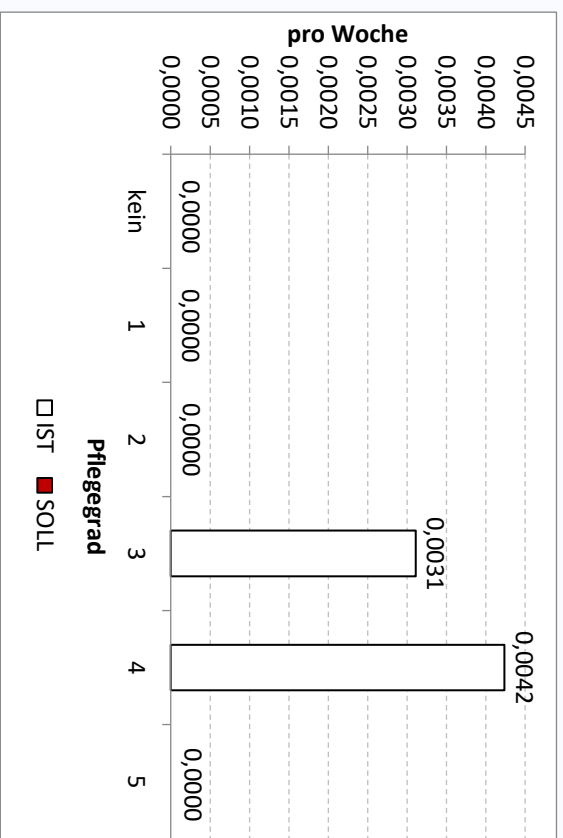
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



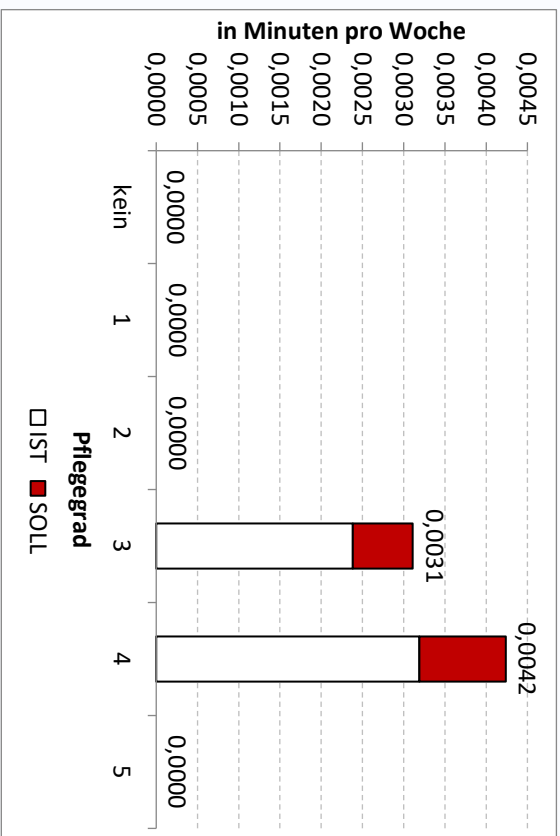
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



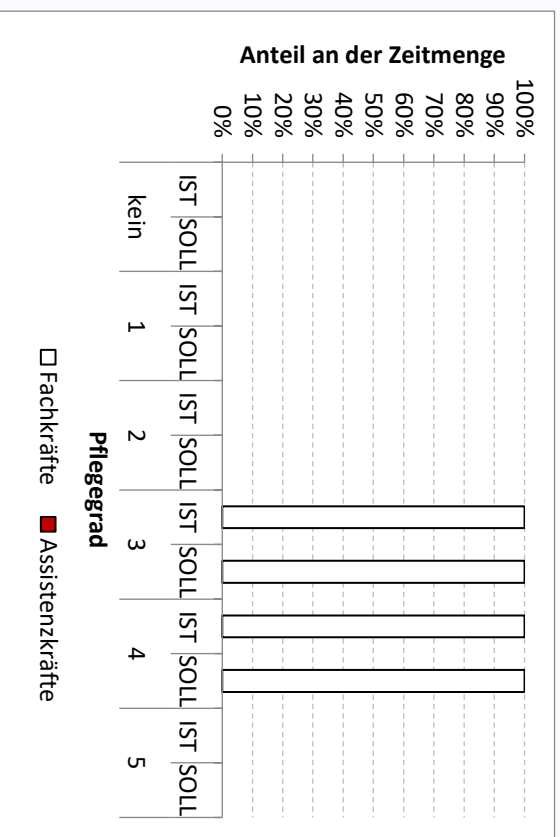
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



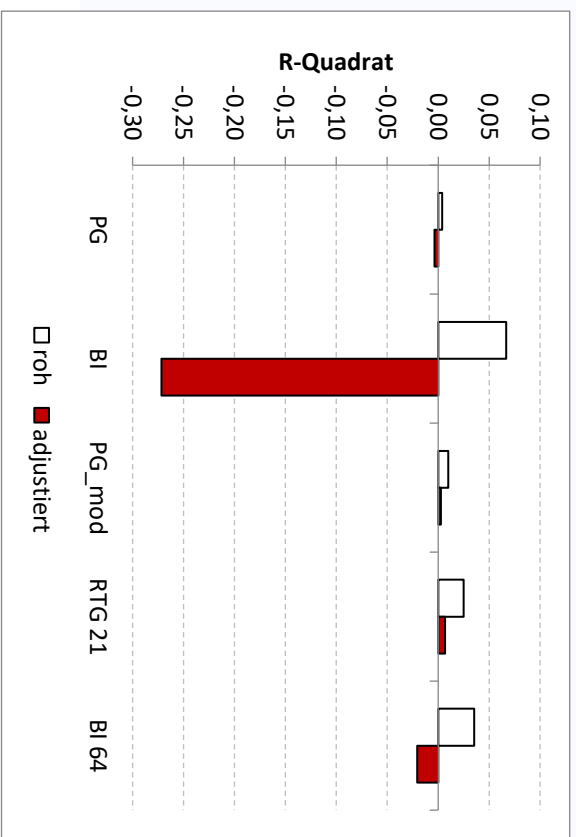
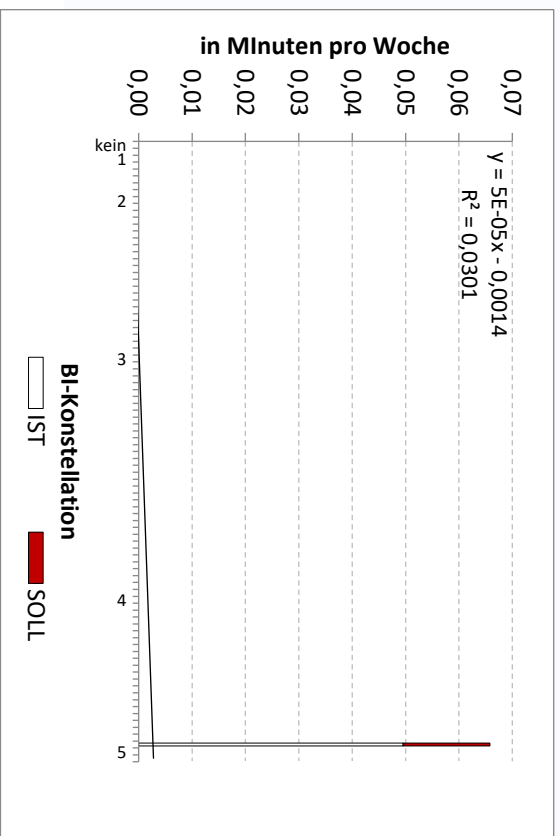
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



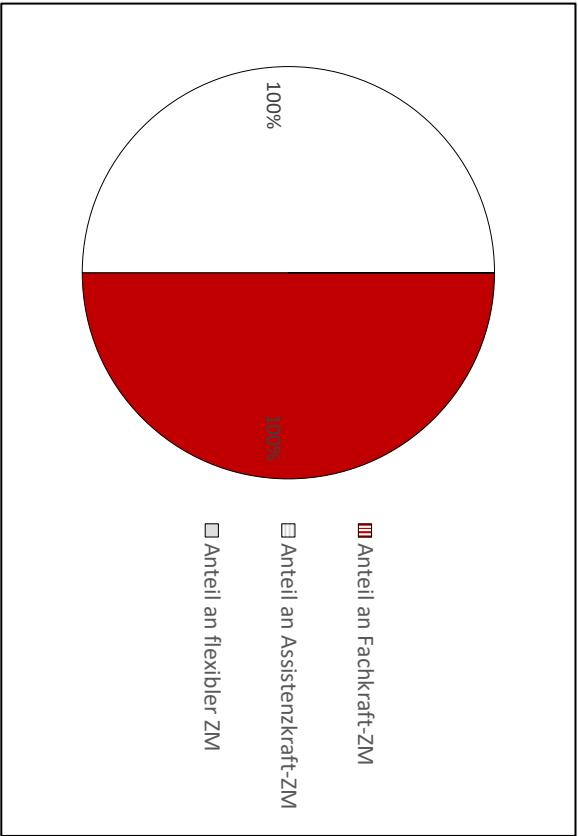
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



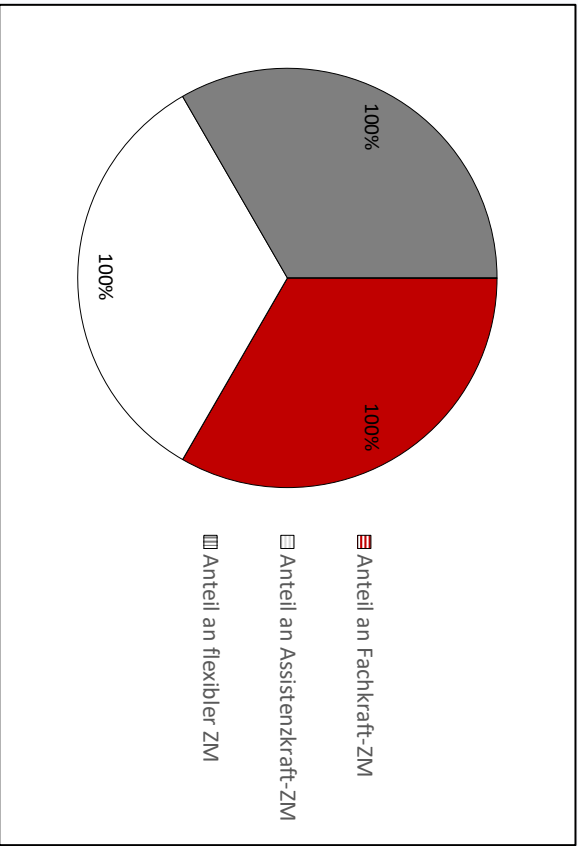
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitemenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



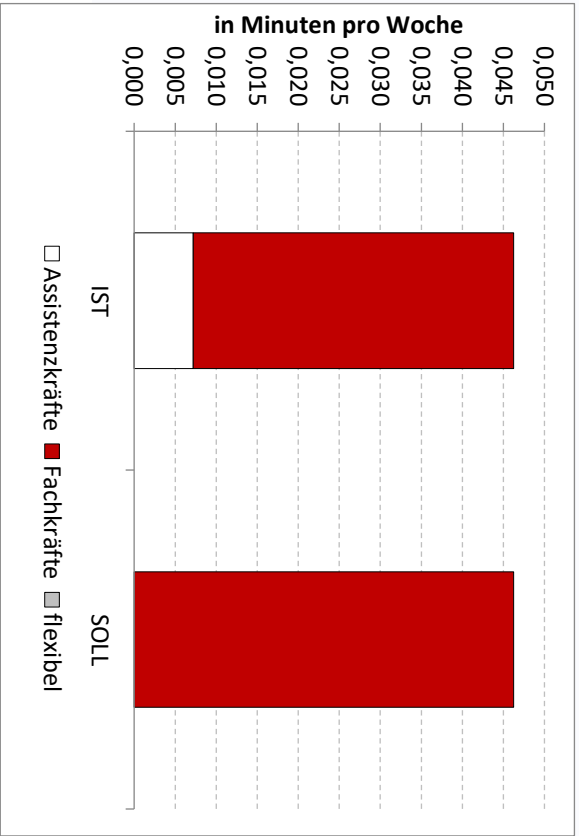
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



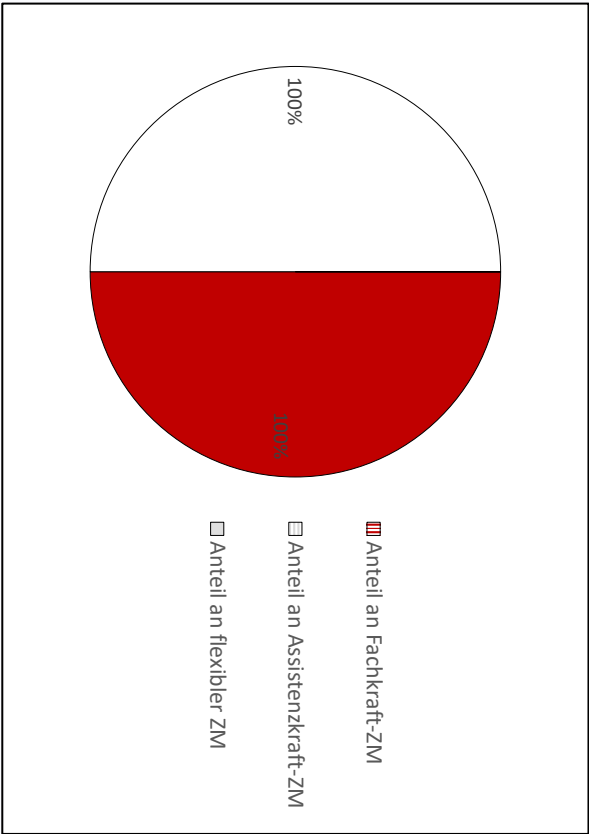
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



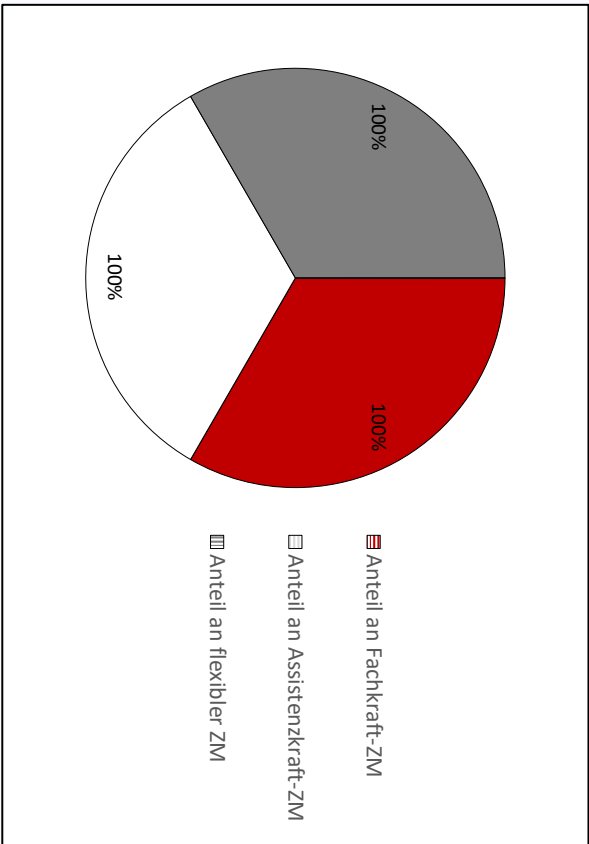
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



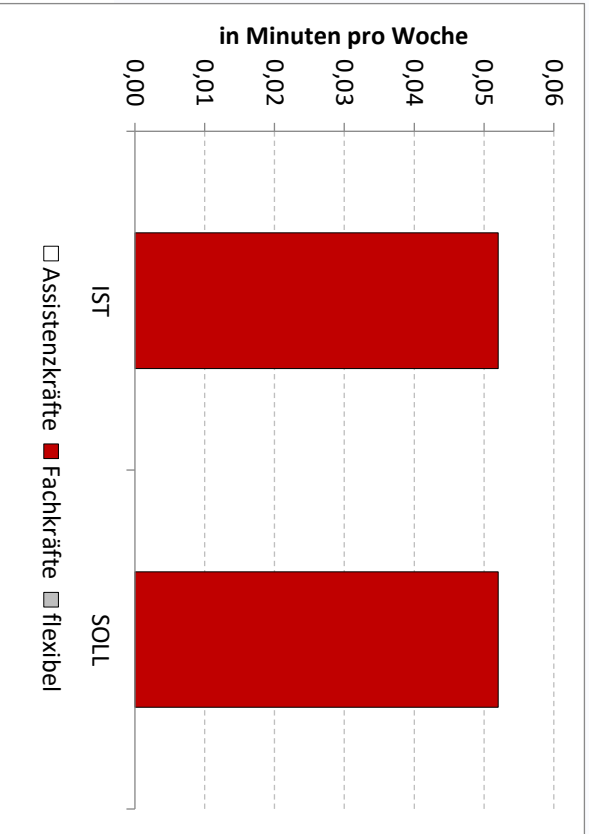
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



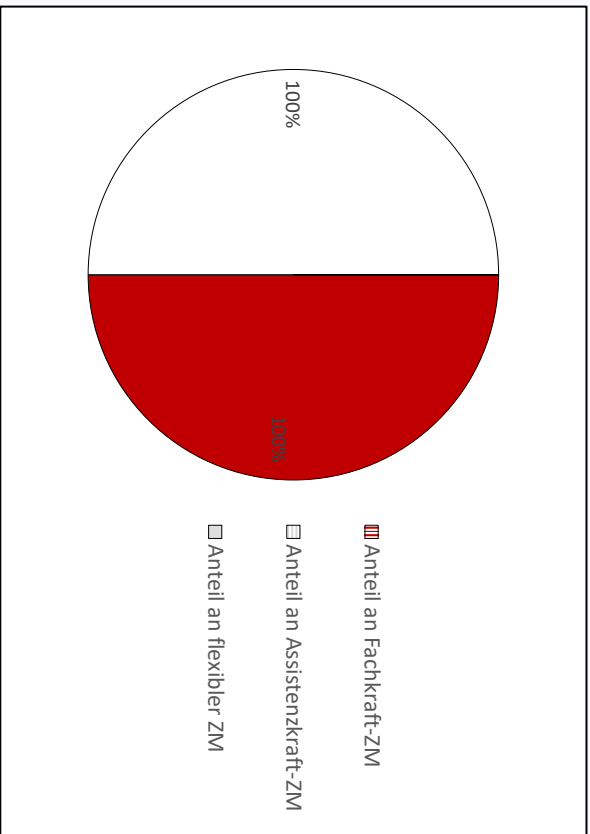
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



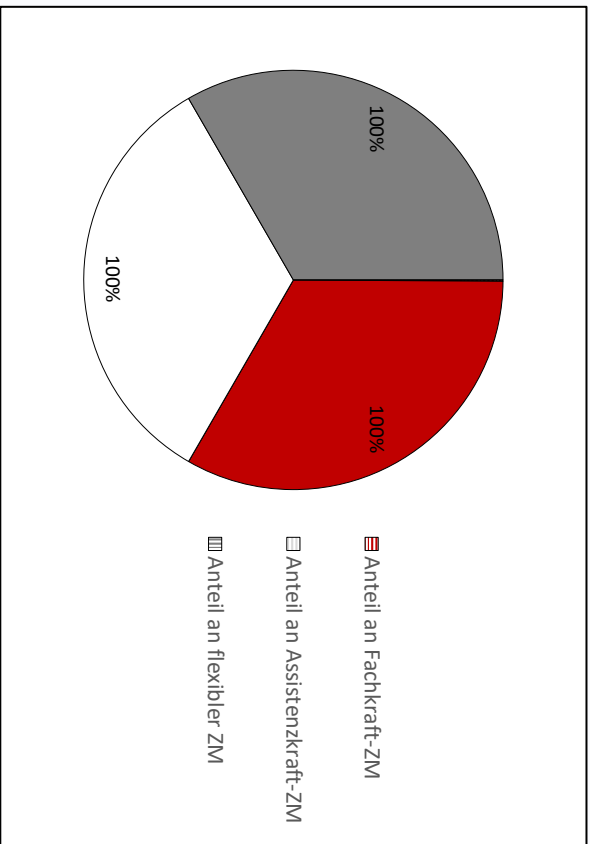
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



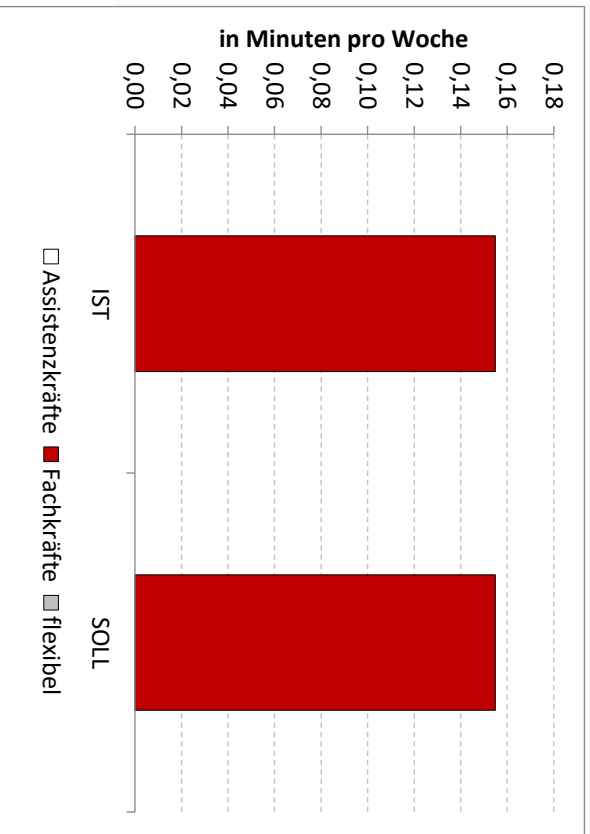
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



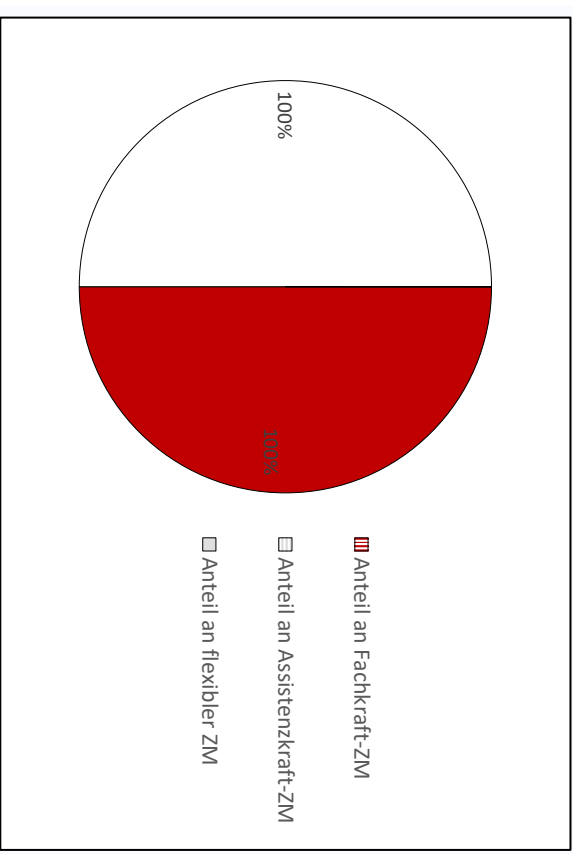
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



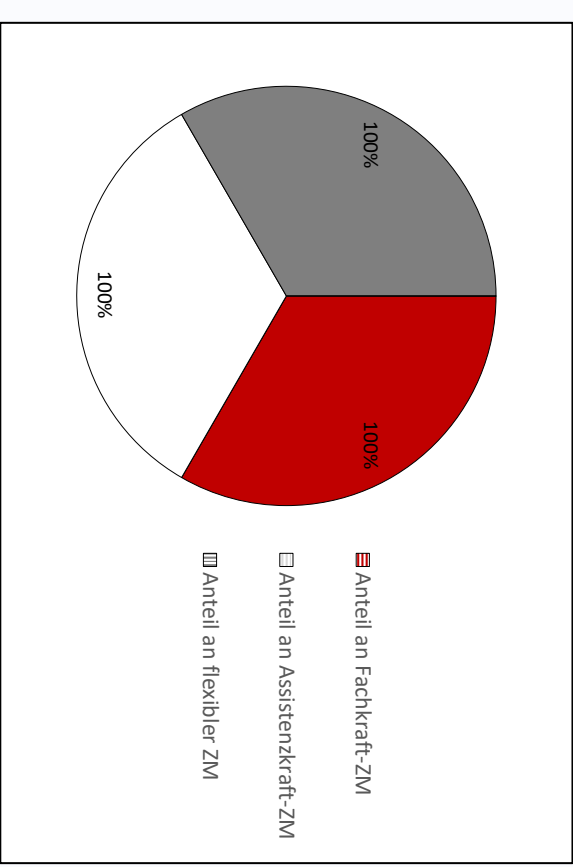
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



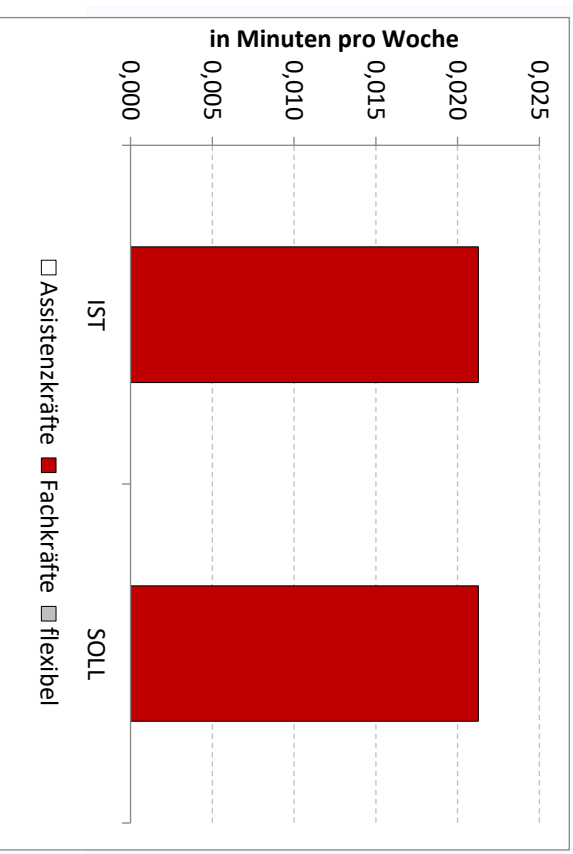
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege

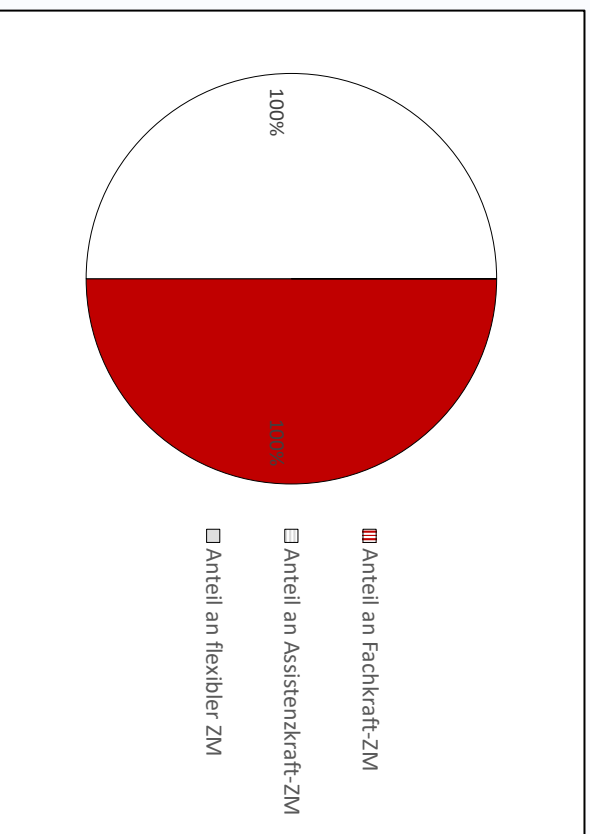


Zeitmengen nach Qualifikationsnrix

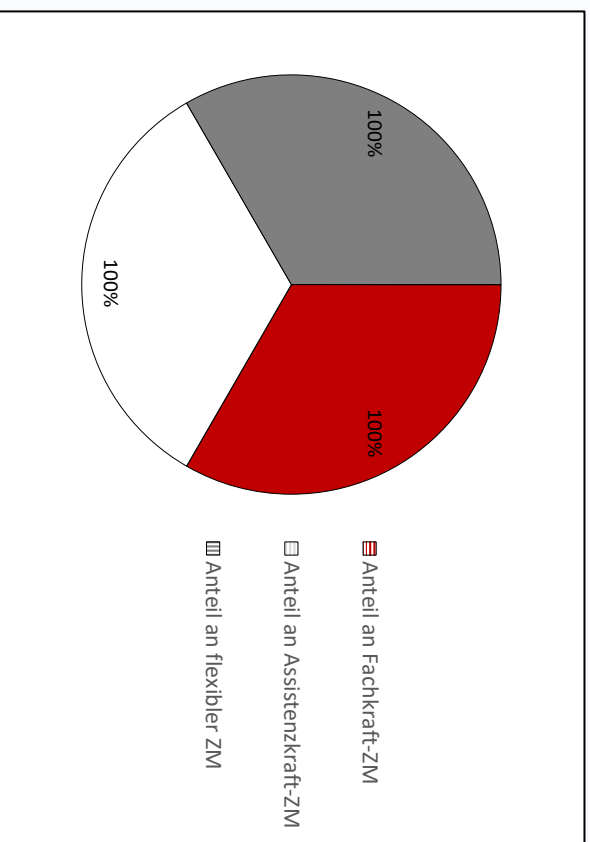


8.11 Risiko- und Fehlermanagement

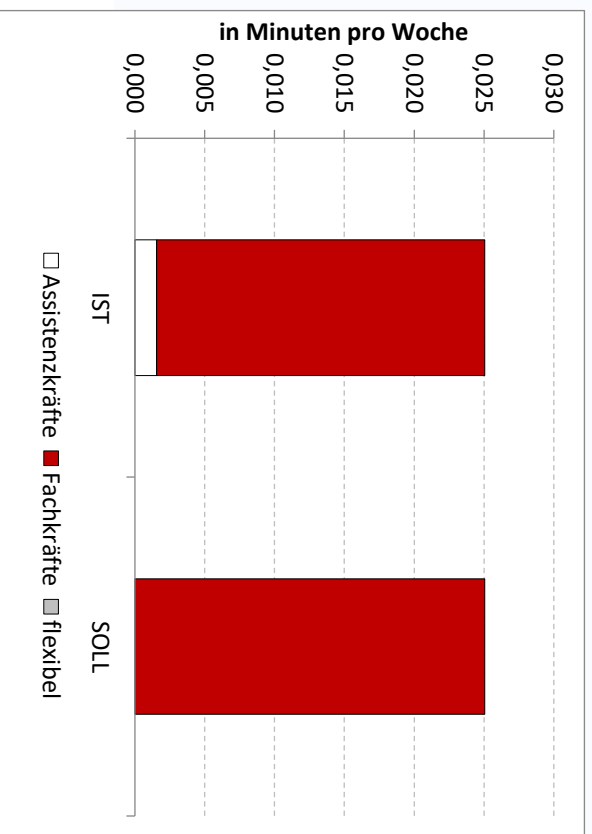
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



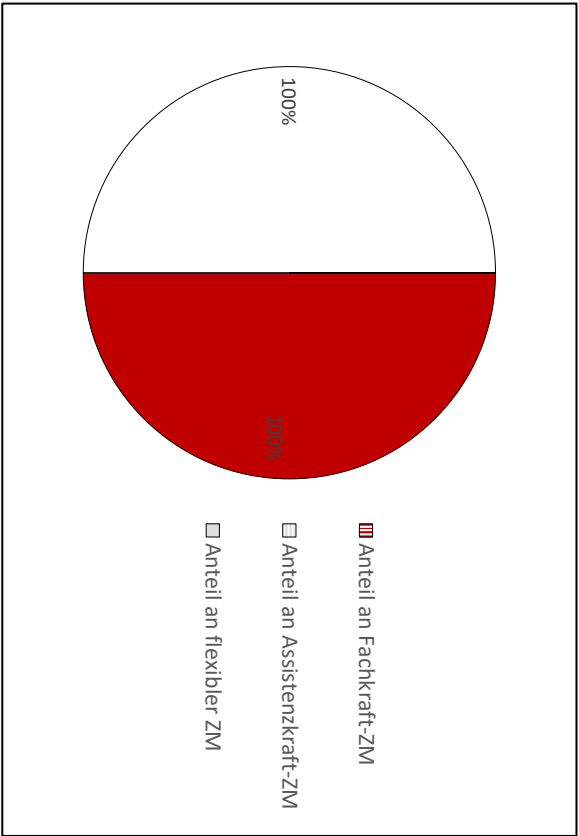
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



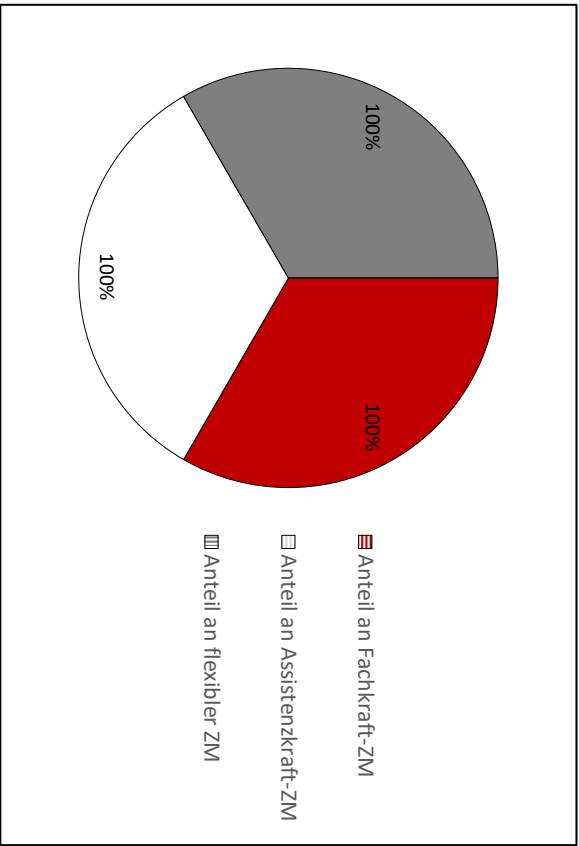
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



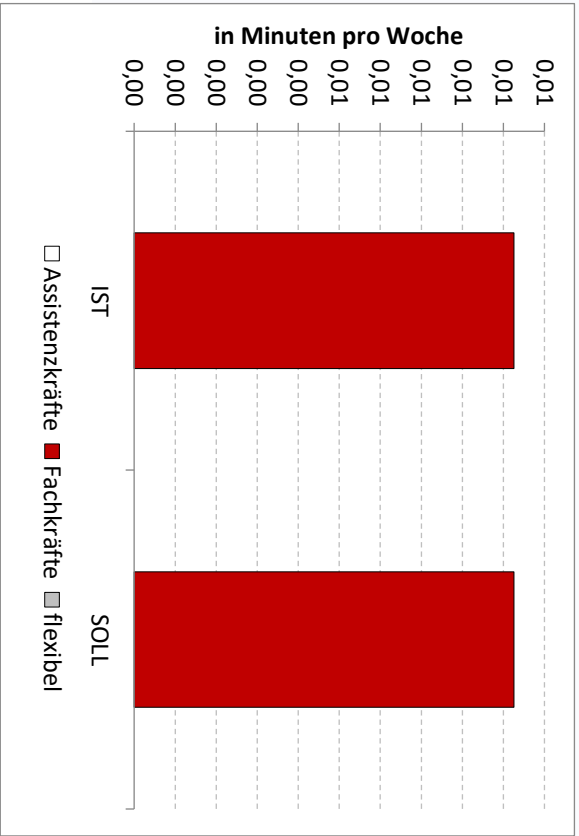
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



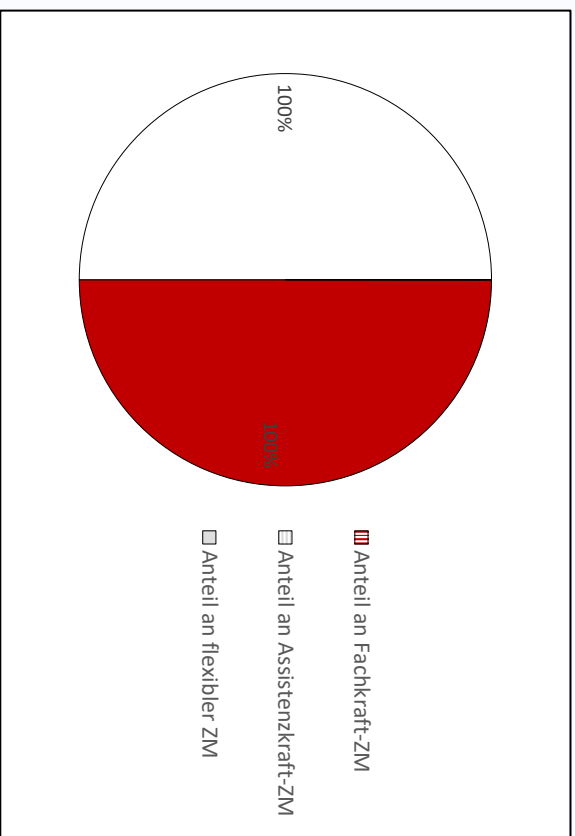
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



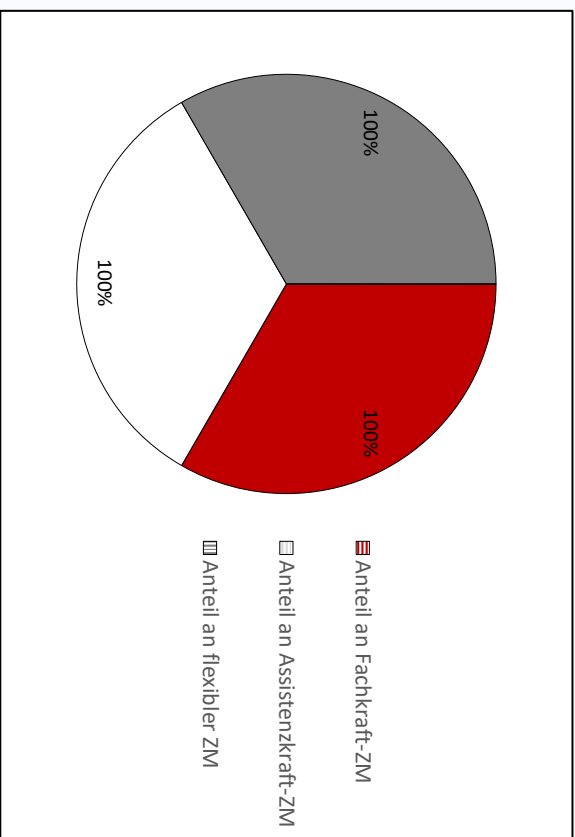
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



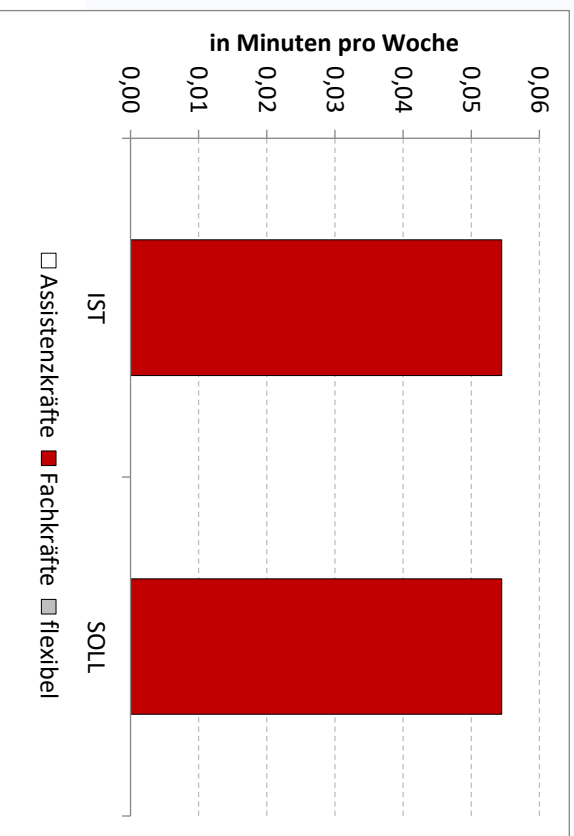
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



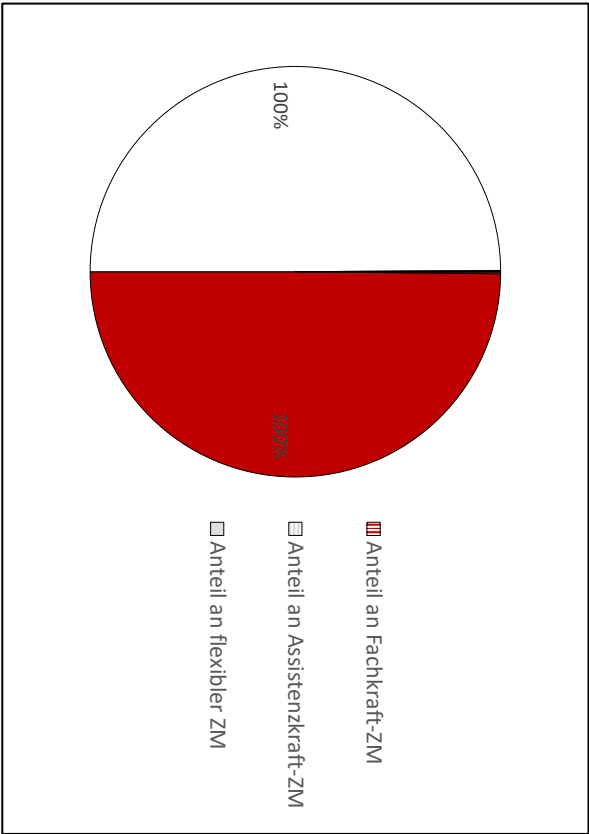
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



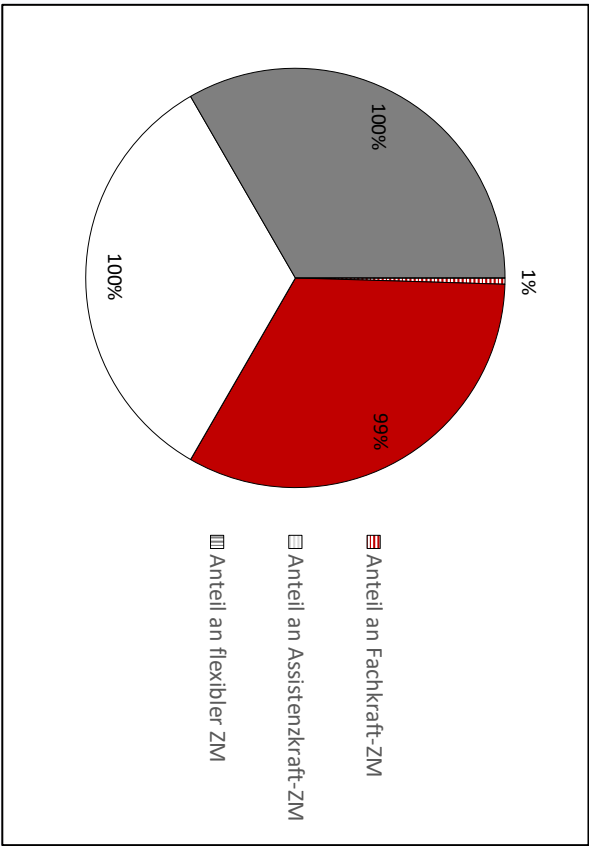
Zeitmengen nach Qualifikationsnrix



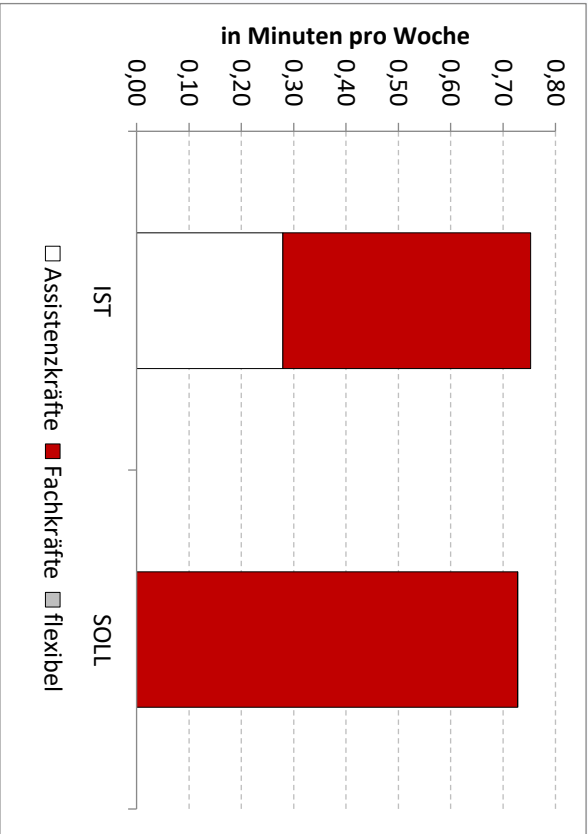
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



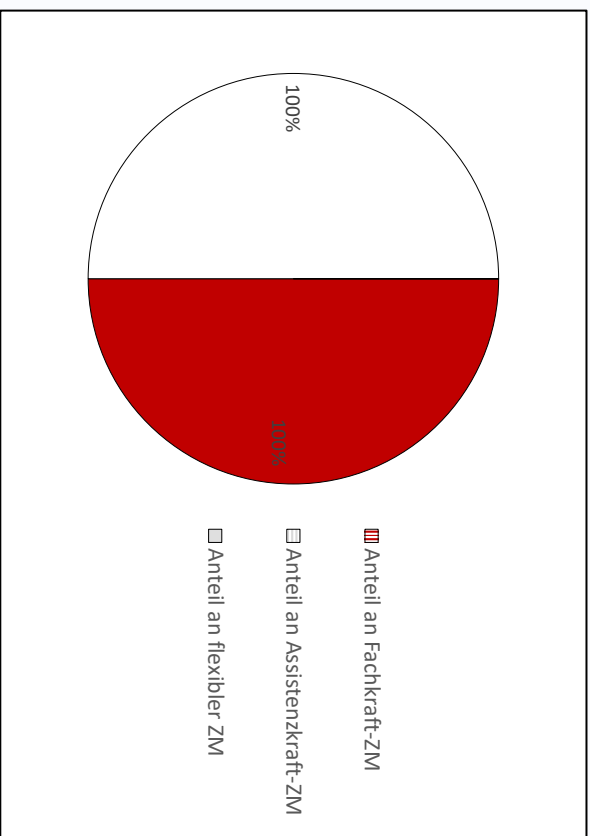
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



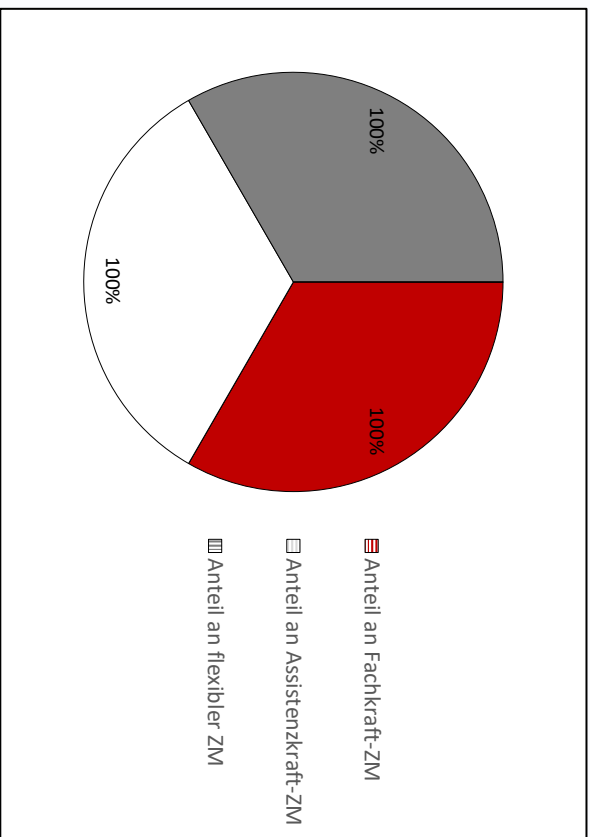
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



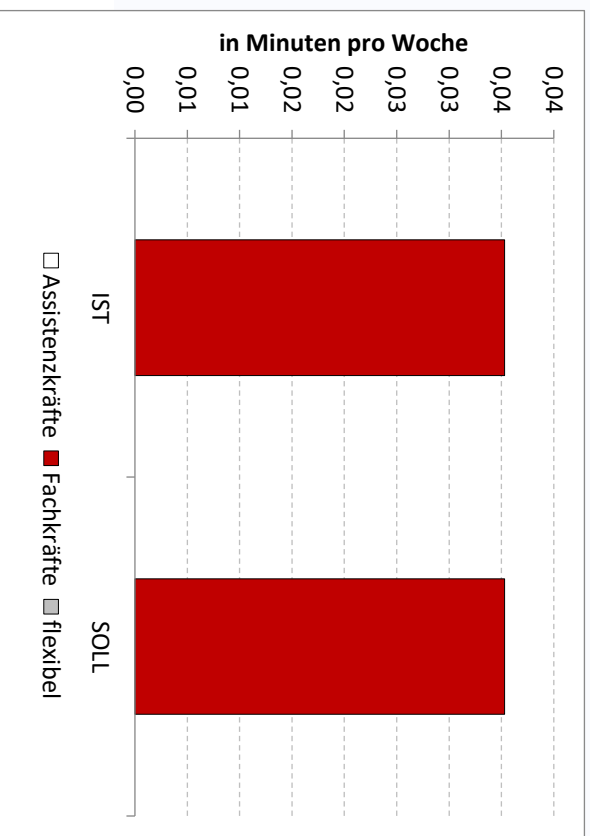
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



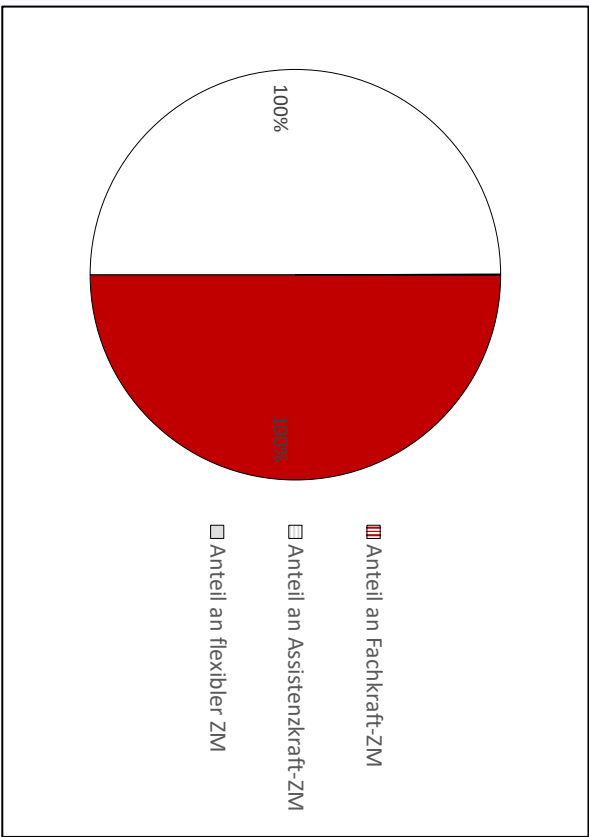
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



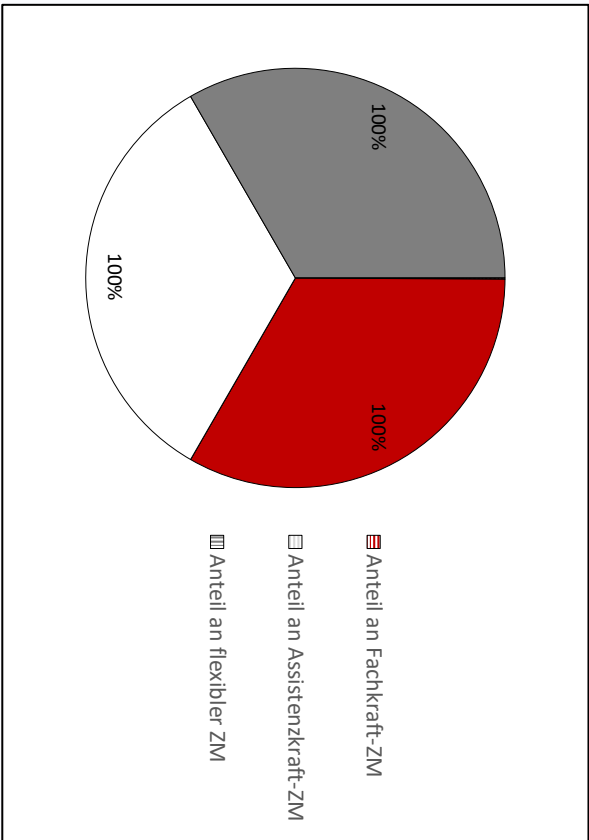
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



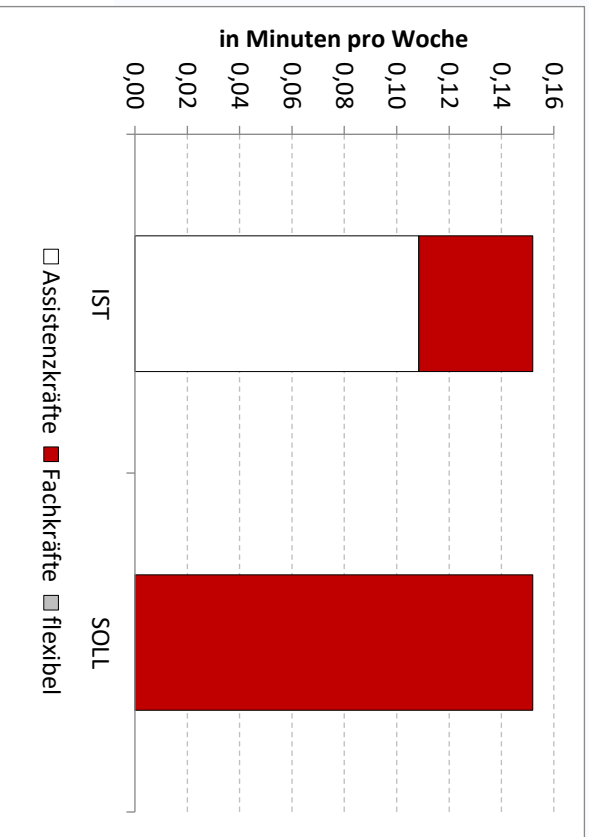
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



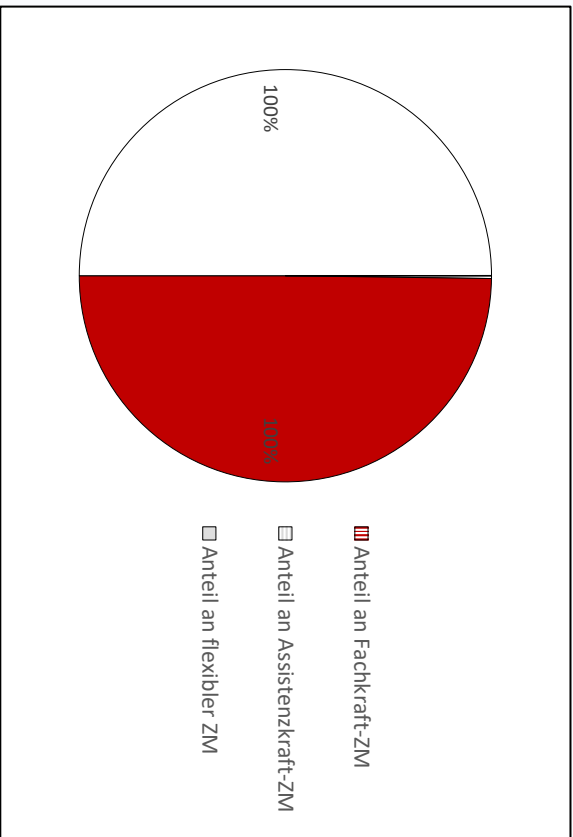
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



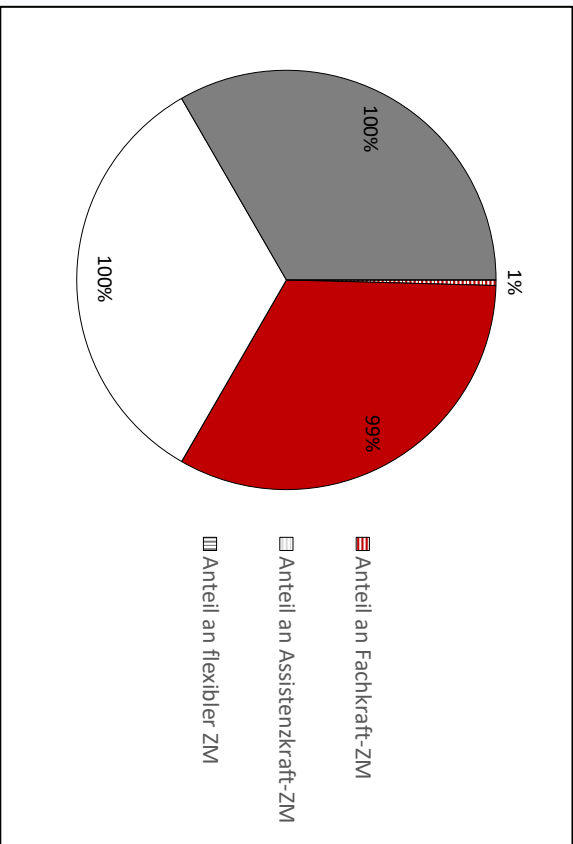
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



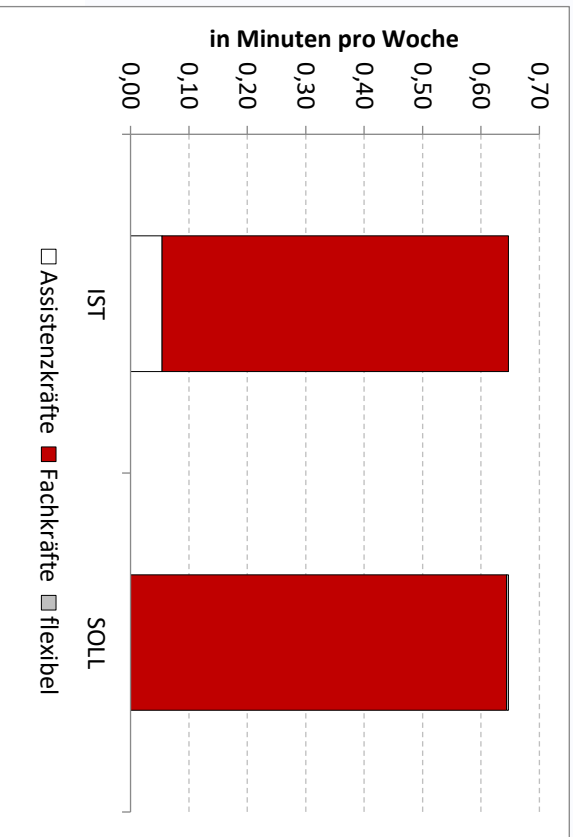
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



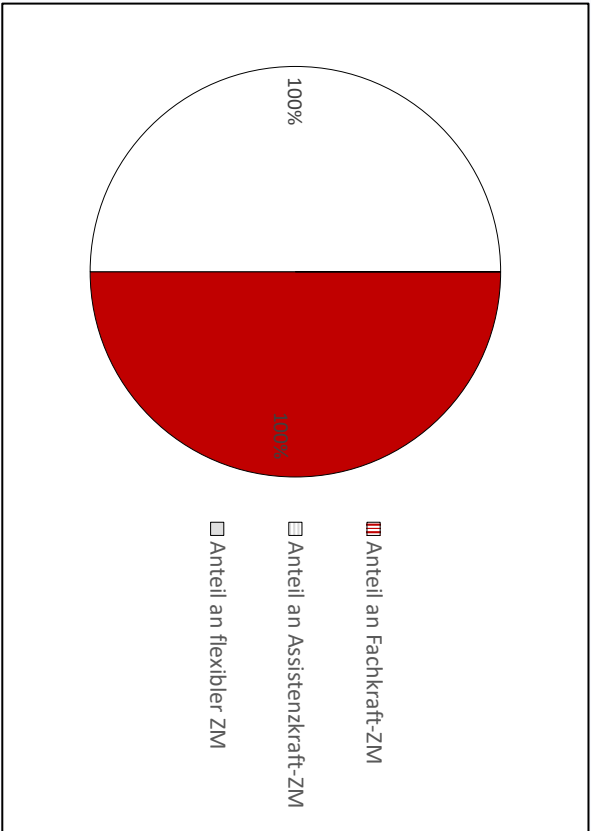
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



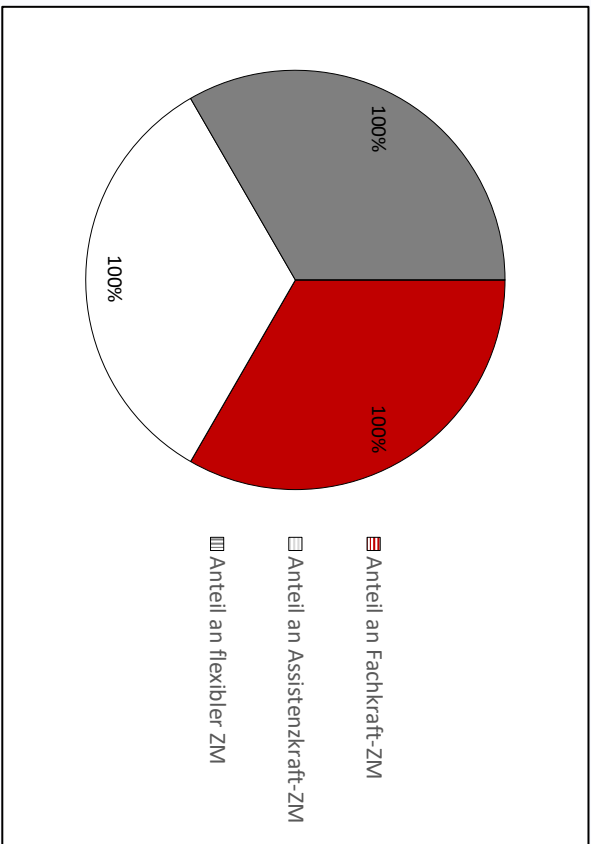
Zeitmengen nach Qualifikationsnrix



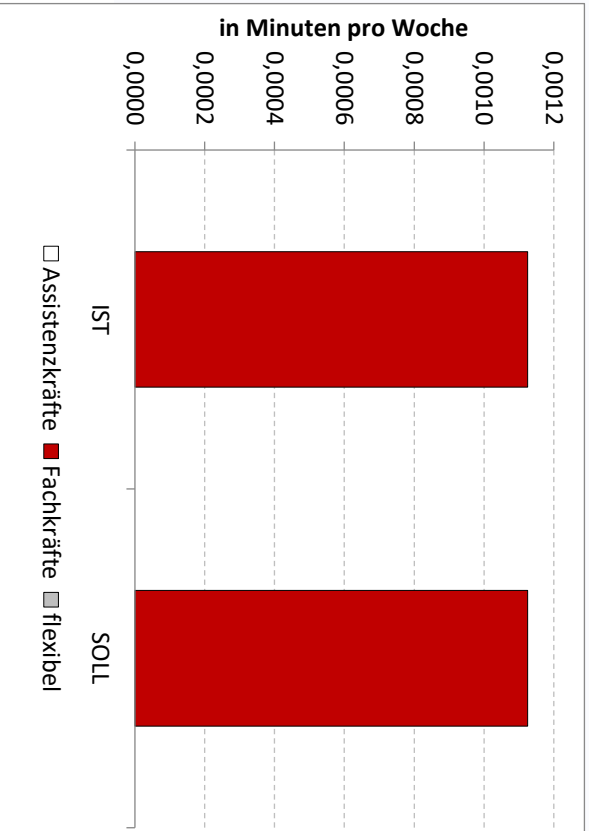
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



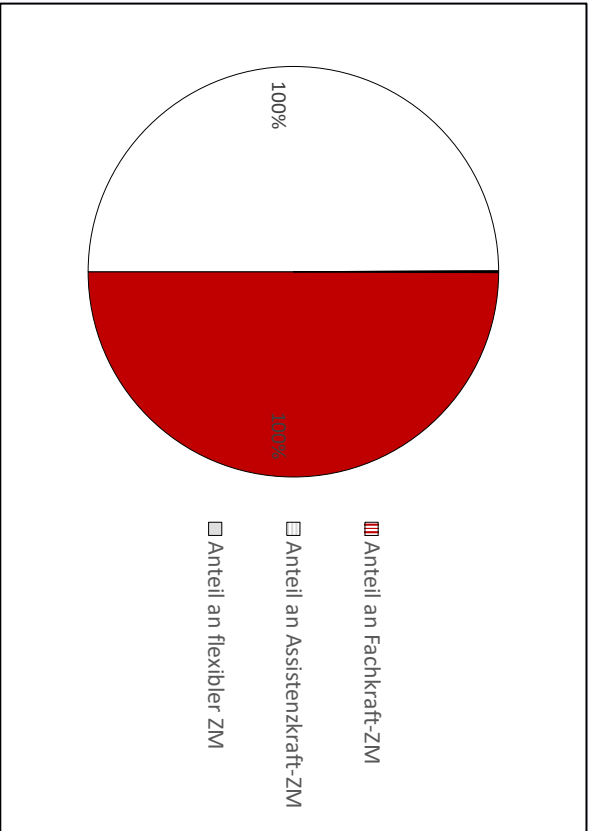
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



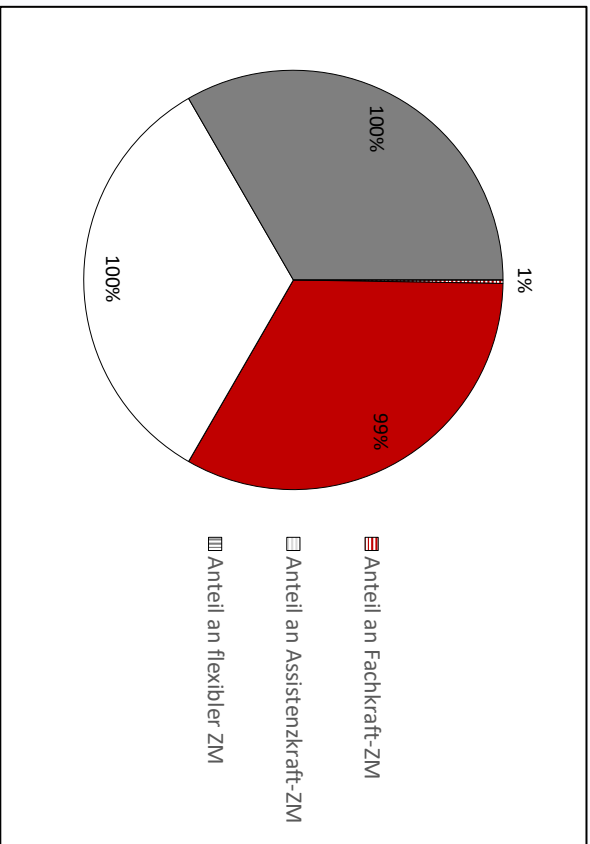
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



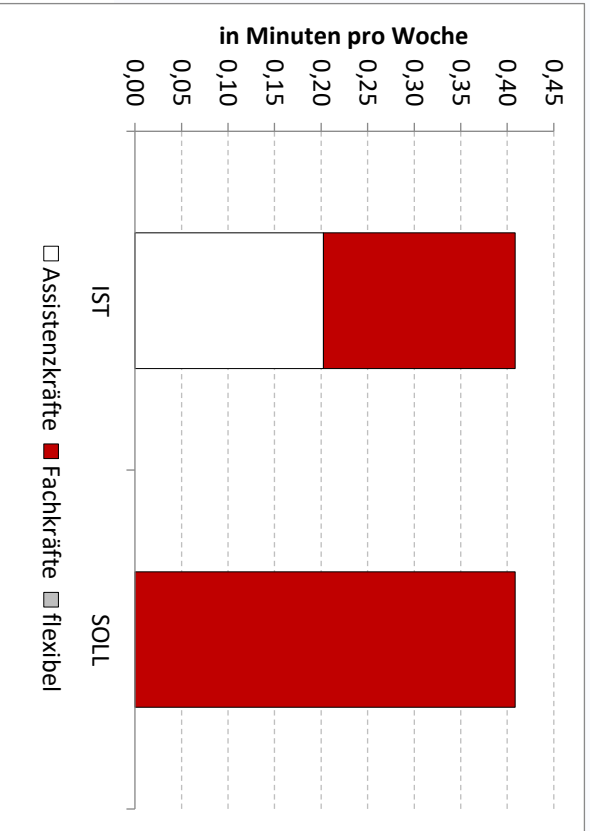
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



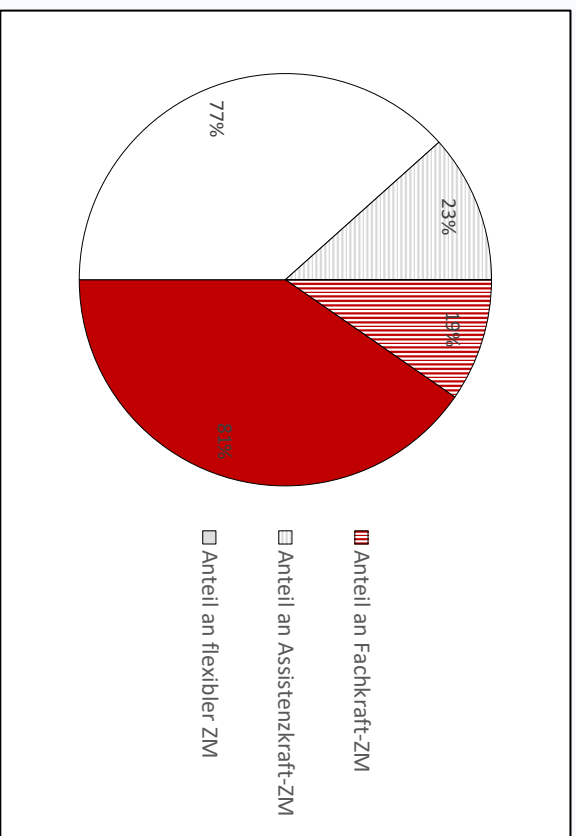
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



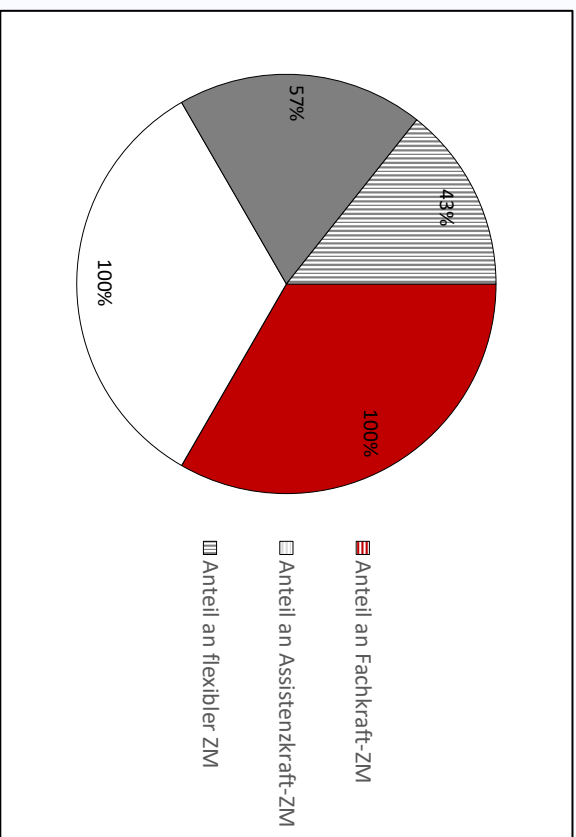
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



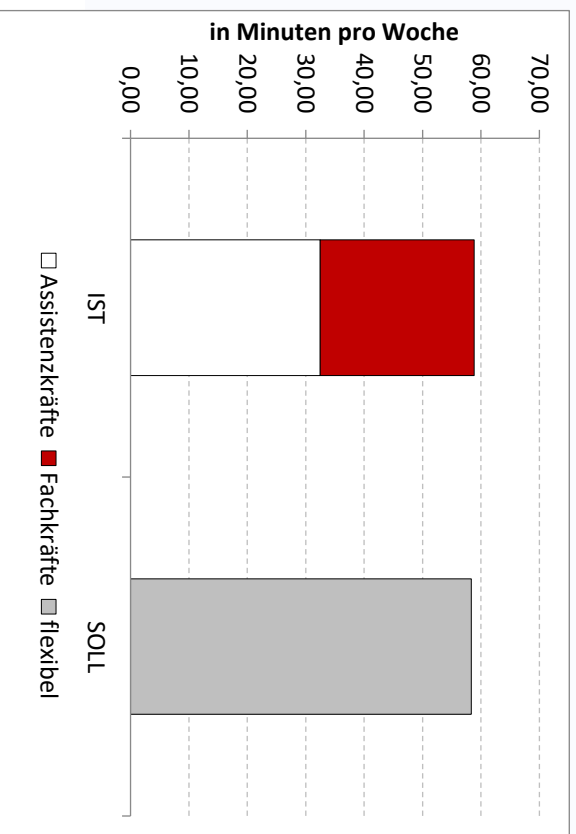
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



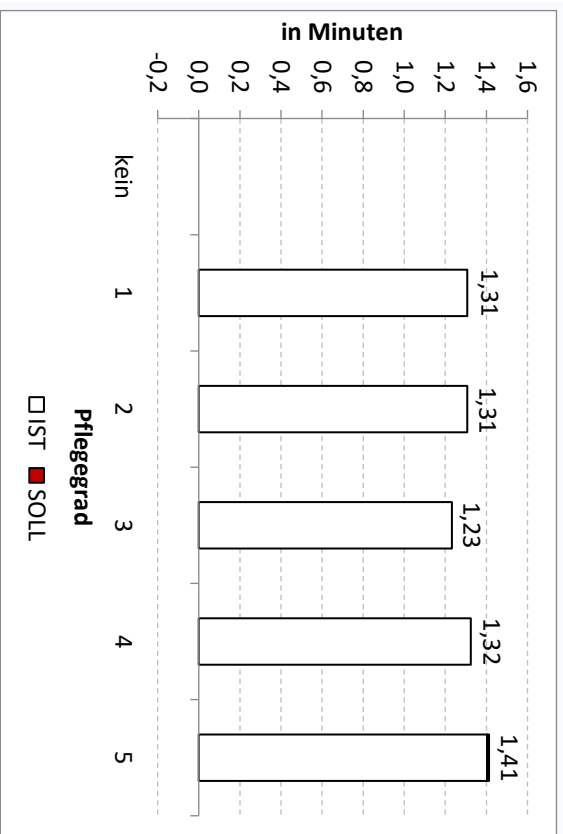
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



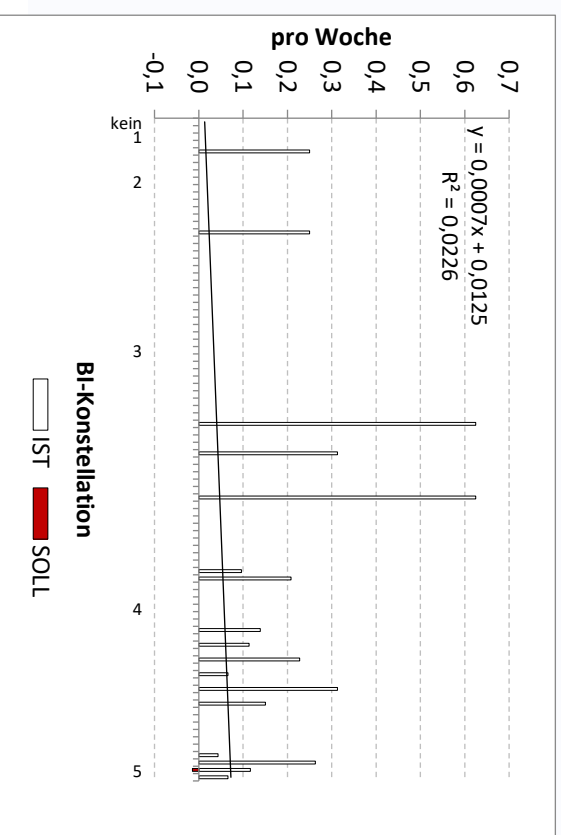
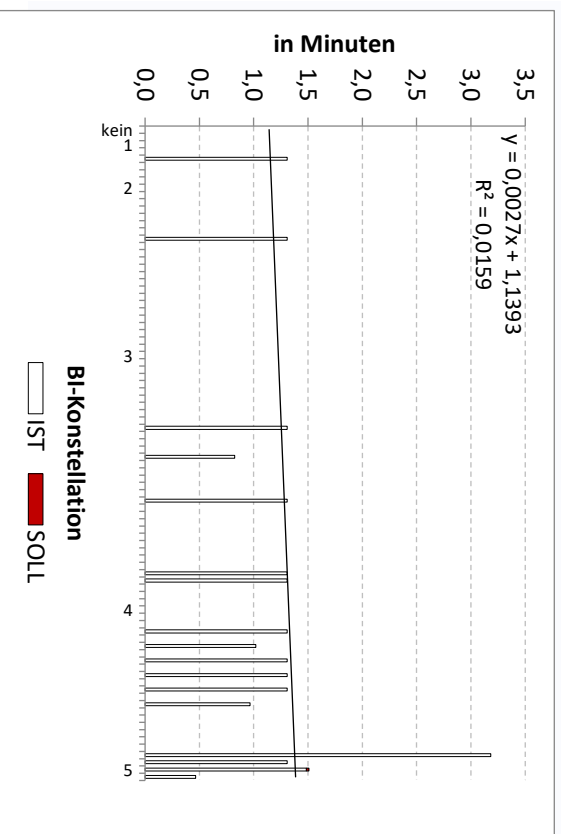
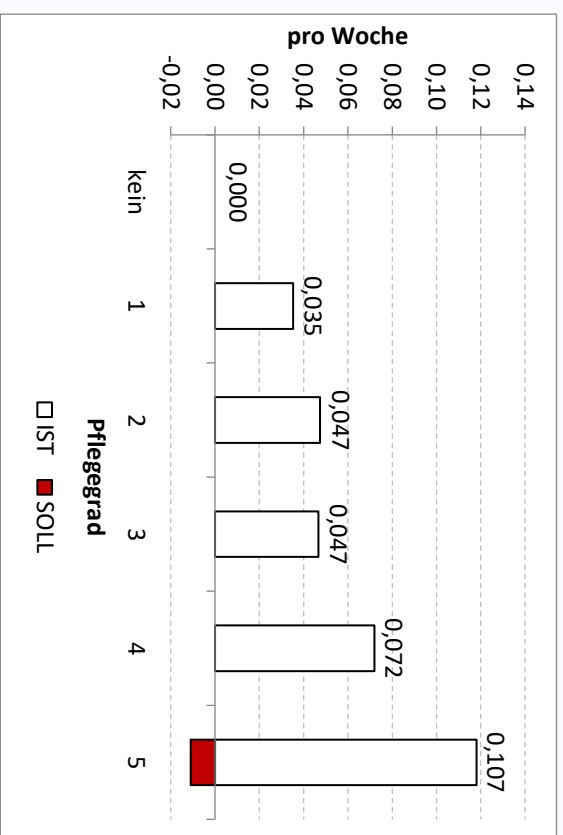
Zeitmengen nach Qualifikationsnrix



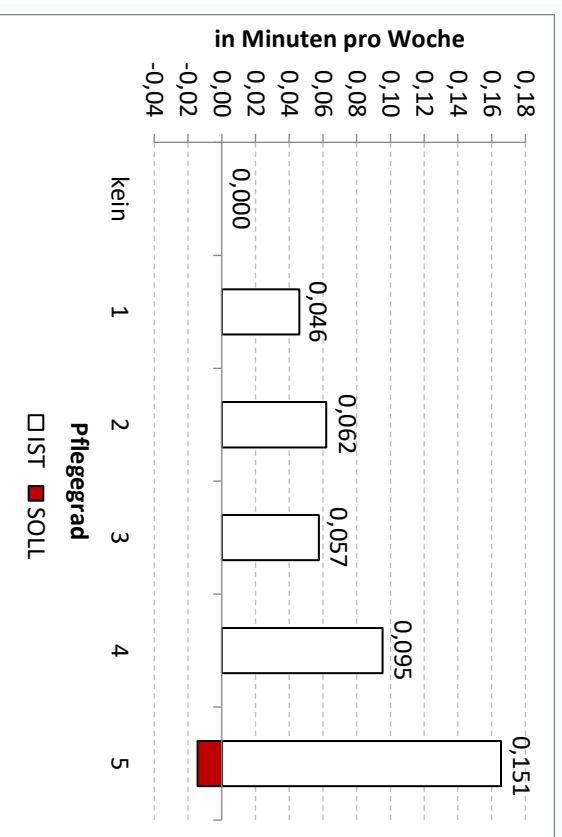
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



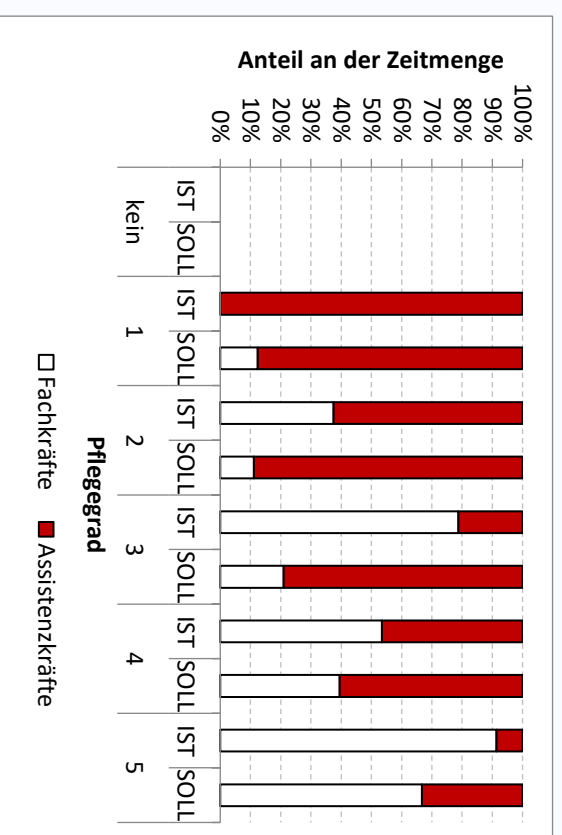
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach ...



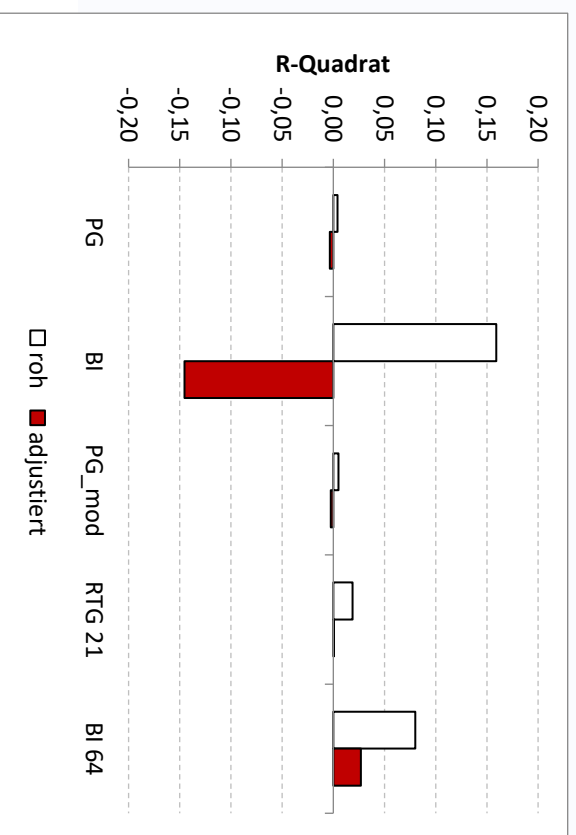
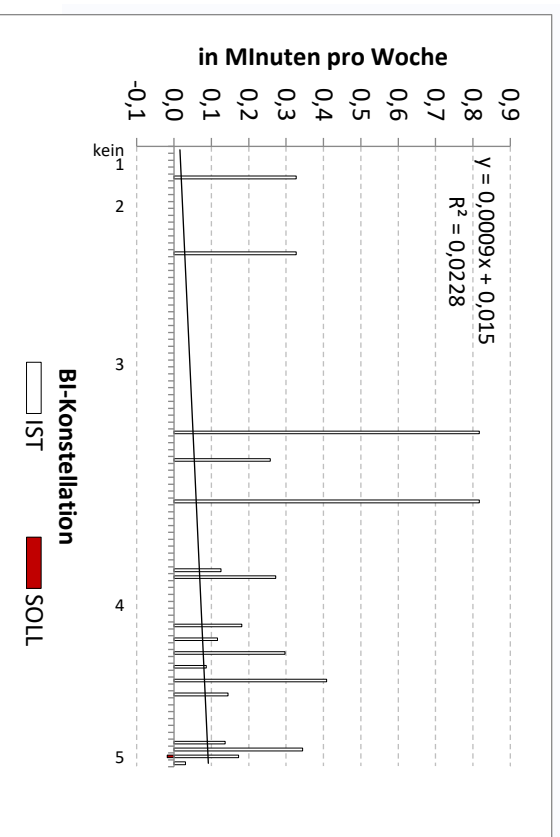
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



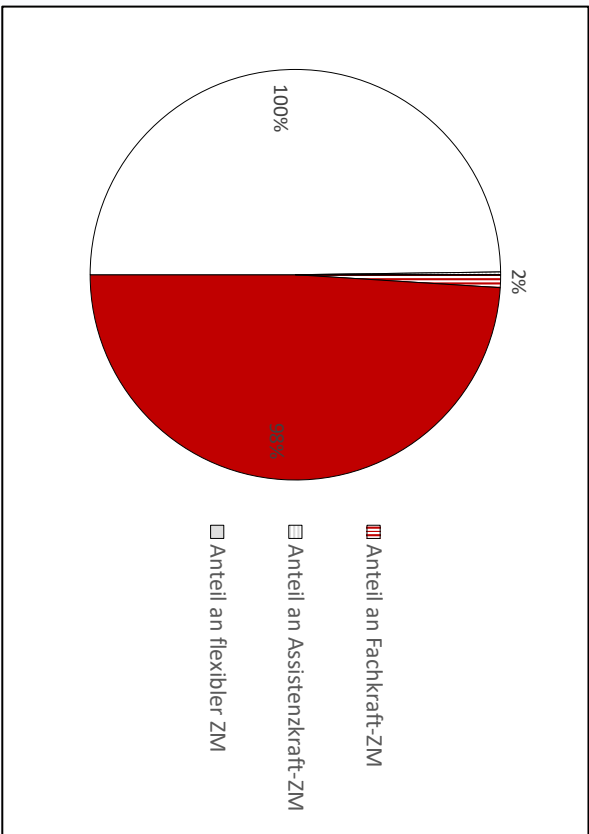
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



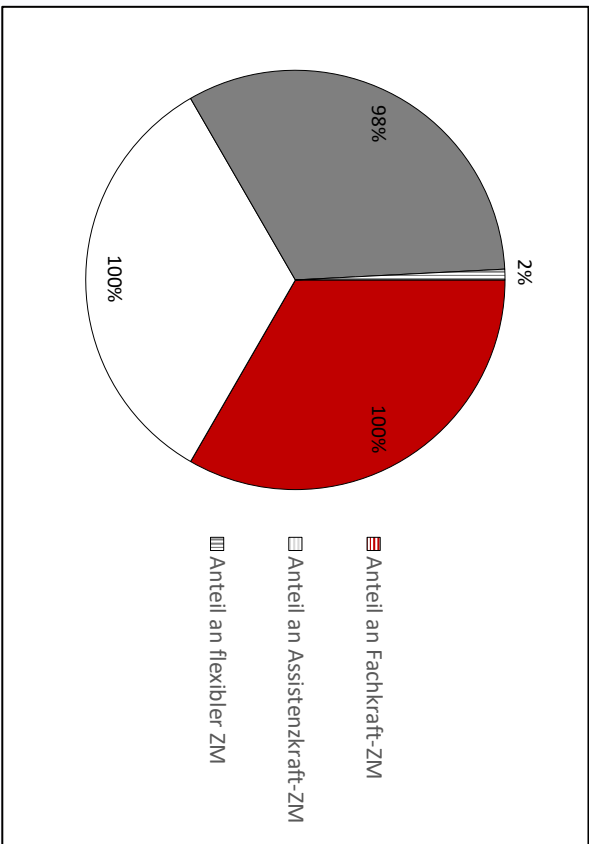
Varianzaufklärung der SOLL-Zeitmenge (Angebote und Vollerbringungen pro Werktag)



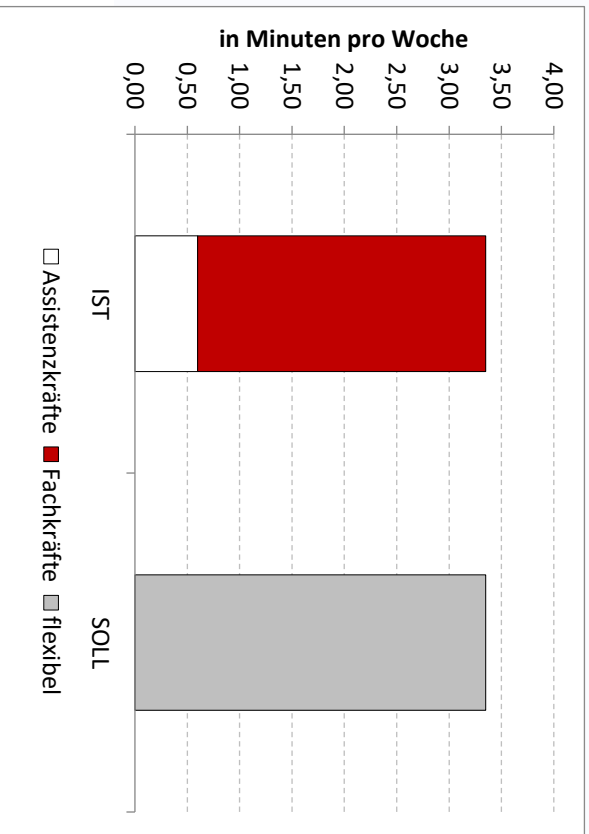
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



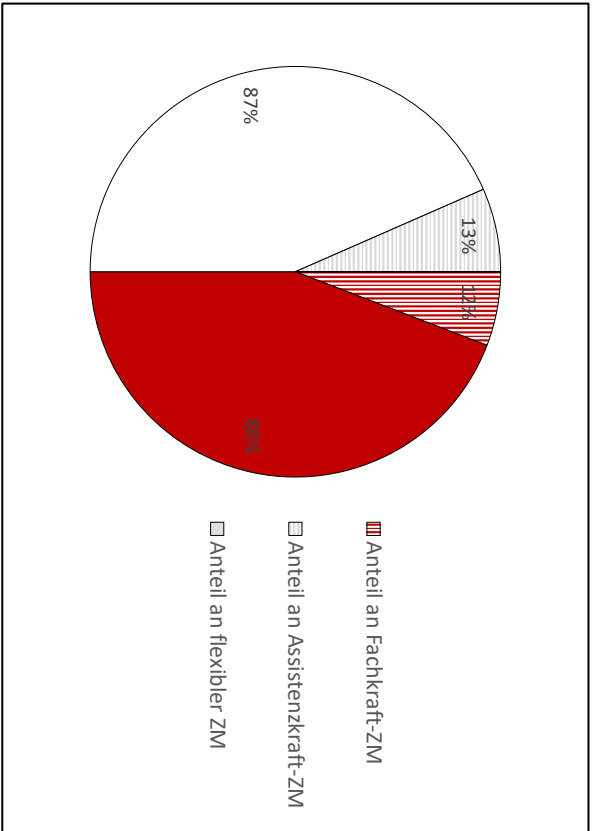
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



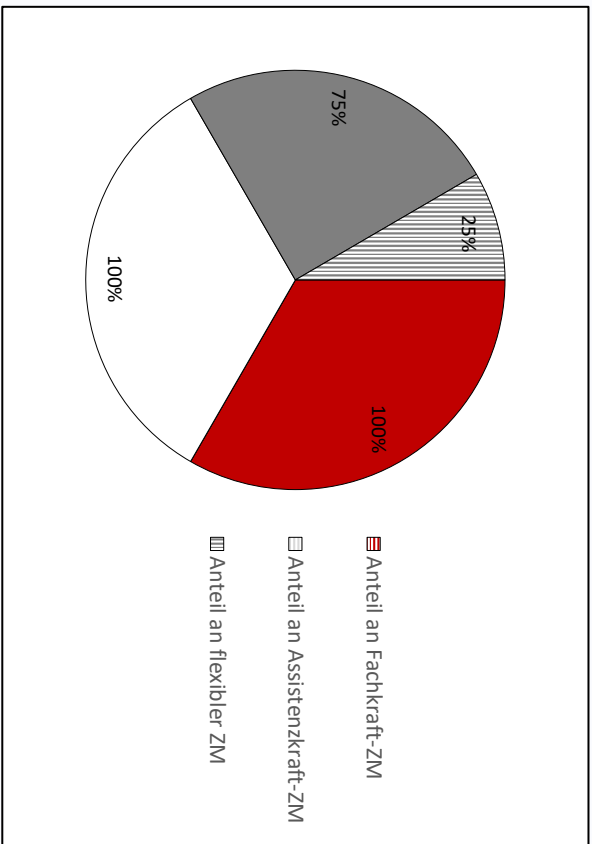
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



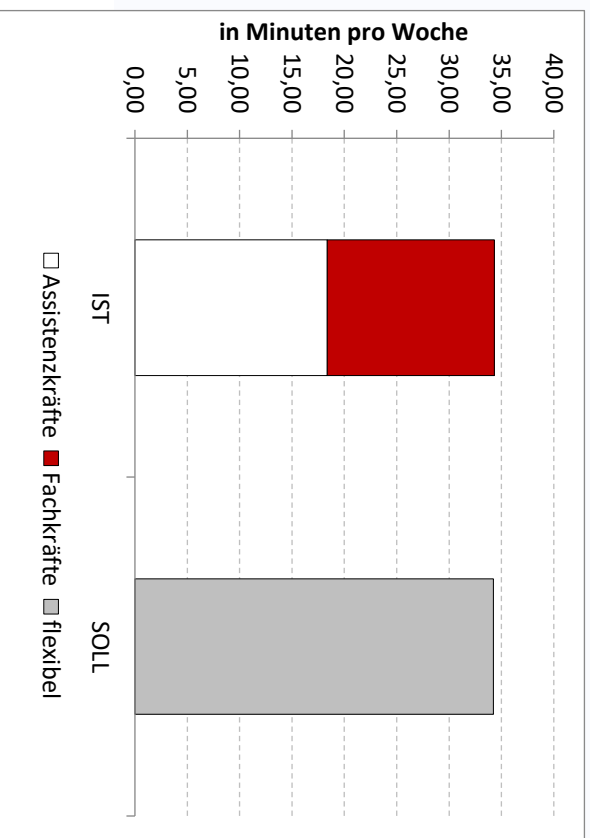
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



Zeitmengen nach Qualifikationsmix



11. Anhang

Alphabetische Liste der Teilschritte und Anforderungen

1 - A - Auf Pausen während des Absaugvorgangs achten
2 - A - Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen
3 - A - Ausreichende Analgesie berücksichtigt
4 - A - Beaufsichtigung - Halten einer stabilen Sitzposition
5 - A - Bei Aspirationsgefahr nicht alleine lassen
6 - A - Beteiligen an einem Gespräch fördern
7 - A - Die Pflege und Betreuung erfolgt aktivierend
8 - A - Durchzug vermeiden
9 - A - Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention
10 - A - Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen
11 - A - Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben
12 - A - Hilfe bei der örtlichen Orientierung
13 - A - Hilfe beim Erkennen von Personen
14 - A - Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren
15 - A - Hilfe beim Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen
16 - A - Hilfe beim Treffen von Entscheidungen im Alltag
17 - A - Hilfe beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen
18 - A - Interaktion mit Personen im direkten Kontakt
19 - A - Kontrollieren der körperlichen Funktionsfähigkeiten während der Intervention
20 - A - Mitteilen elementarer Bedürfnisse fördern
21 - A - Nächtliche Unruhe beachten
22 - A - Privatsphäre sicherstellen
23 - A - Rückschonend arbeiten
24 - A - Rücksichtnahme auf kulturspezifische Bedürfnisse, wenn angezeigt
25 - A - Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse, wenn angezeigt
26 - A - Verstehen von Aufforderungen fördern
27 - A - Wahnvorstellungen berücksichtigen
28 - A - Zeit nehmen und Störungen vermeiden
29 - A - Ängste berücksichtigen
30 - T - Absaugen unter aseptischen Bedingungen
31 - T - Abtrocknen, gesamt
32 - T - An- und Auskleiden
33 - T - An- und Auskleiden des Unterkörpers
34 - T - Anlegen der Fixierung unter Einhaltung einer präventiven Positionierung
35 - T - Anlegen des neuen Wundverbands
36 - T - Anwendung der benötigten Materialien/Hilfsmittel
37 - T - Anwendung der geeigneten Methode
38 - T - Applikationssystem entfernen; Sauerstoffflasche/-gerät verschließen/ausmachen
39 - T - Arm zugänglich machen und in Herzhöhe platzieren
40 - T - Assistenz bei der Intervention
41 - T - Atemwege freimachen
42 - T - Aufforderungen zu Atem- und/oder Hustentechnik
43 - T - Aufmerksam machen auf Verhaltensweisen
44 - T - Aufrecht lagern

45 - T - Aufstehen
46 - T - Aufsuchen und benutzen der Toilette oder eines Toilettenstuhls
47 - T - Auswahl der persönlichen Kleidung durch die pflegebedürftige Person
48 - T - Badevorgang durchführen, einschließlich Rückenwaschen, Körperpflege und Haare waschen
49 - T - Basale Stimulation durchführen
50 - T - Beratungsgespräch
51 - T - Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel
52 - T - Blasenkatheter einführen und ggf. blocken
53 - T - Blutentnahme durchführen
54 - T - Desinfektion der Punktionstelle
55 - T - Desinfektion des Genitalbereichs
56 - T - Durchführung der Messung
57 - T - Durchführung der geeigneten Maßnahme
58 - T - Durchführung geeigneter Maßnahmen angepasst an Temperatursituation und Fieberphase
59 - T - Duschvorgang durchführen, einschließlich Rückenwaschen, Körperpflege und Haare waschen
60 - T - Einlaufvorgang entsprechend der Methode durchführen
61 - T - Einstichstelle komprimieren
62 - T - Entfernen der Fixierung
63 - T - Entfernen der Infusion und Verbinden des Zugangs
64 - T - Entfernung und Inspektion der alten Wundauflage incl. Tamponaden
65 - T - Essvorgang
66 - T - Feedback vom Pflegebedürftigen zur erbrachten Intervention einholen
67 - T - Fuß- und / oder Handreinigung, ggf. Fuß- / Handbad
68 - T - Füße und/oder Hände abtrocknen, besonders Zehenzwischenräume
69 - T - Gerichtete Medikamente vor Verabreichung kontrollieren
70 - T - Gerät einstellen und Literzahl prüfen/anpassen
71 - T - Gerät mit Teststreifen und Lanzette/Stechhilfe vorbereiten
72 - T - Ggf. Einnahme überprüfen
73 - T - Ggf. Nasenpflege
74 - T - Ggf. Transfer ins Bett
75 - T - Ggf. Versorgung mit Inkontinenzhilfsmitteln
76 - T - Gleitgel applizieren
77 - T - Haare waschen, spülen und trocknen
78 - T - Hautdesinfektion durchführen
79 - T - Hände der pflegebedürftigen Person gründlich waschen und Durchblutung fördern
80 - T - Händedesinfektion
81 - T - Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen
82 - T - Infusion anschließen und Tropfgeschwindigkeit einstellen
83 - T - Injektion durchführen
84 - T - Inspektion der gereinigten Wunde
85 - T - Intimpflege
86 - T - Kanüle in Abwurf entsorgen, Einstichstelle mit Tupfer komprimieren
87 - T - Kompressionsstrümpfe anziehen/ausziehen, bzw. -verbände anlegen und fixieren
88 - T - Kontrolle auf richtigen Sitz
89 - T - Kontrolle der Körperhaltung unter Beachtung von Wünschen der Pflegebedürftige Person und gebotener Prophylaxemaßnahmen

90 - T - Kontrolle der vorbereiteten Infusion
91 - T - Kontrolle der vorbereiteten Spritze
92 - T - Kontrolle von Lage und Fixierung der Sonde
93 - T - Lokalisationsort inspizieren und desinfizieren
94 - T - Medikament anreichen oder verabreichen
95 - T - Messort zugänglich machen, ggf. Positionierung der pflegebedürftigen Person
96 - T - Messwert ablesen
97 - T - Mund / Gesicht abtrocknen
98 - T - Mund ausspülen, bzw. auswischen
99 - T - Mund- und Zahnpflege
100 - T - Nachbereitung
101 - T - Oberkörper ankleiden und glattstreichen
102 - T - Oberkörper auskleiden
103 - T - Oberkörper waschen, abtrocknen, ggf. eincremen
104 - T - Oberkörperhochlagerung
105 - T - Persönliche Hygiene, soweit erforderlich/erwünscht
106 - T - Pflaster anlegen
107 - T - Pflegebedürftige Person anbieten die Hände zu säubern
108 - T - Pflegebedürftige Person beim Vorgang unterstützen
109 - T - Positionierung
110 - T - Positionierung entsprechend der gewählten Übung
111 - T - Positionierung entsprechend des Wundortes, ggf. Lagerungshilfsmittel
112 - T - Positionierung in die vorgesehene
113 - T - Prüfen des Husten- und Schluckreflexes, wenn nötig
114 - T - Punktionsstelle komprimieren
115 - T - Punktionsstelle zugänglich machen und desinfizieren
116 - T - Rasur, auf Wunsch
117 - T - Reinigen des Intimbereichs
118 - T - Reinigung der Wunde entsprechend der Wundart, ggf. Spülung
119 - T - Rücken wachen und abtrocknen
120 - T - Rückenlage, wenn möglich
121 - T - Schmuck und Hörgeräte entfernen
122 - T - Schneiden und Feilen: Fuß und/oder Fingernägel
123 - T - Schutzmaßnahmen beachten
124 - T - Schutzunterlage unter das Gesäß legen
125 - T - Spülen der Sonde
126 - T - System für die Sondenkost anschließen oder entfernen
127 - T - Thermometer mit Schutzhülle vorbereiten
128 - T - Toilettengang oder Wechsel der Inkontinenzhilfsmittel
129 - T - Transfer mit der geeigneten Methode durchführen
130 - T - Transport begleiten
131 - T - Transport ins Labor sicherstellen
132 - T - Trinkvorgang
133 - T - Unterkörper ankleiden und glattstreichen
134 - T - Unterkörper auskleiden
135 - T - Unterkörper waschen, abtrocknen, ggf. eincremen
136 - T - Urinauffangsystem korrekt anbringen

137 - T - Verschmutzungen entfernen: unter den Nägeln
138 - T - Verwendung von Gleitmittel bei nasalem Absaugen
139 - T - Vorbereitung der Arbeitsfläche und Materialien unter aseptischen Bedingungen
140 - T - Waschen der Haare, soweit erforderlich/erwünscht
141 - T - Wassertemperatur erfragen und vor Beginn nochmals prüfen, ggf. Pflegebedürftige Person die Temperatur selbst testen lassen, Waschzusätze nach Bedarf und Wunsch
142 - T - Wert ablesen, ggf. WHR-Ratio ausrechnen
143 - T - Wiegung durchführen oder den Taillen- und Hüftumfang messen
144 - T - Zugang überprüfen, ggf. subkutanen Zugang legen
145 - T - Zähne / Zahnprothesen putzen
146 - T - ggf. Entfernen des Dauerkatheters
147 - T - ggf. Füße und/oder Hände eincremen
148 - T - ggf. Kompressionsstrümpfe
149 - T - ggf. Lagerungshilfsmittel entfernen; Patientenhaltegriff hochhängen
150 - T - ggf. Lippenpflege
151 - T - ggf. Nagellack auftragen, bzw. entfernen
152 - T - ggf. Rasur und Hautpflege
153 - T - ggf. Temperatur der Getränke/Speisen kontrollieren
154 - T - ggf. Vermittlung an weitere Beratungsstellen
155 - T - ggf. Zahnprothese
156 - T - ggf. Zahnprothesen einlegen: in Reinigungsmittel
157 - T - ggf. Zahnprothesen einsetzen: auf Wunsch mit Haftcreme
158 - T - ggf. bei Ausscheidung unterstützen
159 - T - mit Lanzette/Einstichhilfe Punktionsstelle punktieren
160 - T - zweiten Blutstropfen für Messung nehmen
161 - T - Überwachung der pflegebedürftigen Person
162 - T - Übung zur Förderung des Schluck-/Hustenreflexes und/oder des Schluckvorgangs

Steckbriefe

-teilstationär-

im Projekt

Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI
(PeBeM)

SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik
Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)
Institut für Arbeit und Wirtschaft (iaw)
Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (KKSB)

Bremen, September 2019

Inhalt

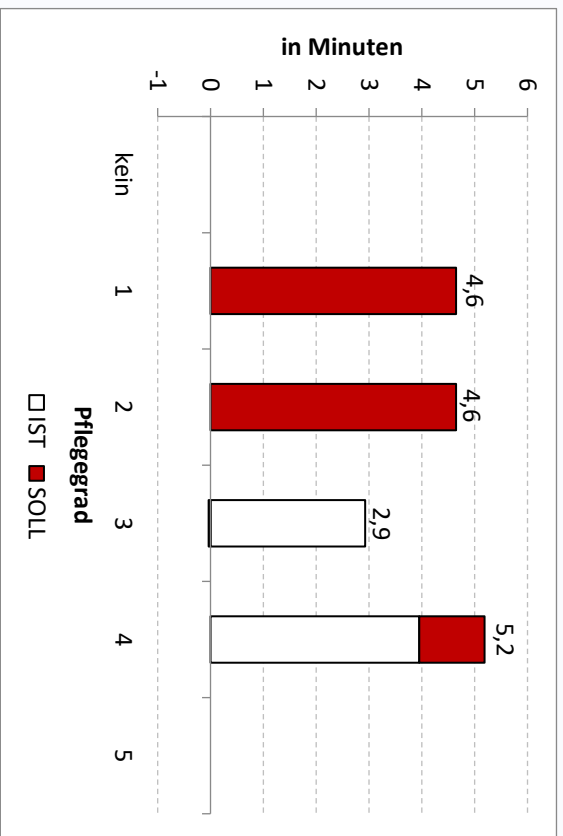
1.1 Bewegungsförderung.....	4
1.2 Positionierung	7
1.3 Transfer/Fortbewegen	9
1.4 Transportbegleitung	11
2.1 Alltagsgestaltung: Gedächtnistraining	13
2.2 Alltagsgestaltung: Realitätsorientierung	14
2.3 Alltagsgestaltung: Kunst.....	15
2.4 Alltagsgestaltung: Musik.....	16
2.5 Alltagsgestaltung: Spielen	18
2.6 Alltagsgestaltung: Tiere	20
2.7 Alltagsgestaltung: sonstige Themenfelder.....	21
2.9 Alltagsgestaltung: Vorbereitung	23
2.10 Basale Stimulation	25
2.12 Biographiearbeit	27
2.13 Einkaufsfahrt.....	28
2.14 Snoezelen	29
3.3 Verhaltens- und umgebungsbezogene Interventionen	31
4.1 An- und Auskleiden	33
4.2 Ausscheidungsmanagement	35
4.7 Hauswirtschaftliche Unterstützung	37
4.8 Hilfe beim Aufstehen	39
4.9 Hilfe beim Zubettgehen	41
4.10 Intimpflege.....	43
4.11 Körperpflege: Baden	45
4.12 Körperpflege: Duschen	47
4.13 Körperpflege: Waschen am Waschbecken	49
4.14 Körperpflege: Waschen im Bett.....	51
4.15 Maniküre/Pediküre	53
4.16 Mund- und Zahnpflege	55
4.17 Nahrungsaufnahme: Durchführung.....	57
4.18 Nahrungsaufnahme: Vorbereitung.....	59
5.7 Erste Hilfe.....	61
5.9 Injektion i.c./s.c.....	62
5.11 Kompressionsstrümpfe/-verband.....	64

5.12 Medikamentengabe.....	66
5.13 Medikationsmanagement.....	69
5.14 Sauerstoffgabe.....	71
5.17 Vitalzeichenkontrolle: Blutdruck und Puls.....	73
5.18 Vitalzeichenkontrolle: Blutzucker.....	75
5.19 Vitalzeichenkontrolle: Körpertemperatur.....	77
5.20 Wiegen.....	79
6.2 Beratung: Dekubitusprophylaxe.....	80
6.8 Beratung: sonstige Themenfelder.....	82
6.10 Schulung.....	84
7.1 Dokumentation.....	85
7.2 Einzug.....	87
7.3 Steuerung des Pflegeprozesses.....	89
7.4 Angehörigenarbeit.....	91
7.5 Berufsgruppenübergreifende Kommunikation.....	93
7.6 Bewohnergespräch.....	95
7.7 Dienstübergabe.....	98
7.8 Mitarbeiterkommunikation.....	99
7.9 Multidisziplinäre Fallbesprechung.....	100
7.10 Dienstgang.....	101
7.12 Gerätemanagement und Notfallwagenkontrolle.....	103
7.13 Materialmanagement.....	104
7.14 Planung Aufenthaltswechsel.....	106
7.15 Rundgang/Sicherheit gewährleisten.....	108
8.1 Anleitung/Einarbeitung/Ausbildung.....	109
8.4 Bewohnerbefragung.....	110
8.5 Fortbildung.....	111
8.6 Pflegevisite.....	112
8.8 Qualitätscontrolling/Kennzahlen/Berichterstattung.....	113
8.9 Qualitätsdokumentation/-handbuch.....	114
8.10 Qualitätszirkel.....	115
8.11 Risiko- und Fehlermanagement.....	116
9.1 Betriebswirtschaft/Finanzierung.....	117
9.2 Gesundheitsförderung/Arbeitsschutz.....	118
9.3 Kommunikation und Information.....	119
9.4 Öffentlichkeitsarbeit/Marketing.....	120

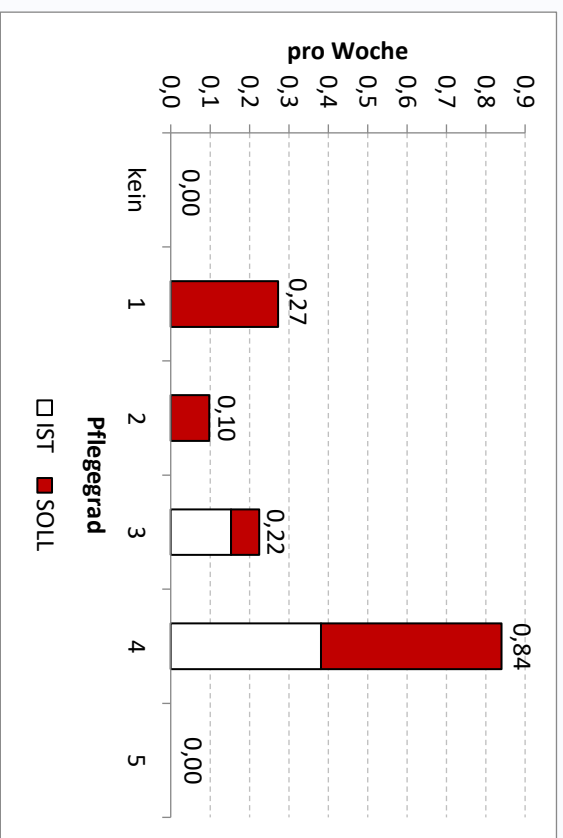
9.5 Personal: Entwicklung.....	121
9.6 Personal: Organisation/Verwaltung	122
9.7 Rezeption und Aneignung gesetzlicher und fachlicher Anforderungen	123
9.8 Teamentwicklung.....	124
10.1 Pause.....	125
10.2 Telefongespräch.....	126
10.3 Wegezeit	128
11. Anhang.....	129

1.1 Bewegungsförderung

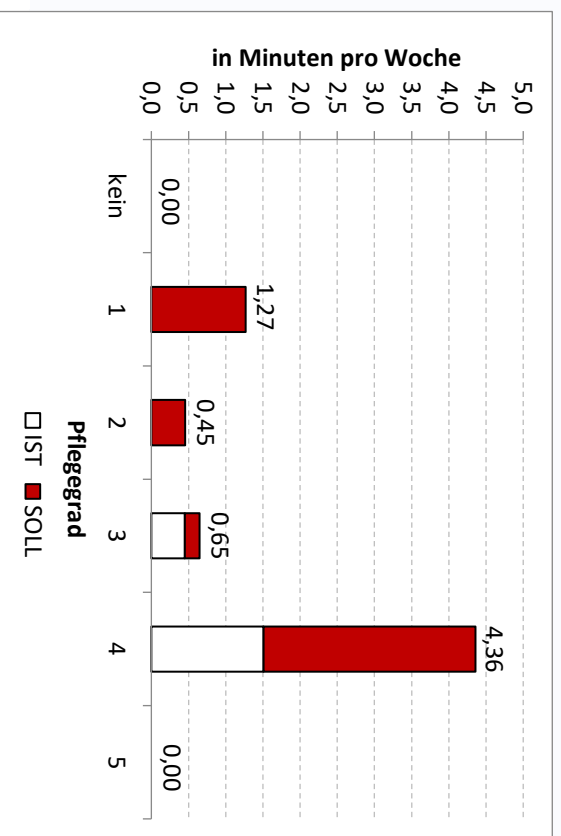
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



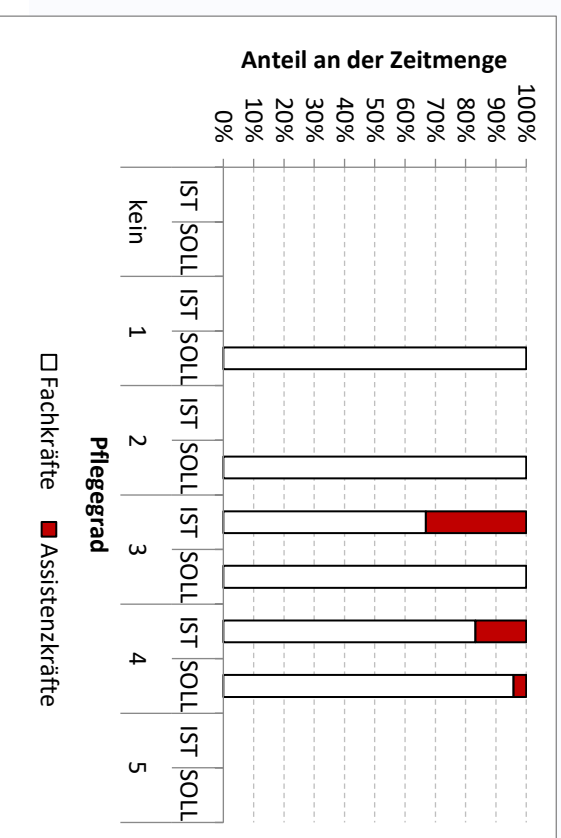
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach ...



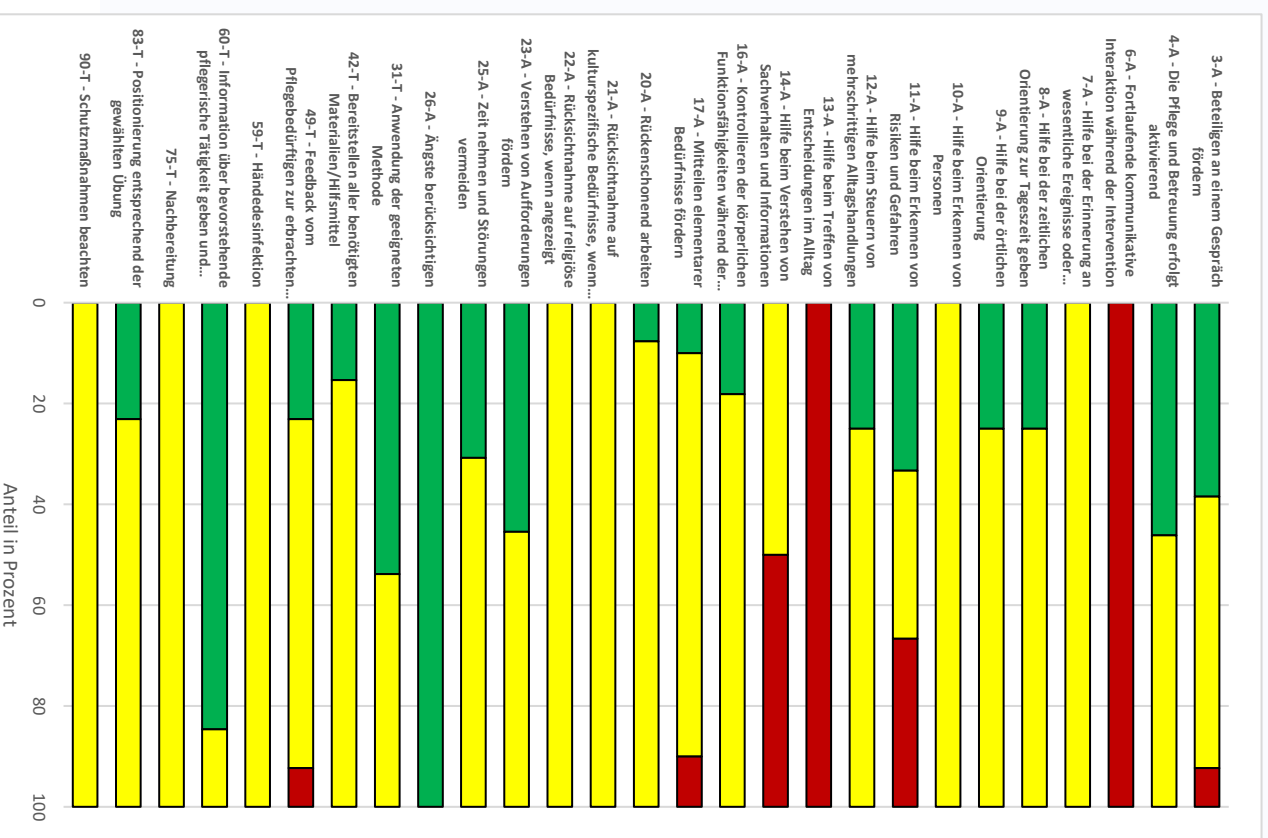
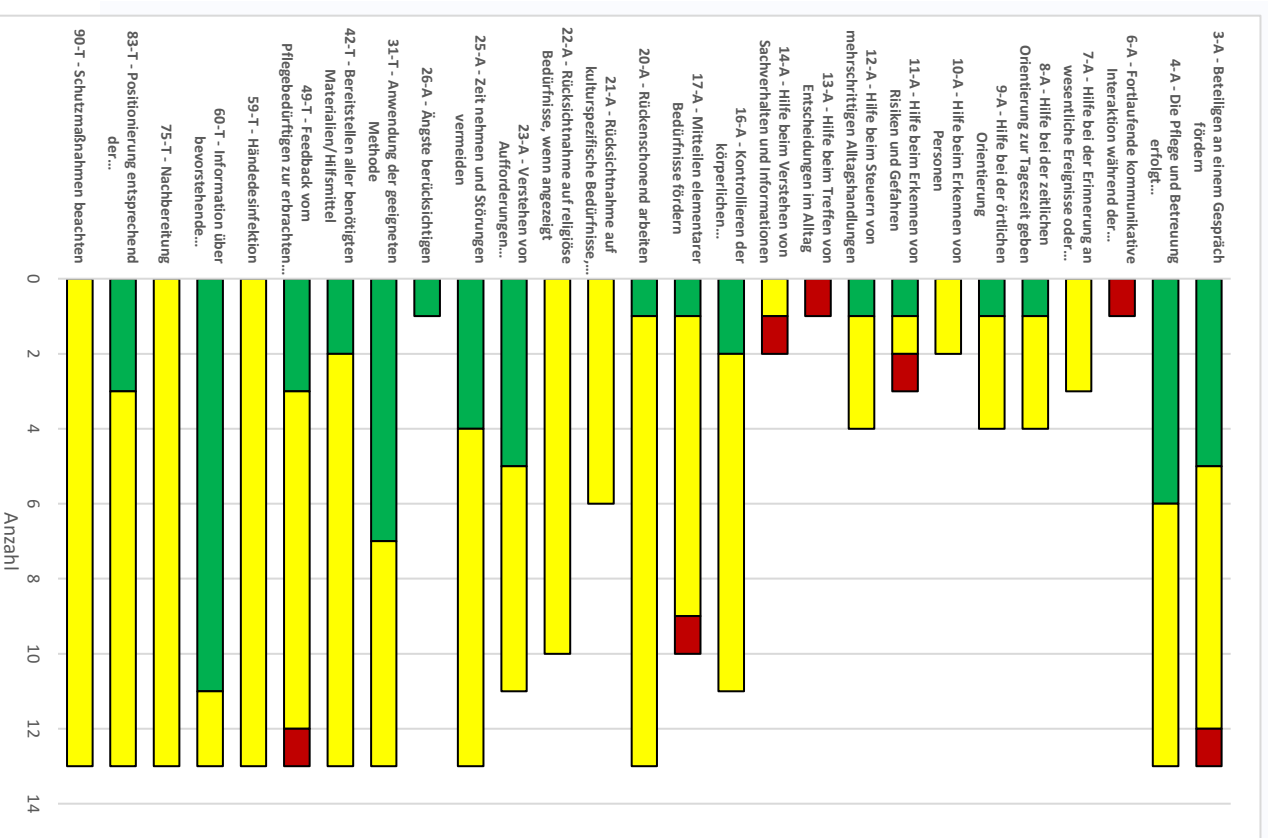
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



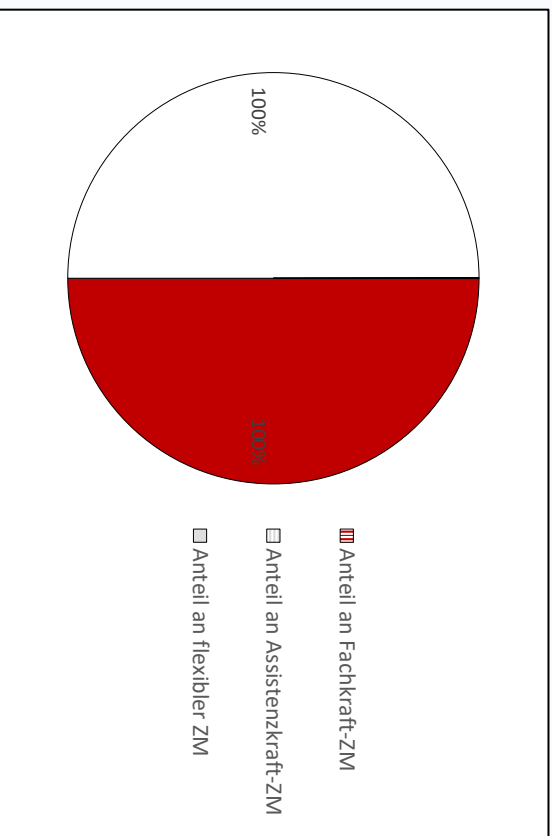
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



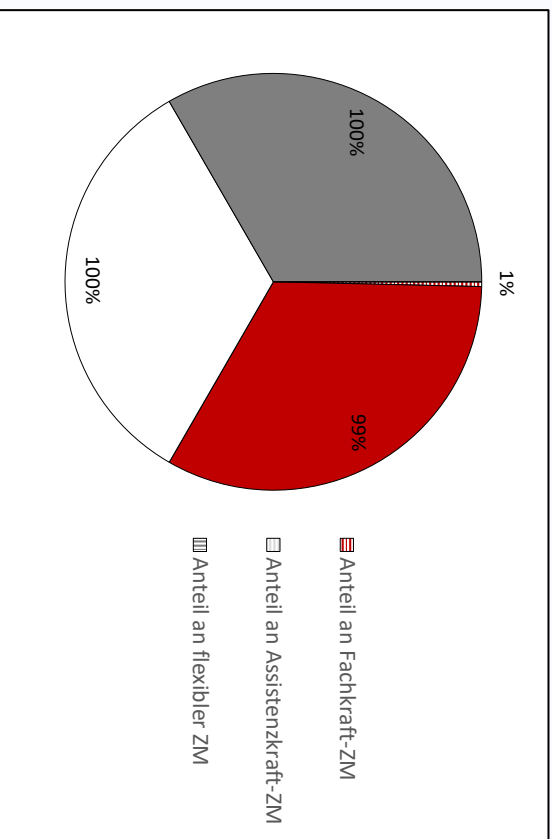
Absolute und relative Teilschrittbewertung



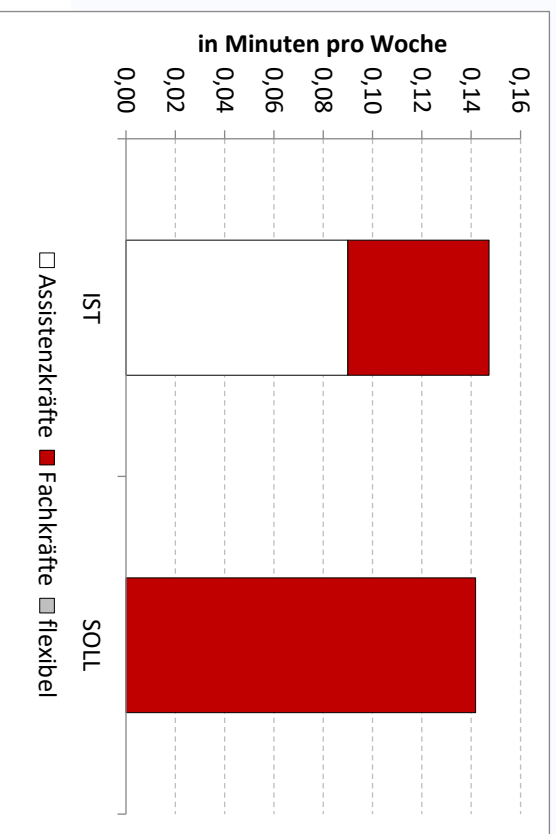
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



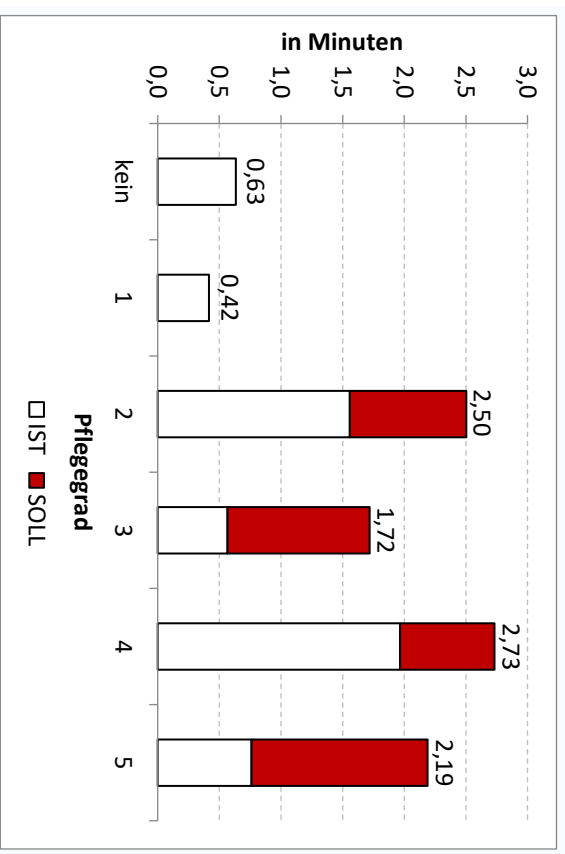
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



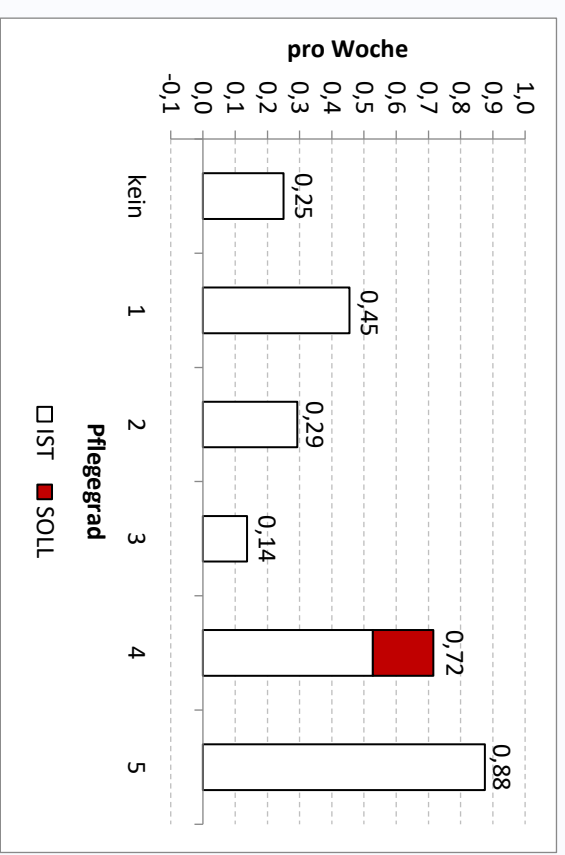
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



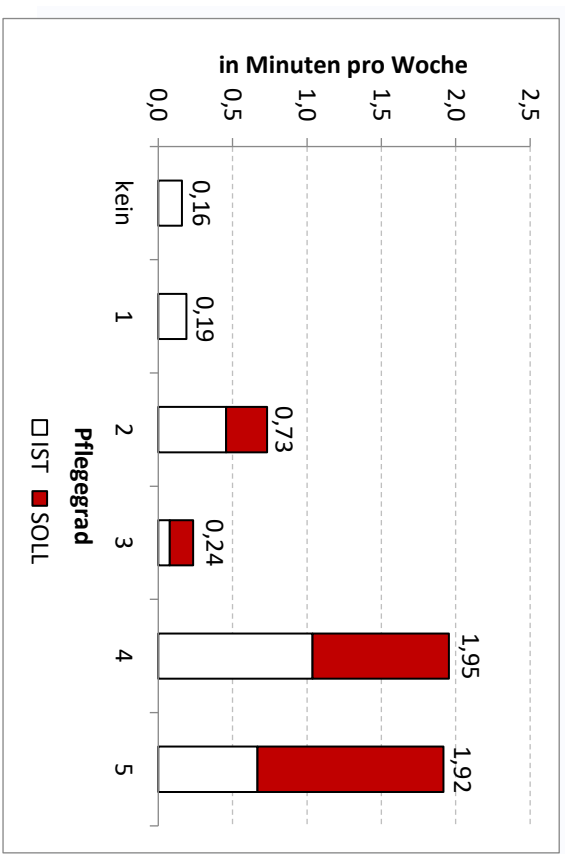
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



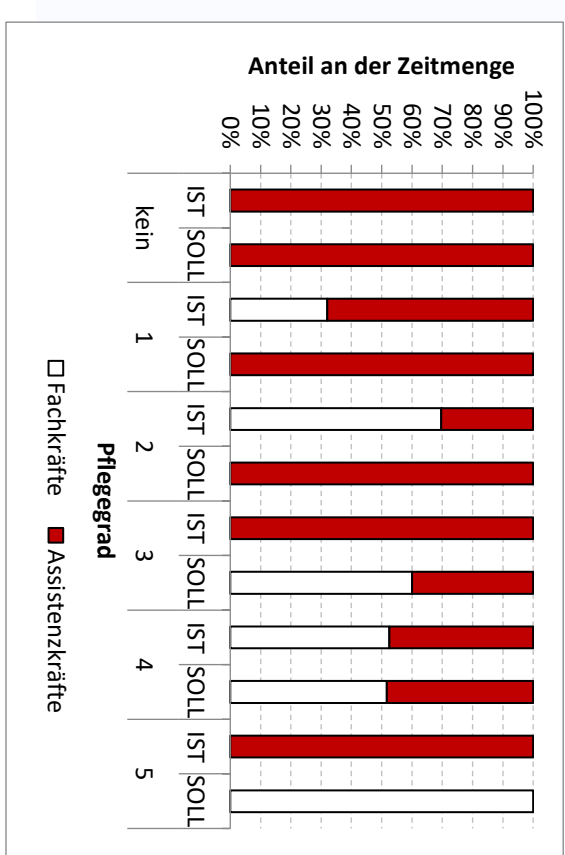
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



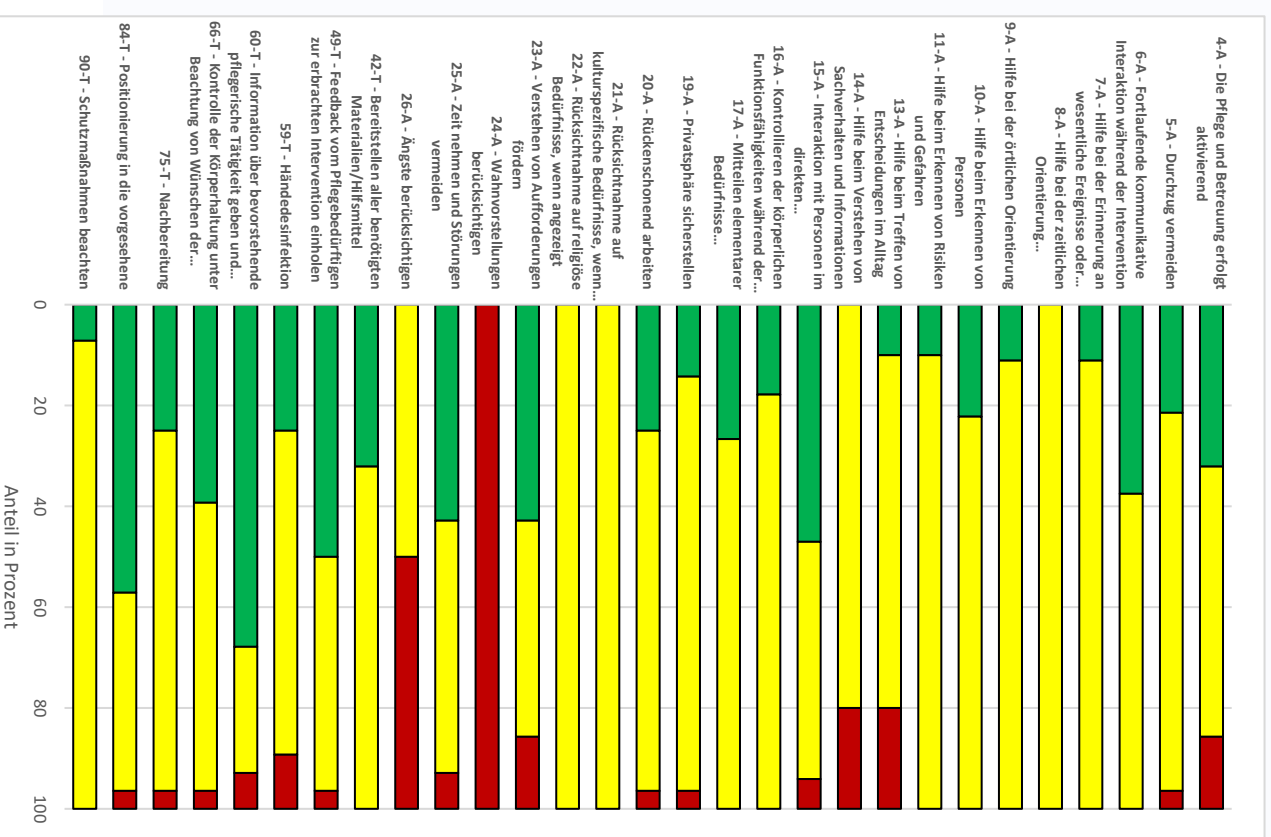
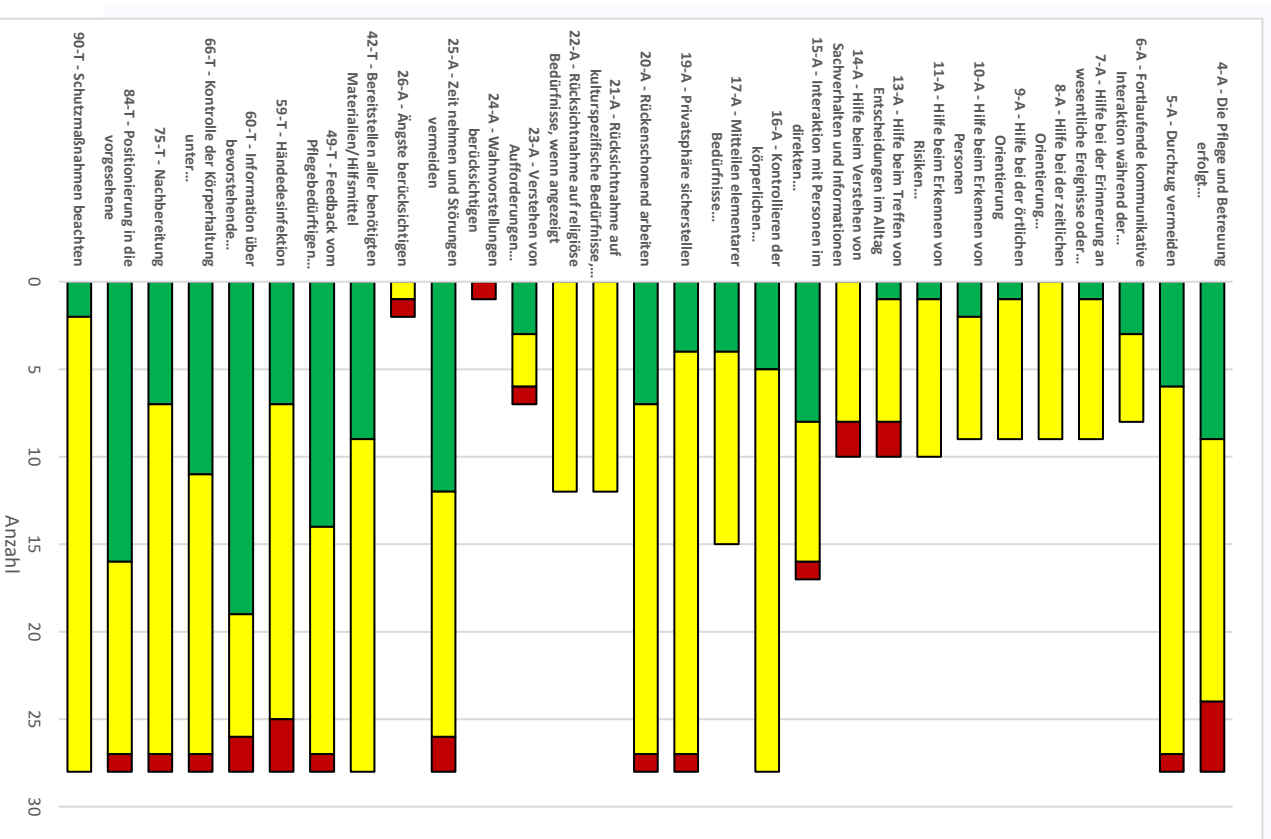
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



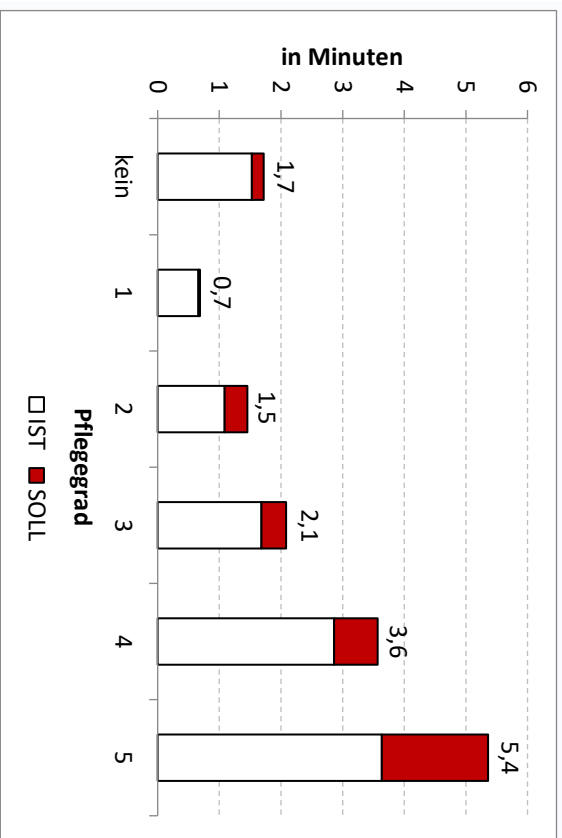
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



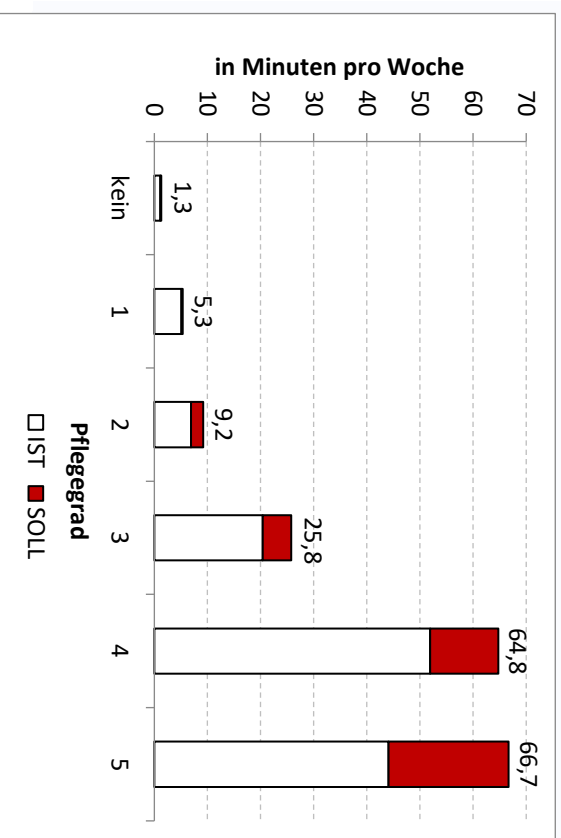
Absolute und relative Teilschrittbewertung



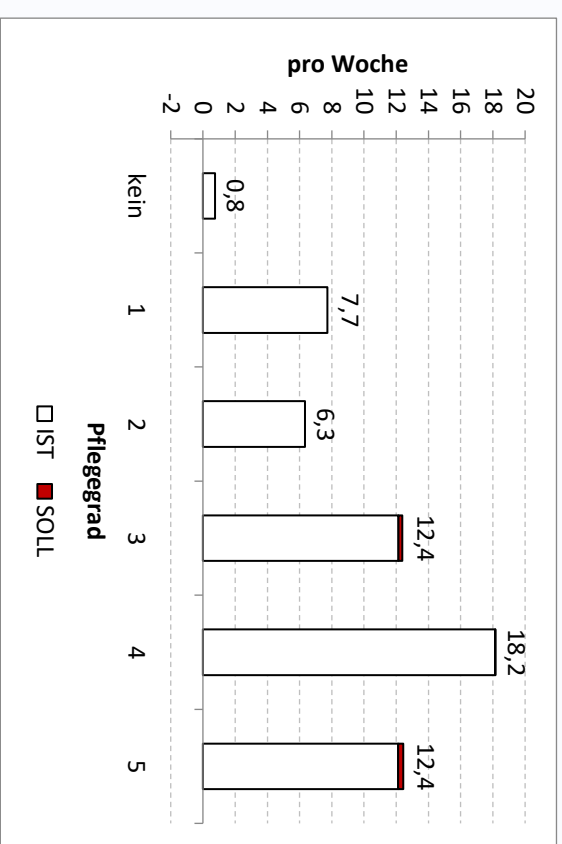
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



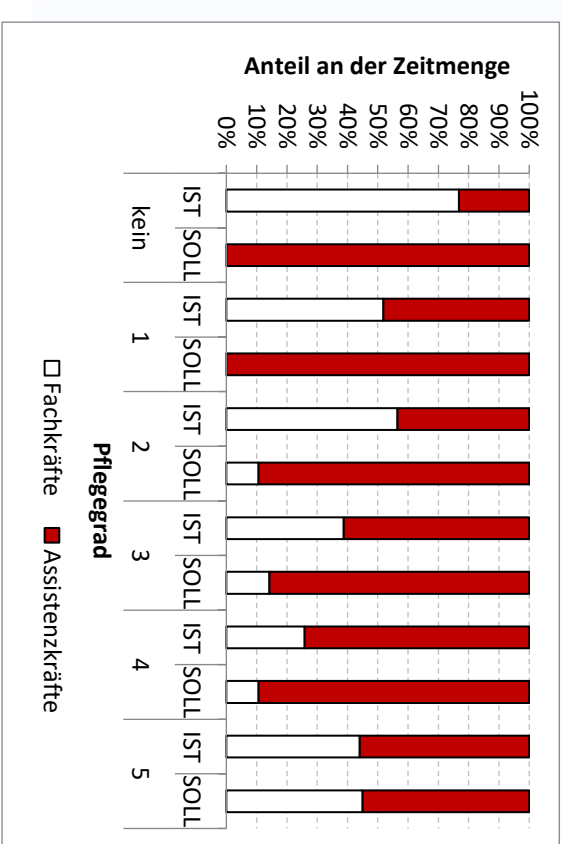
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



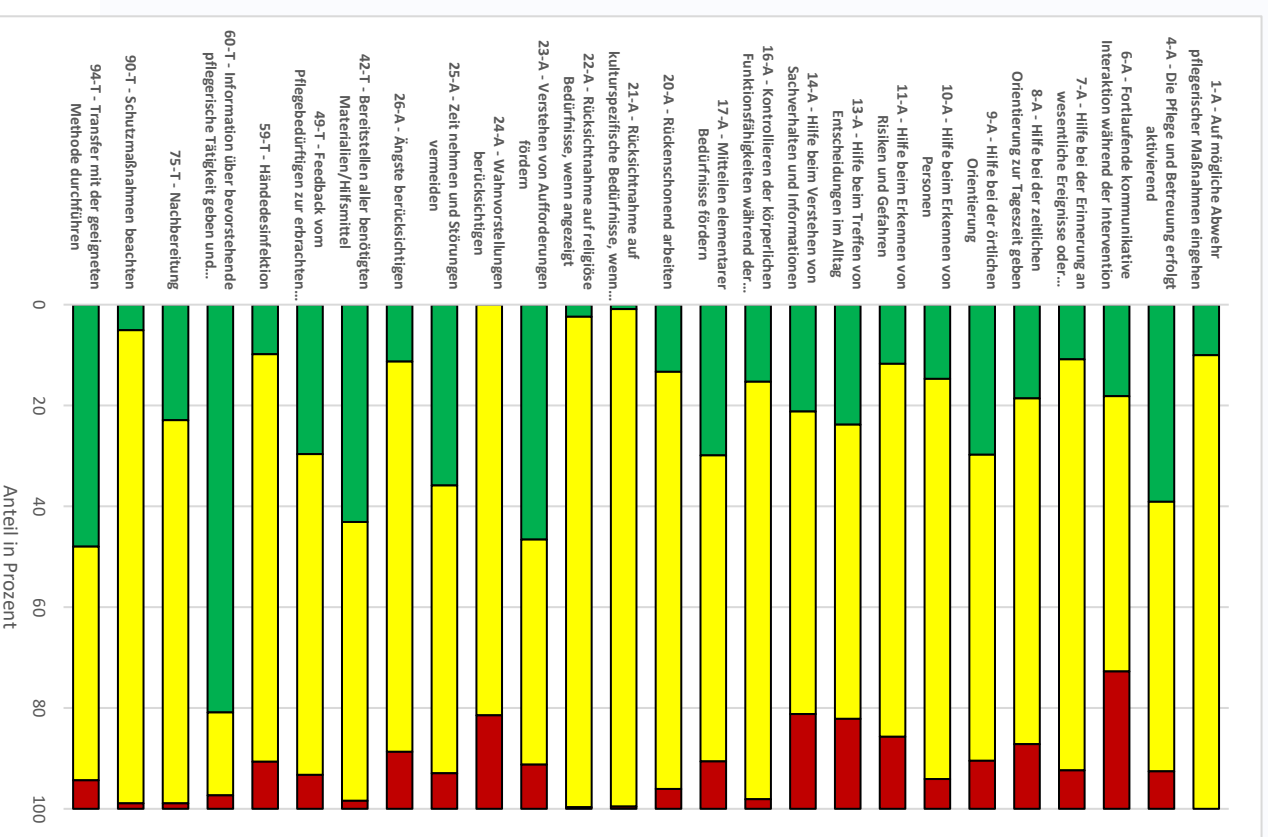
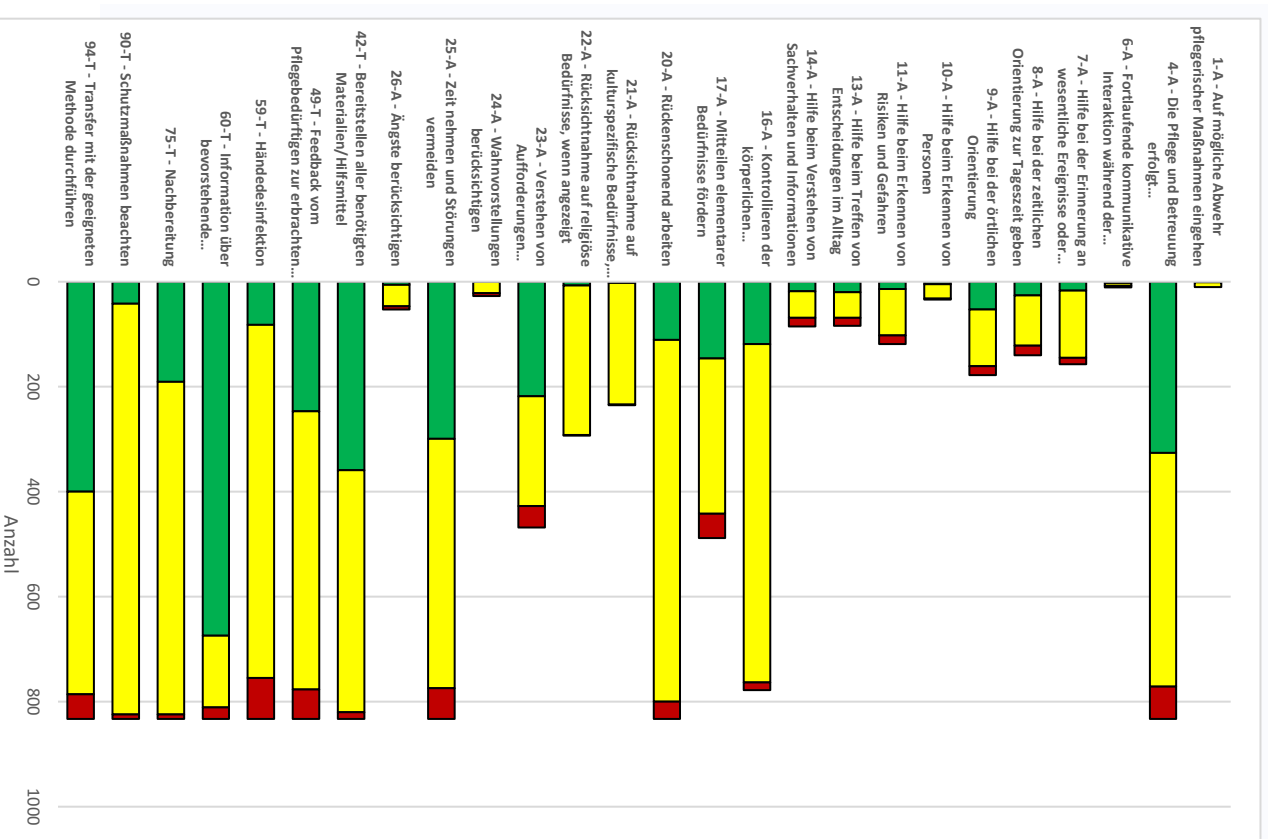
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



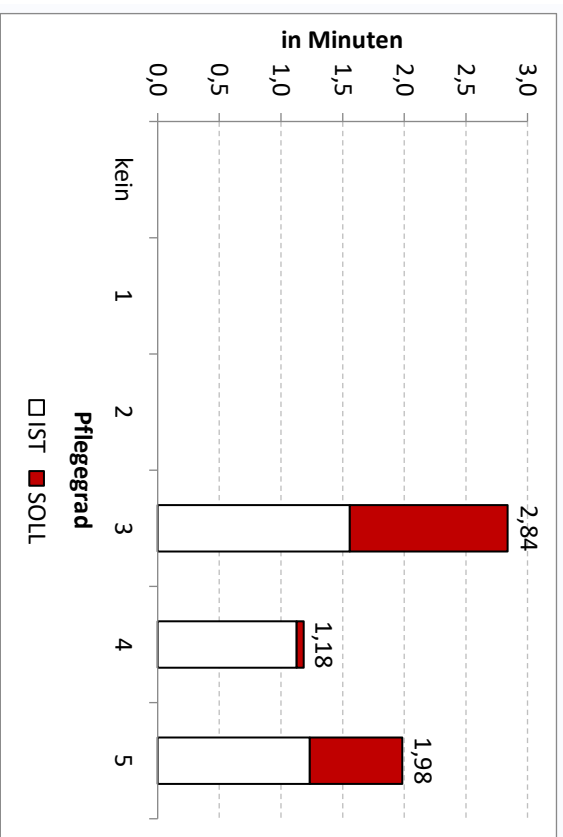
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



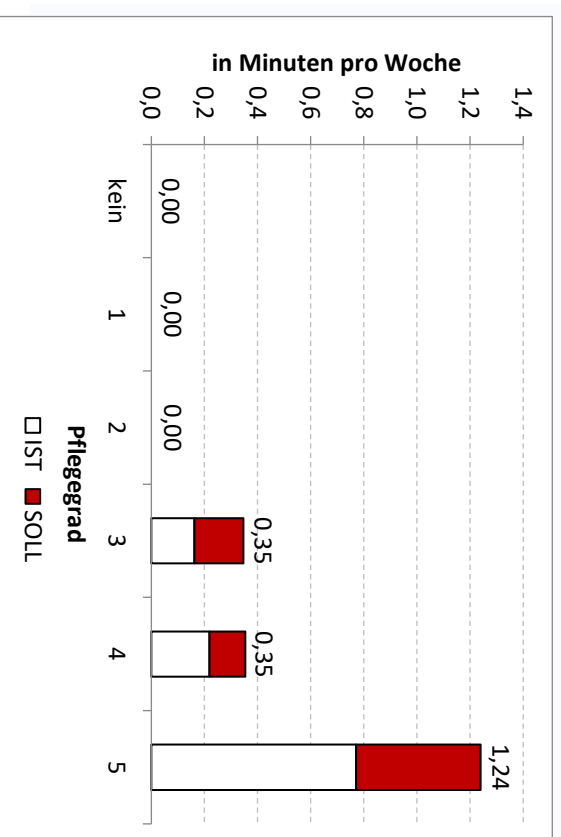
Absolute und relative Teilschrittbewertung



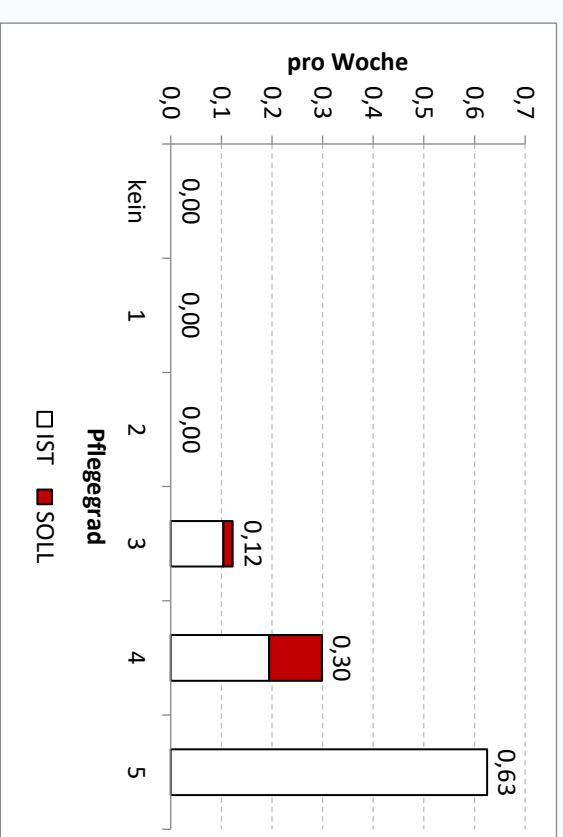
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



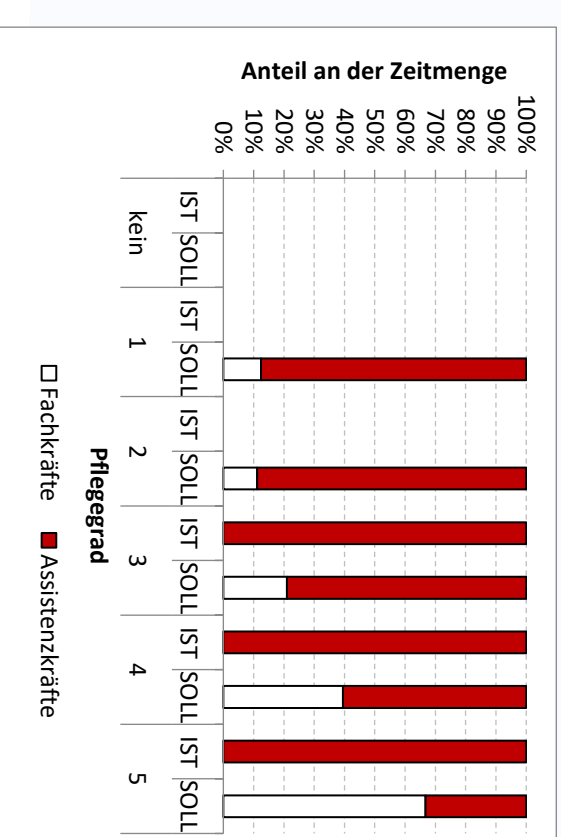
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



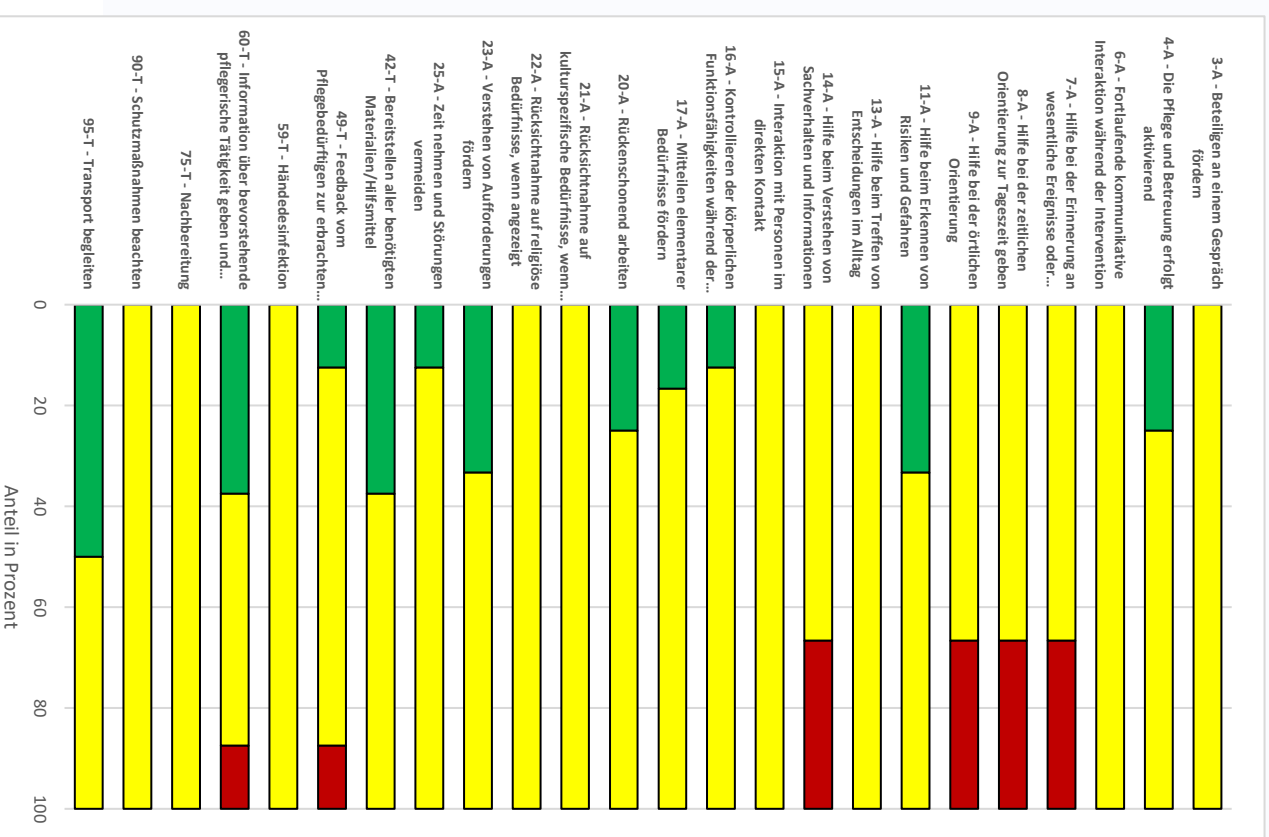
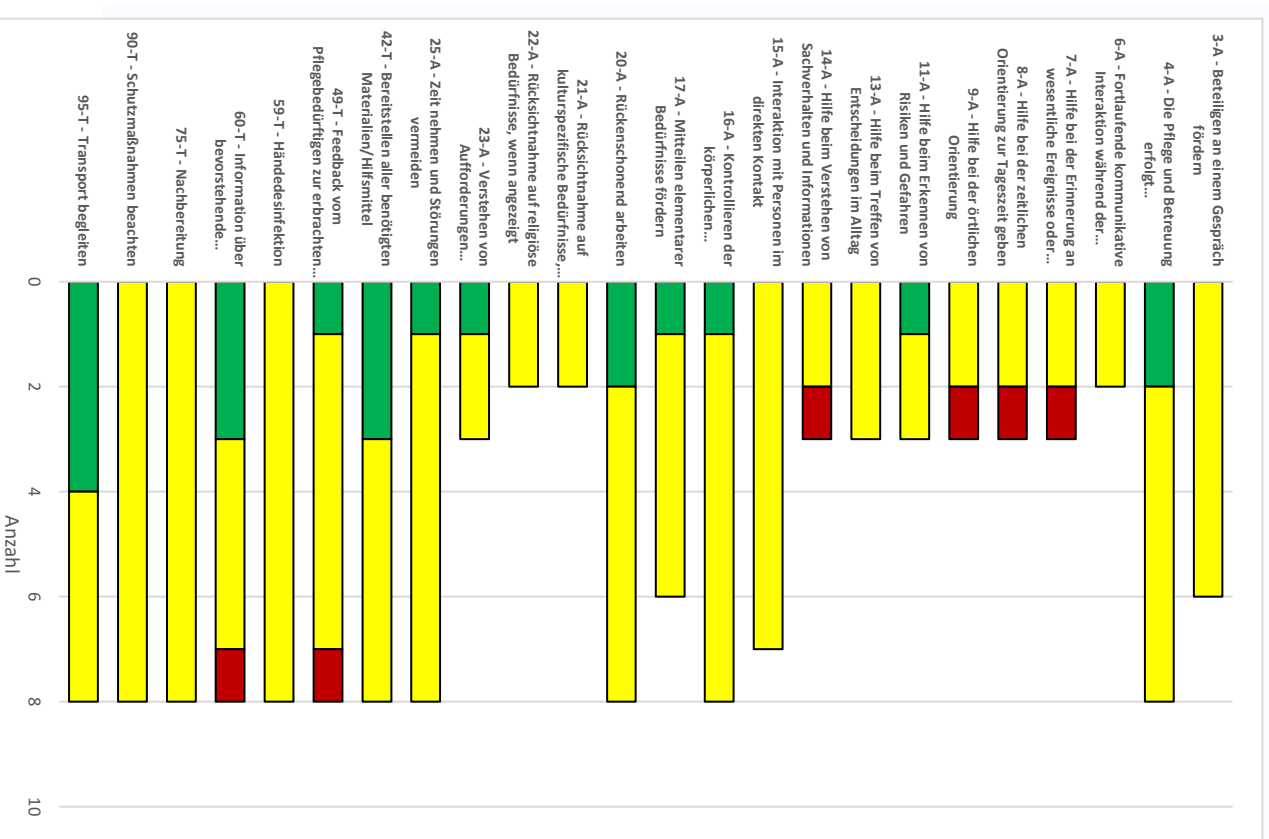
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



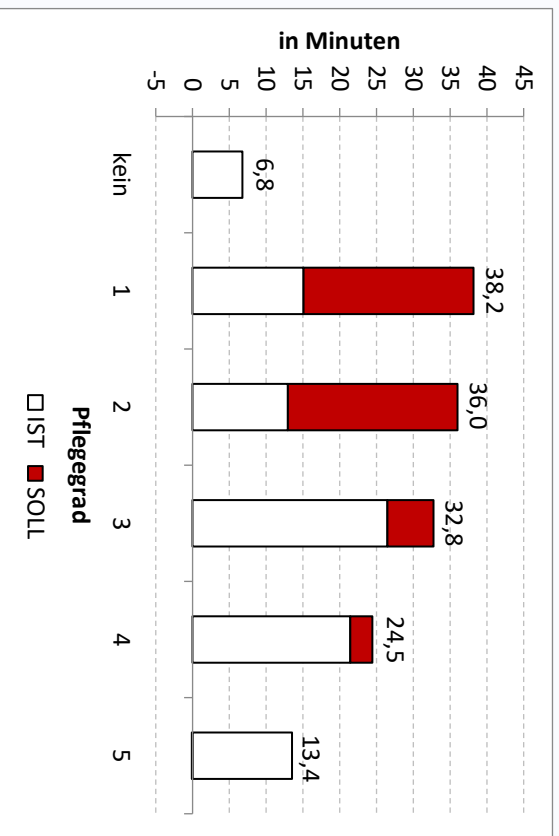
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



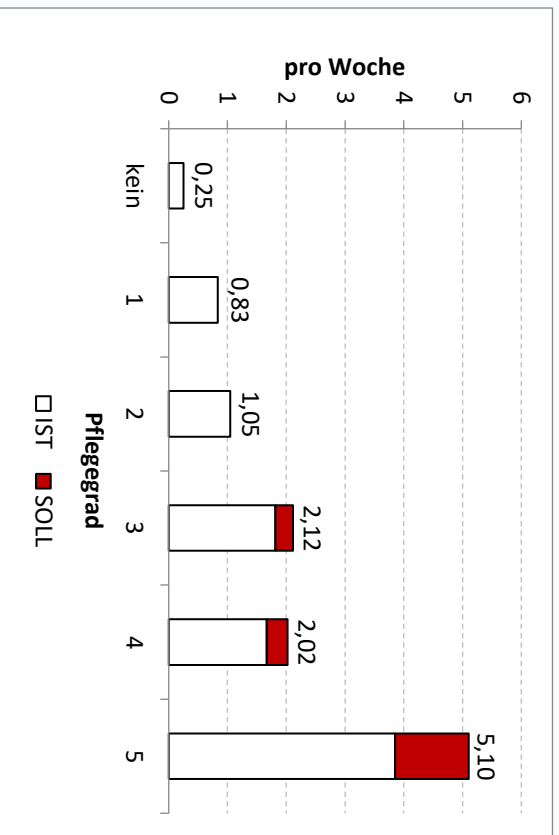
Absolute und relative Teilschrittbewertung



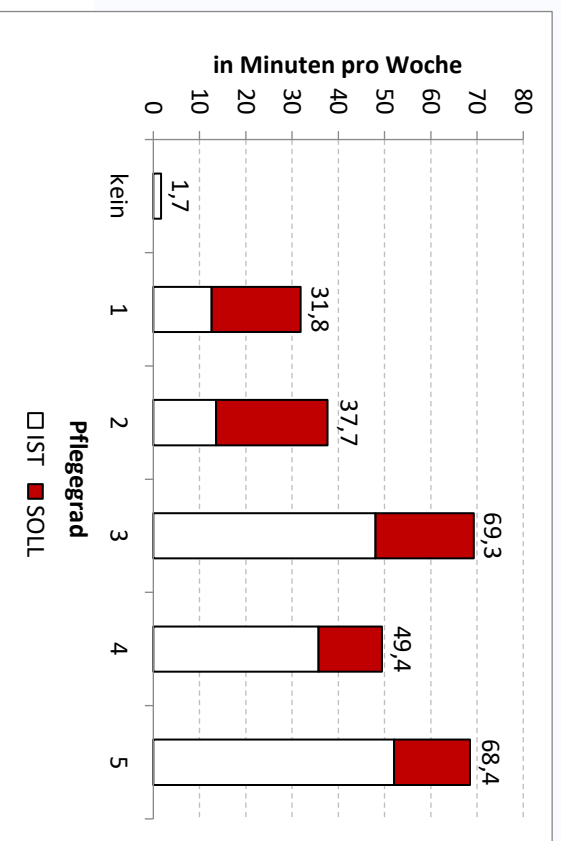
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



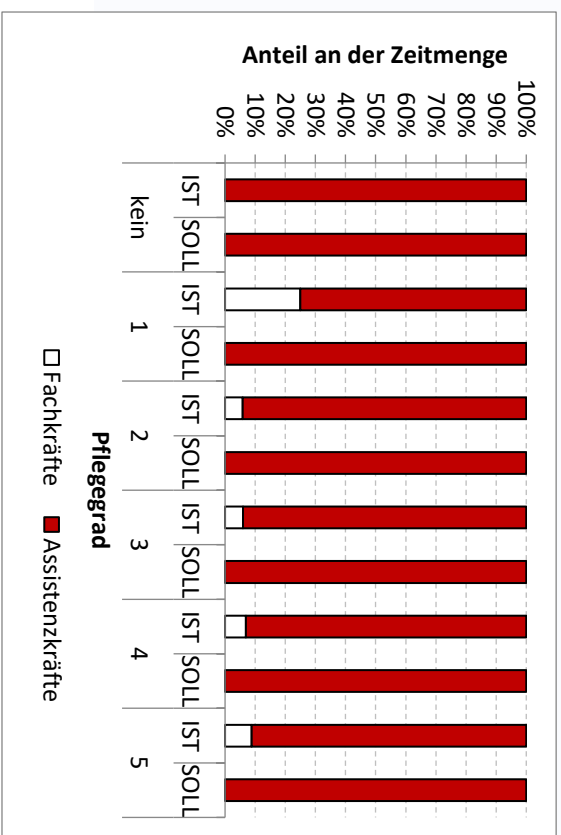
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



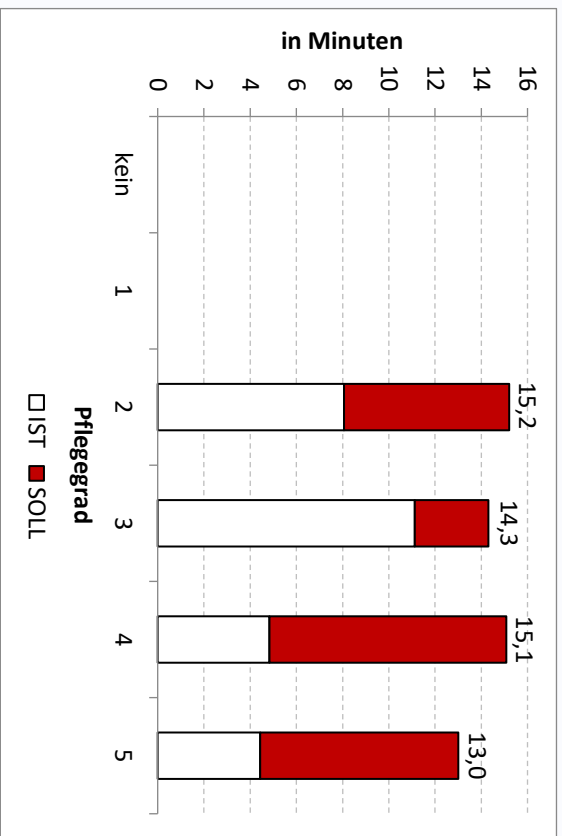
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



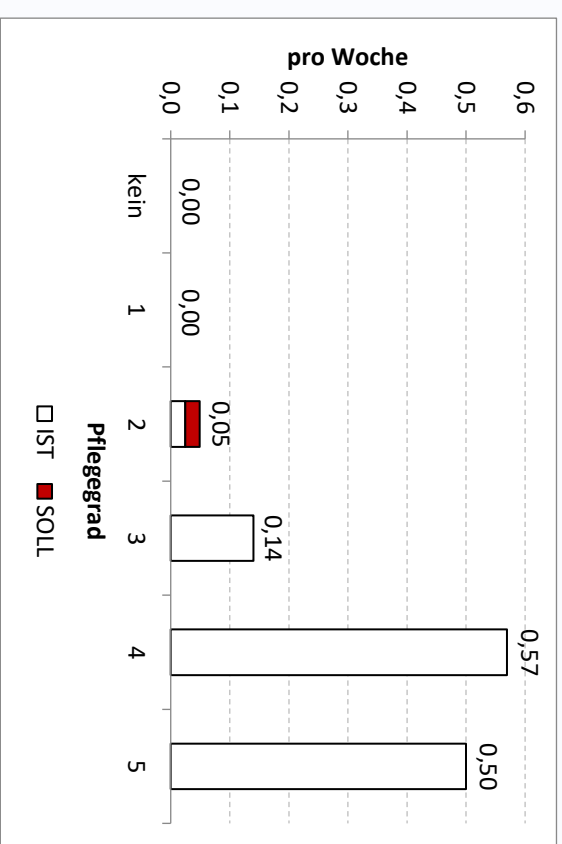
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



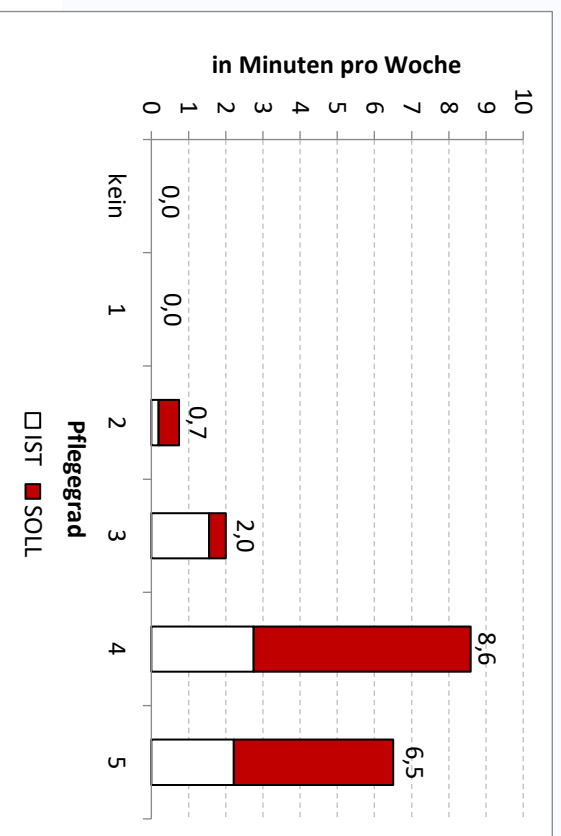
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



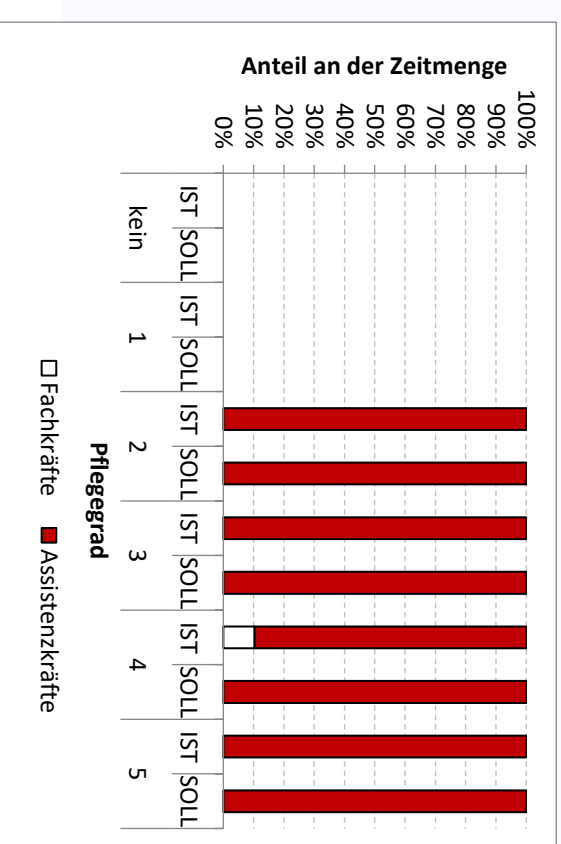
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



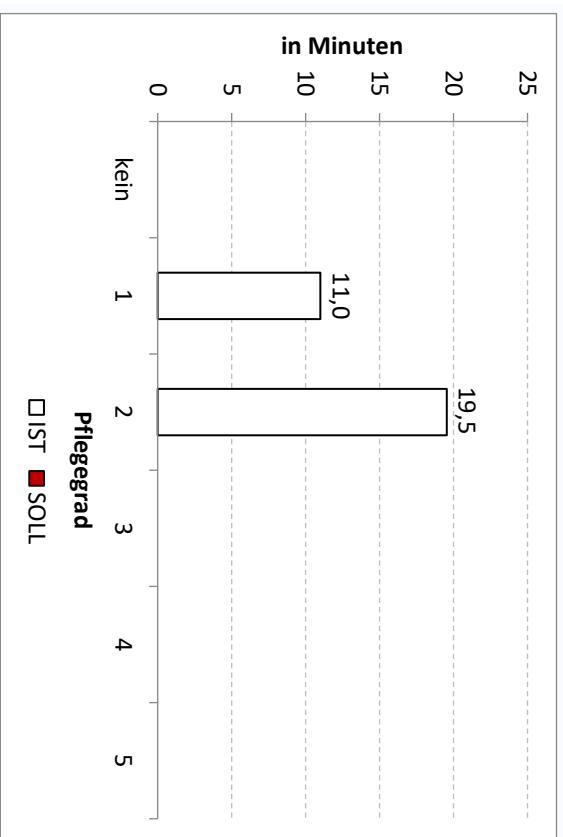
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



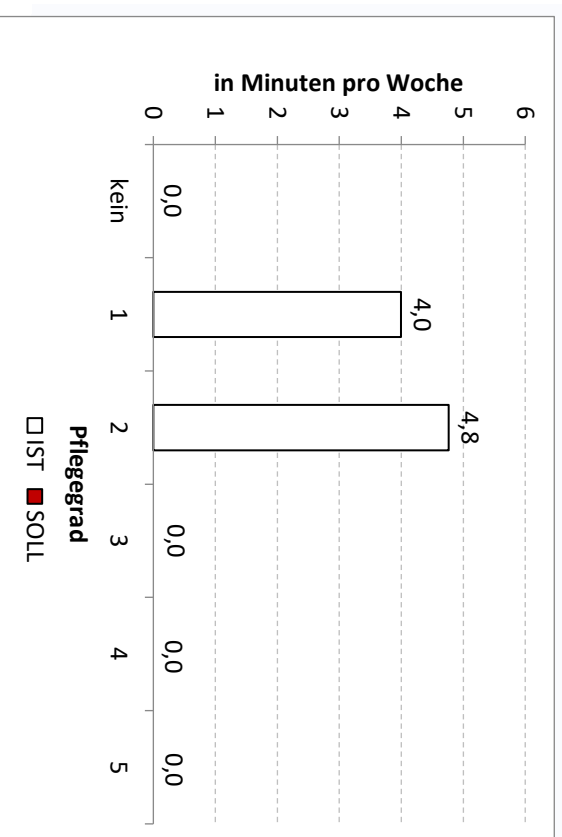
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



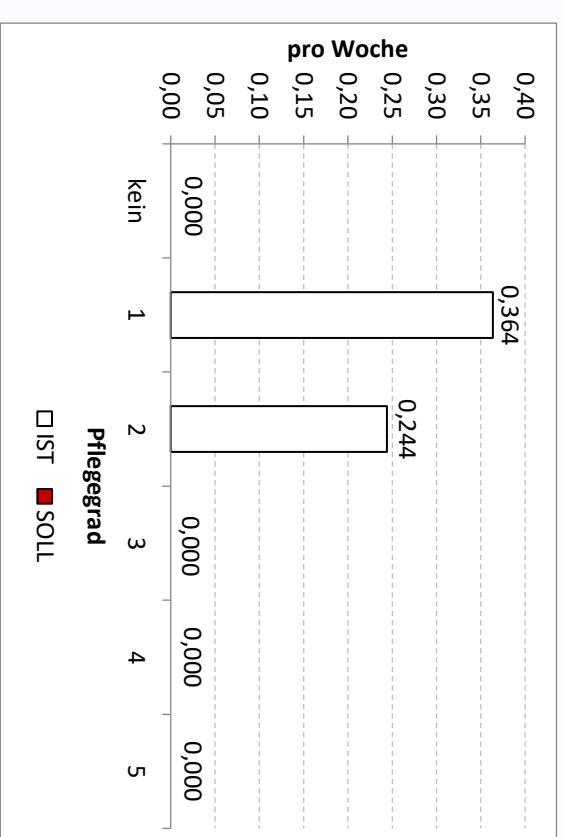
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



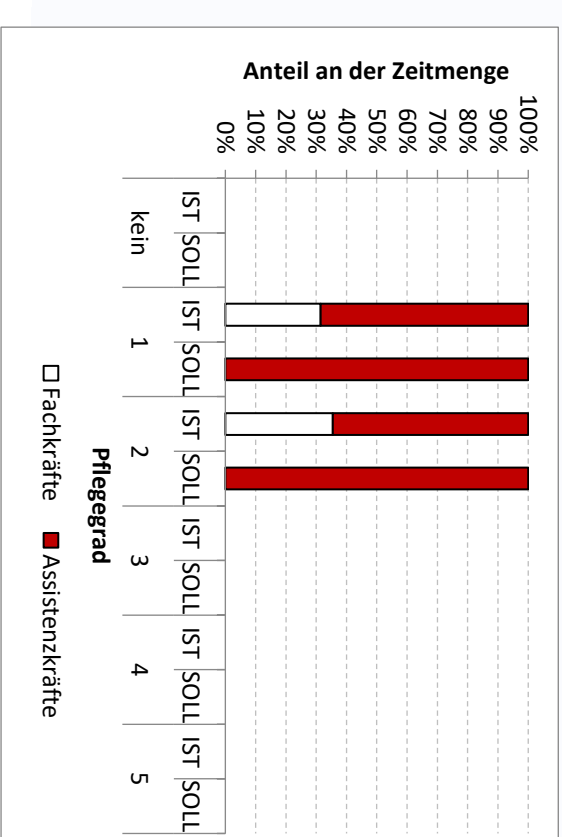
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



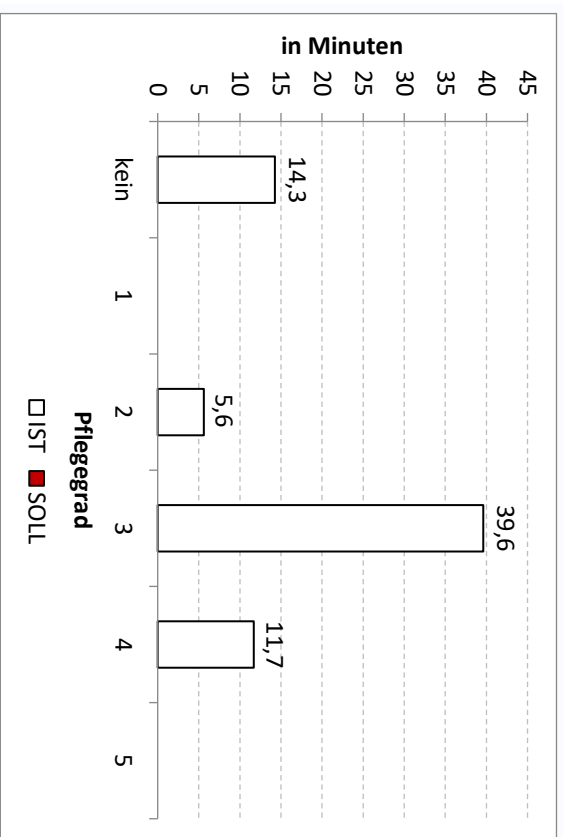
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



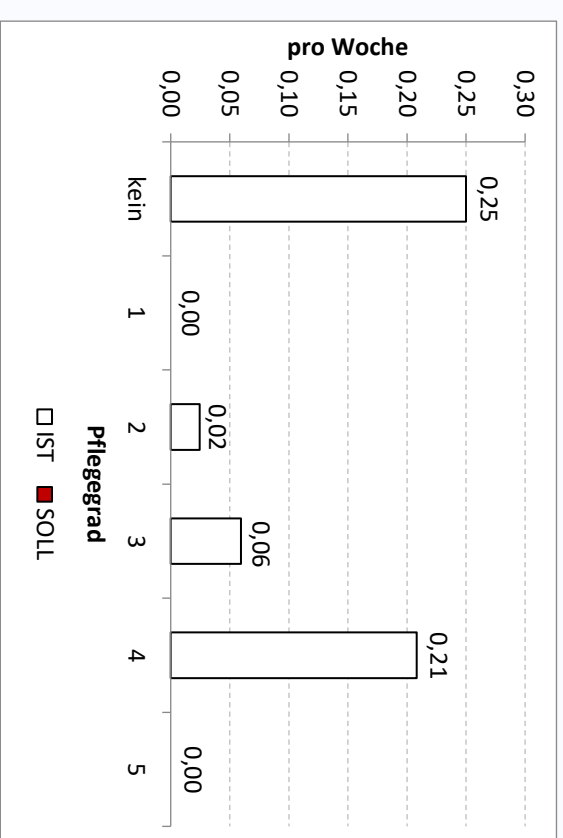
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



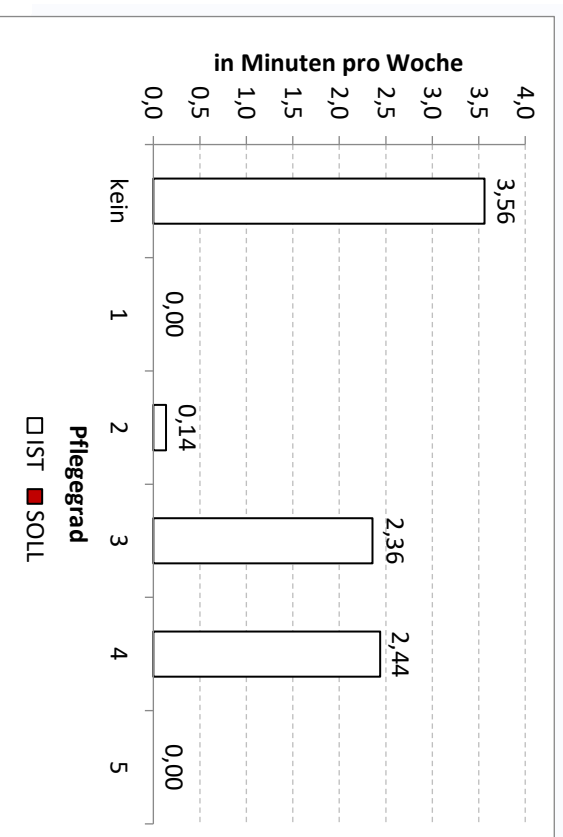
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



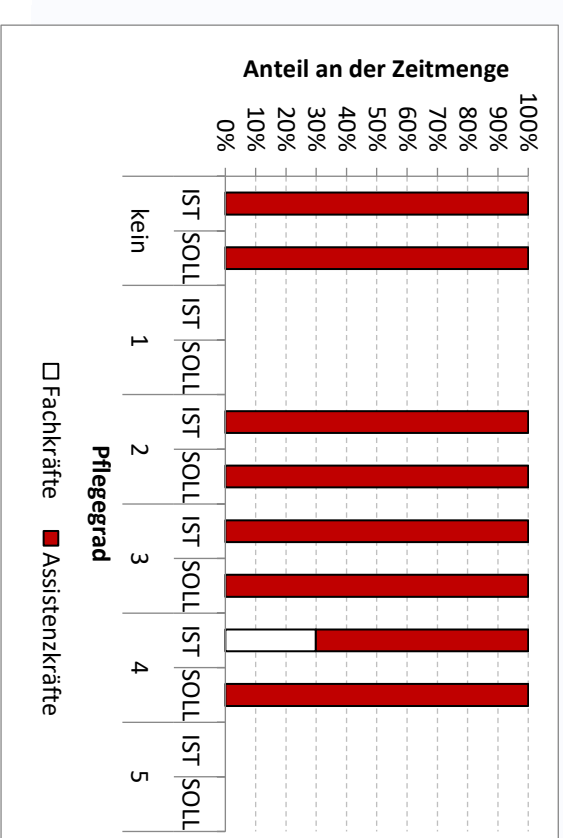
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



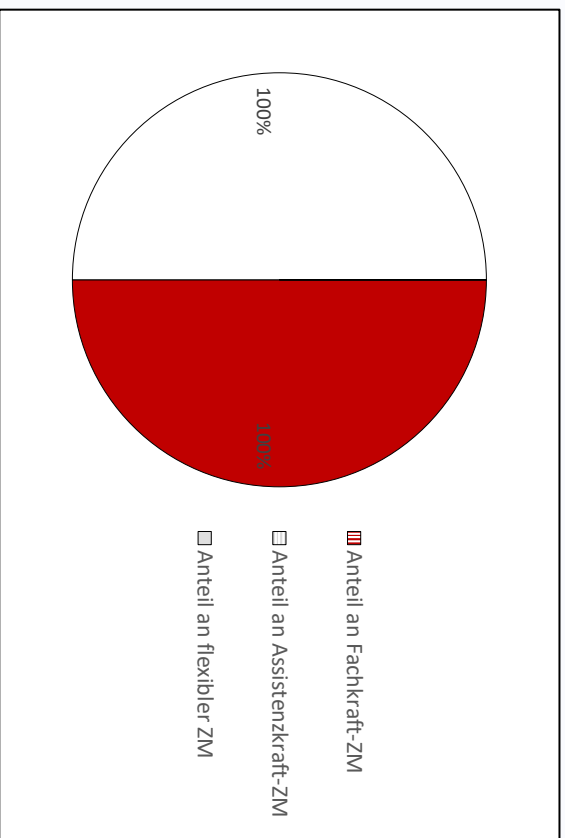
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



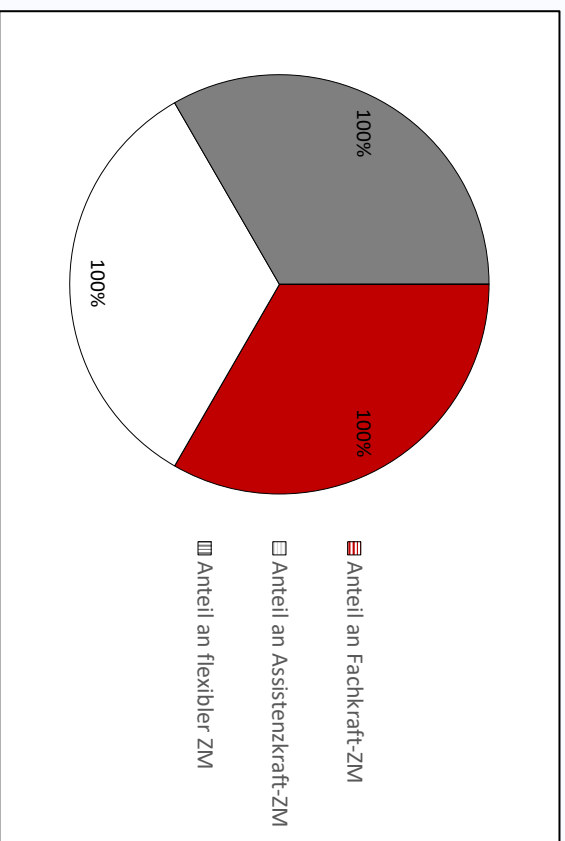
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



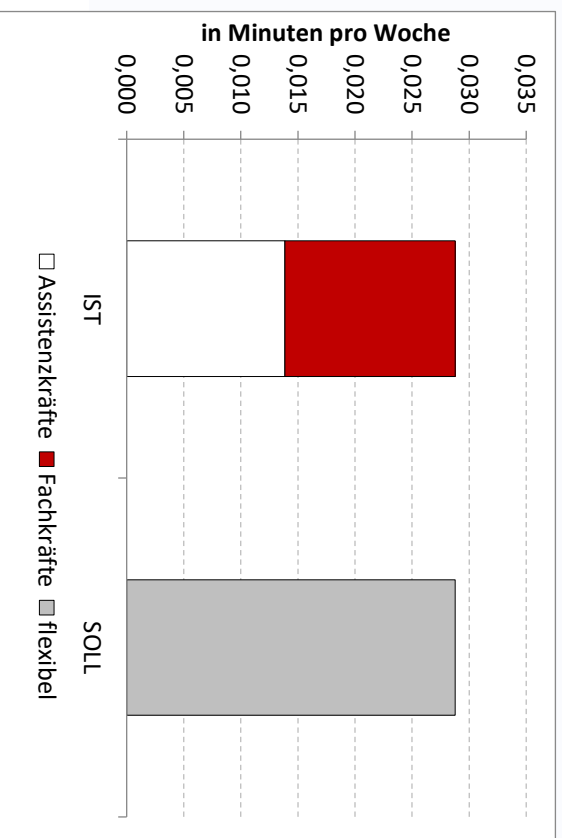
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



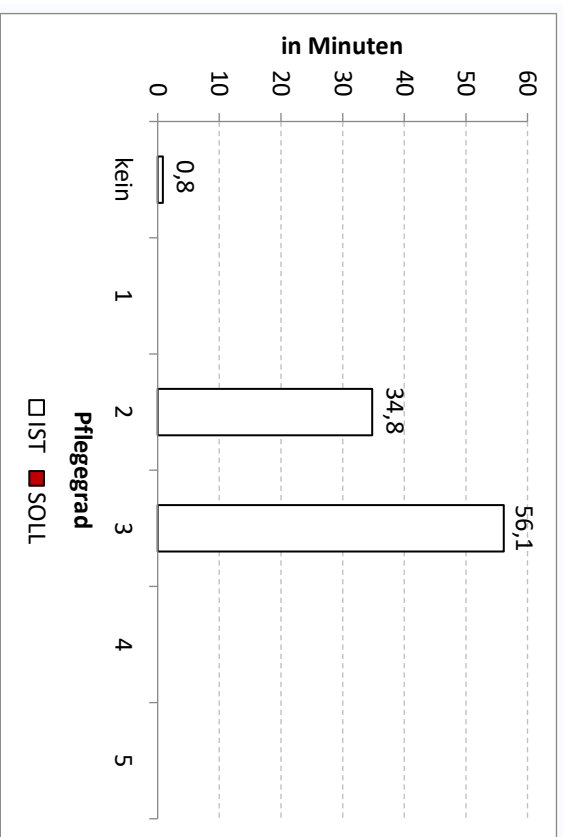
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



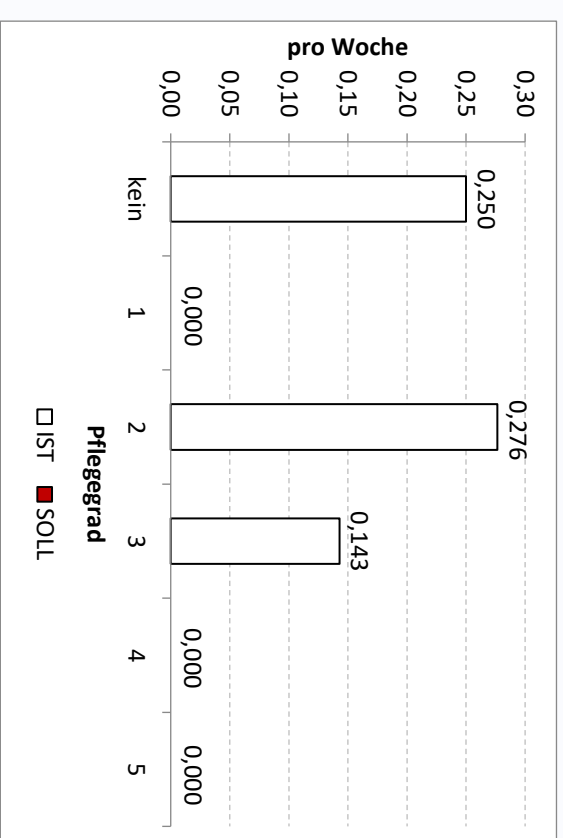
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



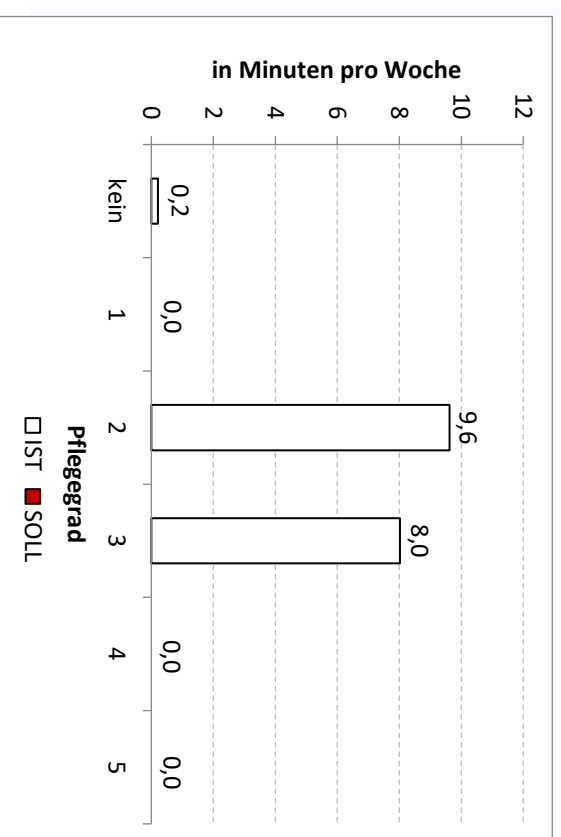
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



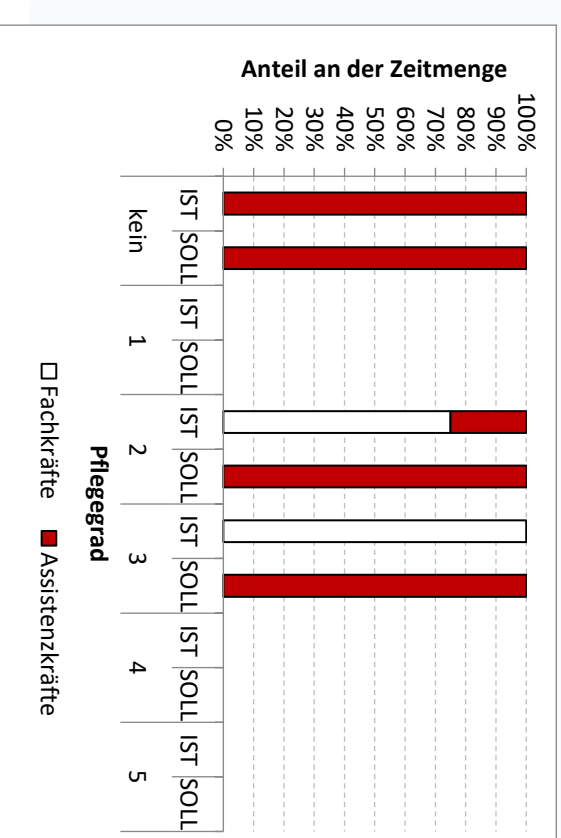
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



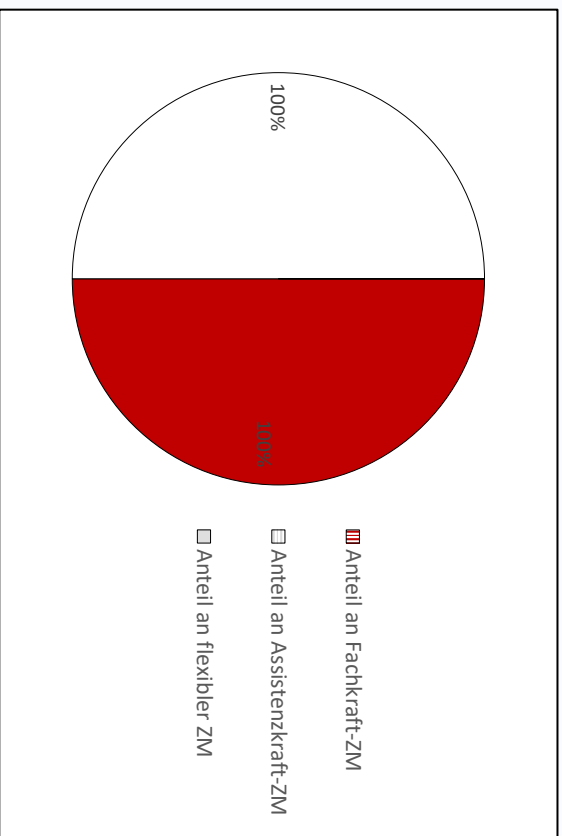
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



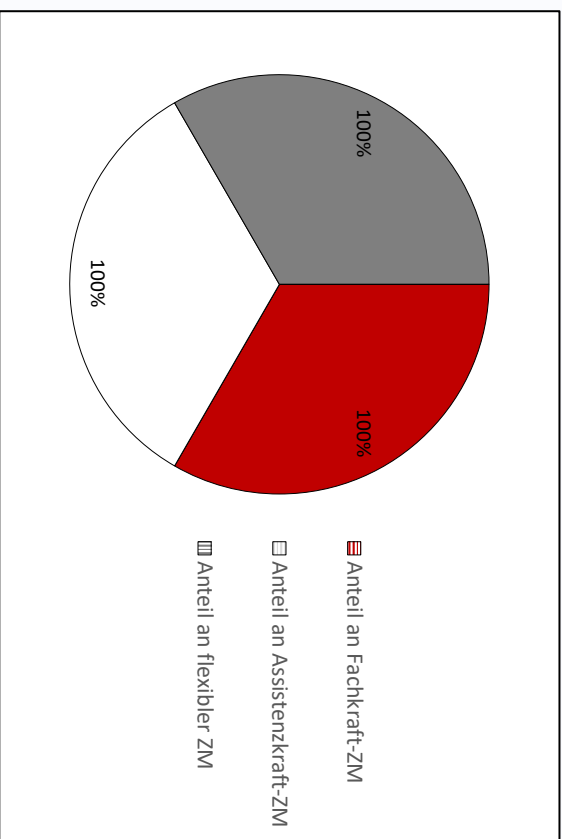
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



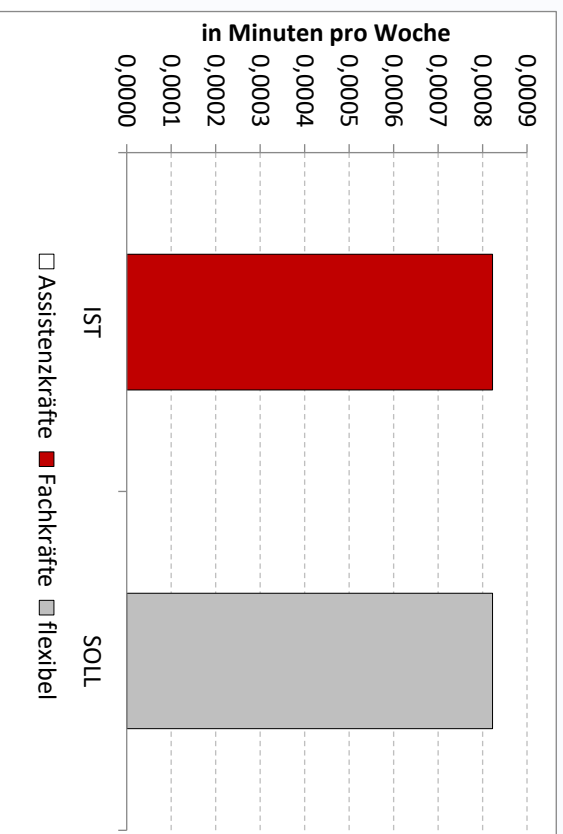
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



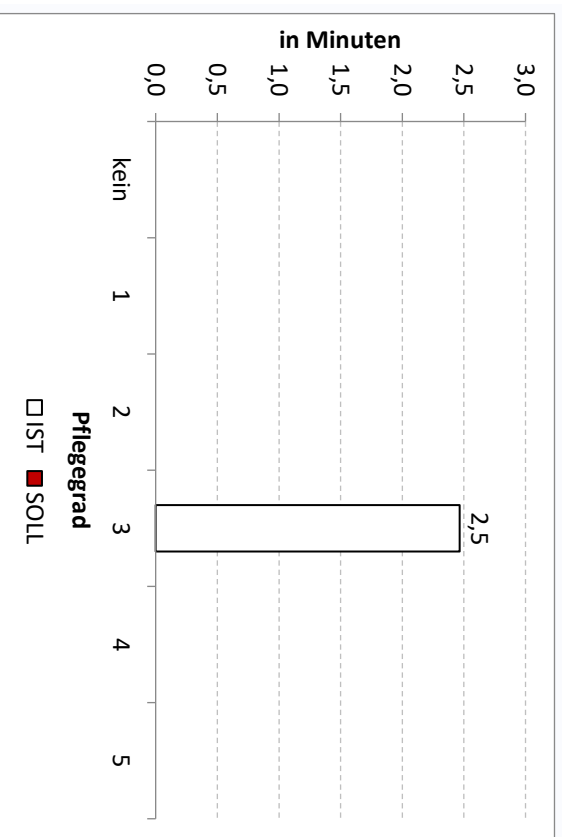
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



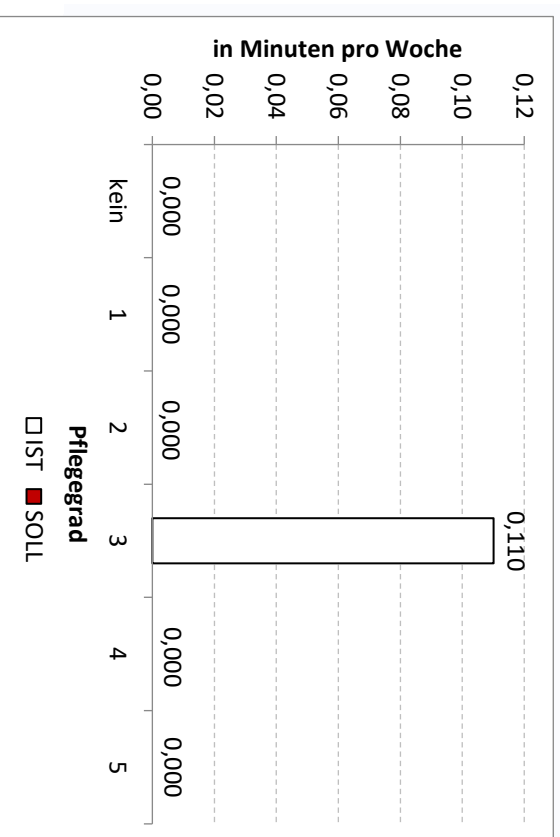
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



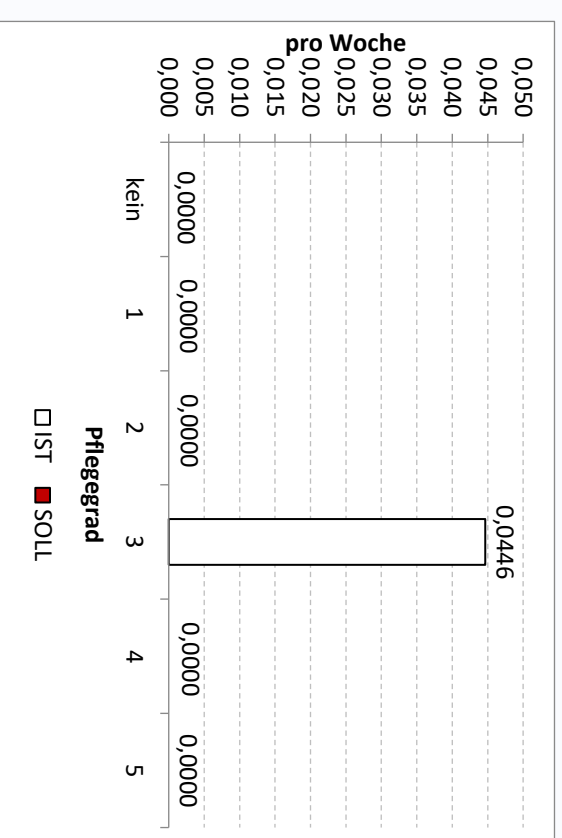
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



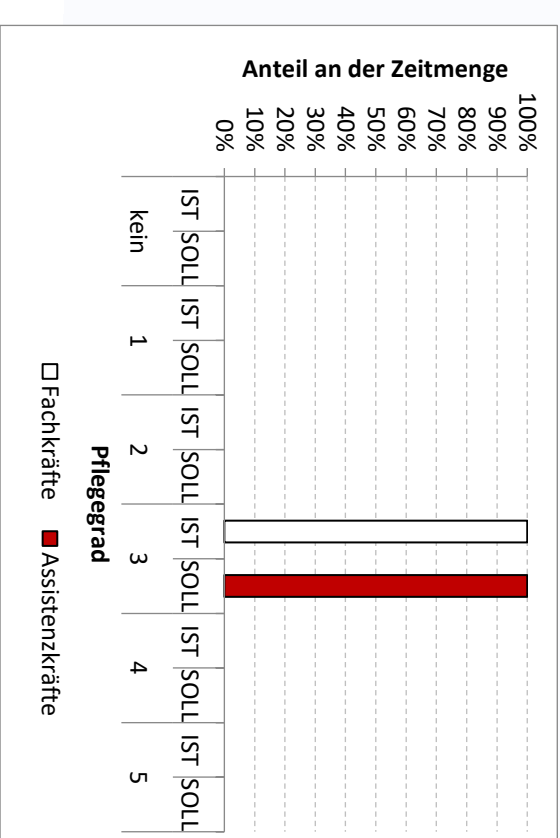
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



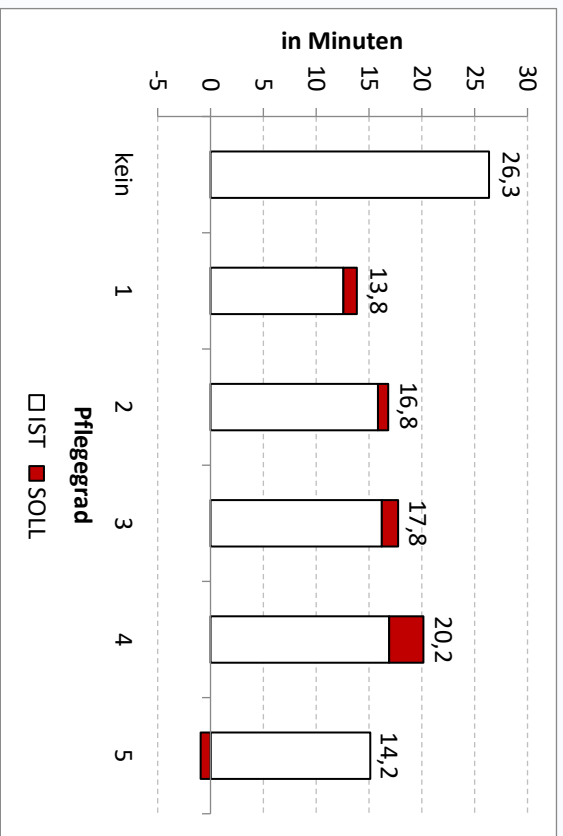
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



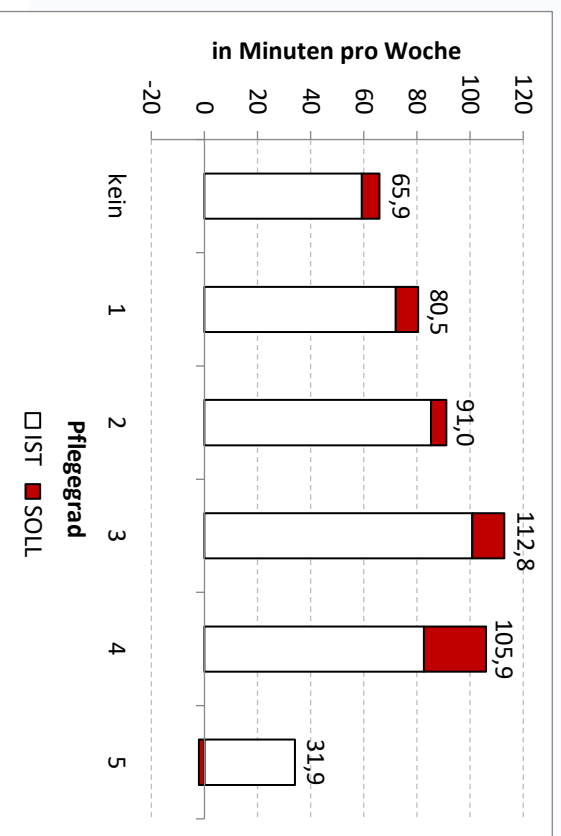
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



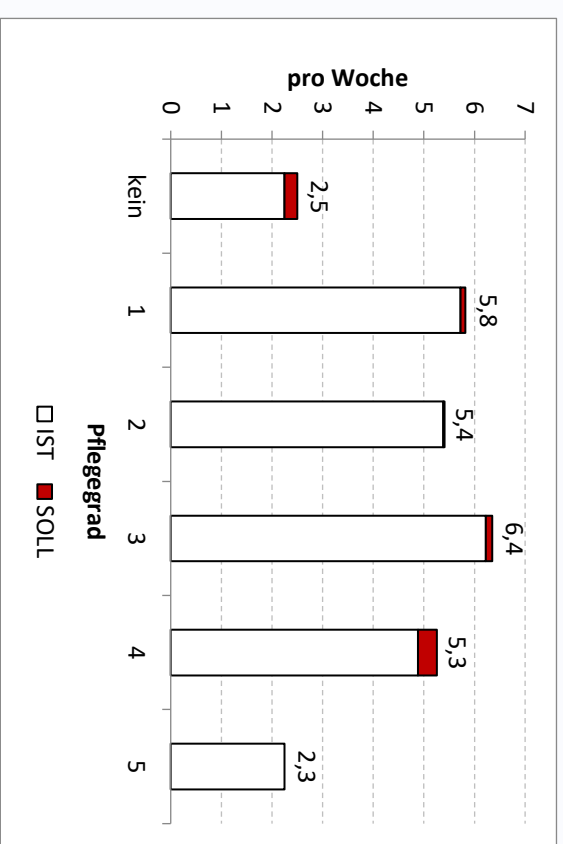
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



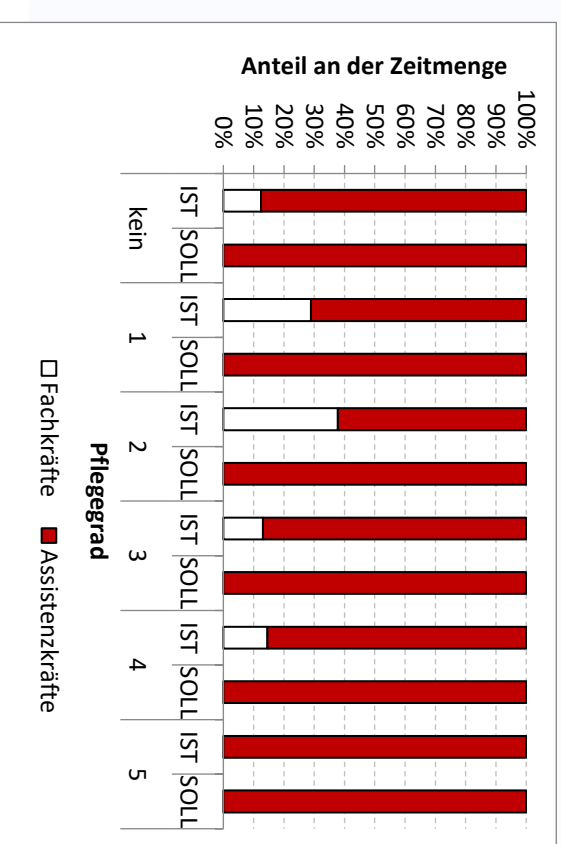
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



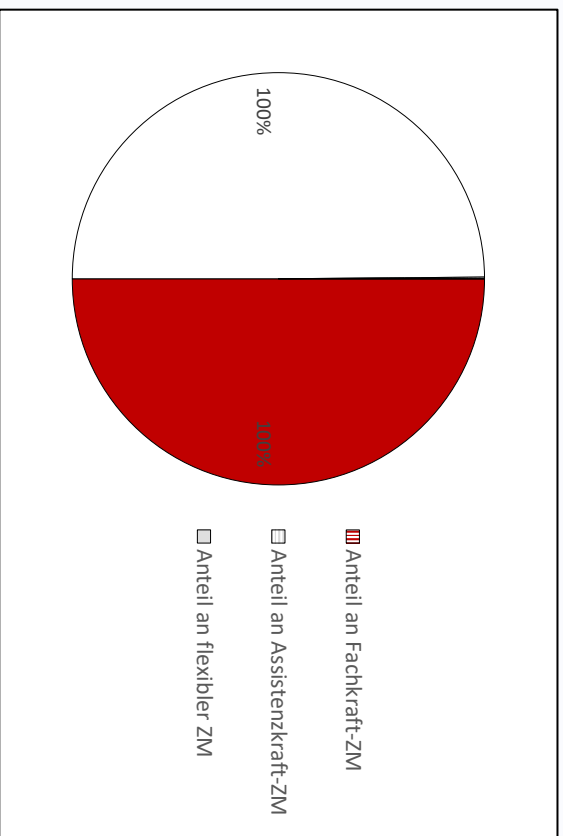
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



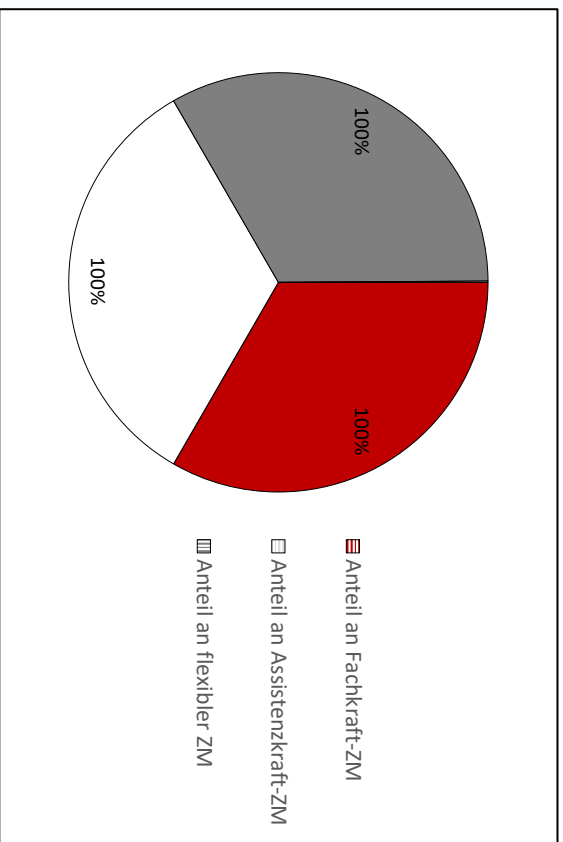
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



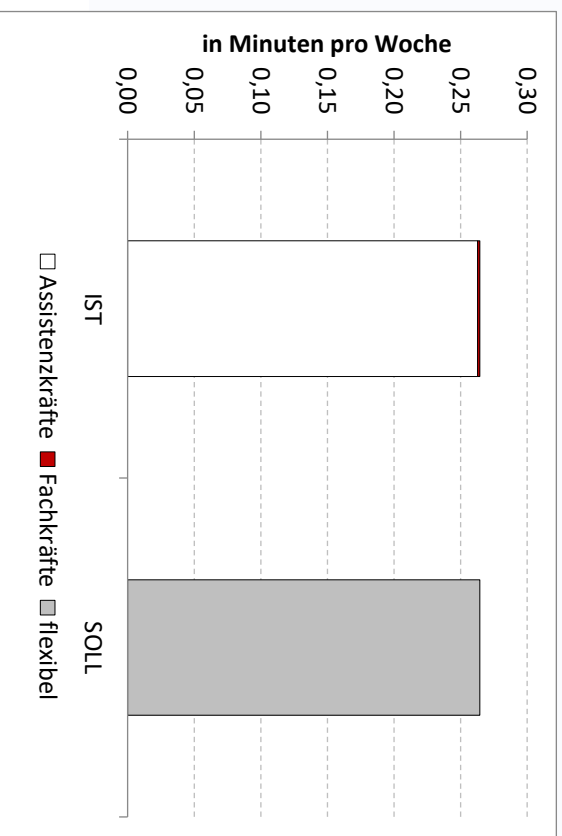
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



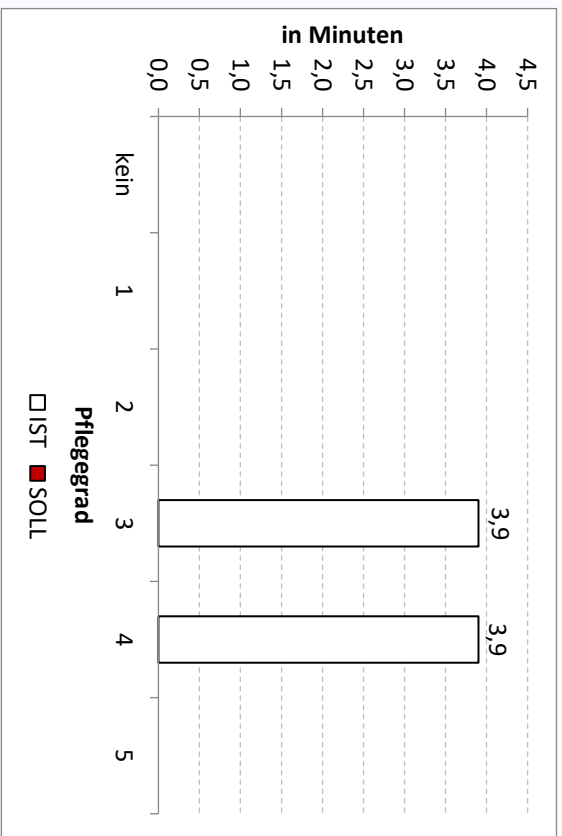
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



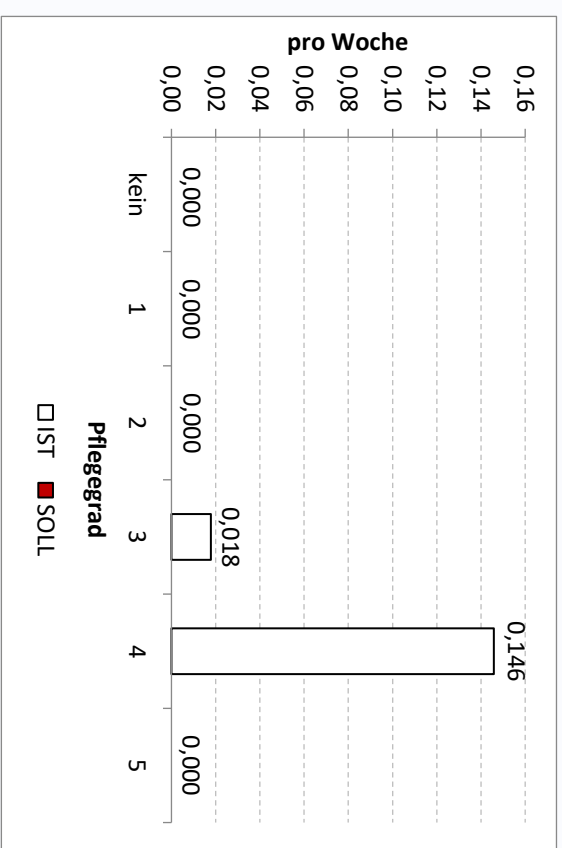
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



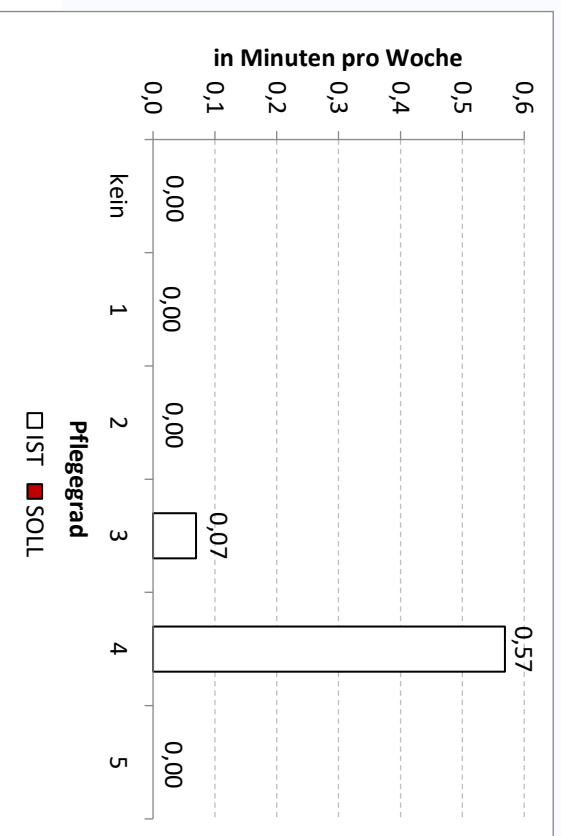
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



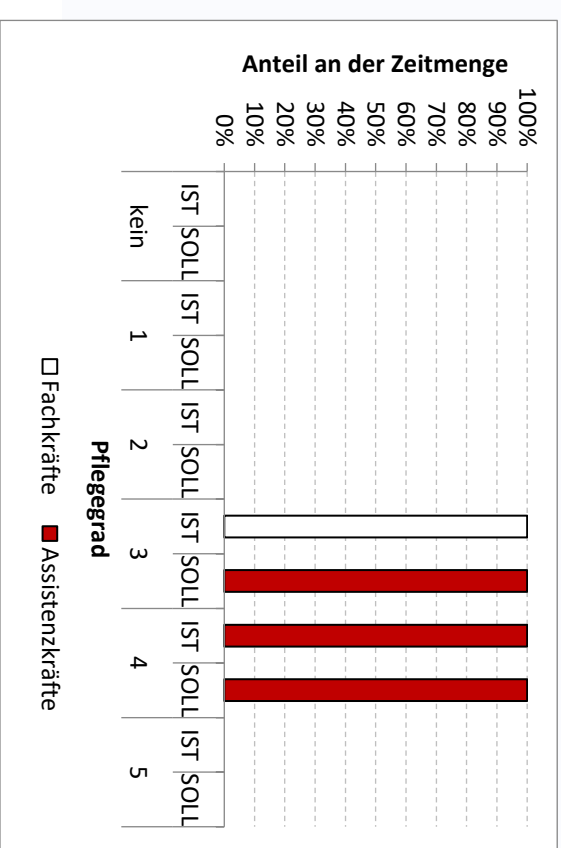
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



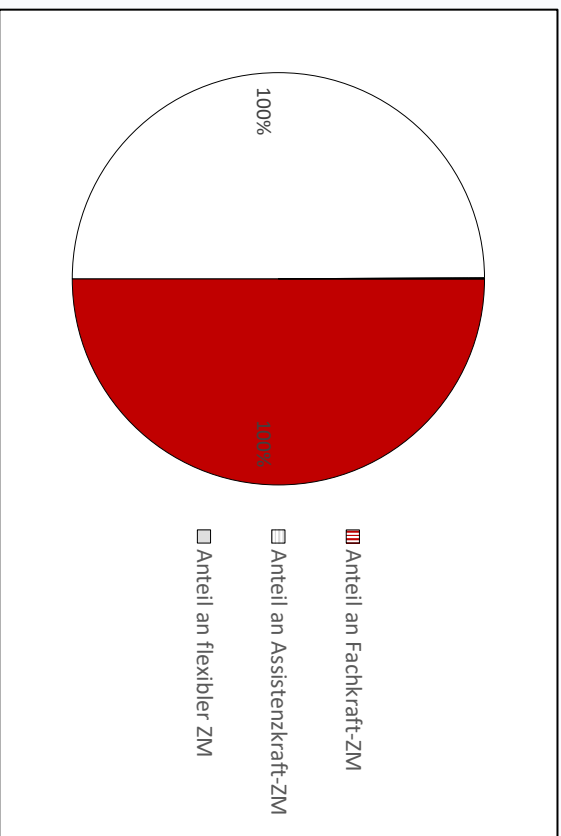
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



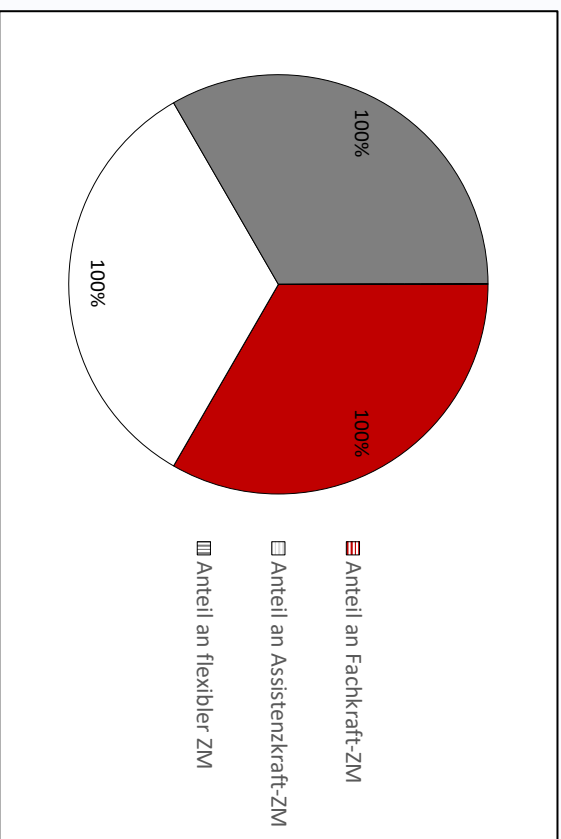
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



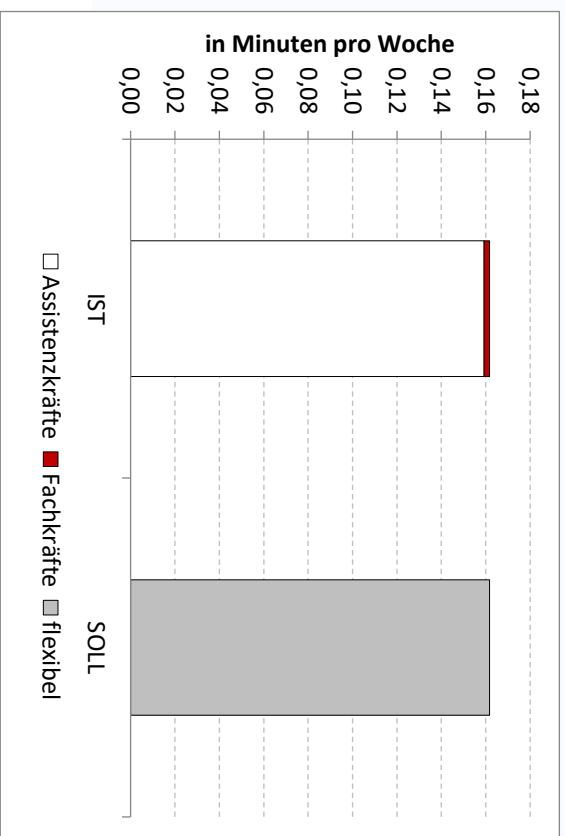
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



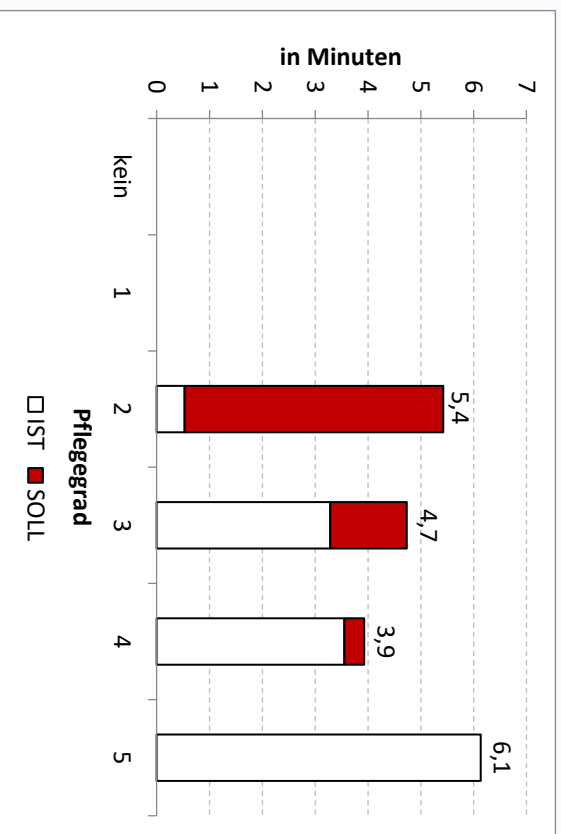
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



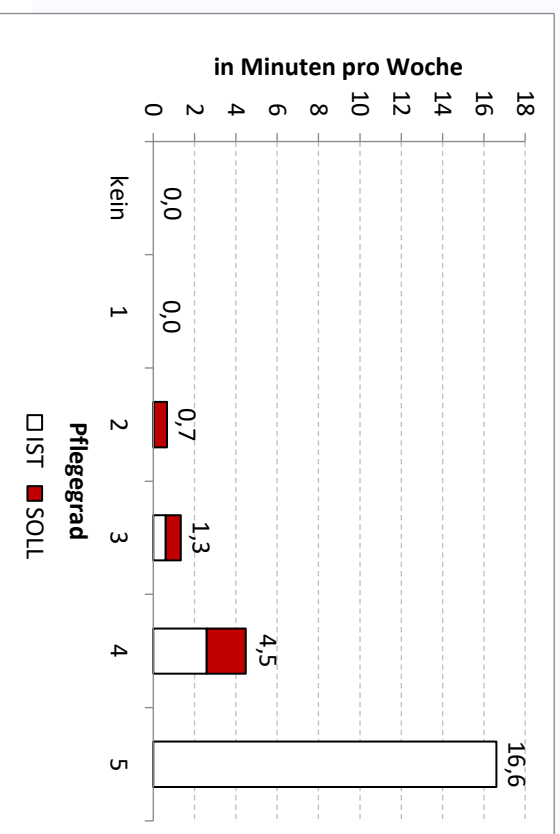
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



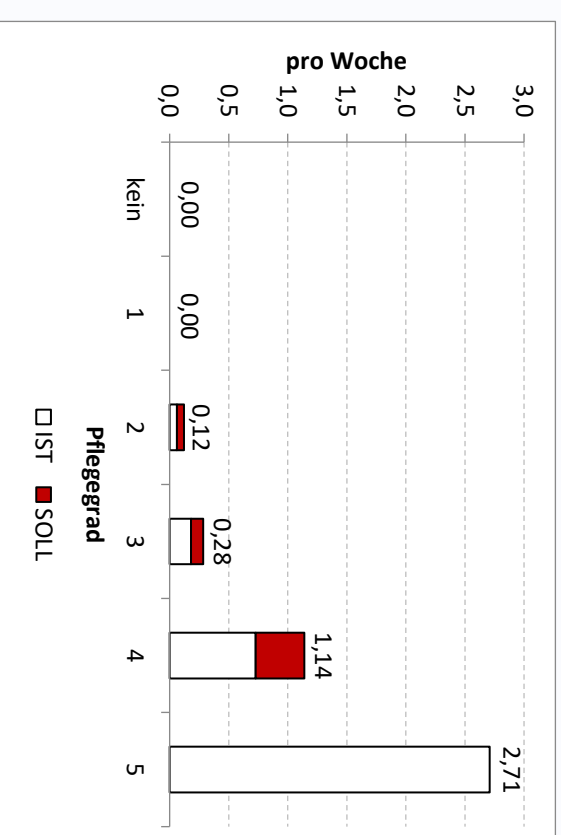
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



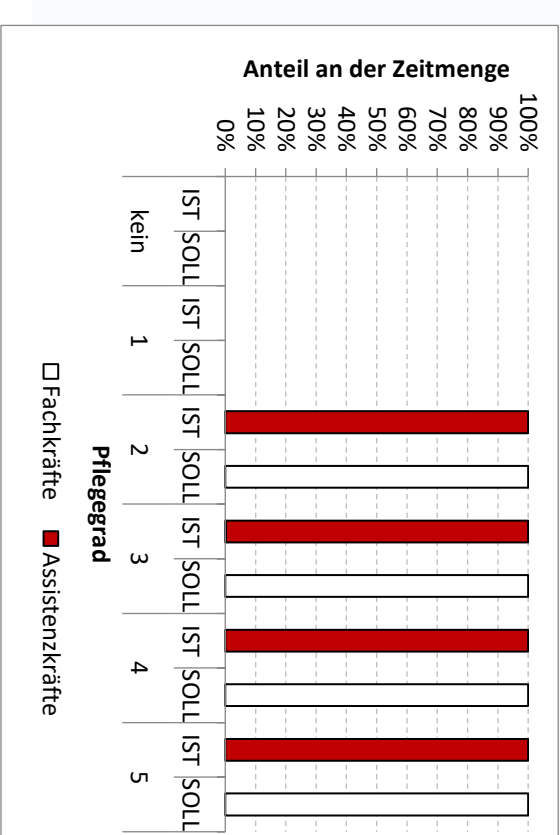
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



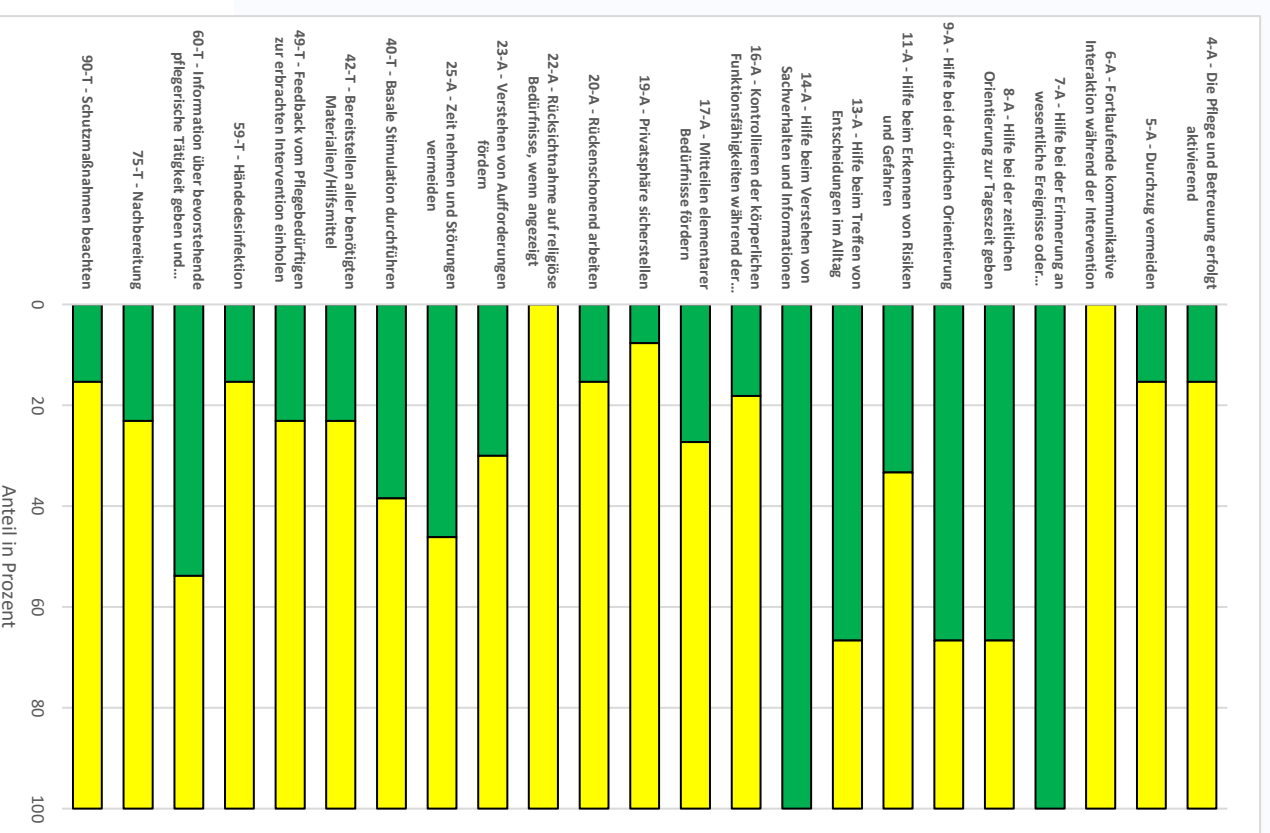
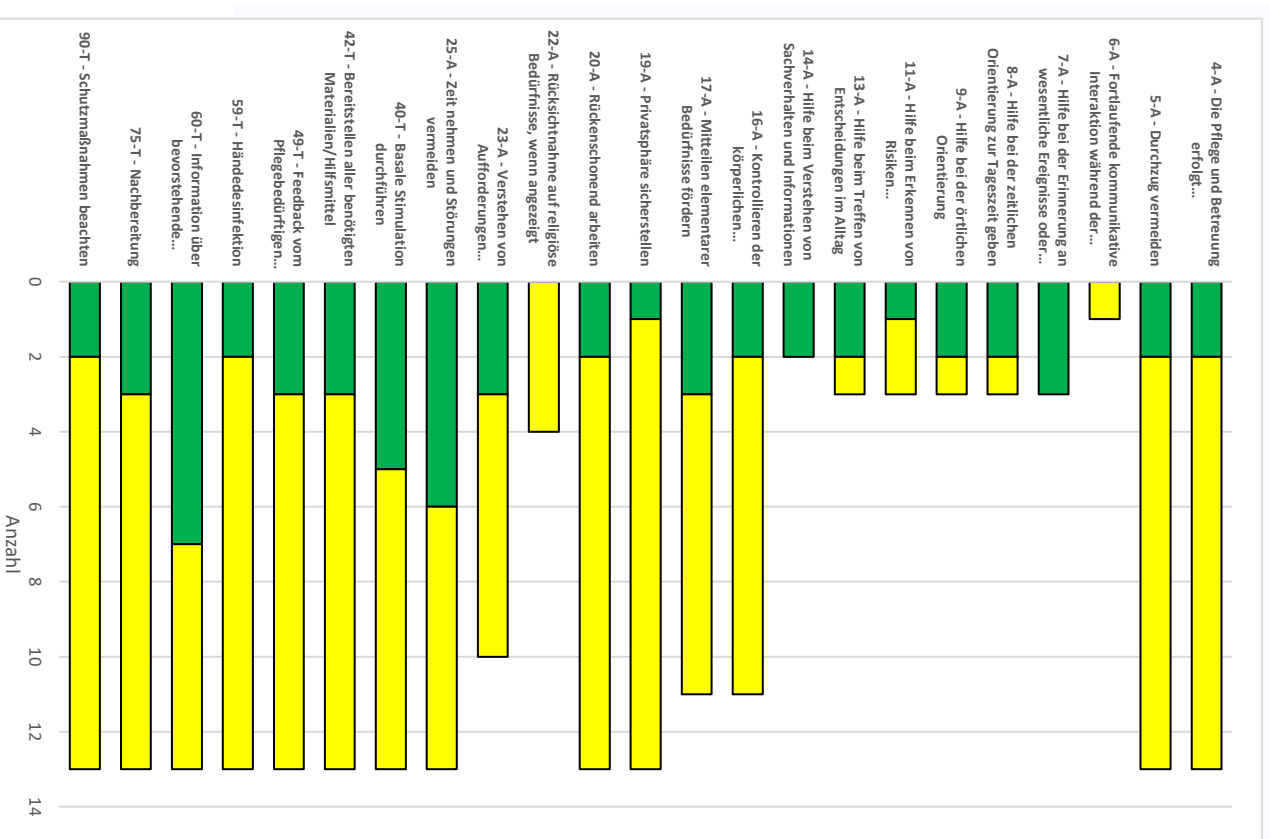
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



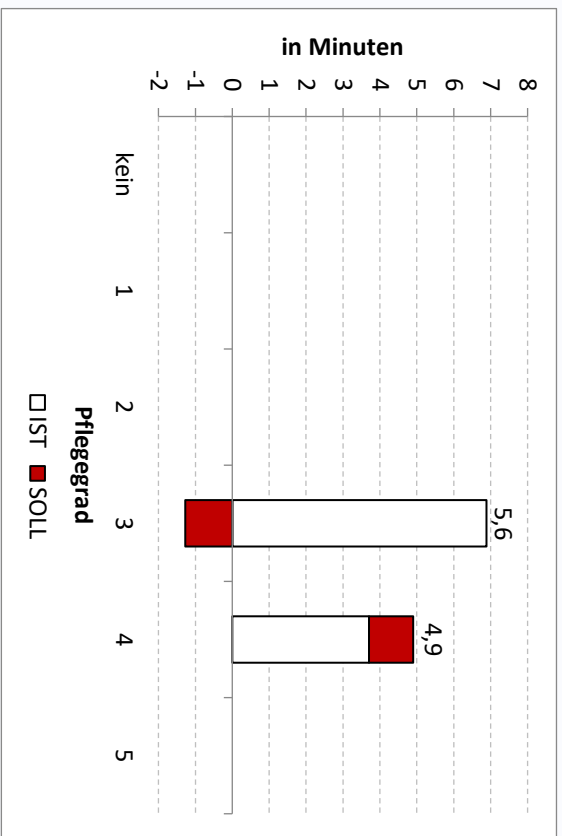
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



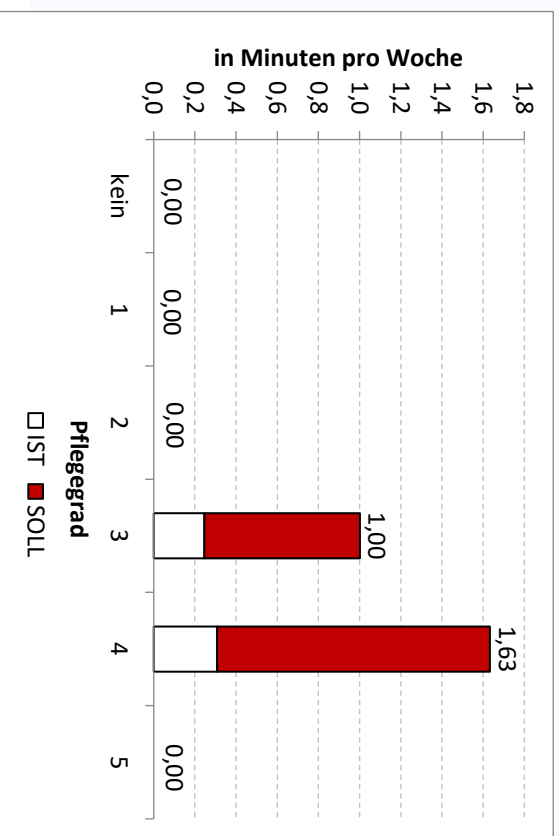
Absolute und relative Teilschrittbewertung



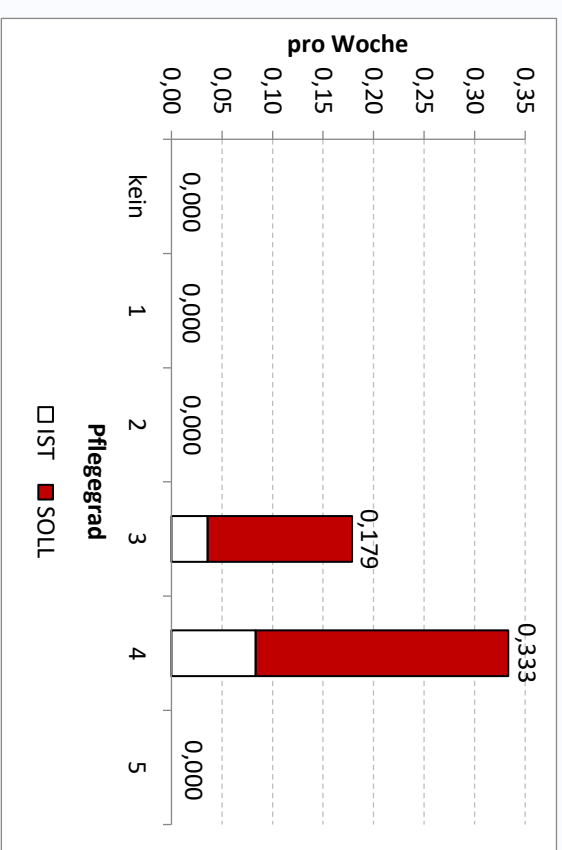
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



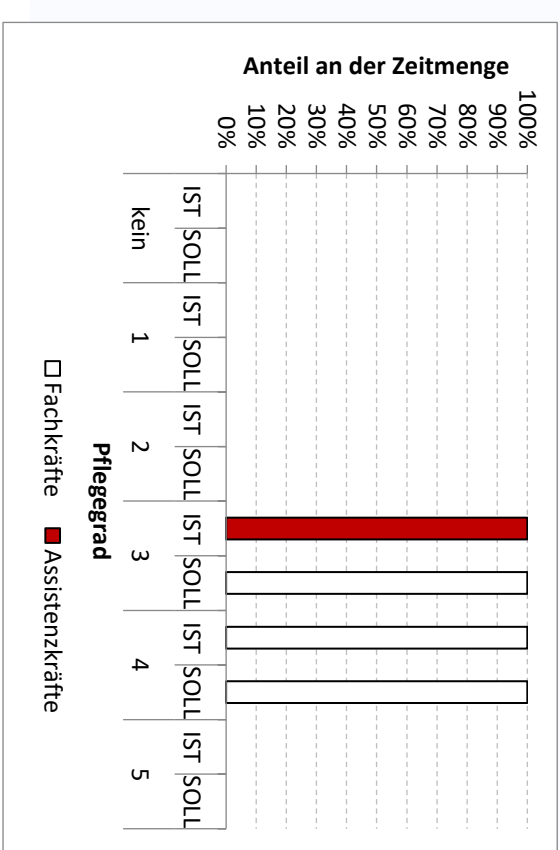
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



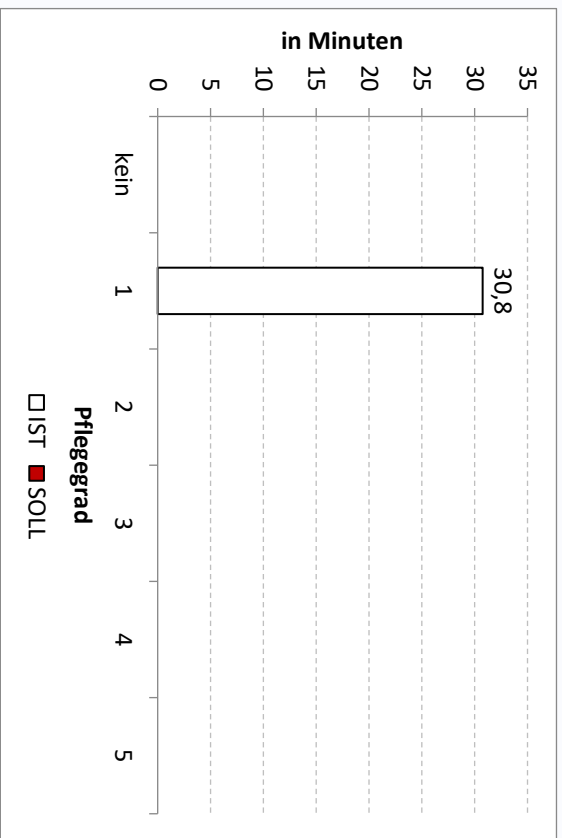
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



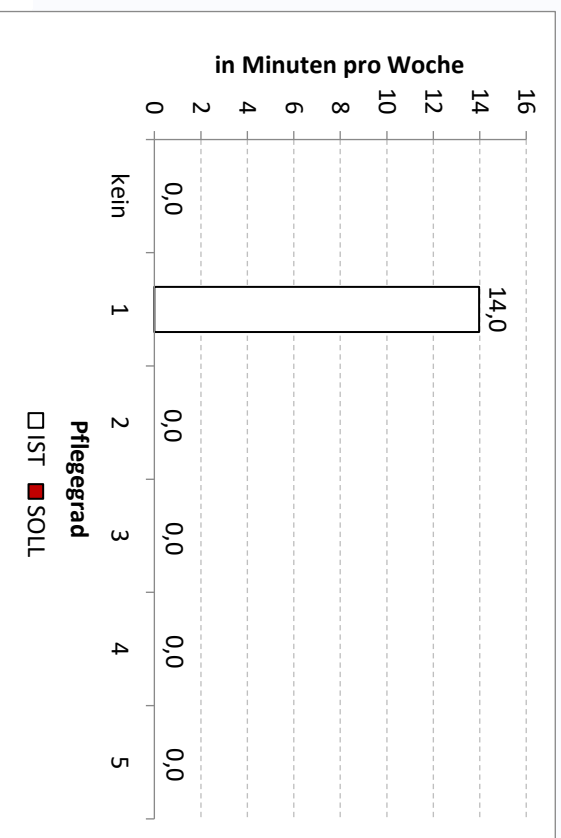
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



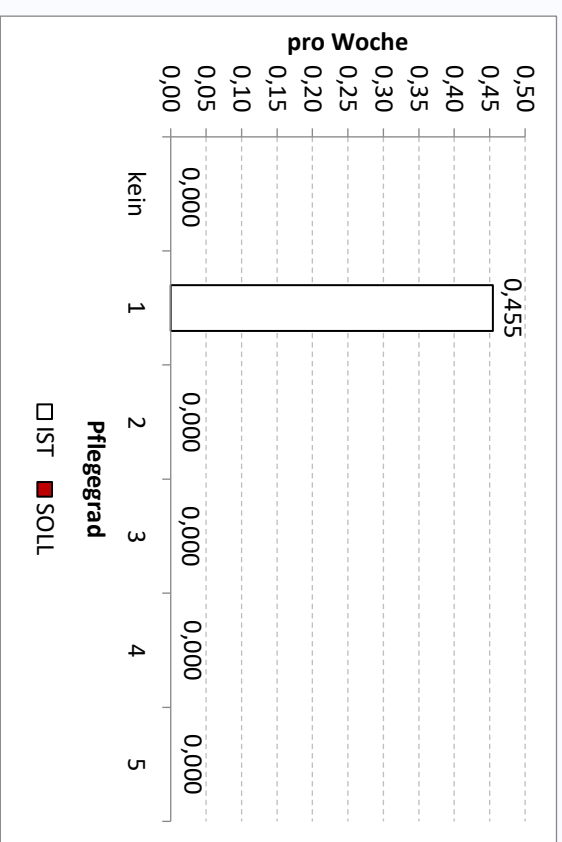
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



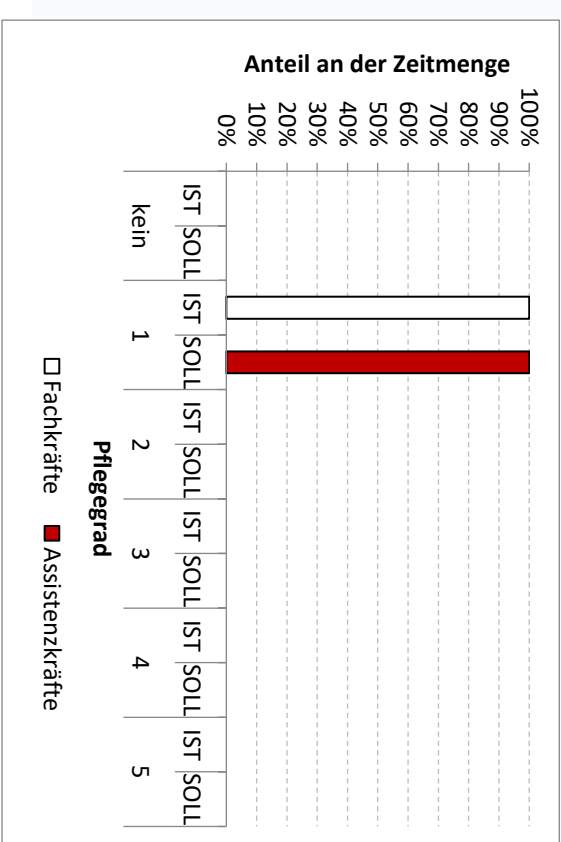
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



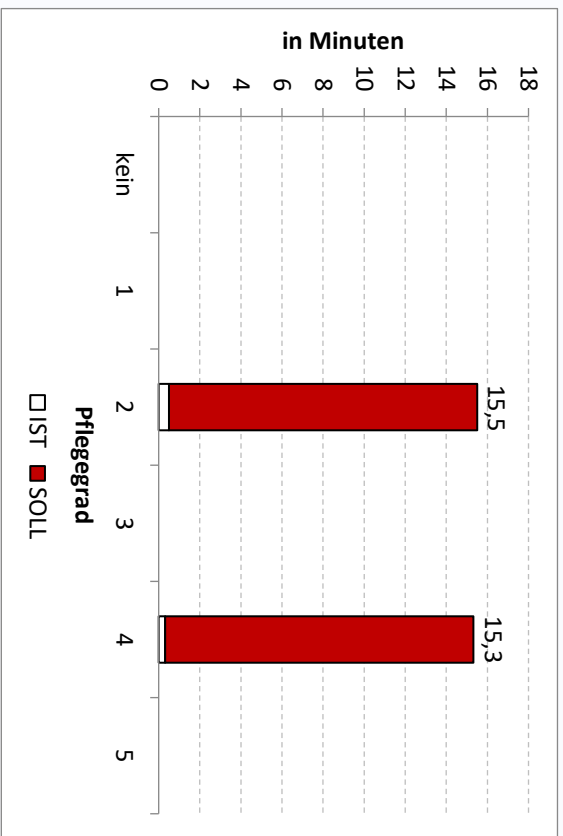
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



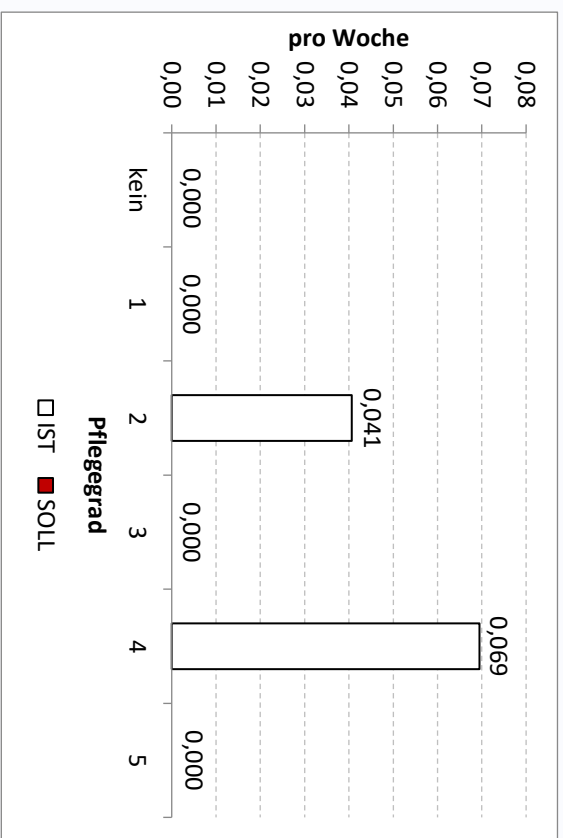
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



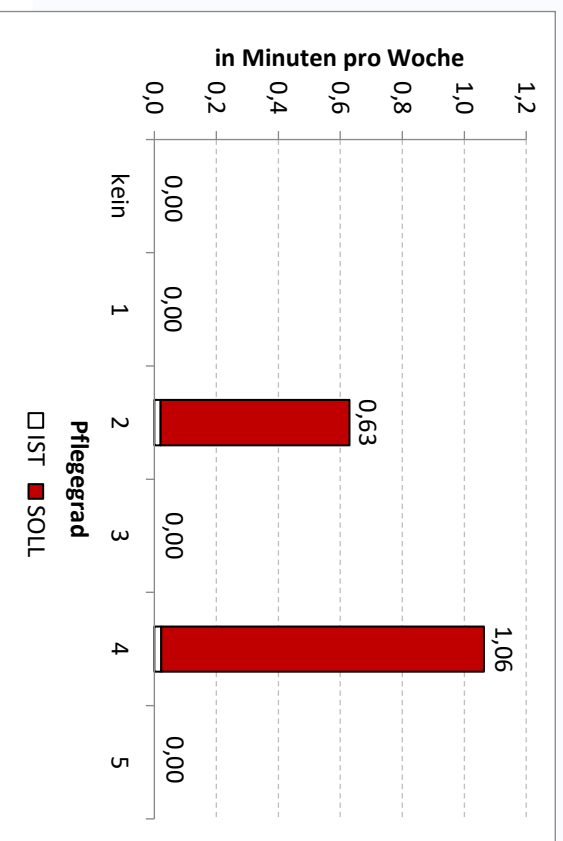
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



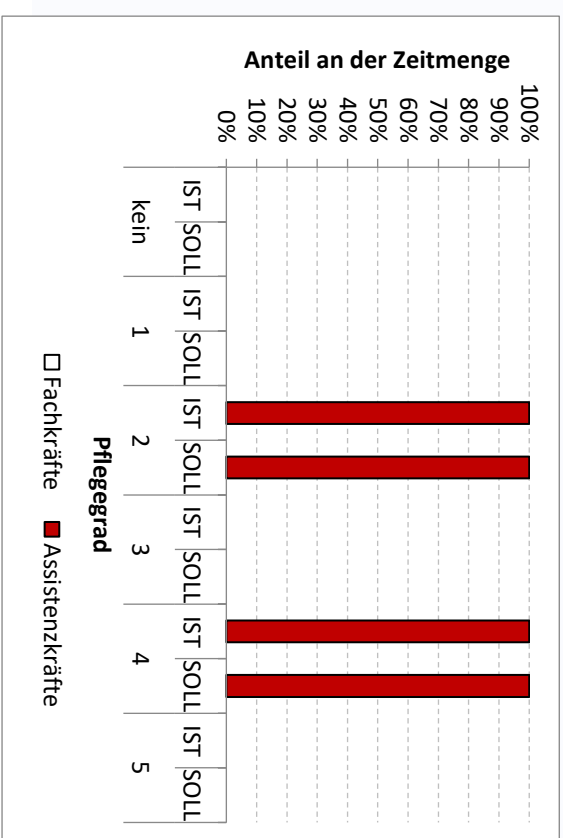
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



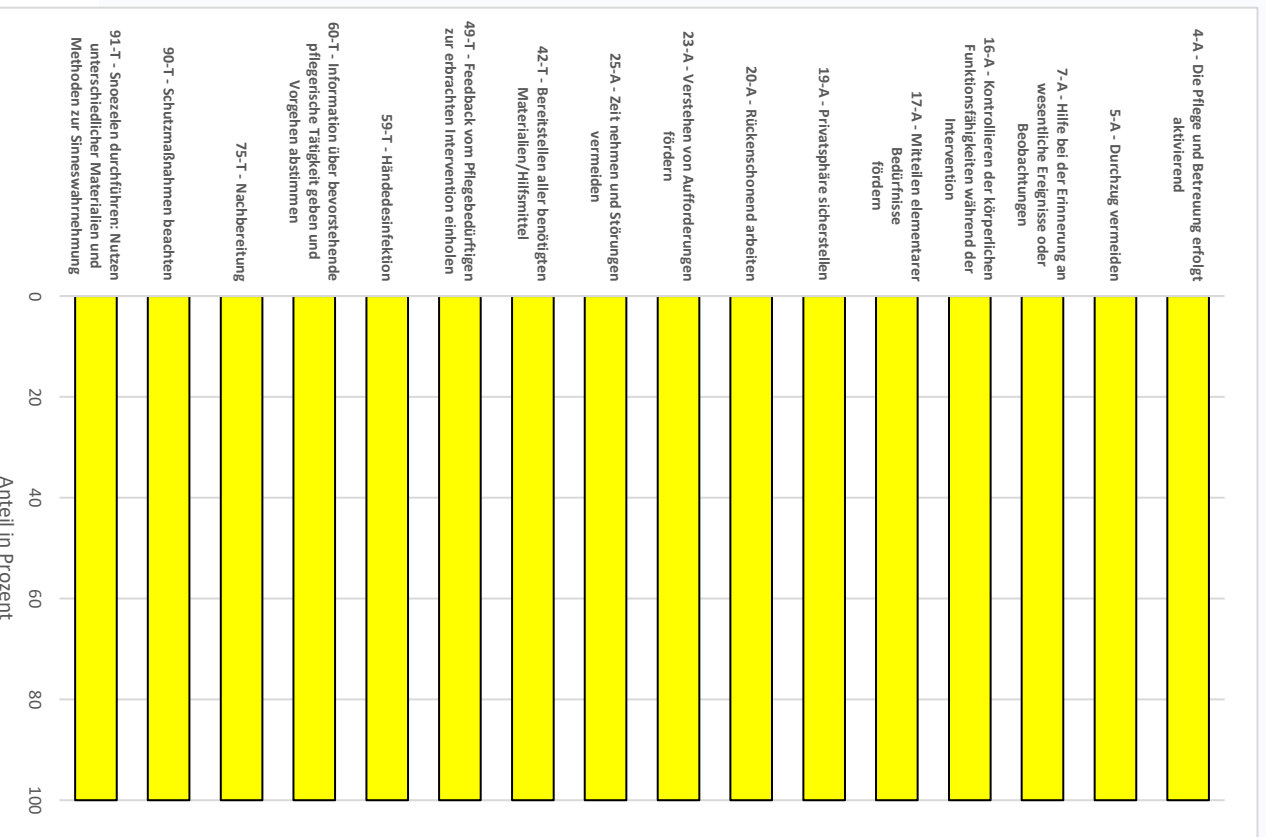
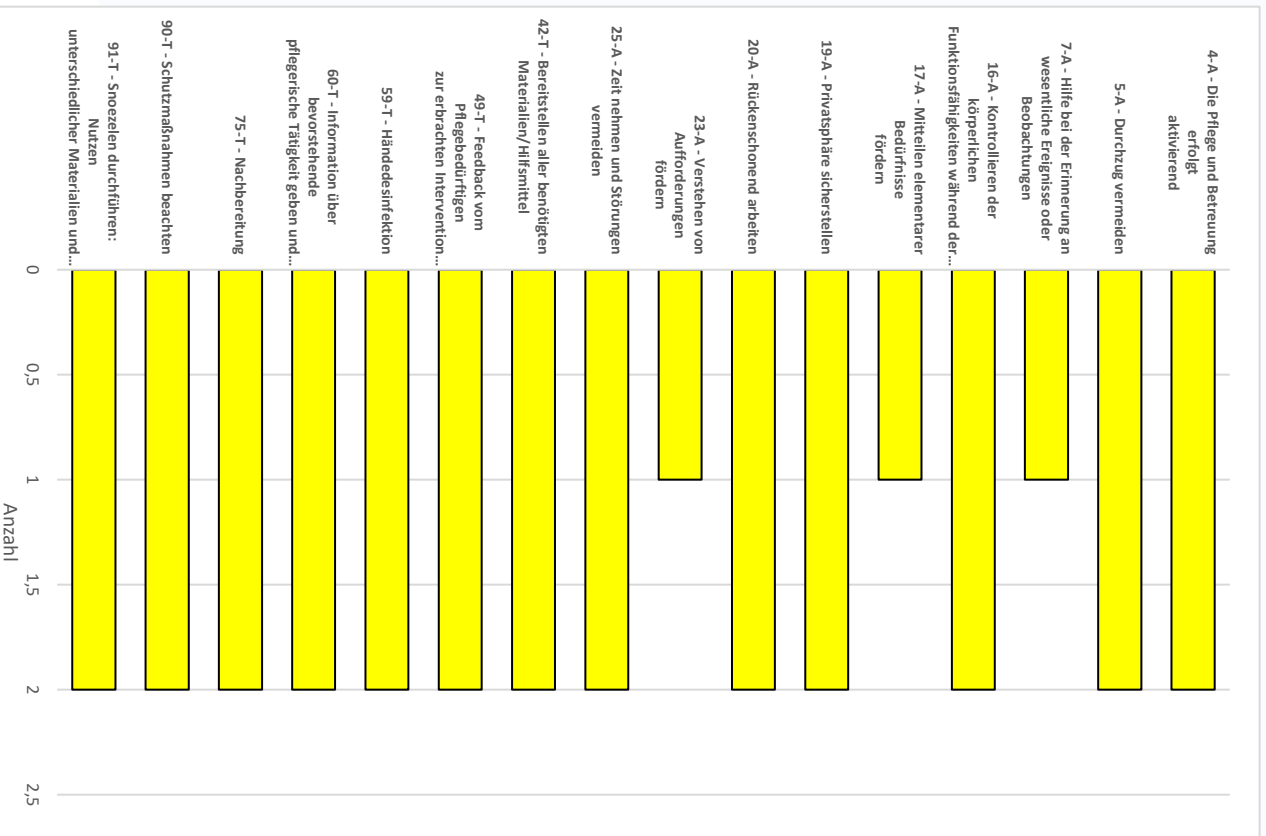
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



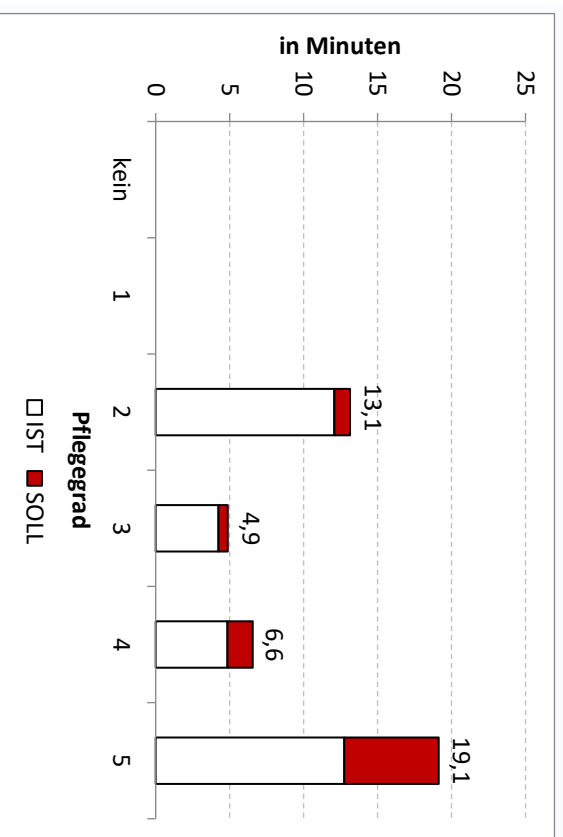
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



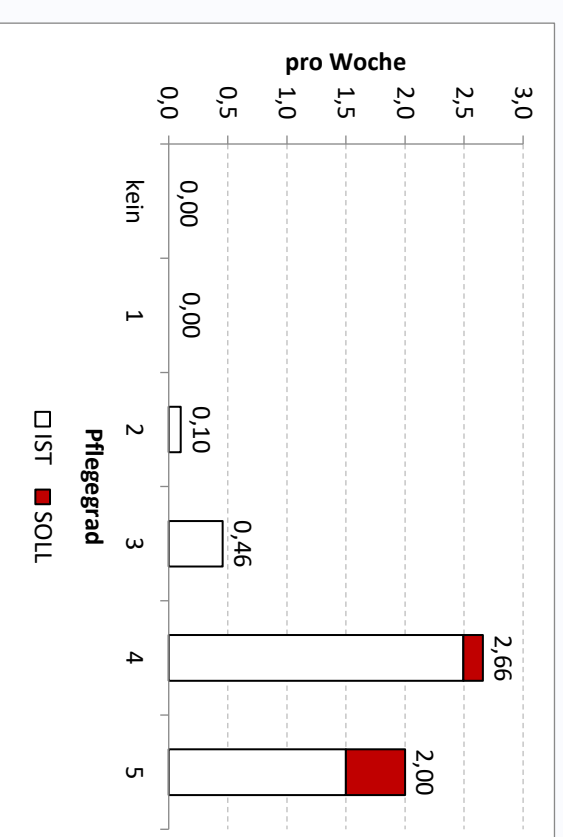
Absolute und relative Teilschrittbewertung



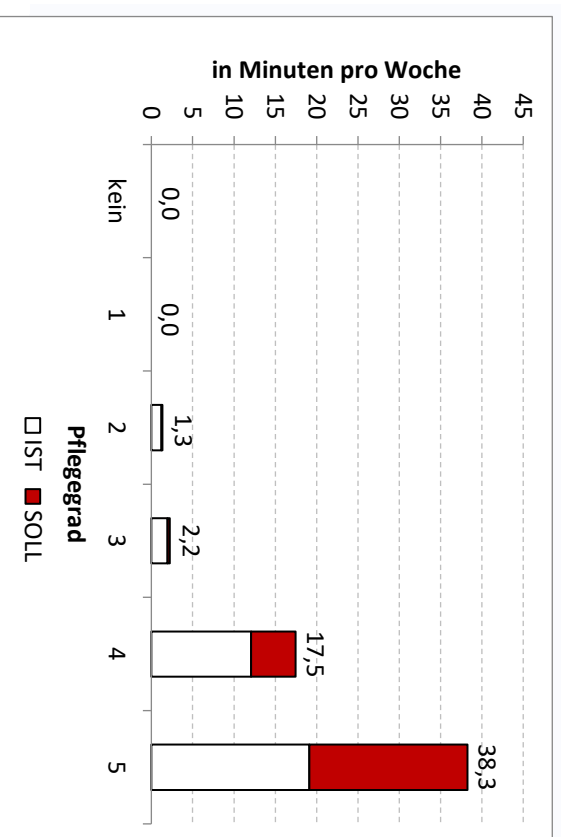
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



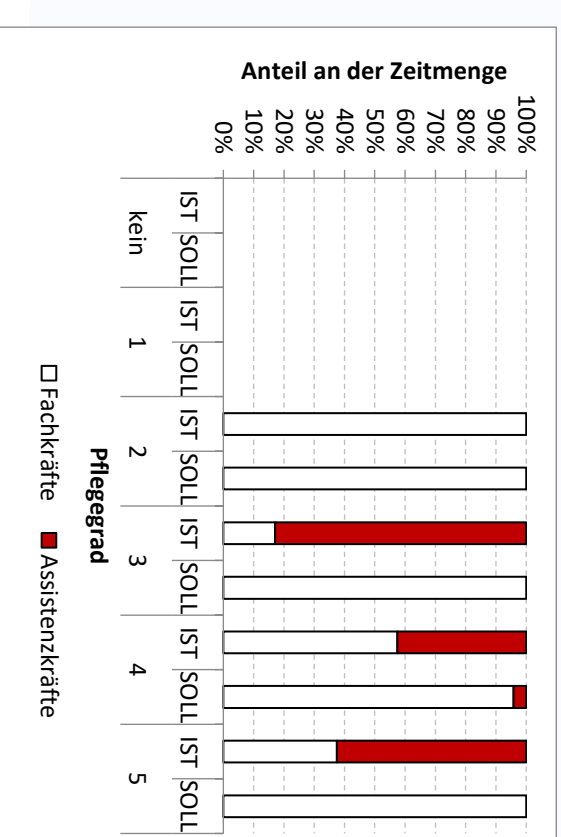
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



Durchschnittliche Zeitmengen nach...

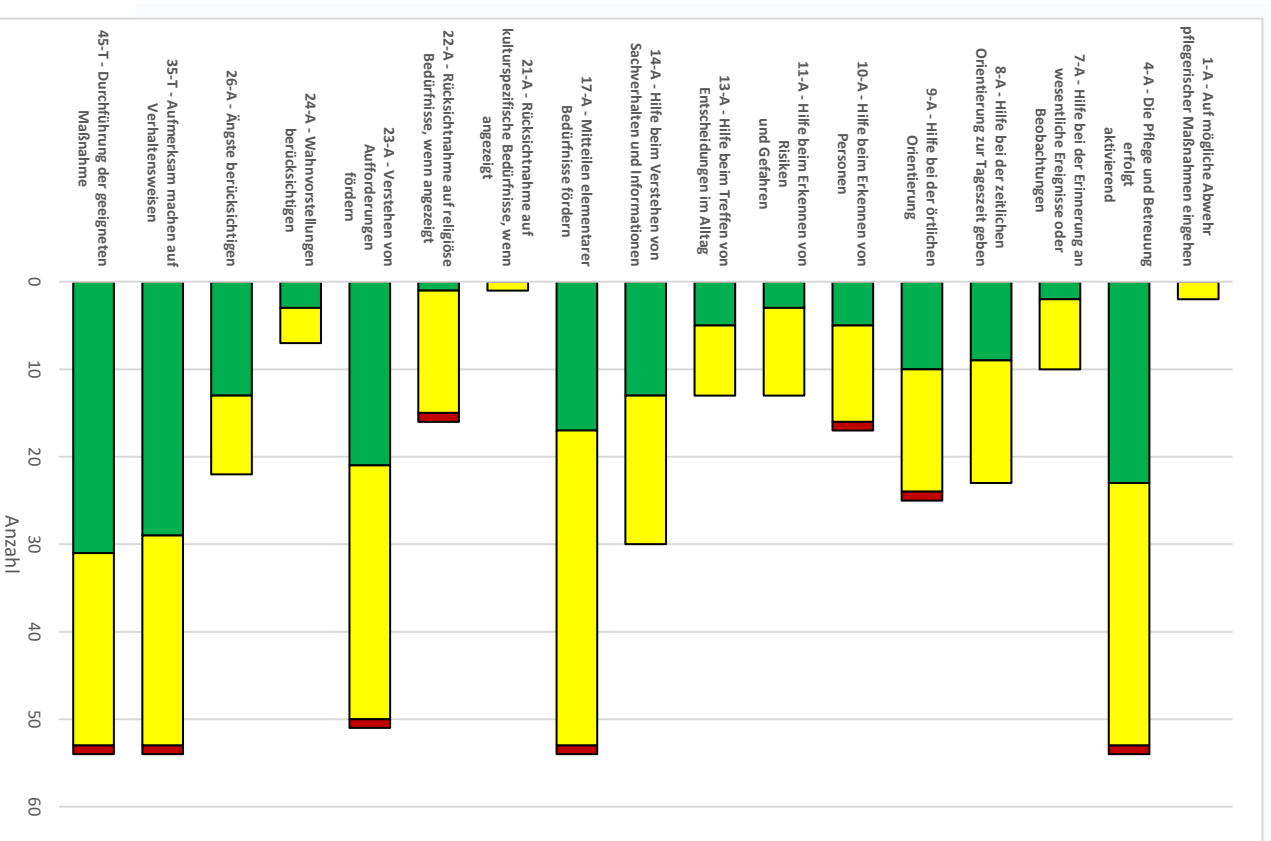


Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



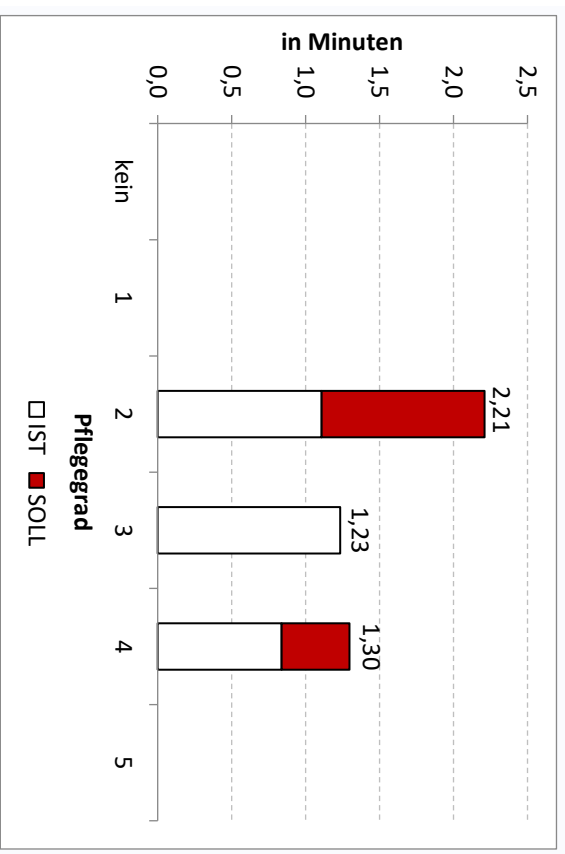
3.3 Verhaltens- und umgebungsbezogene Interventionen

Absolute und relative Teilschrittbewertung

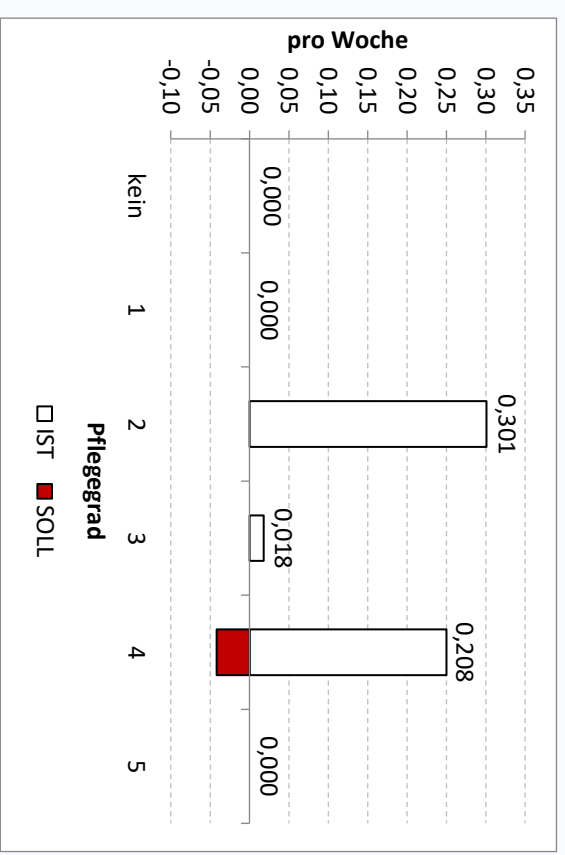


3.3 Verhaltens- und umgebungsbezogene Interventionen

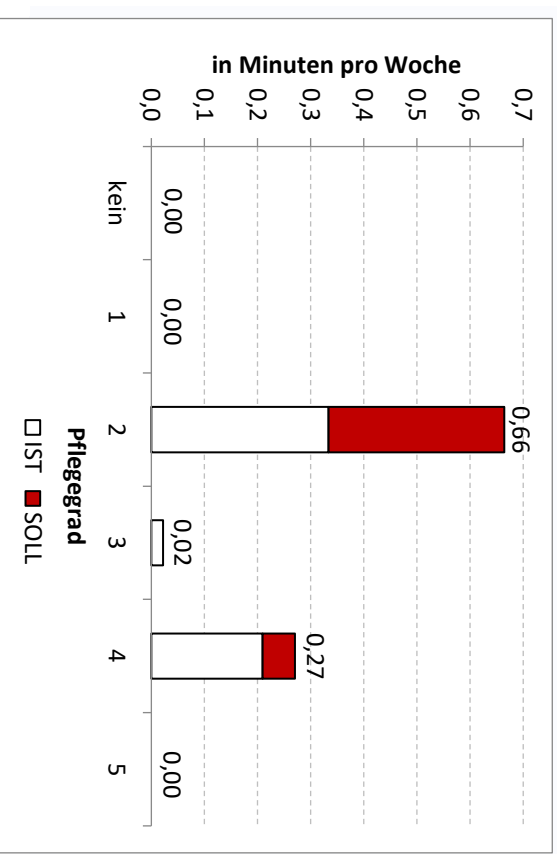
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



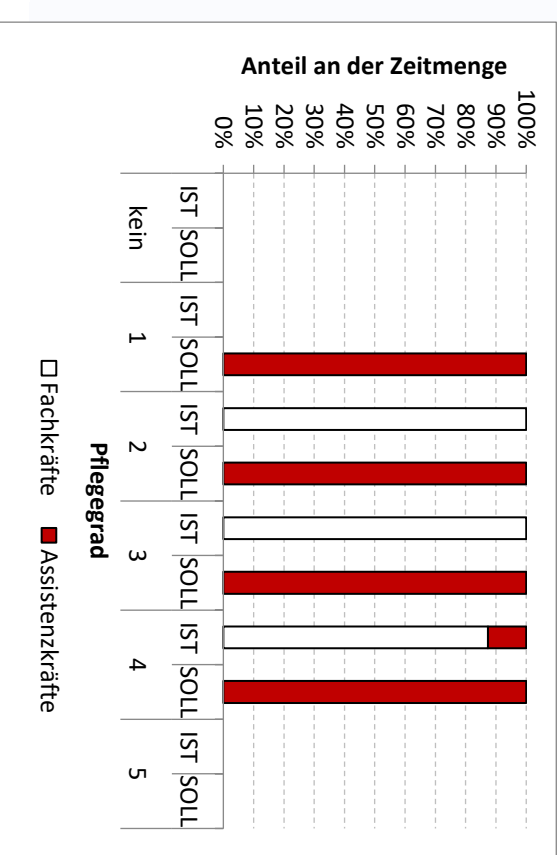
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



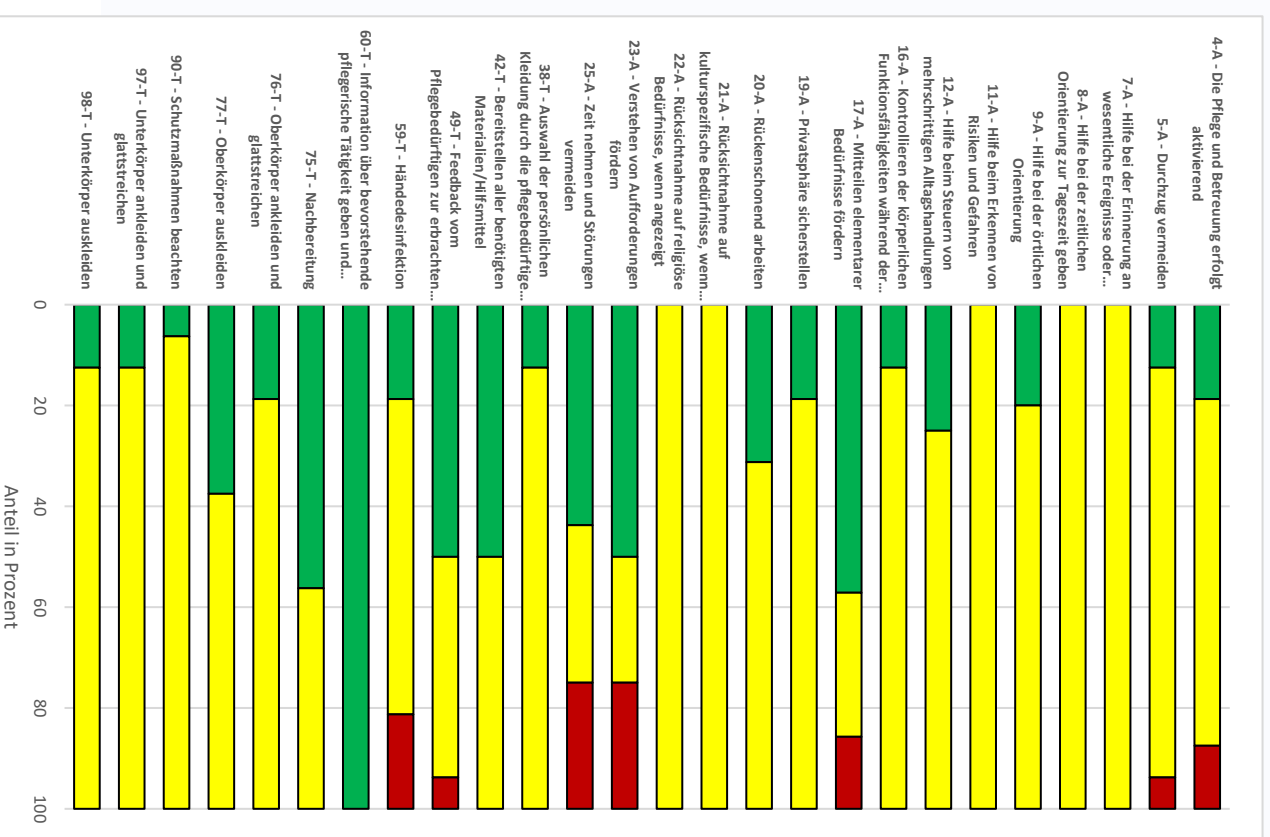
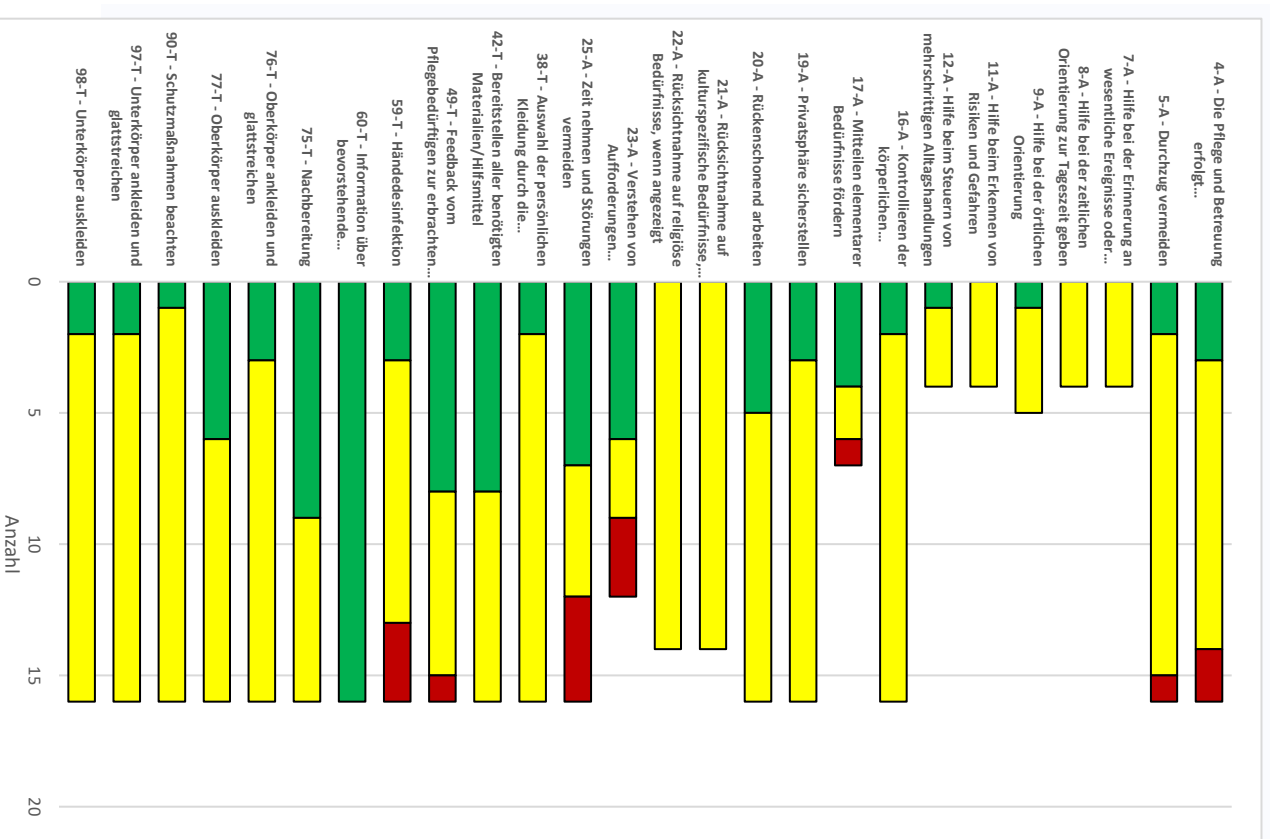
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



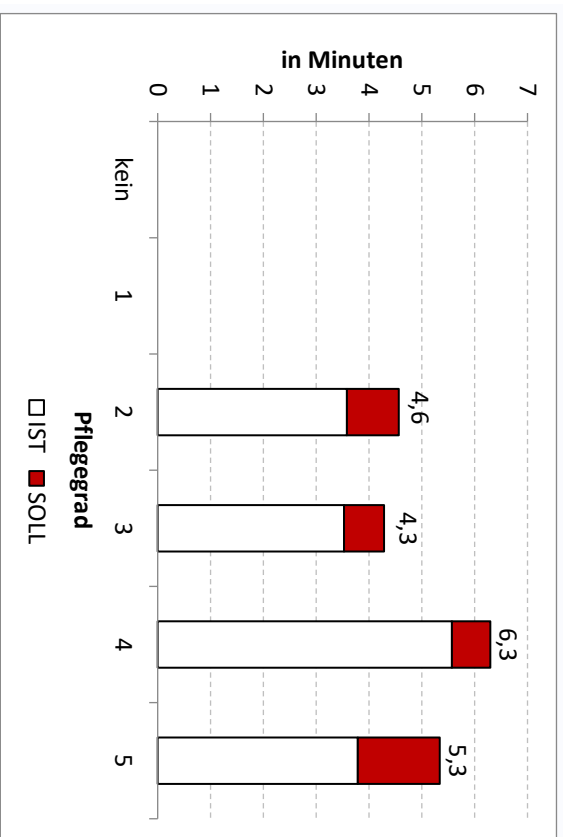
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



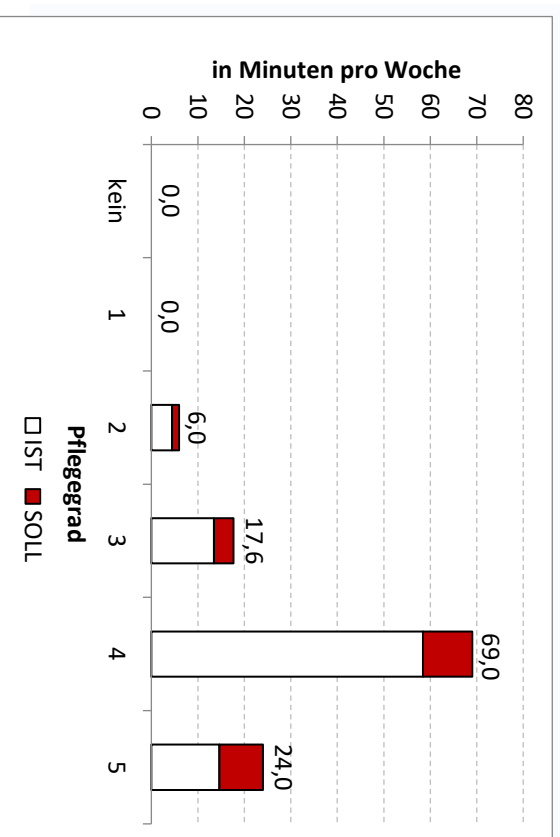
Absolute und relative Teilschrittbewertung



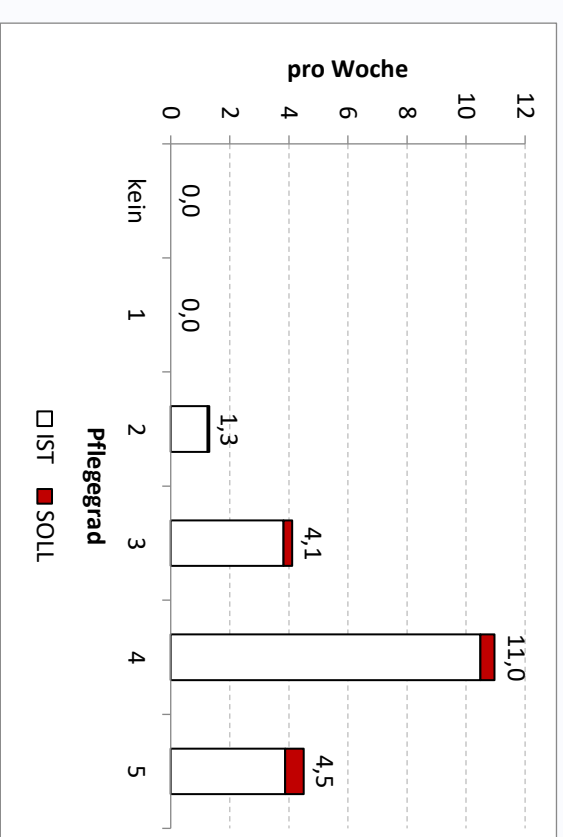
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



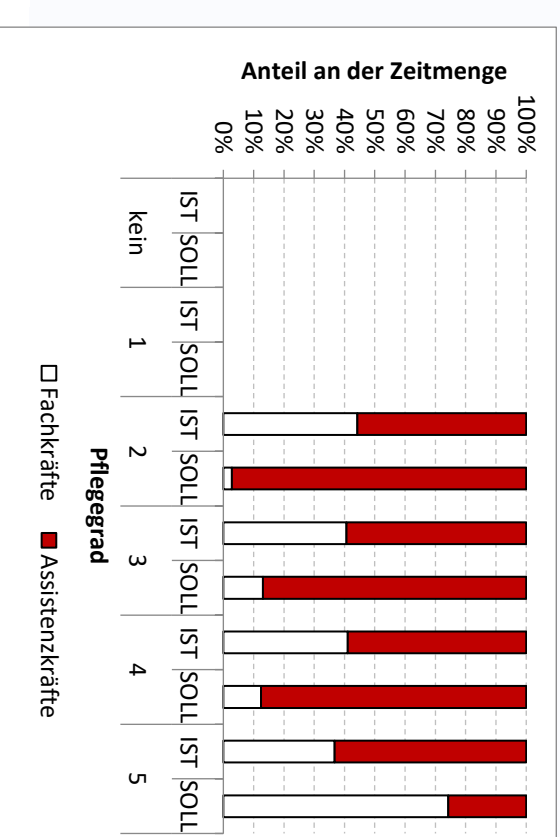
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



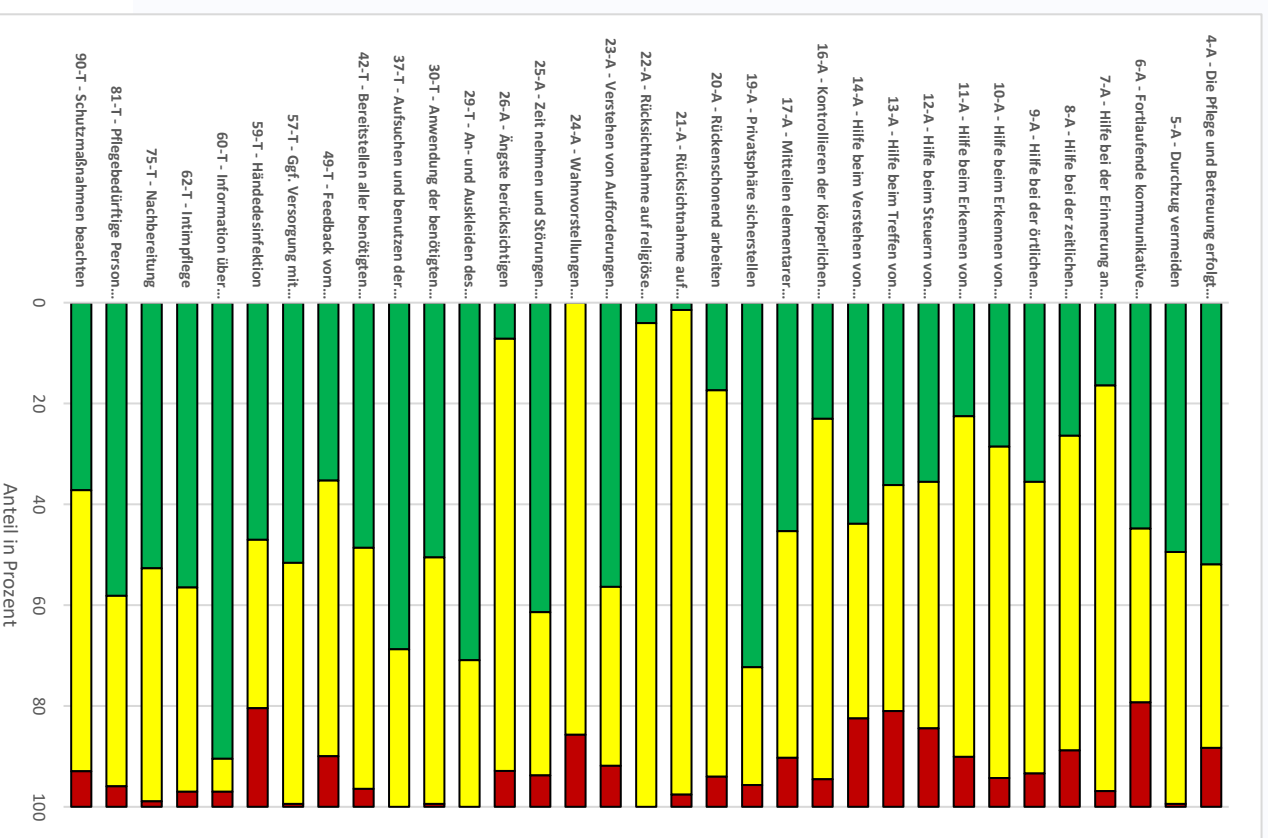
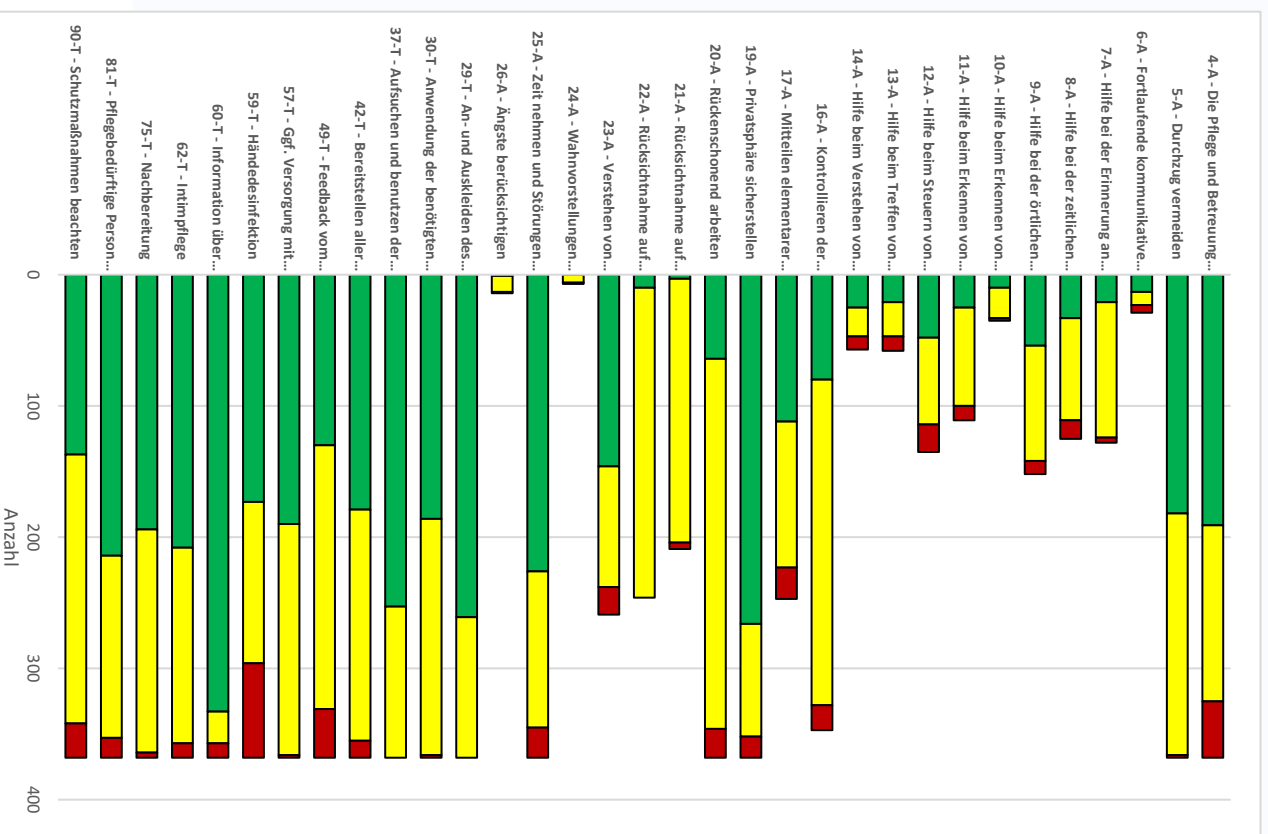
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)

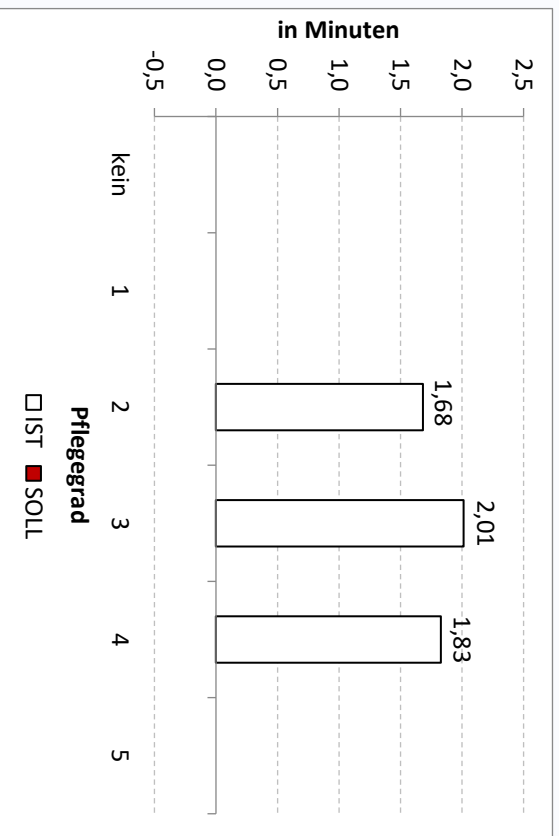


Absolute und relative Teilschrittbewertung

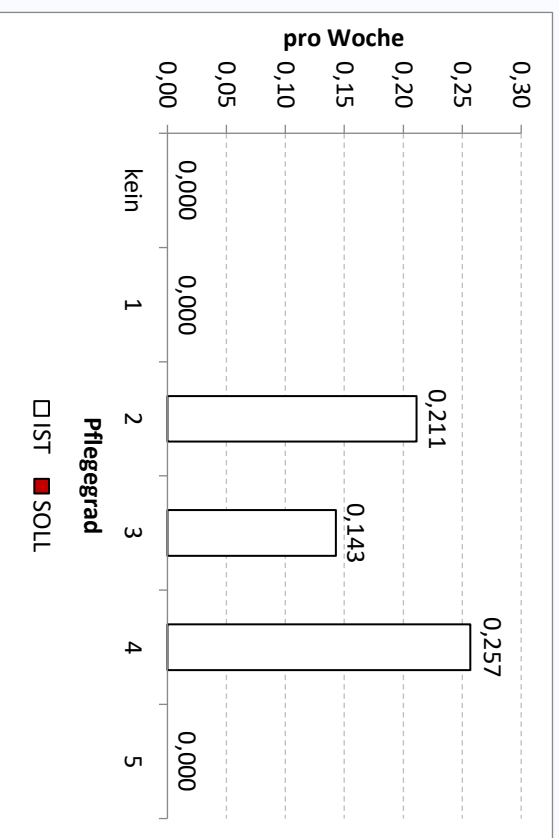


4.7 Hauswirtschaftliche Unterstützung

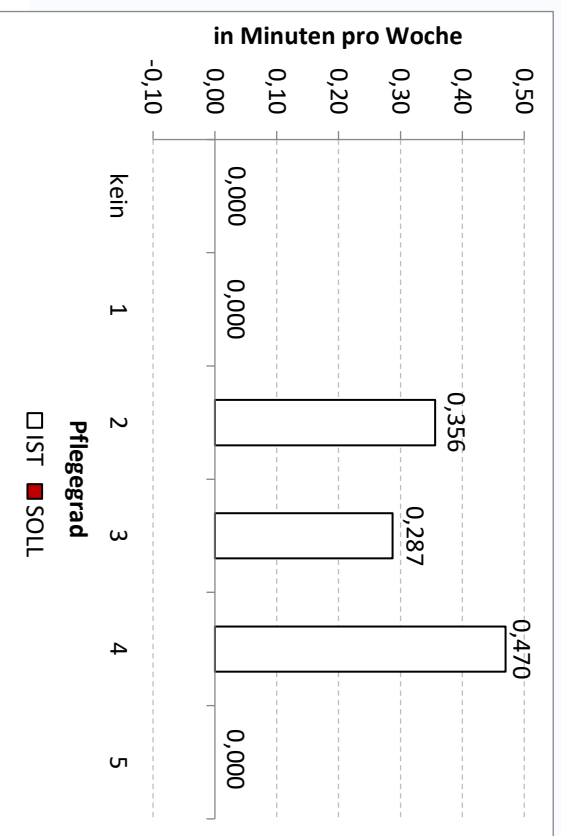
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



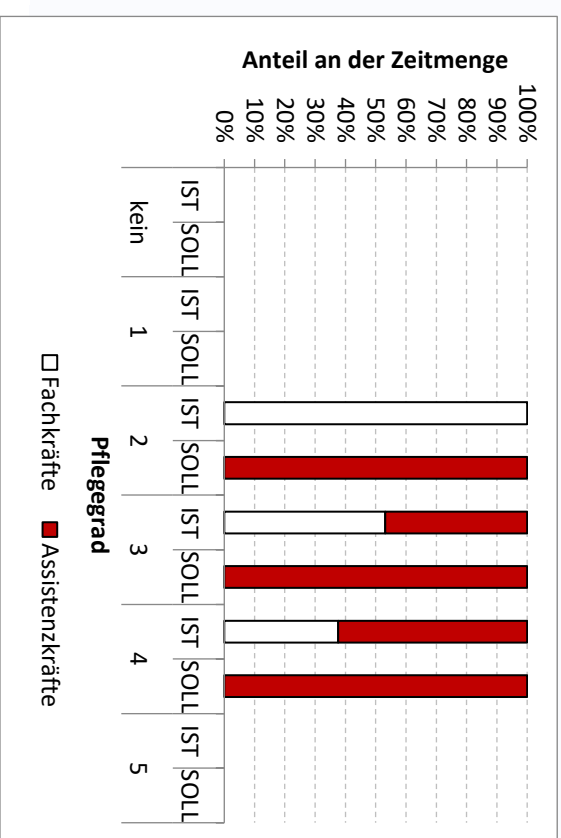
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



Durchschnittliche Zeitemengen nach...

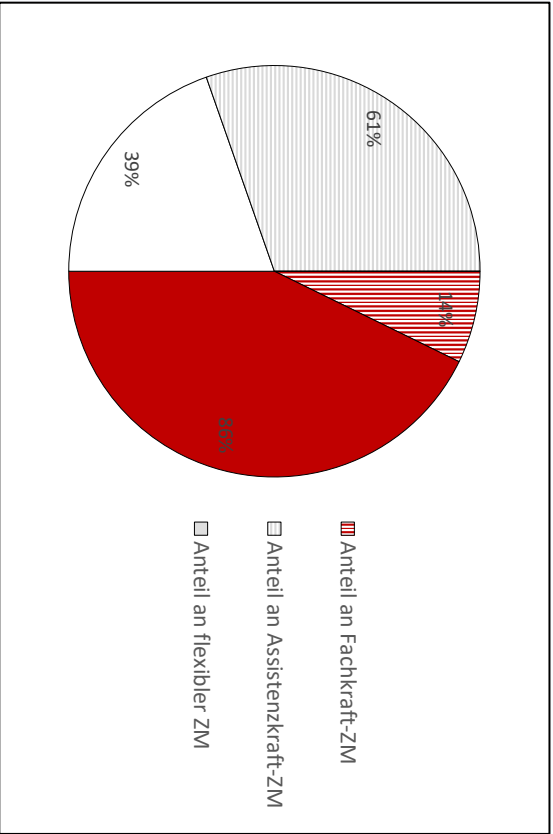


Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)

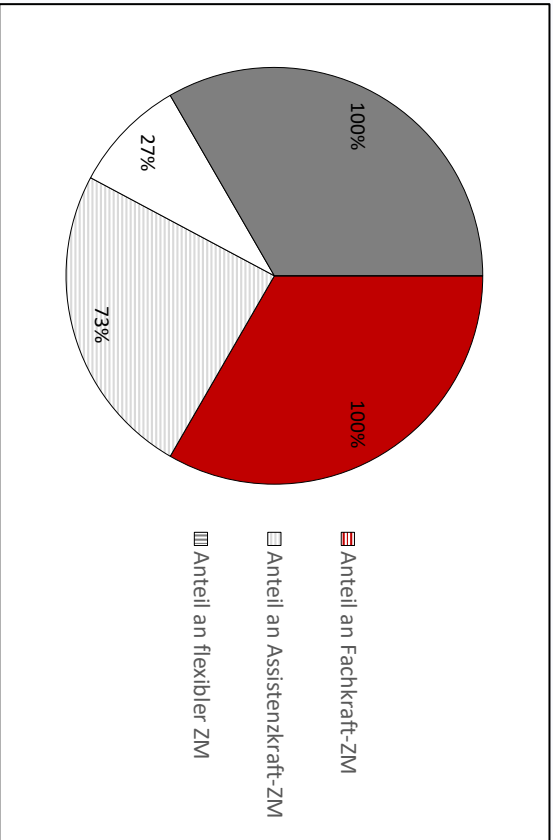


4.7 Hauswirtschaftliche Unterstützung

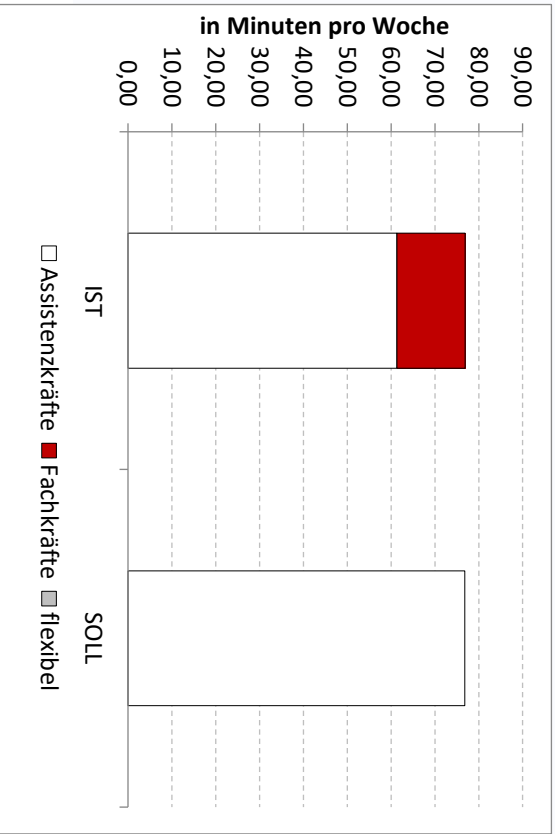
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege

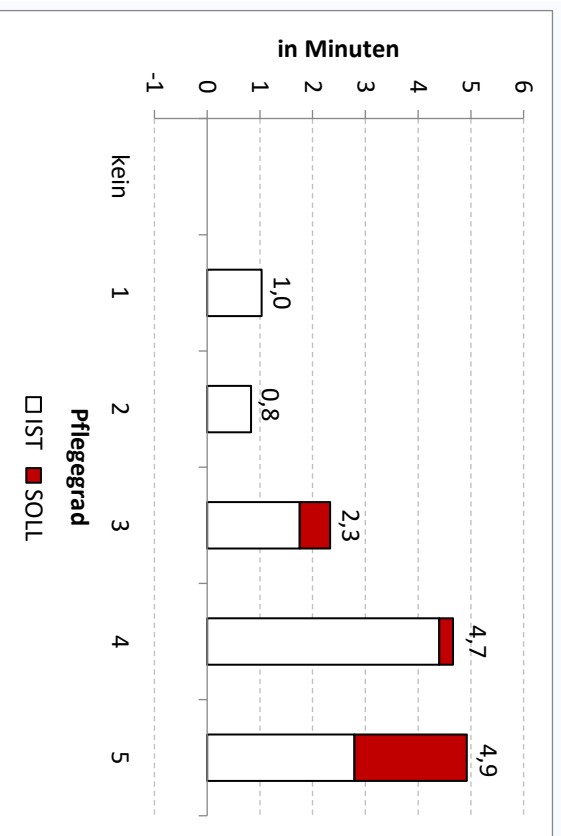


Zeitmengen nach Qualifikationsmix

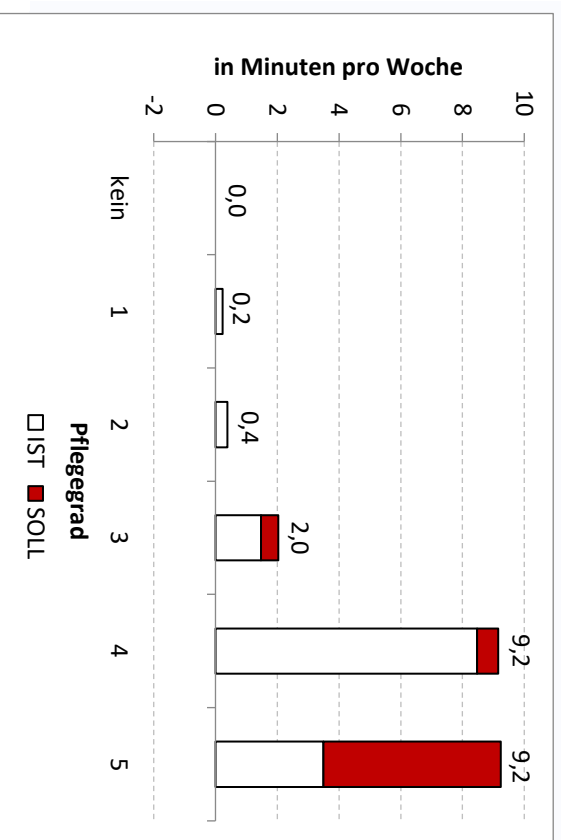


4.8 Hilfe beim Aufstehen

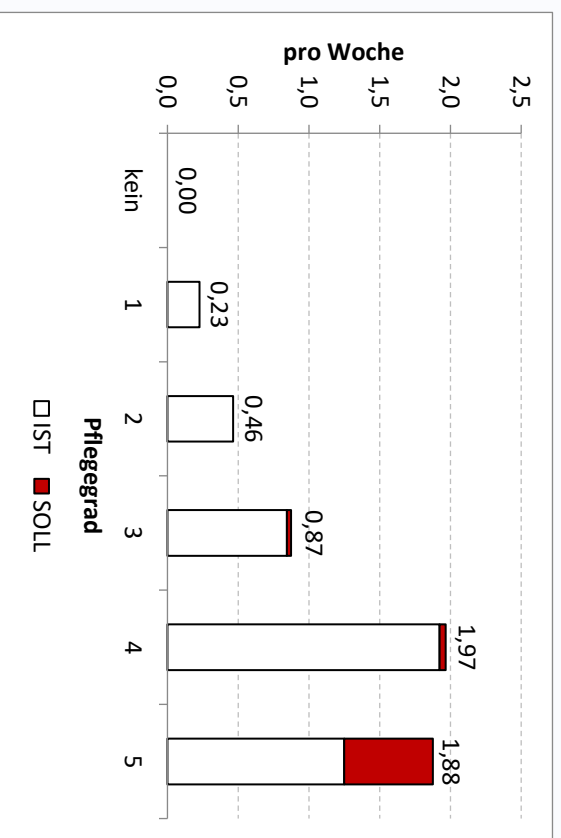
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



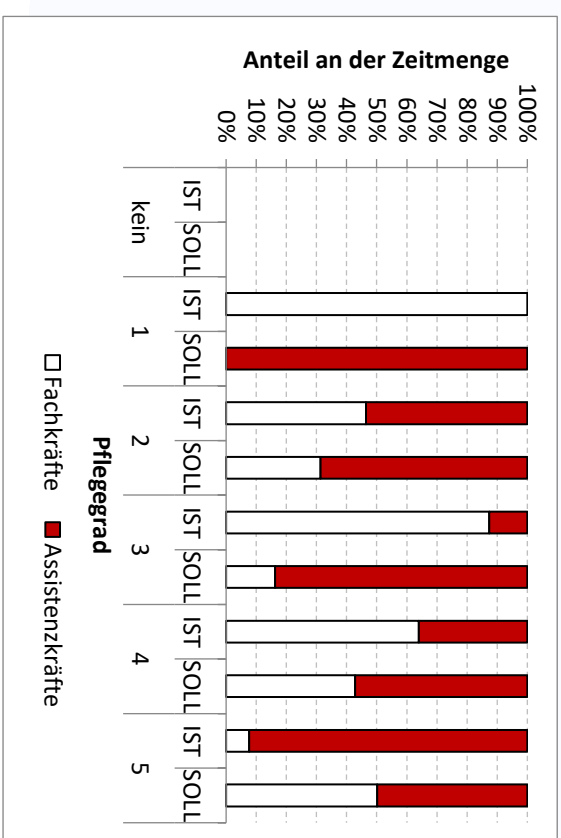
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



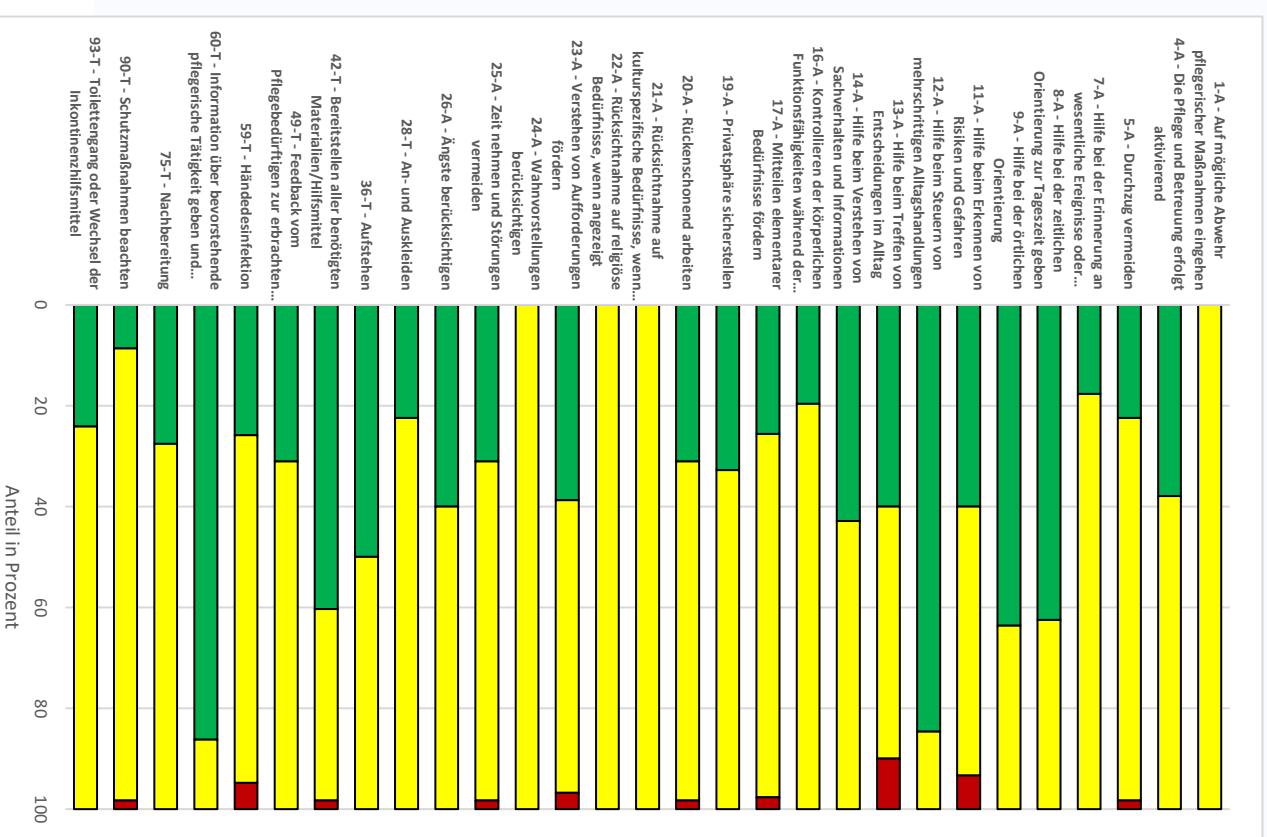
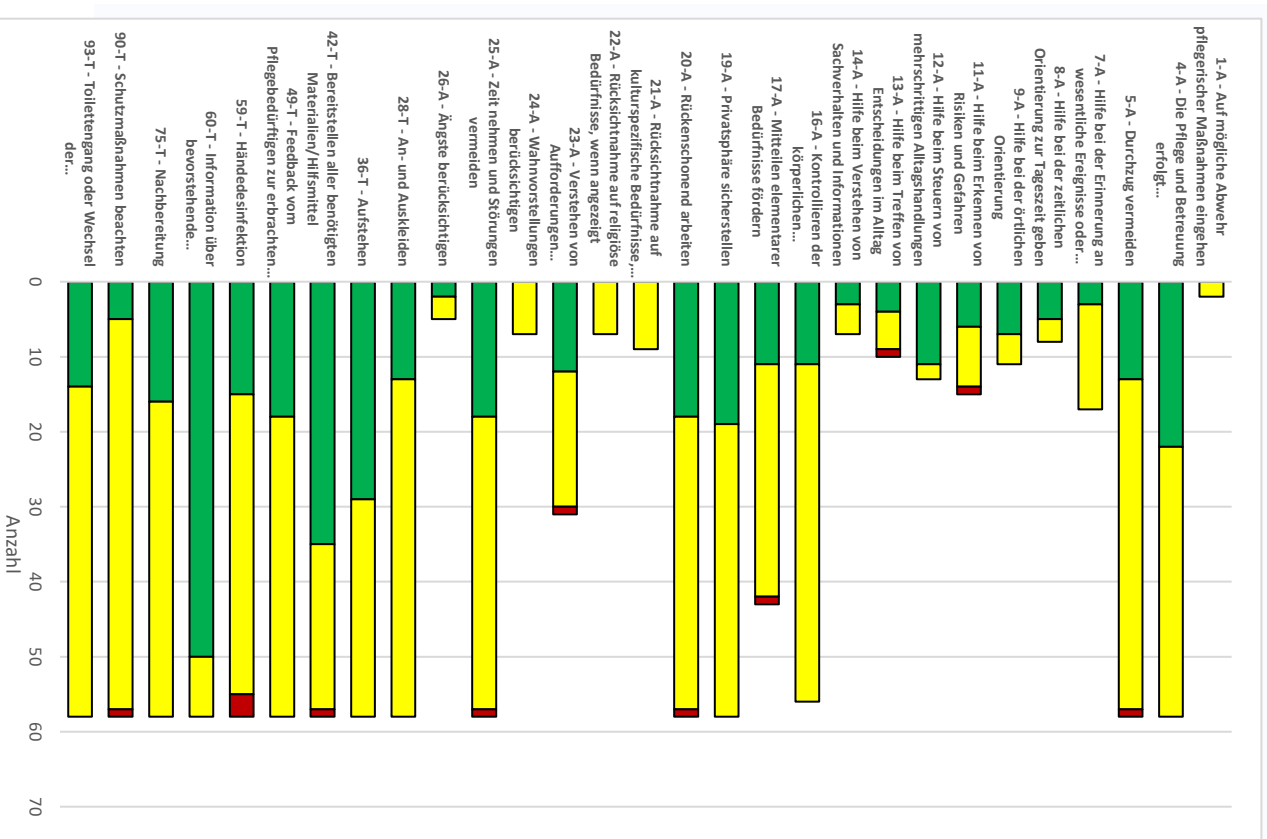
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



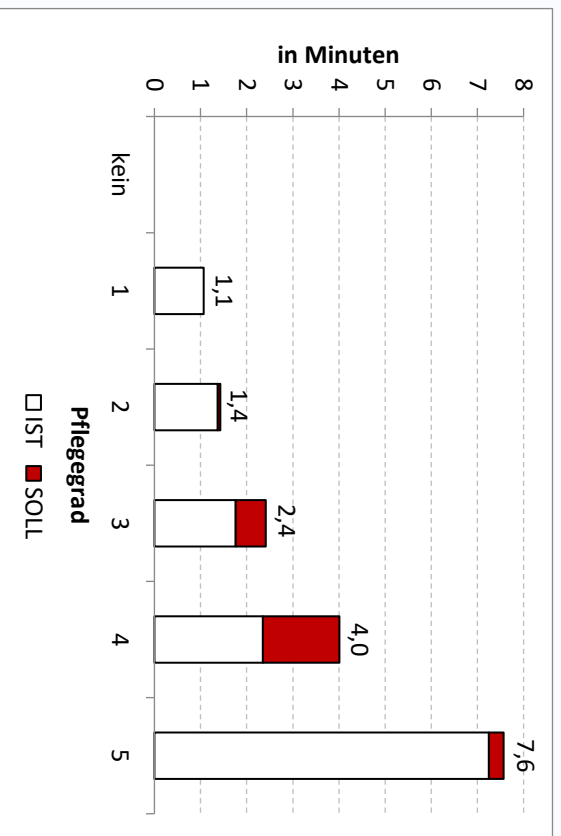
Absolute und relative Teilschrittbewertung



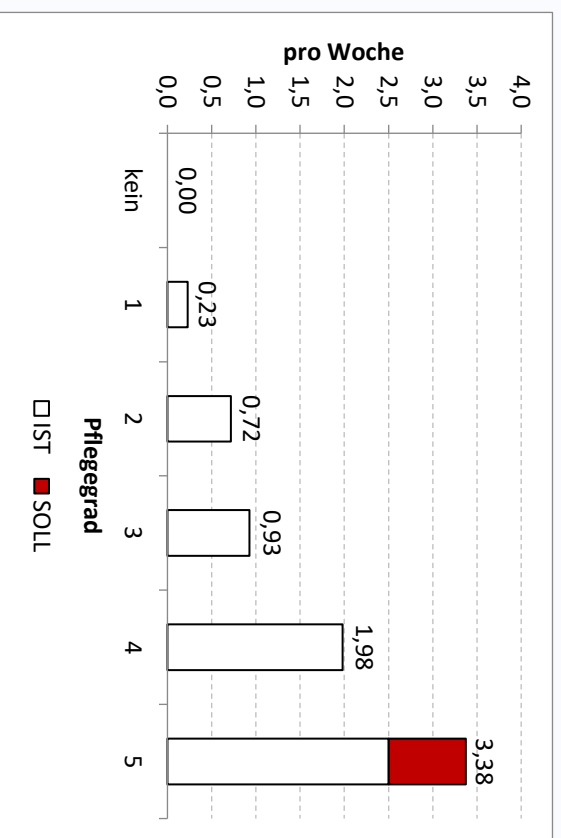
4.8 Hilfe beim Aufstehen

4.9 Hilfe beim Zubettgehen

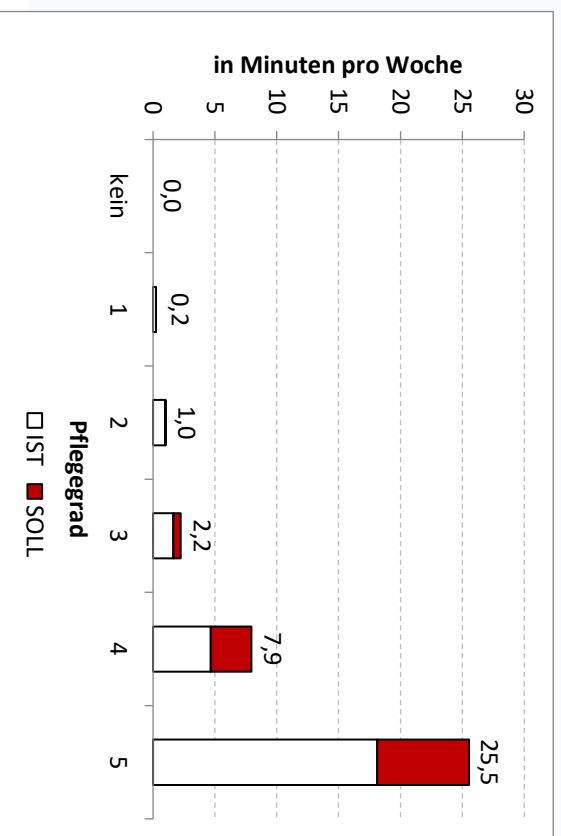
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



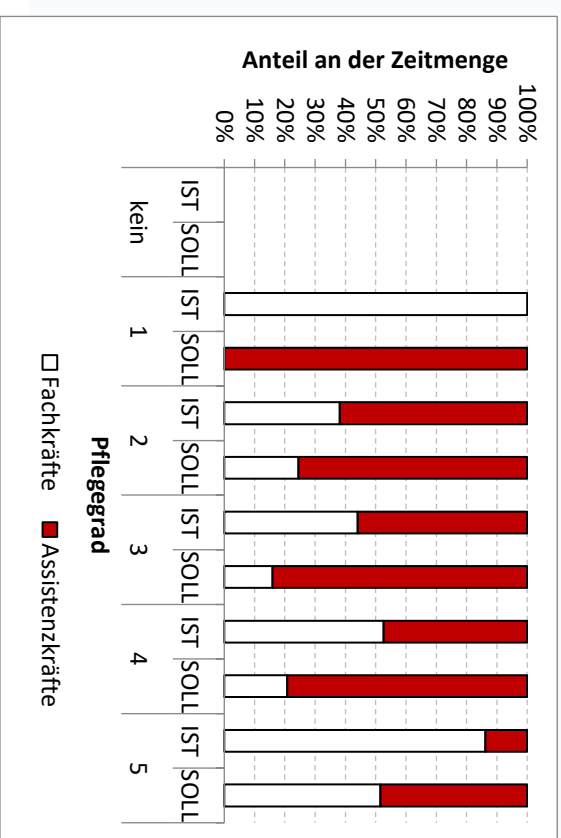
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



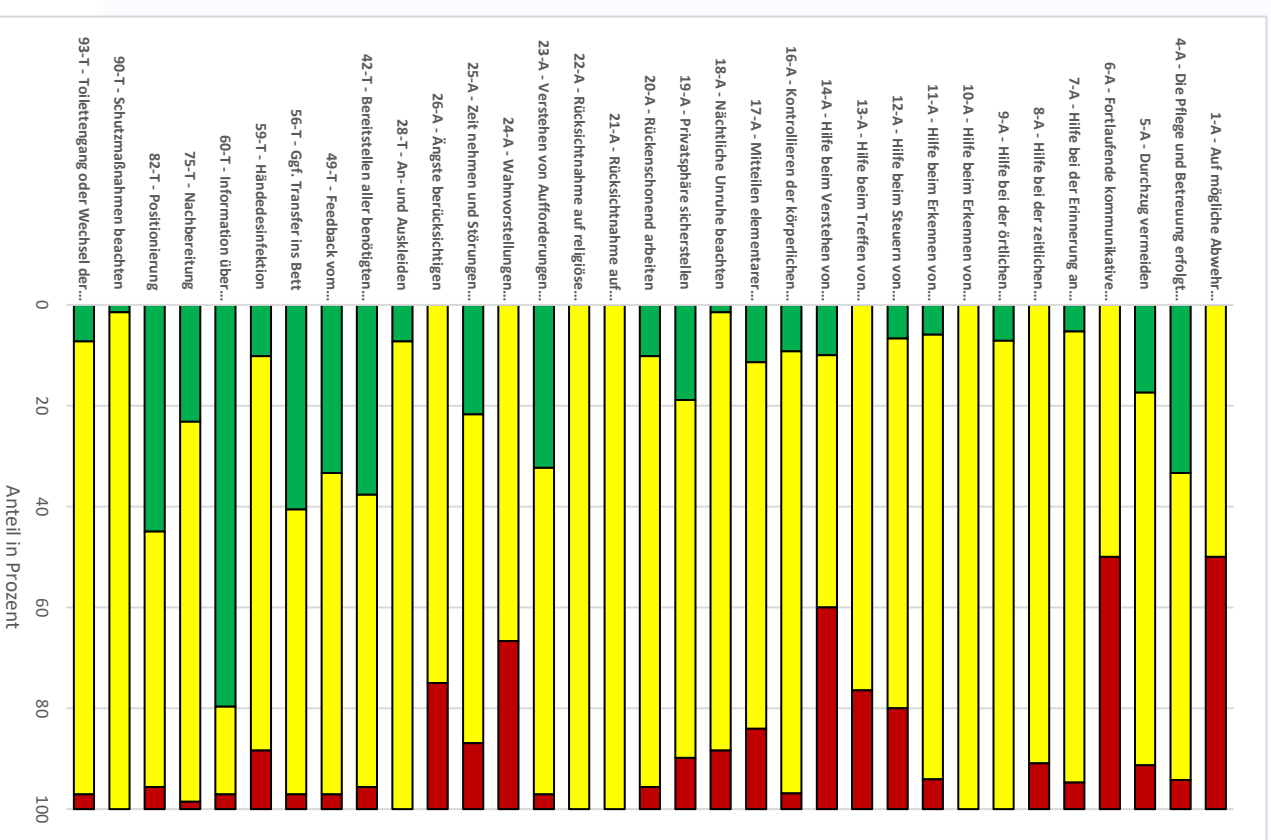
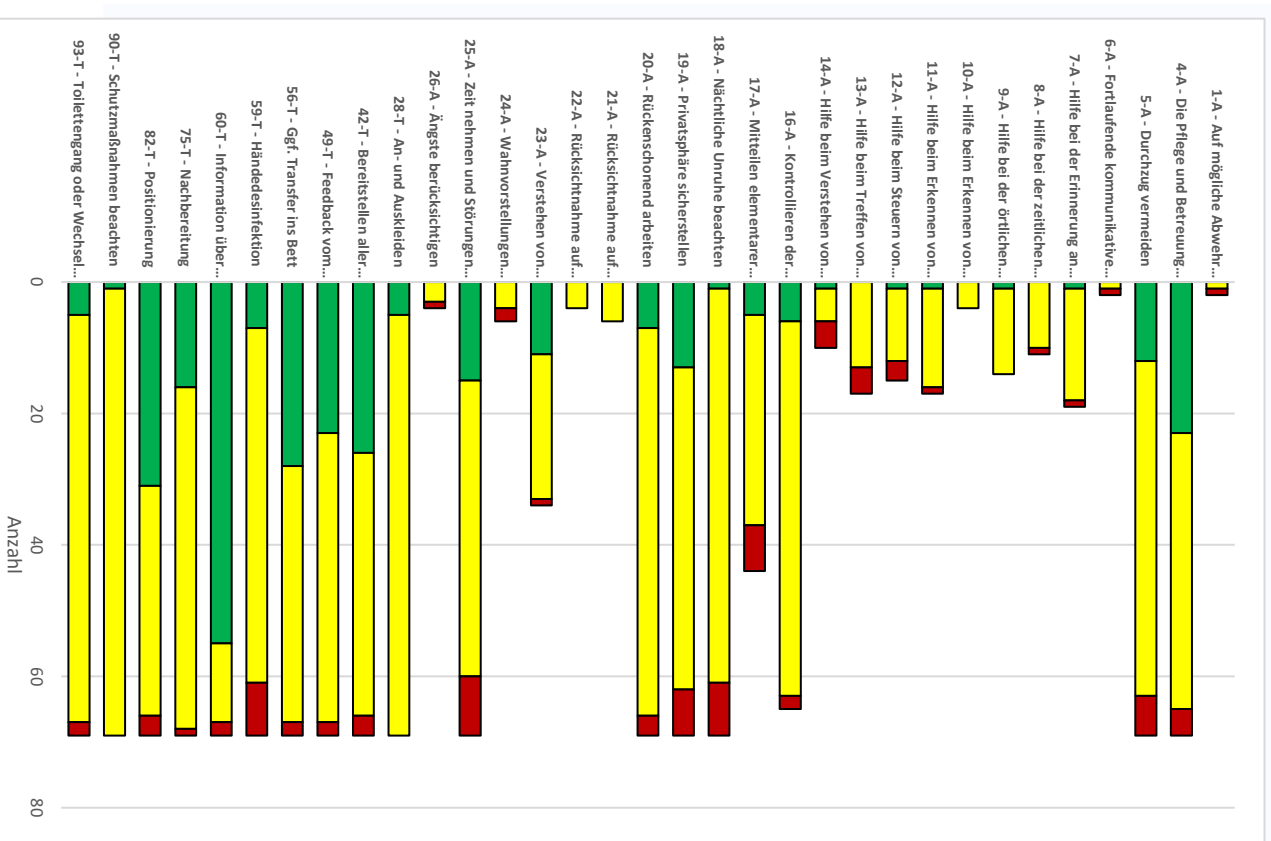
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)

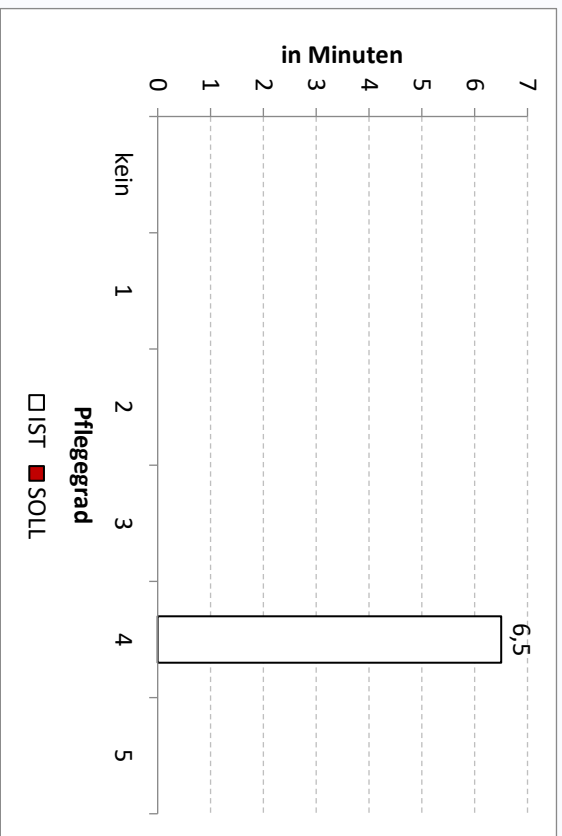


Absolute und relative Teilschrittbewertung

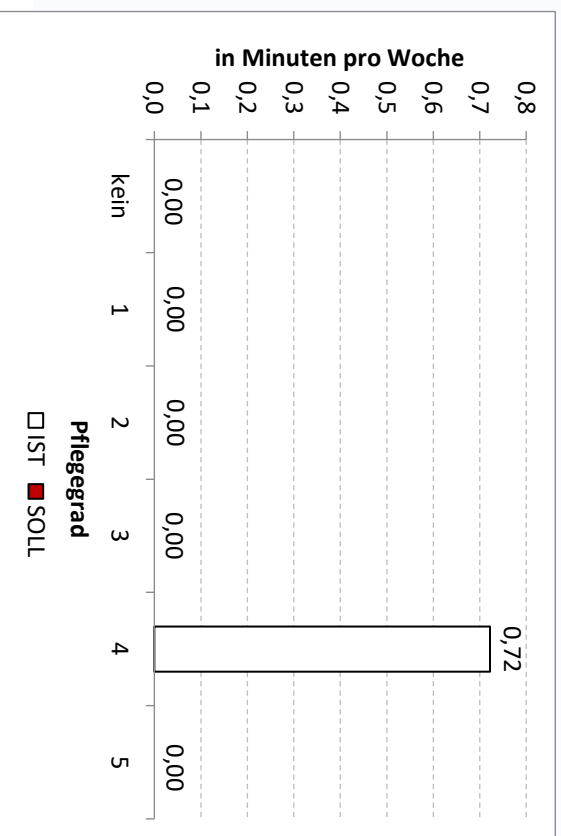


4.9 Hilfe beim Zubettgehen

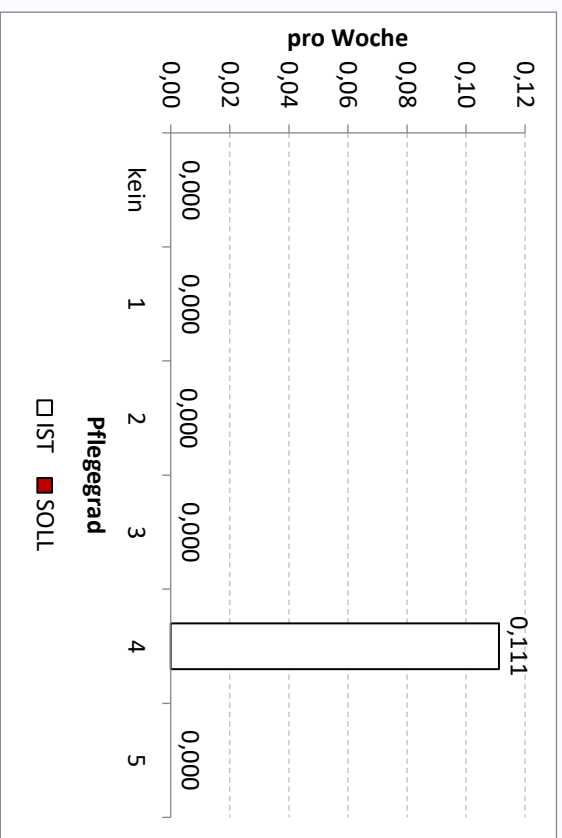
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



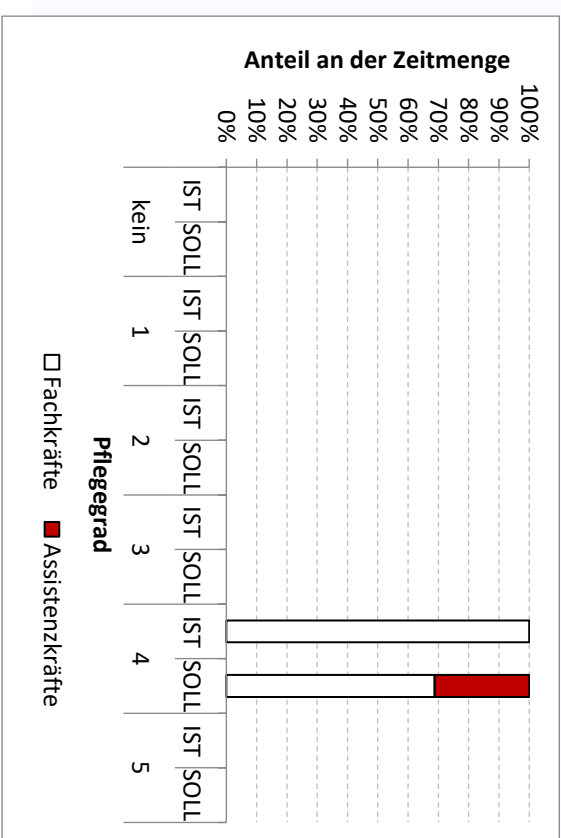
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



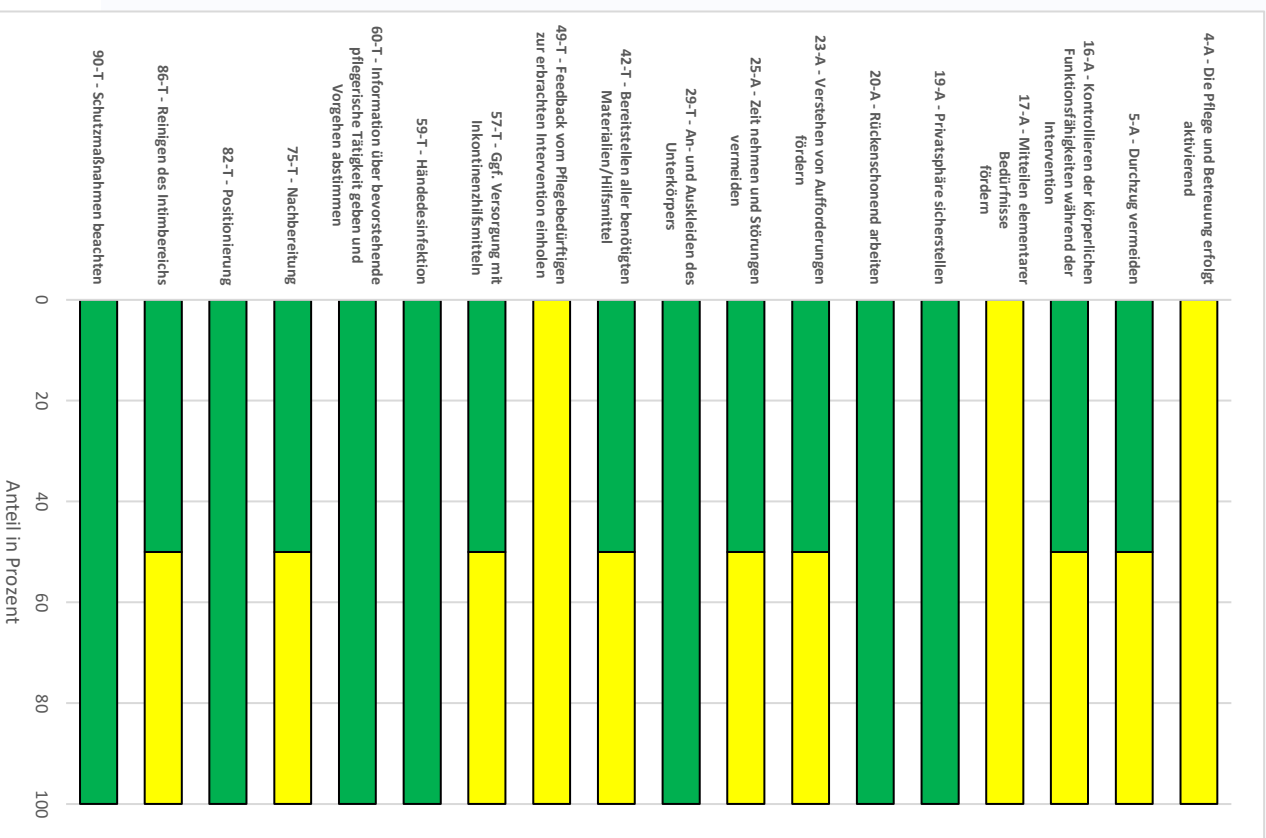
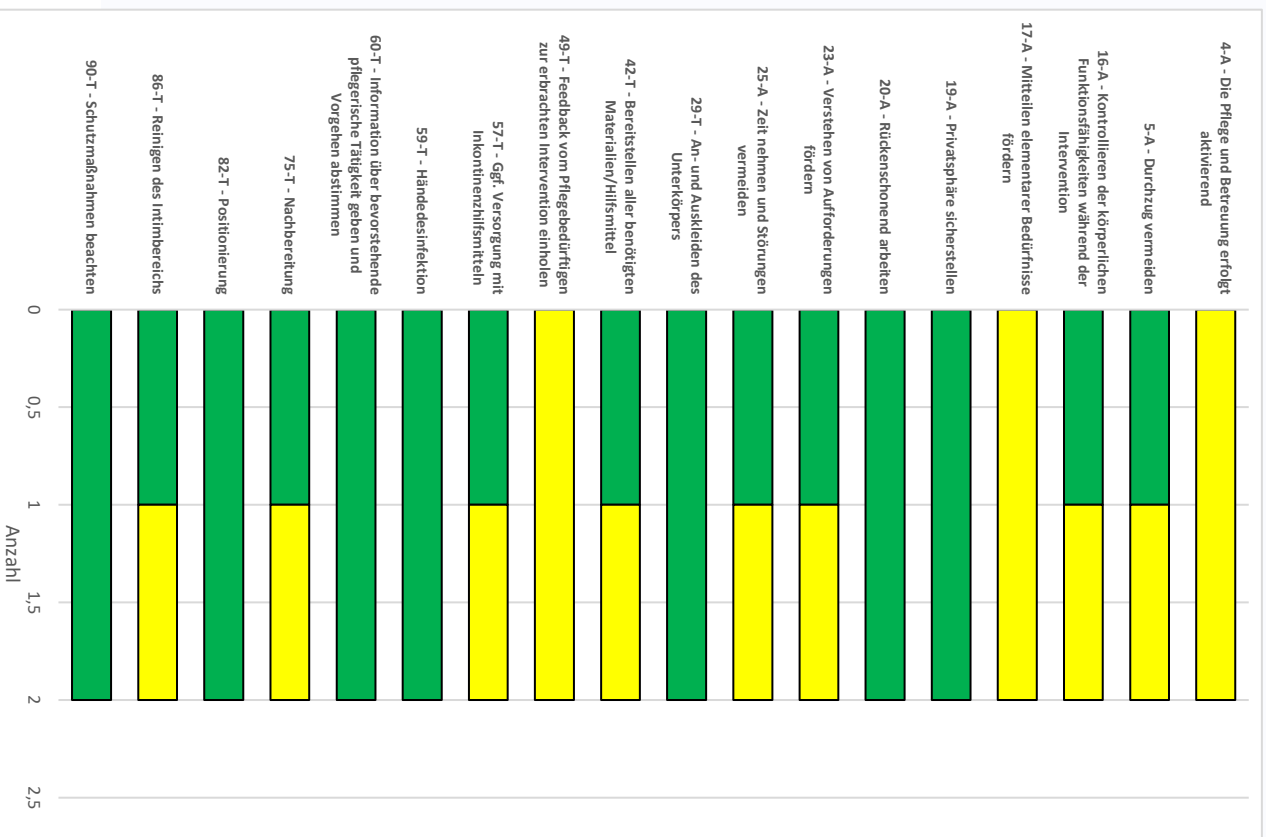
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



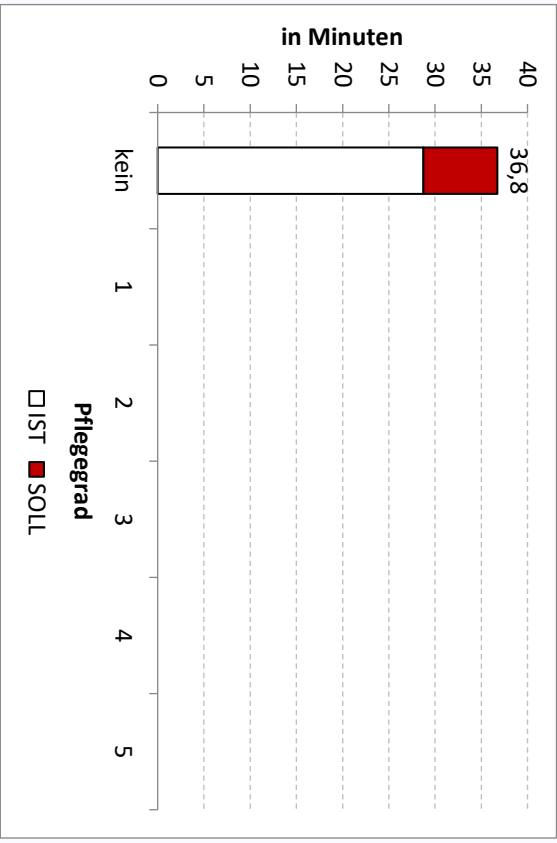
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



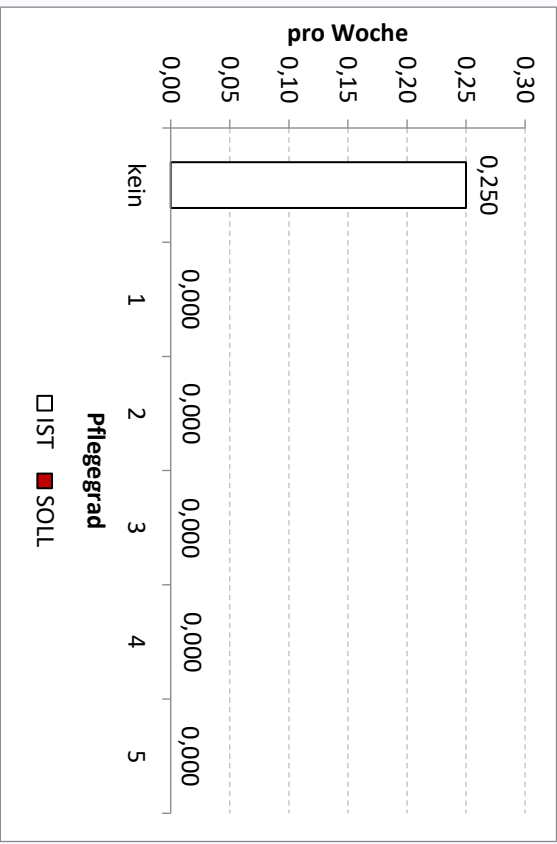
Absolute und relative Teilschrittbewertung



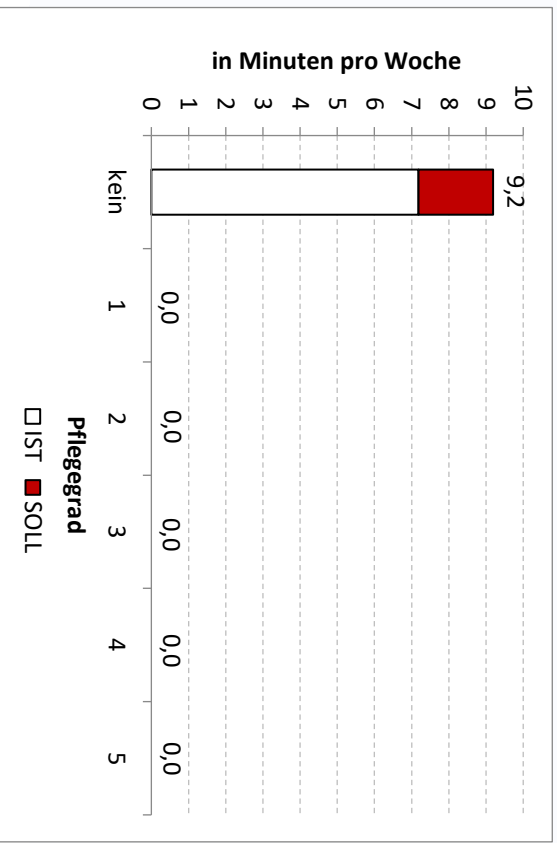
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



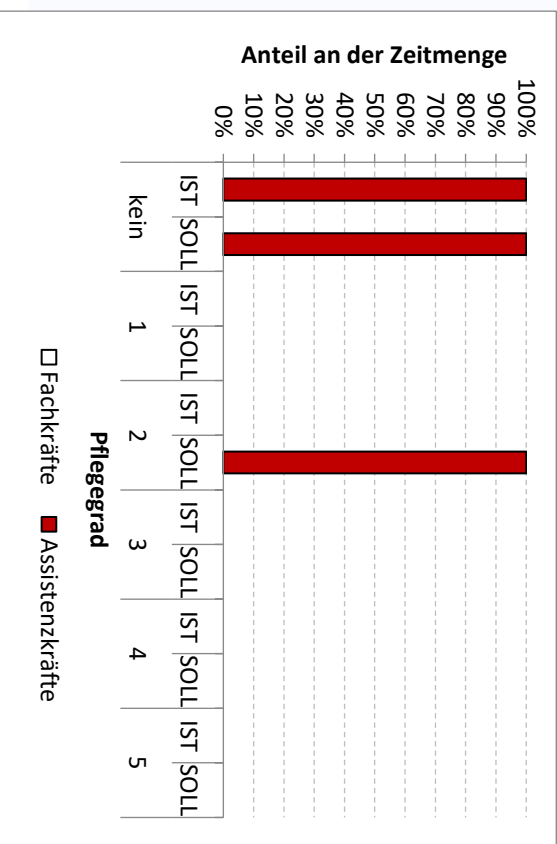
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



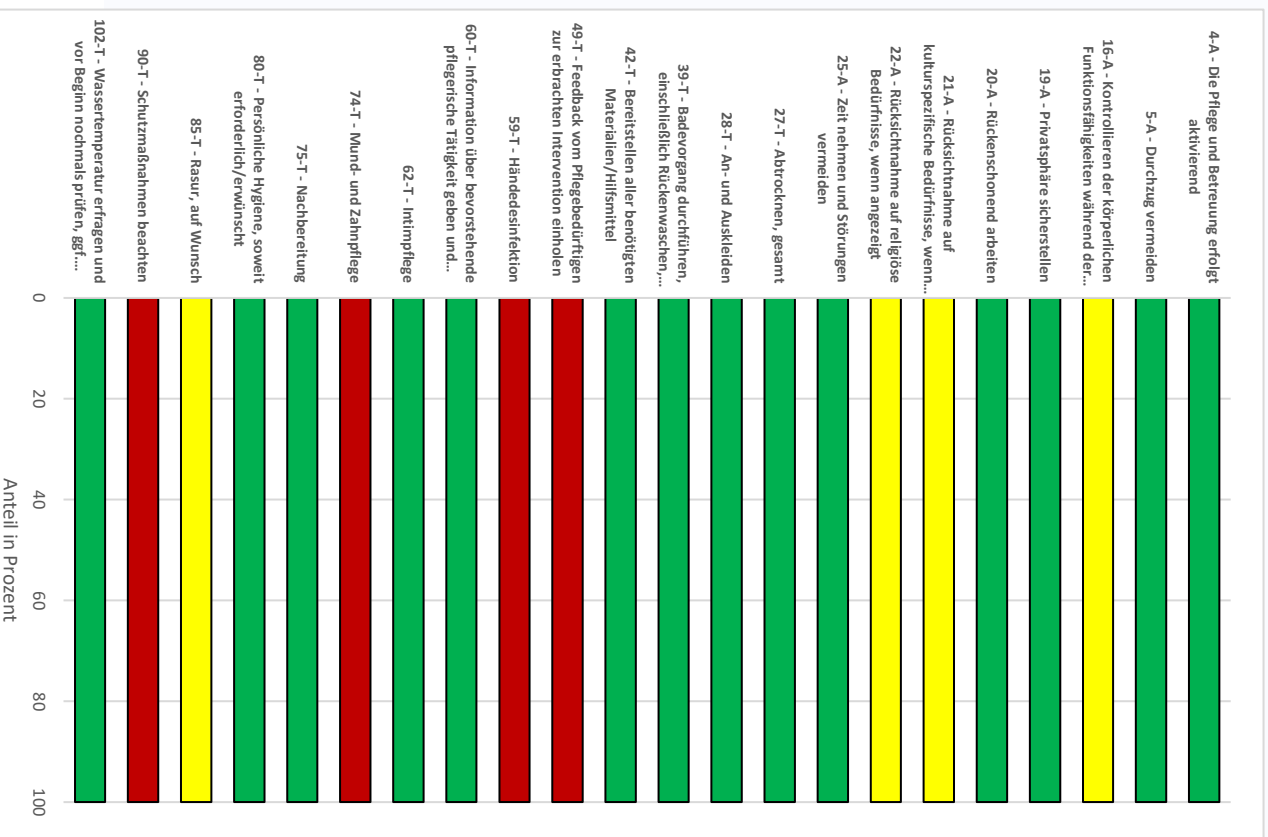
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



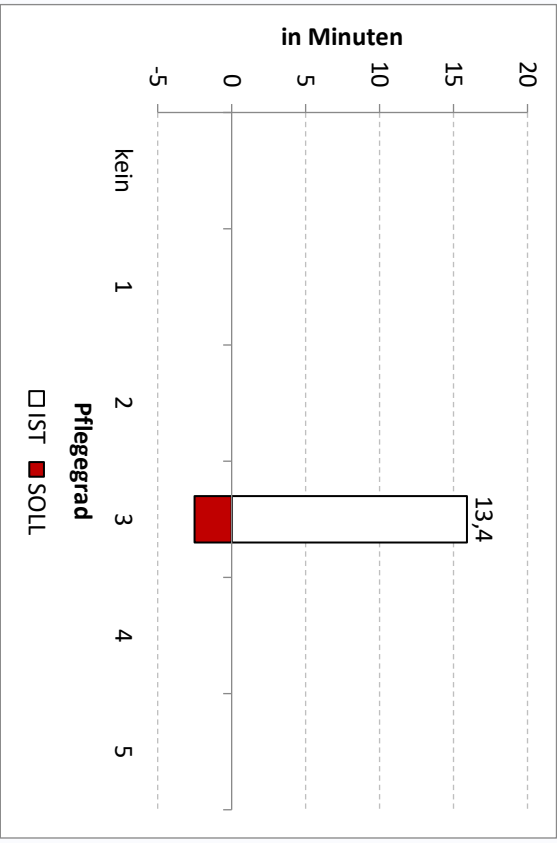
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



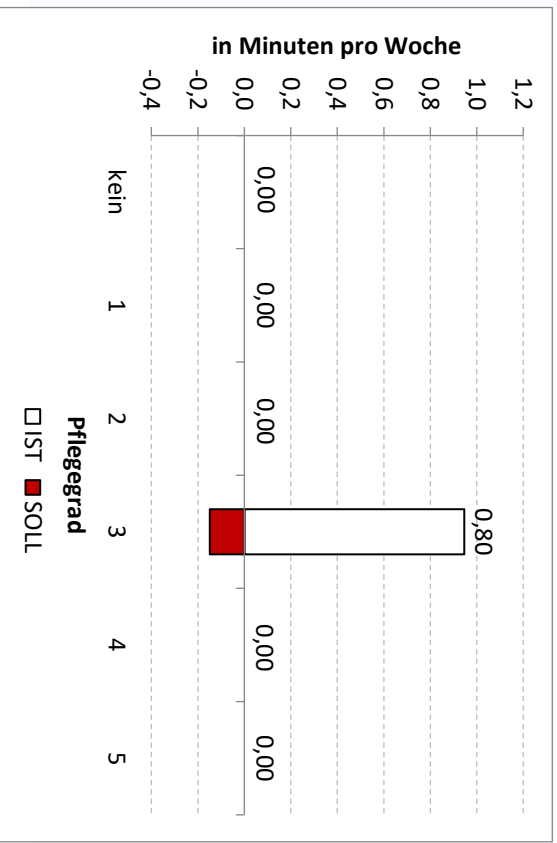
Absolute und relative Teilschrittbewertung



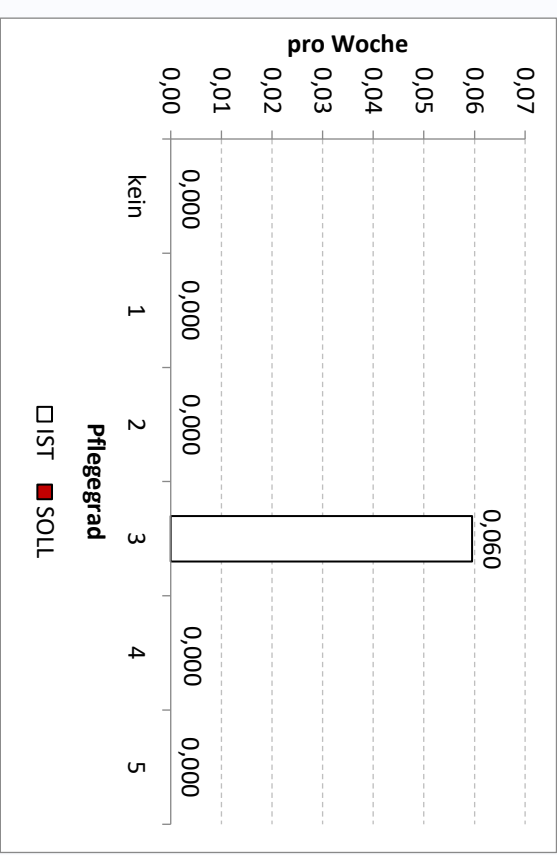
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



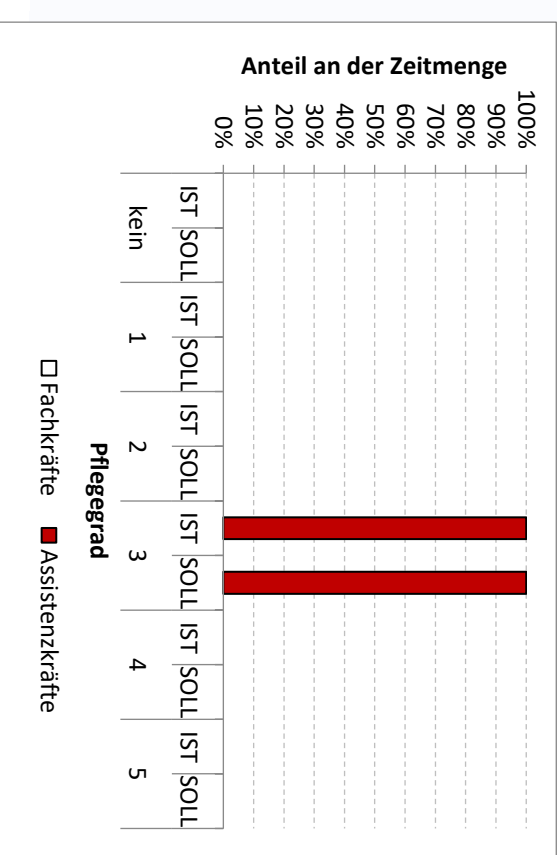
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



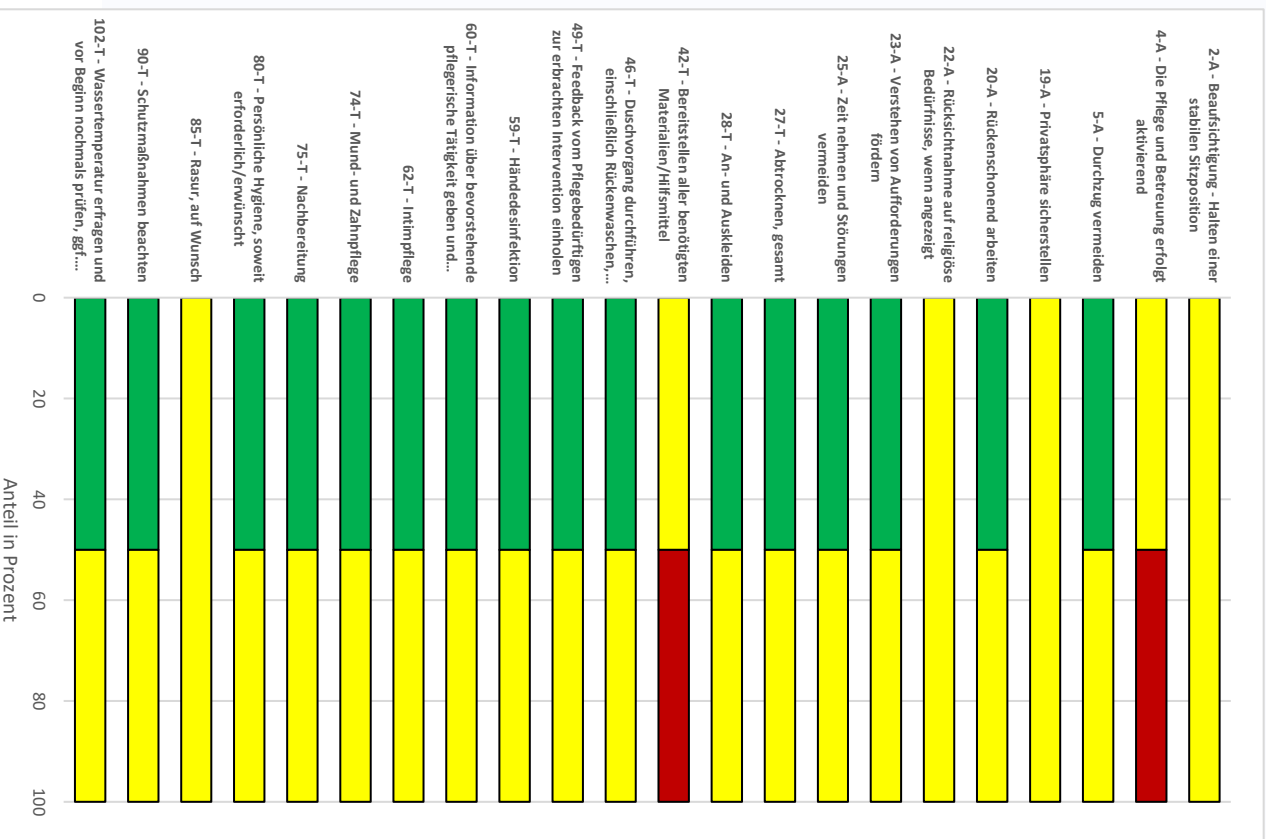
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



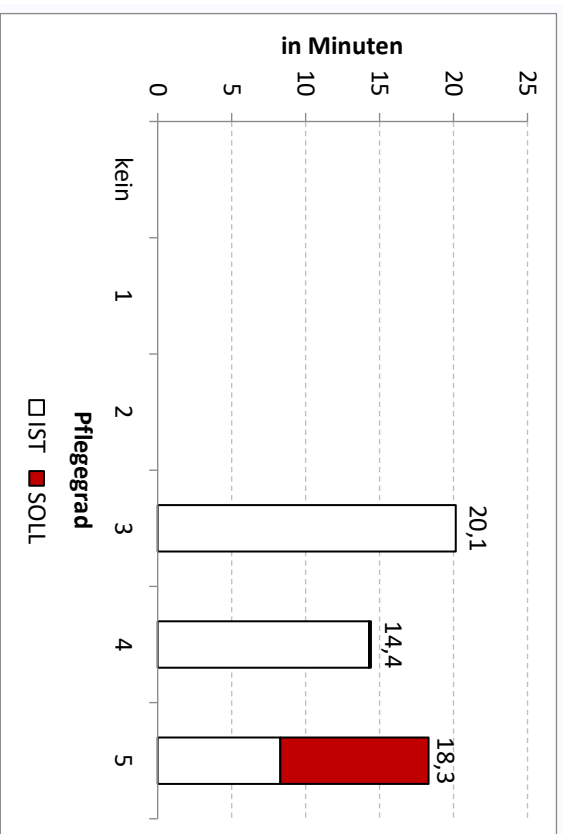
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



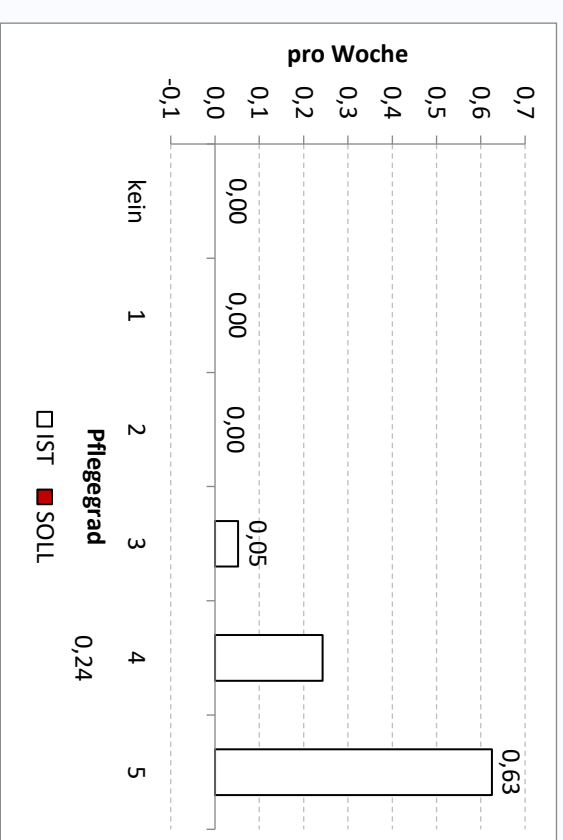
Absolute und relative Teilschrittbewertung



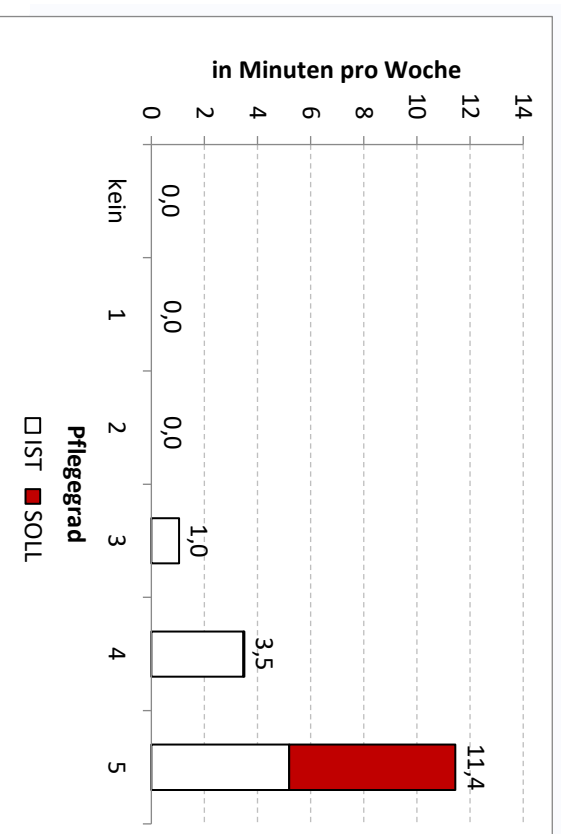
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



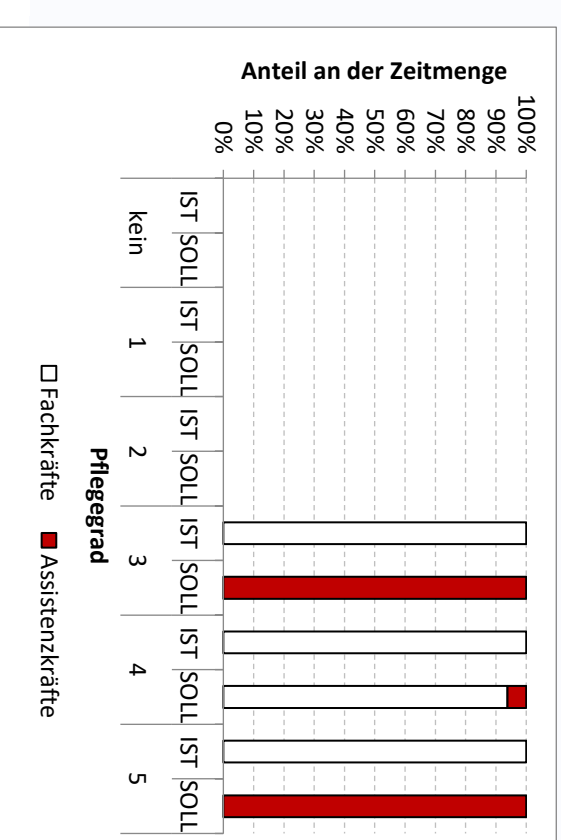
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach ...



Durchschnittliche Zeitemengen nach...



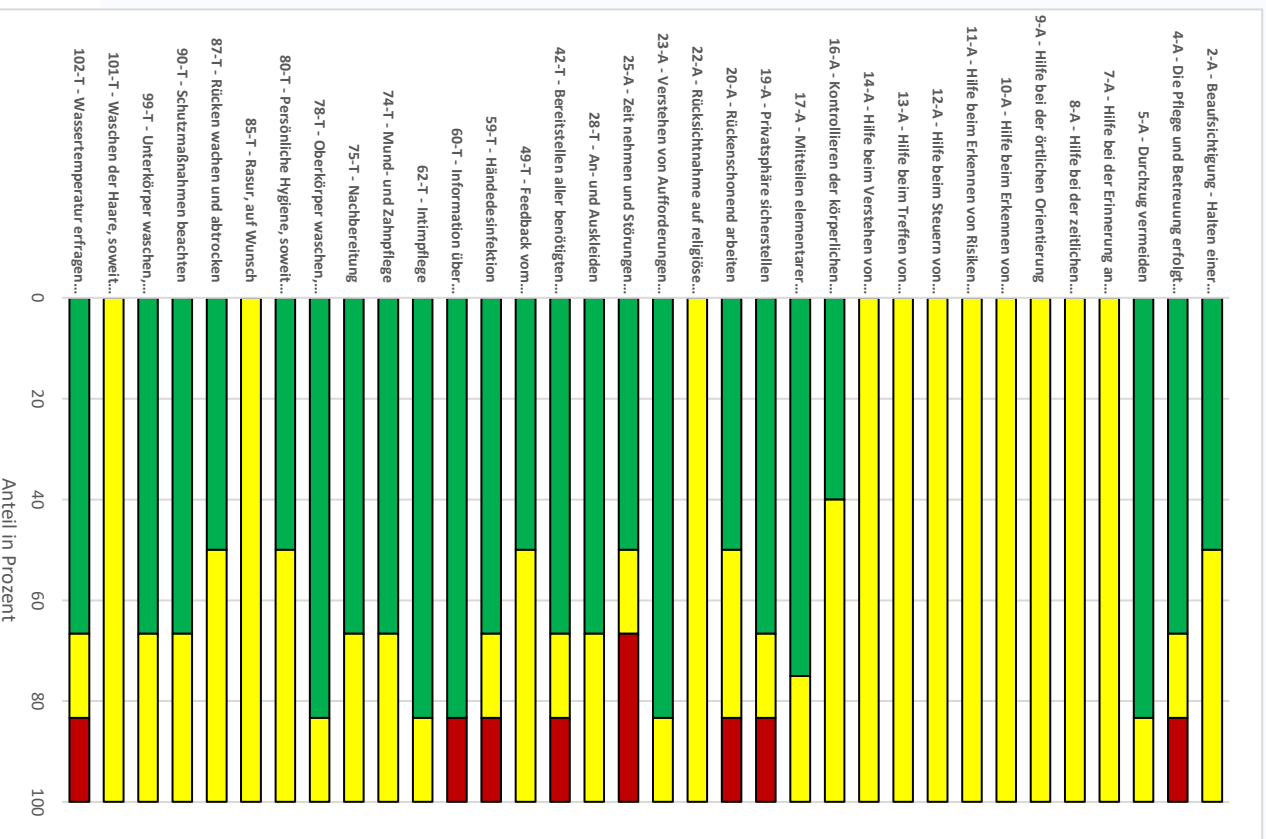
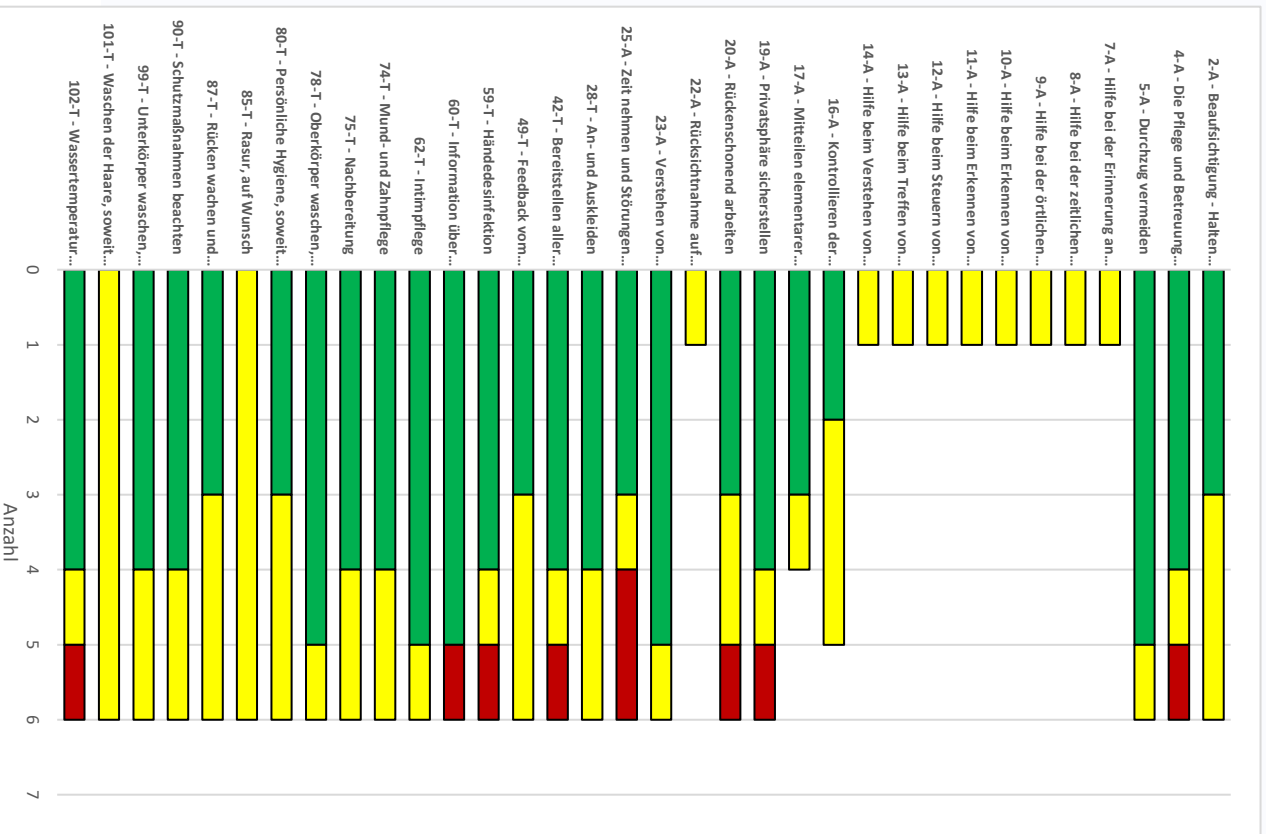
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



4.13 Körperpflege: Waschen am Waschbecken

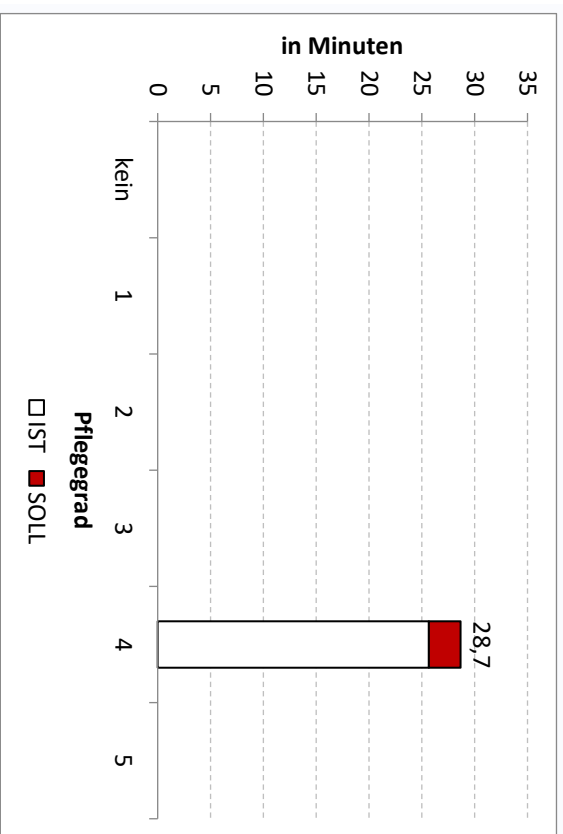
4.13 Körperpflege: Waschen am Waschbecken

Absolute und relative Teilschrittbewertung

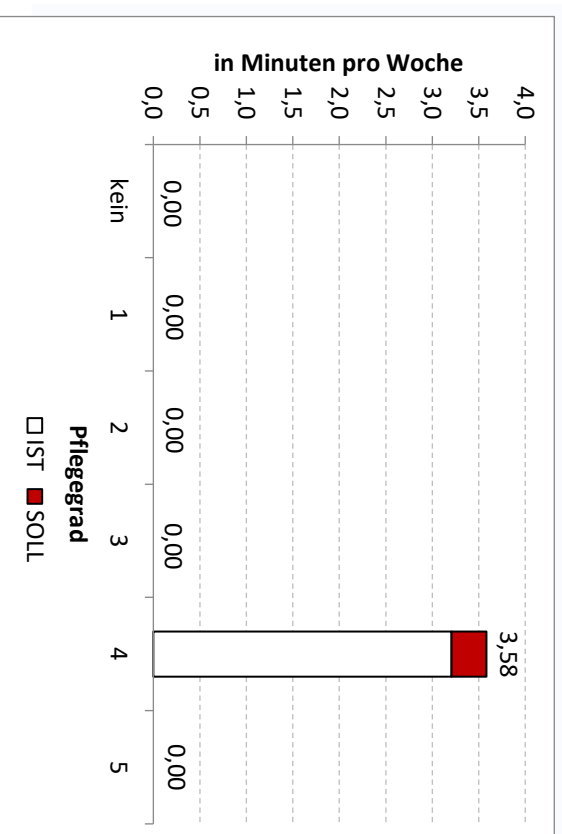


4.14 Körperpflege: Waschen im Bett

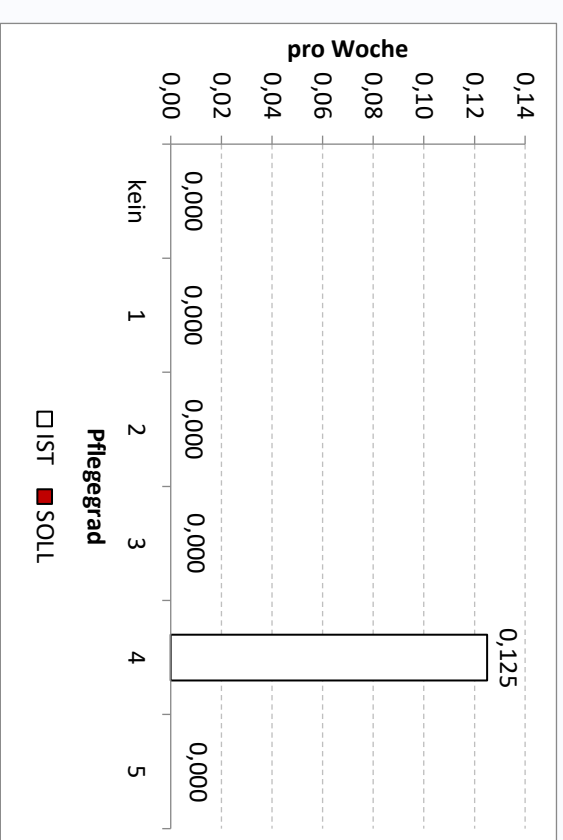
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



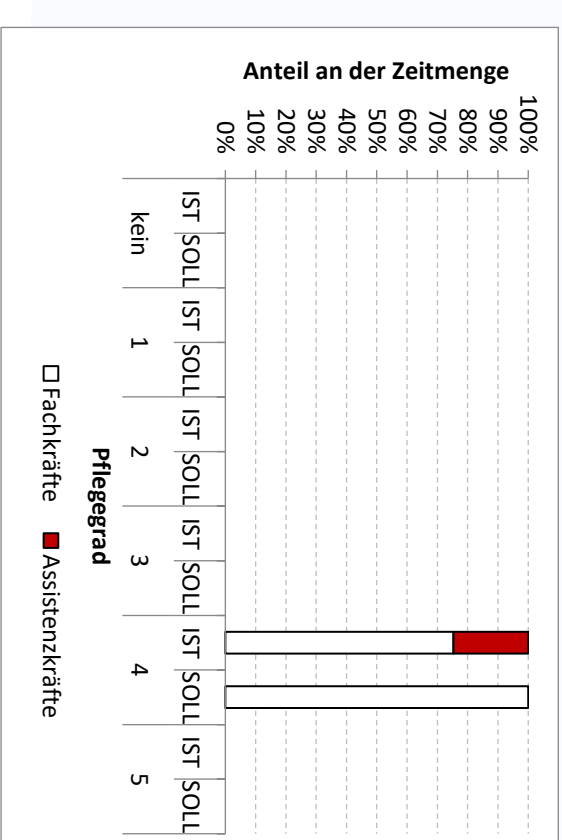
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



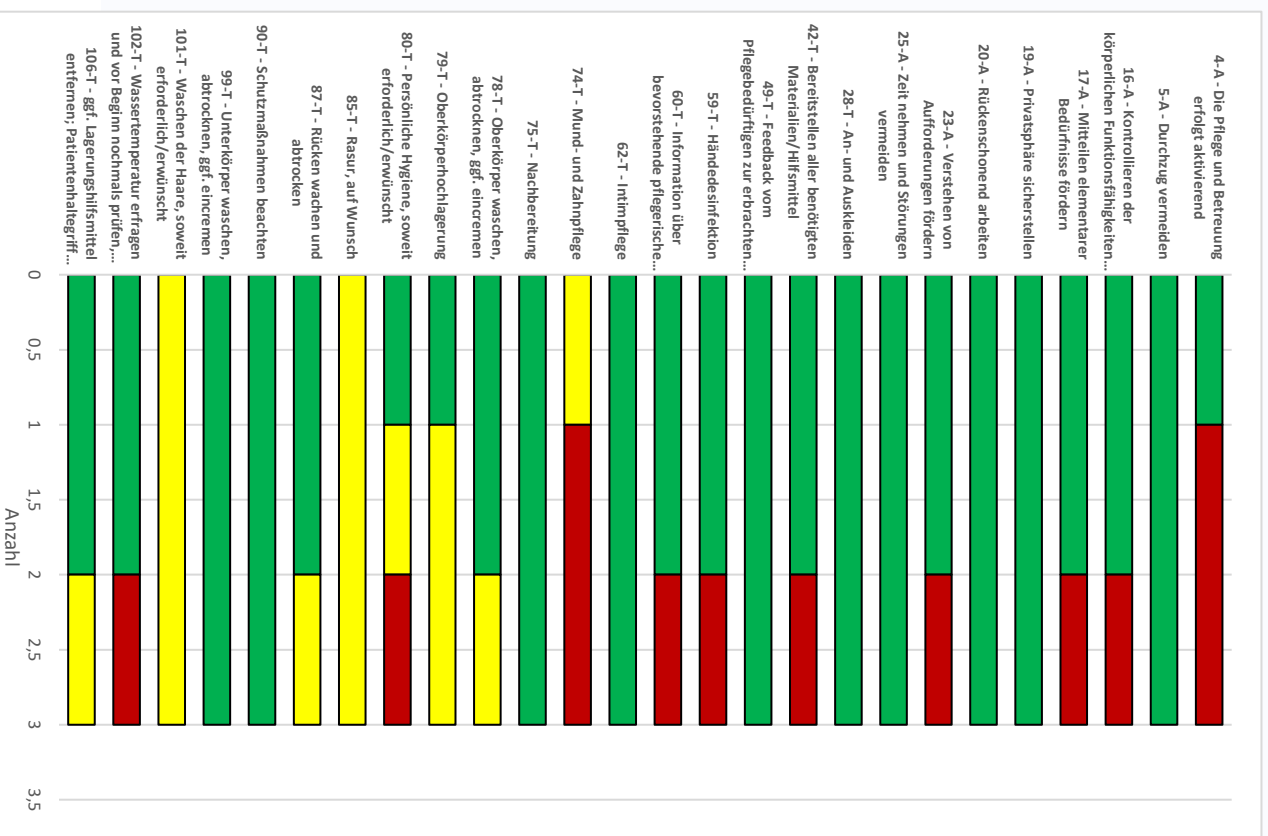
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



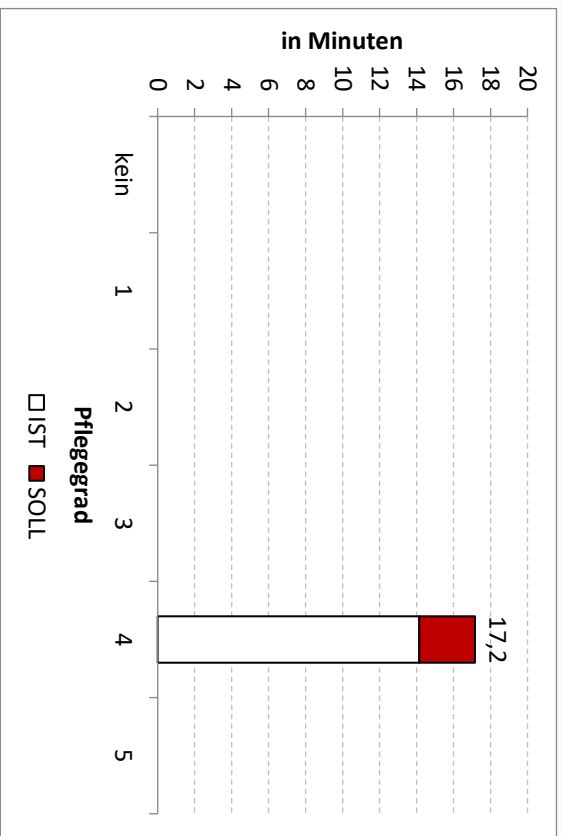
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



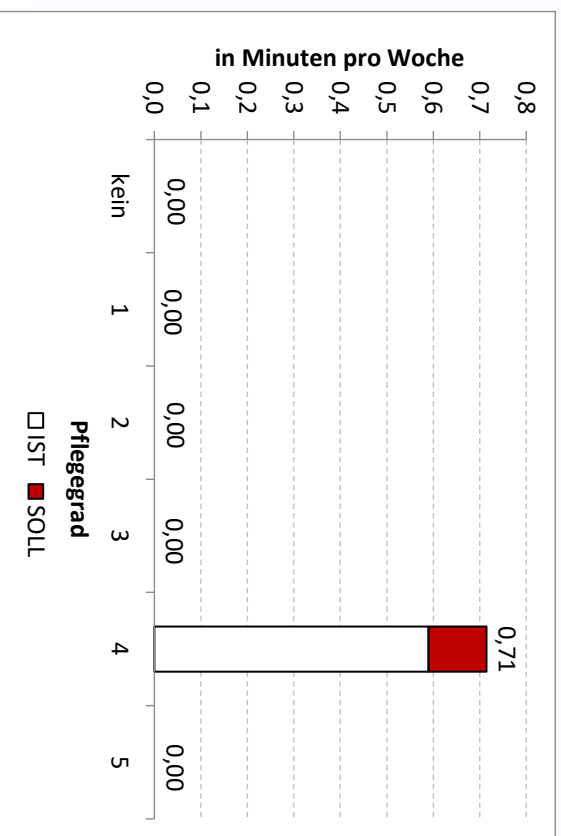
Absolute und relative Teilschrittbewertung



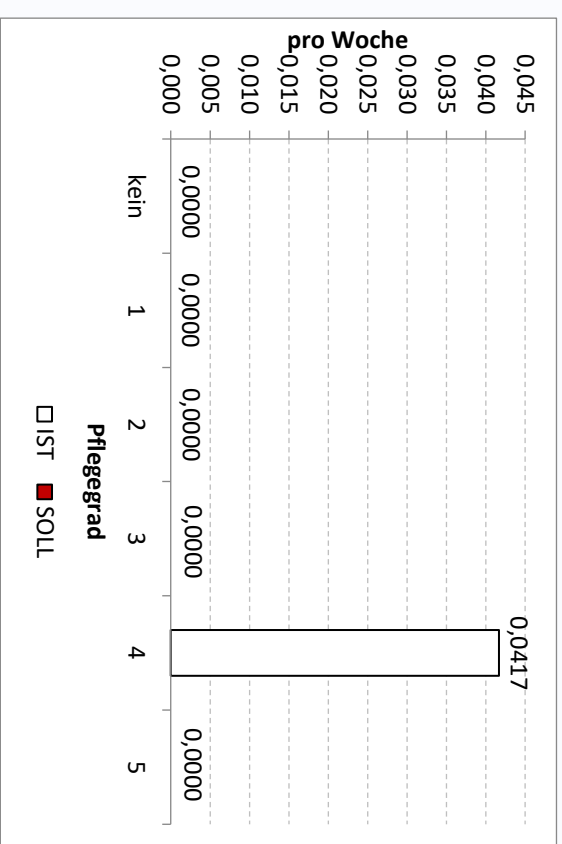
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



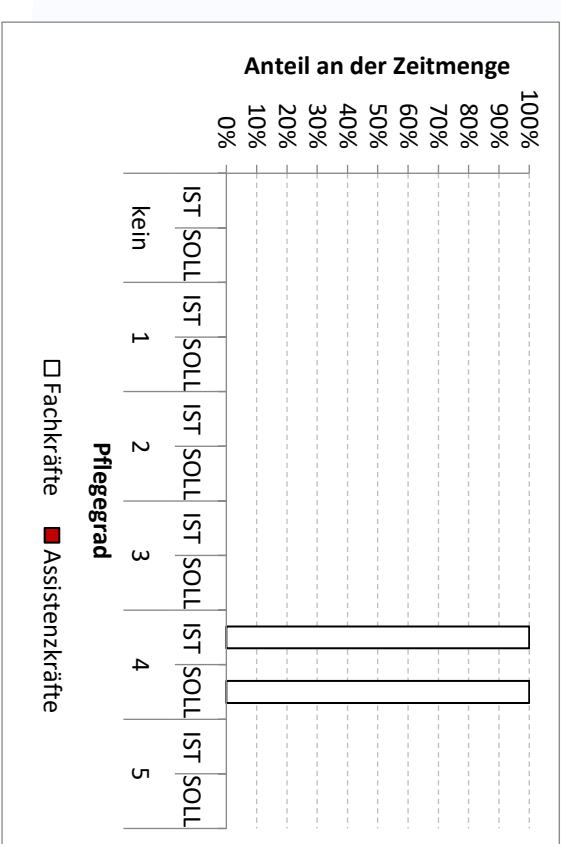
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



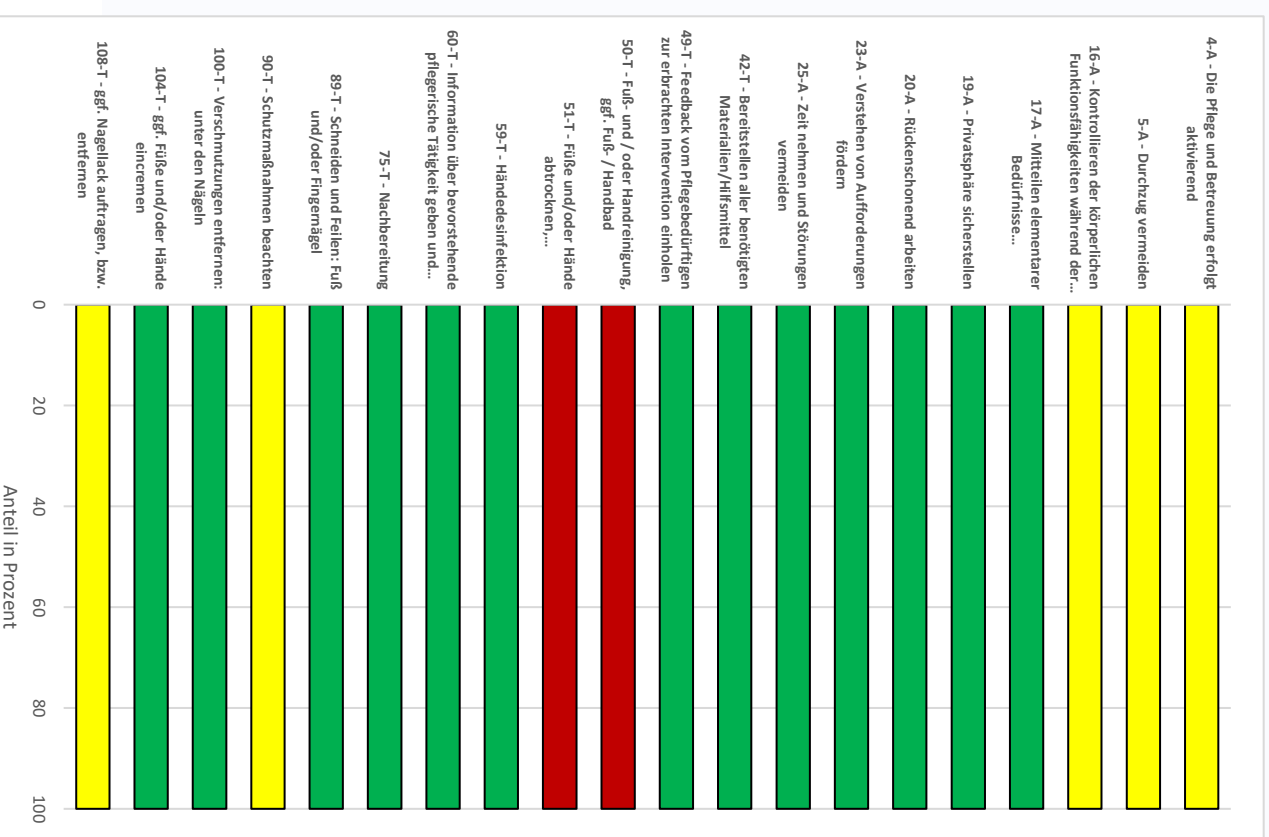
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach ...



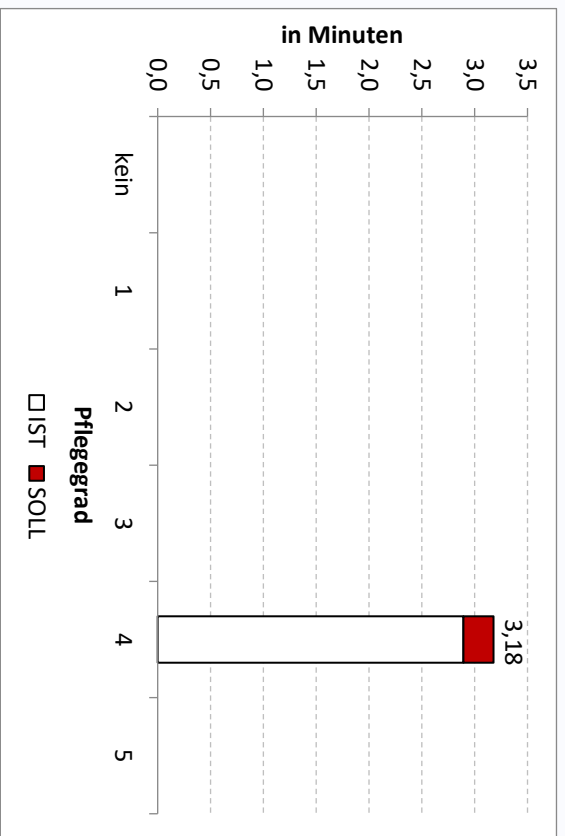
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



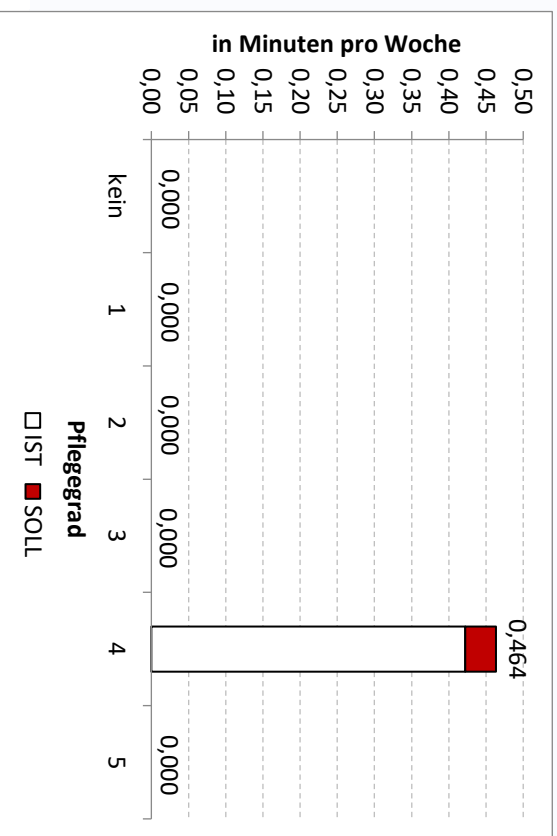
Absolute und relative Teilschrittbewertung



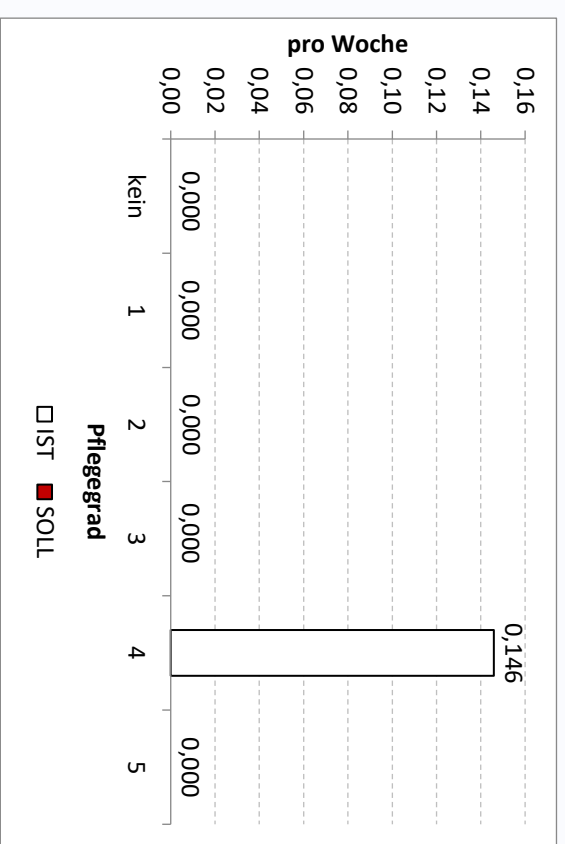
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



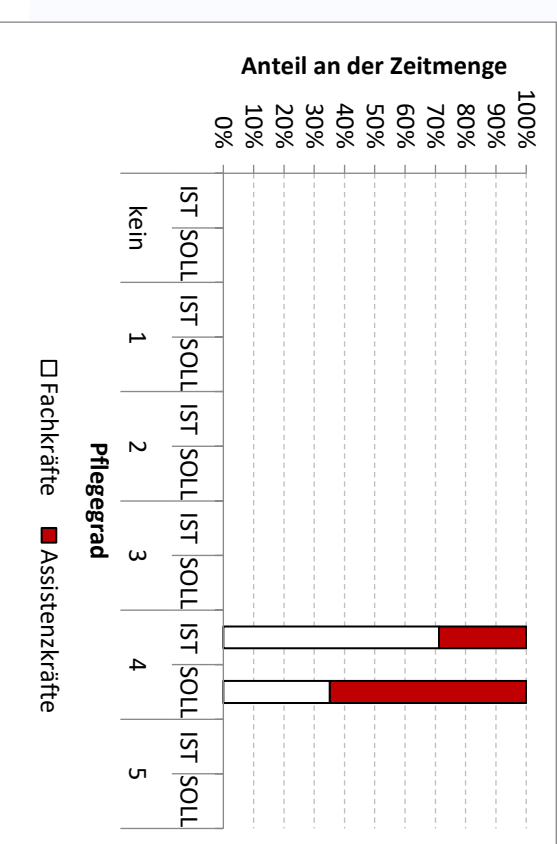
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



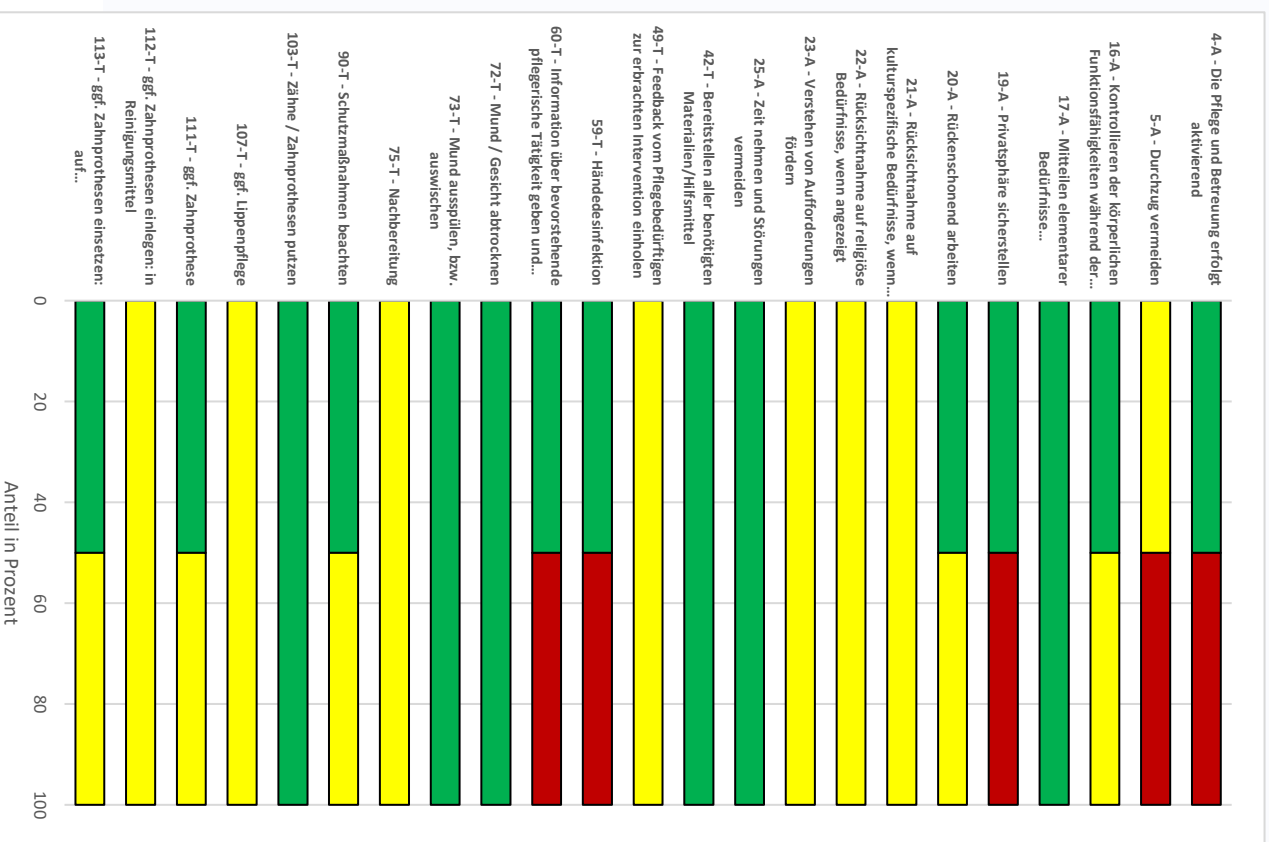
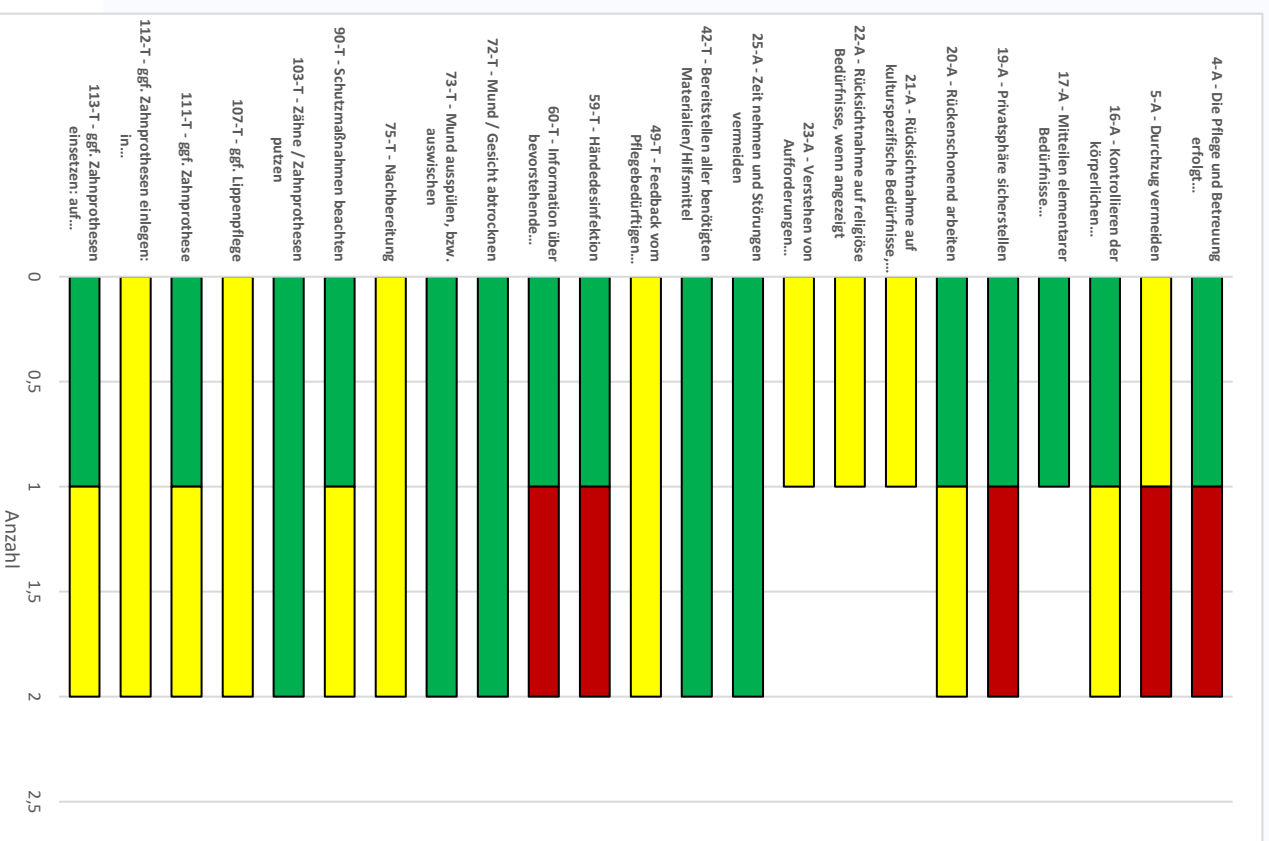
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)

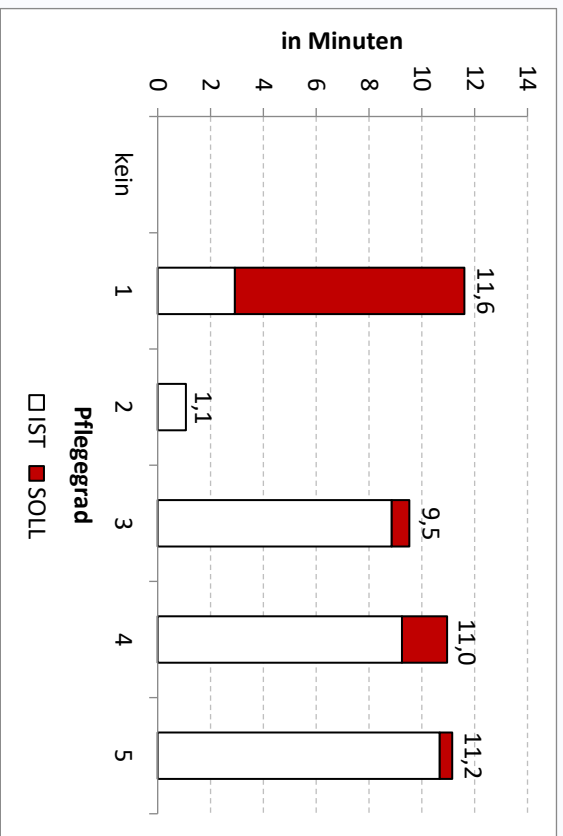


Absolute und relative Teilschrittbewertung

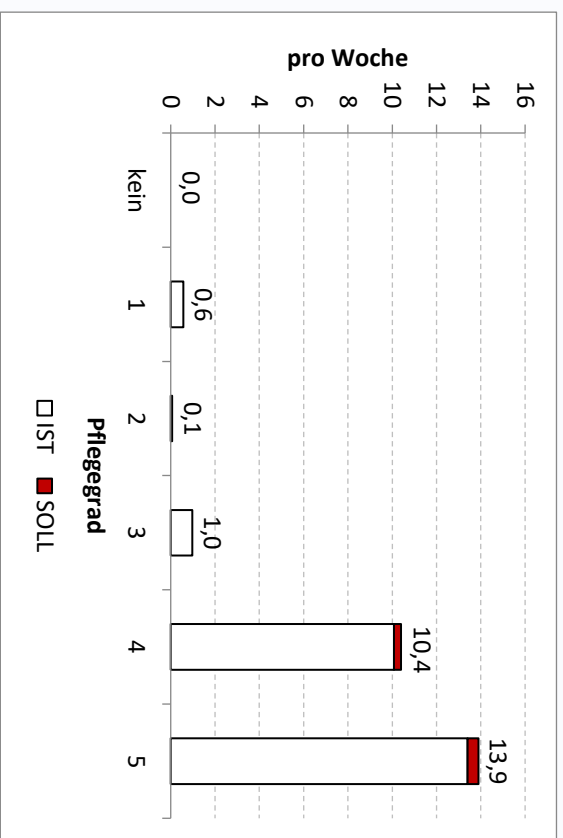


4.17 Nahrungsaufnahme: Durchführung

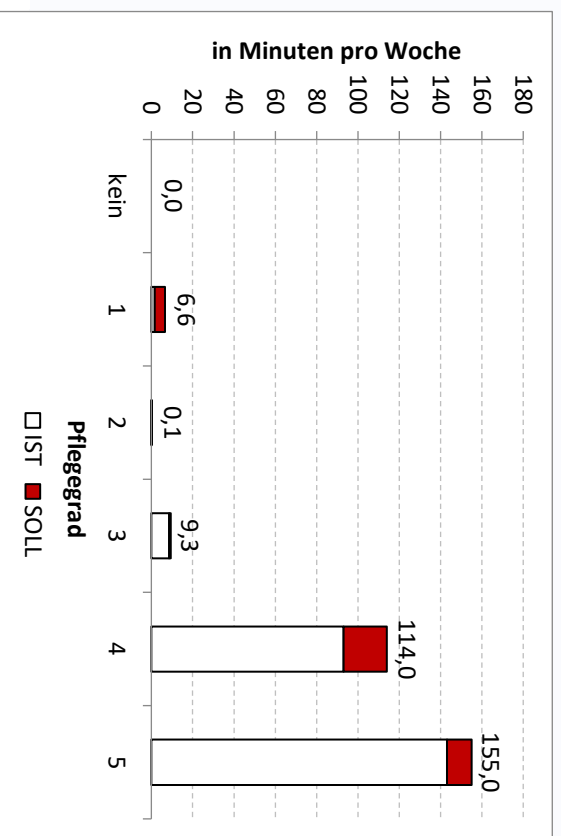
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



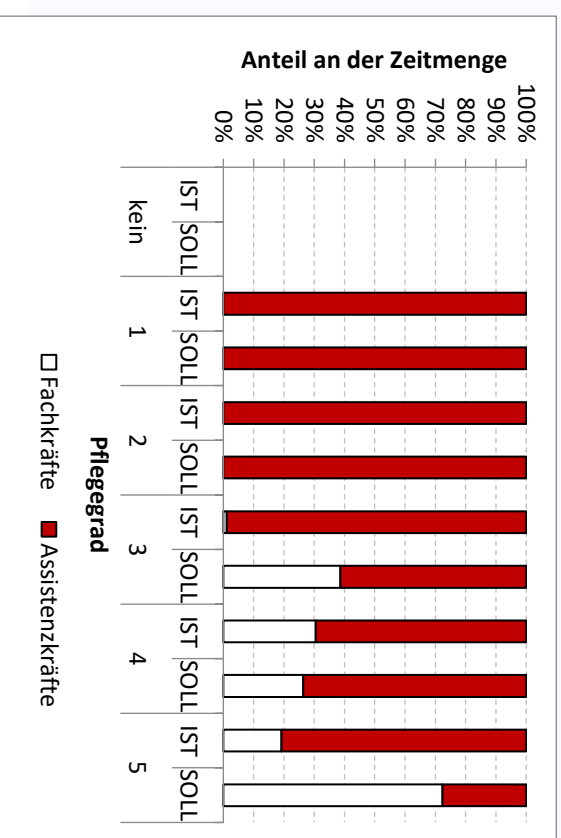
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



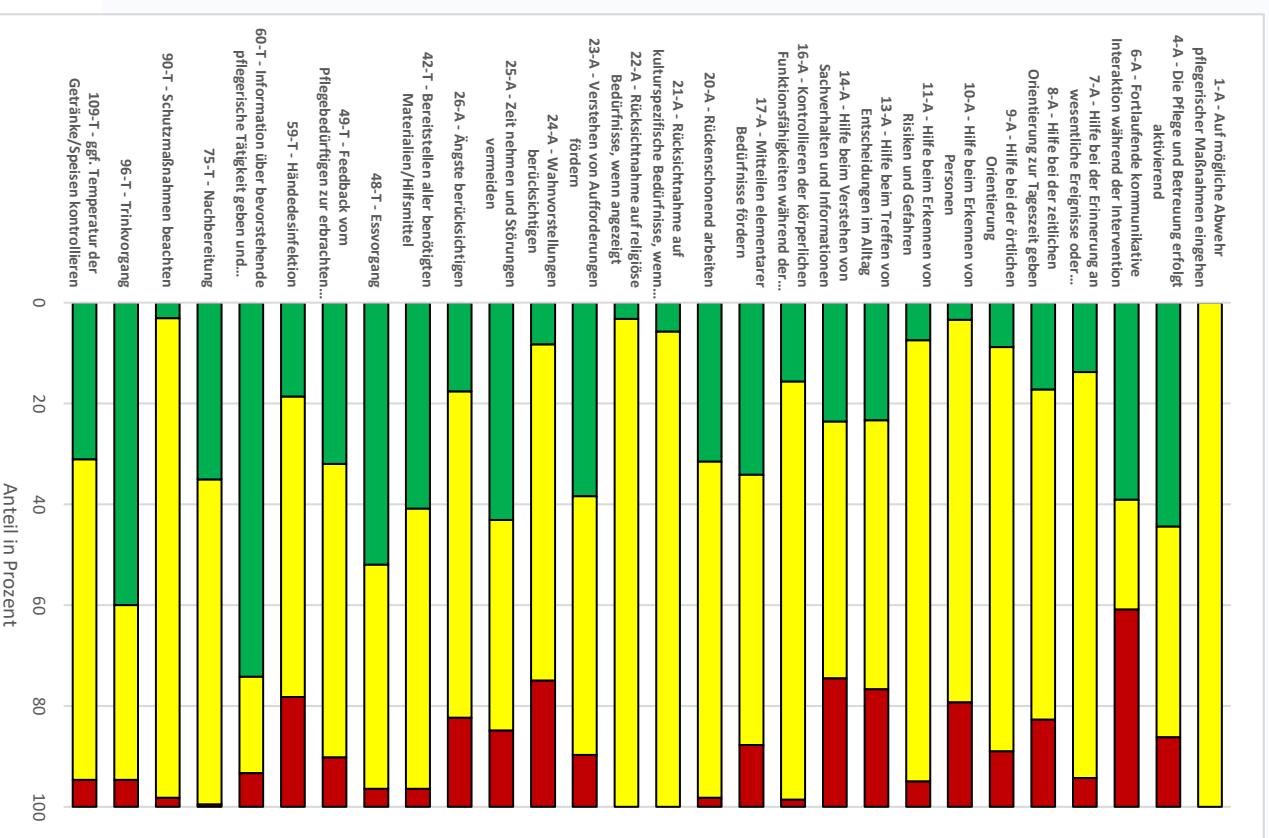
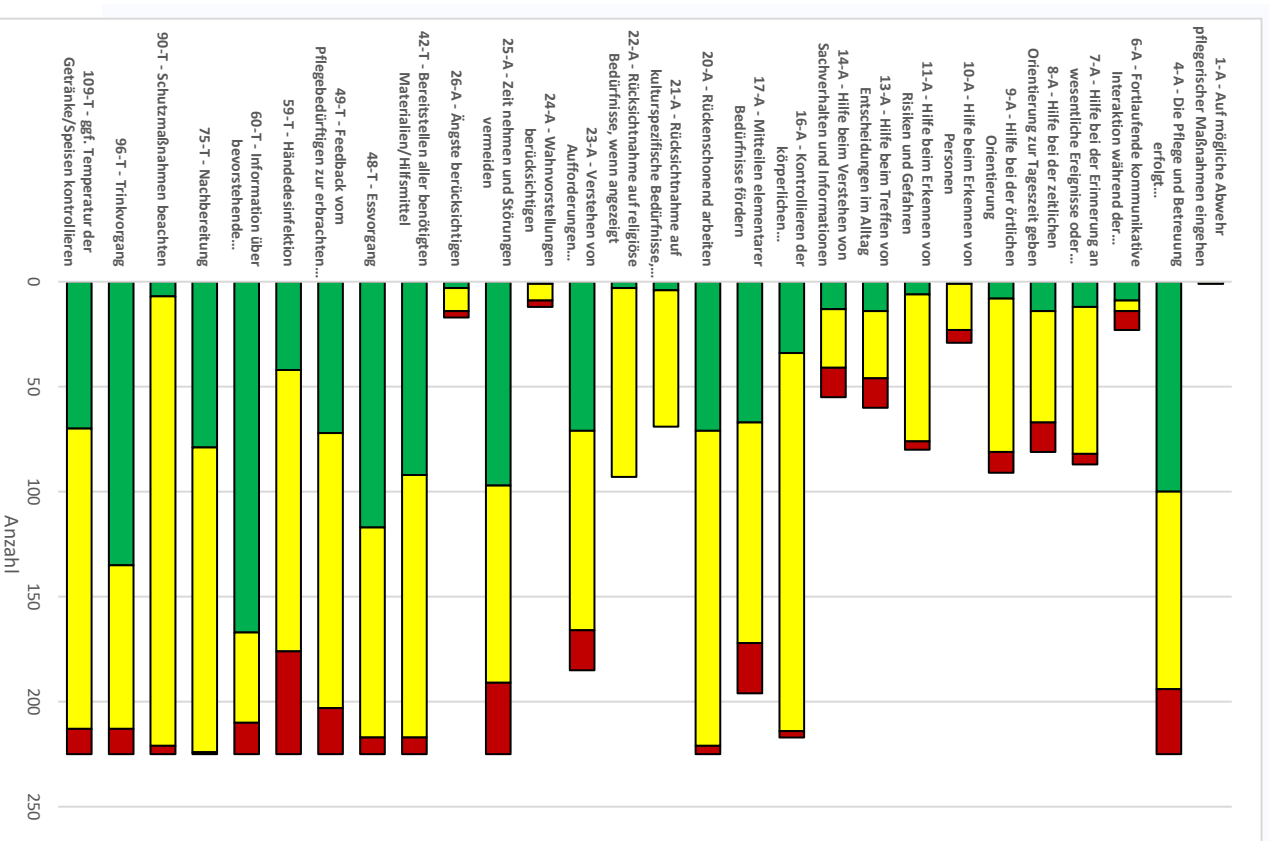
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)

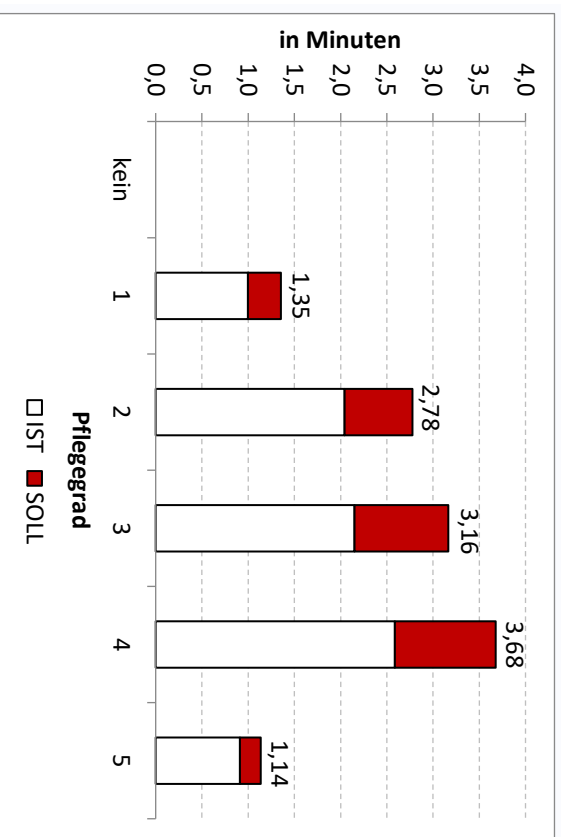


Absolute und relative Teilschrittbewertung

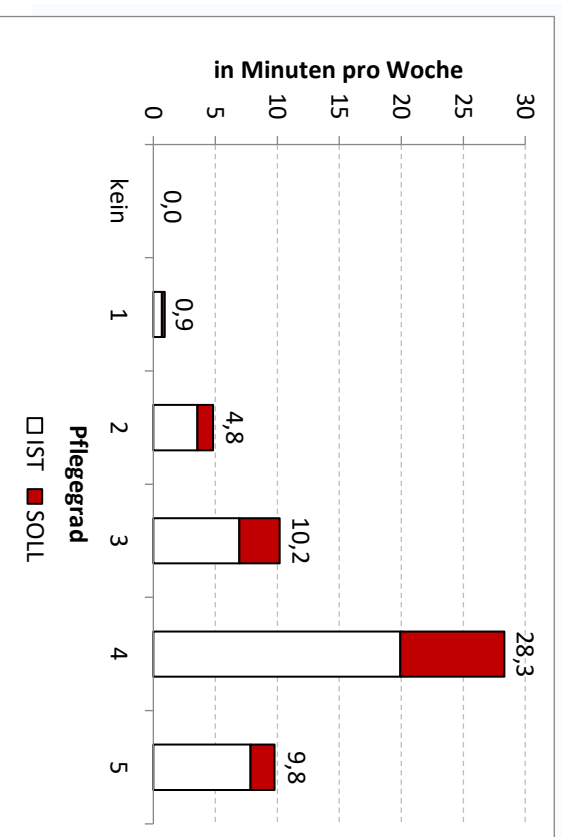


4.18 Nahrungsaufnahme: Vorbereitung

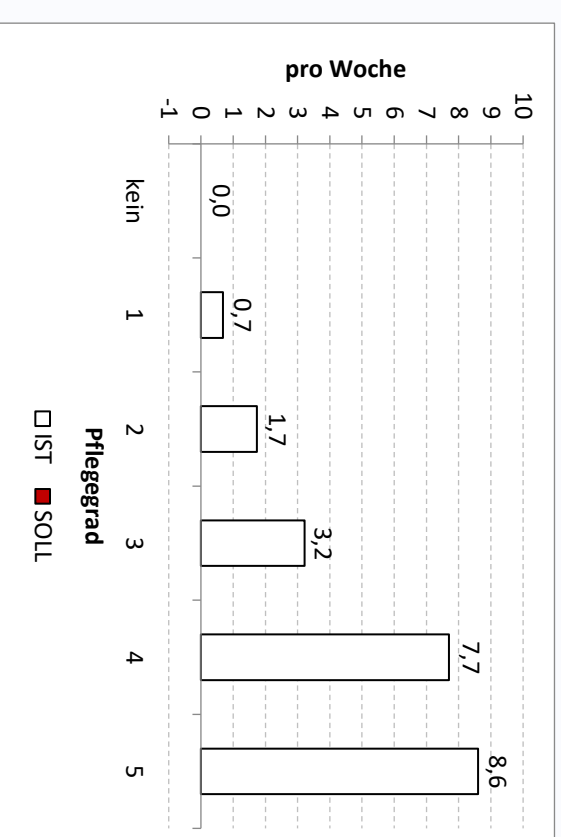
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



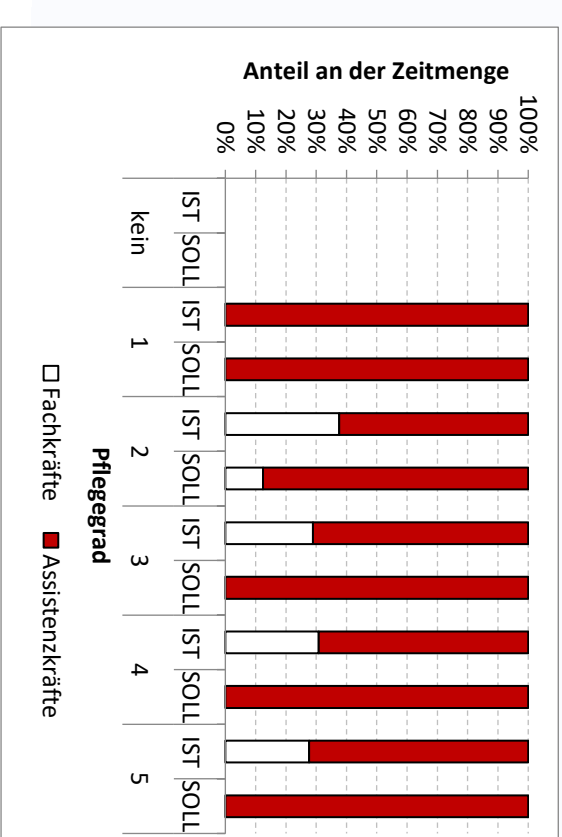
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...

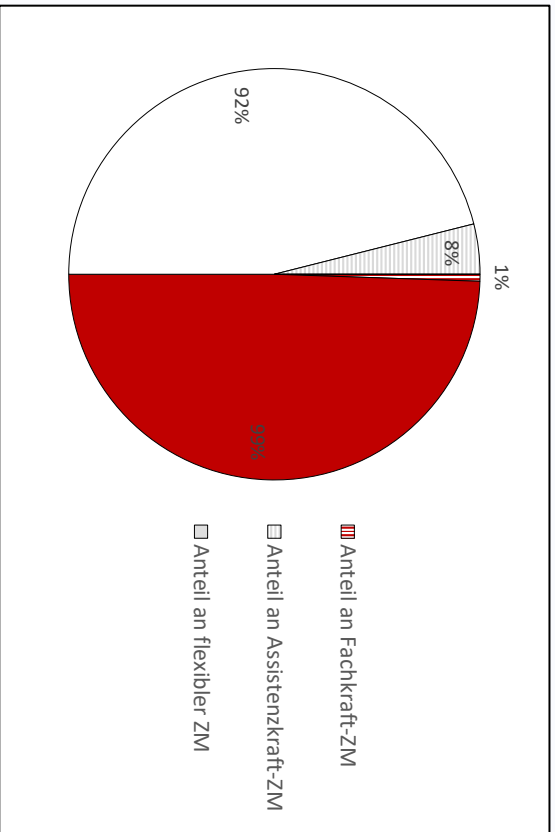


Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)

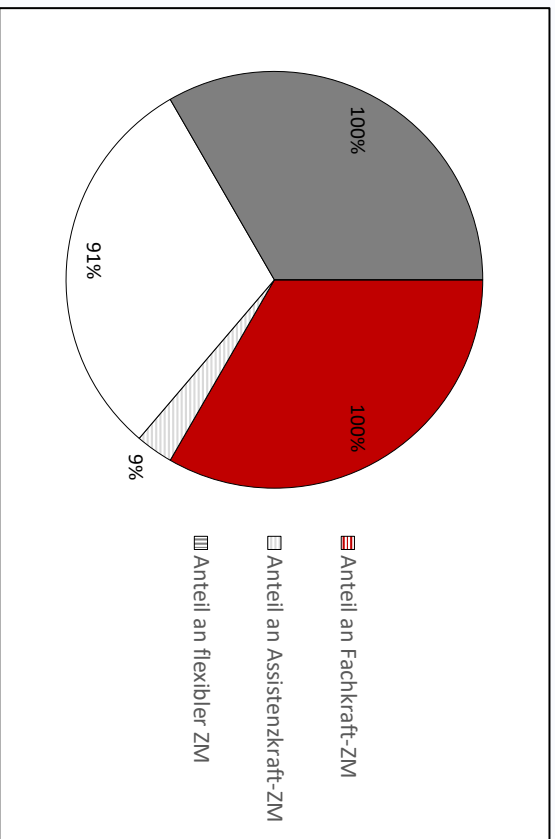


4.18 Nahrungsaufnahme: Vorbereitung

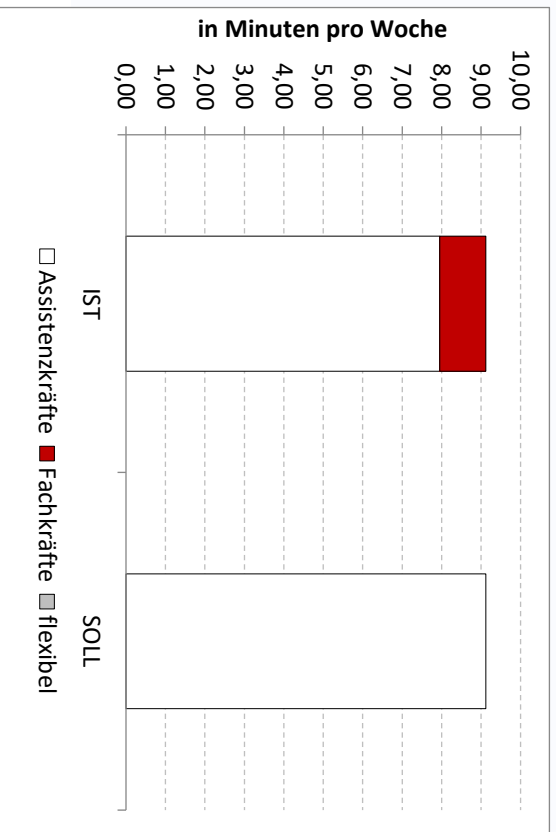
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



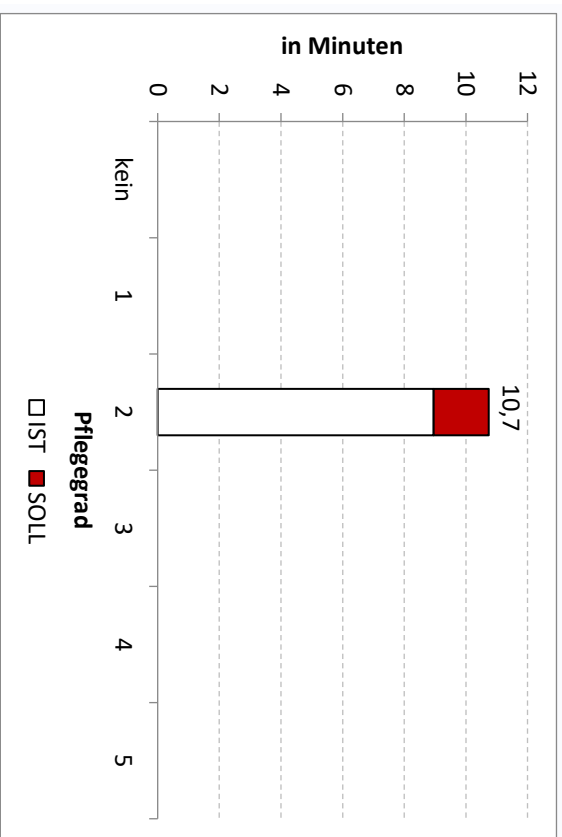
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



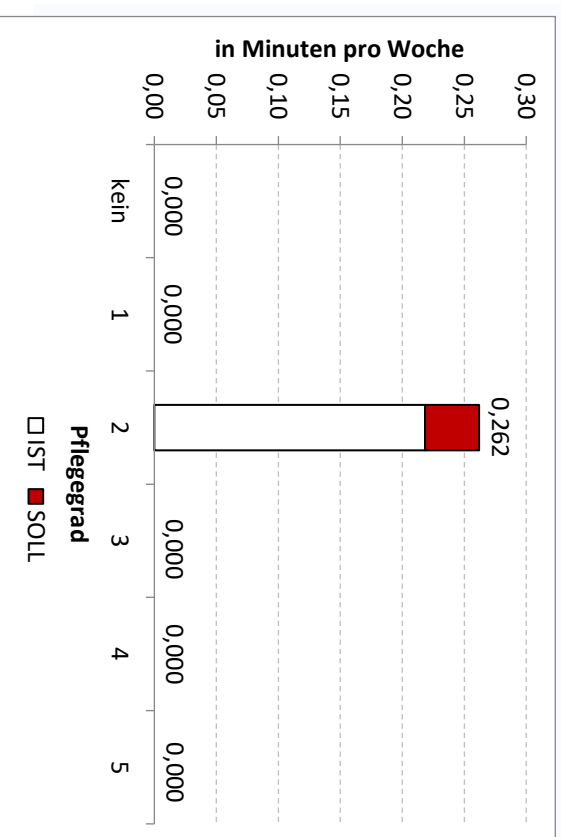
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



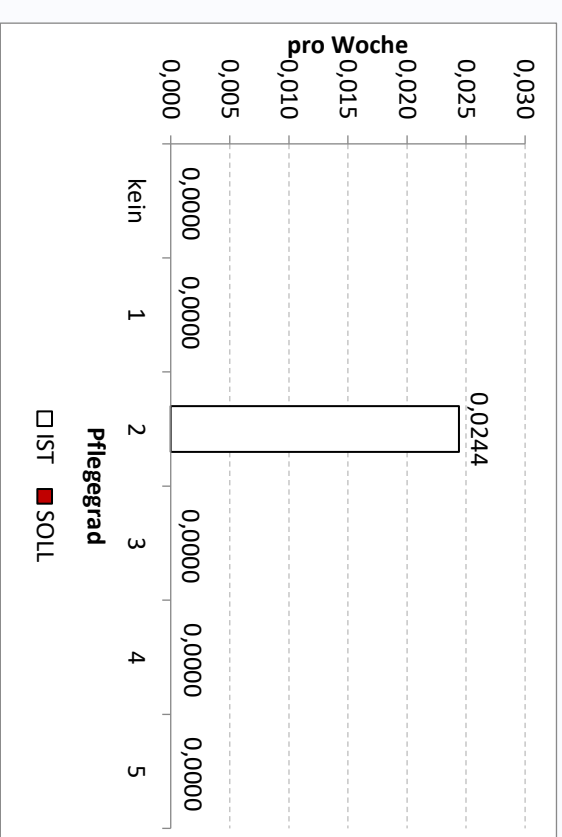
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



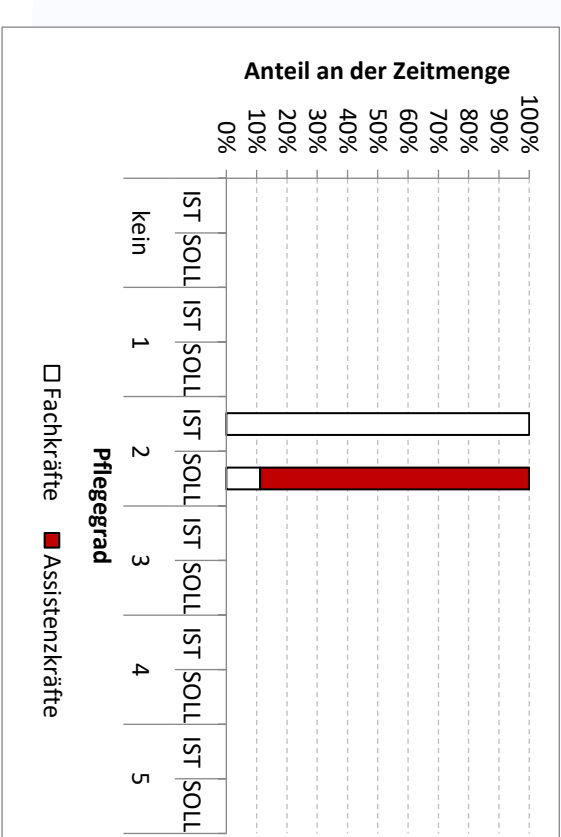
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



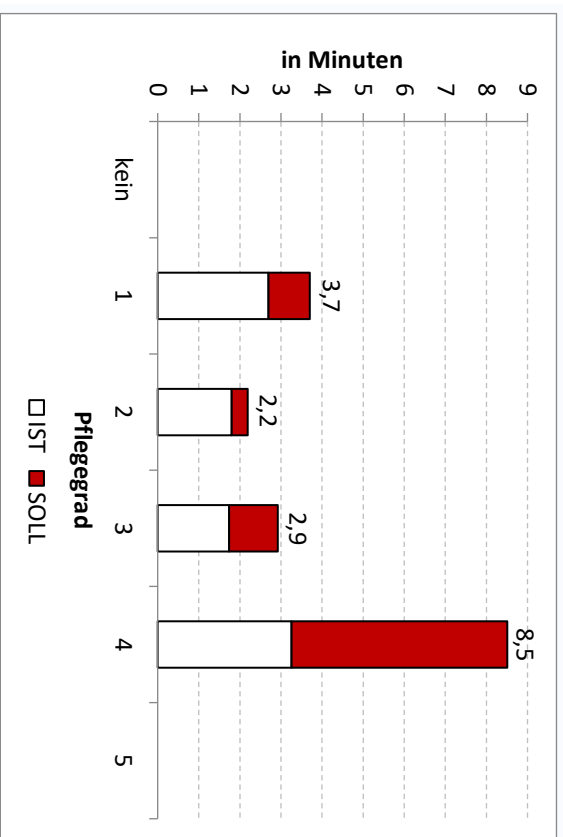
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



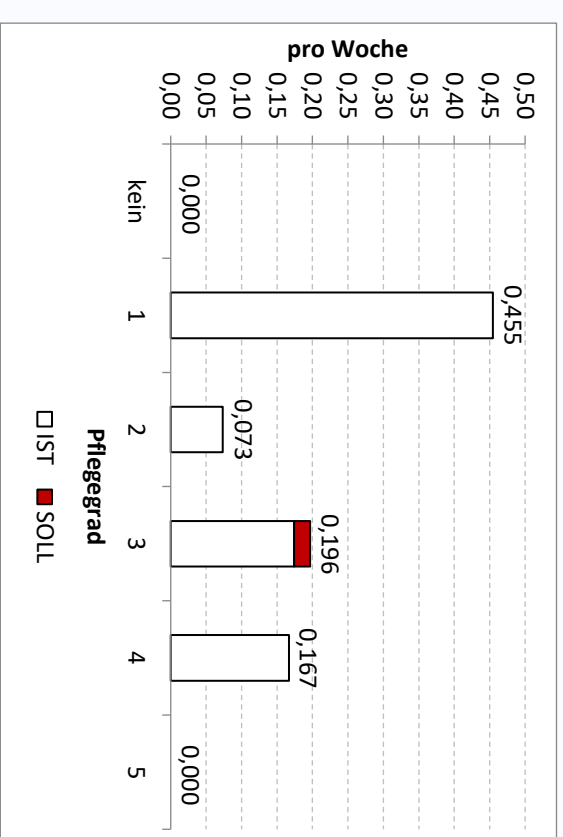
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



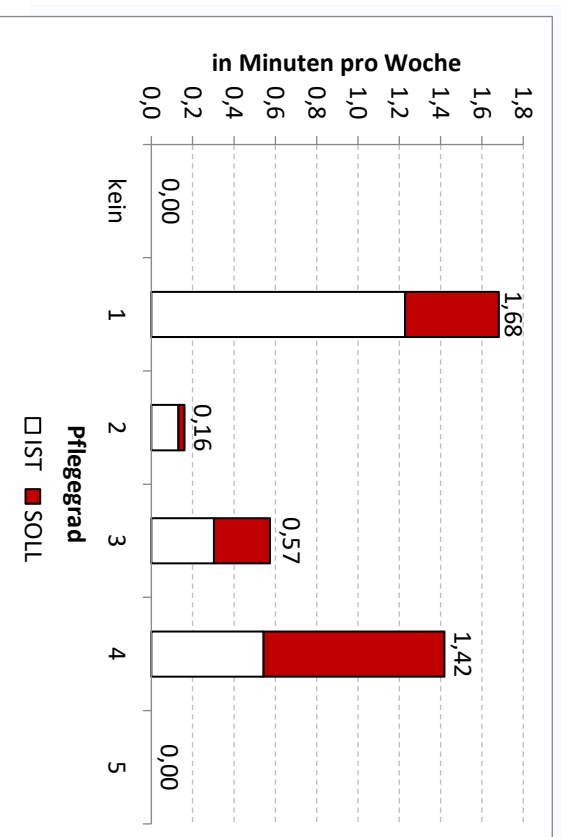
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



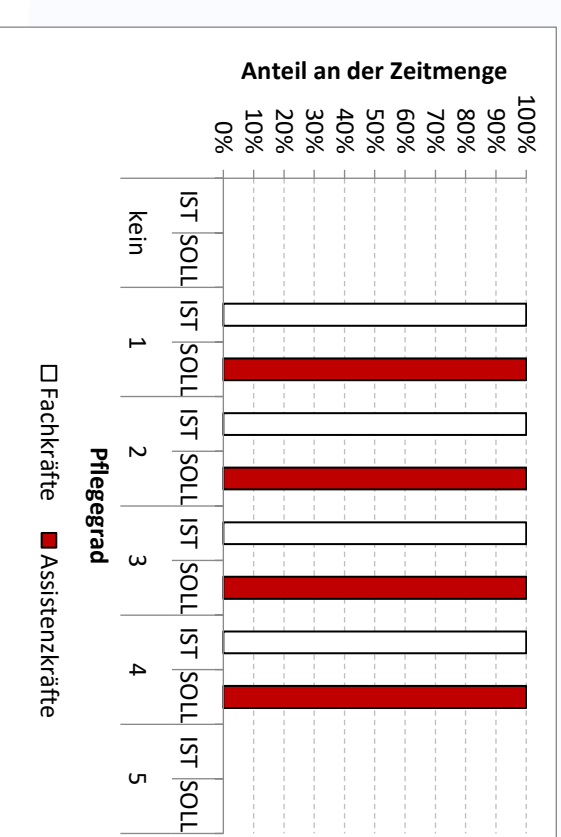
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



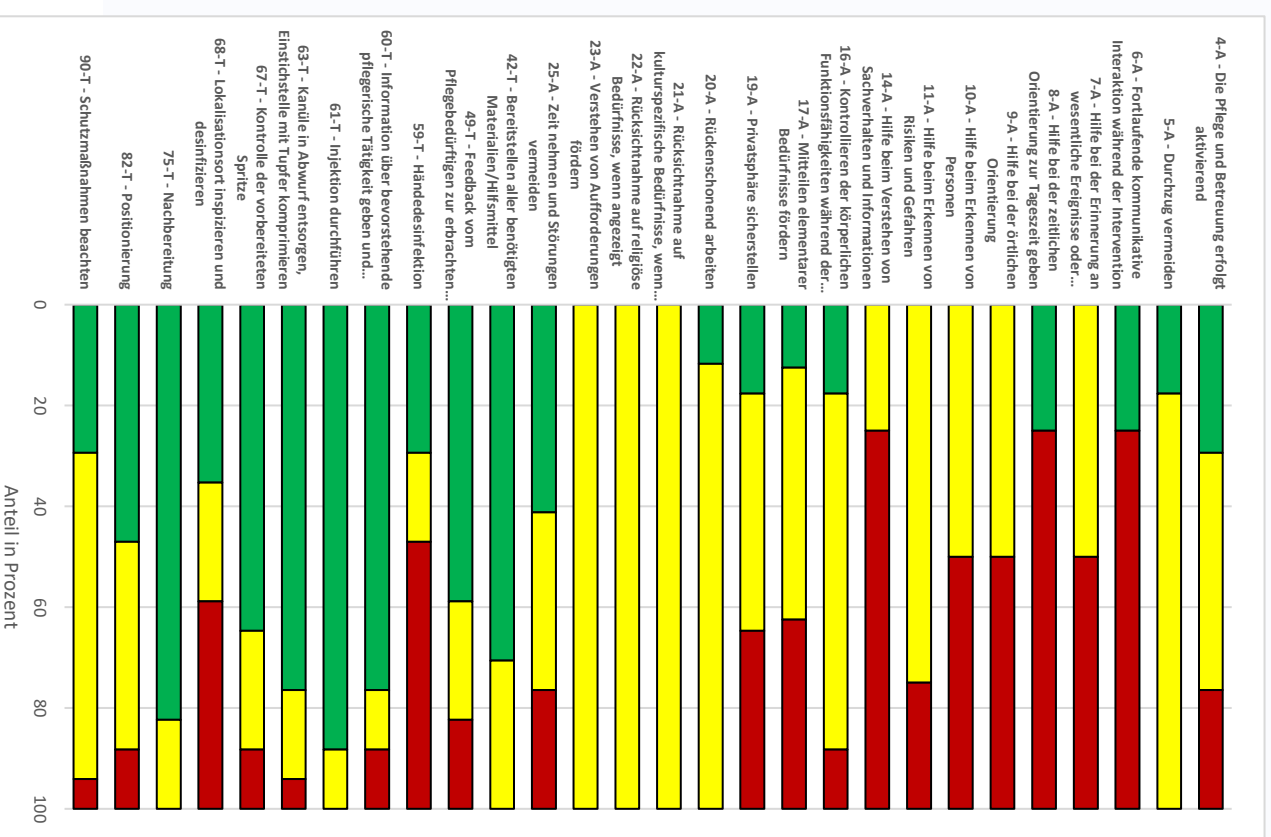
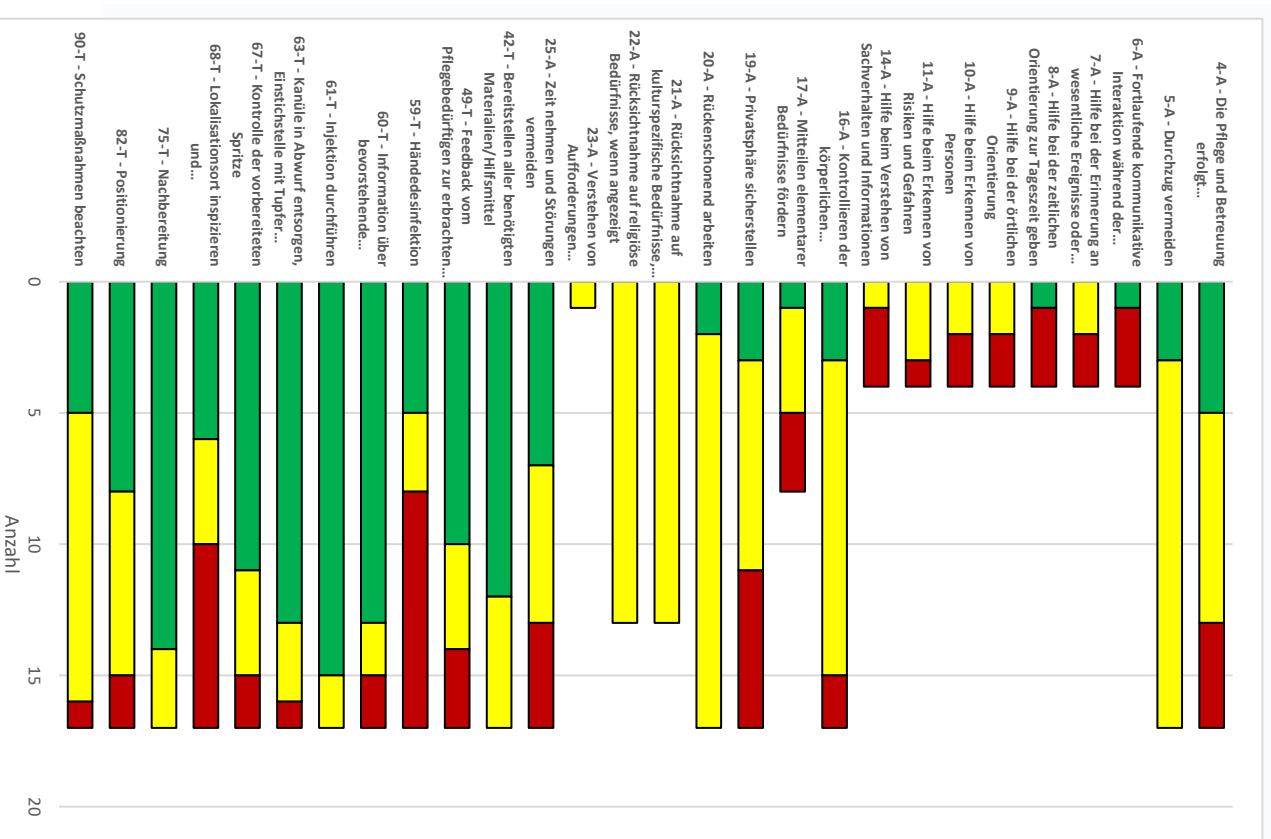
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



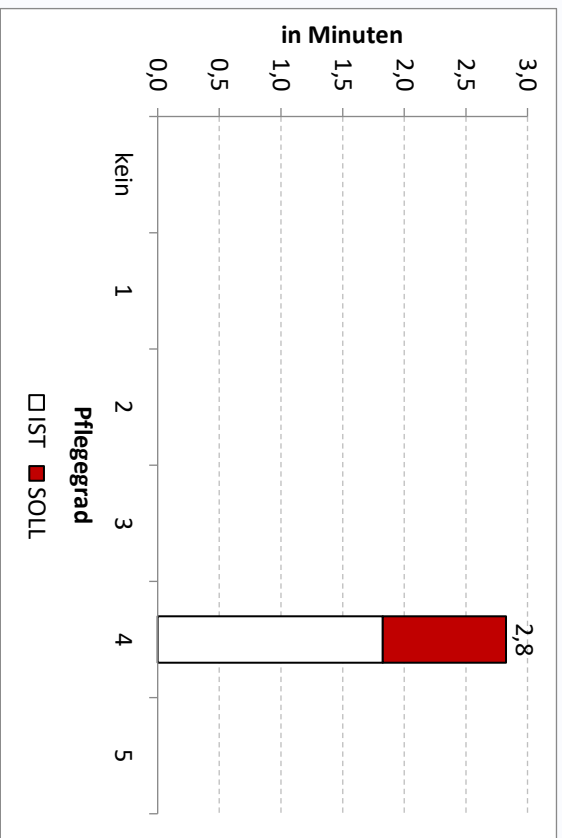
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



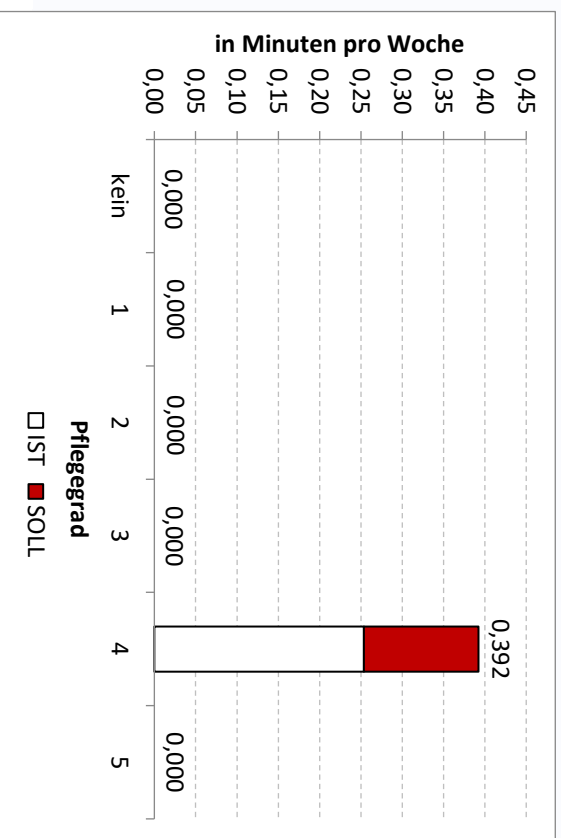
Absolute und relative Teilschrittbewertung



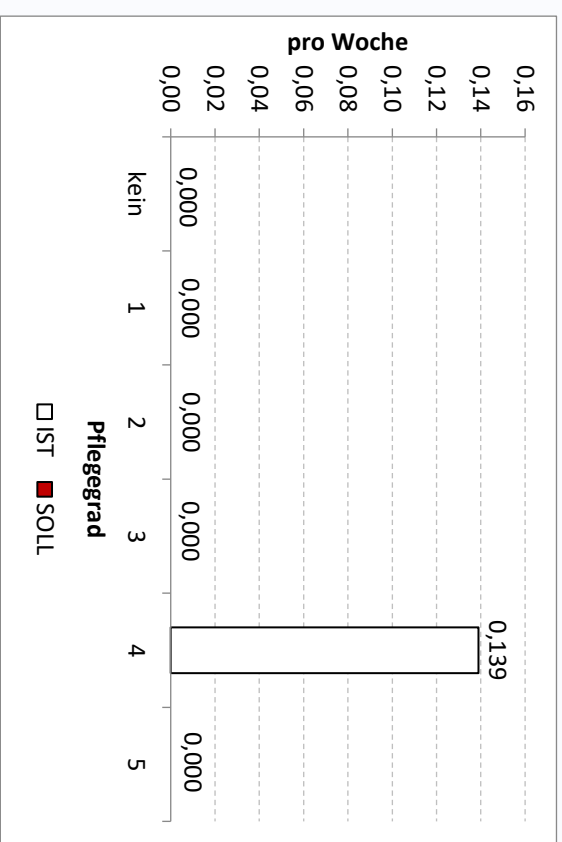
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



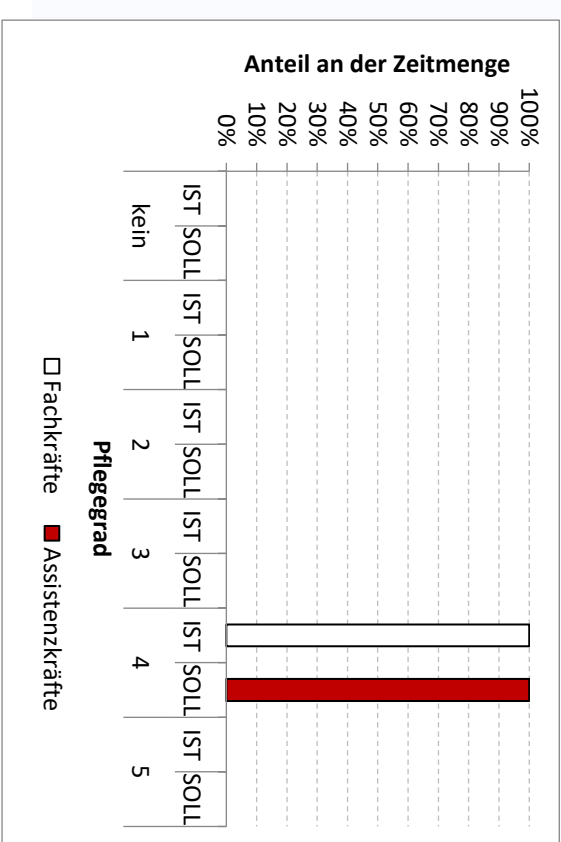
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



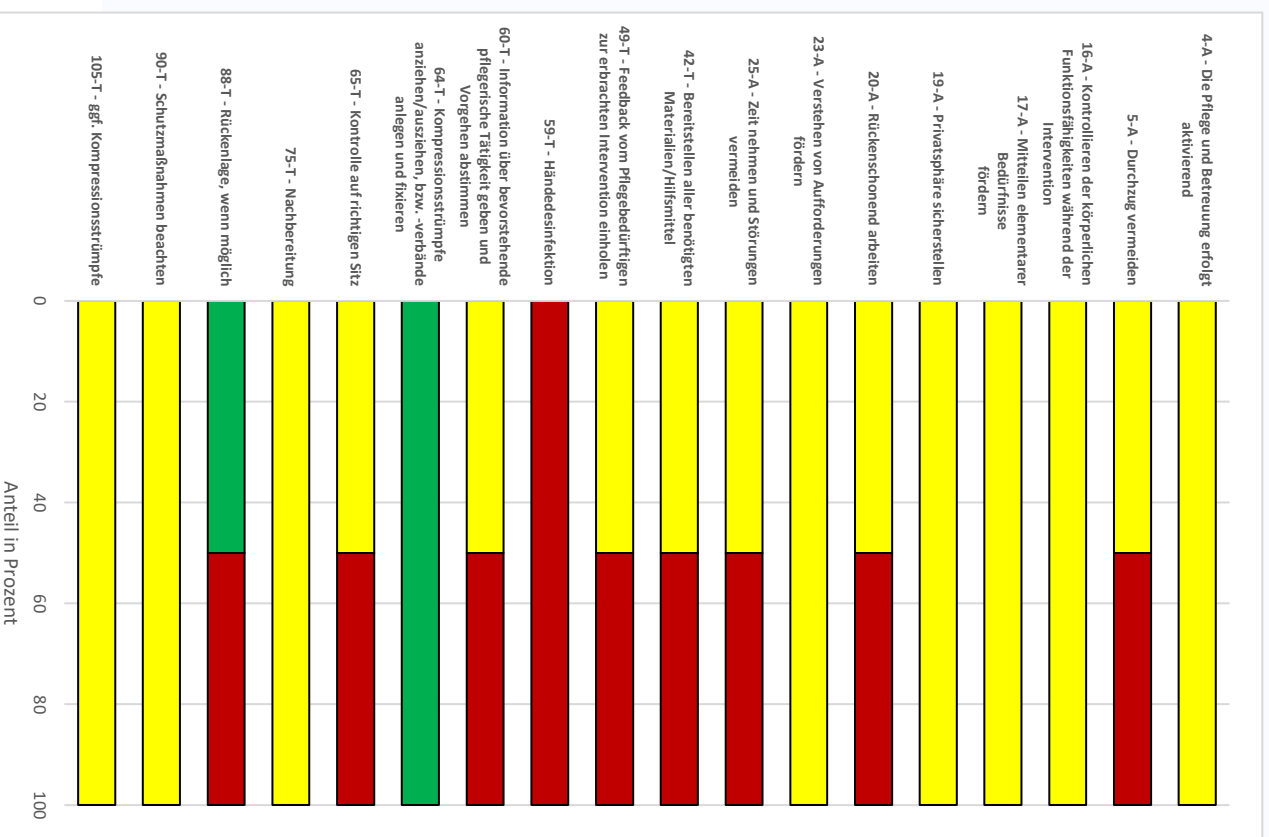
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



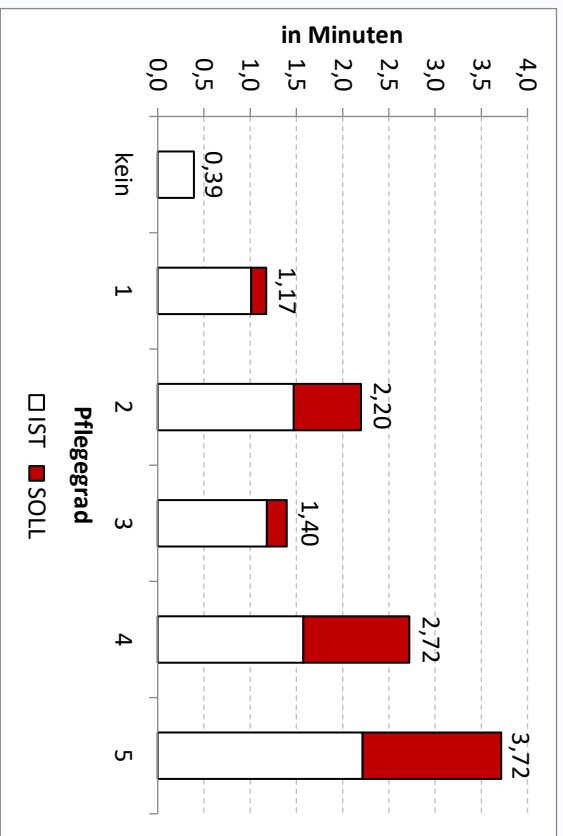
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



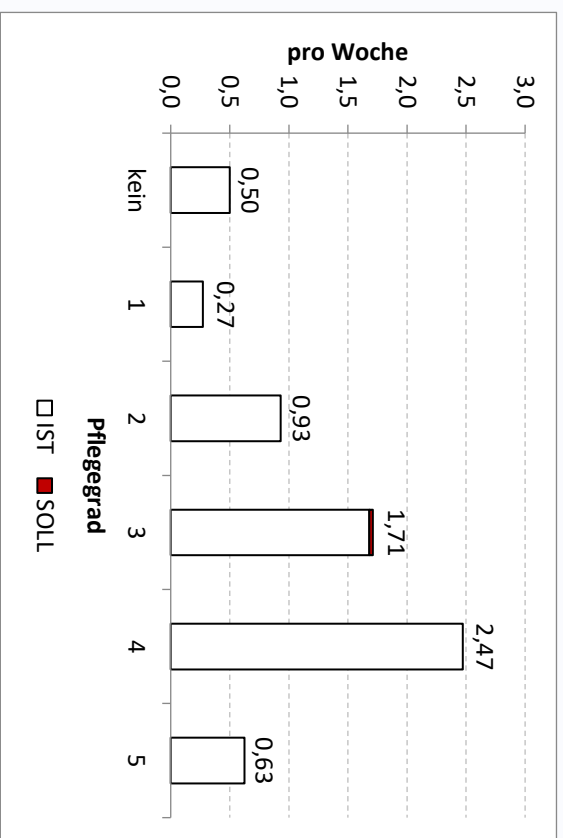
Absolute und relative Teilschrittbewertung



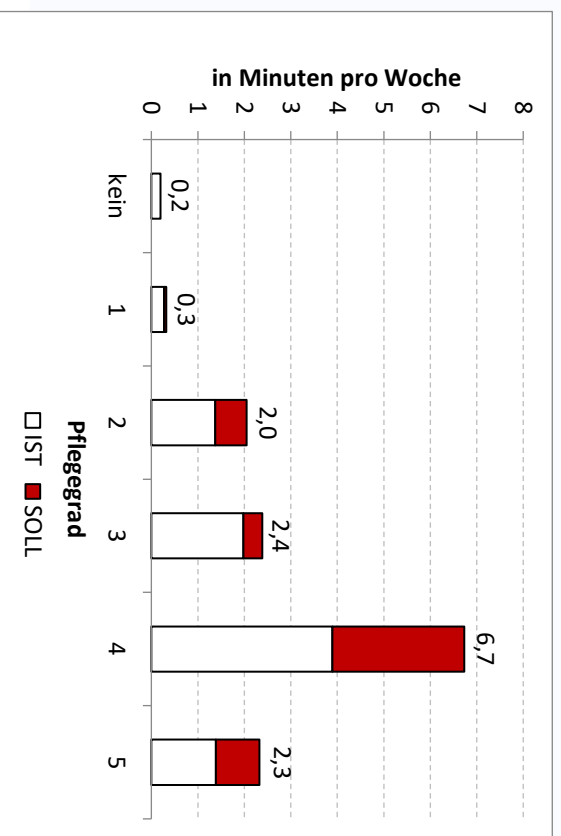
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



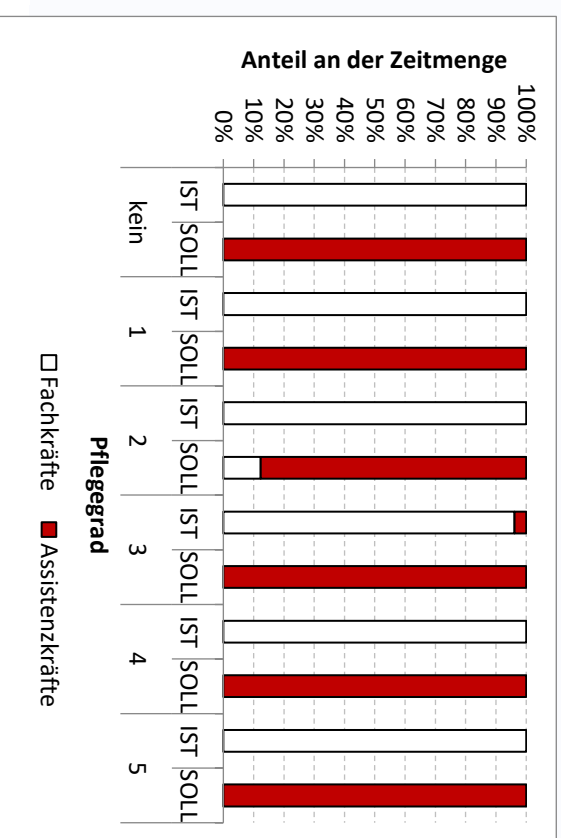
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



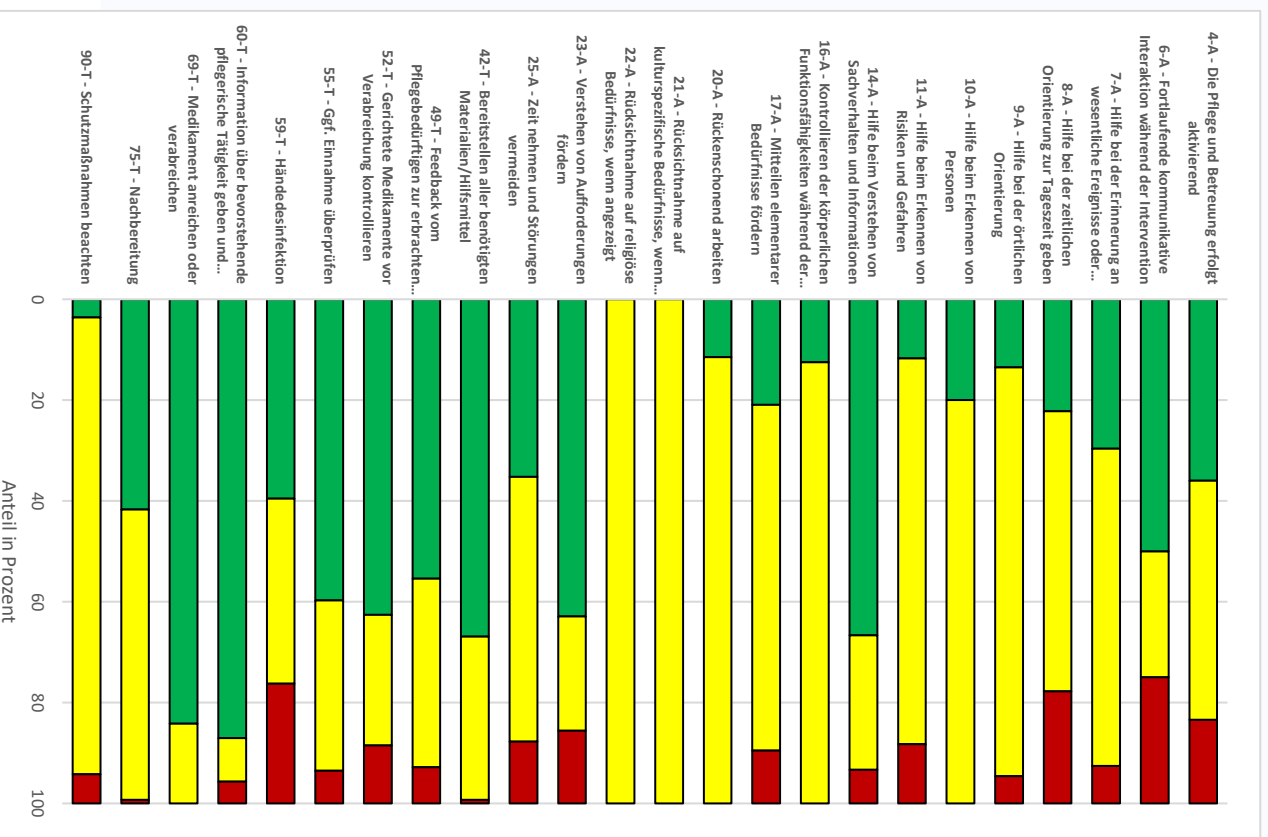
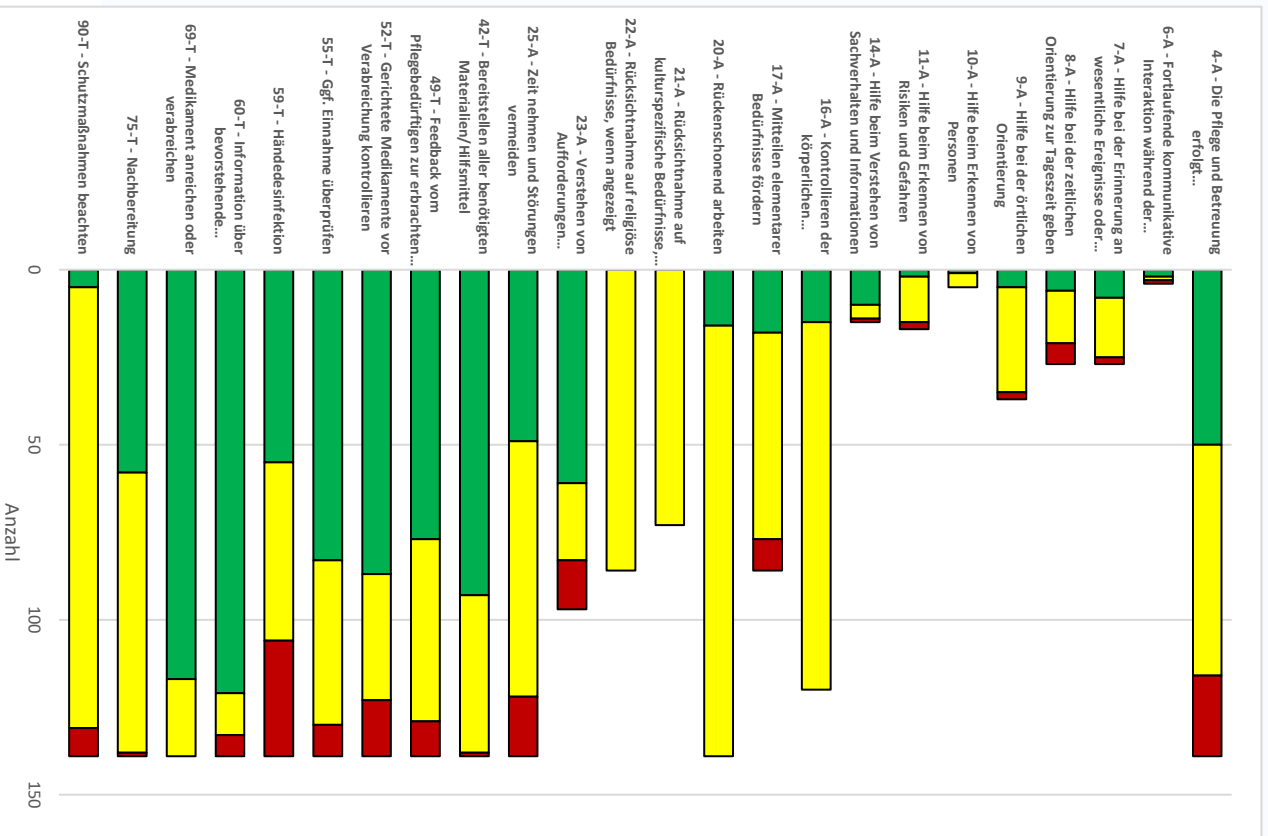
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



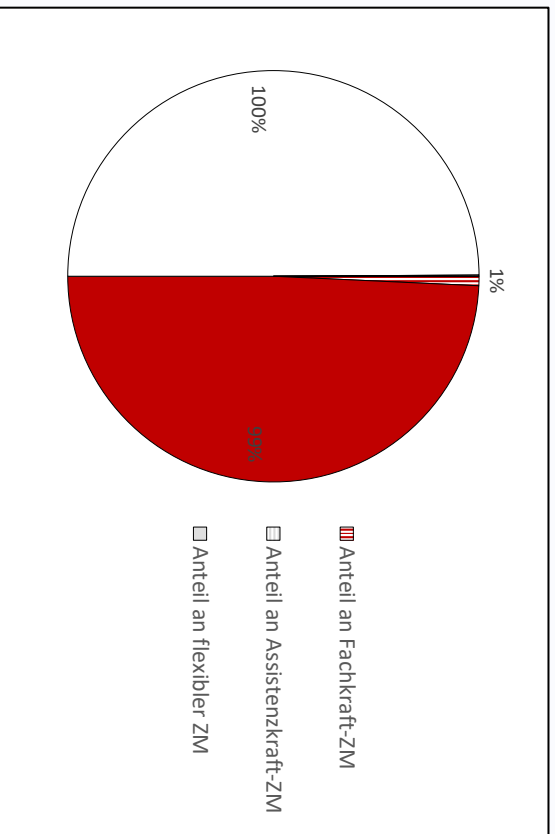
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



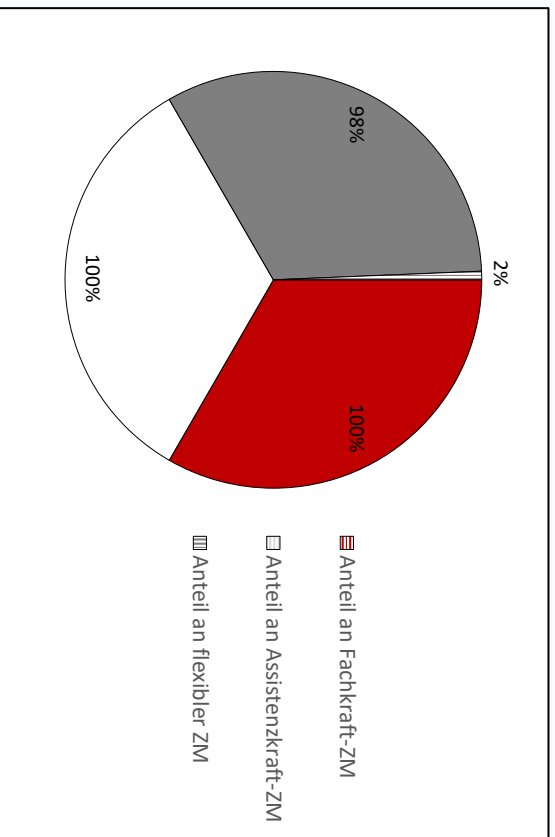
Absolute und relative Teilschrittbewertung



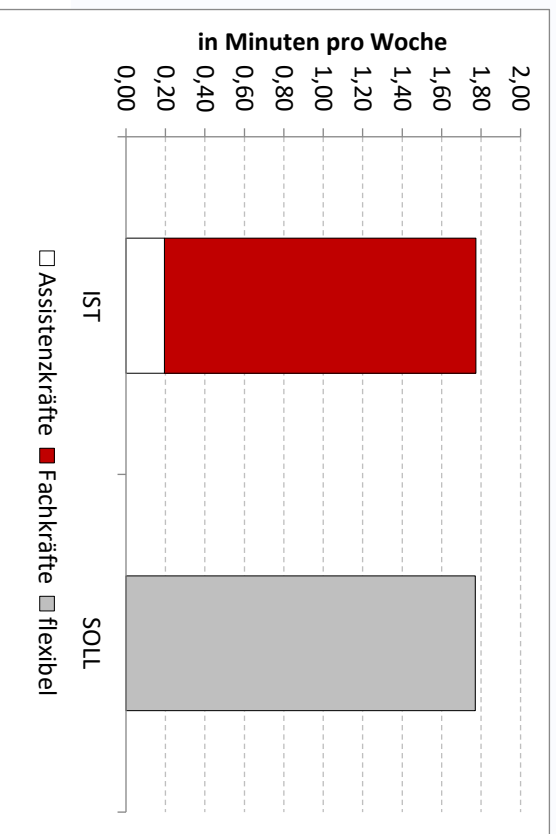
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



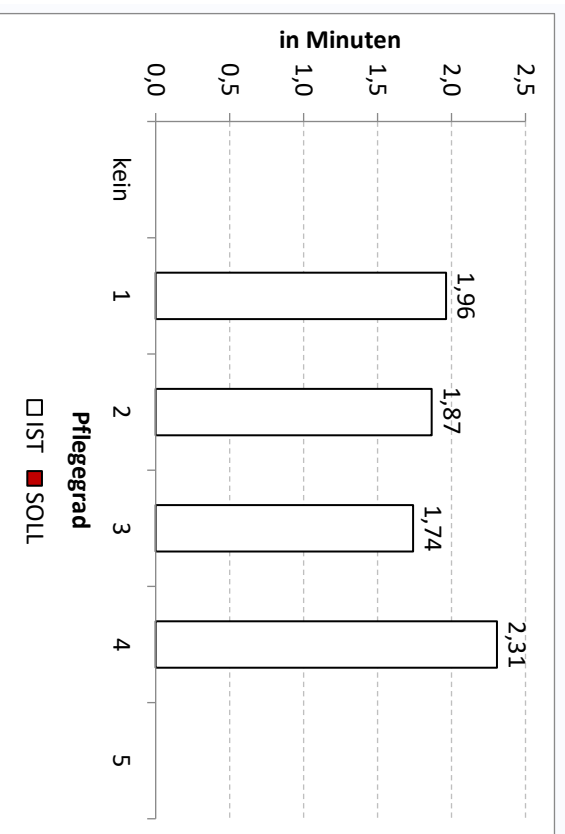
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



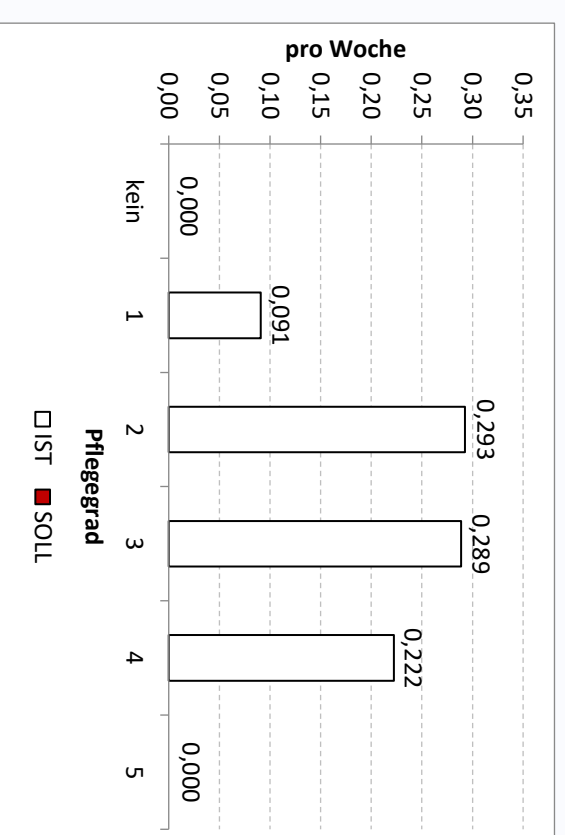
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...

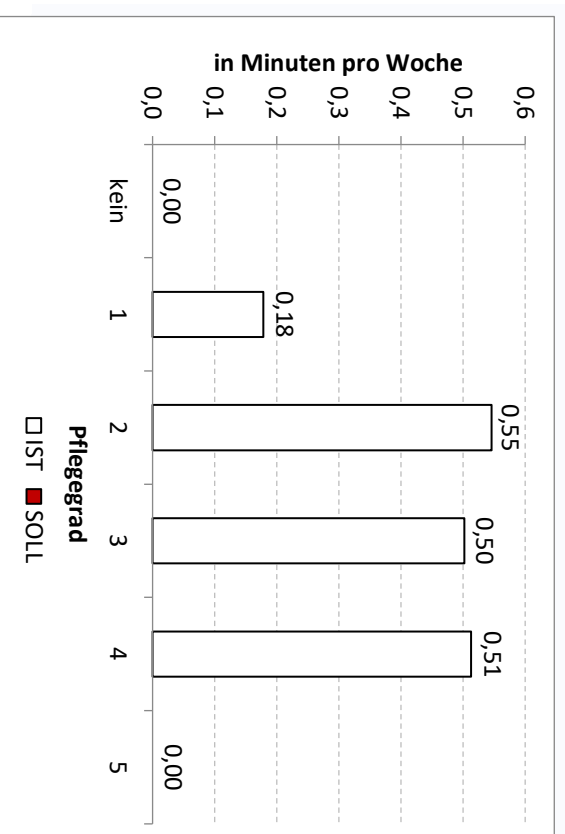


Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...

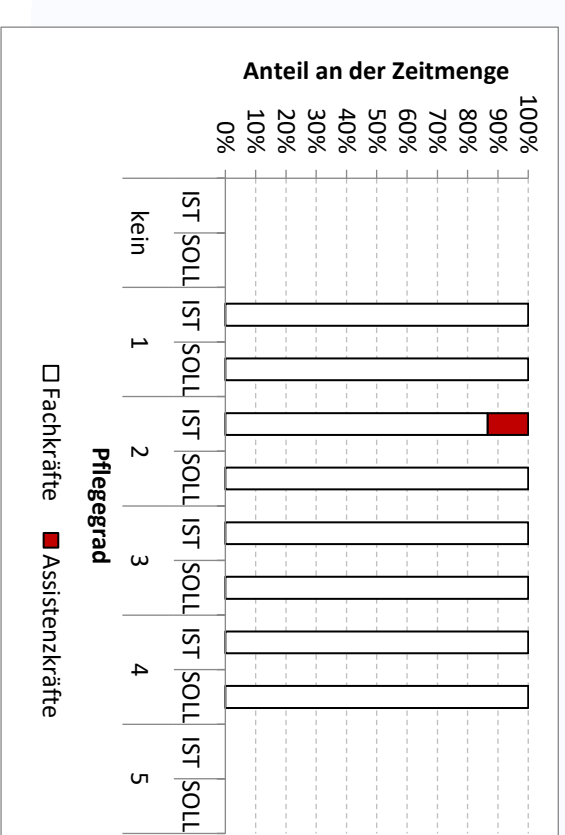


5.13 Medikationsmanagement

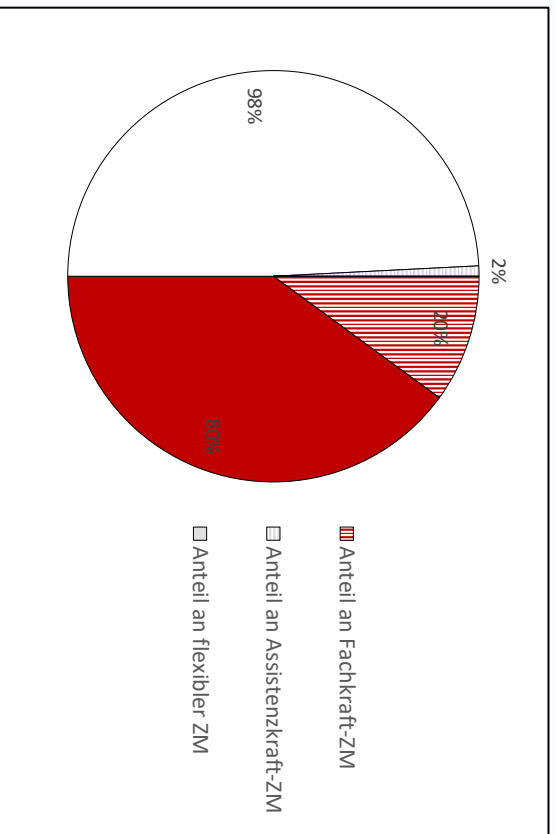
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



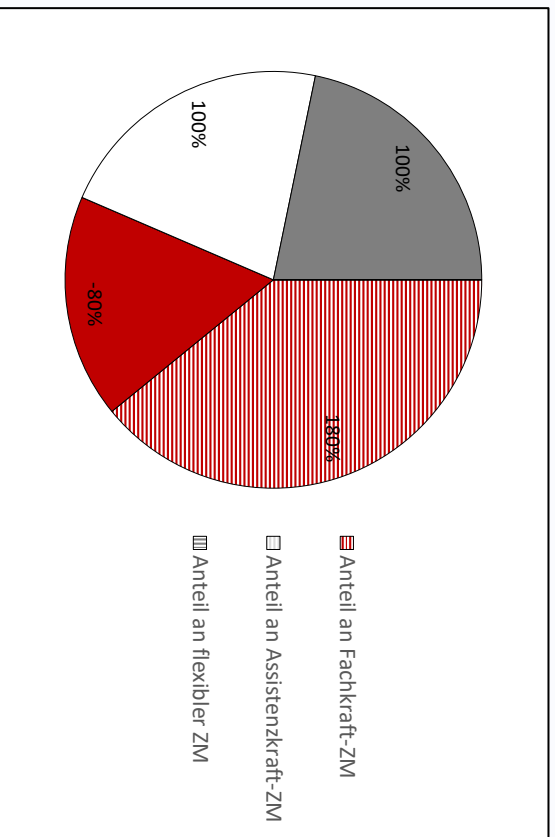
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



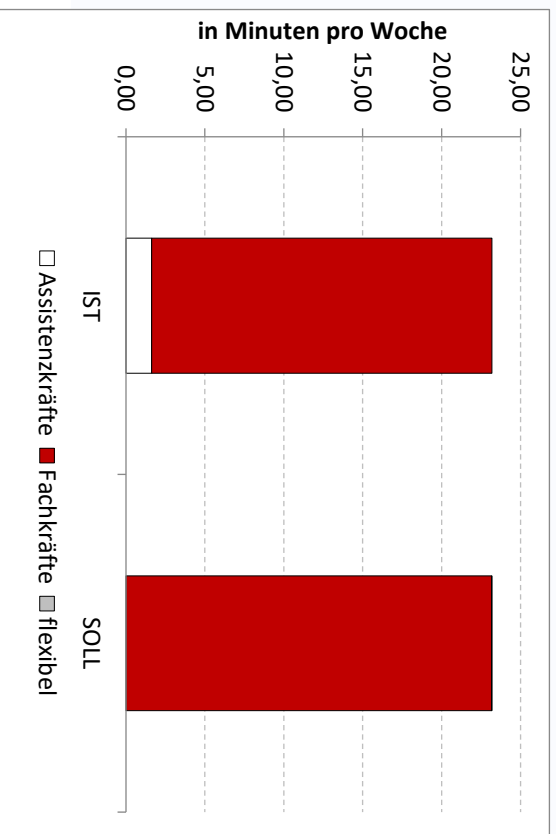
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



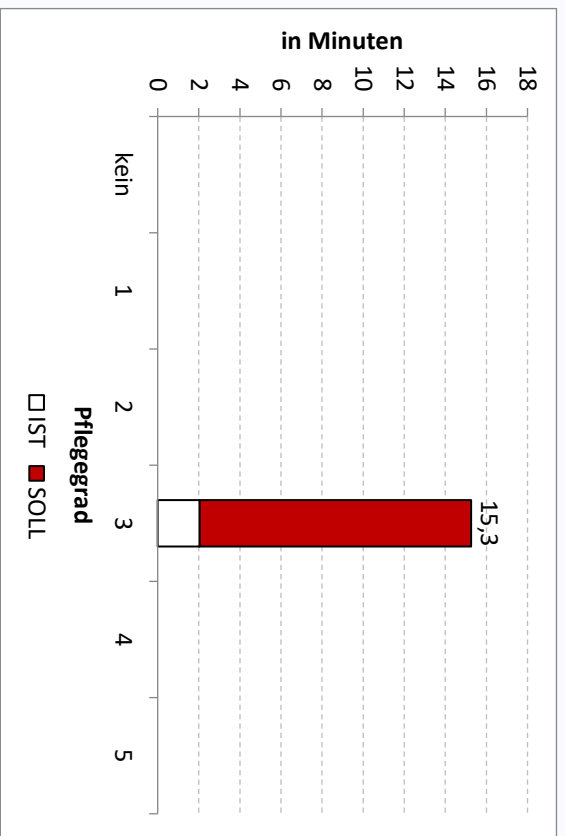
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



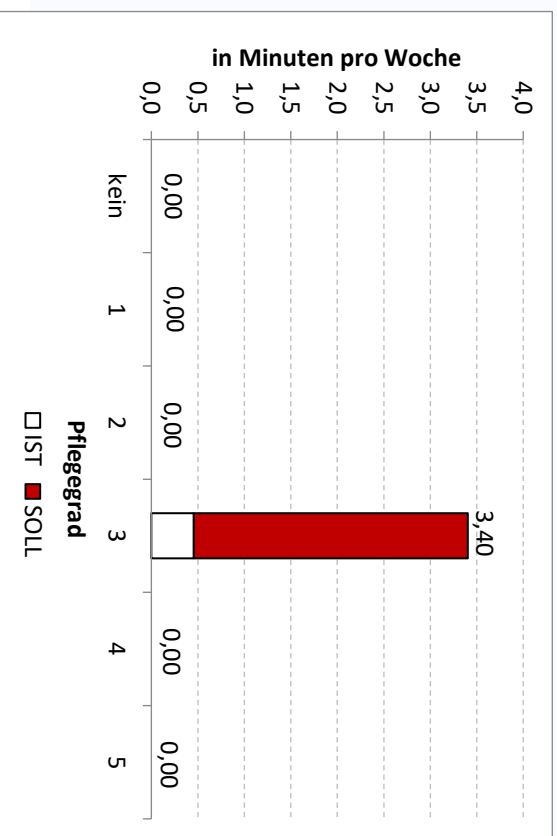
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



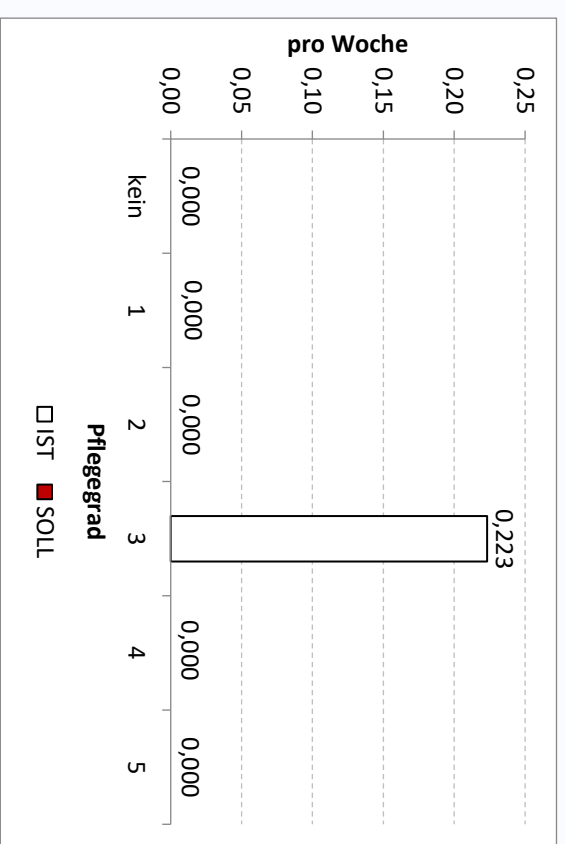
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



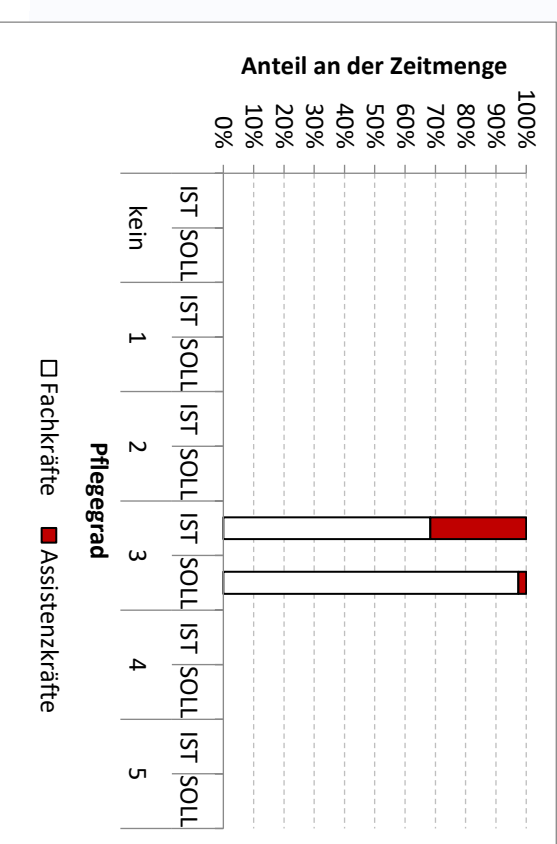
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



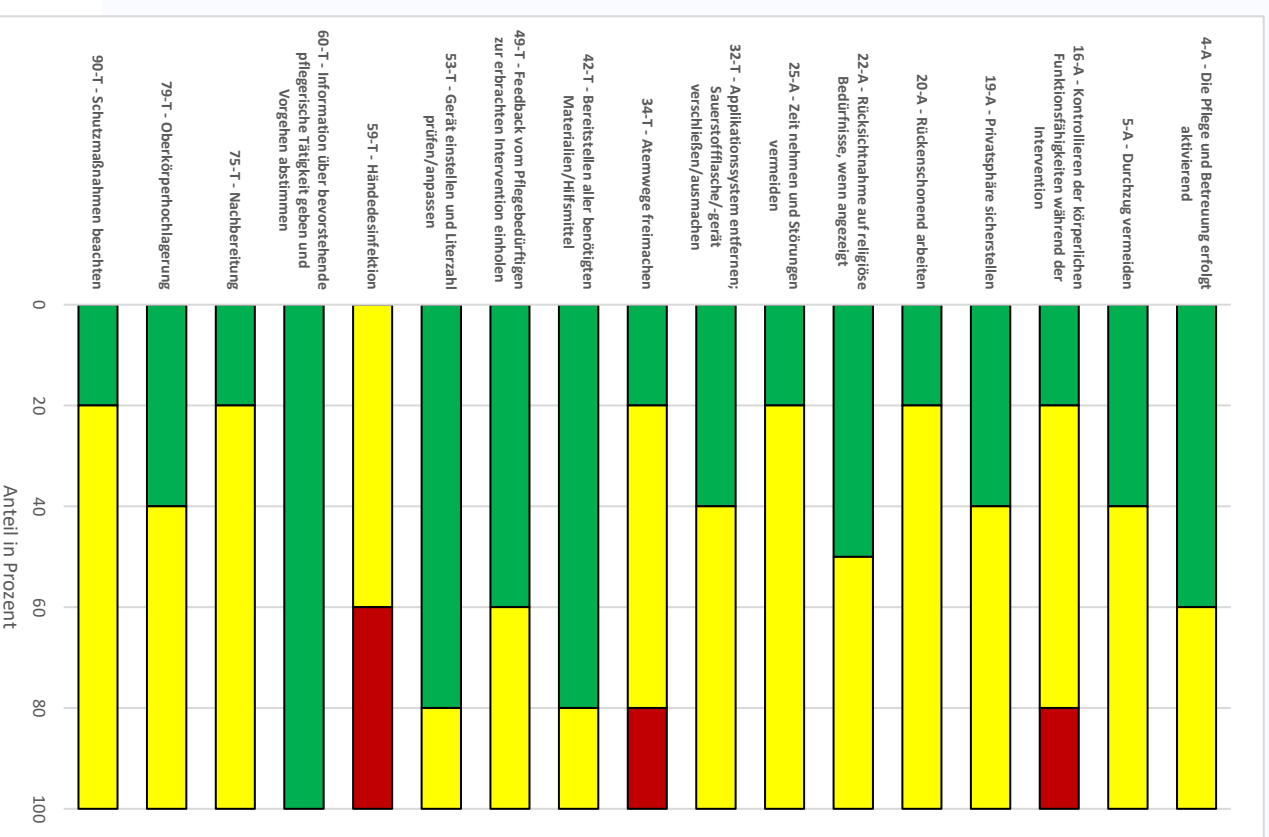
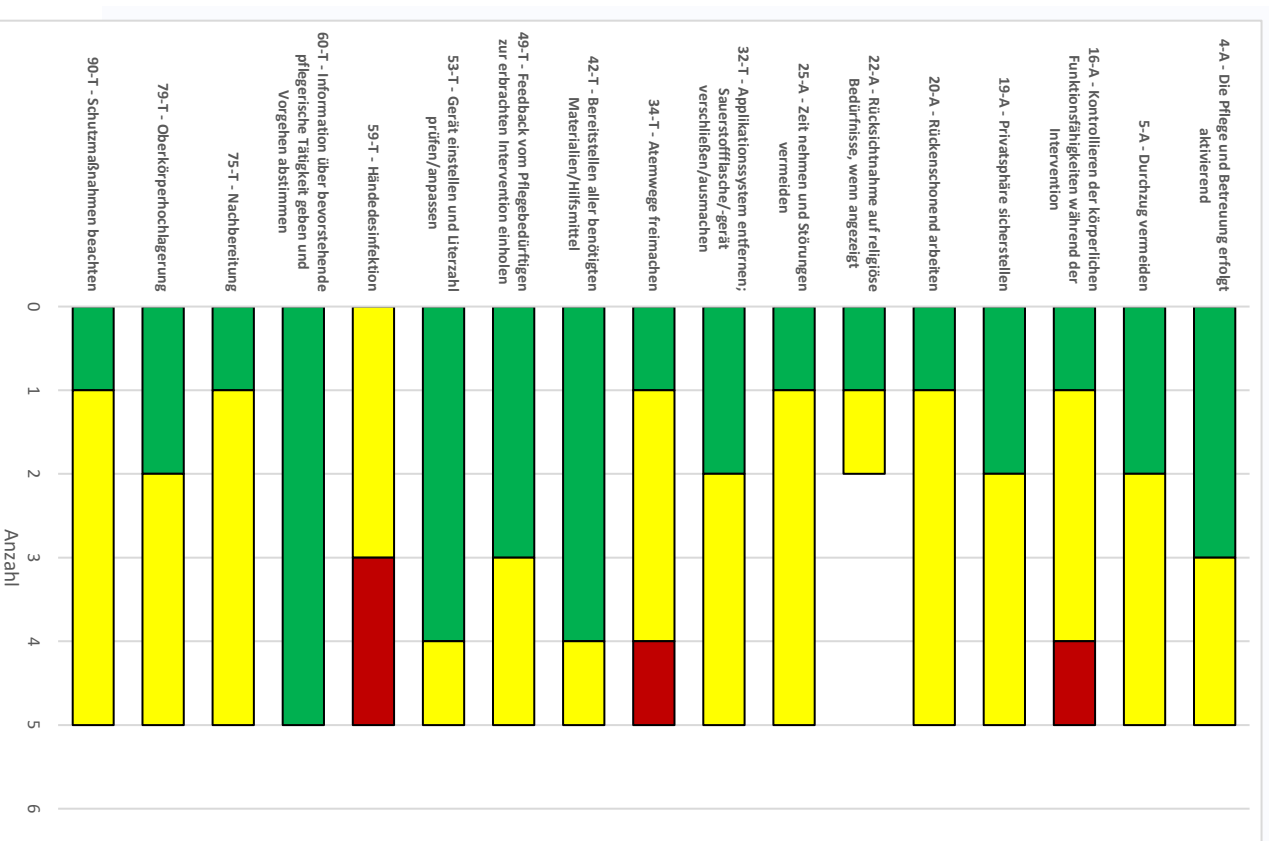
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach ...



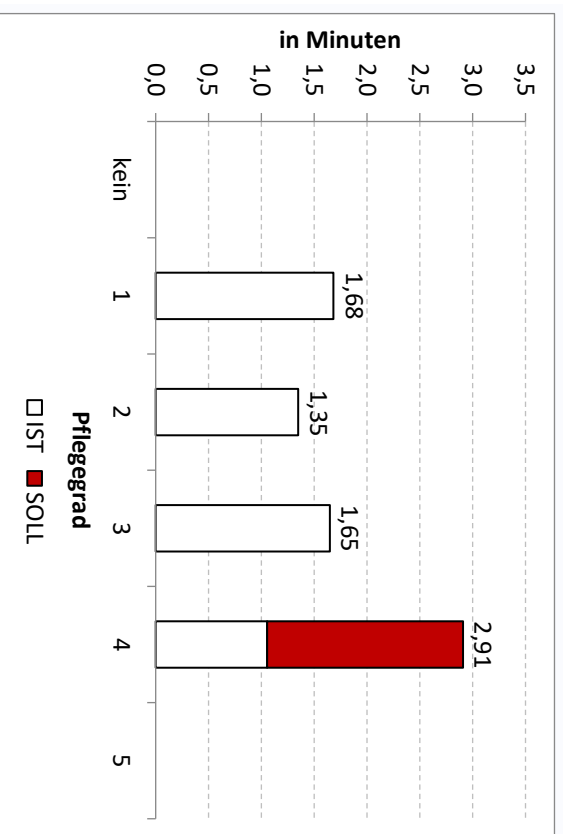
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



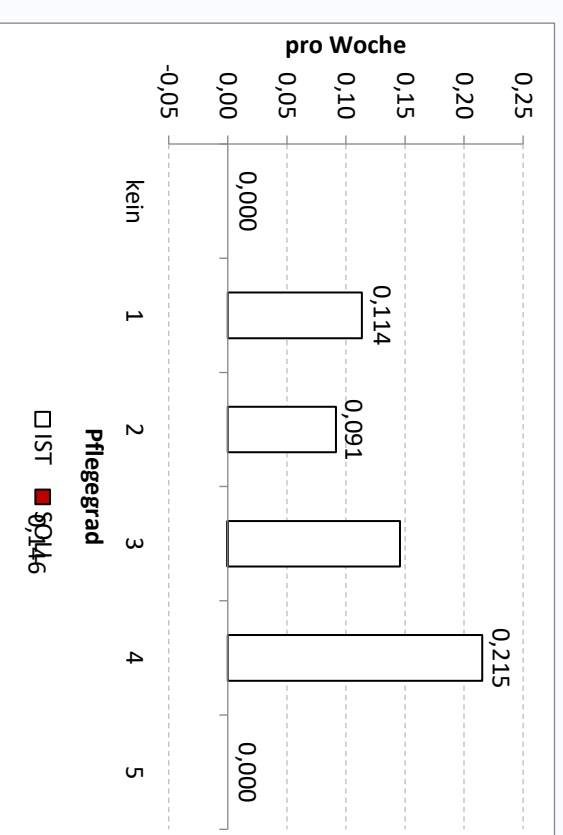
Absolute und relative Teilschrittbewertung



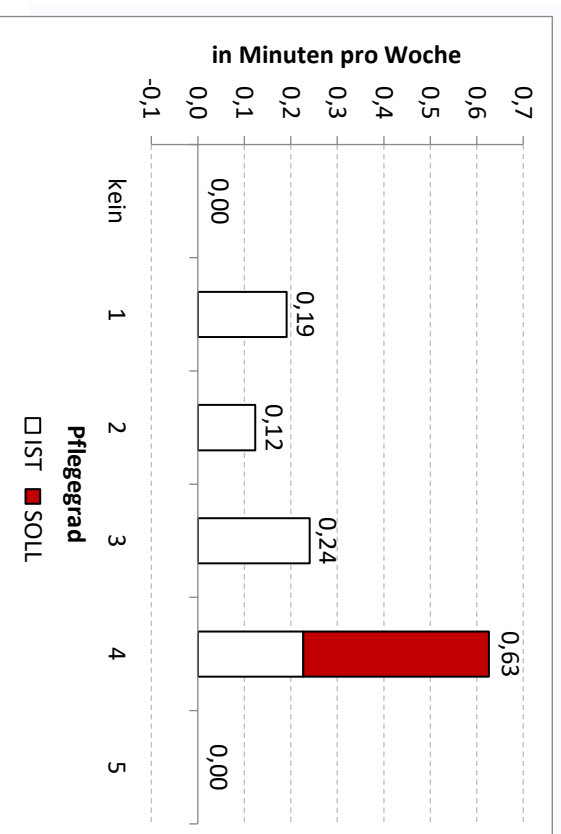
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



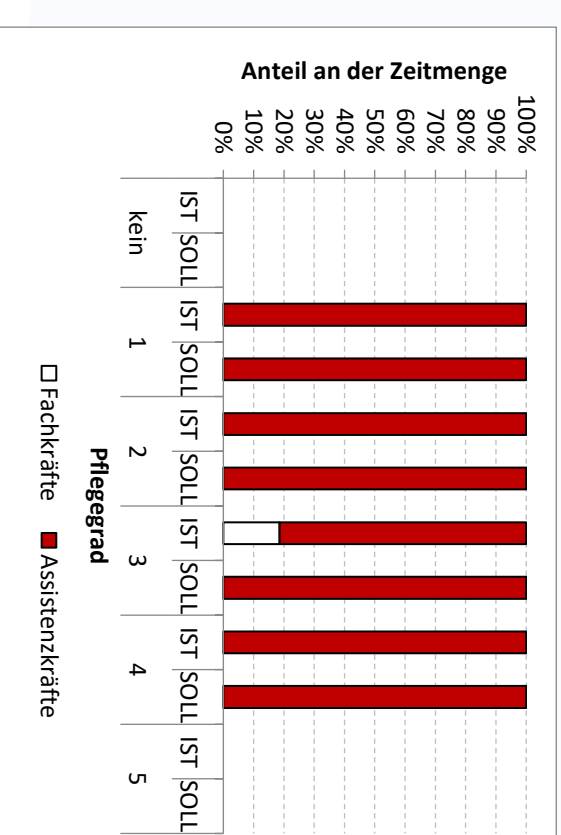
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach ...



Durchschnittliche Zeitemengen nach...

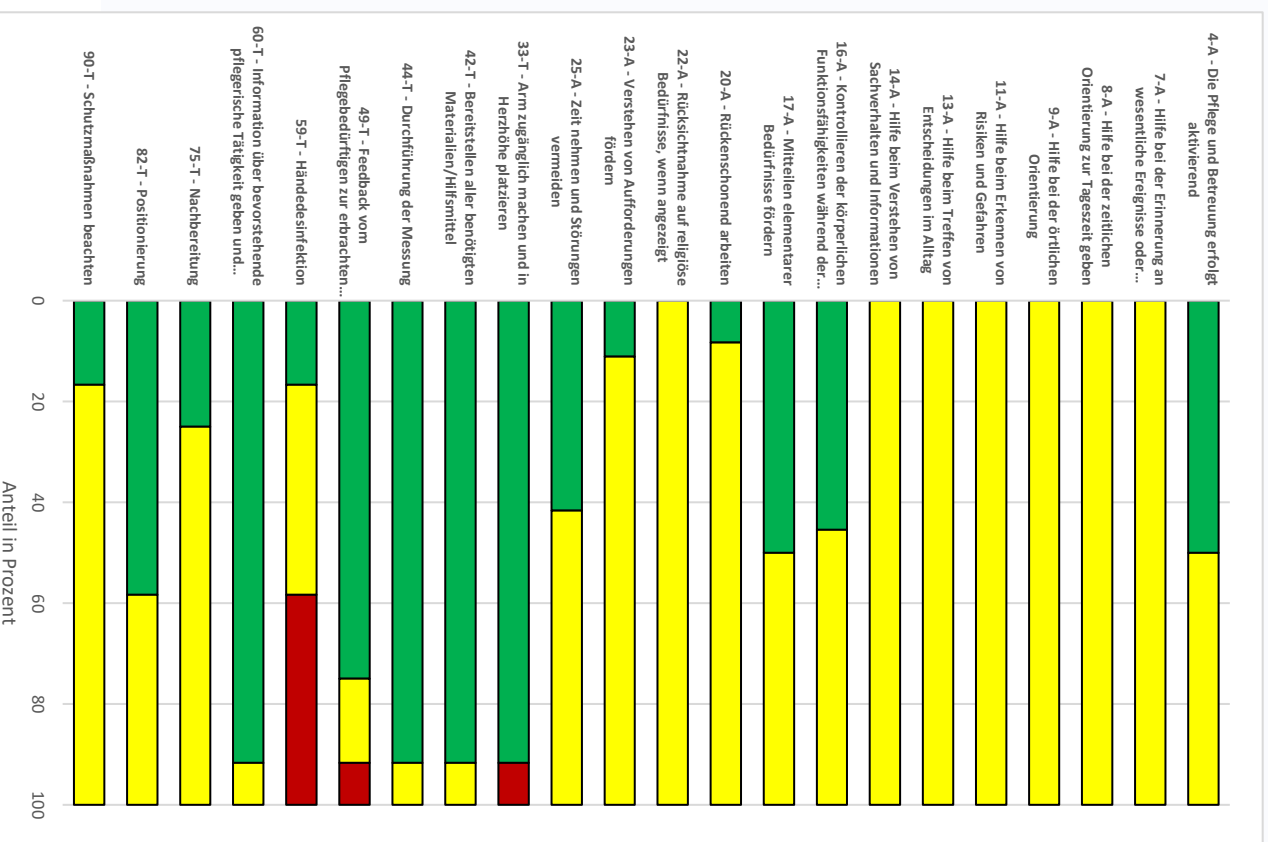
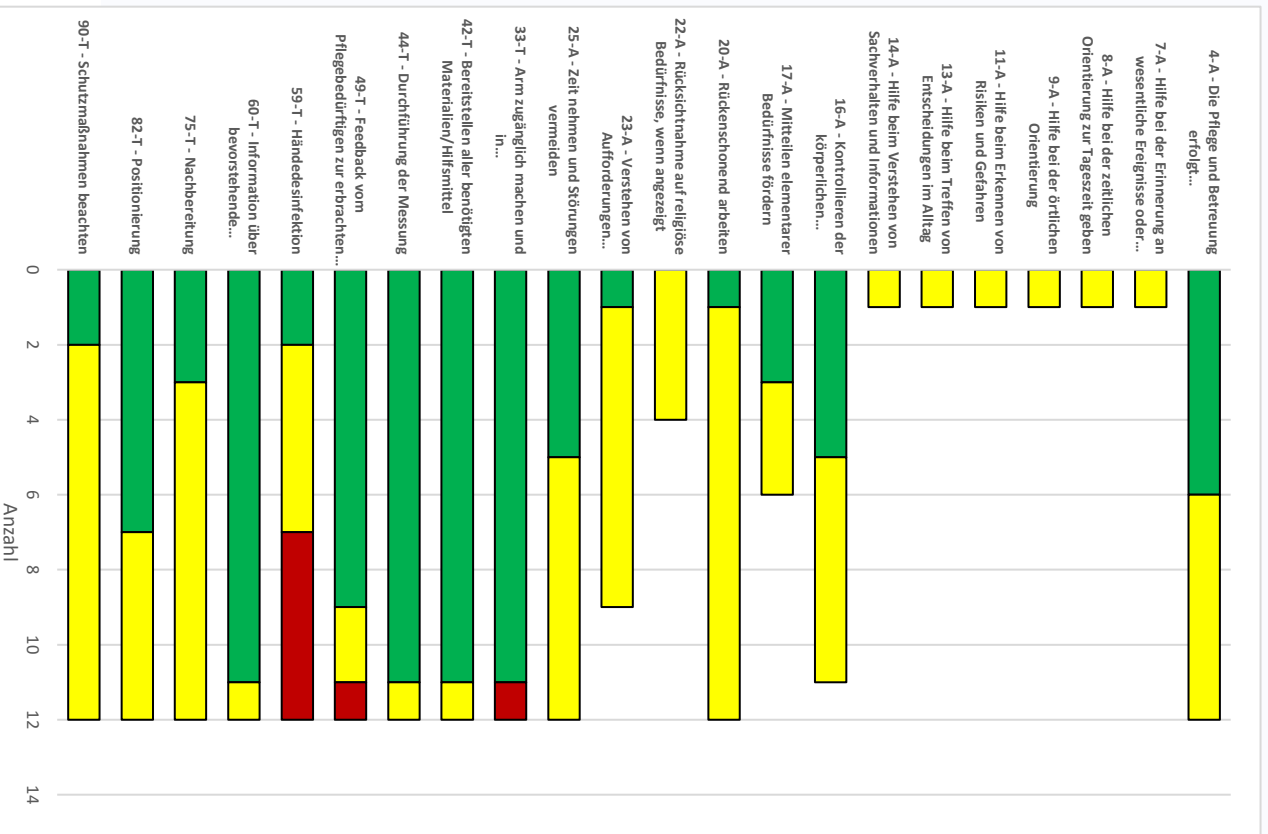


Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)

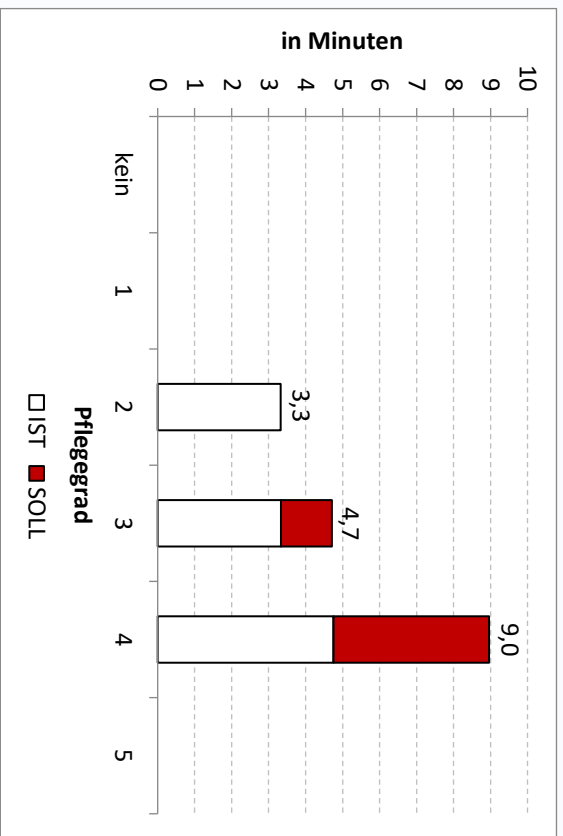


5.17 Vitalzeichenkontrolle: Blutdruck und Puls

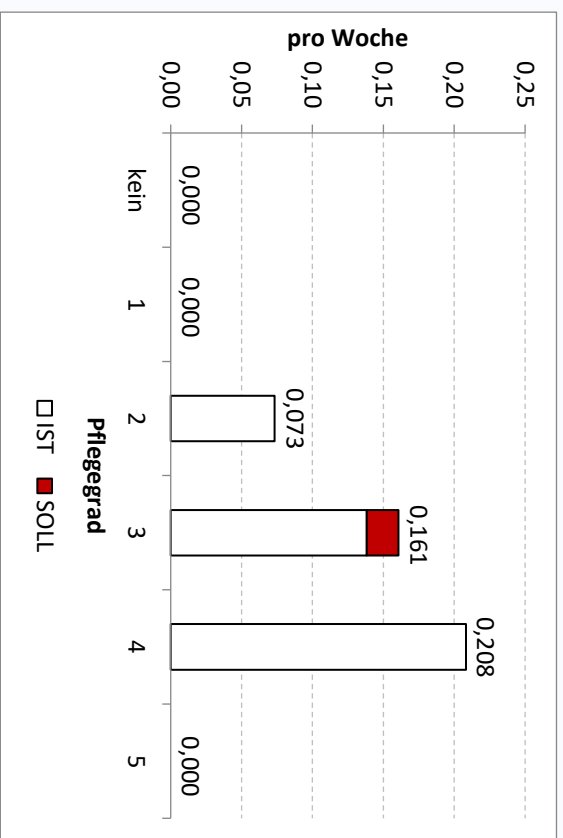
Absolute und relative Teilschrittbewertung



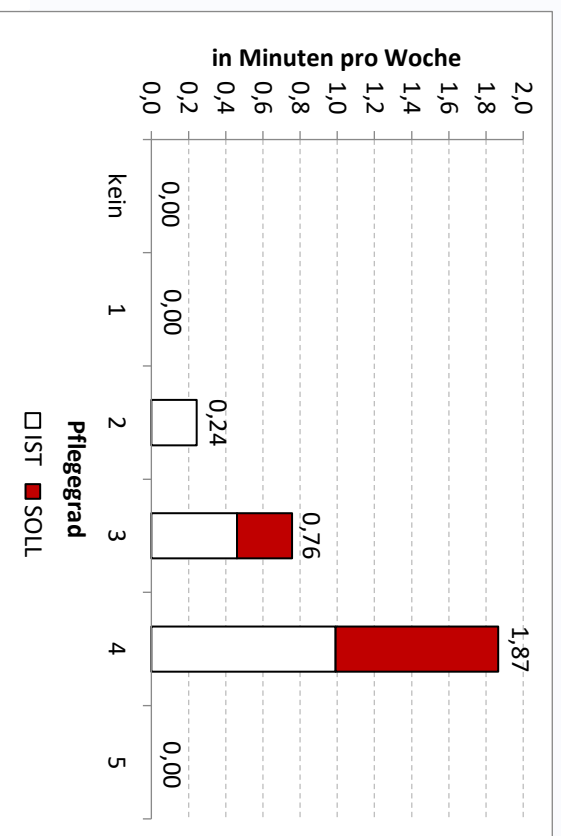
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



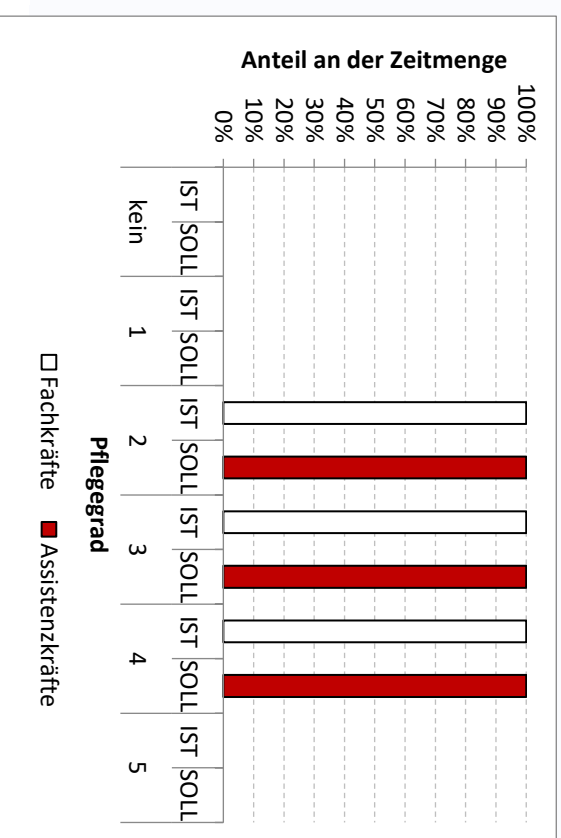
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach ...



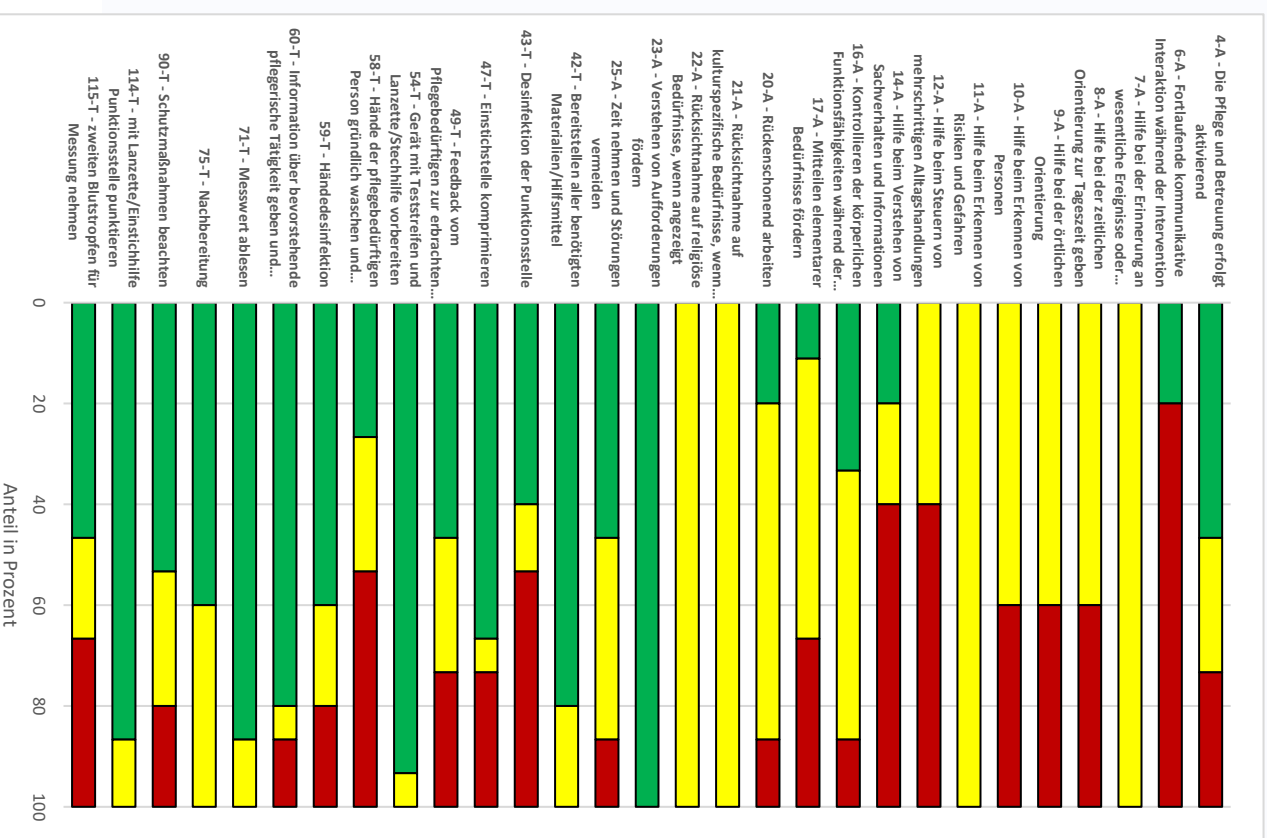
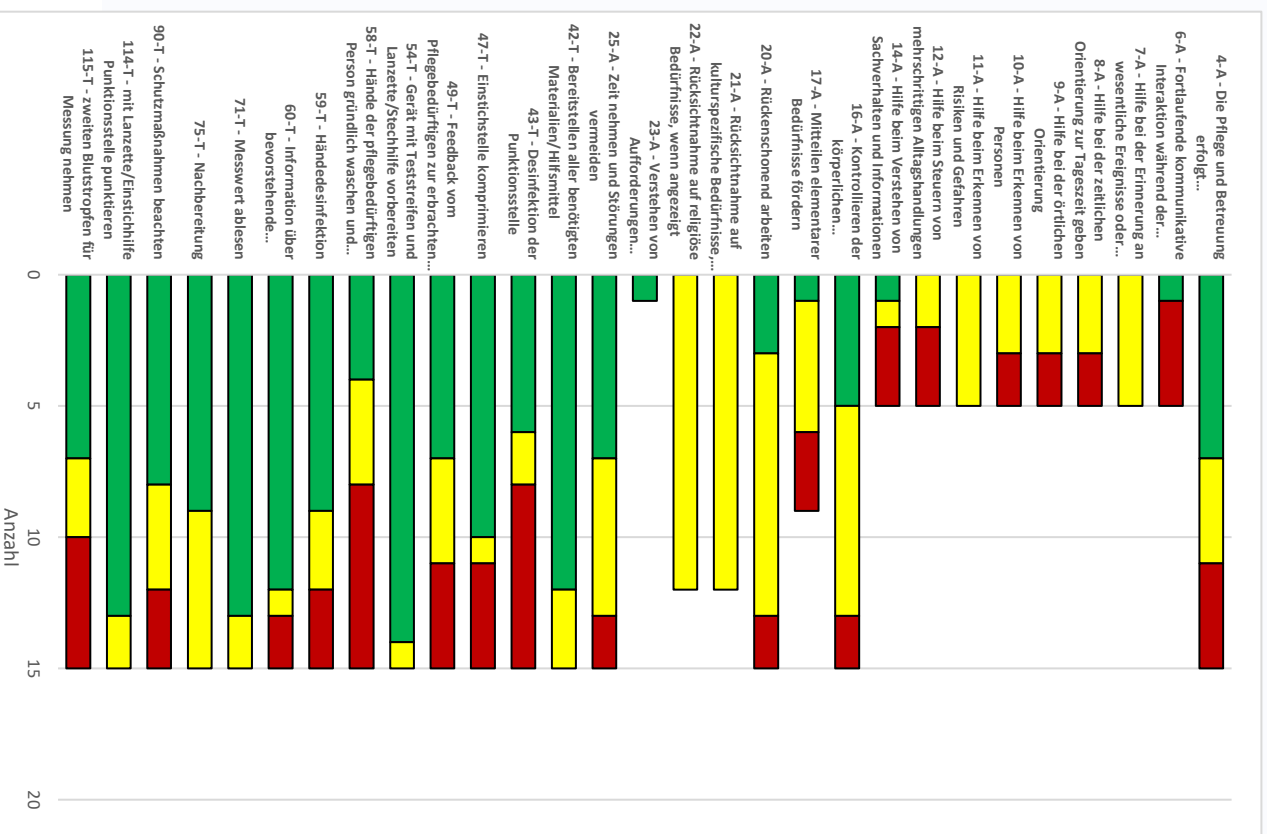
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



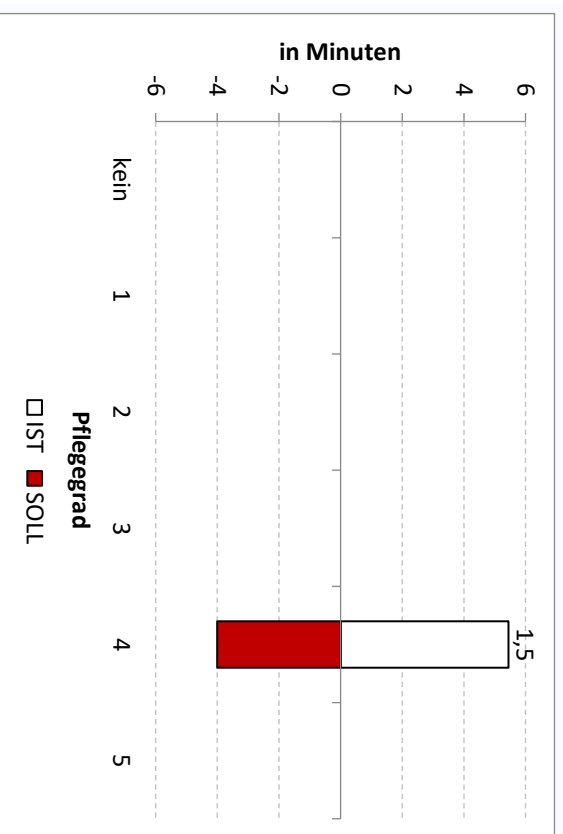
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



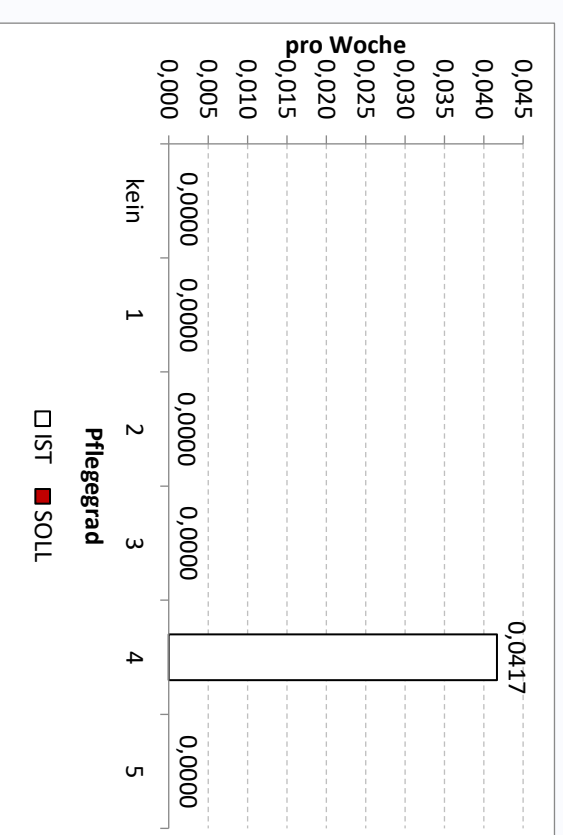
Absolute und relative Teilschrittbewertung



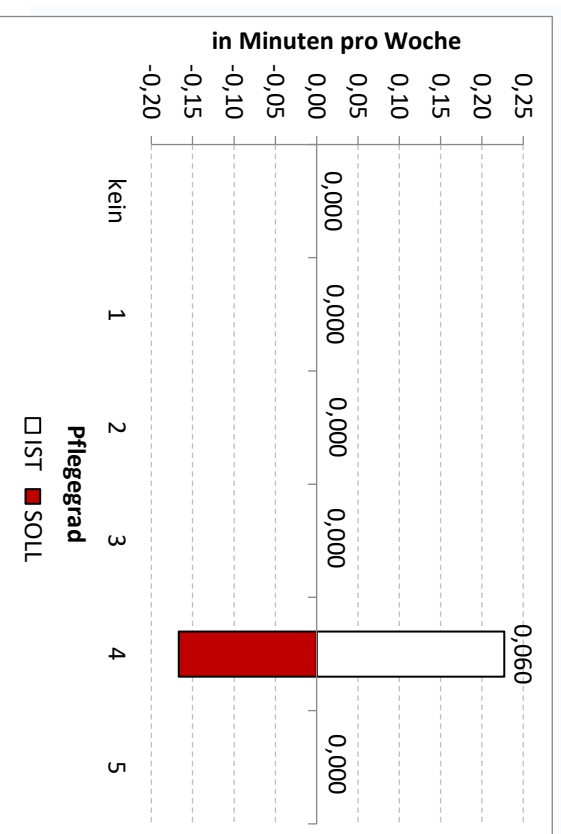
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



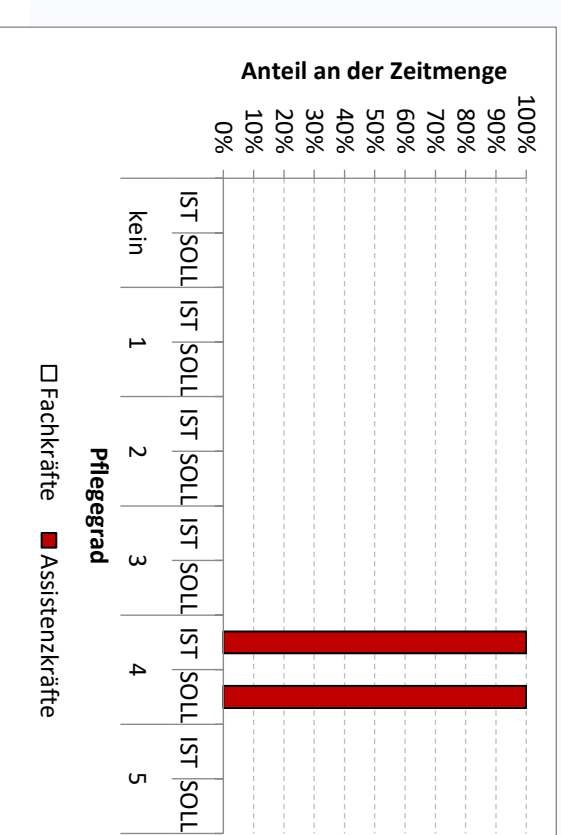
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach ...



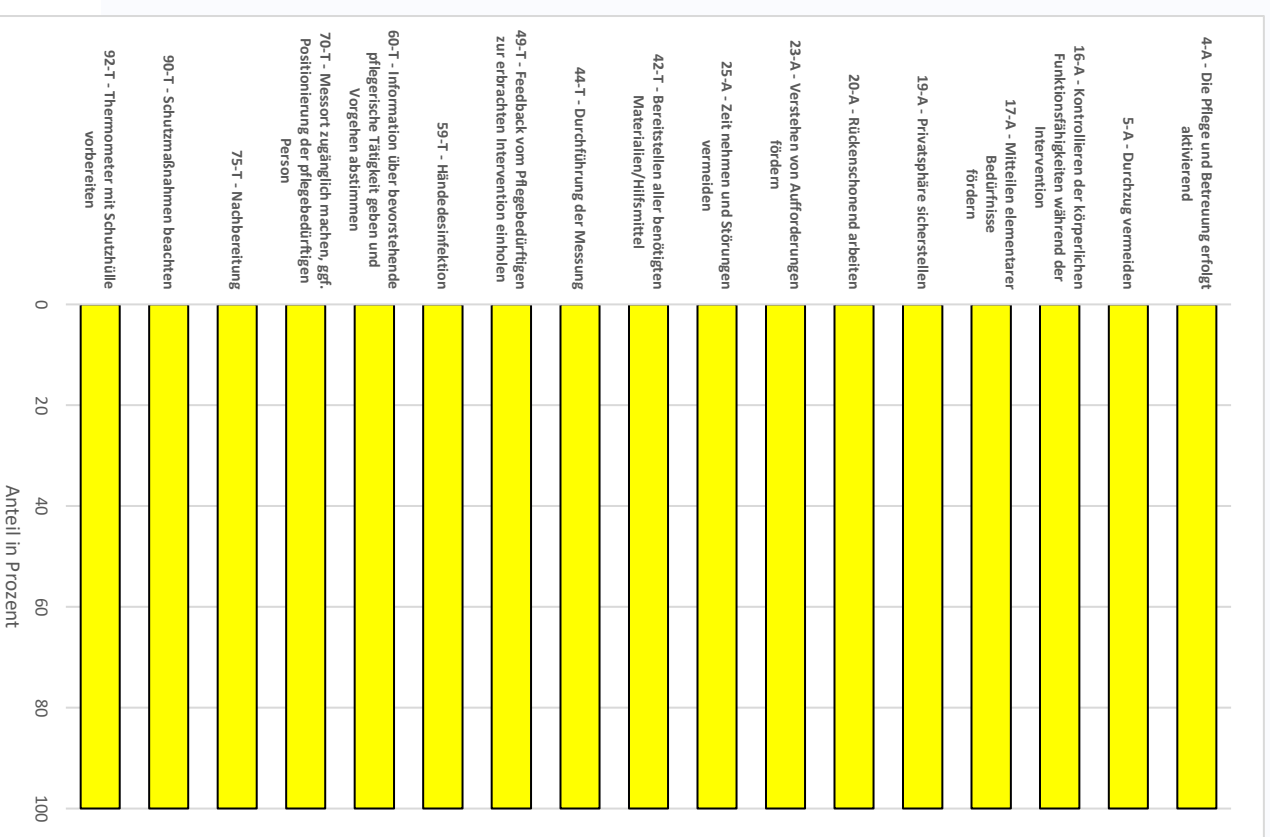
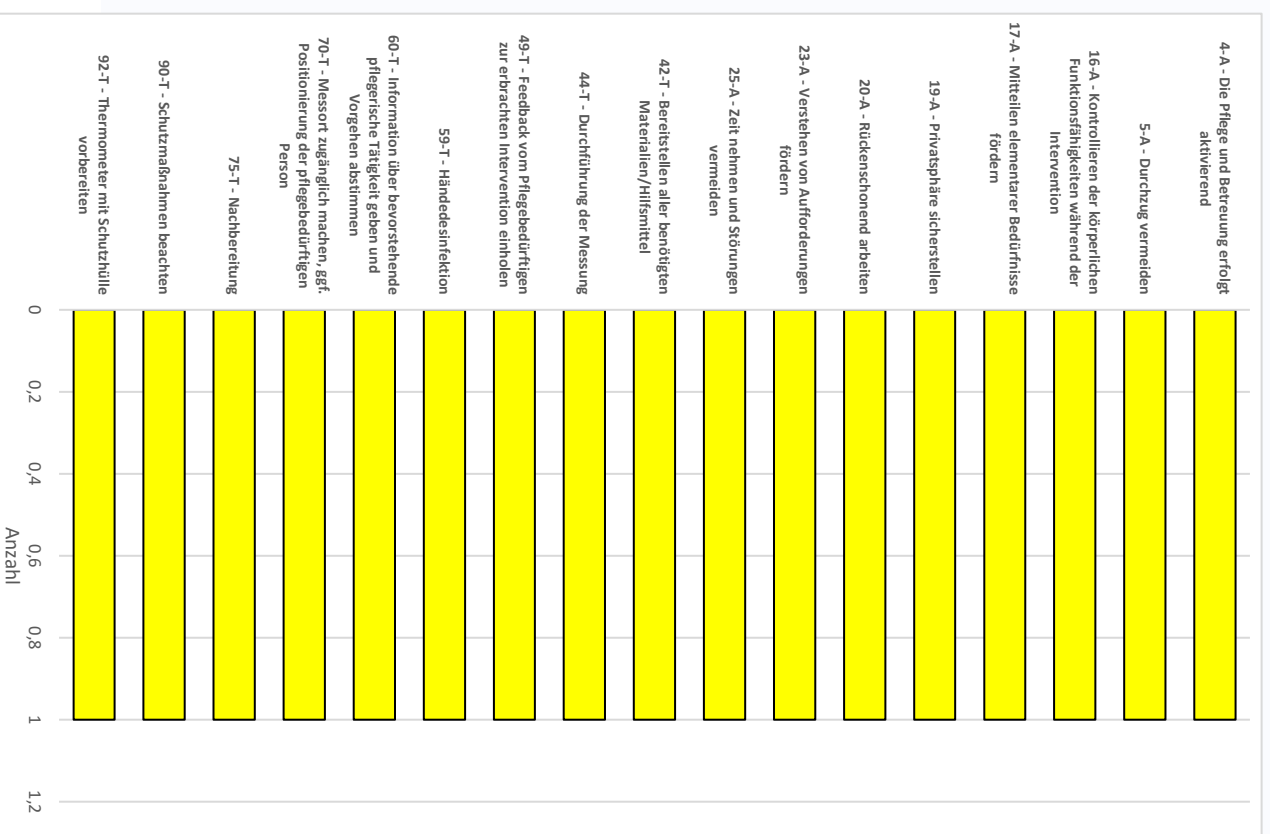
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



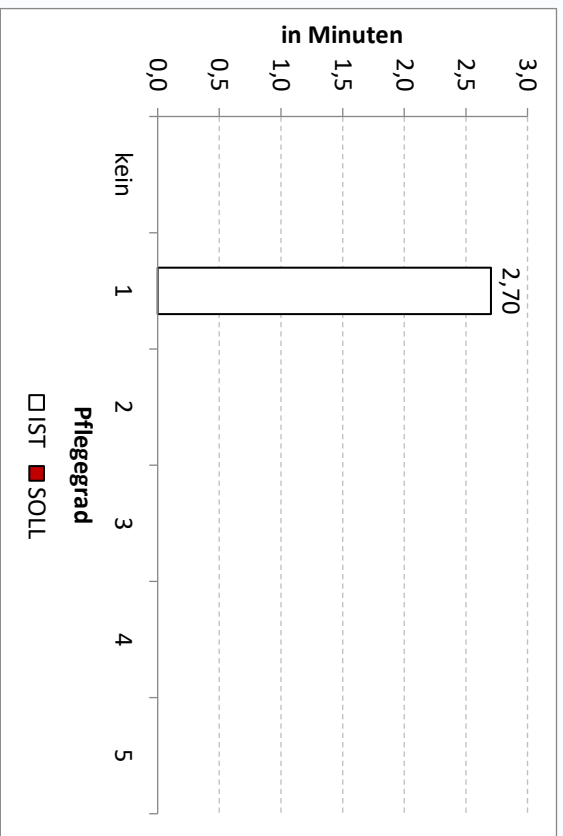
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



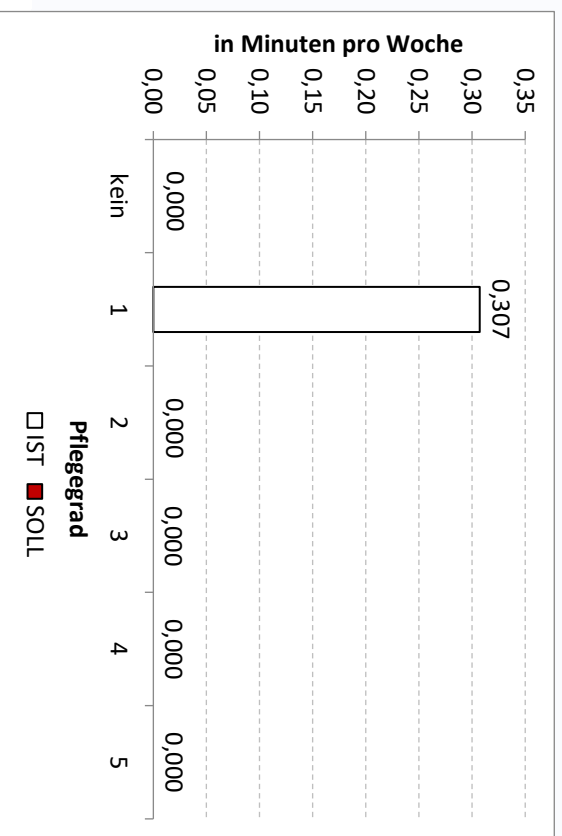
Absolute und relative Teilschrittbewertung



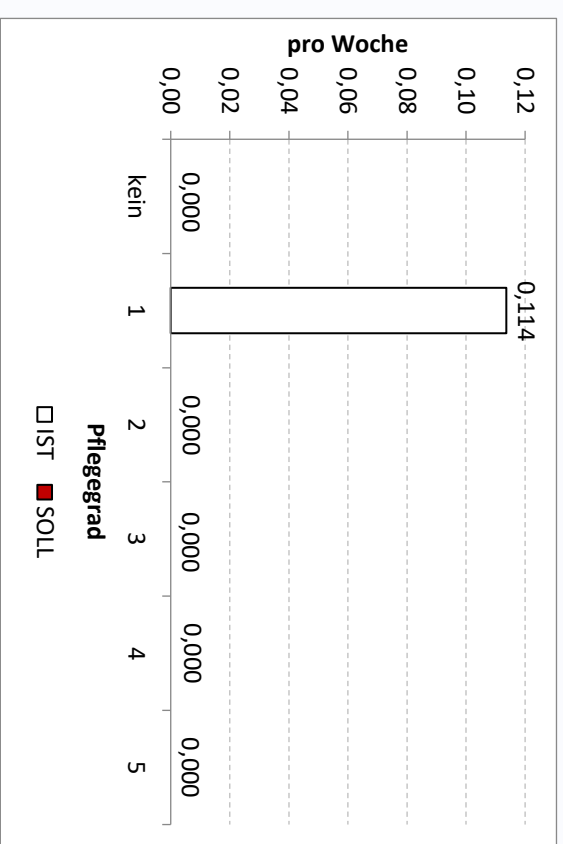
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



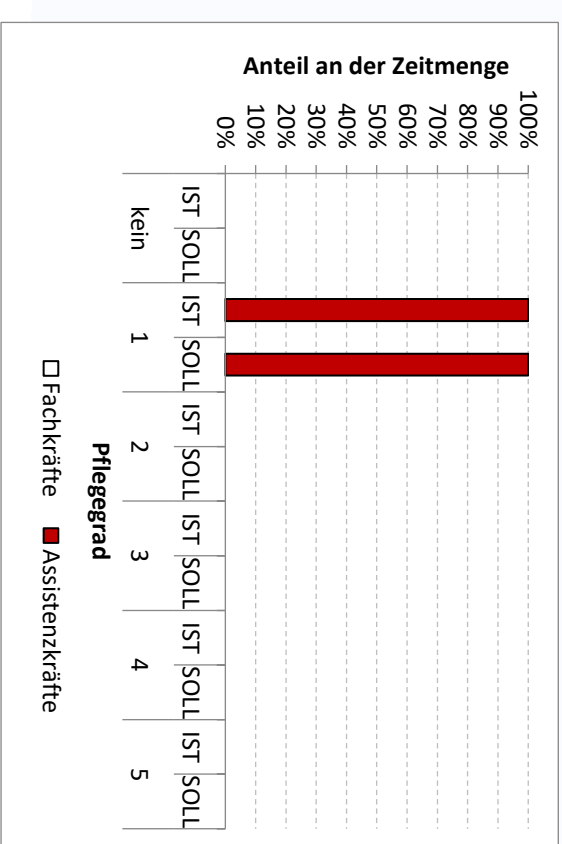
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



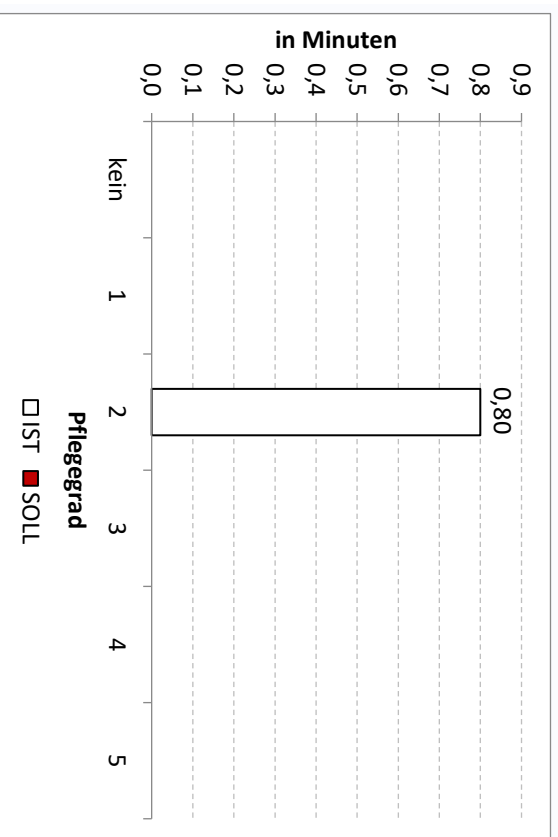
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



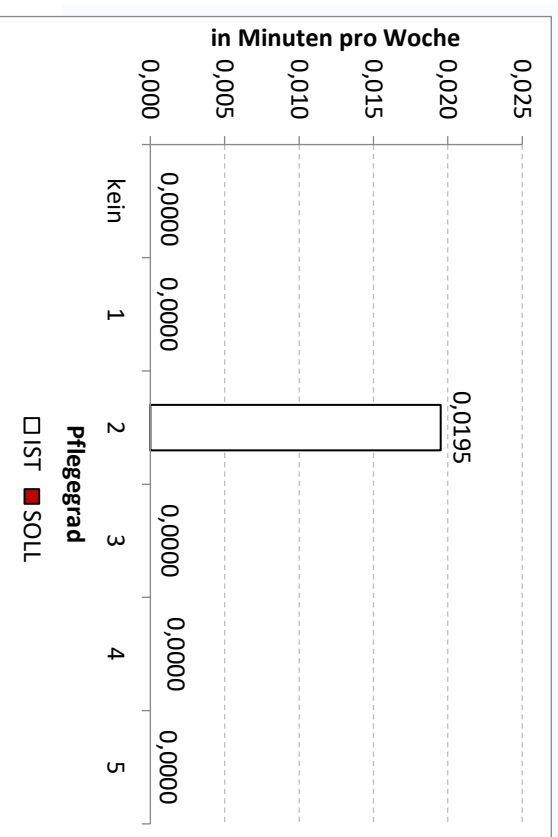
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



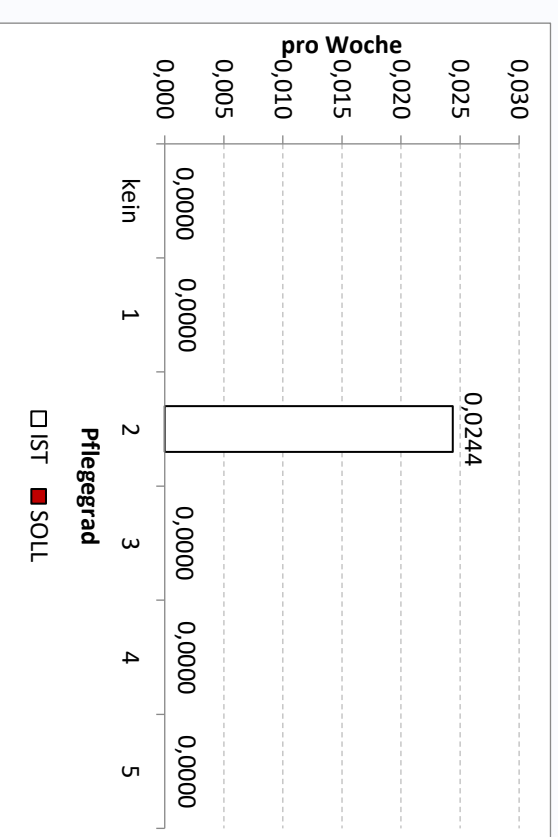
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



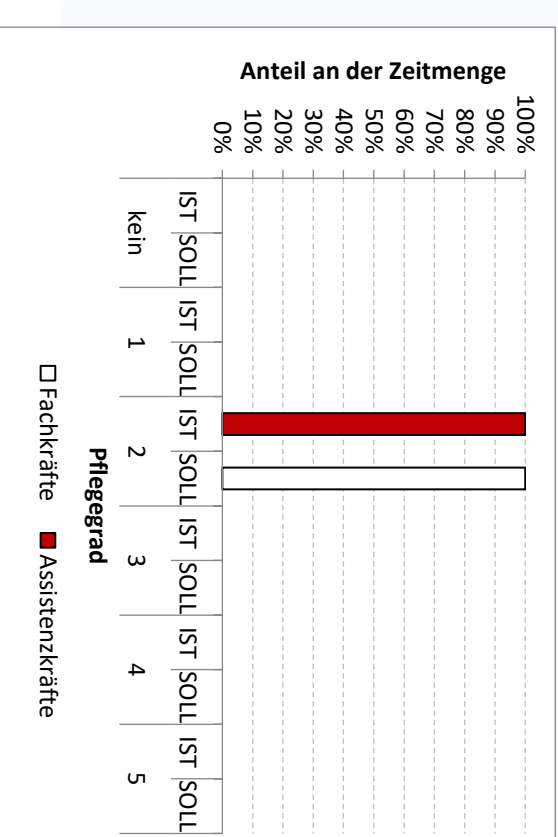
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



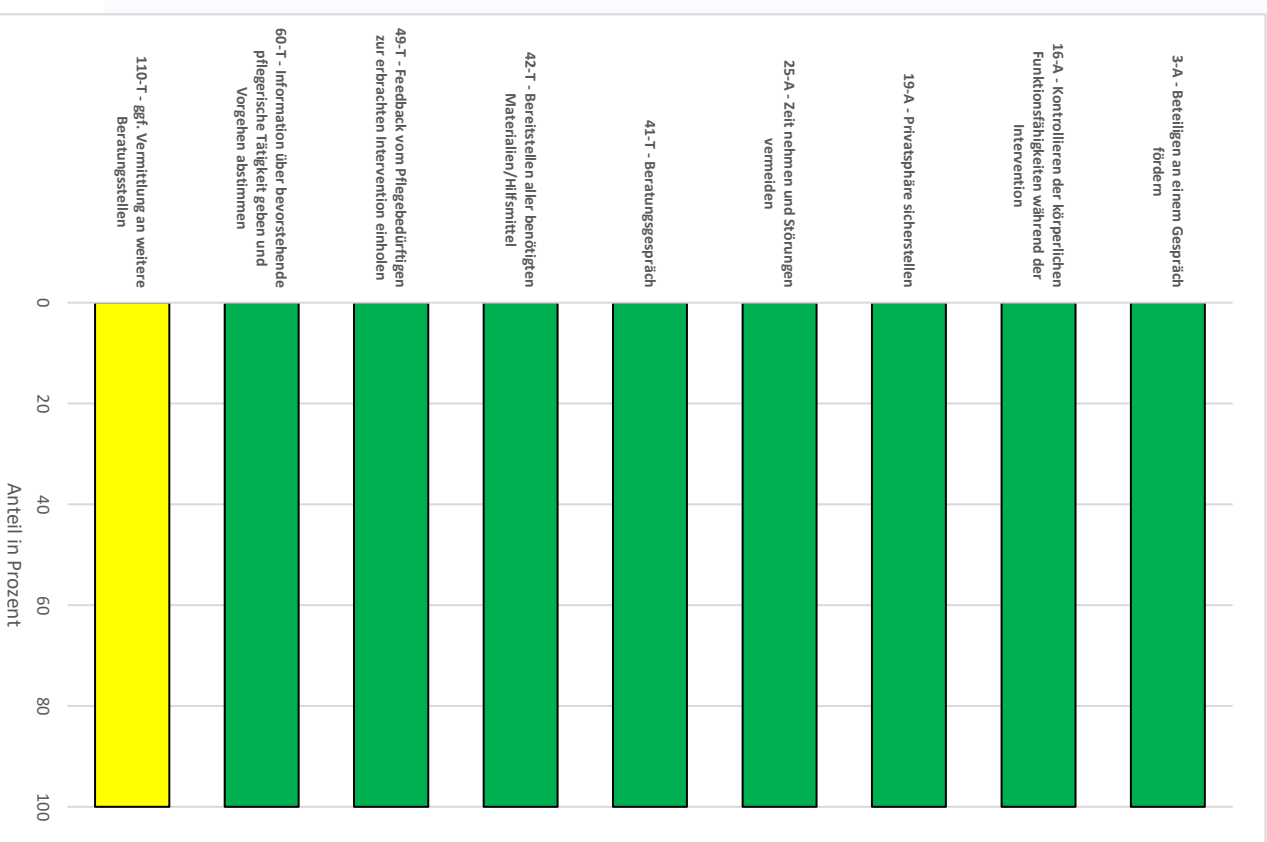
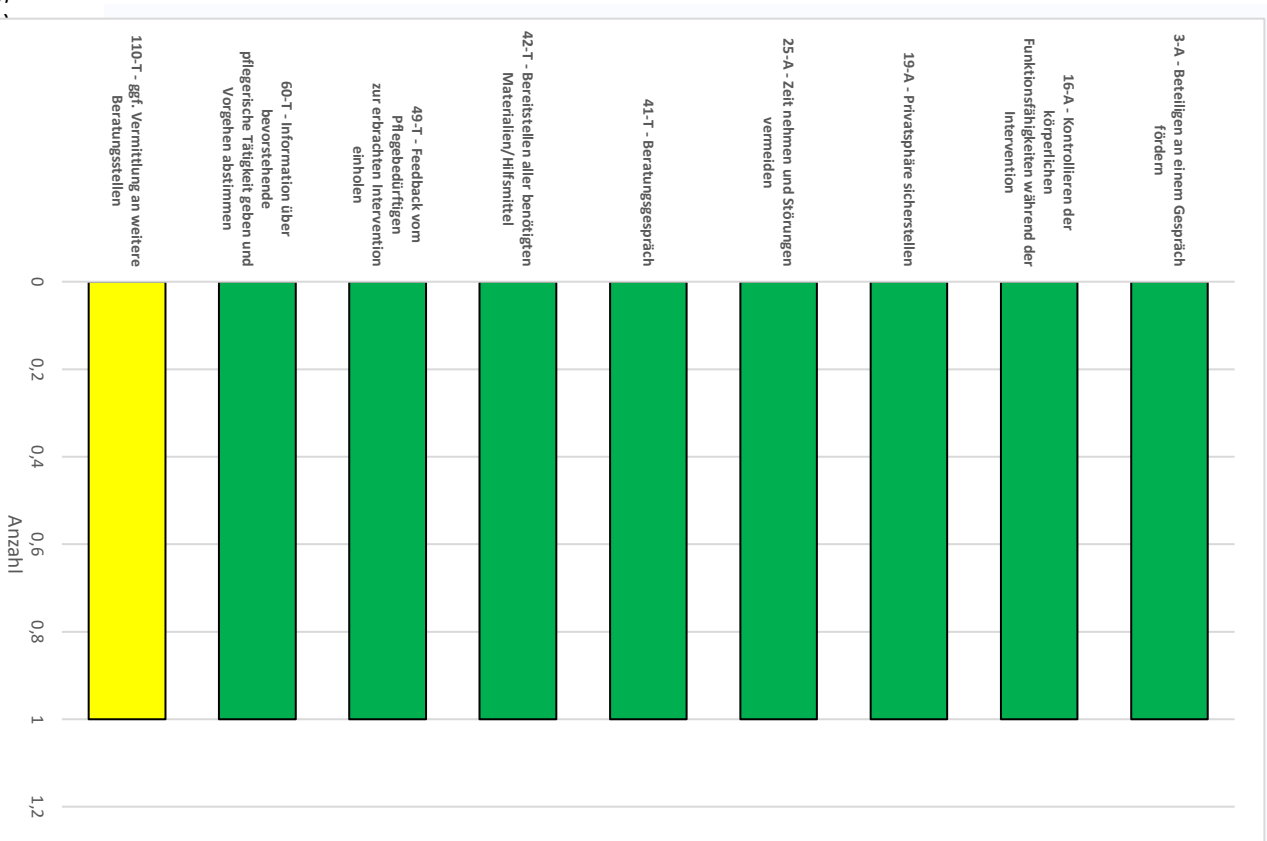
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



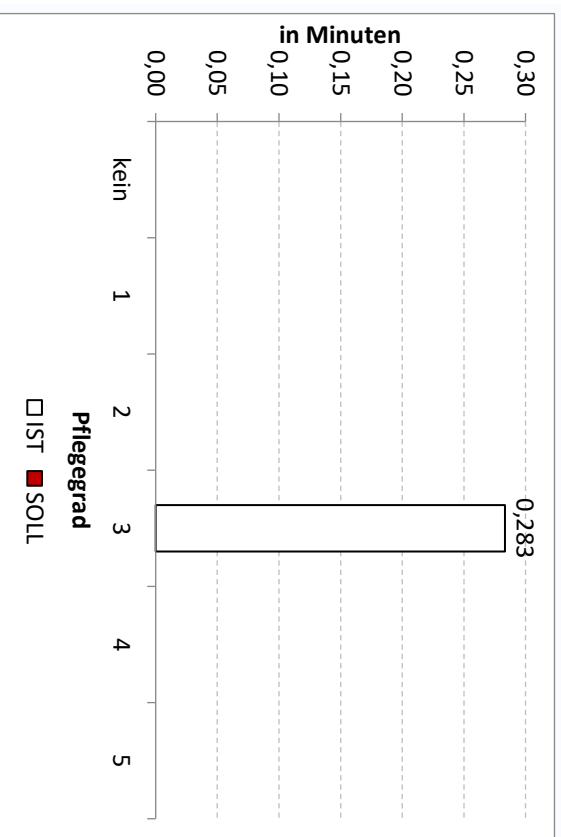
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



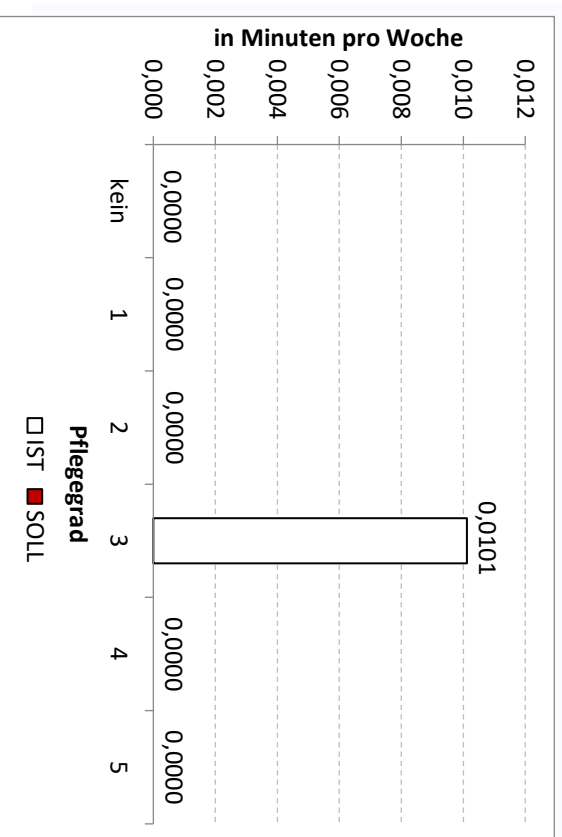
Absolute und relative Teilschrittbewertung



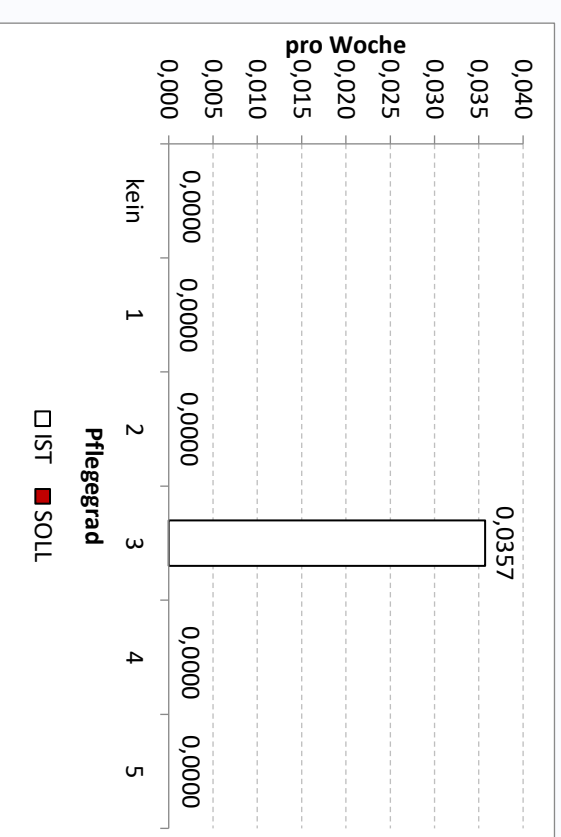
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



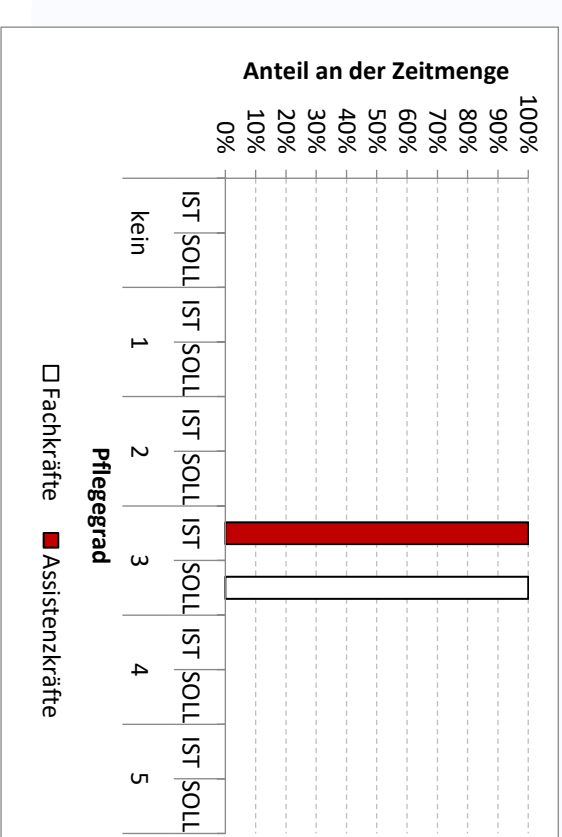
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



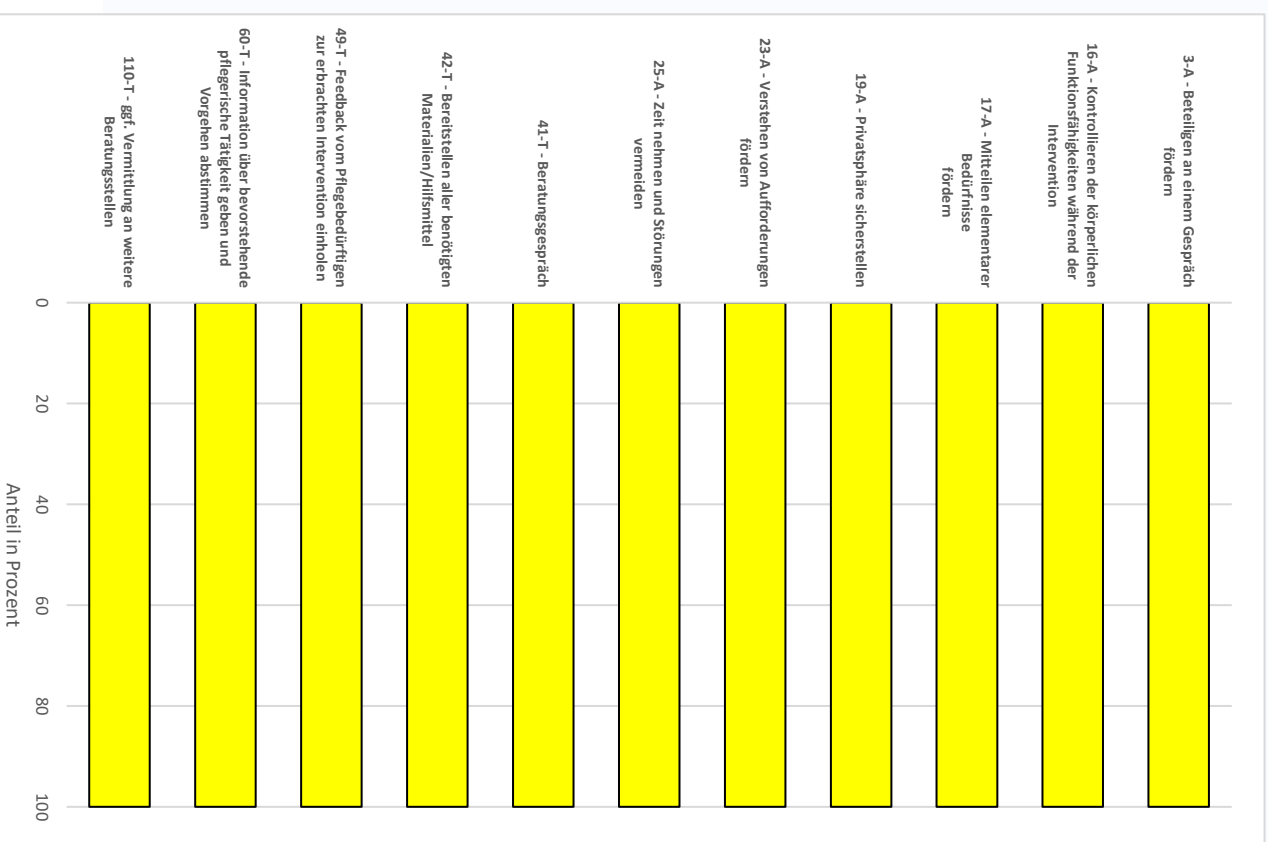
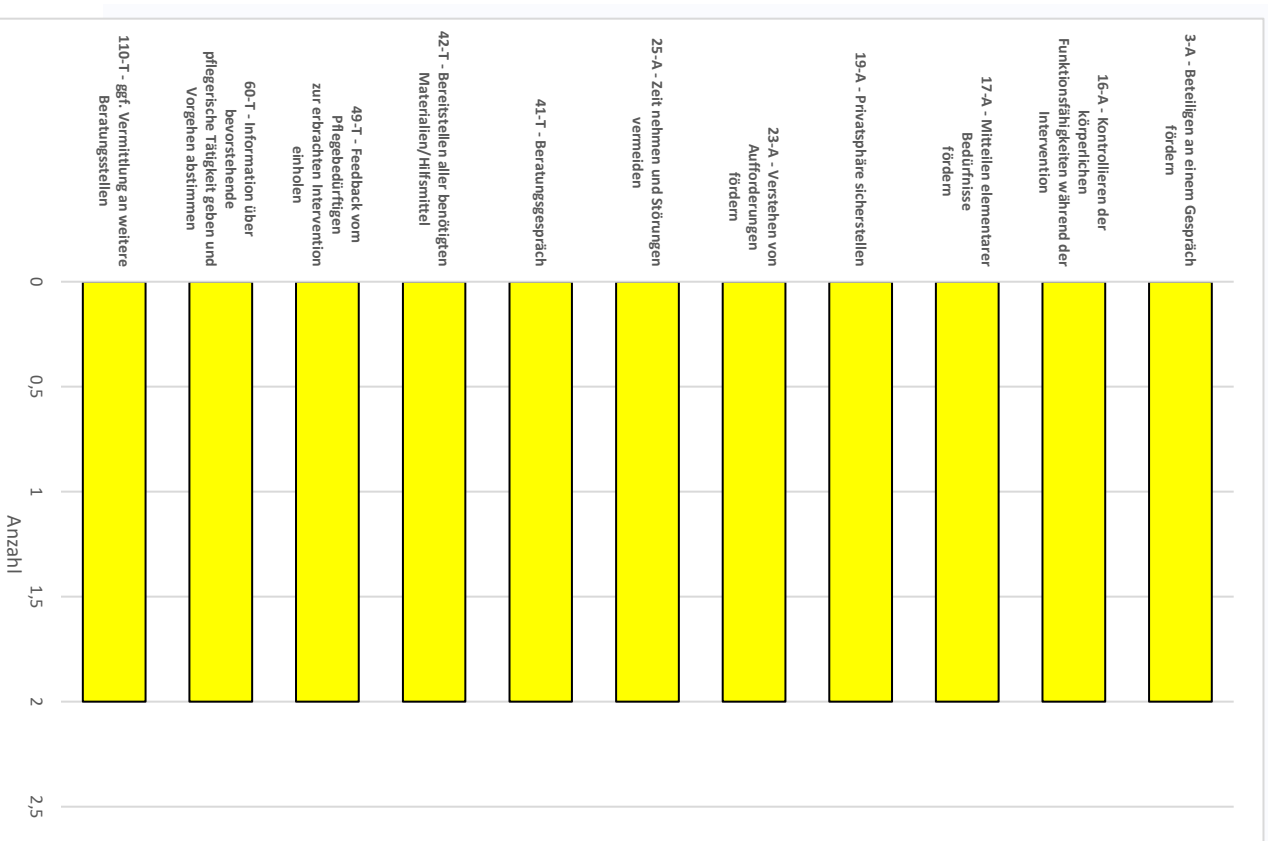
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



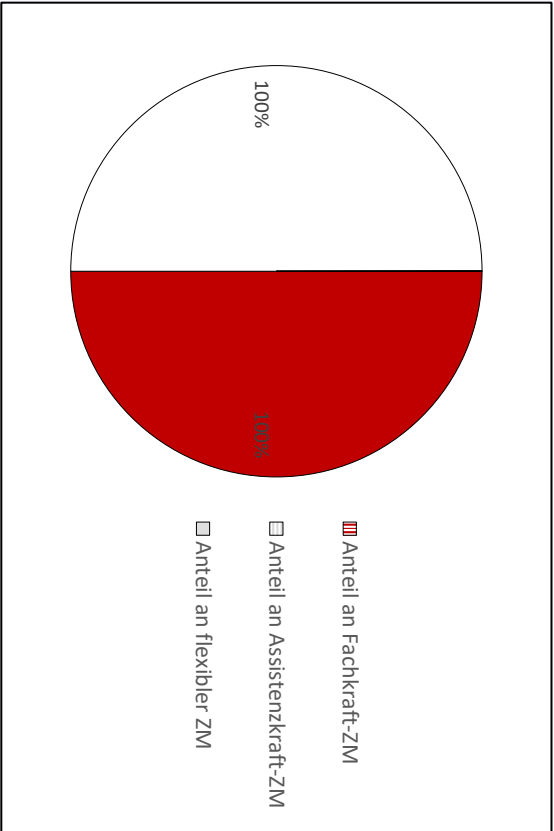
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



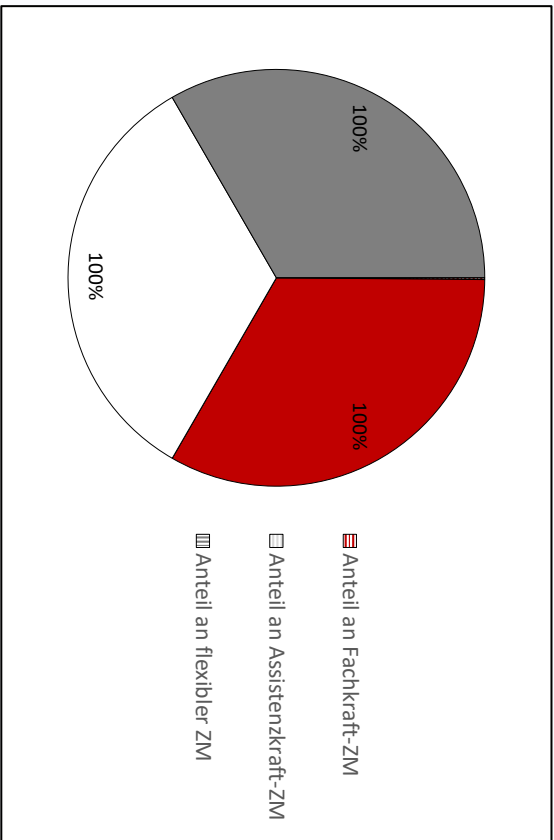
Absolute und relative Teilschrittbewertung



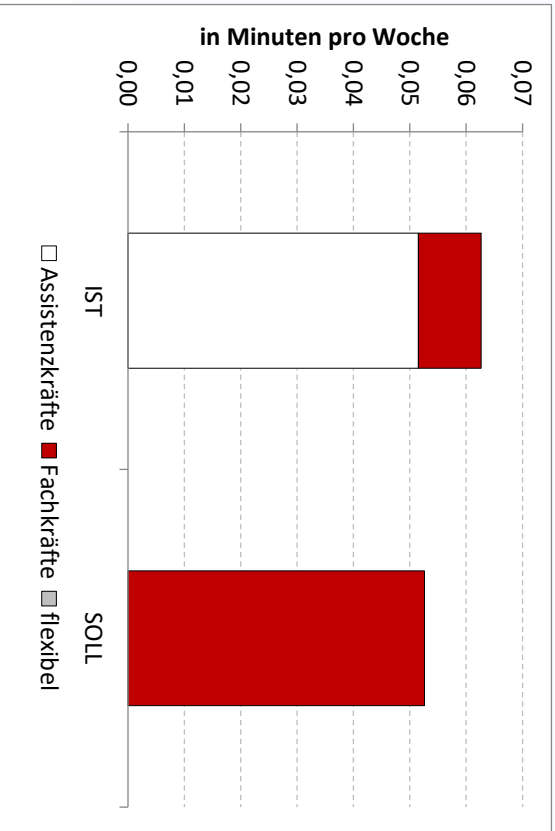
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



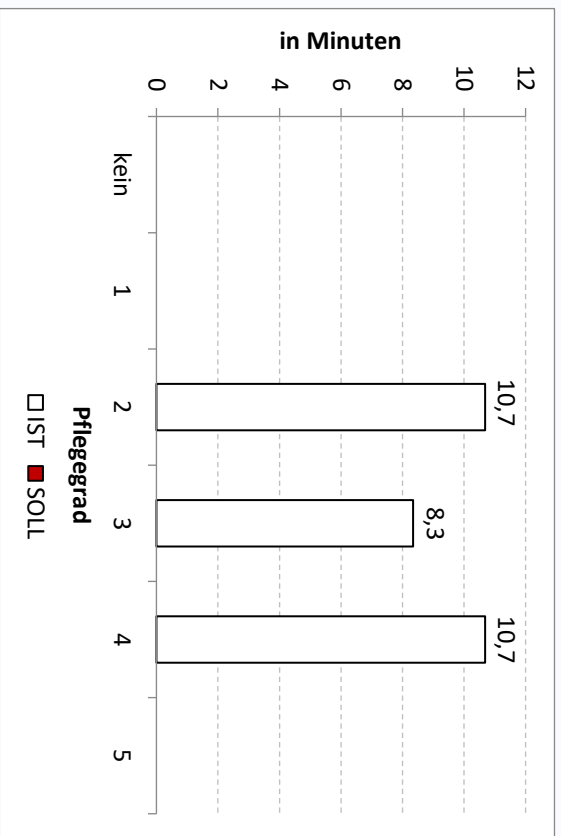
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



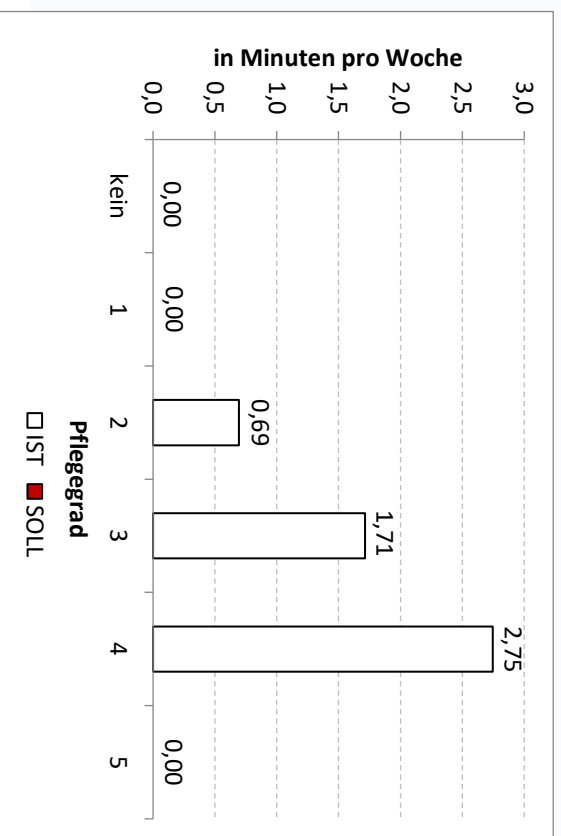
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



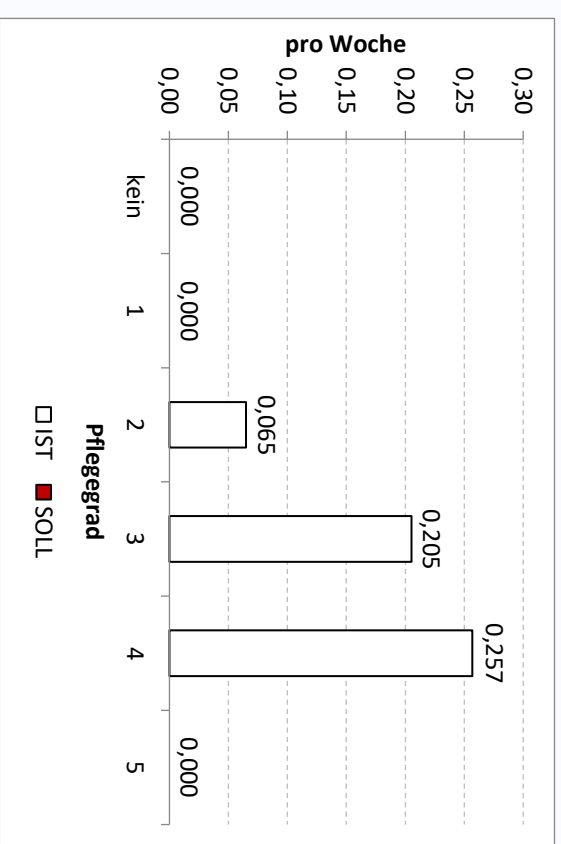
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



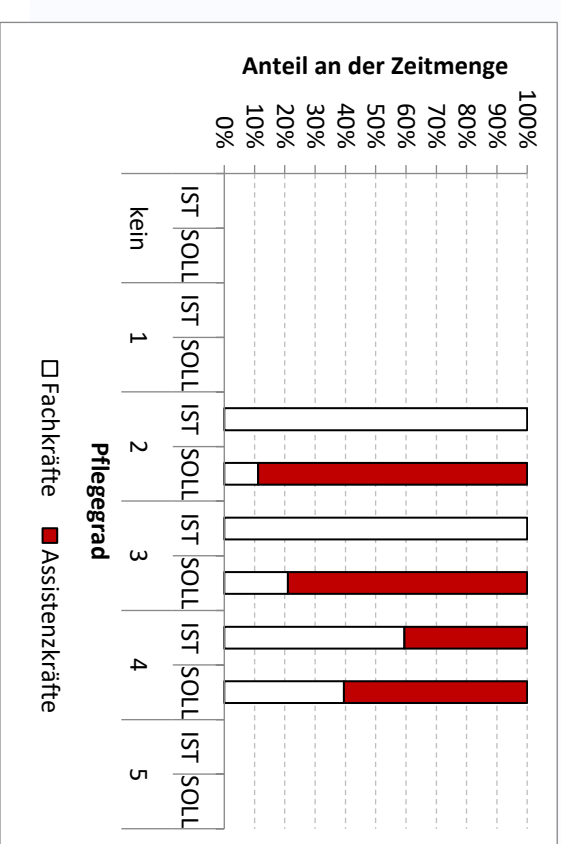
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



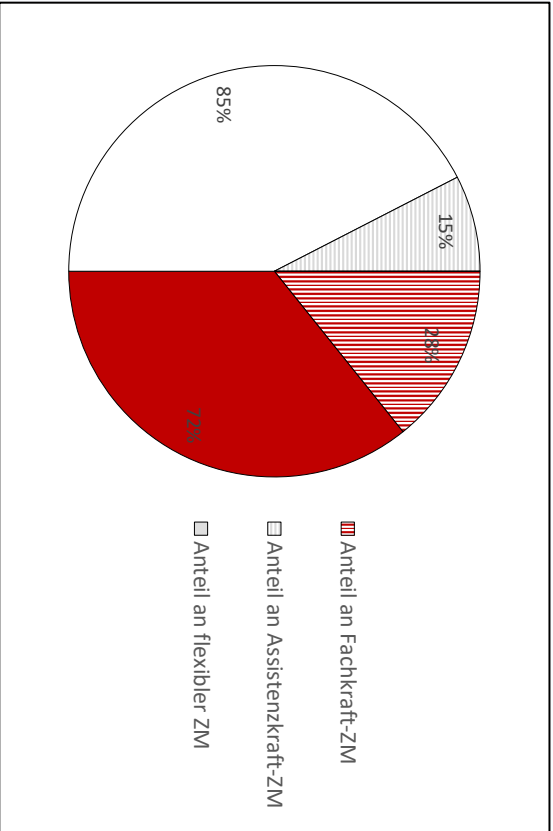
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



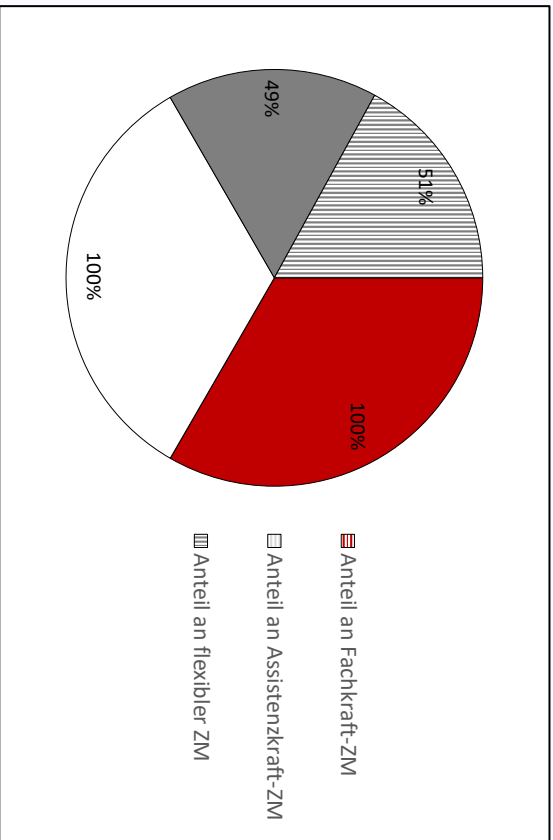
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



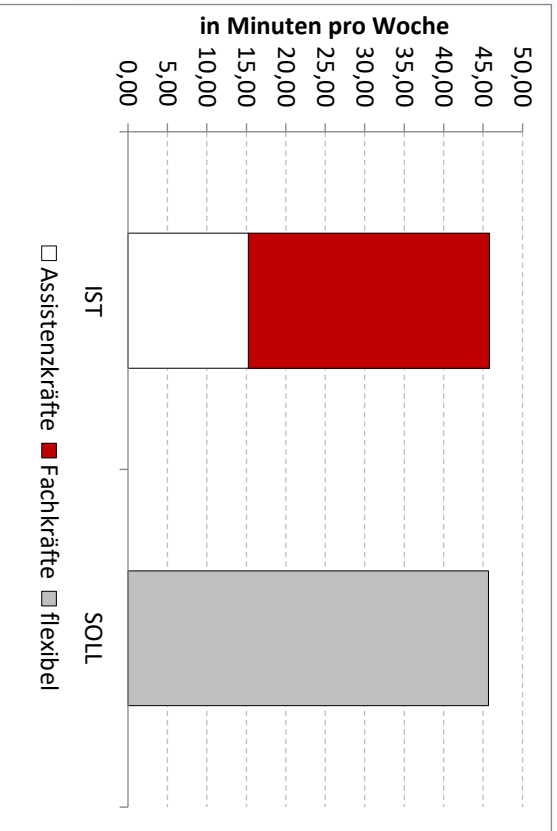
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



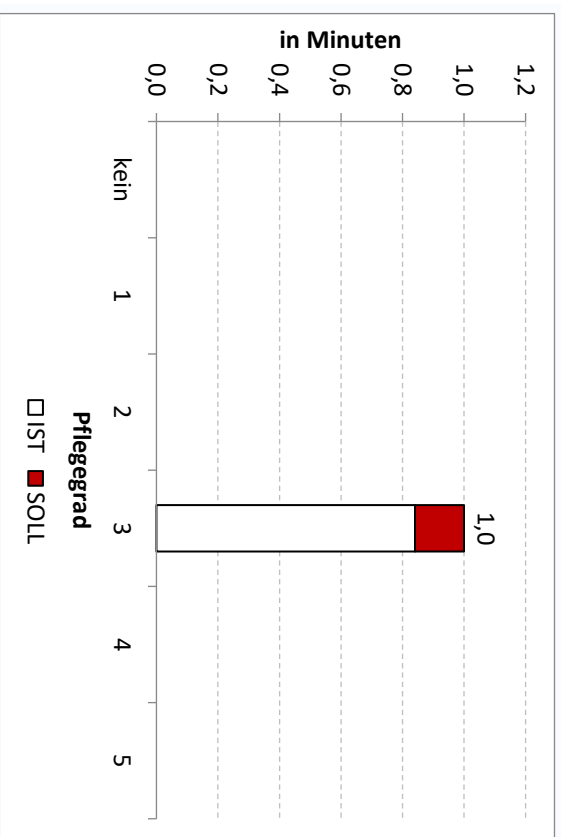
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



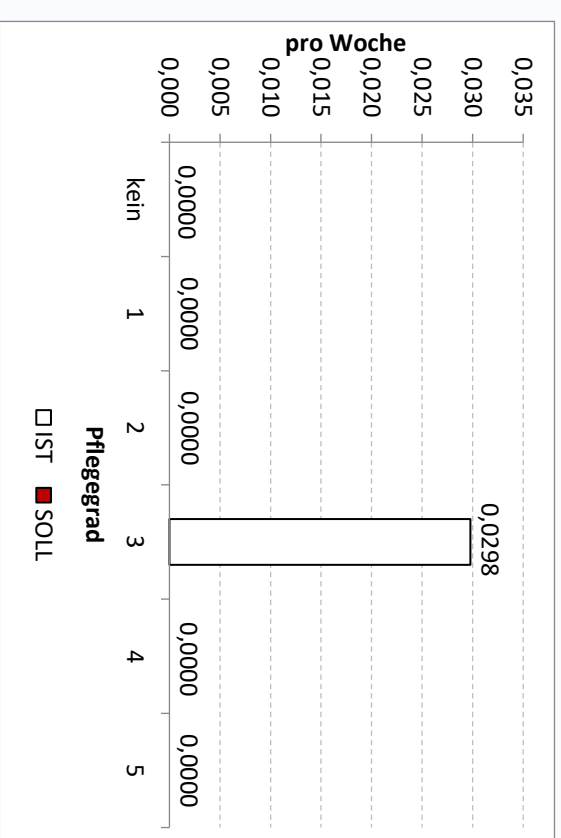
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...

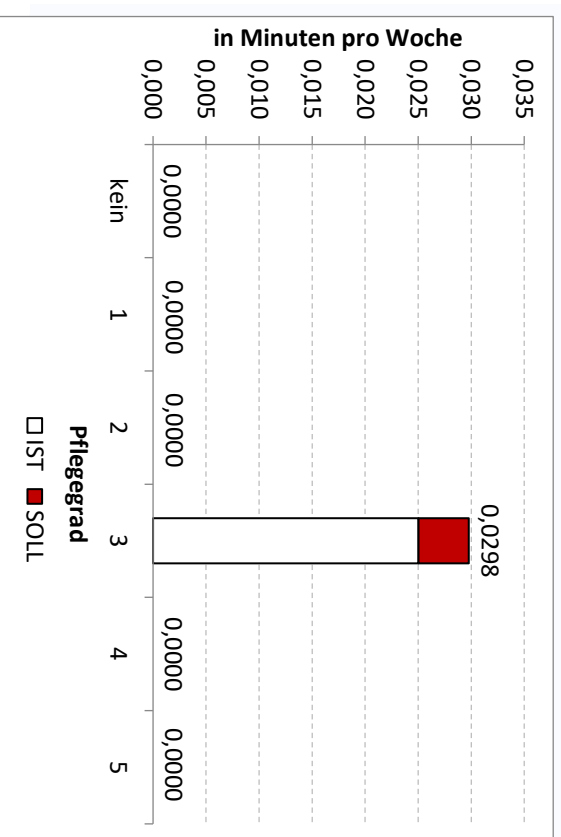


Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...

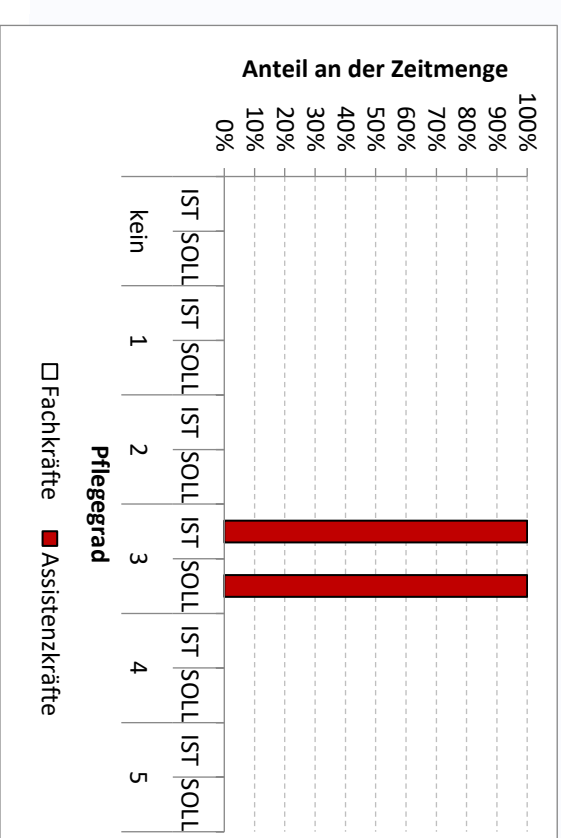


7.2 Einzug

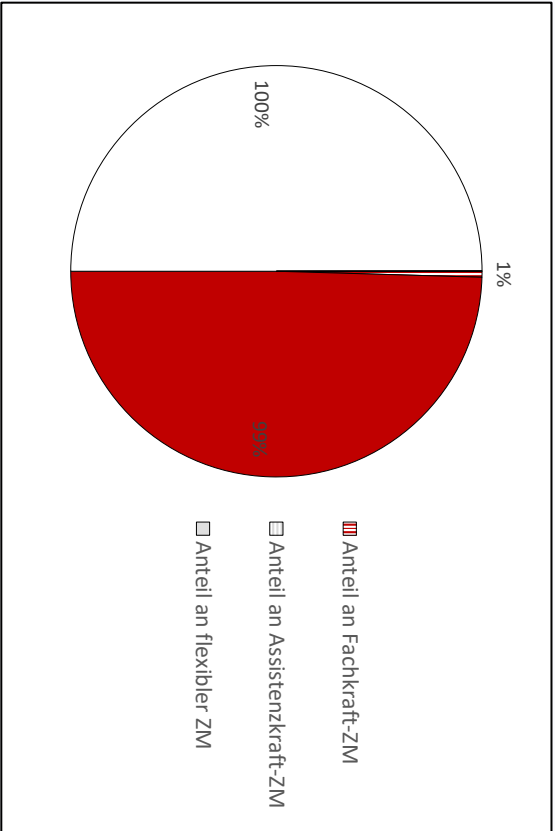
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



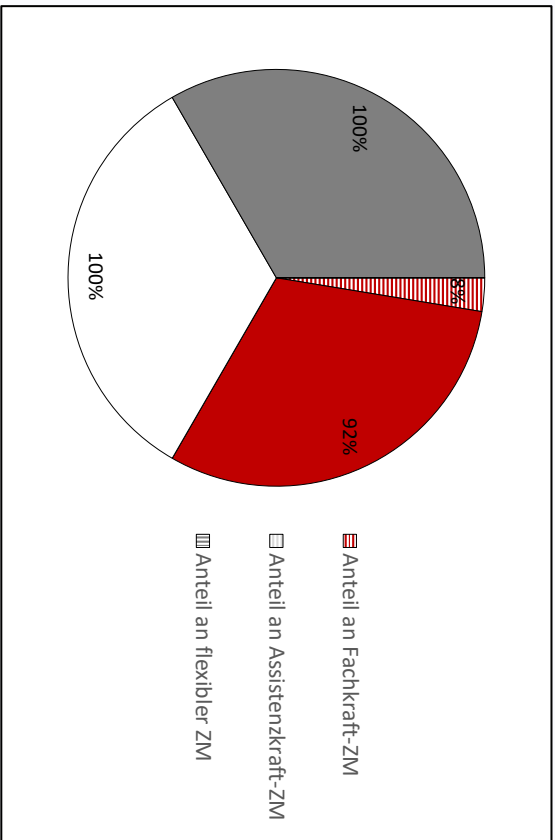
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



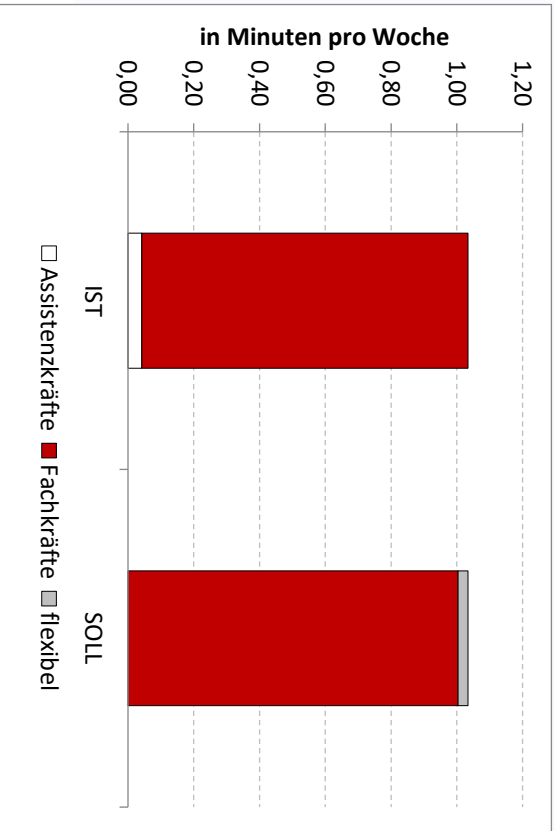
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



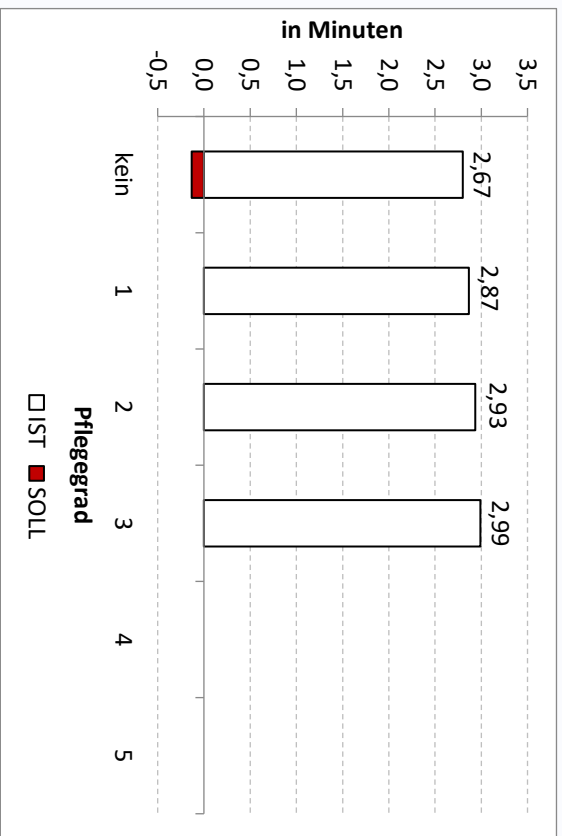
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



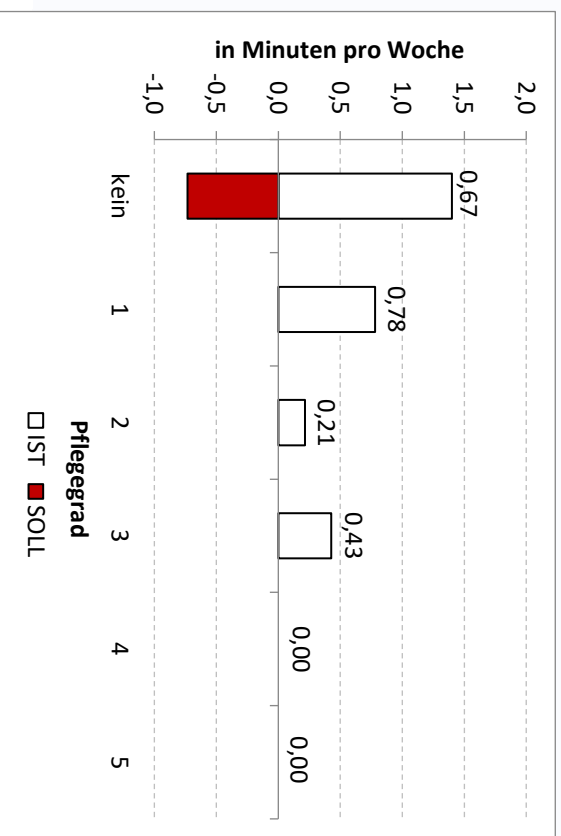
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



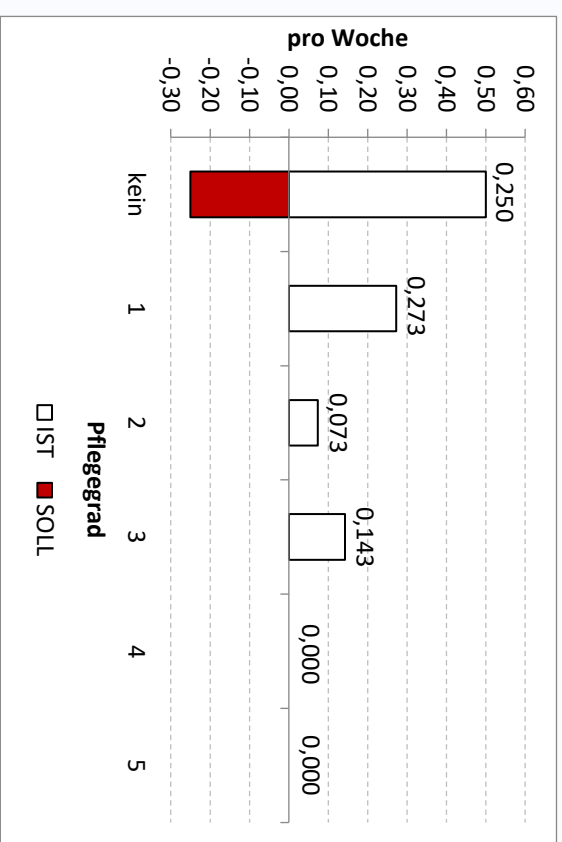
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



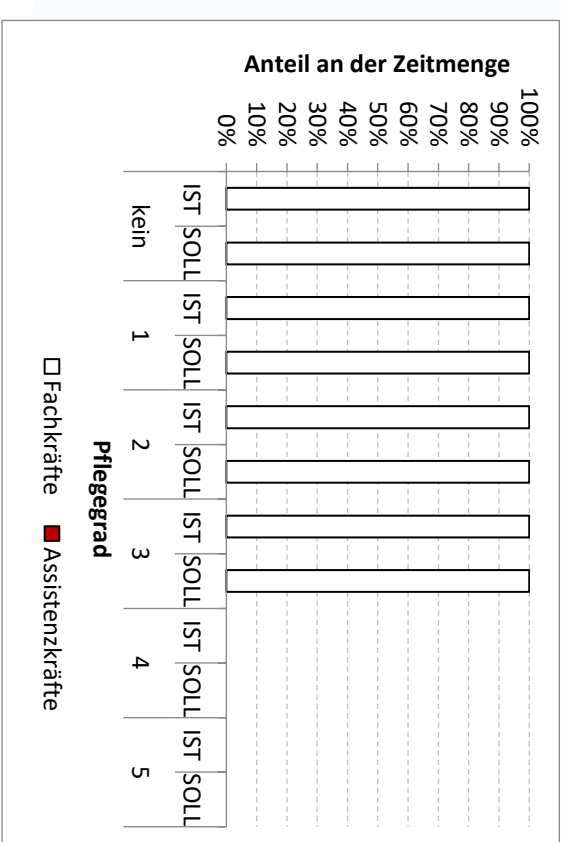
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...

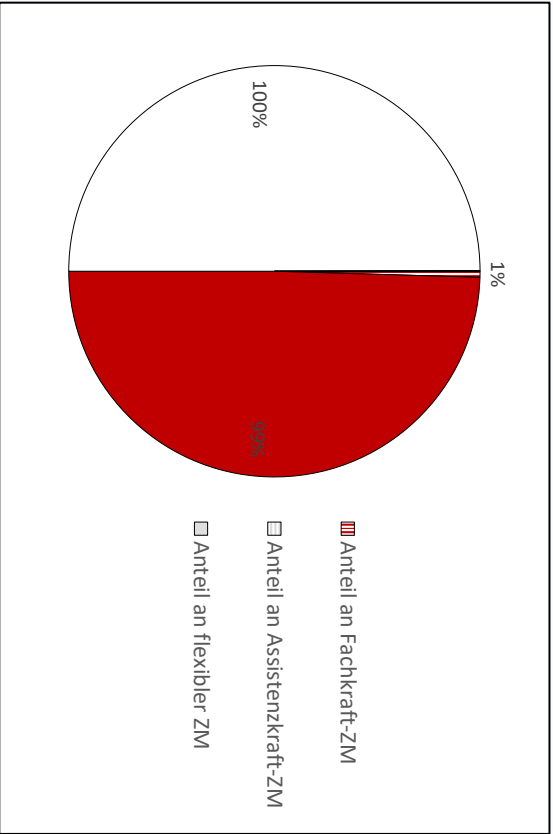


Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)

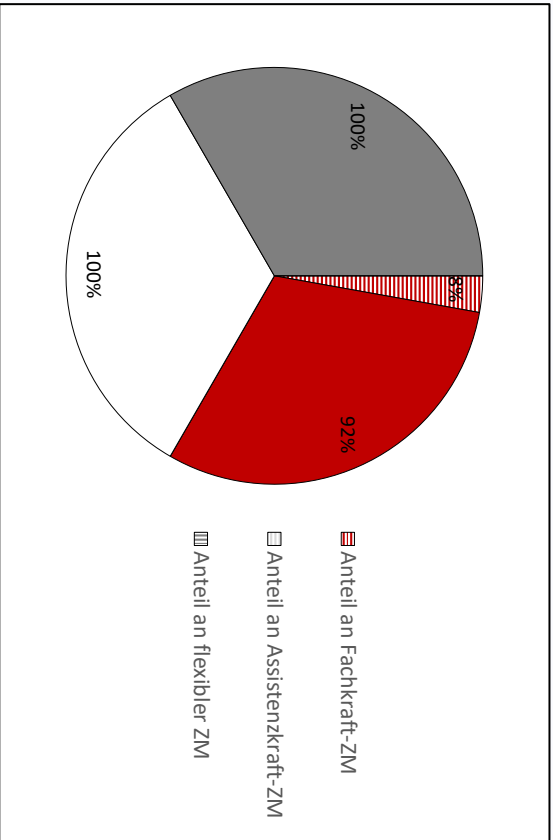


7.3 Steuerung des Pflegeprozesses

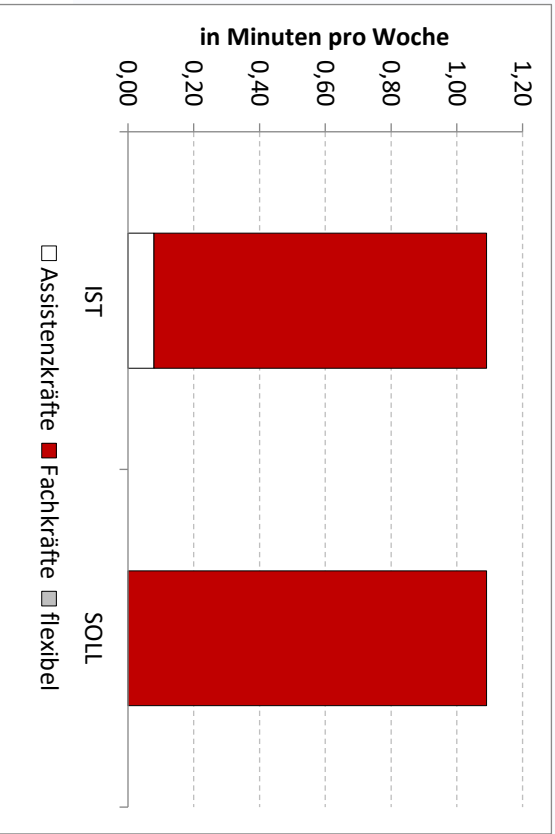
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



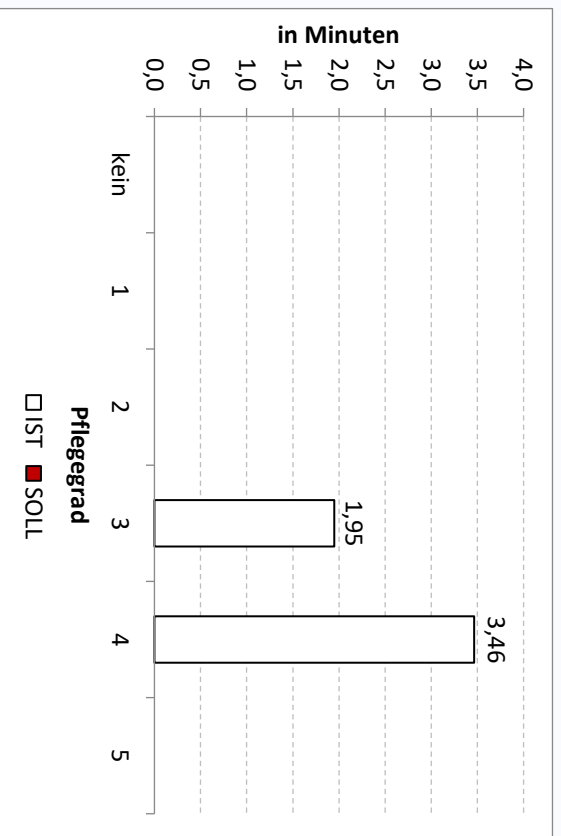
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



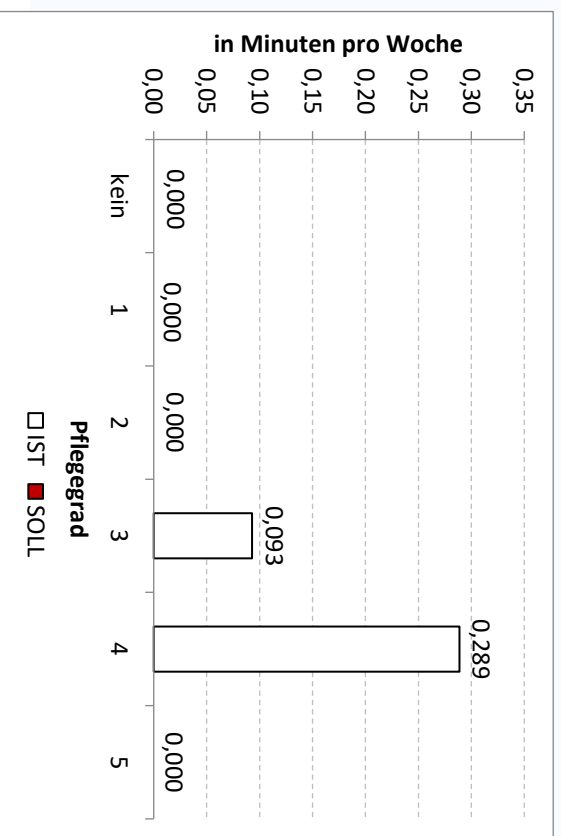
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



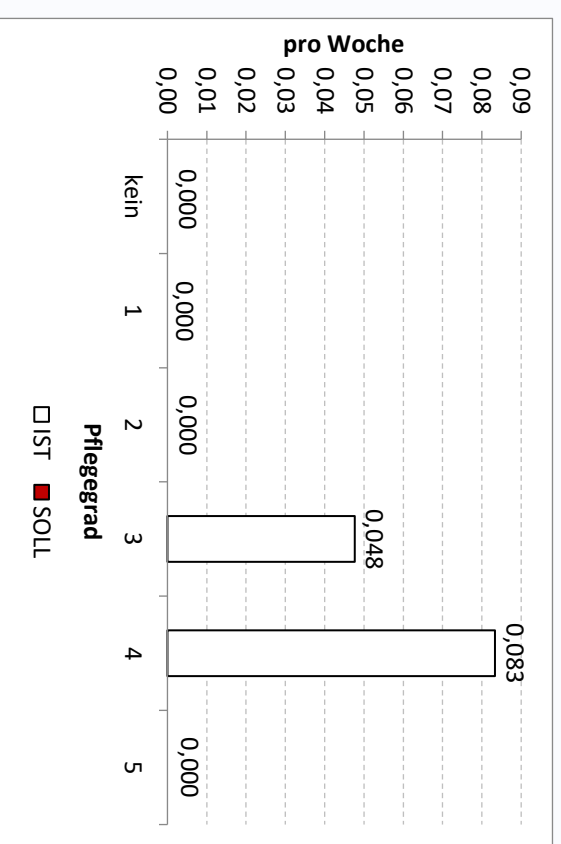
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



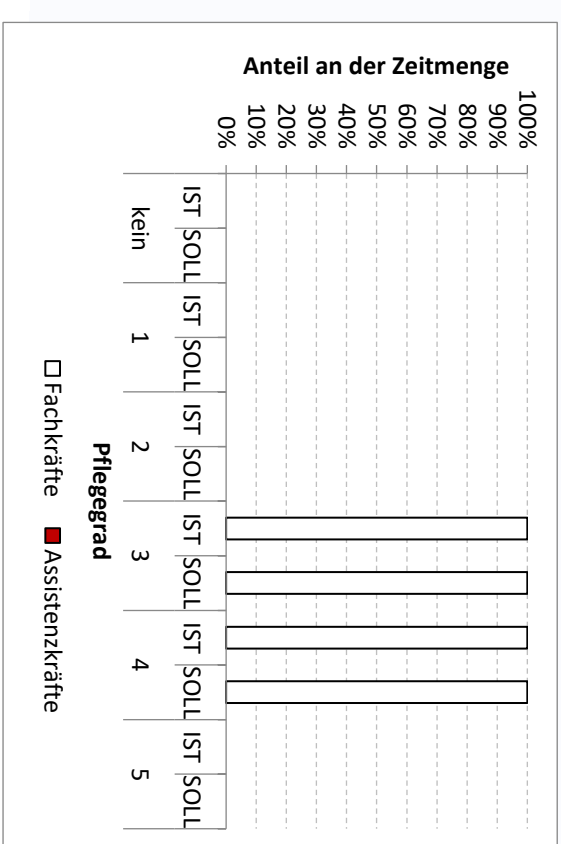
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



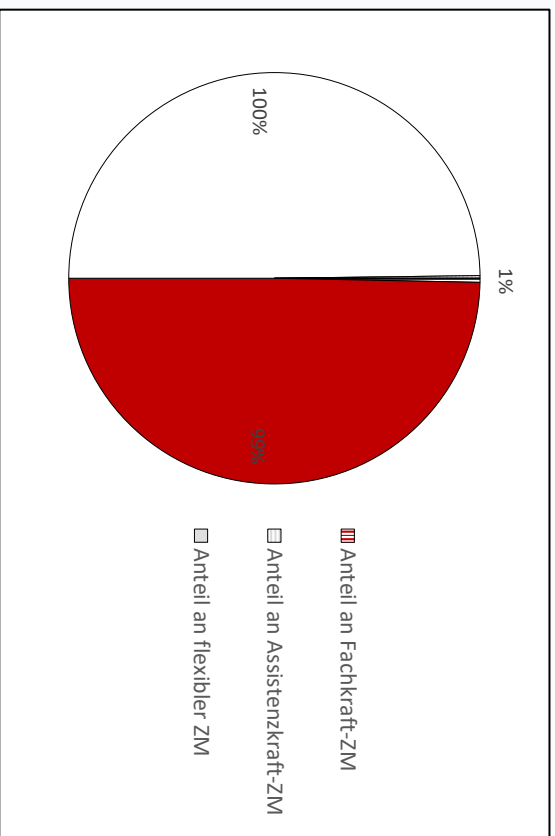
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



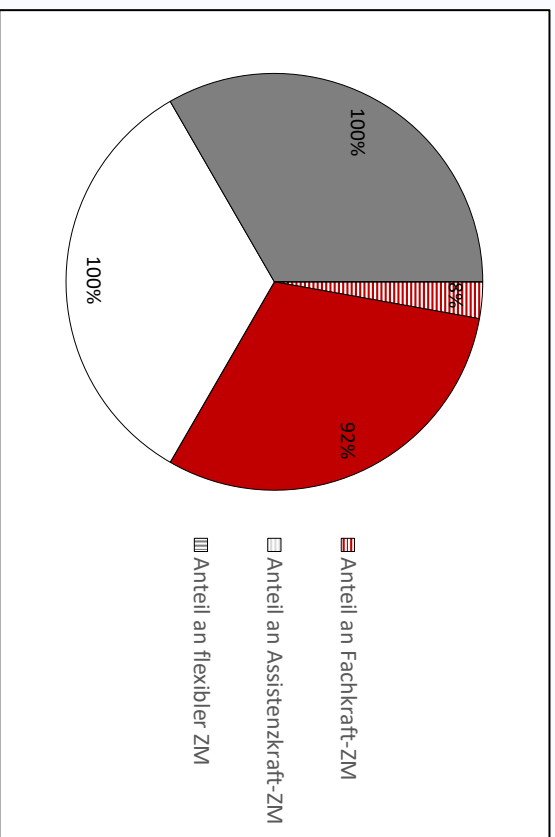
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



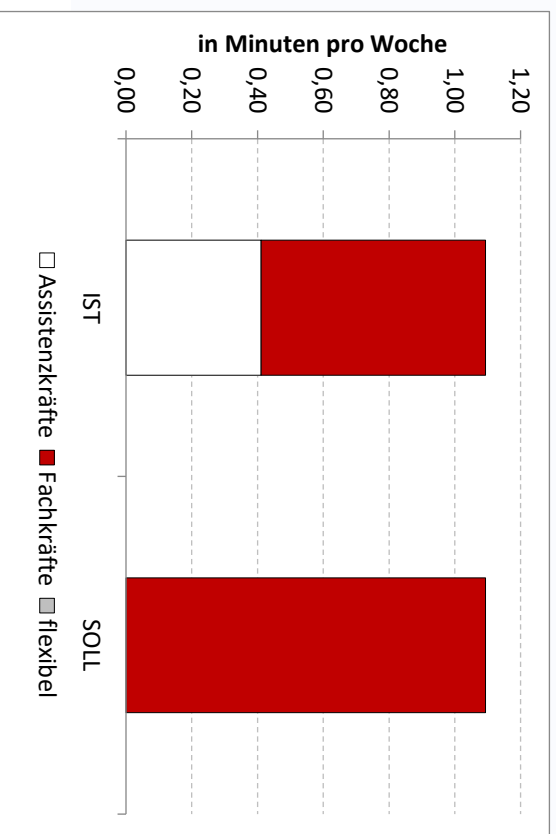
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



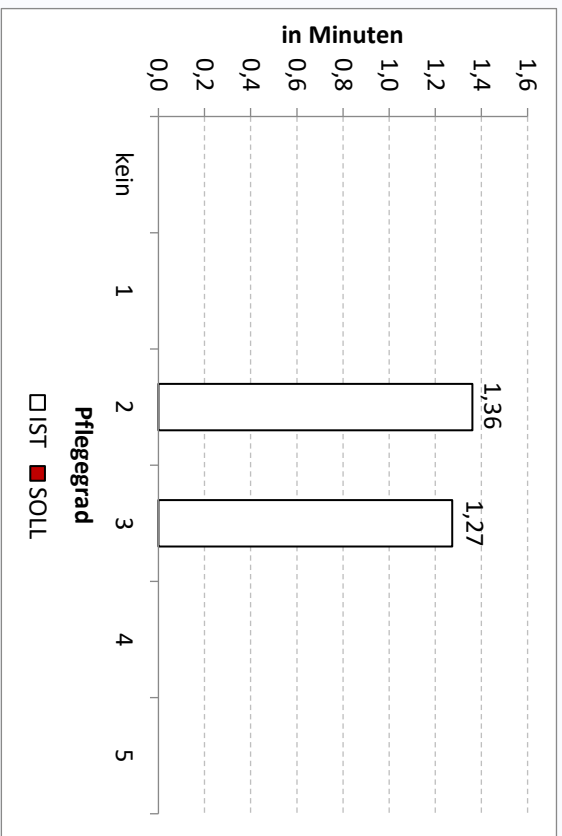
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



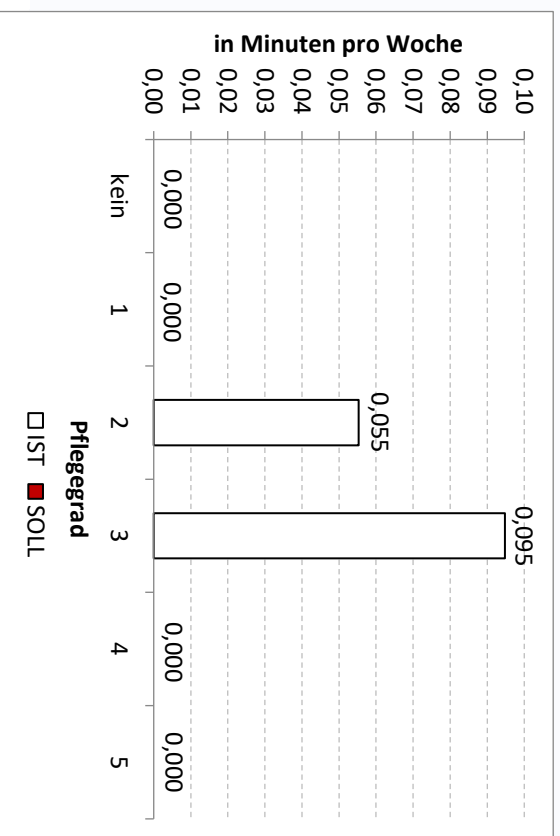
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



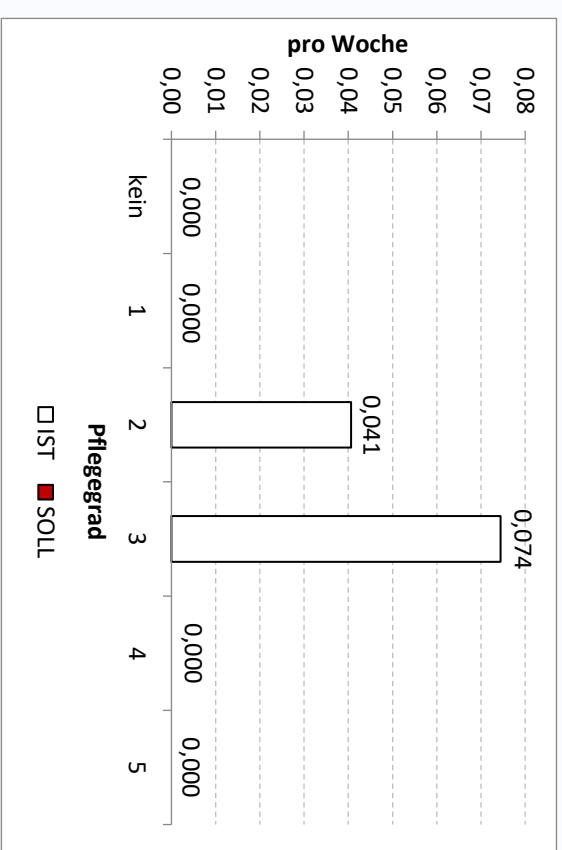
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



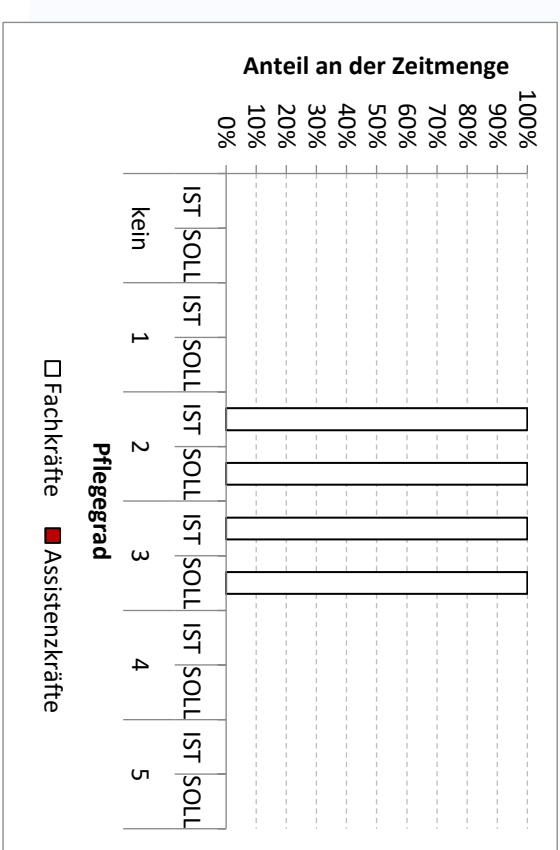
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...

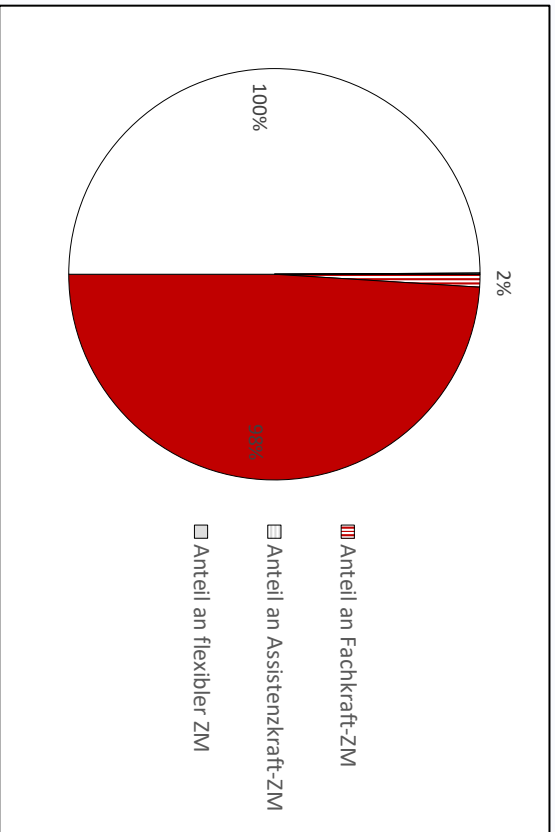


Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)

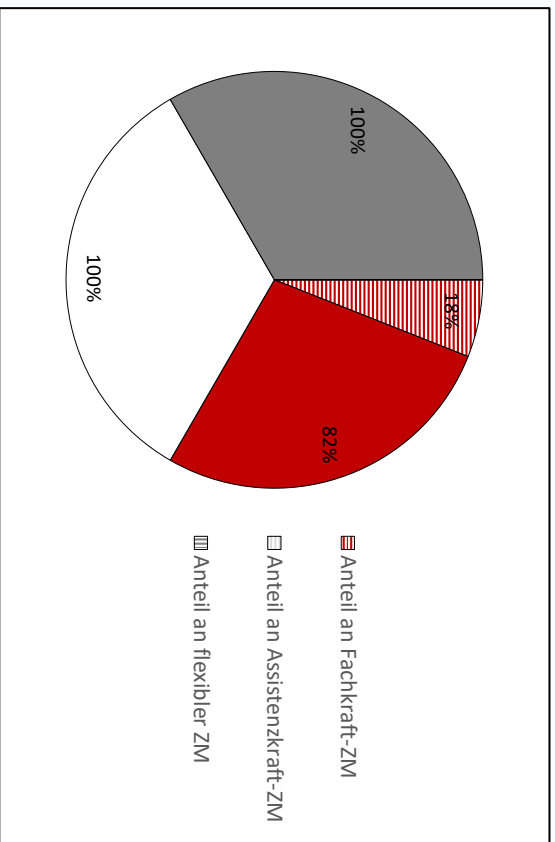


7.5 Berufsgruppenübergreifende Kommunikation

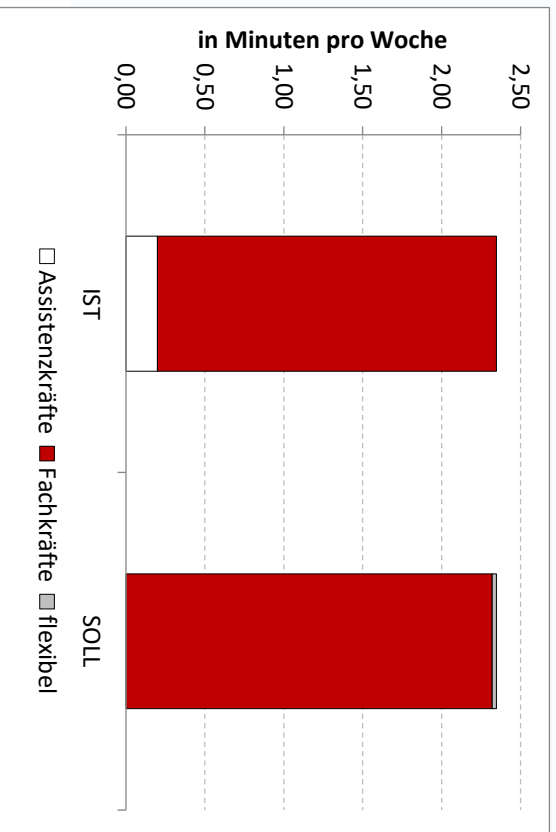
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege

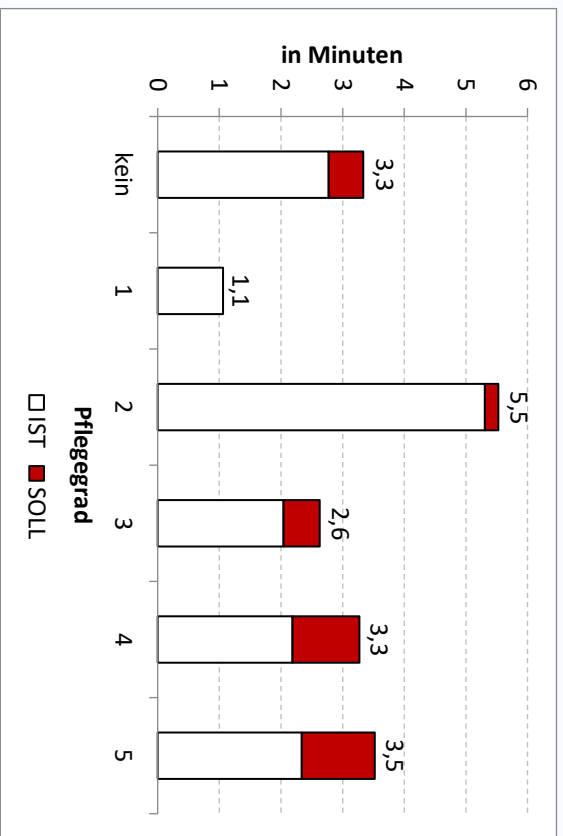


Zeitmengen nach Qualifikationsmix

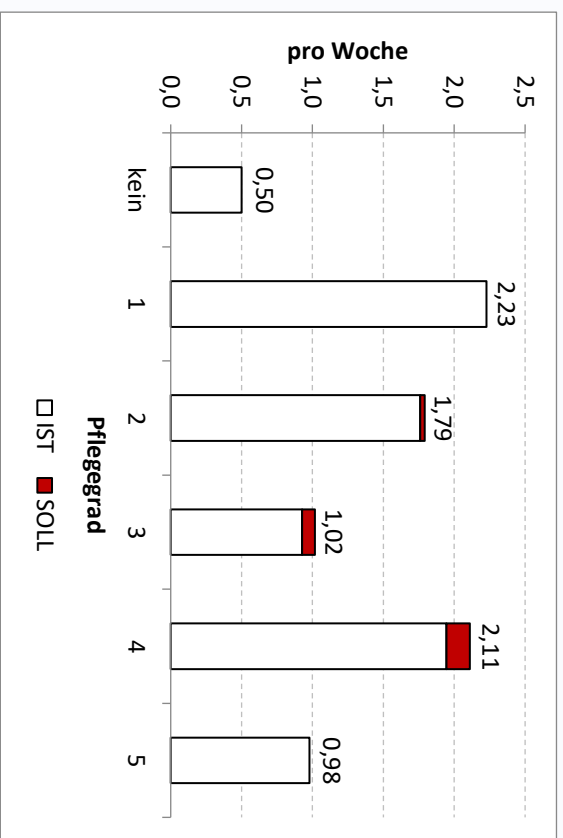


7.6 Bewohnergespräch

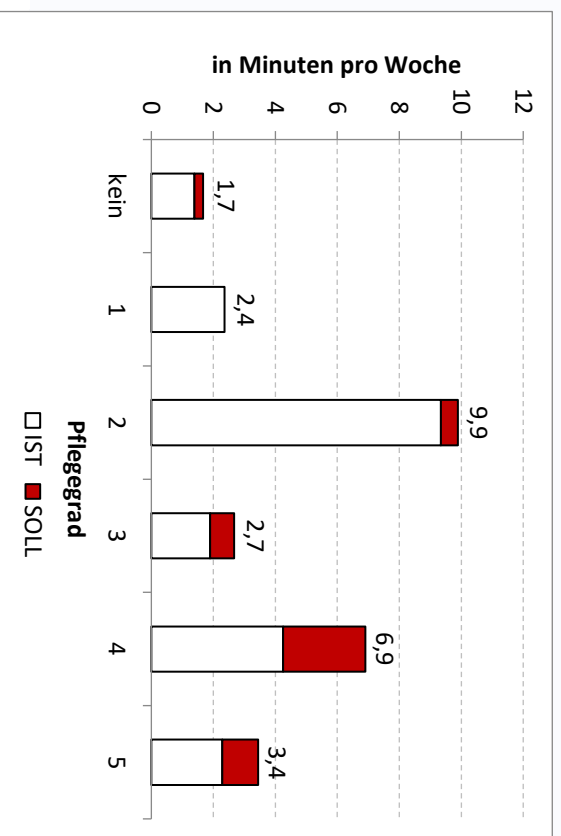
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



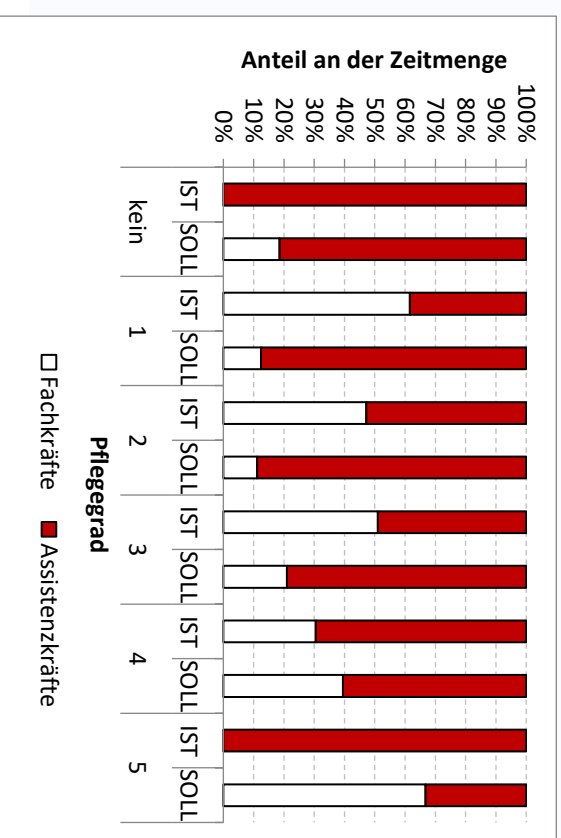
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach ...



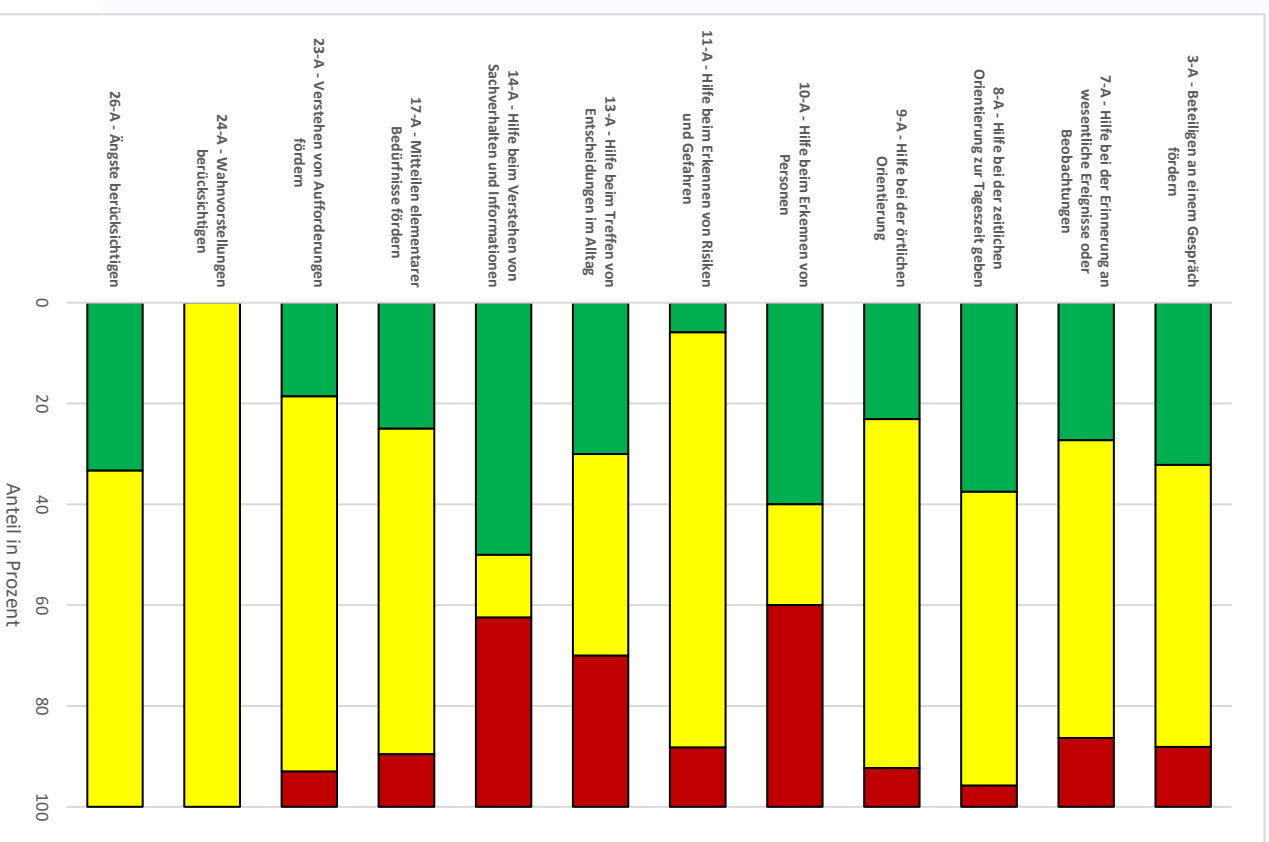
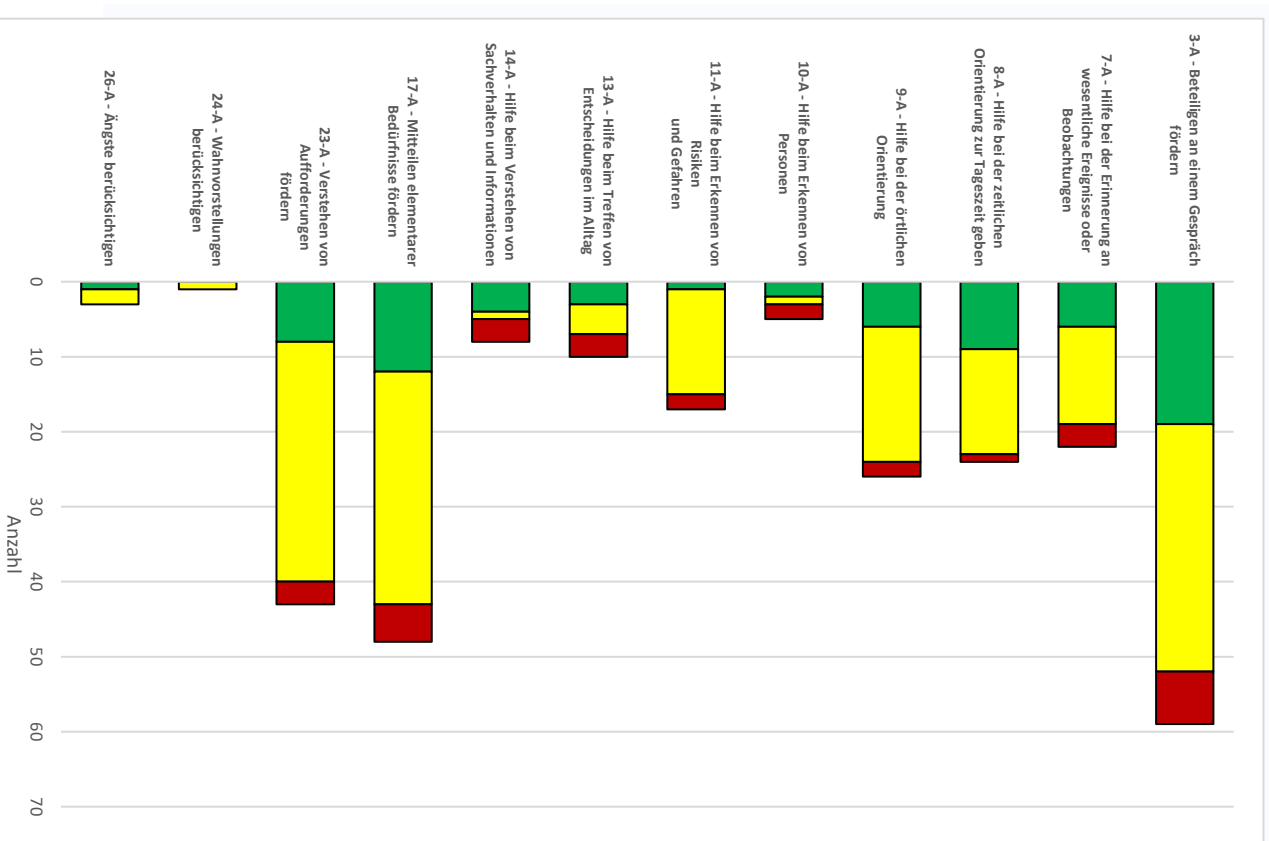
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



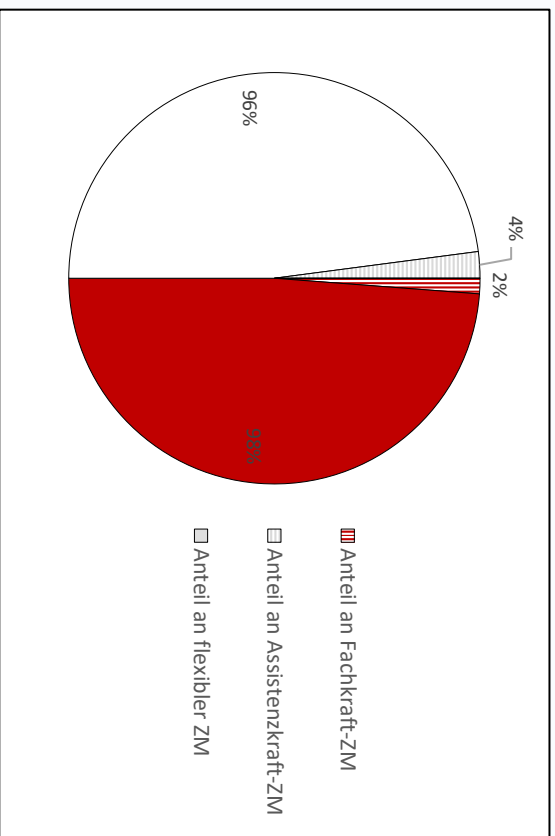
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



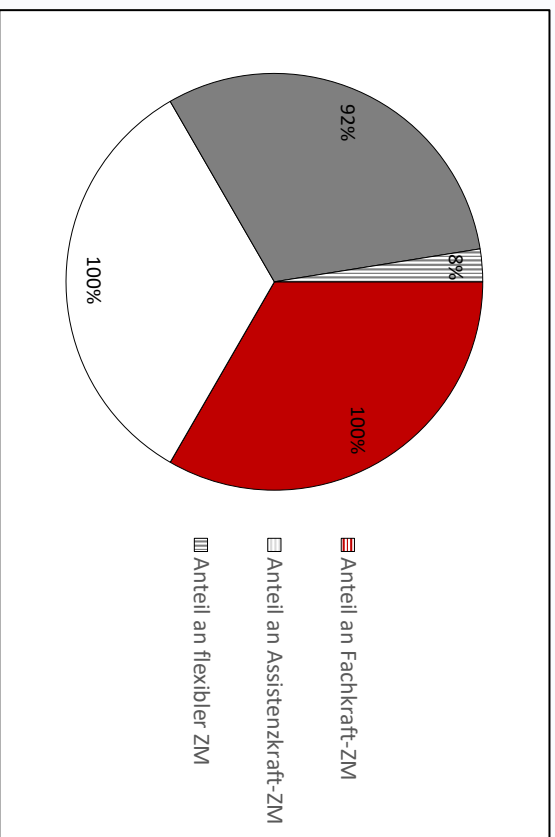
Absolute und relative Teilschrittbewertung



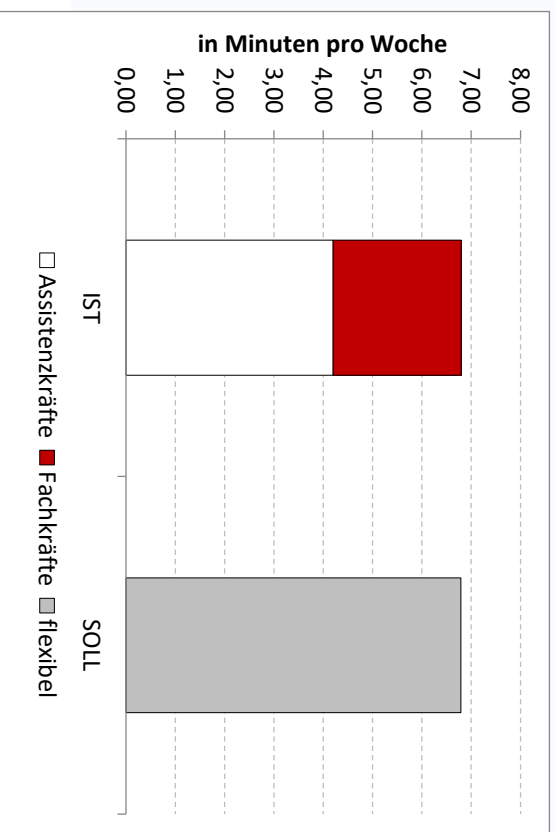
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



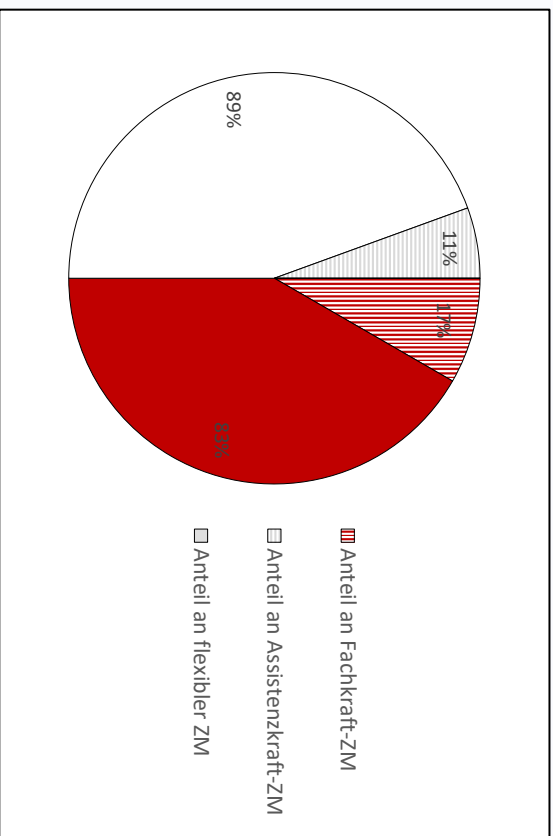
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



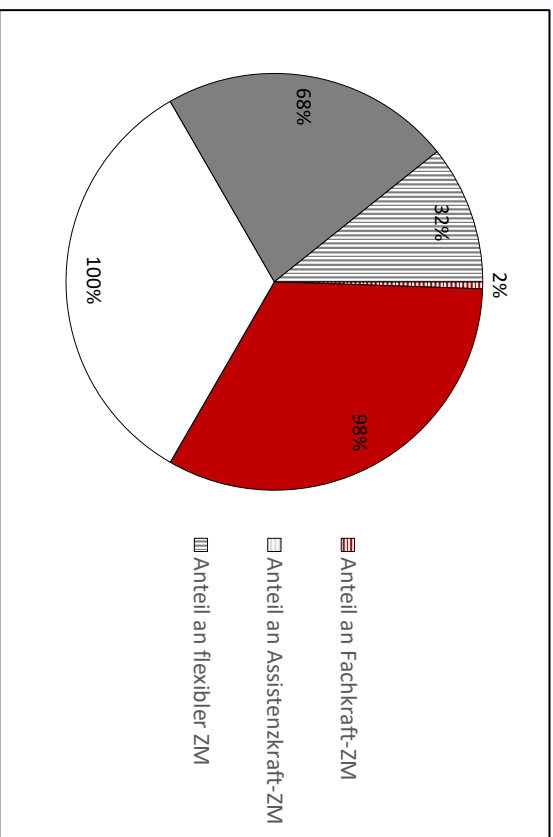
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



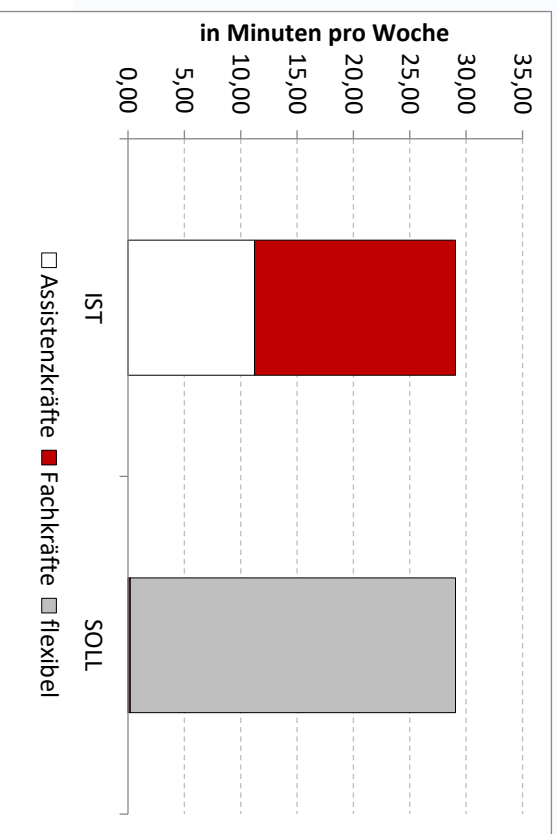
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege

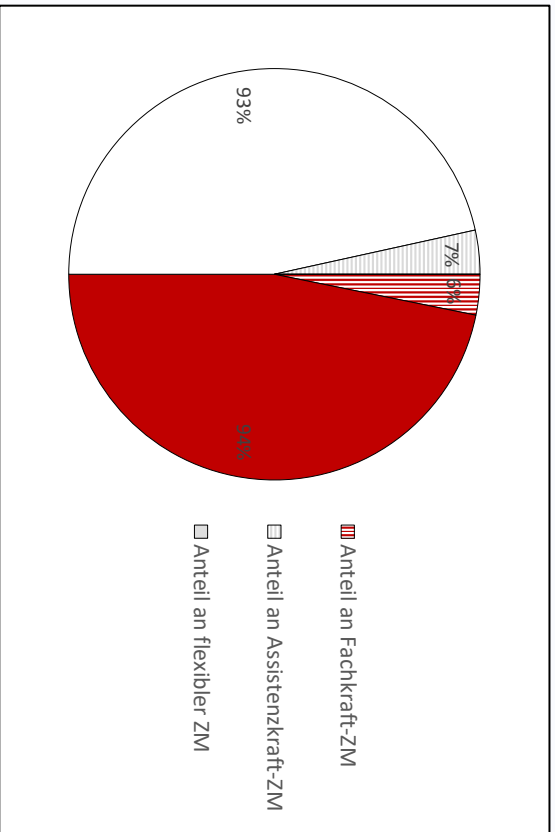


Zeitmengen nach Qualifikationsmix

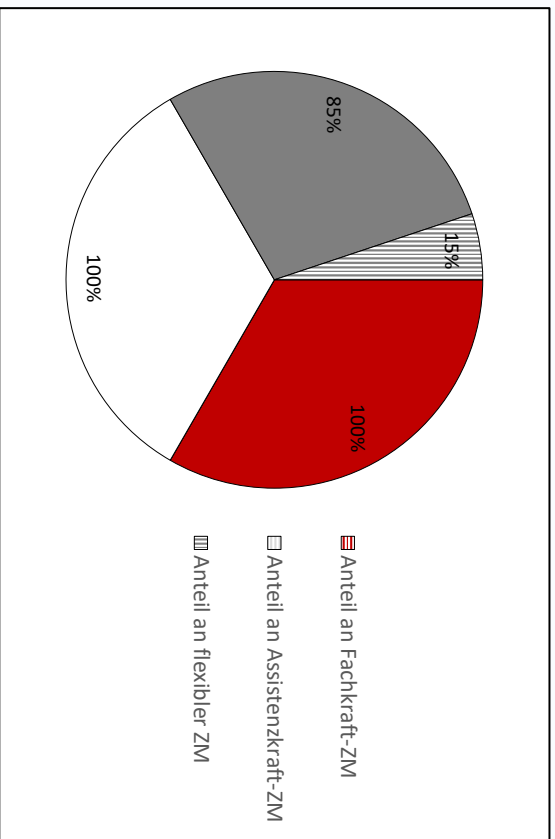


7.8 Mitarbeiterkommunikation

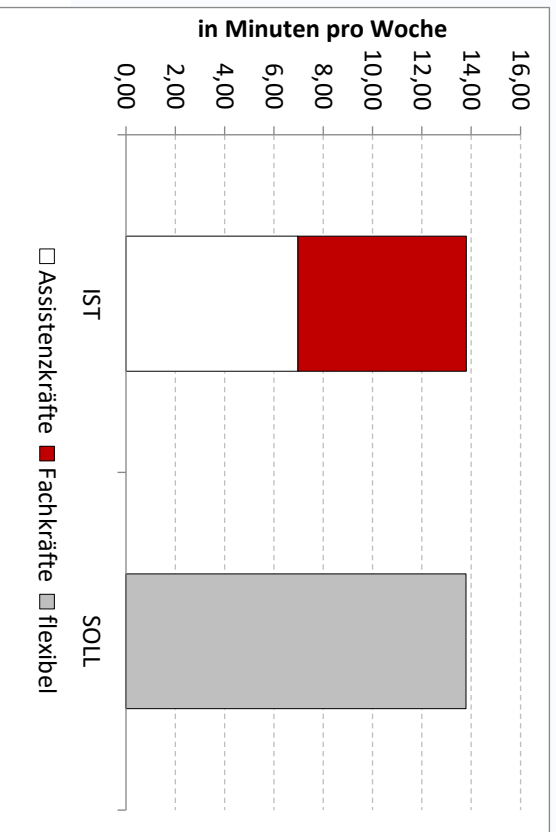
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege

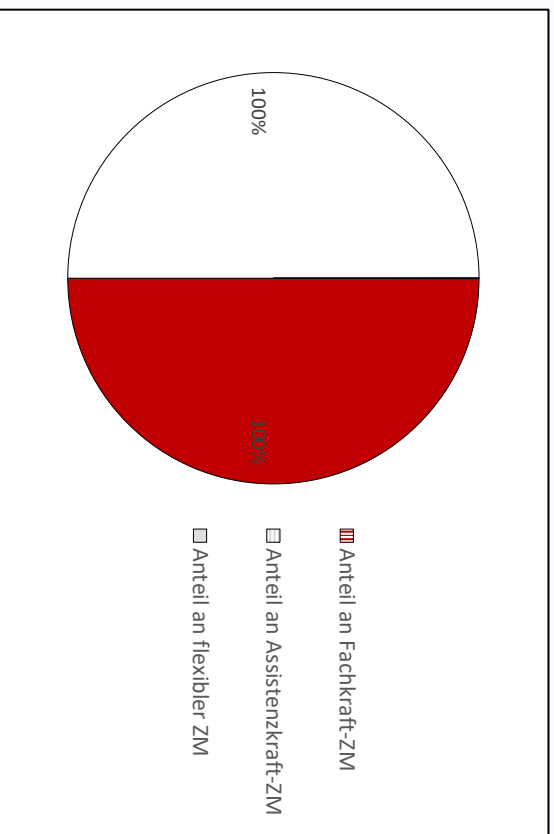


Zeitmengen nach Qualifikationsmix

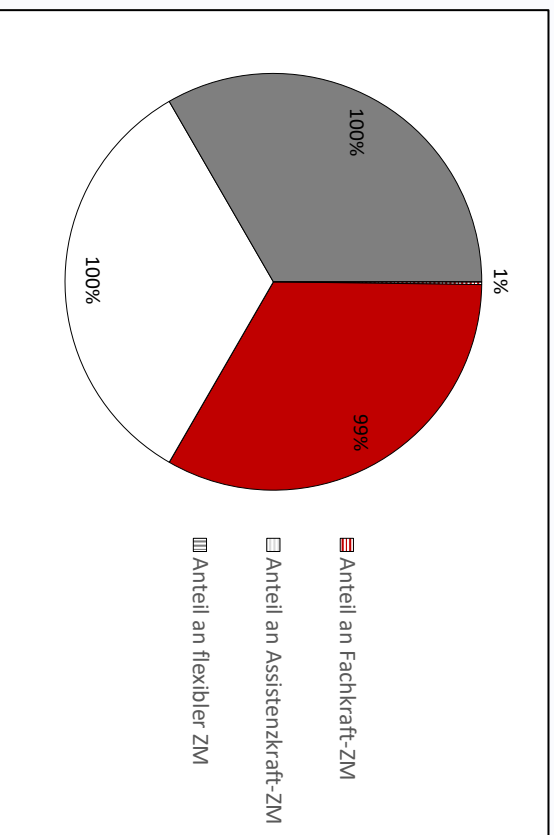


7.9 Multidisziplinäre Fallbesprechung

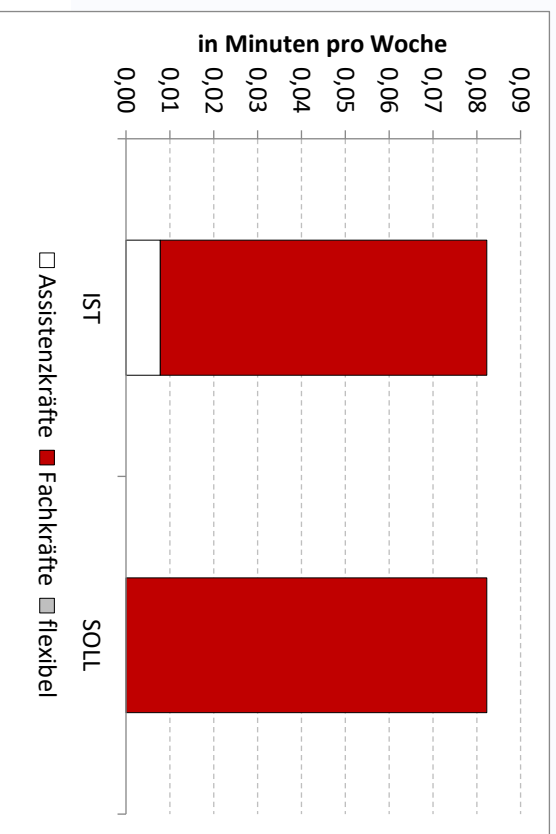
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



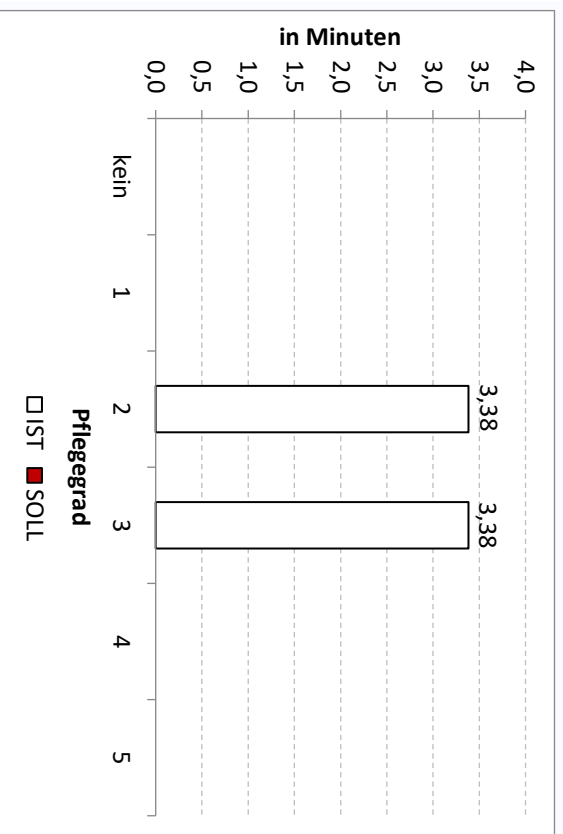
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



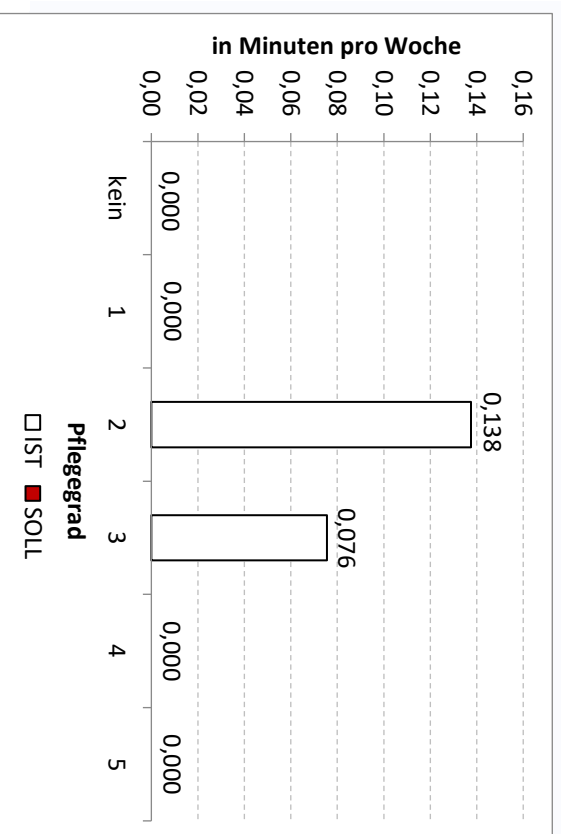
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



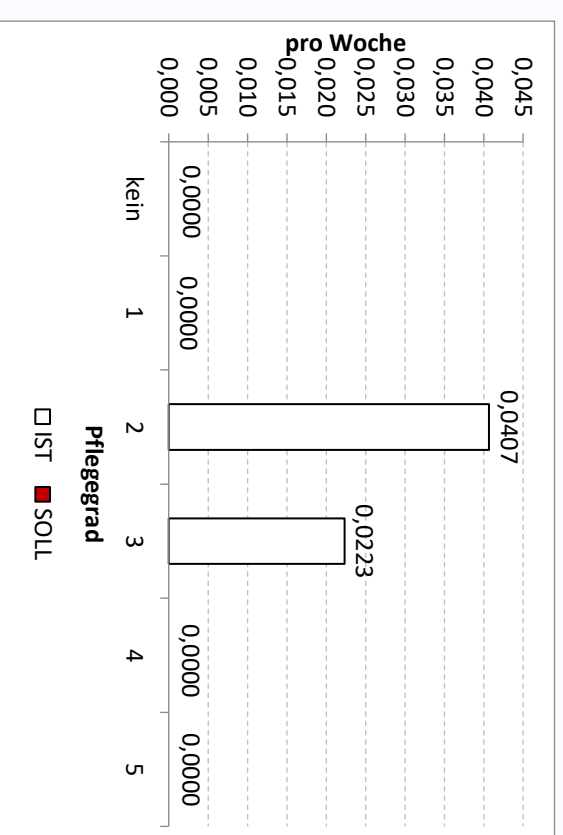
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



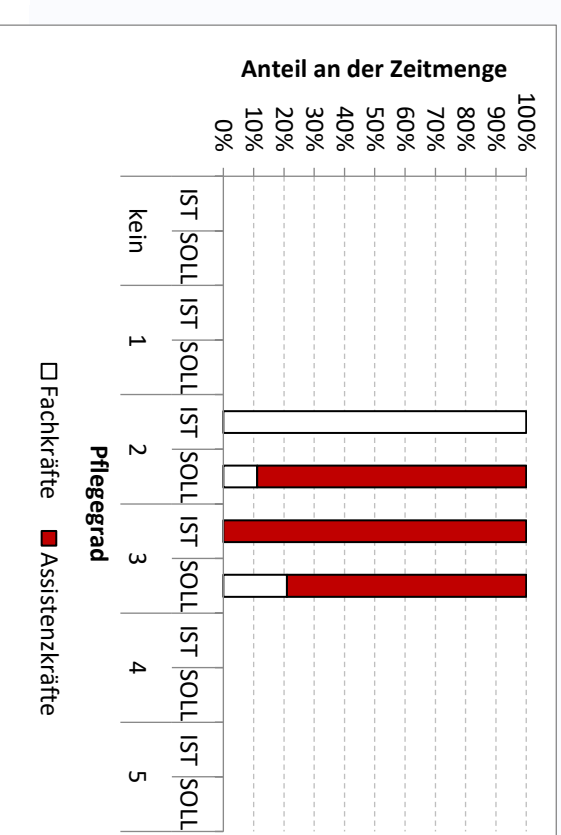
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



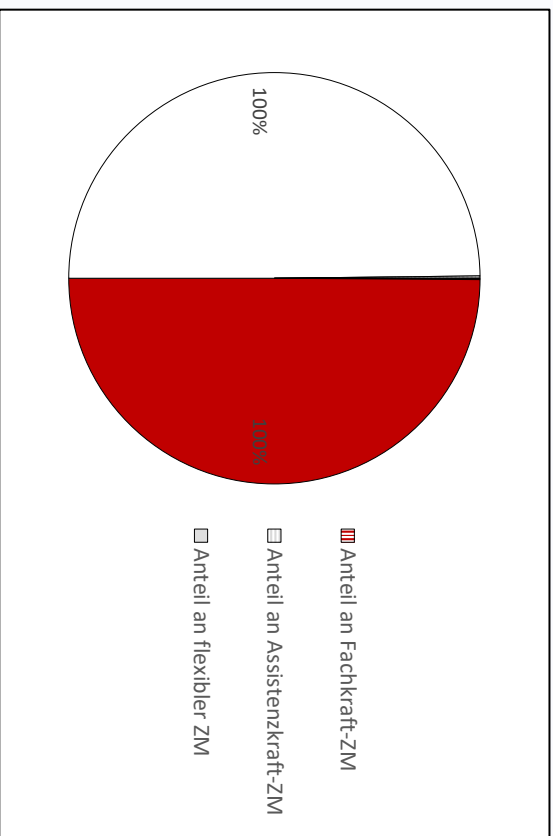
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



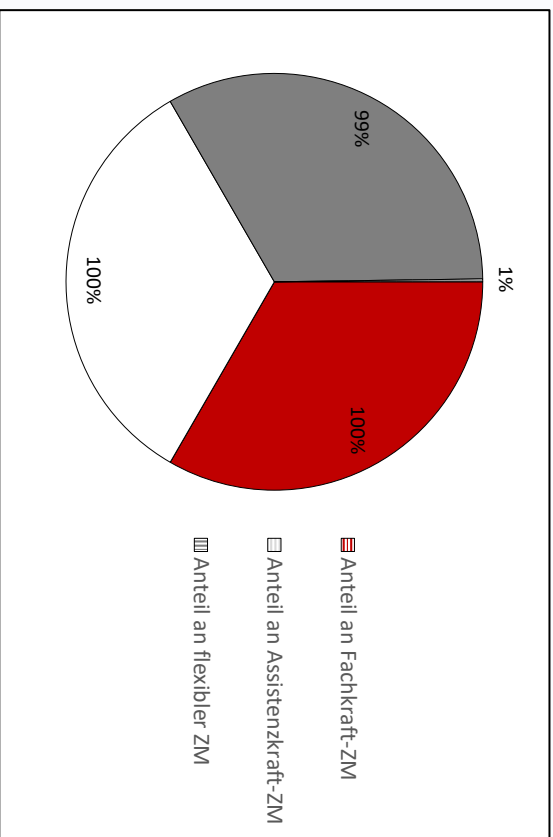
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



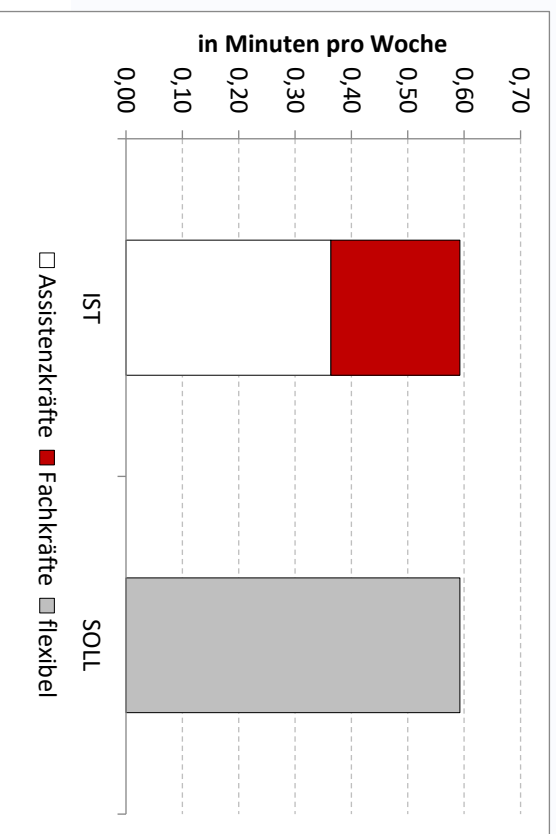
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



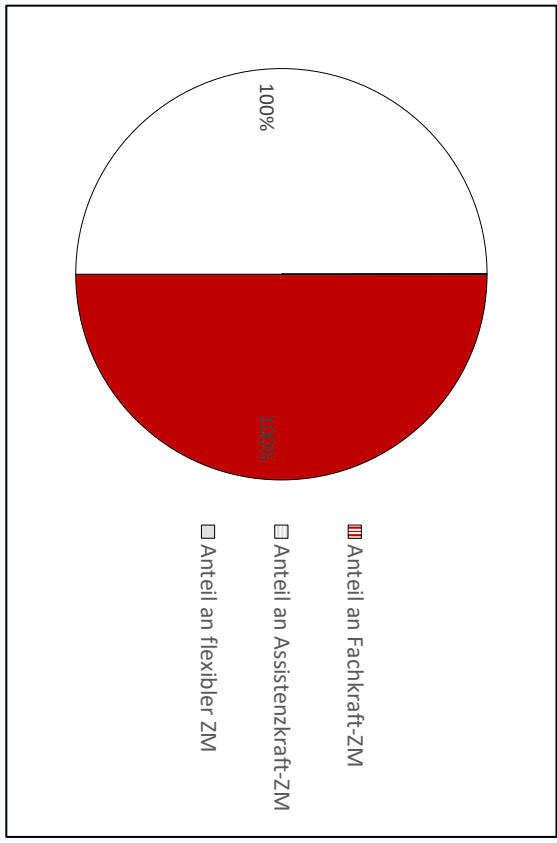
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



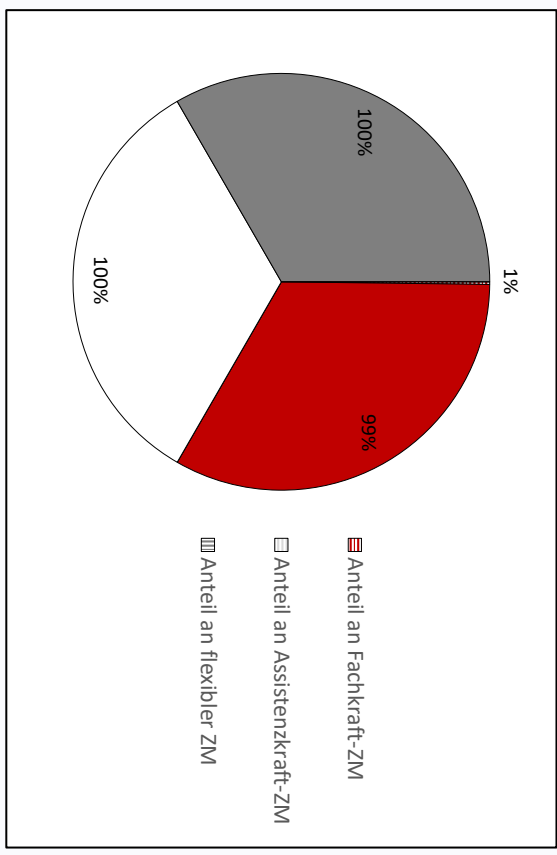
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



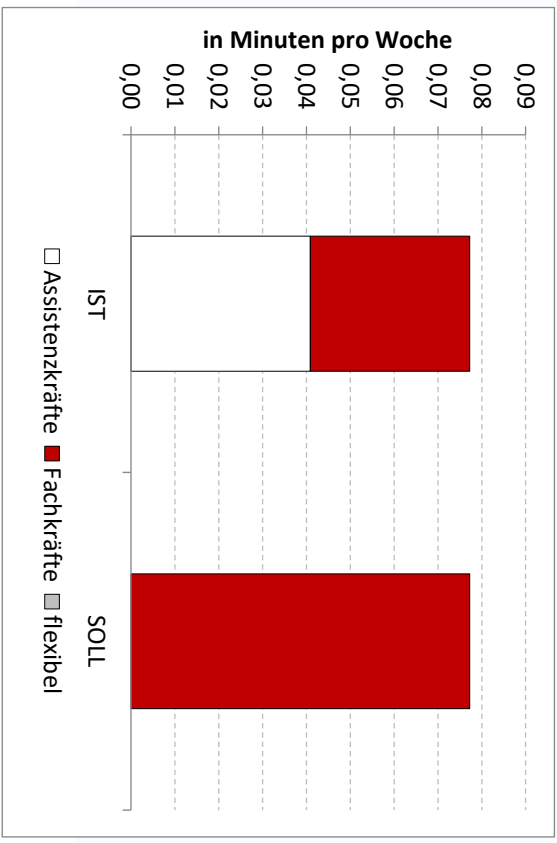
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



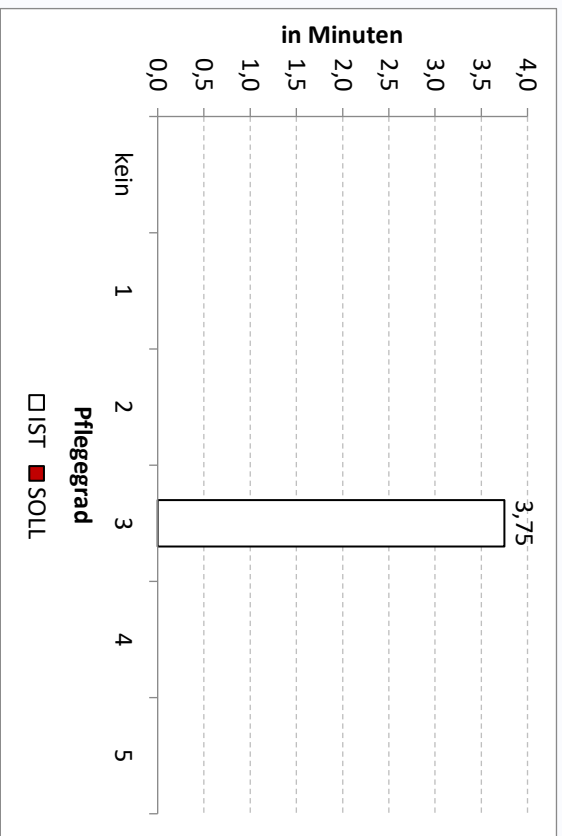
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



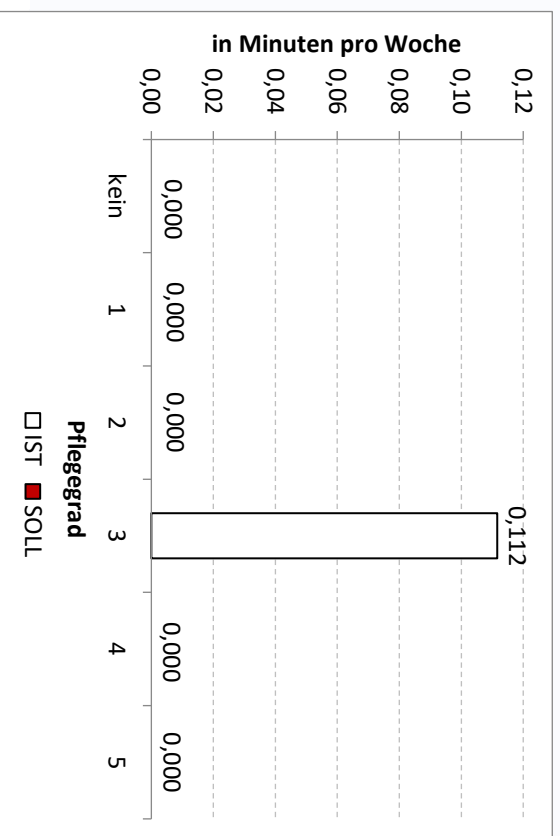
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



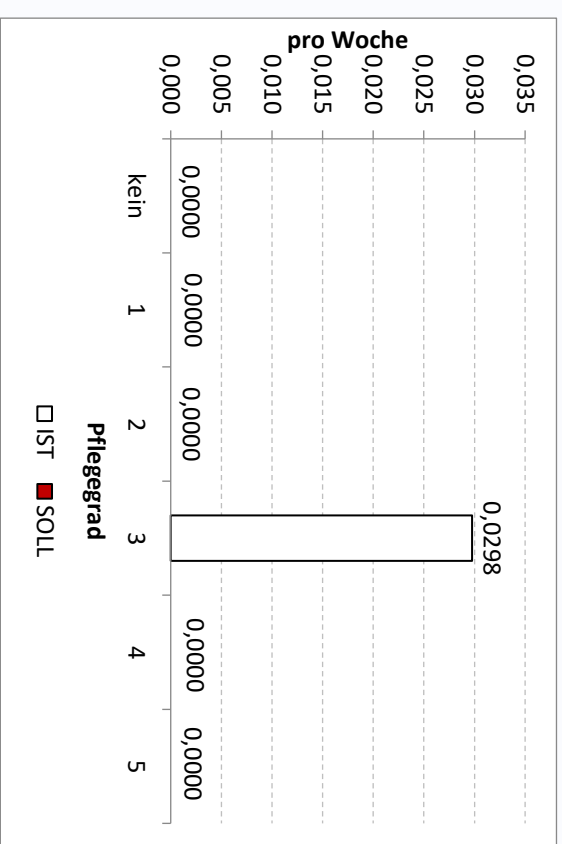
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



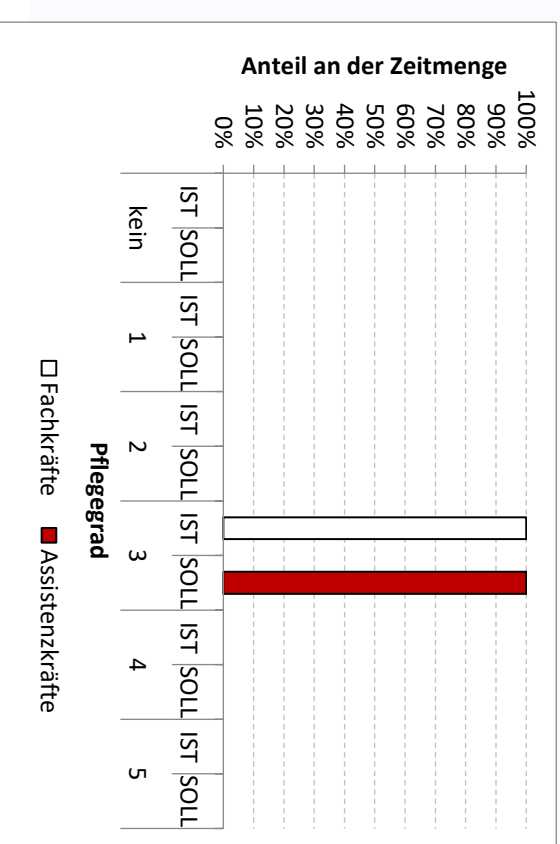
Durchschnittliche Zeitemengen nach...



Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...

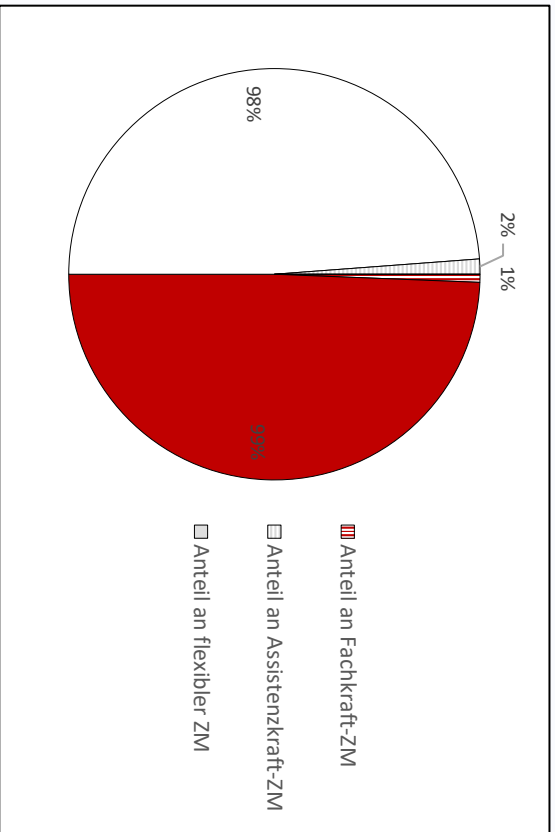


Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)

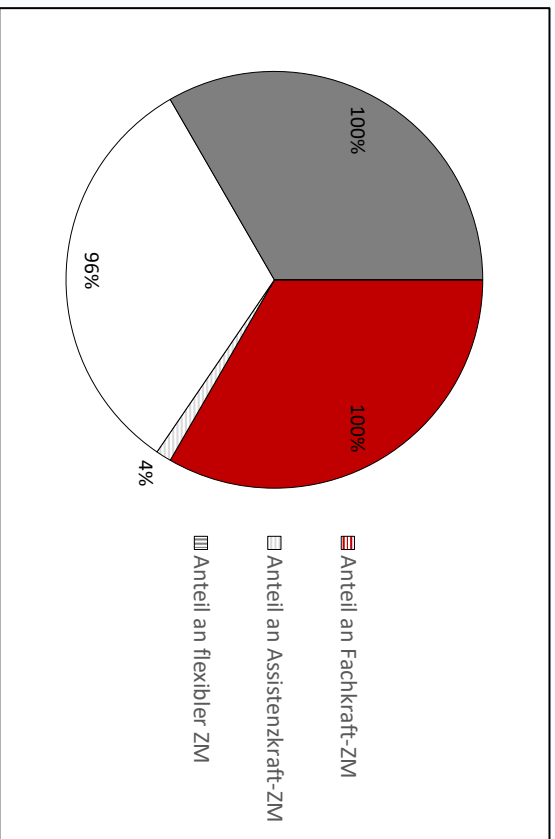


7.13 Materialmanagement

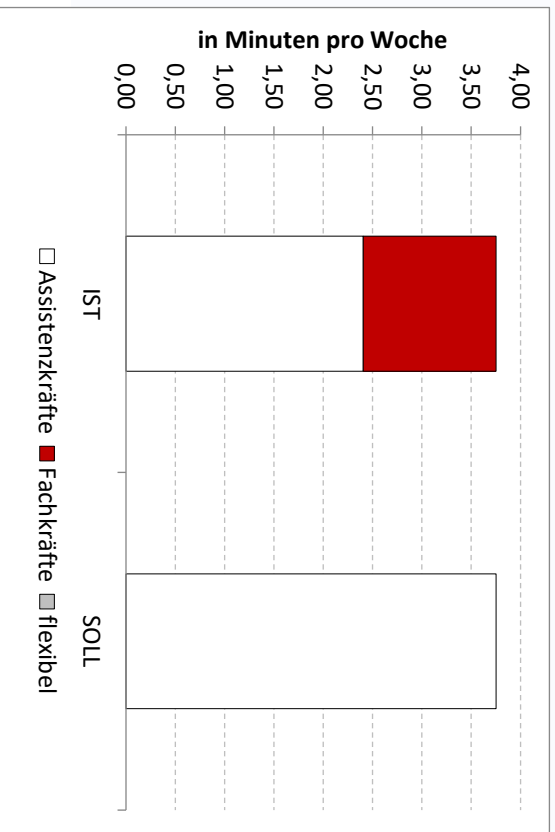
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



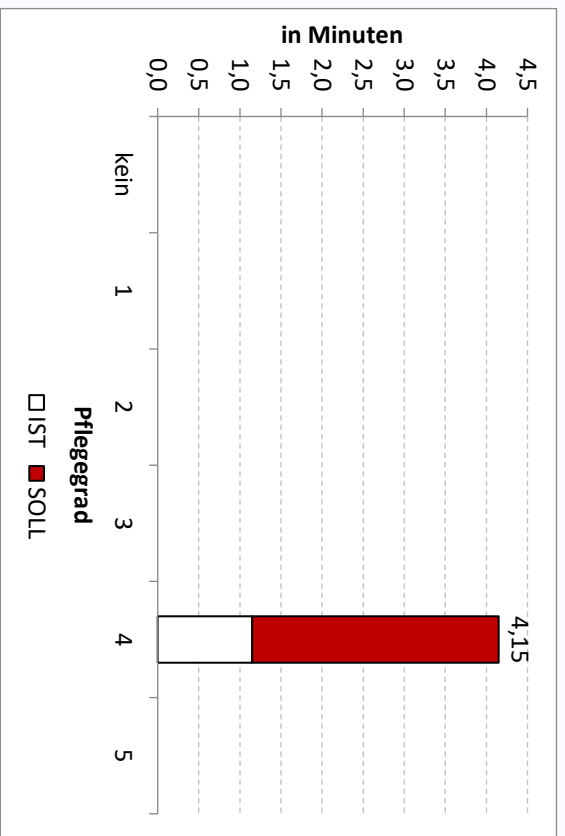
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



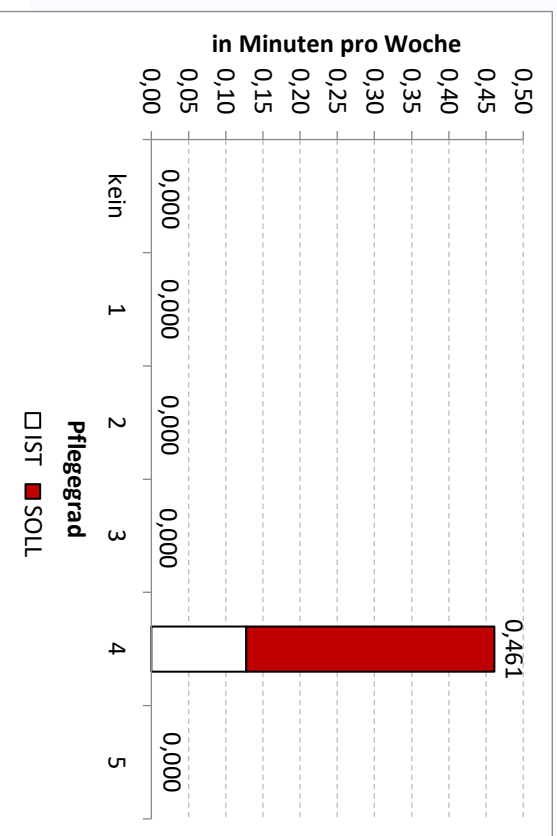
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



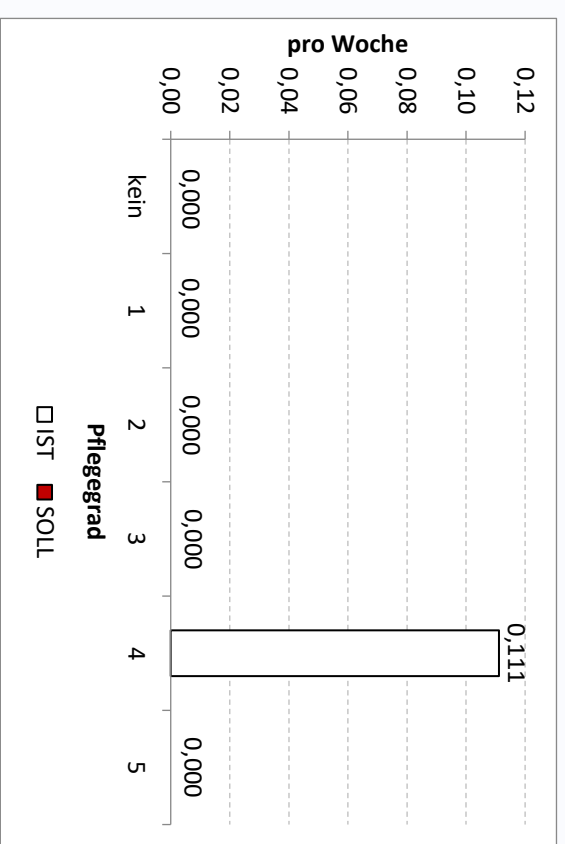
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



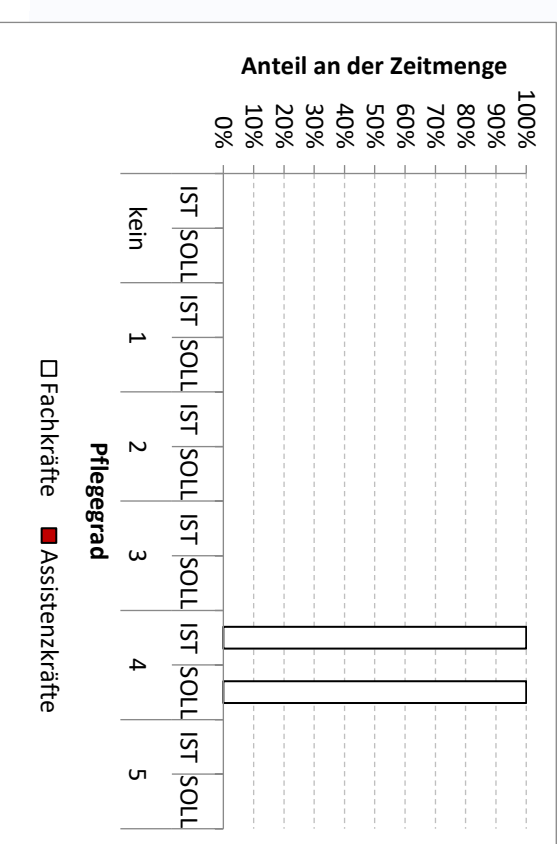
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



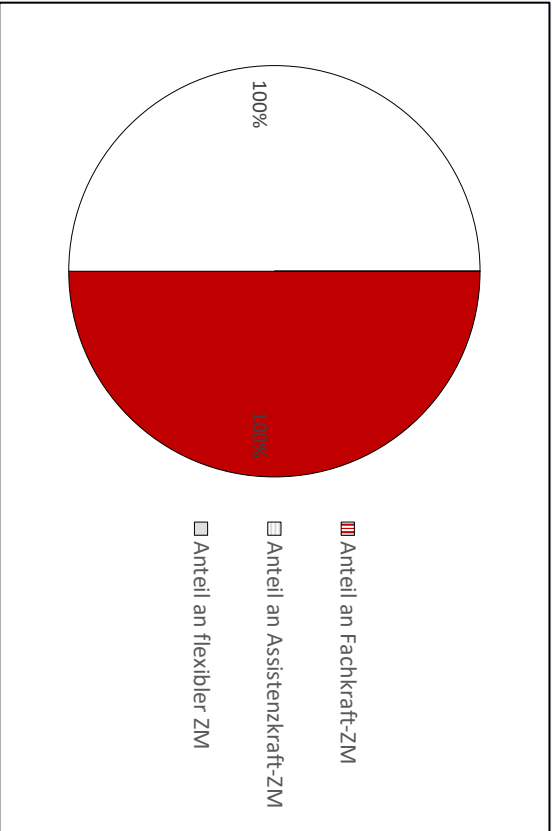
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



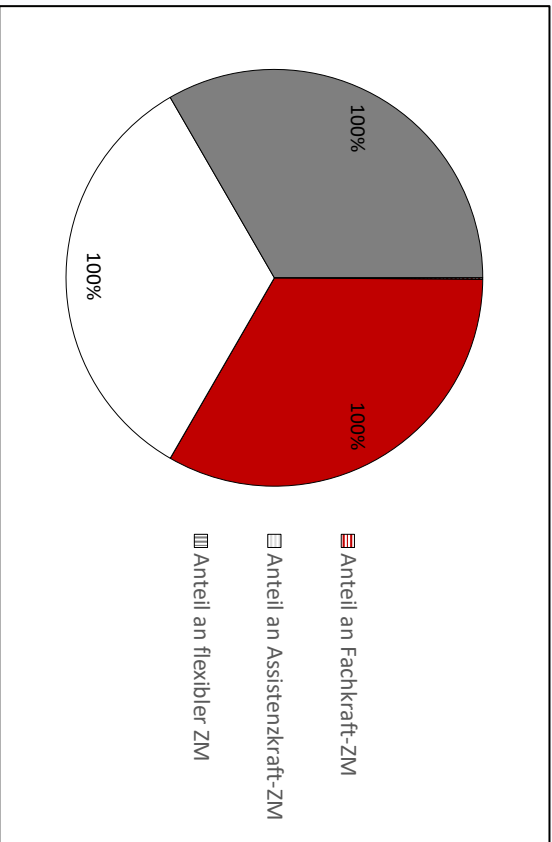
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



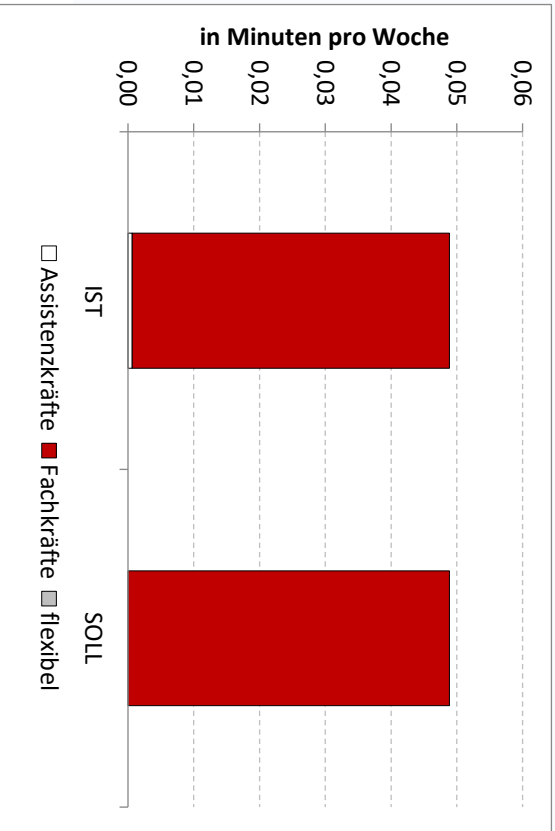
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege

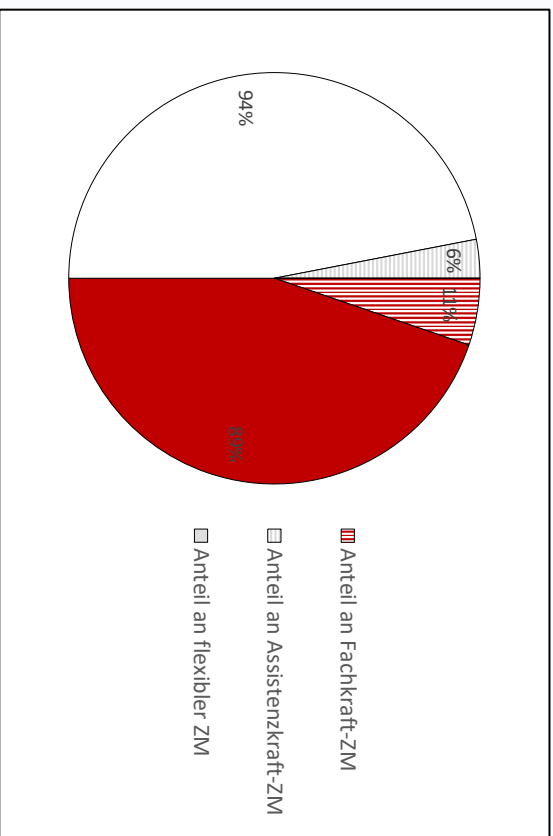


Zeitmengen nach Qualifikationsmix

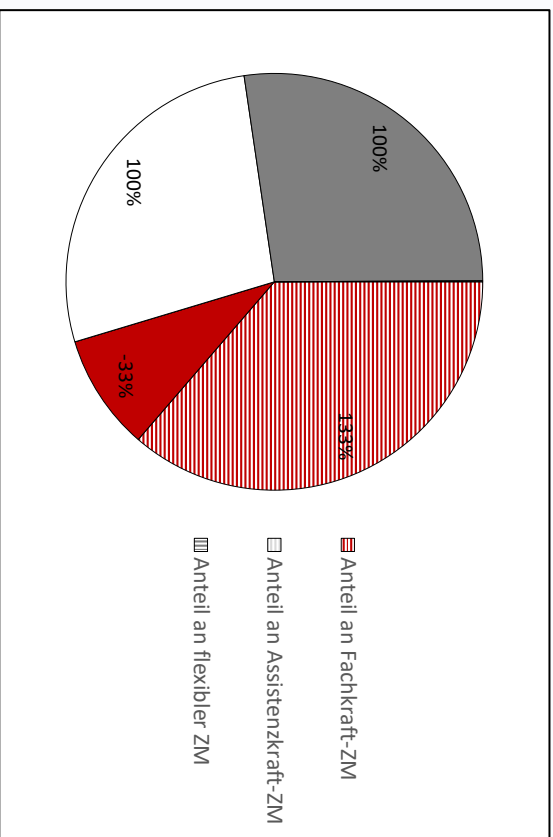


7.15 Rundgang/Sicherheit gewährleistet

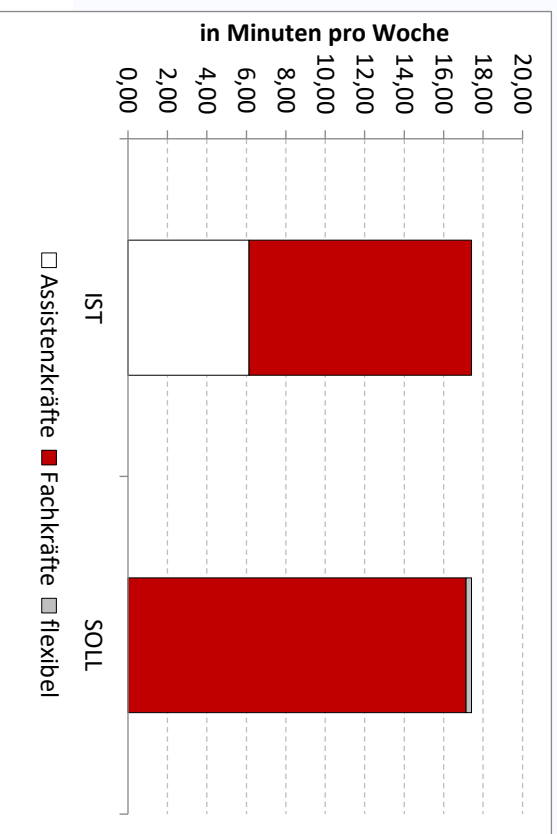
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege

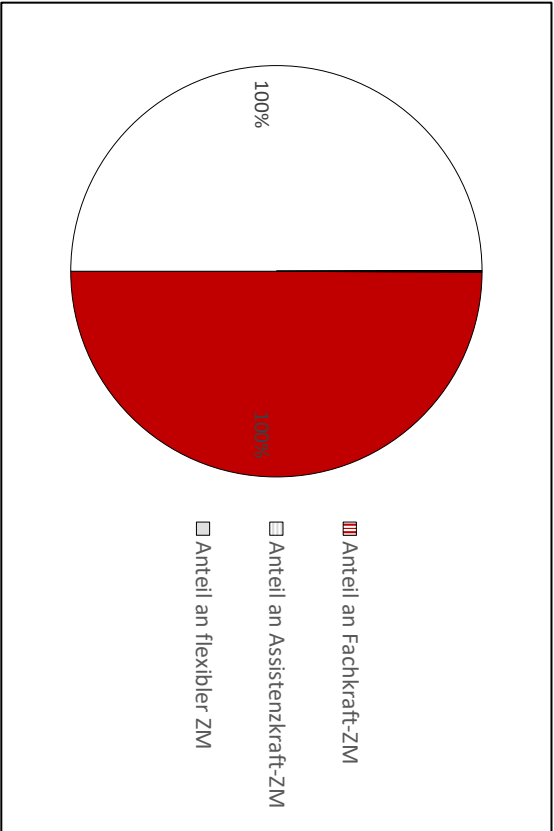


Zeitmengen nach Qualifikationsmix

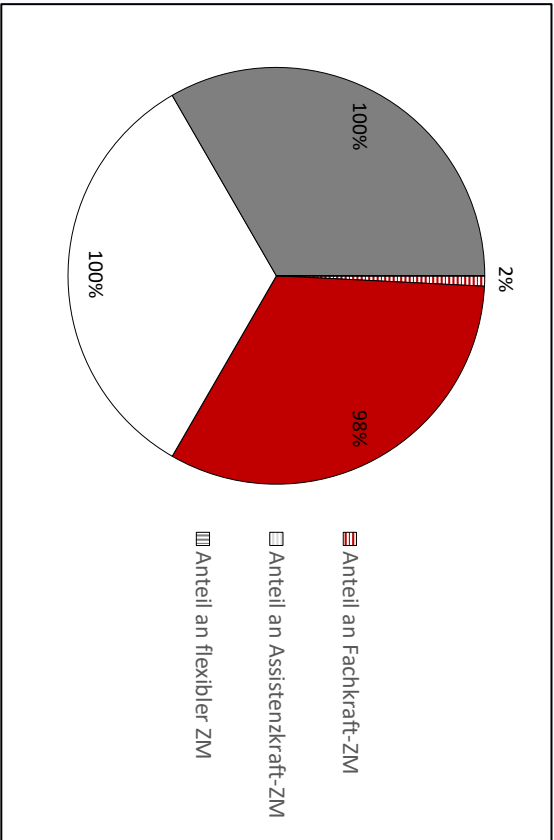


8.1 Anleitung/Einarbeitung/Ausbildung

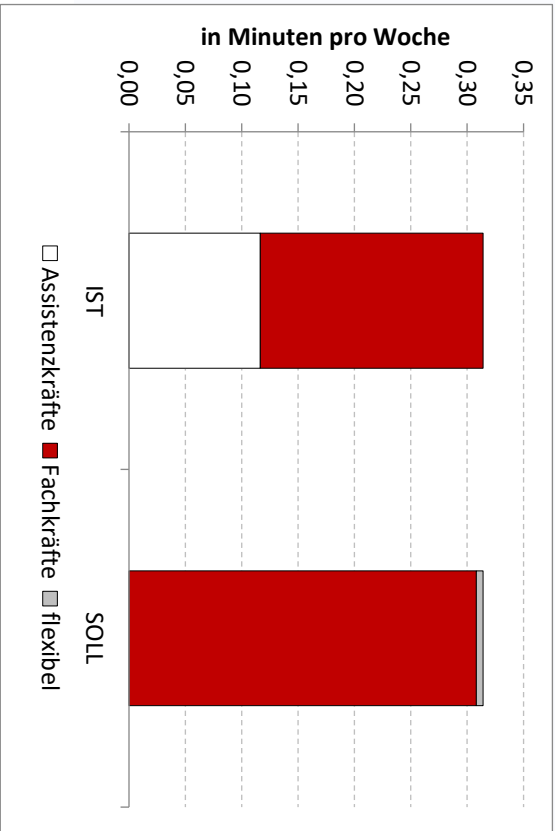
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



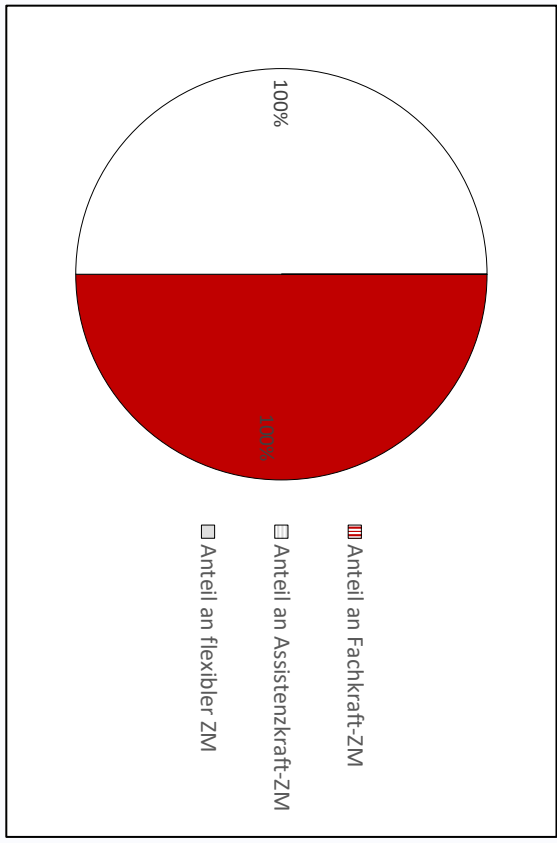
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



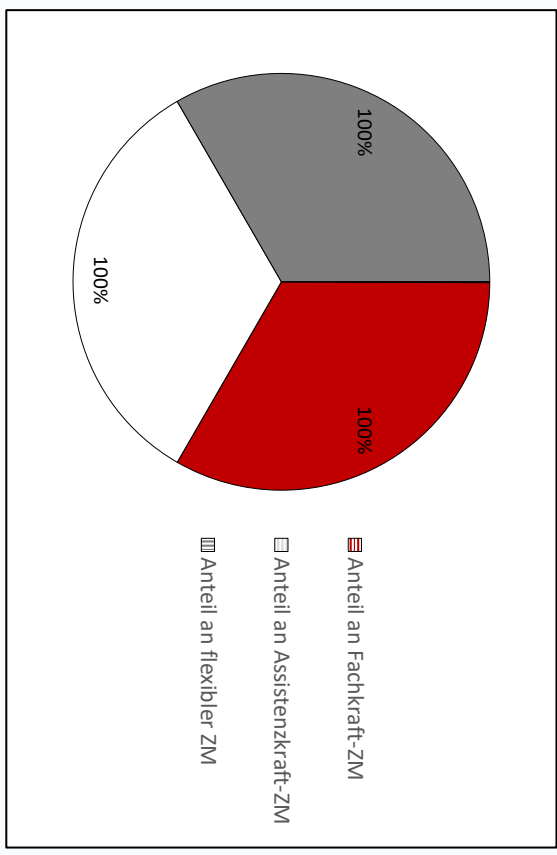
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



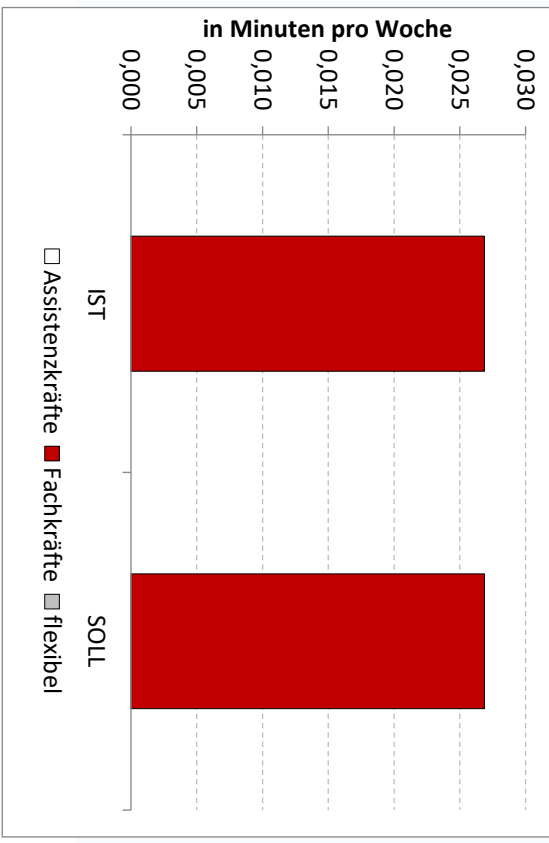
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



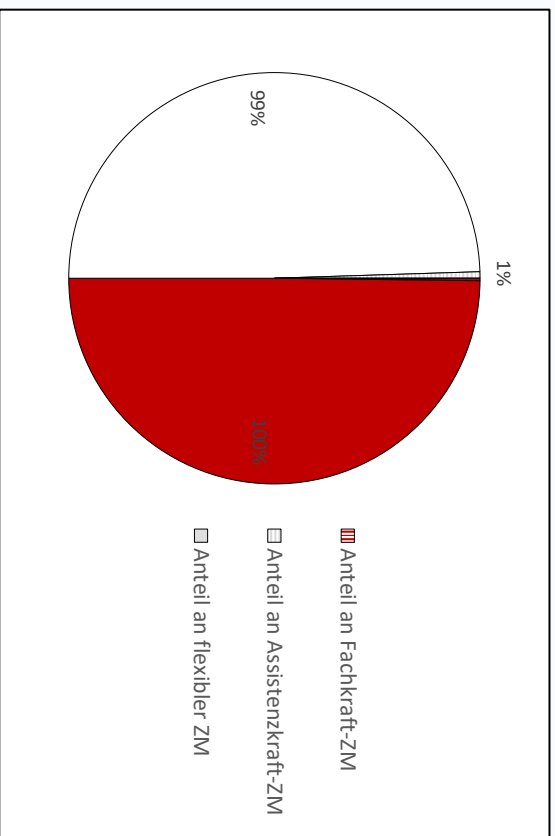
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



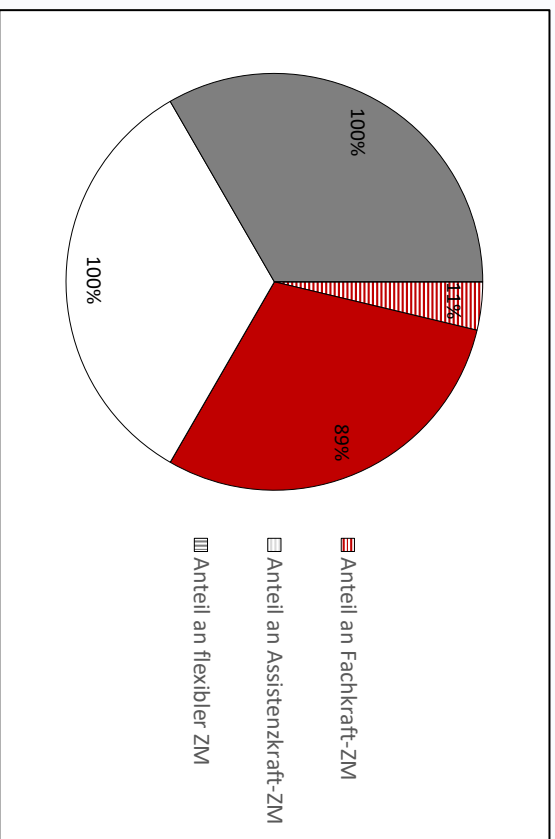
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



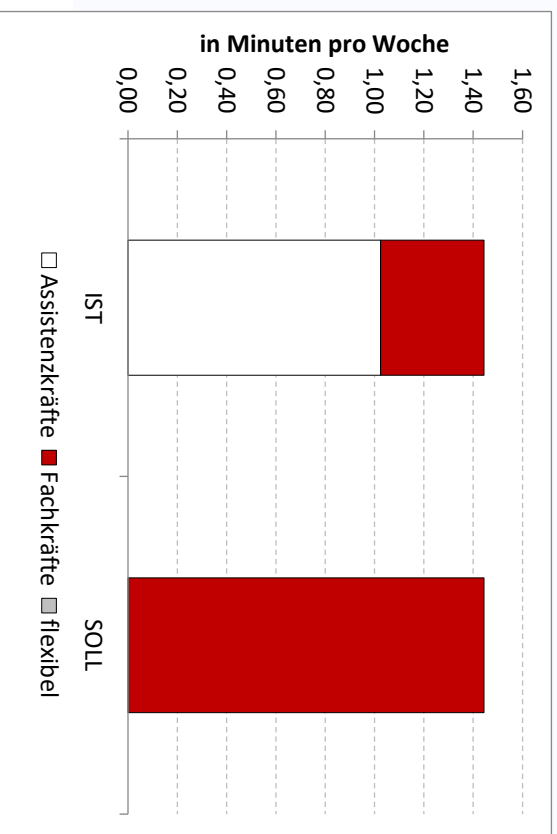
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



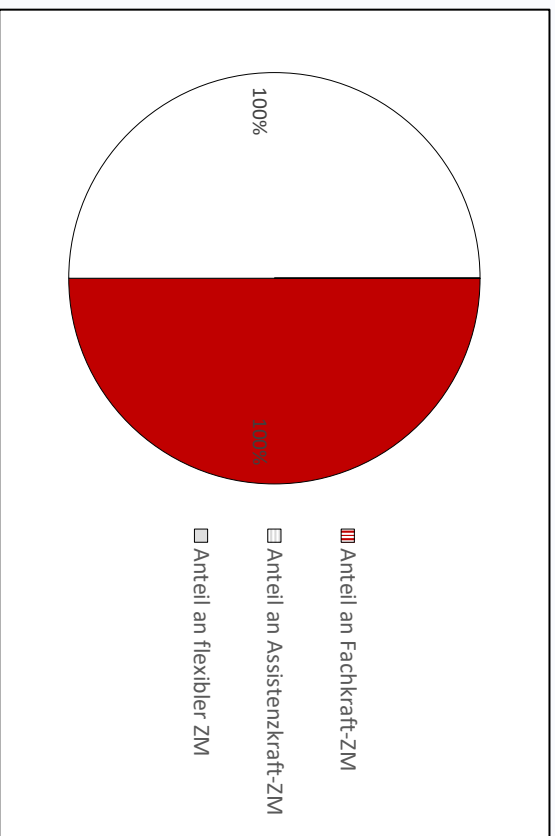
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



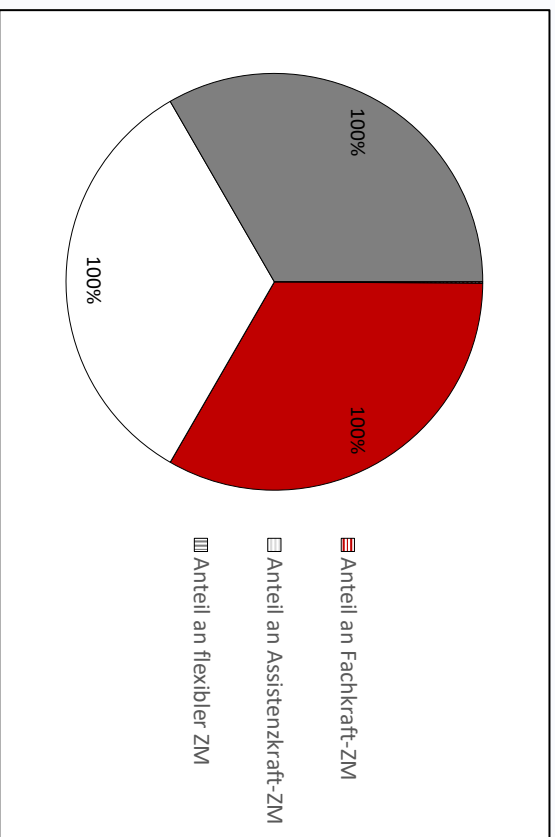
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



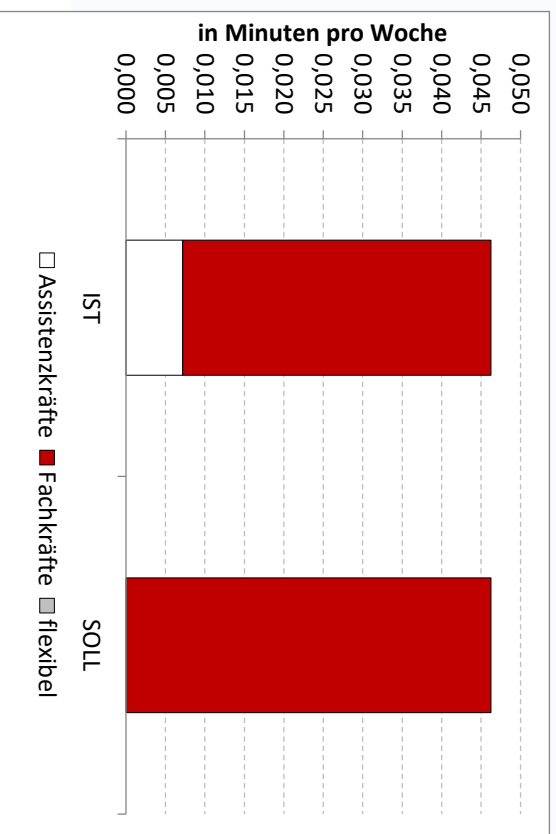
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



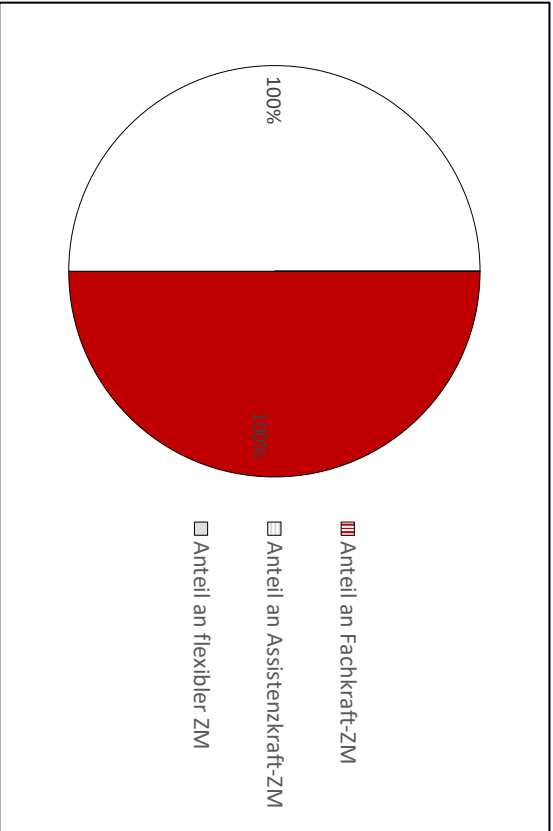
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



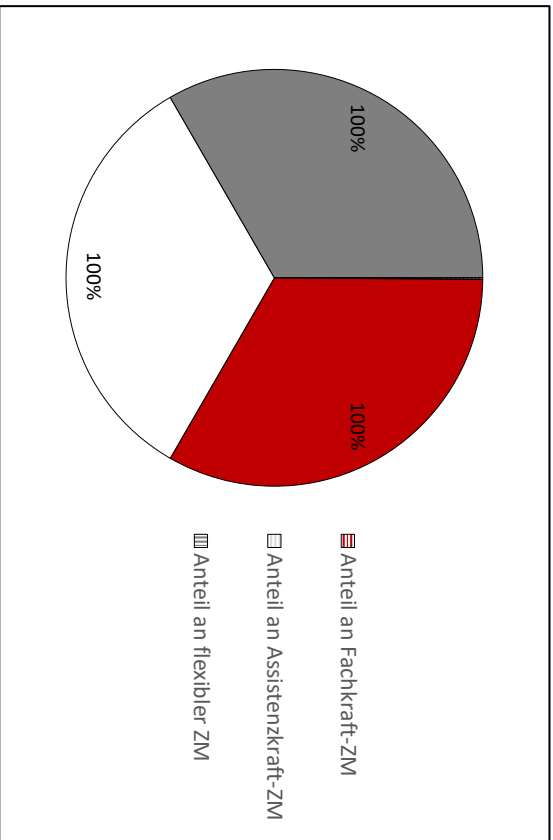
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



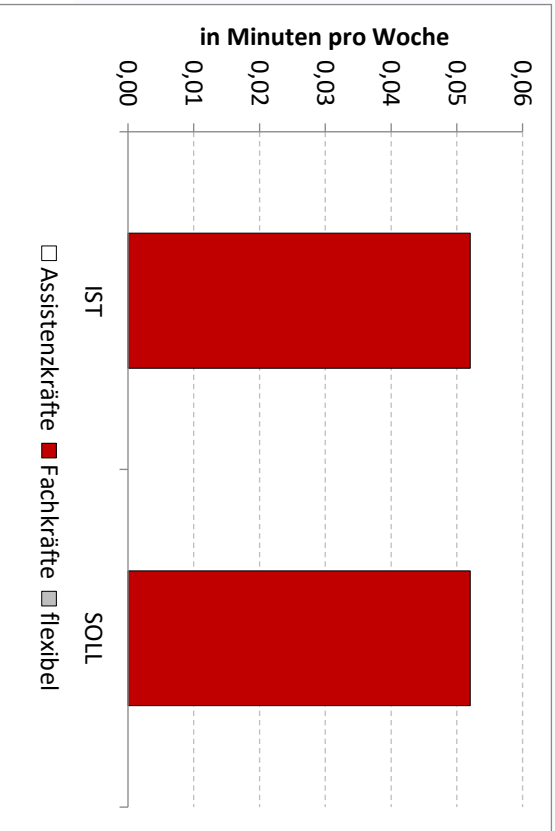
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



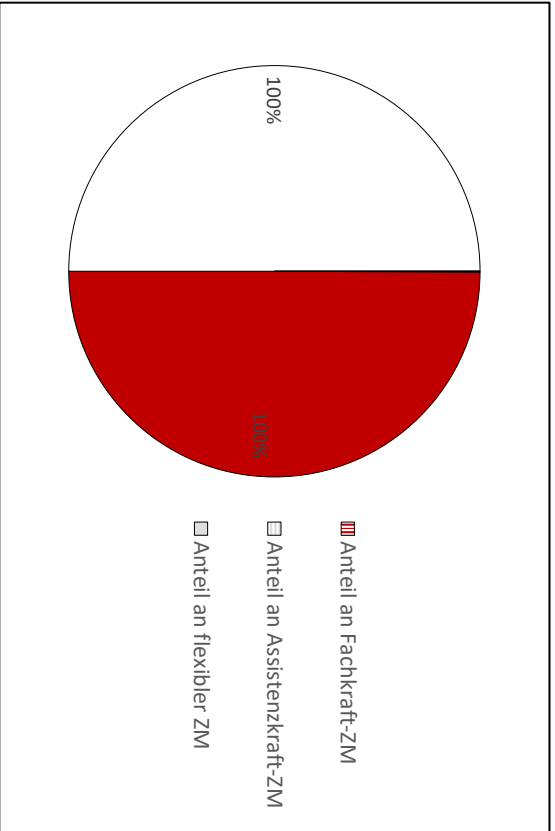
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



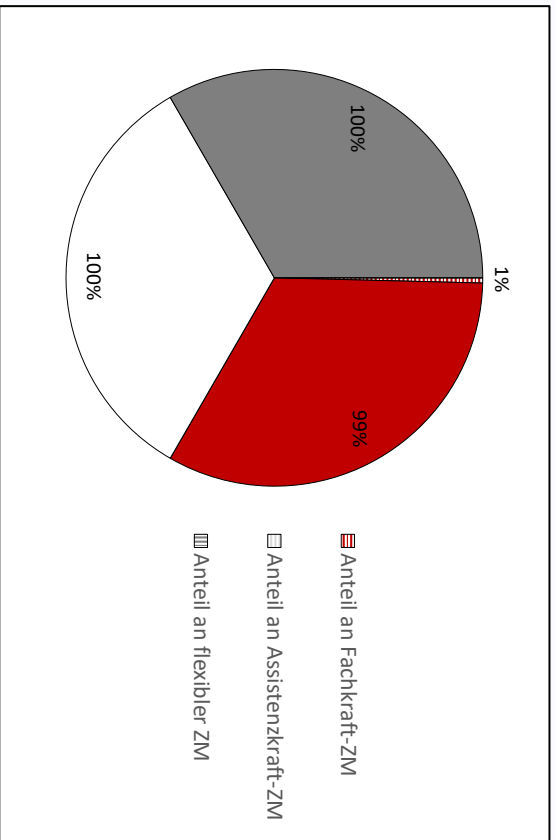
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



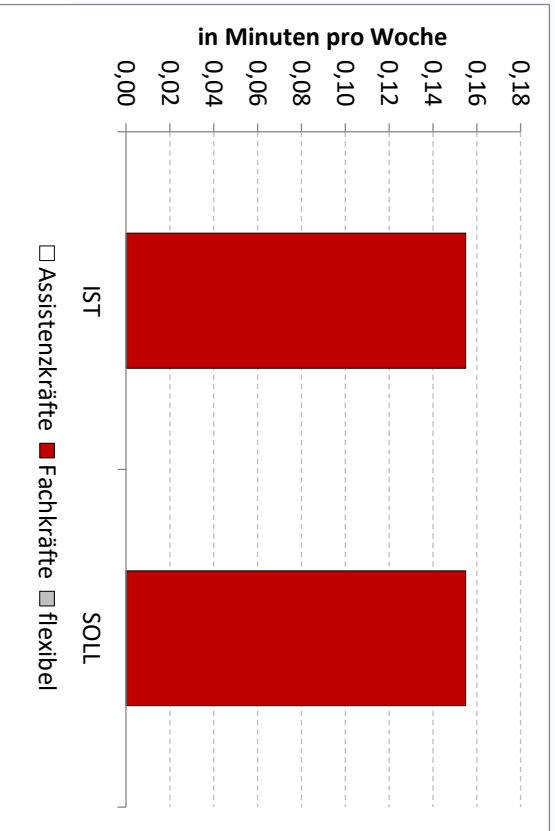
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



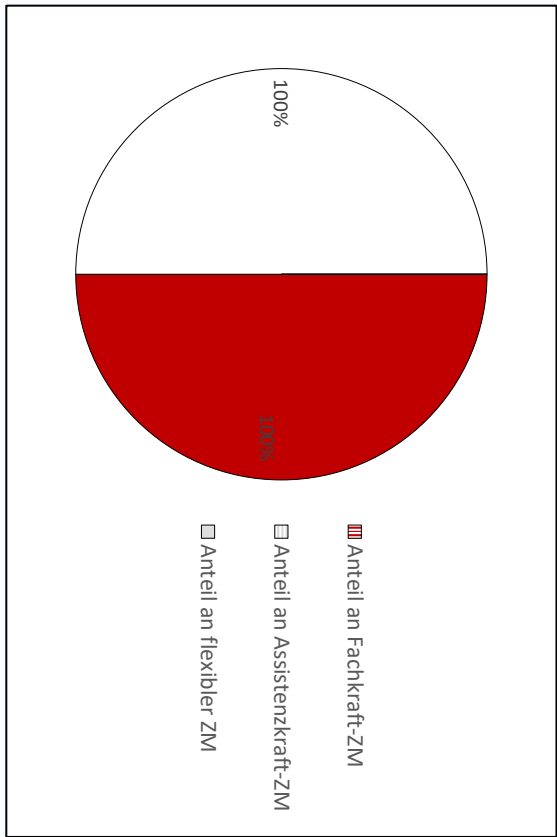
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



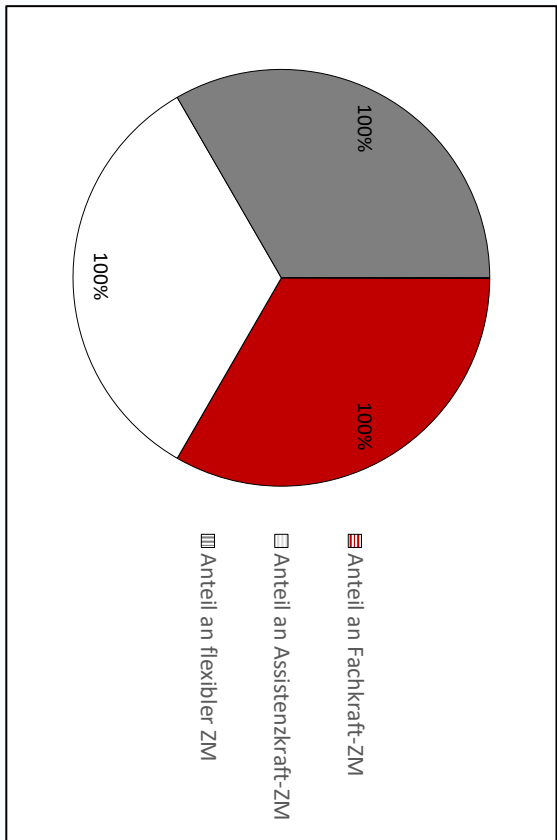
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



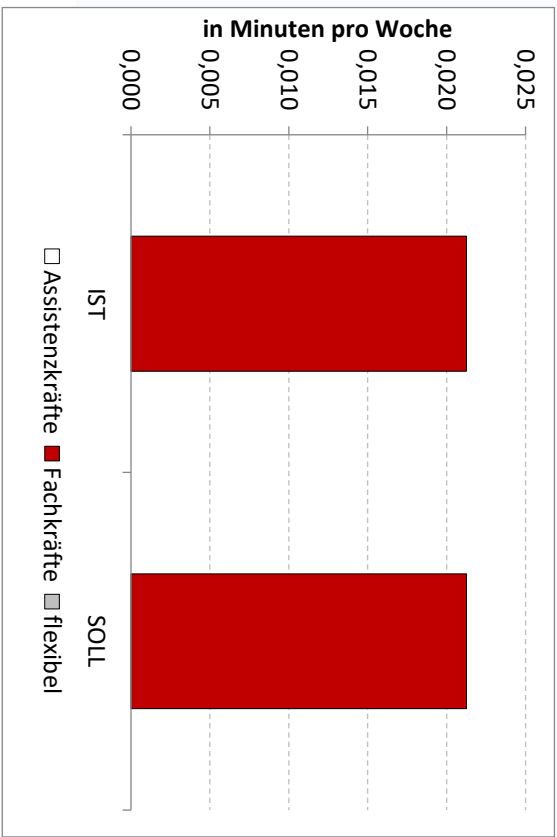
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



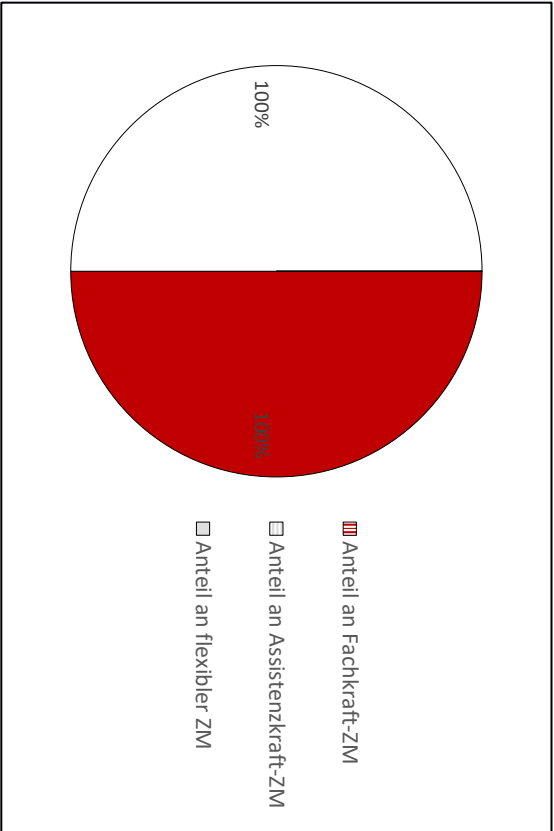
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



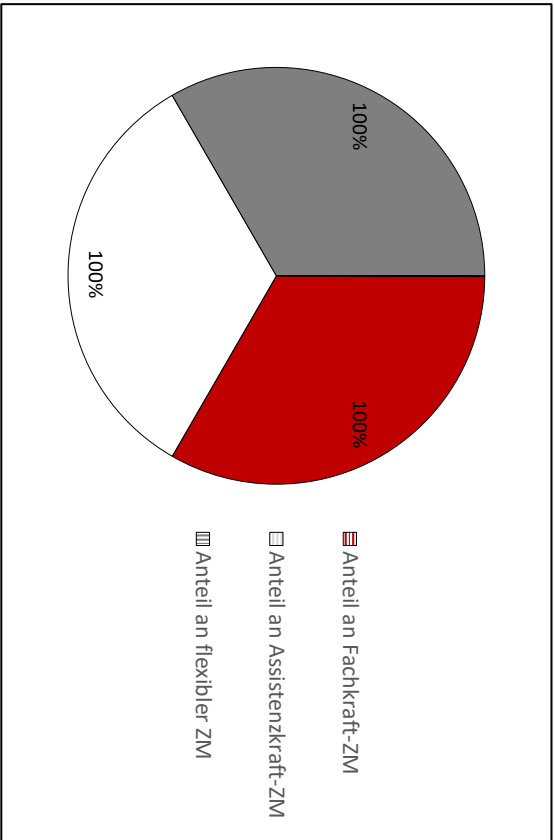
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



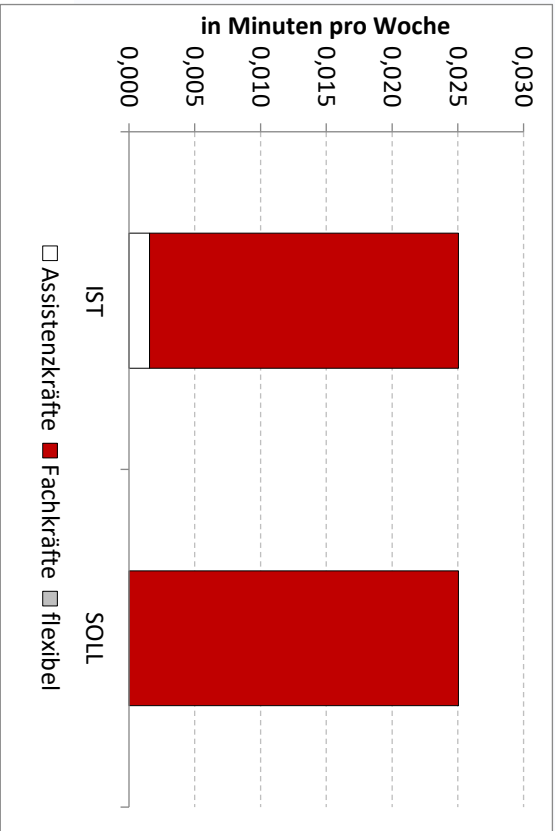
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



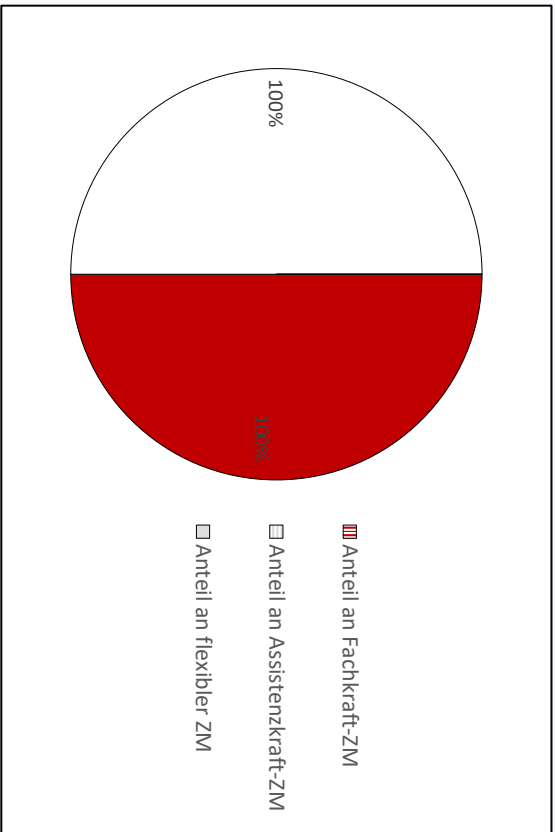
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



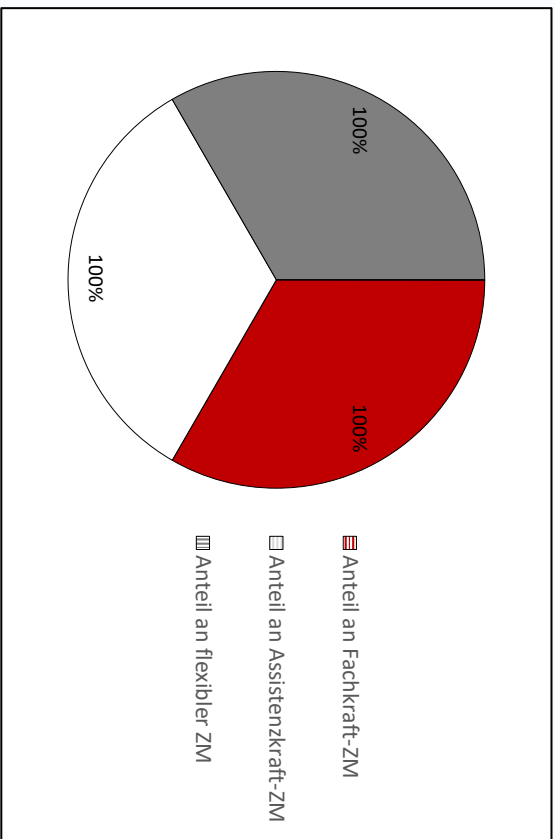
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



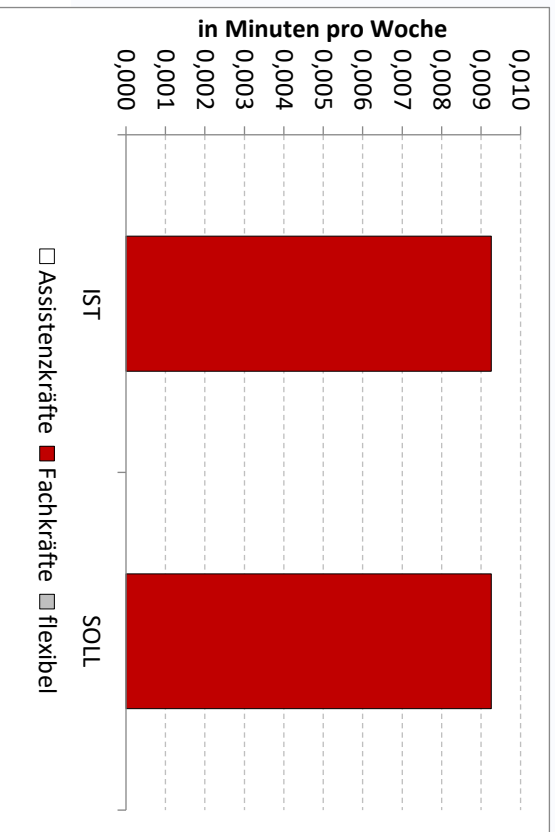
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



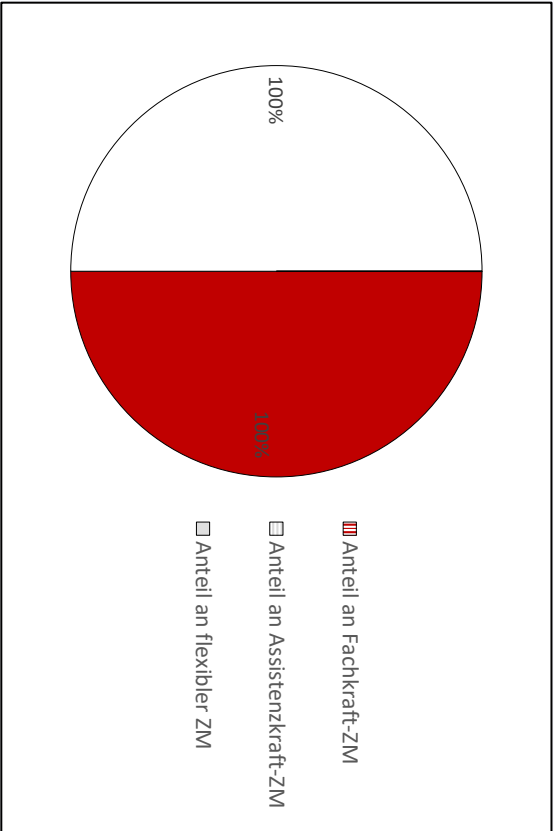
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



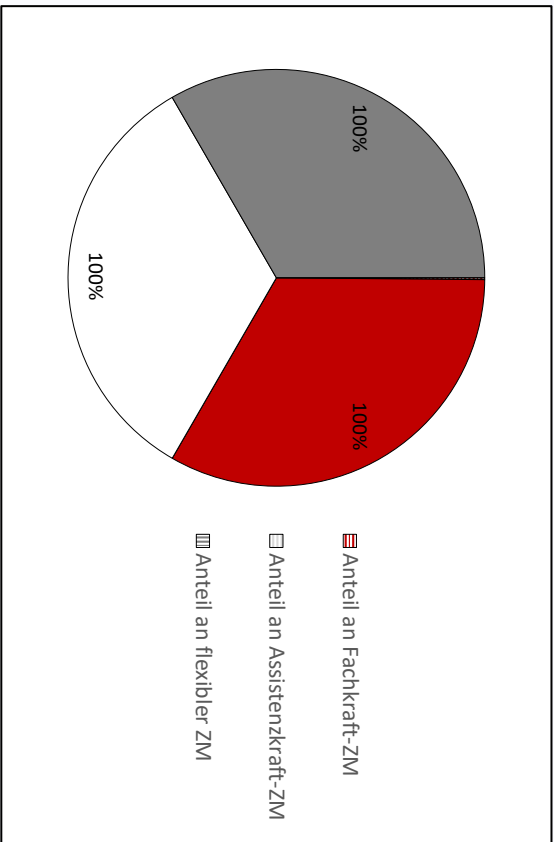
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



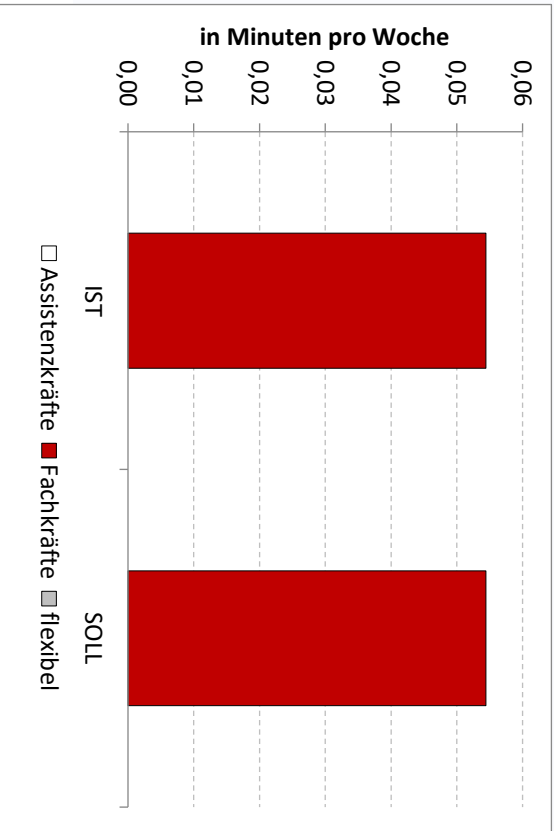
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



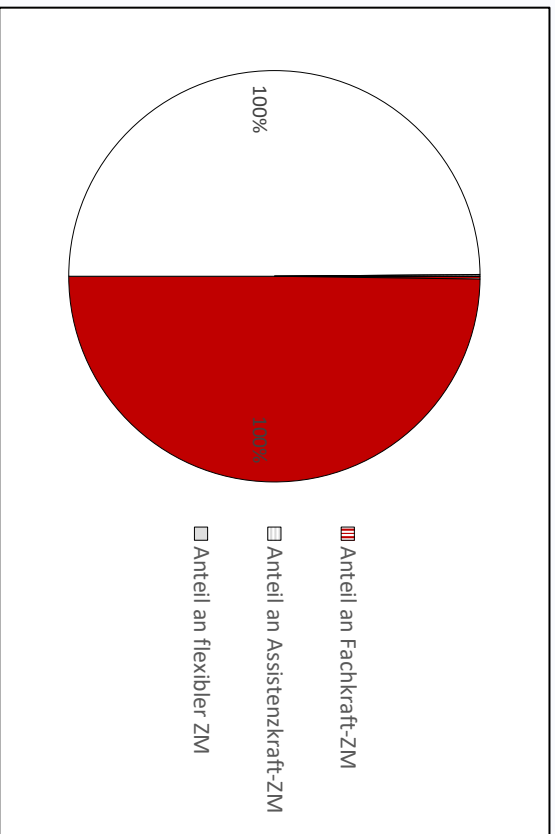
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



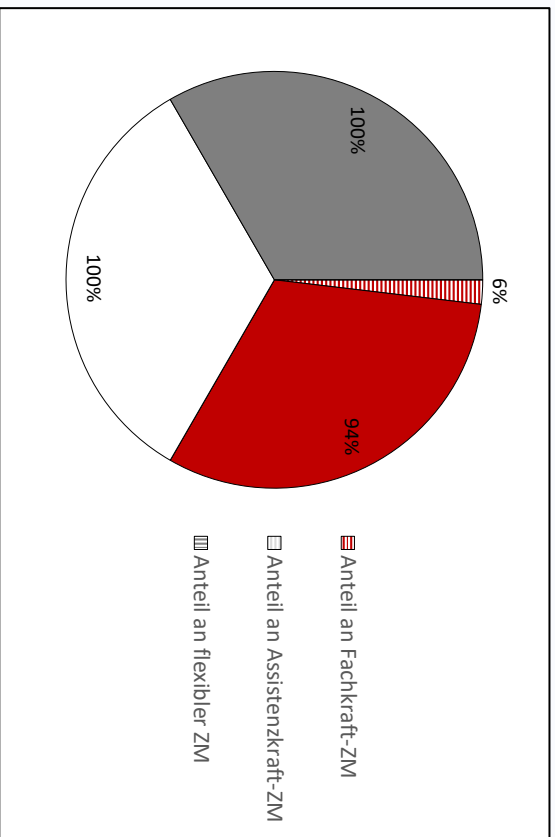
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



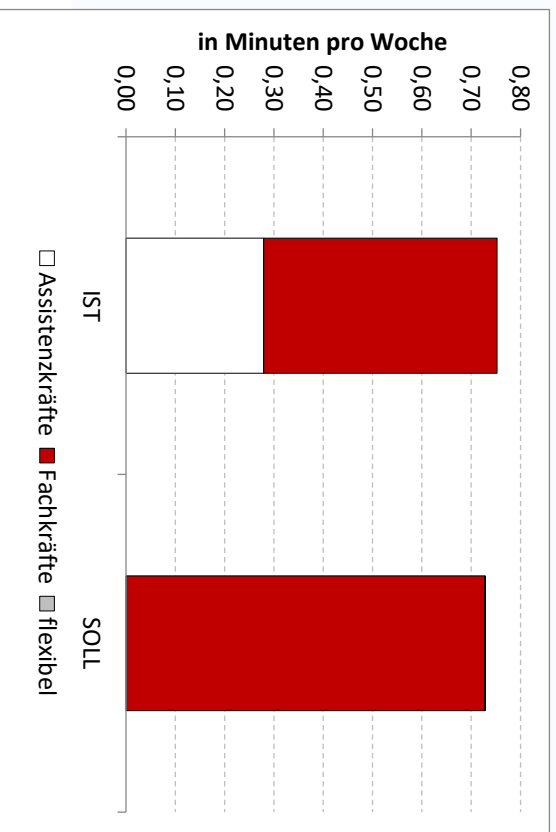
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



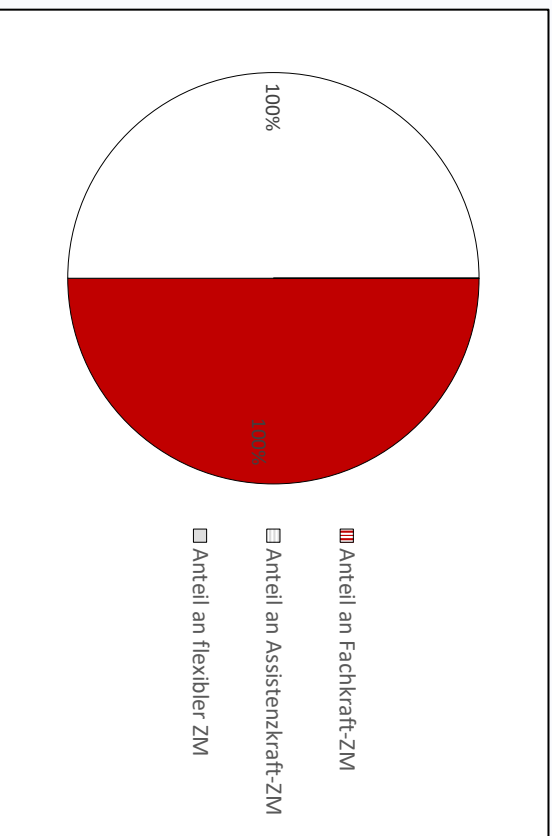
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



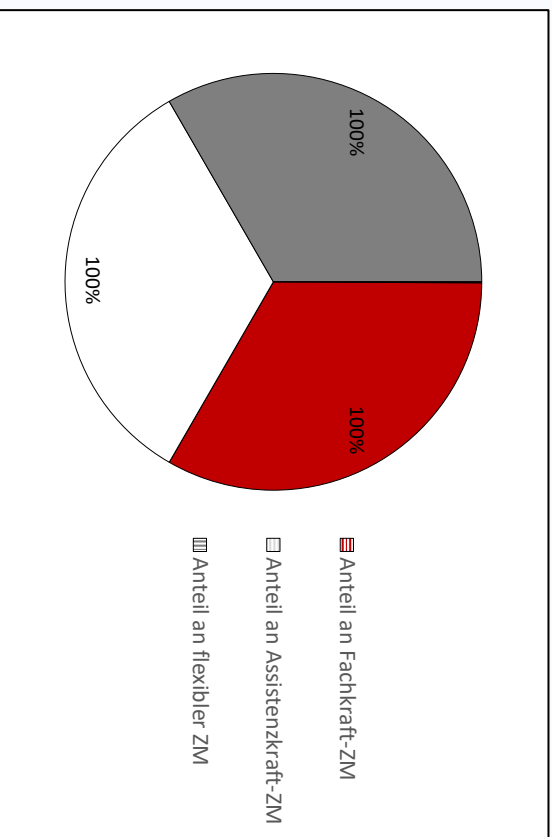
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



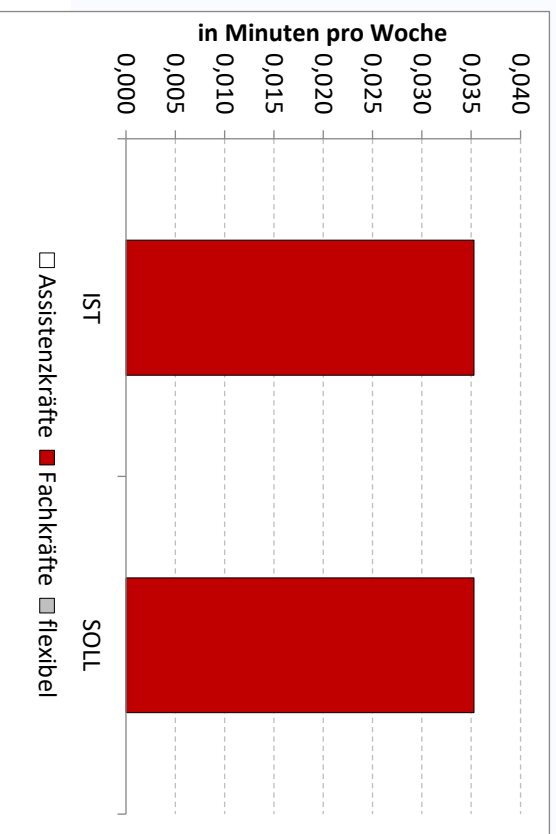
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



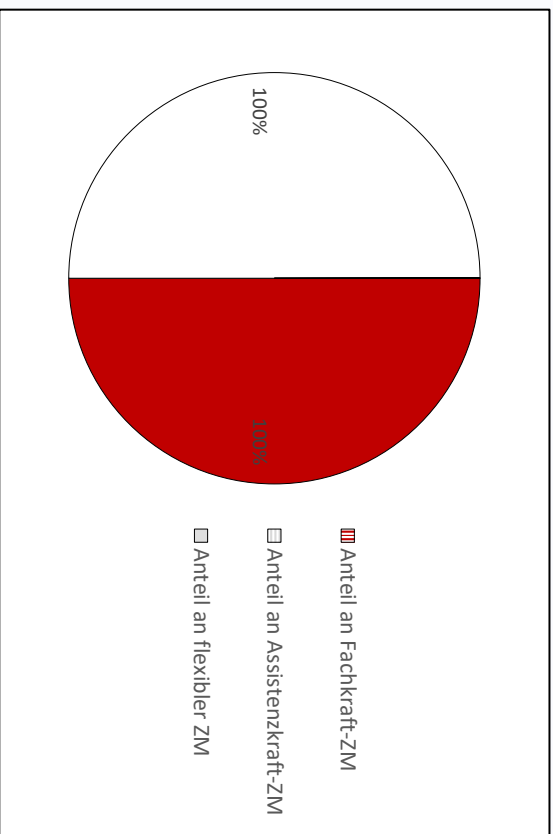
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



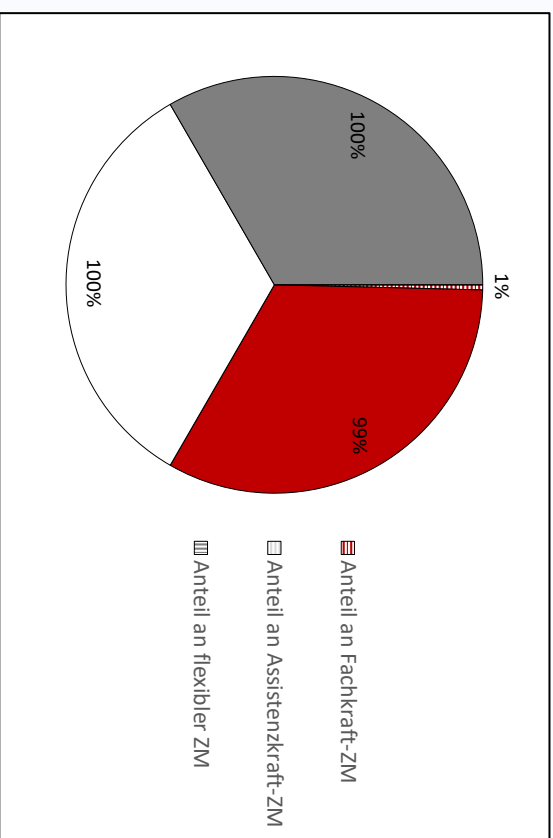
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



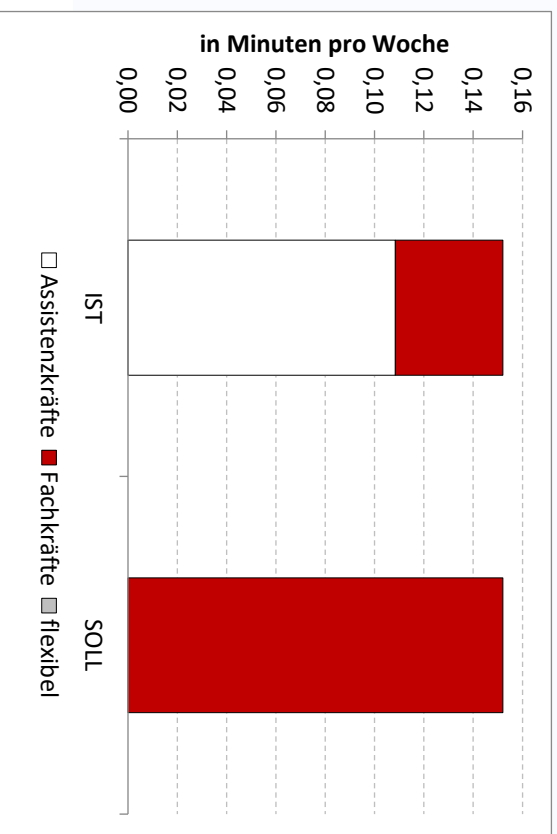
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



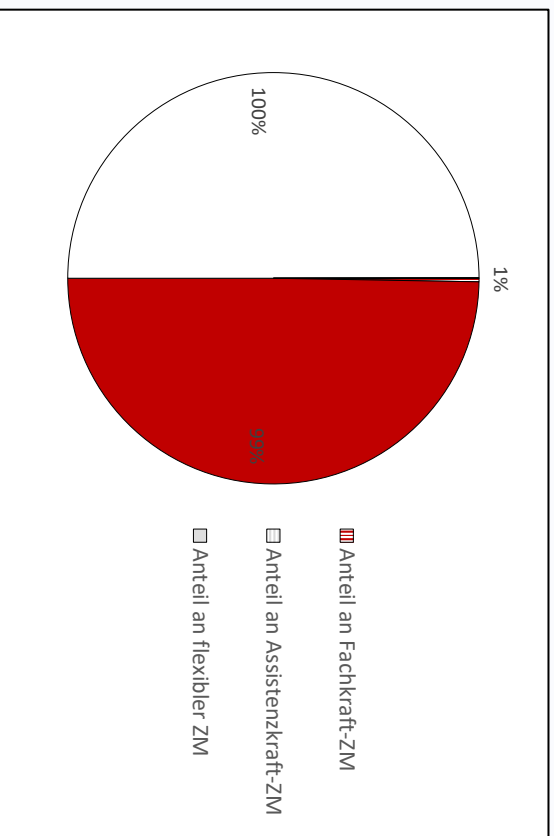
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



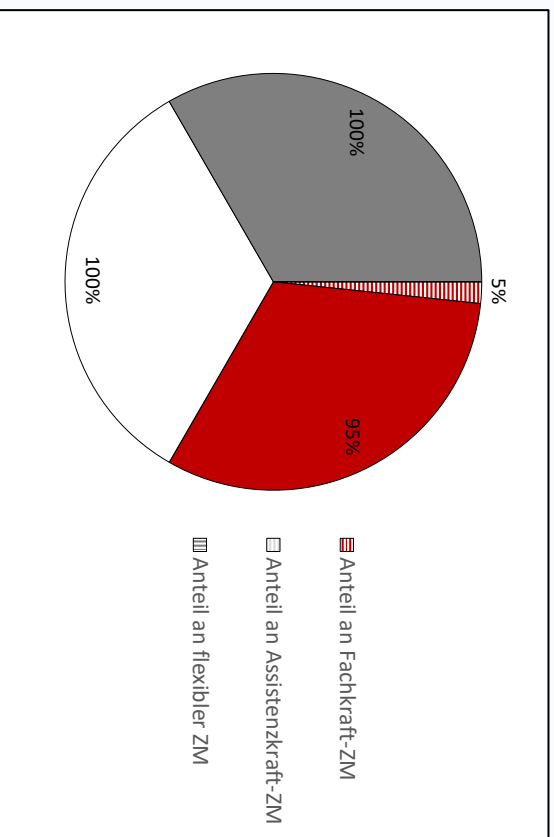
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



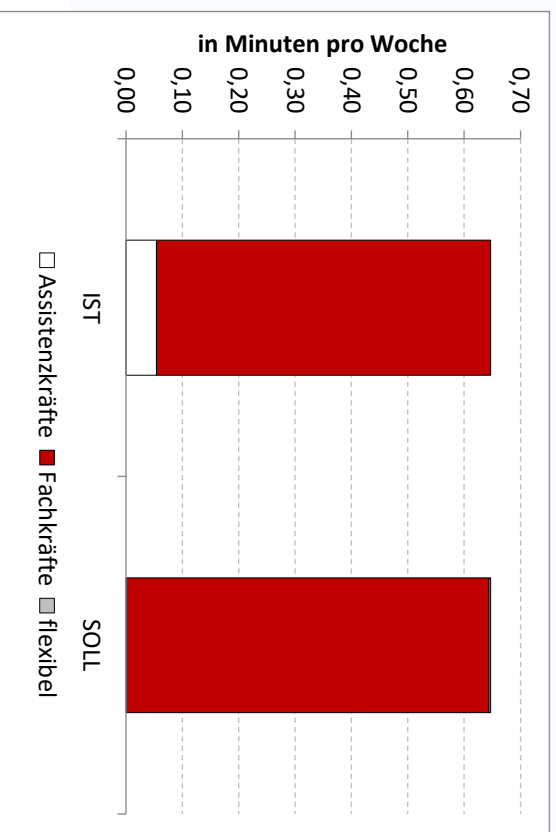
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege

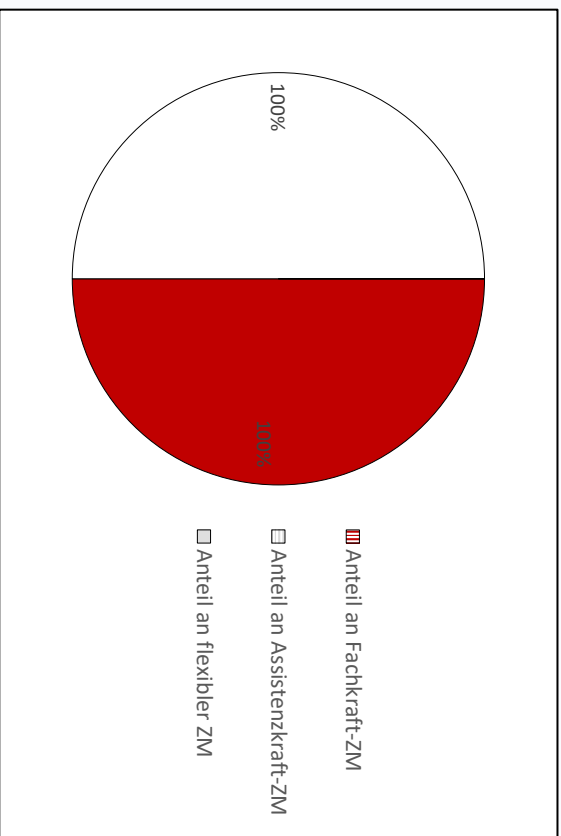


Zeitmengen nach Qualifikationsmix

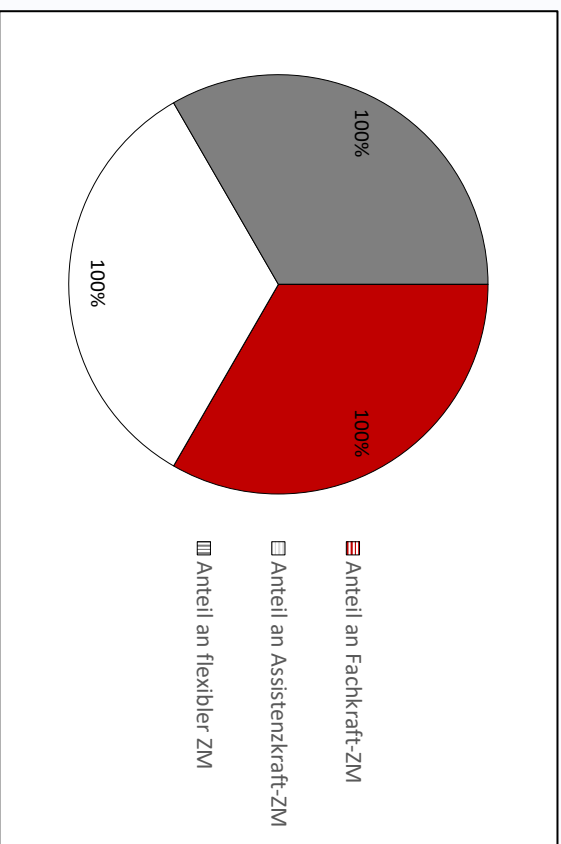


9.7 Rezeption und Aneignung gesetzlicher und fachlicher Anforderungen

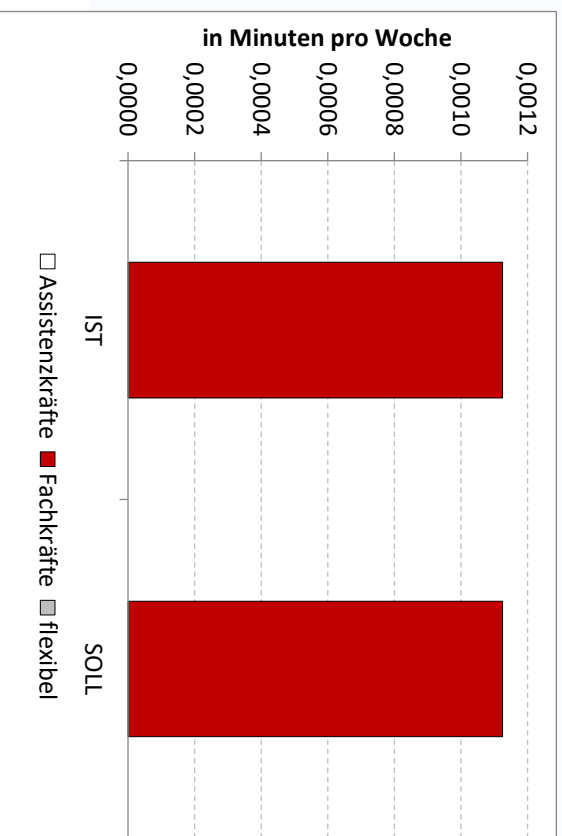
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



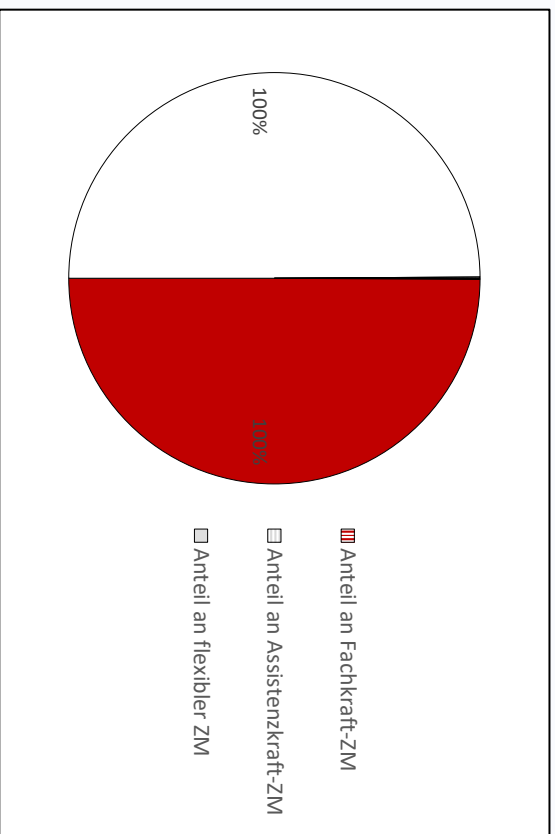
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



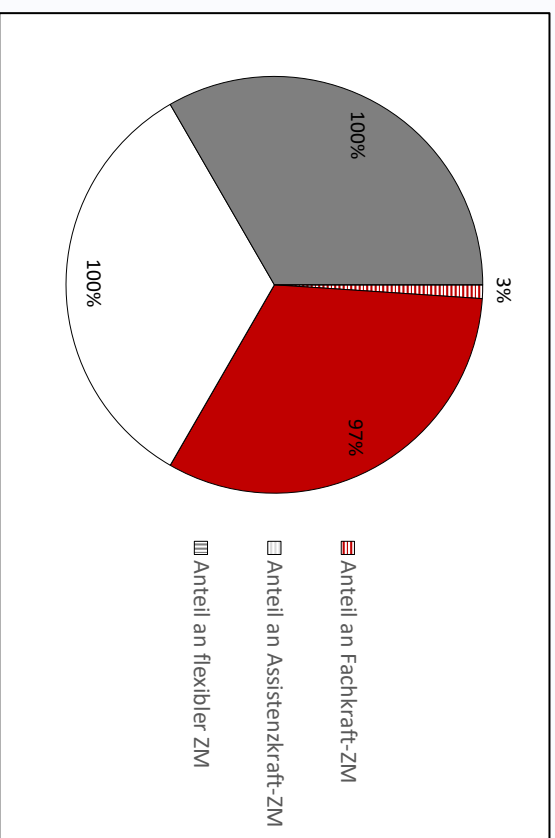
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



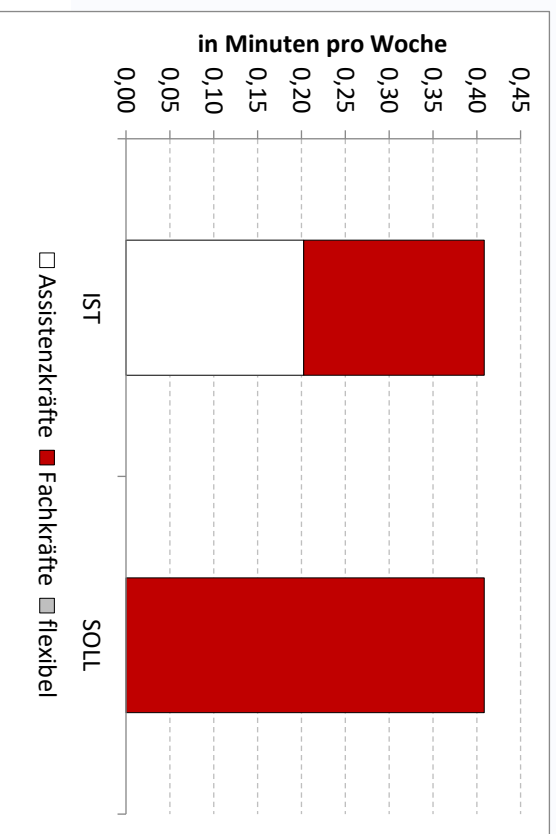
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



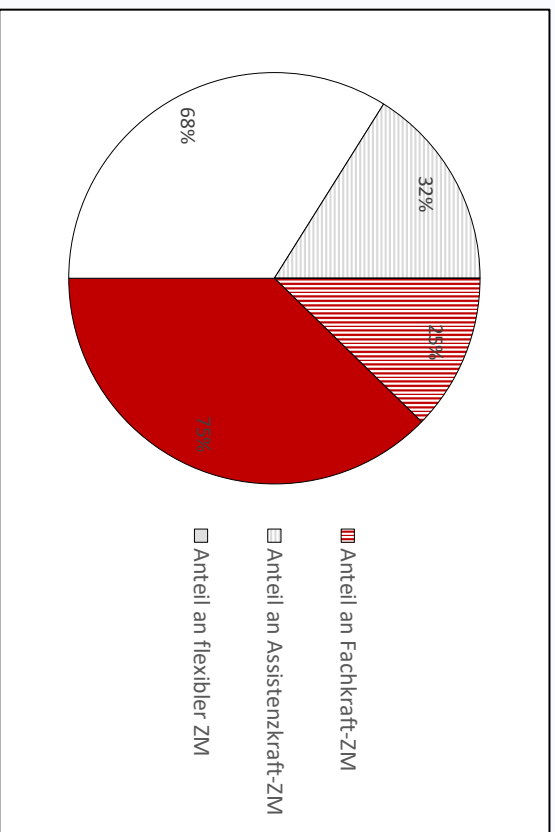
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



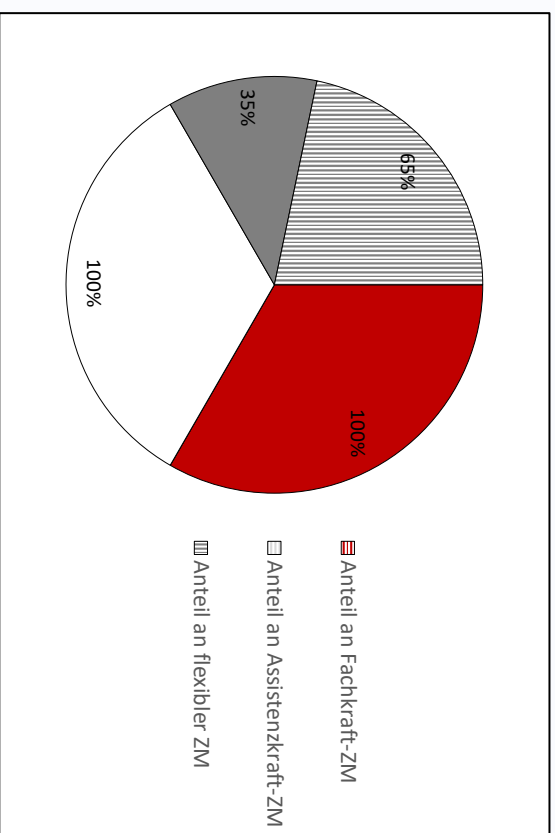
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



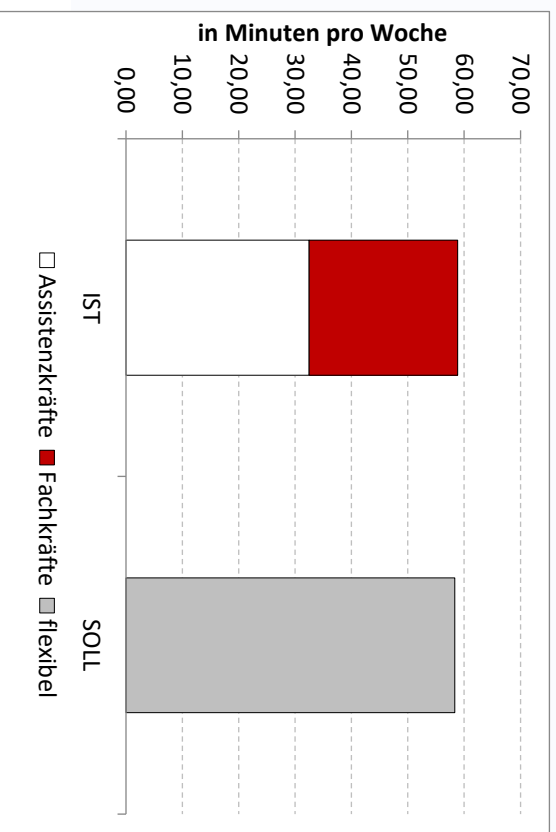
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



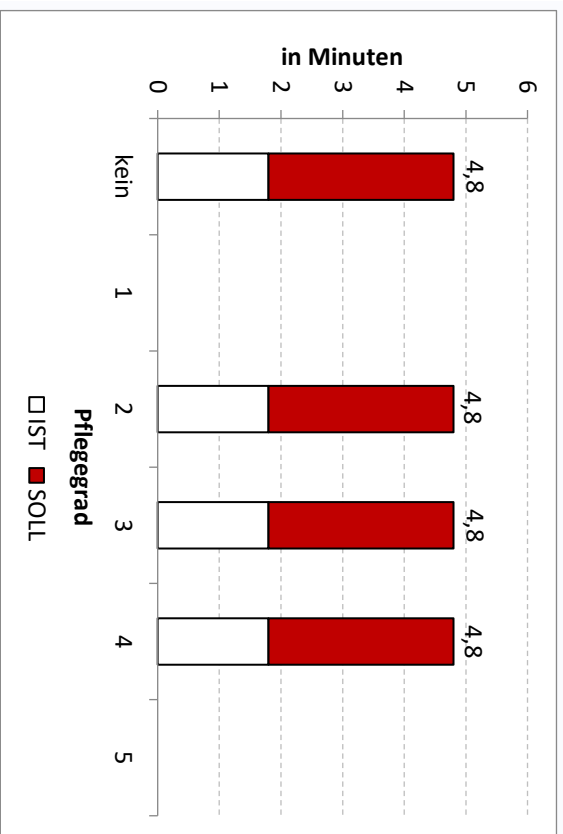
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



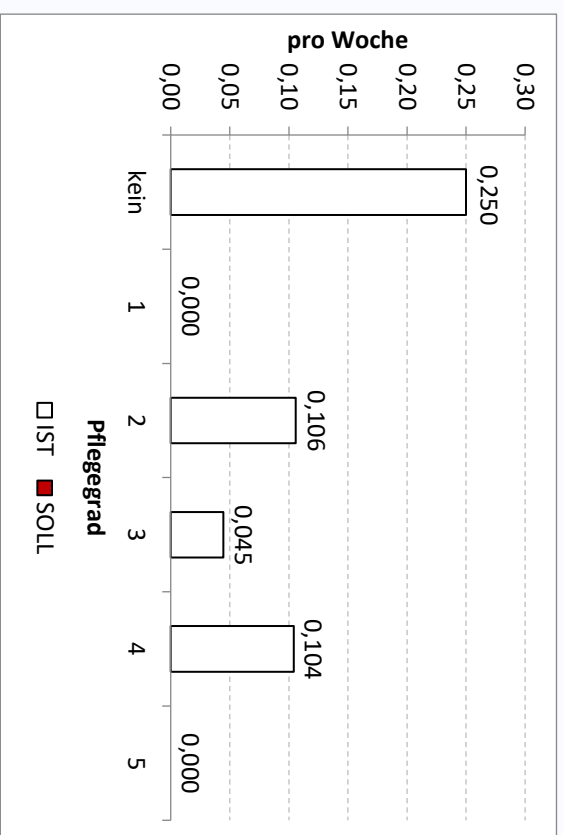
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



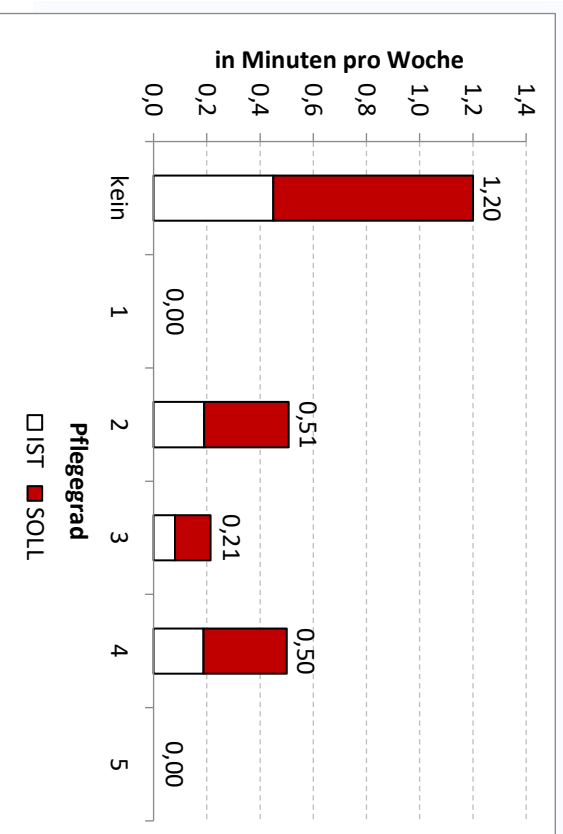
Durchschnittliche Zeit pro Erbringung nach...



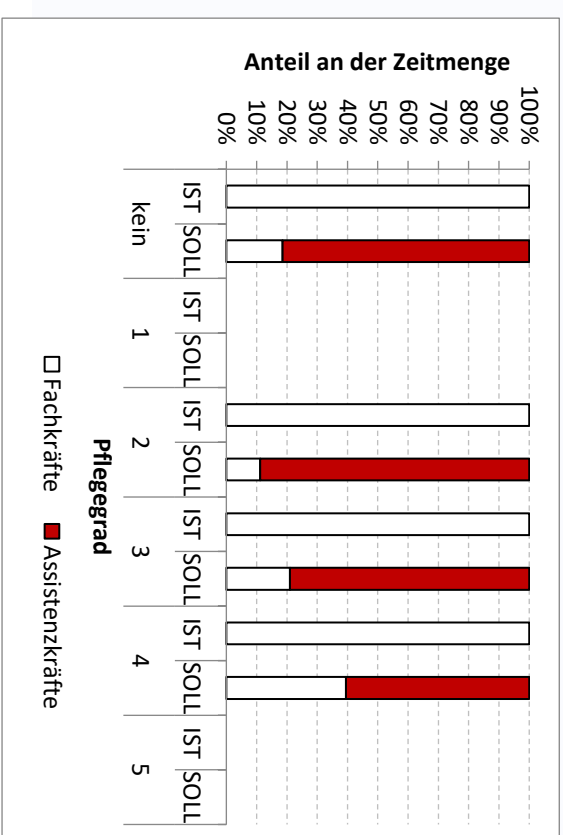
Durchschnittliche Anzahl der Erbringungen nach...



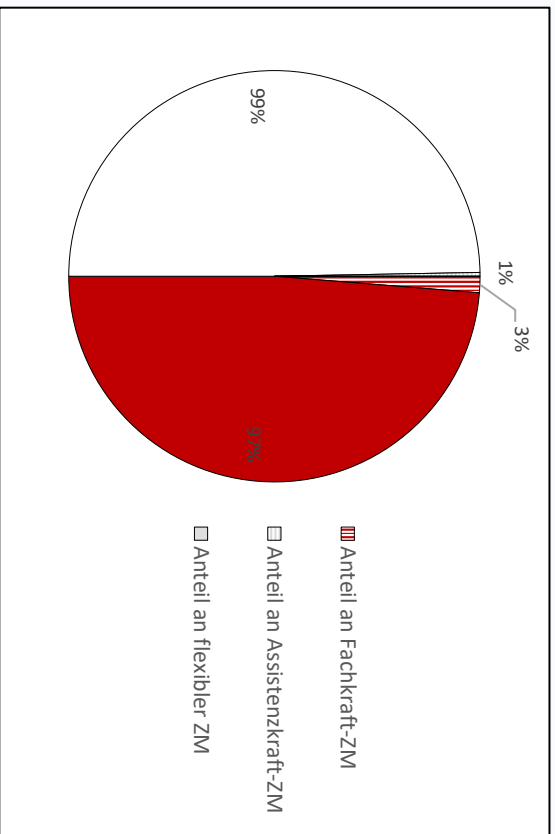
Durchschnittliche Zeitmengen nach...



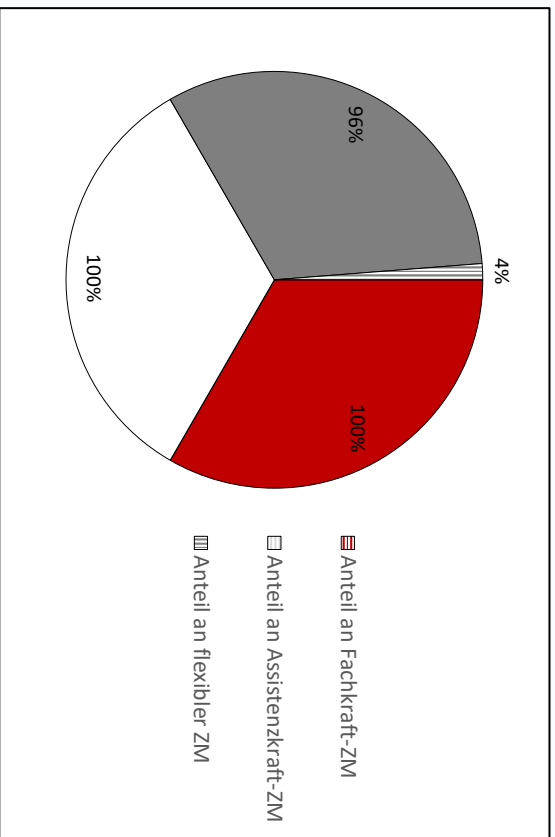
Qualifikationsmix in IST und SOLL (Angebote und Vollerbringungen)



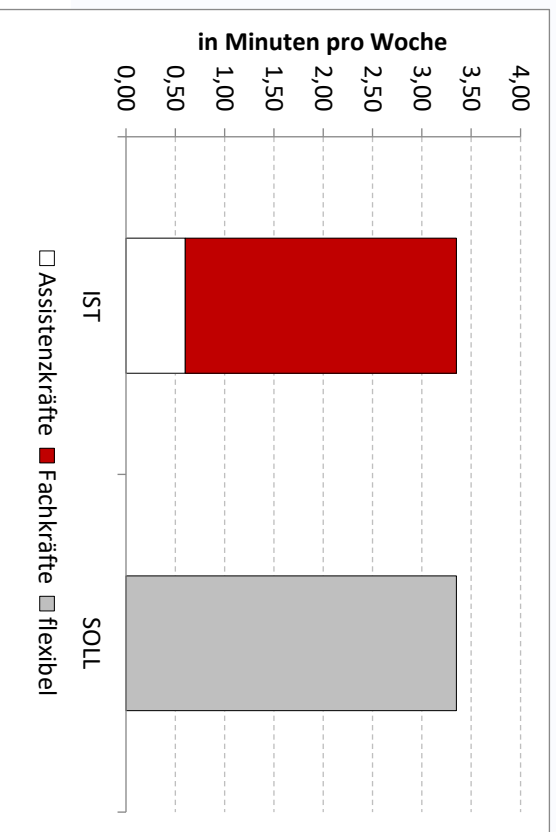
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



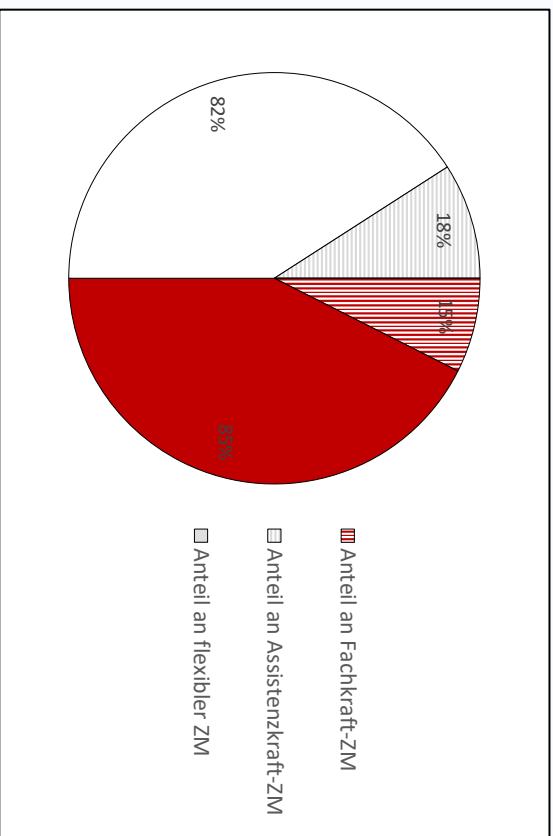
Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



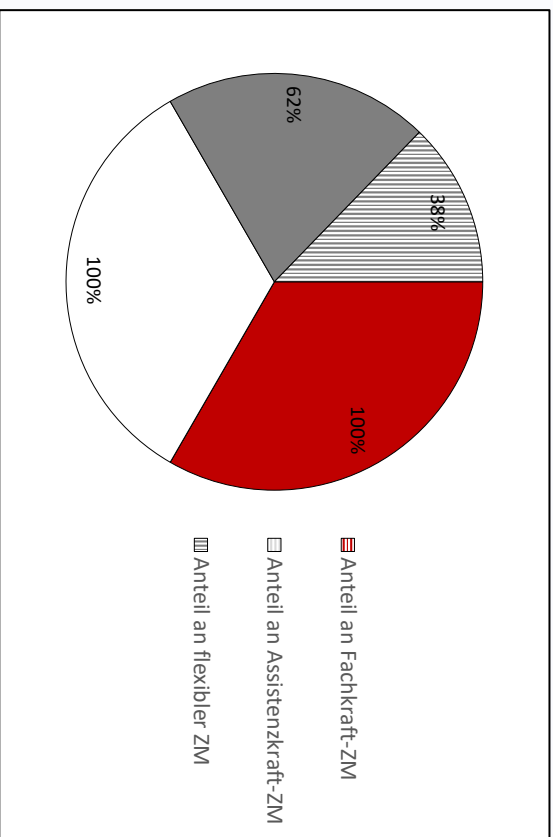
Zeitmengen nach Qualifikationsmix



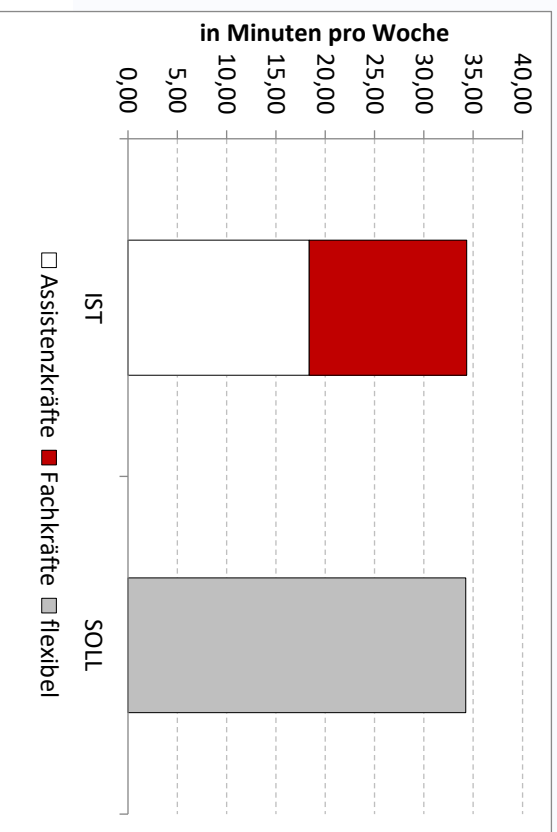
Anteil an der gesamten IST-Zeitmenge der indirekten Pflege



Anteil an der gesamten SOLL-Zeitmenge der indirekten Pflege



Zeitmengen nach Qualifikationsmix



11. Anhang

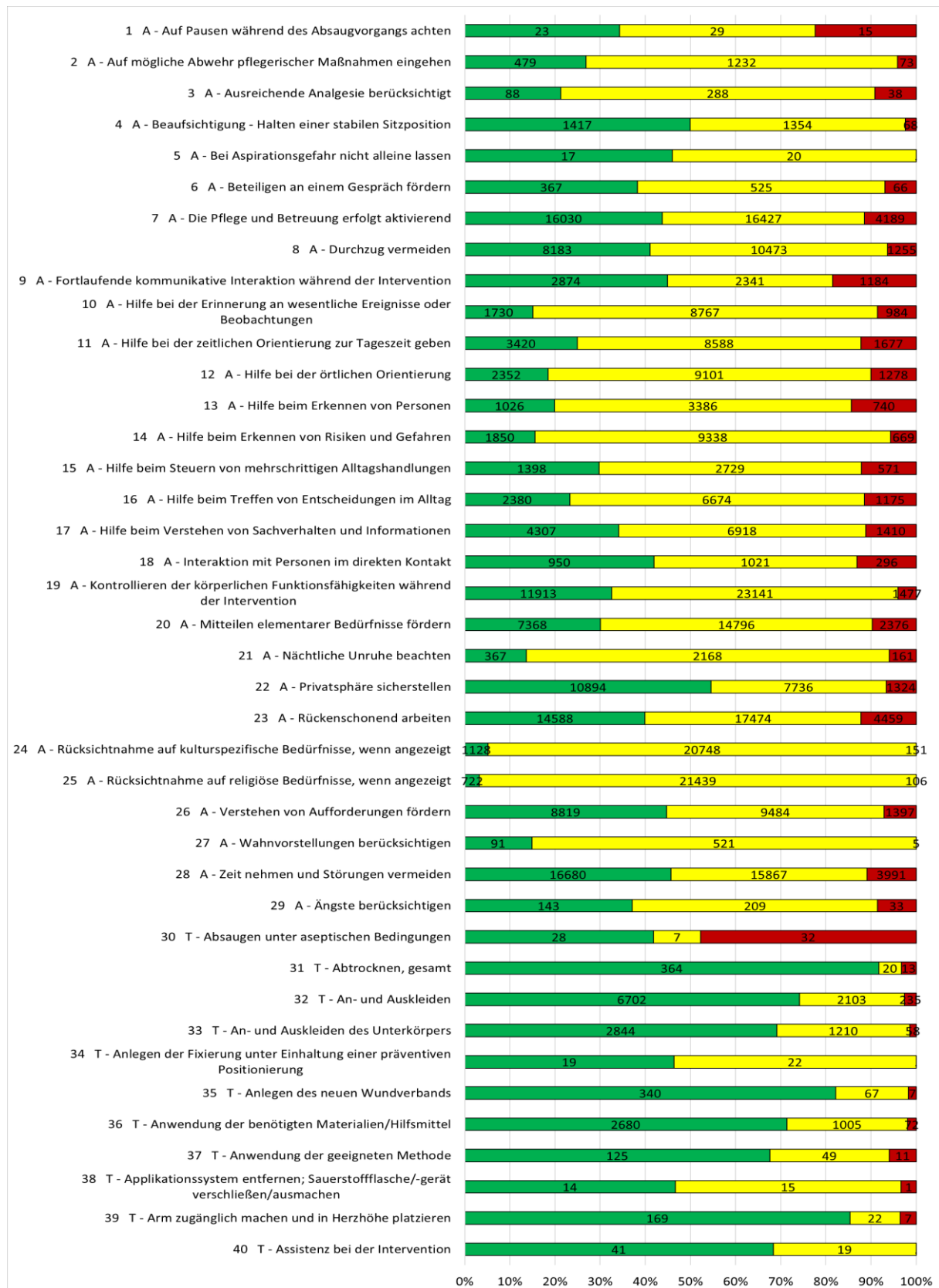
Alphabetische Liste der Teilschritte und Anforderungen

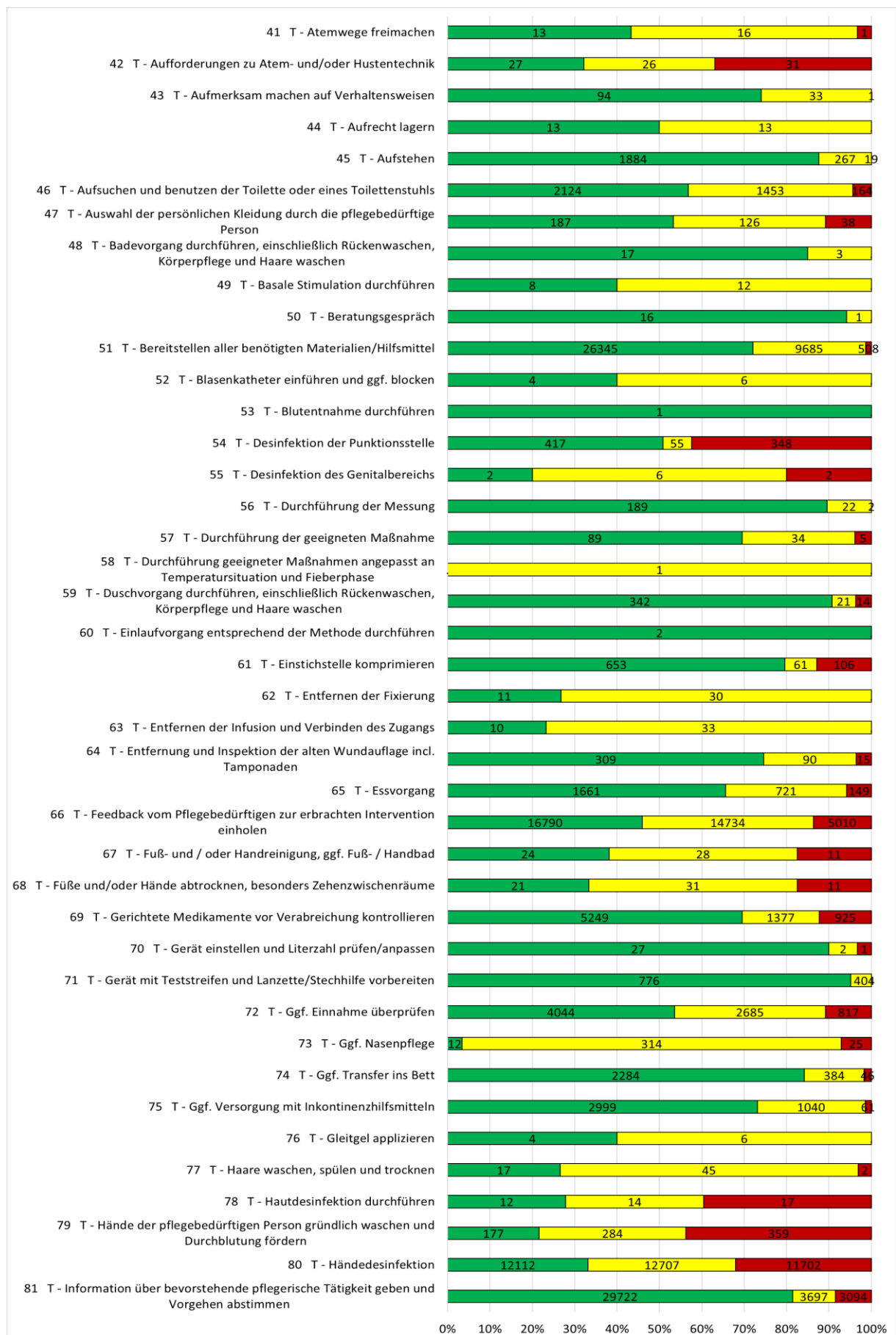
1 - A - Auf Pausen während des Absaugvorgangs achten
2 - A - Auf mögliche Abwehr pflegerischer Maßnahmen eingehen
3 - A - Ausreichende Analgesie berücksichtigt
4 - A - Beaufsichtigung - Halten einer stabilen Sitzposition
5 - A - Beteiligen an einem Gespräch fördern
6 - A - Die Pflege und Betreuung erfolgt aktivierend
7 - A - Durchzug vermeiden
8 - A - Fortlaufende kommunikative Interaktion während der Intervention
9 - A - Hilfe bei der Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen
10 - A - Hilfe bei der zeitlichen Orientierung zur Tageszeit geben
11 - A - Hilfe bei der örtlichen Orientierung
12 - A - Hilfe beim Erkennen von Personen
13 - A - Hilfe beim Erkennen von Risiken und Gefahren
14 - A - Hilfe beim Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen
15 - A - Hilfe beim Treffen von Entscheidungen im Alltag
16 - A - Hilfe beim Verstehen von Sachverhalten und Informationen
17 - A - Interaktion mit Personen im direkten Kontakt
18 - A - Kontrollieren der körperlichen Funktionsfähigkeiten während der Intervention
19 - A - Mitteilen elementarer Bedürfnisse fördern
20 - A - Nächtliche Unruhe beachten
21 - A - Privatsphäre sicherstellen
22 - A - Rückenschonend arbeiten
23 - A - Rücksichtnahme auf kulturspezifische Bedürfnisse, wenn angezeigt
24 - A - Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse, wenn angezeigt
25 - A - Verstehen von Aufforderungen fördern
26 - A - Wahnvorstellungen berücksichtigen
27 - A - Zeit nehmen und Störungen vermeiden
28 - A - Ängste berücksichtigen
29 - T - Absaugen unter aseptischen Bedingungen
30 - T - Abtrocknen, gesamt
31 - T - An- und Auskleiden
32 - T - An- und Auskleiden des Unterkörpers
33 - T - Anlegen des neuen Wundverbands
34 - T - Anwendung der benötigten Materialien/Hilfsmittel
35 - T - Anwendung der geeigneten Methode
36 - T - Applikationssystem entfernen; Sauerstoffflasche/-gerät verschließen/ausmachen
37 - T - Arm zugänglich machen und in Herzhöhe platzieren
38 - T - Assistenz bei der Intervention
39 - T - Atemwege freimachen
40 - T - Aufforderungen zu Atem- und/oder Hustentechnik
41 - T - Aufmerksam machen auf Verhaltensweisen
42 - T - Aufstehen
43 - T - Aufsuchen und benutzen der Toilette oder eines Toilettenstuhls

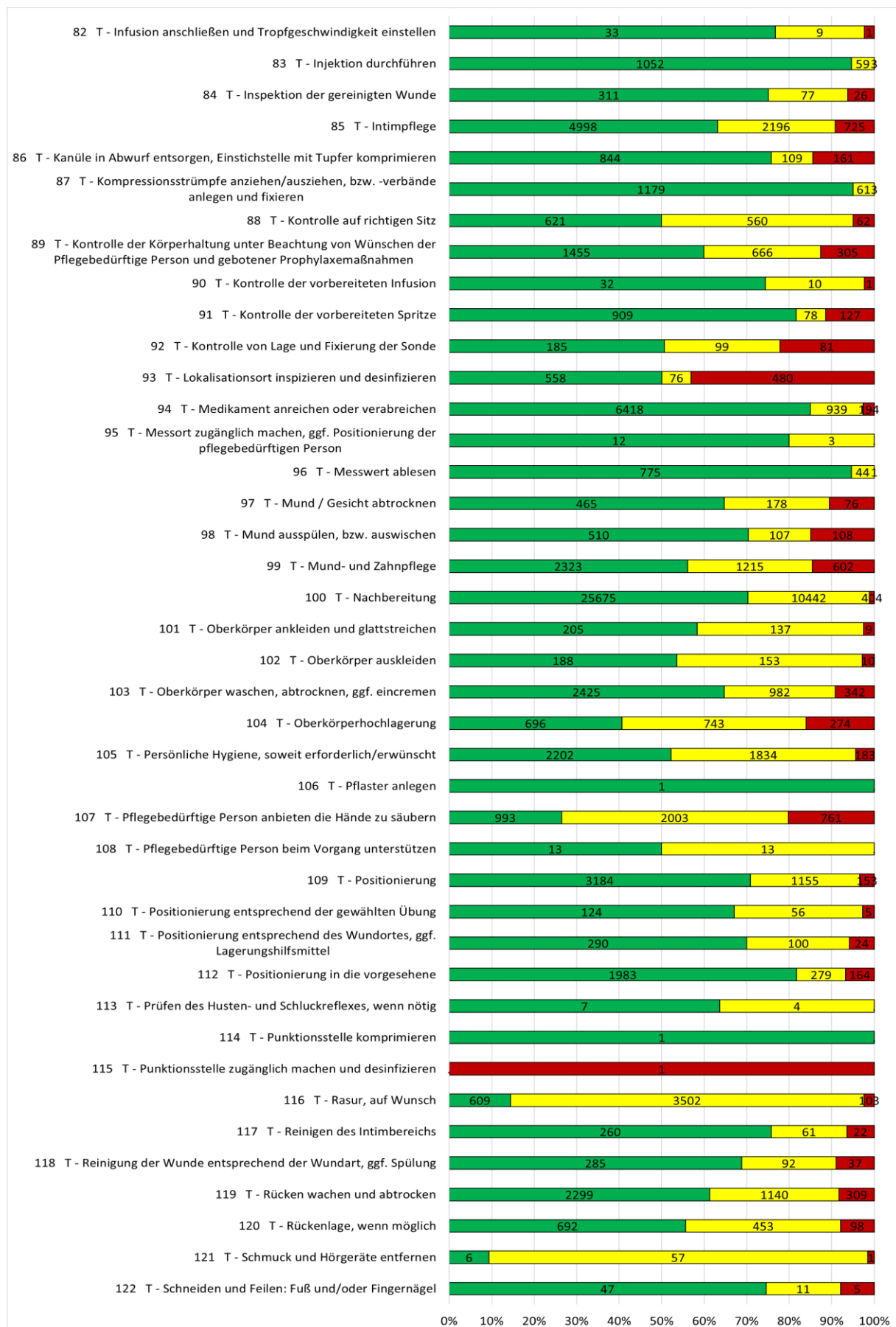
44 - T - Auswahl der persönlichen Kleidung durch die pflegebedürftige Person
45 - T - Badevorgang durchführen, einschließlich Rückenwaschen, Körperpflege und Haare waschen
46 - T - Basale Stimulation durchführen
47 - T - Beratungsgespräch
48 - T - Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel
49 - T - Desinfektion der Punktionsstelle
50 - T - Durchführung der Messung
51 - T - Durchführung der geeigneten Maßnahme
52 - T - Duschvorgang durchführen, einschließlich Rückenwaschen, Körperpflege und Haare waschen
53 - T - Einstichstelle komprimieren
54 - T - Entfernung und Inspektion der alten Wundauflage incl. Tamponaden
55 - T - Essvorgang
56 - T - Feedback vom Pflegebedürftigen zur erbrachten Intervention einholen
57 - T - Fuß- und / oder Handreinigung, ggf. Fuß- / Handbad
58 - T - Füße und/oder Hände abtrocknen, besonders Zehenzwischenräume
59 - T - Gerichtete Medikamente vor Verabreichung kontrollieren
60 - T - Gerät einstellen und Literzahl prüfen/anpassen
61 - T - Gerät mit Teststreifen und Lanzette/Stechhilfe vorbereiten
62 - T - Ggf. Einnahme überprüfen
63 - T - Ggf. Nasenpflege
64 - T - Ggf. Transfer ins Bett
65 - T - Ggf. Versorgung mit Inkontinenzhilfsmitteln
66 - T - Hände der pflegebedürftigen Person gründlich waschen und Durchblutung fördern
67 - T - Händedesinfektion
68 - T - Information über bevorstehende pflegerische Tätigkeit geben und Vorgehen abstimmen
69 - T - Injektion durchführen
70 - T - Inspektion der gereinigten Wunde
71 - T - Intimpflege
72 - T - Kanüle in Abwurf entsorgen, Einstichstelle mit Tupfer komprimieren
73 - T - Kompressionsstrümpfe anziehen/ausziehen, bzw. -verbände anlegen und fixieren
74 - T - Kontrolle auf richtigen Sitz
75 - T - Kontrolle der Körperhaltung unter Beachtung von Wünschen der Pflegebedürftige Person und gebotener Prophylaxemaßnahmen
76 - T - Kontrolle der vorbereiteten Spritze
77 - T - Kontrolle von Lage und Fixierung der Sonde
78 - T - Lokalisationsort inspizieren und desinfizieren
79 - T - Medikament anreichen oder verabreichen
80 - T - Messort zugänglich machen, ggf. Positionierung der pflegebedürftigen Person
81 - T - Messwert ablesen
82 - T - Mund / Gesicht abtrocknen
83 - T - Mund ausspülen, bzw. auswischen
84 - T - Mund- und Zahnpflege
85 - T - Nachbereitung
86 - T - Oberkörper ankleiden und glattstreichen
87 - T - Oberkörper auskleiden
88 - T - Oberkörper waschen, abtrocknen, ggf. eincremen
89 - T - Oberkörperhochlagerung

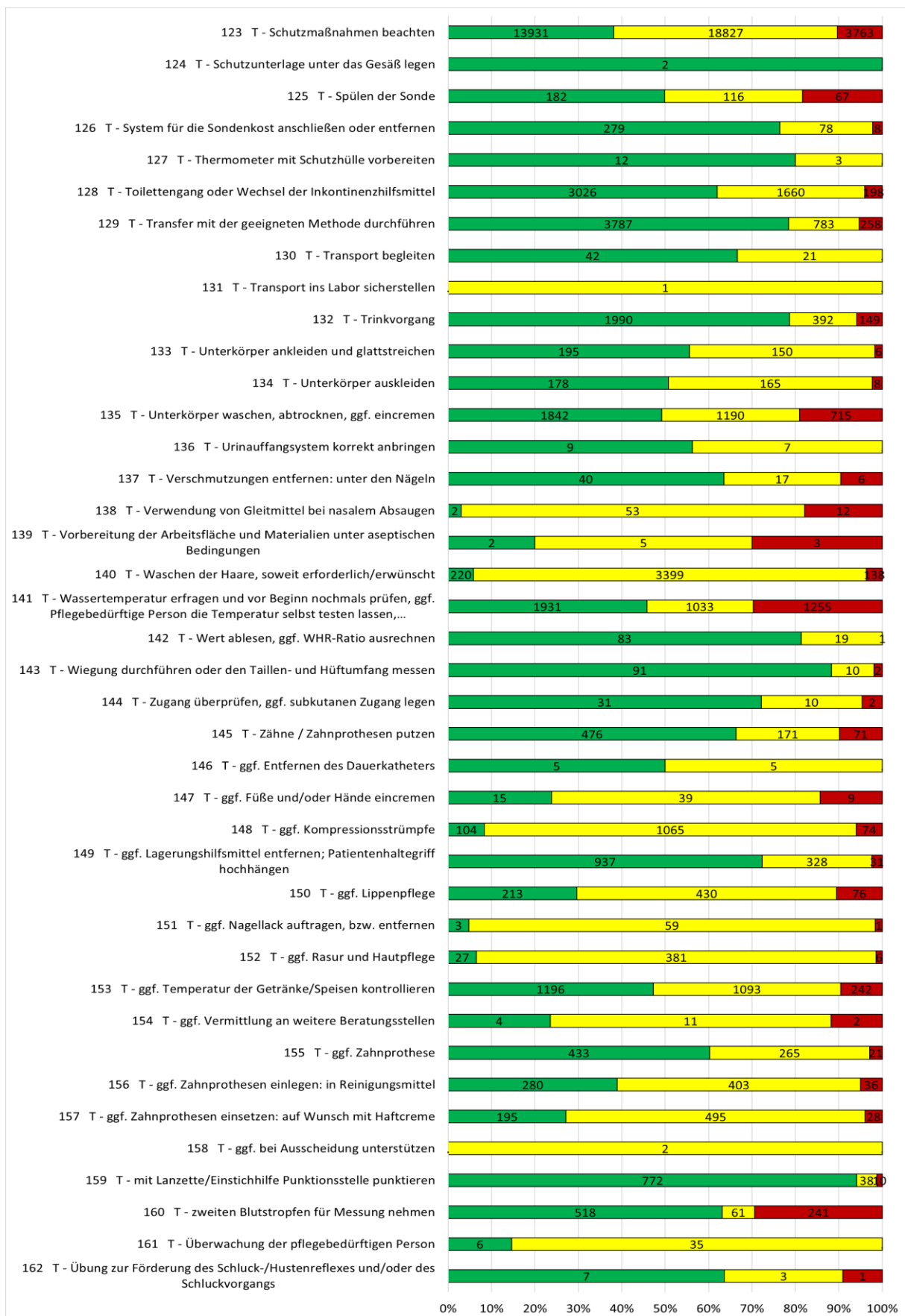
90 - T - Persönliche Hygiene, soweit erforderlich/erwünscht
91 - T - Pflegebedürftige Person anbieten die Hände zu säubern
92 - T - Positionierung
93 - T - Positionierung entsprechend der gewählten Übung
94 - T - Positionierung entsprechend des Wundortes, ggf. Lagerungshilfsmittel
95 - T - Positionierung in die vorgesehene
96 - T - Rasur, auf Wunsch
97 - T - Reinigen des Intimbereichs
98 - T - Reinigung der Wunde entsprechend der Wundart, ggf. Spülung
99 - T - Rücken wachen und abtrocknen
100 - T - Rückenlage, wenn möglich
101 - T - Schneiden und Feilen: Fuß und/oder Fingernägel
102 - T - Schutzmaßnahmen beachten
103 - T - Snoezelen durchführen: Nutzen unterschiedlicher Materialien und Methoden zur Sinneswahrnehmung
104 - T - Spülen der Sonde
105 - T - System für die Sondenkost anschließen oder entfernen
106 - T - Thermometer mit Schutzhülle vorbereiten
107 - T - Toilettengang oder Wechsel der Inkontinenzhilfsmittel
108 - T - Transfer mit der geeigneten Methode durchführen
109 - T - Transport begleiten
110 - T - Trinkvorgang
111 - T - Unterkörper ankleiden und glattstreichen
112 - T - Unterkörper auskleiden
113 - T - Unterkörper waschen, abtrocknen, ggf. eincremen
114 - T - Verschmutzungen entfernen: unter den Nägeln
115 - T - Verwendung von Gleitmittel bei nasalem Absaugen
116 - T - Waschen der Haare, soweit erforderlich/erwünscht
117 - T - Wassertemperatur erfragen und vor Beginn nochmals prüfen, ggf. Pflegebedürftige Person die Temperatur selbst testen lassen, Waschzusätze nach Bedarf und Wunsch
118 - T - Wert ablesen, ggf. WHR-Ratio ausrechnen
119 - T - Wiegung durchführen oder den Taillen- und Hüftumfang messen
120 - T - Zähne / Zahnprothesen putzen
121 - T - ggf. Füße und/oder Hände eincremen
122 - T - ggf. Kompressionsstrümpfe
123 - T - ggf. Lagerungshilfsmittel entfernen; Patientenhaltegriff hochhängen
124 - T - ggf. Lippenpflege
125 - T - ggf. Nagellack auftragen, bzw. entfernen
126 - T - ggf. Rasur und Hautpflege
127 - T - ggf. Temperatur der Getränke/Speisen kontrollieren
128 - T - ggf. Vermittlung an weitere Beratungsstellen
129 - T - ggf. Zahnprothese
130 - T - ggf. Zahnprothesen einlegen: in Reinigungsmittel
131 - T - ggf. Zahnprothesen einsetzen: auf Wunsch mit Haftcreme
132 - T - mit Lanzette/Einstichhilfe Punktionsstelle punktieren
133 - T - zweiten Blutstropfen für Messung nehmen

A 6.3 Übersicht der Bewertungen der Teilschritte und Anforderungen aller vollstationär erbrachten Interventionen









A 6.4 Rückmeldungen der Datenerhebenden

Im Anschluss an die Datenerfassung wurden die Datenerhebenden in Form eines schriftlichen, per E-Mail verschickten Fragebogens gebeten eine Rückmeldung

- zur Organisation der Studie,
- den positiven und negativen Erfahrungen während der Datenerhebung und
- sonstigen Aspekte, die als relevant für eine Personalbemessung erscheinen,

zu geben (A 4.14-15). Nach Sichtung aller Feedbacks, konnte festgestellt werden, dass die Datenerhebenden die Möglichkeit zum Teil sehr umfassend nutzten, gerade um ihre Eindrücke aus den Einrichtungen rückzumelden, die nicht Teil der Datenerhebung waren. Ihre Aufgabe im Rahmen der Datenerfassungen war primär die fachgerechte und vollständige Erbringung der notwendigen Leistungen entsprechend des Pflegebedarfs nach angemessener Zeit, Menge und Qualifikation zu überprüfen. In den thematisch offen gehaltenen Feedbacks wurden von den Datenerhebenden zusätzliche Angaben u.a. zur beobachteten Qualität der pflegerischen Versorgung, den Organisationsabläufen oder dem Engagement der Pflegekräfte geäußert.

Aufgrund des begrenzten Rücklaufs -33 Einzelrückmeldungen, einer zusammenfassenden Rückmeldung eines MDKs- und der Wahl der qualitativen Methodik haben die Ergebnisse nicht die gleiche Aussagekraft wie die empirisch sehr fundiert erfassten quantitativen Daten, beschreiben jedoch sehr eindrucksvoll den Kontext in dem die Datenerfassungen erfolgten. Sie geben wichtige Hinweise auf die Qualität der Versorgung, die Arbeitsorganisation, die (Arbeits-) Einstellung des Personals in den studienteilnehmenden Einrichtungen aus der Perspektive der Datenerhebenden. Zusätzlich gebend die Daten einen Einblick in die Hintergründe, die zu Zu- oder Abschlägen in den Bewertungen bei der fachgerechten Erbringung einer Intervention führten. Dazu wurden die Aussagen der Datenerhebenden pseudonymisiert und inhaltsanalytisch nach Mayring (2008) ausgewertet. Einbezogen wurden sowohl die positiven als auch die negativen Rückmeldungen, die Aufschluss über entsprechend im Kontext der Studie relevante Gegebenheiten in den Einrichtungen aufzeigten. Die Aussagen der Datenerhebenden wurden den folgenden Oberkategorien:

- Organisation der Studie,
- Organisationsstruktur,
- pflegerische Versorgung und
- Personal

zugeordnet und nach Anzahl der Nennung summiert. Da die Möglichkeit bestand, Rückmeldungen zu einzelnen Einrichtungen oder allgemeine Aussagen zu allen begleiteten Einrichtungen zu geben, erfolgte die Auswertung nicht auf der Ebene einzelner Einrichtungen, sondern stellt den Gesamteindruck aller Pflegeeinrichtungen aus Sicht der Datenerhebenden dar. Somit wurden sowohl positive als auch negative Aussagen zu unterschiedlichen Einrichtungen seitens der Datenerhebenden in den entsprechenden Kategorien berücksichtigt. Einzelnennungen innerhalb der Subkategorien sind in den folgenden Darstellungen nicht aufgeführt. Zunächst erfolgt in der Auswertung dieser qualitativen Daten die reine Deskription der Ergebnisse, anschließend werden die Kernergebnisse im Kontext der Studie analysiert und zusammengefasst.

Die Ergebnisse der schriftlichen Befragung werden anhand der oben beschriebenen Oberkategorien im Folgenden dargestellt.

Organisation der Studie

In diese Oberkategorie sind alle Zitate eingeordnet, die sich mit der Vorbereitung, dem Ablauf und der Bewertung der Datenerhebung befassen. Dazu wurden folgende Kategorien gebildet:

- Informationsstand und Teilnahmebereitschaft der Einrichtungen, Mitarbeiter*innen und Pflegebedürftigen und Angehörigen
- Fehlende Aspekte in der Erhebung
- Studienteilnahme als Erfahrung
- Aufnahme der Datenerhebenden in den Einrichtungen
- Koordination des Projektes
- Studienteam
- Schulung
- Einsatzplanung der Datenerhebenden
- Begleitung vor Ort
- Technische Probleme
- Verzerrung der Stichprobe/Studiendurchführung
- Sonstige Überlegungen und Rückmeldungen.

In Tabelle 13 sind die drei Kategorien mit den häufigsten Nennungen aus dem Bereich Organisation der Studie aufgelistet.

Tabelle 13: Auszug der drei Kategorien mit den häufigsten Nennungen aus dem Kategoriensystem „Organisation der Studie“

Organisation der Studie	
Informationsstand und Teilnahmebereitschaft der Einrichtungen, Mitarbeiter*innen, Pflegebedürftigen und Angehörigen (12)	
Positiv (7)	Negativ (5)
Offenheit der Pflegenden gegenüber den Schatten (4)	Informationsdefizite der Mitarbeiter*innen in den Einrichtungen (2)
Gute Kooperation und Vorbereitung der Pflegenden (2)	Dienstzeiten stimmten nicht exakt mit den übermittelten überein (1)
Aufgeschlossene Angehörige und Bewohner (1)	Vermutete Informationsdefizite in der Einrichtung und bei den Angehörigen (1)
	Bedarf an einer besseren Studieninformation von Angehörigen (1)
Fehlende Aspekte in der Erhebung (12)	
Positiv (-)	Negativ (12)
	Unzureichende Erfassung von Zuwendung und Betreuung (4)
	Soziale Kompetenz der Pflegenden nicht erfasst (3)
	Keine Beschattung von Leitungskräften (2)
	keine Erfassung von Nebentätigkeiten (1)
	Keine Beschattung der Betreuungskräfte (1)
	Bedarf an palliativer Versorgung (1)

Studienteilnahme als Erfahrung (10)	
Positiv (10)	Negativ (-)
Positiver Erfahrungsgewinn (6)	
Wunsch zur Mitarbeit an weiteren Studien (4)	

Insgesamt 12 Rückmeldungen beziehen sich auf den **Informationsstand und die Teilnahmebereitschaft** wichtiger studienbeteiligter Gruppen: Dies sind die Einrichtungsleitungen, die pflegenden Mitarbeiter*innen, die Pflegebedürftigen und deren Angehörige. Dabei sind die 7 Aussagen positiv. Sie betonen die *Offenheit der Pflegenden gegenüber den Schatten* (4), die *Gute Kooperation und Vorbereitung der Pflegenden* (2) und *Aufgeschlossene Angehörige und Bewohner* (1)

3 Aussagen, die sich unter Kategorie zusammenfassen lassen sind:

„Die Mitarbeiter waren aber alle sehr freundlich und aufgeschlossen der Situation gegenüber.“ (D19)

„hohe Kooperationsbereitschaft und gute Vorbereitung (Information etc.) der Mitarbeiter im Vorfeld.“ (D27)

„Angehörige, Bewohner sehr freundlich und aufgeschlossen gegenüber dem Projekt“ (D10)

Den 7 positiven stehen 5 negative Aussagen gegenüber. Dabei geht es um mögliche Informationsdefizite.

„angeblich waren die Mitarbeiter nicht alle informiert und deshalb auch einige mit der Beschattung überfordert und dadurch unkooperativ“ (D26)

Eine Aussage kritisiert, dass es kleine Unstimmigkeiten bei den kommunizierten Dienstzeiten gab.

In der zweitgrößten Kategorie sind ebenfalls 12 Aussagen versammelt. Diese beziehen sich auf **fehlende Aspekte in der Datenerhebung**. Dabei wird von 4 Datenerhebenden kritisiert, dass es eine unzureichende Erfassung der Zuwendung und Betreuung gab. Dies äußert sich beispielsweise wie folgt:

*„Besonders aufwendige Betreuungszeit konnte kaum abgebildet werden, z.B. wenn eine Bewohner*in aufgrund ihrer Demenz immer wieder (mit Unterbrechungen) betreut wird bzw. betreut werden“ müsste“ (D11)*

3 Datenerhebende bemängeln, dass nicht die soziale Kompetenz der Pflegenden erfasst wurde. Ein Beispiel:

„Leider gab es keine Möglichkeit den „Umgang“ mit den Pflegebedürftigen zu bewerten.“ (D22)

Diese Aussagen können einen Rückschluss darauf sein, dass die Datenerheber*innen gerne nähere Angaben zu Art der Erbringung der Leistungen vermerkt hätten.

Insgesamt 9 Datenerhebende bewerteten die **Studienteilnahme als Erfahrung** für sich. Alle Rückmeldungen können positiv gewertet werden. Eine beispielhafte Aussage lautet:

„Es war eine tolle Erfahrung einmal bei einem solchen Projekt mitwirken zu dürfen.“ (D8)

4 Aussagen bekunden, dass die Datenerhebenden gerne erneut an einer *wissenschaftlichen Studie* teilnehmen würden.

„und ich würde jeder Zeit wieder an einer Studie teilnehmen.“ (D21)

Die Kategorie Aufnahme der **Datenerhebenden in den Einrichtungen** mit insgesamt 7 Aussagen zeigt, dass es die Datenerhebende unterschiedliche Erfahrungen in den Einrichtungen gesammelt haben. 3 Aussagen benennen, dass die Datenerhebenden freundlich aufgenommen wurden.

„Wir Datenerheber wurden sehr freundlich aufgenommen und unterstützt“ (D30)

Eine Rückmeldung hebt das aktive Bemühen um die Schatten hervor:

„auch um die Schatten gekümmert!“ (D1)

3 Datenerhebende berichten jedoch auch, dass ihnen nur wenig bis kein Interesse seitens der Verantwortlichen in den Einrichtungen entgegengebracht wurde.

"Enttäuscht war ich darüber, dass in beiden Einrichtungen weder die PDL noch die HL Interesse zeigten. Wurden nicht begrüßt, haben sich nicht vorgestellt oder mal nachgefragt." (D30)

Diese gegenteiligen Aussagen verdeutlichen, dass es Unterschiede zwischen den Einrichtungen gab: Während in einigen Einrichtungen die Erhebung eine besondere Situation darstellte, die auch die Leitungskräfte beeinflusste, lief sie zum Teil auch ohne diese besondere Aufmerksamkeit ab.

Insgesamt 8 Rückmeldungen beziehen sich auf die **Koordination des Projektes**. Die Datenerhebenden bewerten die Koordination sehr überwiegend positiv. 4 Rückmeldungen loben die gute Organisation.

„die Organisation von Seiten der Universität perfekt.“ (D25)

„Ein großes Kompliment für Ihre Organisation die dahinter stand!!!“ (D18)

2 Zitate gehen näher auf die gute Vorbereitung ein. Eine Aussage honoriert den hohen Aufwand der betrieben werden musste, um die Studie durchführen zu können.

„Sie haben einen extrem hohen Arbeitsaufwand umgesetzt“ (D1)

Es gibt lediglich eine negative Rückmeldung in dieser Kategorie. Diese betrifft auch eine absolute Ausnahmesituation: Ein*e Studienmitarbeiter*in konnte aufgrund einer Erkrankung in einem Fall nicht im gewohnten Umfang die Schatten am ersten Tag begleiten.

6 Äußerungen beziehen sich auf das **Studienteam**. Es wird hervorgehoben, dass es sich um ein engagiertes und freundliches Team handelte

„die Studienmitarbeiter waren immer freundlich und fachlich sehr gut ausgebildet, sowie geduldig“ (D10).

Jeweils einmal wurden die Zuverlässigkeit, die gute Zusammenarbeit und der fachliche Austausch explizit positiv bewertet. Es gab keine negativen Rückmeldungen zum Studienteam.

Die **Schulung** wurde von 4 Schatten thematisiert. Zwei Rückmeldungen sind sehr positiv. Eine lautet:

„Die Schulung in (...) war auch sehr gut durchdacht und das Team war sehr angenehm.“ (D15)

5 Datenerhebende äußerten sich zur **Einsatzplanung der Schatten**. Dabei wird einerseits von einer Person hervorgehoben, dass es richtig war jemanden für die Einsatzplanung zu beschäftigen.

„Es war eine gute Entscheidung jemanden für die Einsatzorganisation anzustellen.“ (D12)

4 weitere Rückmeldungen in dieser Kategorie sind jedoch negativ. Drei Datenerhebende kritisieren, dass der zeitliche Abstand zwischen der Schulung und dem ersten Einsatz zu groß war. In einer Aussage wird bedauert, dass die Datenerhebende nicht mehr Einsätze gemacht haben.

„Sehr sehr schade, dass nicht vor Studienbeginn klar abgeklärt wurde, dass alle Schatten beispielsweise mindestens je 3 oder 4 Einrichtungen zu begleiten haben. Das hätte eine wesentliche Einsparung an organisatorischem, zeitlichem und personellem und damit auch finanziellem Aufwand bedeutet.“ (D29)

Die Kommunikation mit dem Studienteam wird von insgesamt 5 Datenerhebenden angesprochen. 4 Äußerungen sind positiv. 2 Datenerhebende meinten, dass das Team immer gut erreichbar war und schnell reagierte.

„Ich war sehr zufrieden mit der Kommunikation, habe immer schnelle Rückmeldung erhalten bei Fragen.“ (D30)

„Ihre Erreichbarkeit war super!!!!!!“ (D18)

Ein Rückmeldung bezieht sich auf die Kompetenz der Studienteammitglieder:

„Super, dass es immer einen kompetenten PeBeM-Ansprechpartner für die Schatten gab“ (D29)

Lediglich eine Rückmeldung kritisierte eine nicht ausreichende Erreichbarkeit des Studienteams.

Eine weitere Kategorie bezieht sich auf die Begleitung der Schatten in den Einrichtungen. Dabei sind die Rückmeldungen von allen 4 Datenerhebenden positiv. Eine beispielhafte Aussage lautet:

„Möchte mich für die Unterstützung, gerade bei den ersten Erhebungen, ganz herzlich bedanken!“ (D28)

Dies verdeutlicht nochmals, die Wichtigkeit der **Begleitung** der Schatten **vor Ort** durch das Studienteam bei den Datenerhebungen und somit Fragen und Probleme der Datenerhebenden umgehend klären zu können.

4 Rückmeldungen gehen auf den Punkt mögliche **Verzerrungen in der Stichprobe/ Studiendurchführung** ein. Die dort angefügten Kommentare stellen Einzelmeinungen dar, zeigen jedoch, dass es – vereinzelt – zu Problemen bei der Datenerhebung kam. So äußerte ein Schatten, dass beispielsweise teilweise Pflegekräfte ungeplant zum Einsatz kamen. Ebenfalls kritisch ist, dass Pflegekräfte teilweise Tätigkeiten nach den Schichtzeiten ausübten und die Datenerhebenden dies nicht immer mitbekamen. Vereinzelt wurden von **technischen Problemen** in der Anlaufphase der Datenerhebungen berichtet.

Weitere Rückmeldungen beinhalten beispielsweise den Wunsch nach mehr Personal in der Pflege (2x), den Wunsch nach einer Präsentation der Ergebnisse (2x) und warnen vor einer Ökonomisierung der Pflege. Sie zeigen jedoch auch auf, dass es wichtig ist die Arbeitsorganisation einzubeziehen. Nicht zuletzt halten 3 Datenerhebende fest, dass sie keine positiven Aspekte in den Einrichtungen gesehen haben.

Zusammenfassend kann also für den Bereich der Organisation der Studie ein überwiegend positives Fazit gezogen werden. Die Datenerhebenden hoben die Organisation der Studie hervor, fühlten sich durch Betreuung, Schulung und Begleitung durch das Studienteam in den Einrichtungen überwiegend gut für die Datenerhebungen qualifiziert. Die Einrichtungen waren den Erhebungen gegenüber weitestgehend aufgeschlossen und die Datenerfassungen konnten ohne Einschränkungen nach Plan erfolgen. Die Rückmeldungen geben Hinweise darauf, dass in der Praxis vereinzelt kurzfristige Veränderungen der Einsatzplanungen vorkamen, die vom Studienteam in den Einzelfällen nicht kompensiert werden konnten und eine gewisse Selektion der Datenerhebungsbereiche stattgefunden haben könnte. Beide Punkte würden zu einer vermeintlichen Unterschätzung der Aufwände führen und limitieren die Ergebnisse durch die Einzelfälle nur minimal.

Organisationsstruktur

Dieser Oberkategorie sind alle Kategorien zugeordnet, die Angaben zur Strukturqualität der Einrichtungen widerspiegeln. Dazu zählen die Kategorien:

- Personal,
- Arbeitsorganisation,
- Arbeitsaufteilung (Qualifikationsmix),
- Pausengestaltung,
- Kommunikation (Leitungsebene),
- räumliche Gegebenheiten,
- Dokumentation,
- Kommunikation (Mitarbeitersebene),
- Anleitung und Überwachung durch QN4 und
- die Hilfsmittelausstattung.

Die drei häufigsten Nennungen in der Kategorie Organisationsstruktur sind in Tabelle 14 visualisiert und werden zusammen mit den weiteren Kategorien im Textverlauf beschrieben.

Tabelle 14: Auszug der drei Kategorien mit den häufigsten Nennungen aus dem Kategoriensystem „Organisationsstruktur“

Organisationsstruktur	
Personal (15)	
Positiv (1)	Negativ (14)
Ausreichende Personalausstattung (1)	Geringe Personalausstattung (6)
	Defizite bei der fachlichen Qualifikation (5)
	Unzureichende Sprachkenntnisse (3)
	Bedarf an Fachkräften (3)
	Hoher Krankenstand (2)
	Überstunden ohne Lohnausgleich (1)
	Viele Fachkräfte im Anerkennungsjahr (1)
	Bedarf an fachweitergebildetem Personal (1)

Arbeitsorganisation (11)	
Positiv (3)	Negativ (9)
Effektive Zusammenarbeit des Teams (1)	Ineffiziente Arbeitsabläufe (6)
Strukturiertes Arbeiten (1)	Unstrukturierte Arbeitsabläufe, trotz ausreichend Personalressourcen (3)
Gute Erfahrungen mit Verblisterung der Medikamente (1)	
Arbeitsaufteilung (Qualifikationsmix) (9)	
Positiv (2)	Negativ (8)
Hohe Effektivität der Arbeitsabläufe (1)	Übernahme von hauswirtschaftlichen Tätigkeiten (8)
Gelungener Professionsmix (1)	

Am häufigsten gaben die Datenerhebenden Rückmeldungen zum **Personal** der Einrichtungen. Lediglich eine Person empfand die Personalausstattung im Hinblick auf die Organisationsstruktur als ausreichend. Dagegen überwogen die negativen Rückmeldungen. 8 Personen betitelten die Personalausstattung als zu gering:

„größtmöglicher Einsatz des Pflegepersonals bei nicht ausreichender Personaldecke“ (D31).

Zudem machten 5 Personen Defizite bei der fachlichen Qualifikation des Pflegepersonals für die nicht fachgerechte Erbringung von pflegerischen und medizinisch-therapeutischen und -diagnostischen Interventionen verantwortlich:

„Es fand jedoch keine sach- und fachkundige, den allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen, insbesondere den medizinisch-pflegerischen Erkenntnissen entsprechende, umfassende und geplante Pflege statt. Es mangelt an der Qualifikation der Pflegekräfte. Ich denke die Studie ist wichtig, löst jedoch nicht die großen Probleme in der Pflege“ (D24).

Weiterhin beklagten sich 3 Datenerhebende über die *Sprachkenntnisse des Pflegepersonals*, aus denen eine unzureichende Informationsweitergabe und eine defizitäre pflegerische Versorgung resultierten. Eine*r Datenerhebende*r beschrieb die Situation folgendermaßen:

„Sprachbarrieren sind ein Riesenproblem. (...) Erschreckend war, dass durch den hohen Ausländeranteil der Pflegekräfte eine Kommunikation mit den Klienten zum Teil unmöglich war“ (D25).

3 Datenerhebende benannten einen zu geringen *Anteil an Fachkräften* in den jeweiligen Diensten:

„Die Schichtführende Fachkraft im Spätdienst war für 24 Bewohner, verteilt auf 2 Stockwerke zuständig. Sie hat praktisch ohne Pause durchgearbeitet, da es einen ständigen Unterstützungsbedarf von Hilfskräften gab“ (D13).

In wenigen Aussagen wurde auf den hohen Krankenstand und in Einzelaussagen auf Überstunden ohne Lohnausgleich und dem Bedarf an fachweitergebildetem Personal hingewiesen.

Explizit zur Kategorie **Arbeitsorganisation** gaben 11 Datenerhebende Rückmeldungen. 3 Datenerhebenden lobten bspw. die effektive Zusammenarbeit des Teams, das strukturierte Arbeiten oder die Verblisterung von Medikamenten. Dagegen überwogen die negativen Rückmeldungen. Insgesamt 9 Datenerhebende bemängelten die ineffizienten Arbeitsabläufe:

"Keine Organisation und Planung der täglichen Abläufe auf der Station." (D15).

Dafür verantwortlich war 3 Datenerhebenden zufolge nicht die geringe Personalausstattung. Demnach wurde das Arbeitspensum

„(...) überwiegend aufgrund deutlicher Fehlorganisation der Pflegekräfte/Schichtleitung nicht geschafft...bei dem vorhandenen Personal wäre eine deutlich bessere würdevolle und individuelle Versorgung möglich gewesen“ (D6).

Zur **Arbeitsaufteilung** äußerten sich einzelne Datenerhebende positiv hinsichtlich einer hohen Effektivität der Arbeitsabläufe und lobten einen gelungenen Professionsmix. Besonders negativ wurde von einem verhältnismäßig hohen Anteil der Datenerhebenden (8), die häufige Übernahme von hauswirtschaftlichen Tätigkeiten durch das pflegerische Personal hervorgehoben. Davon waren sowohl Fachkräfte als auch Pflegehilfskräfte betroffen:

"Die Fachkraft und die Helferin hatten nachmittags fast ausschließlich hauswirtschaftliche Arbeiten verrichtet." (D9).

Die Kategorie mit den viert häufigsten Nennungen im Bereich der Organisationsstruktur ist die Pausengestaltung. Hierzu trafen 7 Datenerhebende eine oder mehrere Aussagen. In lediglich einem Fall wurde eine gelungene Pausengestaltung beschrieben. 4 Personen äußerten dagegen, dass in einigen Einrichtungen keine Pausen möglich sei:

"Mitarbeiter machen keine Pausen." (D26)

Dagegen betonten 2 Datenerhebende, dass Pausenzeiten überzogen würden:

„Da kamen manchmal pro Schicht eine Stunde zusammen, die reguläre Pause nicht eingerechnet- äußerst erschreckend!!!“ (D14).

In wenigen Fällen wurde bemängelt, es gäbe keinen geeigneten Ruhe- oder Pausenraum (vgl. D19; D15).

Die Kommunikation zwischen der Leitungsebene und den Mitarbeiter*innen wurde von 3 Datenerhebenden als gelungen beschrieben. Dabei lobten sie das Engagement der Leitungskräfte:

„Die Einrichtung (...) war sehr engagiert und hat sich sehr um die Bewohner, die Mitarbeitenden (...) gekümmert“ (D1).

Dagegen ist 3 Datenerhebenden ein eher negatives Verhältnis zwischen den Pflegenden und den Leitungskräften aufgefallen, wo die Mitarbeiter*innen bspw. in einem Fall

„(...) sehr negativ in ihren Äußerungen gegenüber der Leitung“ (D15)

waren. Zu der Präsenz der Einrichtungsleitungen wurde sich sowohl positiv (1) als auch negativ (1) geäußert.

Darüber hinaus äußerten sich einige Datenerhebende zur räumlichen Ausstattung der Einrichtung. Je eine Person lobte bspw. die Lage der Einrichtung, die räumliche Ausstattung oder das Ambiente sowie das ausreichende Platzangebot. Eine Einrichtung wies bspw.

„eine durchdachte bauliche Struktur auf, welche sich positiv auf die Arbeitsabläufe und das Wohlbefinden der Bewohner auswirkt. Die Wege für das Personal sind kurz, der Wohnbereich ist übersichtlich, dennoch haben die Bewohner genügend Bewegungsfreiheit und einen freien Blick in die Natur“ (D13).

Negativ fiel in einem Fall, die räumliche Trennung der Stationen auf, wodurch wenig Kontakt zwischen den Mitarbeiter*innen bestand. In einer weiteren Einrichtung wurde die hohe Geruchsbelastung bemängelt.

Die Pflegedokumentation in den Einrichtungen wurde nahezu im ähnlichen Umfang mit 2 Aussagen positiv, hinsichtlich der guten Umsetzung oder dem etablierten EDV-System und mit 3 Aussagen negativ, bezüglich fehlerhafter oder ineffizienter Dokumentation bewertet.

Aussagen zur Kommunikation auf Mitarbeitererebene gleichen sich nahezu aus. In einigen Einrichtungen wurden die gelungene Übergabe oder die täglichen Teambesprechungen gelobt und in anderen Einrichtungen fehlte es dagegen an systematischen Übergaben.

3 Datenerhebende nutzten im Rahmen der Befragung außerdem die Möglichkeit sich zu der unzureichenden Anleitung und Überwachung durch die Pflegefachkraft zu äußern, bei denen es sich in zwei Aussagen um die unzureichende Überwachung und Anleitung der Hilfskräfte und in einer Aussage um die der Auszubildenden handelt. So heißt es:

„Fachkräfte überwachen die Hilfskräfte nicht. Damit kann aus meiner Sicht auch nicht der Verursacher der Fehlleistung verbindlich festgemacht werden. Wurden die Hilfskräfte überhaupt angeleitet bzw. eingewiesen? Oder machen die Hilfskräfte ihre Arbeit falsch obwohl es ihnen richtig gezeigt wurde. Hier hätte die Pflegefachkraft aber eine Aufsichtspflicht“ (D25).

Weiterhin negativ aufgefallen ist 3 Datenerhebenden die unzureichende Hilfsmittel- und Inkontinenzausstattung.

Nach Einschätzung der Schatten wurden in den Einrichtungen eine nicht ausreichende Personalausstattung und -qualifikation wahrgenommen. Die Datenerhebenden beobachteten ineffiziente und unstrukturierten Arbeitsabläufe sowie nicht dem Qualifikationsniveau entsprechend erbrachte Tätigkeiten bei den Pflegefachkräften. An dieser Stelle sind Potenziale im Bereich von Organisations- und Personalentwicklungsprozessen aufgezeigt.

Pflegerische Versorgung

Der Oberkategorie pflegerische Versorgung sind alle Kategorien der Prozessqualität untergeordnet, die direkte pflegerische und medizinisch-therapeutische und-diagnostische Interventionen, den Umgang mit den Pflegebedürftigen und die Durchführung von Hygienemaßnahmen beschreiben. Dazu zählen die Kategorien:

- Allgemeine Versorgung,
- Umgang mit den Bewohnern,

- Hygiene,
- Durchführung von alltagsgestaltenden Interventionen,
- Durchführung medizinisch-diagnostischer und-therapeutischer Pflege,
- Kommunikation mit den Pflegebedürftigen
- Durchführung körpernaher pflegerischer Tätigkeiten,
- Durchführung der Mundpflege,
- Durchführung der Nahrungsaufnahme,
- Durchführung von Toilettengängen,
- Durchführung von Positionswechsel,
- Durchführung von Transfers und
- die Durchführung aktivierender Pflege.

In Tabelle 15 sind die drei Kategorien mit den häufigsten Nennungen aus dem Bereich pflegerische Versorgung aufgelistet.

Tabelle 15: Auszug der drei Kategorien mit den häufigsten Nennungen aus dem Kategoriensystem „Pflegerische Versorgung“

Pflegerische Versorgung	
Allgemeine Versorgung (14)	
Positiv (1)	Negativ (13)
Fachgerechte Pflege (1)	Defizite bei der pflegerischen Versorgung (9)
	Fokussierung auf die Sicherstellung der Grundbedürfnisse (2)
	Verzögerte Erbringung der pflegerischen Interventionen (2)
	Kontinuität der Pflegequalität (2)
	Unzureichende Fürsorge (1)
Umgang mit den Pflegebedürftigen (13)	
Positiv (7)	Negativ (8)
Individuelle, professionelle und engagierter Umgang (5)	Geringe Wertschätzung der Pflegebedürftigen (3)
Wertschätzung der Pflegebedürftigen (3)	Unwürdiger Umgang (2)
Achtung der Privatsphäre (1)	Unzureichende Achtung der Privatsphäre (1)
	Pflege nach Sympathie (1)
	Vernachlässigung der Pflegebedürftigen (1)
Hygiene (10)	
	Negativ (10)
	Unzureichende Anwendung von hygienischen Schutzmaßnahmen (10)

Allgemeine pflegerische Defizite in der **Versorgung** wurden dabei am häufigsten (14) genannt. Hierzu zählten alle Aussagen, die nicht direkt einer Intervention zugeordnet werden konnten. Dazu äußerten sich 14 Datenerhebende, 9 davon stellten eine nicht fachgerechte pflegerische Versorgung fest. Beispielsweise äußerte eine Person:

„Viele notwendige Arbeiten mit und am Menschen fanden nicht statt.“ (D9).

Eine weitere Person bemängelte, dass:

„(...) der Großteil der pflegerischen Maßnahmen nicht Sach- und Fachgerecht und nicht an den Bedürfnissen der Bewohner ausgerichtet durchgeführt werden“ (D22).

Das lag zum Teil nicht nur an den begrenzten zeitlichen Ressourcen:

„Es gibt nahezu keine Leistung, die optimal durchgeführt wird, obwohl die Zeit dafür da gewesen wäre“ (D25).

Darüber hinaus wurde in wenigen Aussagen den Pflegekräften unterstellt sich lediglich auf die Sicherstellung der Grundbedürfnisse zu fokussieren (vgl. D3; D22), die Erbringung der pflegerischen Interventionen werde zeitlich stark verzögert oder zu spät durchgeführt (vgl. D2; D26) oder die Kontinuität der Pflegequalität innerhalb der Erhebungswoche nehme ab (vgl. D10; D29). Eine weitere Person unterstellte einer Pflegekraft ihre Fürsorgepflicht zu verletzen. Lediglich ein*e Datenerhebende*r äußerte eine:

„größtenteils fachgerechte und hygienische Durchführung der Aufgaben“ (D10).

Im **Umgang mit den Pflegebedürftigen** zeigt sich ein eher ambivalentes Bild der Einrichtungen. Hier äußerten sich 7 Datenerhebende positiv und 8 Datenerhebende negativ. Besonders gelobt wurde der individuelle, professionelle und engagierte Umgang mit den Pflegebedürftigen. Eine datenerhebende Person äußerte sich wie folgt:

„Wir waren in einer großen Hitzewelle dort im Einsatz und man hat mit generellen und auch individuellen Maßnahmen sehr für das Wohlergehen der Bewohner gesorgt!“ (D1).

3 Datenerhebende waren der Ansicht, der Umgang sei besonders wertschätzend und liebevoll. Dagegen äußerten sich ebenfalls 3 Datenerhebende und bemängelten die geringe Wertschätzung der Pflegebedürftigen und 2 Datenerhebende waren der Meinung, der Umgang sei unwürdig:

„Es hat mir regelrecht weh getan, zu sehen, wie die Bewohner teilweise behandelt“ (D8).

Je eine befragte Person unterstellten eine Pflege nach Sympathie und die Vernachlässigung von Pflegebedürftigen:

„Dafür reicht der Platz nicht, also kurz. Beziehungslosigkeit allenthalben, Gewalt, Vernachlässigung, extremer Mangel an Wissen und Können, Ignoranz“ (D12).

Weitere Defizite bestanden 10 Datenerhebenden nach in der Anwendung von Schutzmaßnahmen im Bereich der **Hygiene**. Dies betraf die indirekten pflegerischen Interventionen wie:

„Es wurde ohne Pflege- bzw. Abfallwagen gearbeitet. Ein großer Müllsack wurde von Bewohnerzimmer zu Bewohnerzimmer über den Boden gezogen“ (D16),

als auch direkte pflegerische Interventionen wie:

„Hygiene in fast allen Einrichtungen sehr mangelhaft, z. B. ohne Händedesinfektion von der Fäkalversorgung zur Essensausgabe“ (D4).

Rückmeldungen zur Durchführung alltagsgestaltender Interventionen gaben 8 Datenerhebende. 2 Datenerhebende äußerten sich sowohl positiv als auch negativ. So sprachen sie in einer Einrichtung von einer gelungenen Alltagsgestaltung, wo

*„Hauswirtschaftliche Tätigkeiten [...] als Alltagsbetreuung durchgeführt (Bewohner*innen haben Kartoffeln geschält, Wäsche zusammengelegt etc.)“ (D11)*

wurden. In anderen Einrichtungen attestierten insgesamt 5 Datenerhebende einen höheren Bedarf an Betreuungsangeboten. Eine Person beschrieb die Situation folgendermaßen:

*„Beschäftigung hat kaum bzw. für einige Bewohner*innen gar nicht stattgefunden“ (D11).*

Außerdem werde die psycho-soziale Betreuung nur selten bis hin zu gar nicht berücksichtigt (vgl. D18; D10).

Die Durchführung medizinisch-diagnostischer und therapeutischer Pflege wurde insgesamt von 7 Datenerhebenden als unzureichend bemängelt. Zum einen wurden Interventionen nicht oder nicht fachgerecht erbracht. So wurde bspw. eine

„ärztlich. Anordnung zur subkutanen Infusion nicht durchgeführt“ (D4)

oder es bestand die

„Angst das die medizinische Versorgung hier nicht sichergestellt wird“ (D15).

Zum anderen bemängelten 4 Datenerhebende, medizinisch-therapeutische Interventionen seien verspätet durchgeführt worden, wodurch in einem Fall direkte medizinische Folgen entstanden, der mit einer Krankenhauseinweisung endete:

„Medikamente bei einer Parkinsonpatientin werden alle 4 Tage im Frühdienst, obwohl schon am ersten Tag von uns angesprochen, nicht oder unpünktlich vergeben... sie stürzt, muss ins KH zum Röntgen, wird noch sehr unfreundlich behandelt, warum das passiert ist...“ (D6).

Eine Person kritisierte außerdem den unangemessenen Einsatz von Sedativa.

Auch die Kommunikation mit den Pflegebedürftigen fiel 7 Datenerhebenden besonders negativ auf. Zum einen findet sie 5 Datenerhebenden zufolge zu wenig statt. So wünschten sich laut einer Person die Pflegebedürftigen

„mehr Kontakte und Gespräche die von den Mitarbeitern (auf Grund der Arbeitsbelastung) nicht wahrgenommen werden konnten“ (D18).

Zum anderen empfanden 4 Datenerhebende die Kommunikation als unangemessen. Eine befragte Person nannte als Beispiel:

„Das Duzen der Bewohner und die sehr "individuelle Behandlung" durch das Pflegepersonal“ (D10).

Einige Datenerhebende benannten neben allgemeinen Defiziten in der aktivierenden, pflegerischen Versorgung einzelne Interventionen, die ihrer Ansicht nach pflegefachlich unzureichend erbracht wurden. Dazu zählten die körpernahen pflegerischen Interventionen, die Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme sowie die Durchführung der Mundpflege, von Toilettengängen, von Positionswechseln und von Transfers. In allen genannten Interventionen wurden teilweise erhebliche Defizite rückgemeldet.

Insgesamt gaben 9 Datenerhebende Defizite bei der Durchführung von körpernahen pflegerischen Tätigkeiten an. Eine Person machte dies an folgendem Beispiel fest:

„In einer Einrichtung wurden während der Grundpflege die Kleidungsstücke angelassen und nur mit einem Waschlappen darunter gewaschen. Das Waschen war dort meist eine „Katzenwäsche“ (Gesicht, Achseln, Intimbereich)“ (D22).

Bei der allgemeinen Versorgung wurde zum Teil bemängelt, dass Interventionen aufgrund von knappen zeitlichen Ressourcen nicht fachgerecht durchgeführt wurden, so war 2 Datenerhebenden zufolge das enorme Arbeitspensum die Folge für die defizitäre Erbringung der körpernahen pflegerischen Interventionen. Dies wird durch folgendes Zitat deutlich:

„Auch musste ich beiden Einrichtungen ebenfalls gleichermaßen mitansehen, wie oberflächlich die Bewohner gepflegt wurden und auch wie Bereiche des Körpers gar nicht gepflegt wurden, weil dies aufgrund der wenigen Zeit in manchen Fällen schlicht und ergreifend nicht anders möglich war.“ (D8)

Des Weiteren bewerteten 6 Datenerhebende die Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme als unzureichend. 3 davon berichteten von verzögerter bzw. verspäteter Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme. Dies betraf in allen drei Fällen das Frühstück:

„Das Frühstück wurde um 08:30 Uhr ins Zimmer gestellt und „irgendwann“ um 10:00 Uhr eingegeben“ (D9).

3 weitere Datenerhebenden bemängelten die unzureichende Durchführung. Dazu wurde bspw. berichtet:

„Situationen in der die Nahrungsaufnahme stattfand, waren in allen Einrichtung mit großen Fehlerquellen behaftet – mehreren Personen gleichzeitig, Mitarbeiter unterhielten sich während des Anreichens miteinander über einen langen Tisch, dokumentieren während der Nahrungsaufnahme.“ (D18)

Darüber hinaus wurde die Mundpflege 5 Datenerhebenden zufolge stark vernachlässigt bzw. nicht durchgeführt. Eine Person beschrieb die Situation folgendermaßen:

„Was mir auch aufgefallen ist, dass eigentlich in jeder Einrichtung keine Mund- und Zahnpflege stattgefunden hätte, wenn man nichts gesagt bzw. nach gefragt hätte.“ (D21)

Auf existenzielle Bedürfnisse, wie dem Wunsch Unterstützung beim Toilettengang zu erhalten, wurde 4 Datenerhebenden nicht oder unzureichend eingegangen. Eine Person beschrieb folgende Situation:

„Toilettengänge wurden teilweise auch auf mehrfachen Wunsch von Bewohnern nicht durchgeführt. ‘sie waren doch heute Morgen erst, Eine Bewohnerin ist den Tränen nahe und versucht sich irgendwie im Rollstuhl selbst Richtung Toilette zu manövrieren...Hier schalte ich mich ein und verlange den Toilettengang... erst jetzt wird er durchgeführt... Die Bewohnerin führte eine große Menge ab, sie hatte laut der Pflegekraft seit einigen Tagen kein Stuhlgang!!! Danach kommt diese Bewohnerin zu mir und bedankt sich bei mir !!!“ (D6).

Ähnlich sah es 4 Datenerhebenden zufolge bei der Durchführung von Positionswechseln aus:

„Notwendige Lagerungen und Toilettengänge wurden definitiv nicht erbracht“ (D9).

Ebenso werden laut einer Person Transfers nicht fachgerecht durchgeführt. In diesem Fall wurde von einer nicht fachgerechten Methode berichtet, die einem „herumzerren“ ähnele (D22).

4 Personen nannten explizit die Defizite in der Aktivierung der Pflegebedürftigen. Demnach habe diese:

„kaum stattgefunden“ (D17)

oder

„auf die Ressourcen der einzelnen Bewohner wurde nicht eingegangen“ (D9).

Die Datenerhebenden haben innerhalb ihrer Einsätze teilweise eklatante Defizite in der Erbringung von Pflegeleistungen beobachtet. Die beschriebenen Situationen zeigen in einigen Einrichtungen eine sehr schlechte Versorgungsqualität, einen unangemessenen Umgang mit den Pflegebedürftigen und gravierende Mängel im Bereich der Hygiene. Die beschriebenen Versorgungsdefizite sind mit den oben beschriebenen Problemen in der Personalausstattung in Folge einer aktuell nicht ausreichenden Personalmenge zu sehen. Eine bedarfsgerechte Personalbemessung und -ausstattung ist hier mehr als angezeigt und überfällig.

Personal

In der Oberkategorie Personal sind alle Kategorien gefasst, die das Engagement der Mitarbeiter*innen, ihre Arbeitspensum, die Arbeitsatmosphäre und ihre Arbeitsweise vor dem Hintergrund des Selbstschutzes betreffen (Tabelle 16).

Tabelle 16: Auszug der drei Kategorien mit den häufigsten Nennungen aus dem Kategoriensystem „Personal“

Personal	
Engagement der Pflegenden (14)	
Positiv (9)	Negativ (8)
Hohes Engagement der Pflegenden, motiviertes Pflegepersonal (9)	Unmotivierte Mitarbeiter*innen (6)
Pflegende mit Spass und Freude an der Arbeit (1)	Frust aufgrund fehlender Anerkennung (1)
	Unzufriedene Mitarbeiter*innen (1)
Arbeitsauslastung (6)	
Positiv	Negativ (6)
	Hohe Arbeitsbelastung der Pflegenden (6)
Arbeitsatmosphäre (6)	
Positiv (6)	Negativ (1)
Freundlicher Umgang (3)	Unangemessener Umgang (1)
Gute Arbeitsatmosphäre (2)	
Zusammenhalt des Teams (2)	
Arbeitsweise (Selbstschutz) (2)	
	Unzureichender Selbstschutz (2)

Die häufigsten Aussagen erfolgten im Zusammenhang mit dem **Engagement der Pflegenden**. Negative wie auch positive Äußerungen sind in dieser Kategorie nahezu ausgeglichen. Hohes Engagement der Pflegenden wurde von 9 Datenerhebenden beschrieben. Hierzu lobte eine Person bspw.:

„Ich habe sehr motivierte und engagierte Mitarbeiter kennengelernt“ (D30).

Eine Person betonte darüber hinaus:

„die meisten Pflegekräfte erledigen ihren Beruf nicht nur weil es sein muss, sondern auch weil es ihnen Spaß macht und wohl teilweise auch ihre Berufung ist“ (D10).

8 Personen nannten dagegen unmotivierte Mitarbeiter*innen, wofür in einigen Fällen das enorme Arbeitspensum verantwortlich gemacht wurde. Demnach nahm ein*e Datenerheber*in war:

„dass die Mitarbeiter sehr unmotiviert waren auch aufgrund der täglichen Unterbesetzung. Mein zu beschattender musste an allen 4 Tagen vor ihrem eigentlichen Dienst auf Station, noch auf einer anderen Station aushelfen“ (D19).

Darüber hinaus zeige sich Unzufriedenheit sowie Frustration und Resignation bei dem Pflegepersonal (Vgl. D9; D10).

Der Kategorie **Arbeitsauslastung** wurden 6 negative Aussagen untergeordnet, die die hohe Arbeitsbelastung der Pflegenden in den Fokus stellten. Demnach hatten die Pflegenden:

"wenig Zeit, Mitarbeiter stehen immer unter Druck" (D7)

und es herrschte

"allüberall totale Überlastung" (D12).

Die **Arbeitsatmosphäre** dagegen wurde von den Datenerhebenden überwiegend als positiv bewertet. 3 Datenerhebende lobten den freundlichen Umgang untereinander, zwei die gute Arbeitsatmosphäre allgemein und ebenfalls zwei Personen fiel der Zusammenhalt des Teams besonders positiv auf. Hierzu wurden folgende Situationen beschrieben:

„freundliches Miteinander der Pflegekräfte, positives Arbeitsklima“ (D10)

und

„Die Einrichtungen leisten eine gute Pflege, der Umgang war stets freundlich, offen und konstruktiv“ (D13).

In einem Fall wurde von einem unangemessenen Umgang (**Arbeitsschutz**) unter den Mitarbeiter*innen gesprochen. 2 Datenerhebende merkten zusätzlich den fehlenden Selbstschutz der Pflegenden an. Es werde demnach:

„als normal empfunden, dass schwere, immobile Bewohner mit nur einer Pflegekraft versorgt werden.“ (D13)

Die Datenerhebenden haben während ihres Einsatzes trotz der oben beschriebenen Defizite sehr engagierte Pflege erlebt, die mit Spaß und Freude ihre Arbeit ausüben. Auf der anderen Seite wurde aber aufgrund der gegebenen Rahmenbedingungen eine hohe Frustration der Pflegenden im Zusammenhang mit hohen Arbeitsbelastungen beschrieben. Auf den eigenen Arbeitsschutz wird nicht mehr geachtet.

Der Pflegeberuf als solches wird damit von den Pflegenden generell als positiv gesehen, führt aber aufgrund der zu hohen Arbeitsbelastungen, die – wie in den Kategorien oben beschrieben – in einer schlechten Versorgungsqualität und Überlastung von Pflegenden resultiert.

Fazit zu den Beobachtungen der Schatten im Feld der Datenerhebungen

Zur Organisation und Durchführung der Studie geben die Datenerhebenden ein positives Feedback und sehen sich durch das Studienteam im Rahmen der Schulungen und Praxisbegleitungen für die Datenerhebungen gut vorbereitet.

Die Rückmeldungen der Datenerhebenden bieten einen eher ernüchternden aber keinesfalls unbekanntem Einblick in deutsche Pflegeeinrichtungen. Vor allem die ausgeführten Qualitätsdefizite spiegeln die Bewertungen in den Teilschritten und Anforderungen wider. Am deutlichsten wird dies anhand der Kategorie pflegerische Versorgung. Zu dieser Kategorie wurden, trotz der zuvor offen gestellten Frage nach positiven Aspekten, kaum positive Äußerungen getätigt. Nahezu alle körpernahen pflegerischen (Körperpflege, Mundpflege, Nahrungsaufnahme, Toilettengänge, Positionswechsel) und einige medizinisch-therapeutischen und -diagnostischen Tätigkeiten (Wundversorgung, Injektion s.c., Medikamentengabe) werden laut der Datenerhebenden nicht fachgerecht, verspätet oder nicht erbracht. Dies gilt ebenfalls für die Durchführung von hygienischen Schutzmaßnahmen, die entweder unzureichend oder nicht durchgeführt wurden. In der Stichprobe wurden einige Einrichtungen und das Personal für ihren besonders liebevollen oder wertschätzenden Umgang mit den Pflegebedürftigen gelobt. Dagegen wurde allerdings auch von einem eher unwürdigen und lieblosen Umgang berichtet. Gründe für eine nicht fachgerechte Erbringung können die Defizite in der Strukturqualität darstellen, vor allem die niedrige Personalausstattung und das hohe Arbeitspensum wurden als Begründung aufgeführt. Verantwortlich für eine nicht fachgerechte Erbringung können anhand der Aussagen der Datenerhebenden allerdings auch die Defizite in der Qualifikation der Pflegefachkräfte und Hilfskräfte sein. Zusätzlich wird auch die Arbeitsorganisation und -aufteilung als ineffizient und unstrukturiert bezeichnet. In der Stichprobe gab es wenige Einrichtungen, in denen von einer gelungenen Arbeitsaufteilung gesprochen wurde, eher wurde auch hier noch einmal deutlich, dass das Pflegepersonal, damit sind sowohl Pflegehilfskräfte als auch Pflegefachkräfte gemeint, sehr viel Zeit mit bspw. hauswirtschaftlichen Tätigkeiten verbrachte. Zeitressourcen und Personalressourcen, die scheinbar zur Verfügung standen, wurden aufgrund von unstrukturierten Arbeitsabläufen und Arbeitsaufteilungen nicht genutzt. Zwar herrscht bei vielen Pflegekräften bereits eine Resignation, Frustration und Unzufriedenheit, die sich auch negativ auf ihre Pflegetätigkeit ausübt, allerdings wurde in gleichem Umfang das Engagement, die angenehme Arbeitsatmosphäre, der gute Zusammenhalt des Teams und der Spaß und die Freude an der Pflegearbeit hervorgehoben. In der Befragung werden Potenziale und Ressourcen genannt, die so in der quantitativen Erhebung durch die Datenerhebenden nicht bewertet wurden, die allerdings durchaus Hinweise für weitere Stellschrauben (Organisations- und

Personalentwicklung) geben können. Nach Einschätzung der Schatten sind in der Pflege massive Qualitätsdefizite in der pflegerischen Versorgung und eine als zu gering empfundene Personalausstattung zu beobachten, dazu wurden deutliche Probleme in der Arbeitsprozessorganisation beobachtet, die hiermit ein wichtiges Potenzial in den Optimierungsmöglichkeiten der Versorgung anzeigen. Denn die Ergebnisse der Befragung zeigen auch, es gibt Einrichtungen, denen eine gute Arbeitsorganisation gelingt. Neben einer besseren Personalausstattung in der Pflege ist auf dieser Datenbasis ebenfalls eine systematische Organisationsentwicklung in den Pflegeeinrichtungen angezeigt.

A 7 Konzeptionelle Instrumentenerprobung

Inhalt

A 7.1 Interviewleitfaden

A 7.2 Exzerpte

A 7.1 Interviewleitfaden

In der Studie *Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur Personalbemessung in stationären Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben* gemäß § 113c SGB XI wird im letzten Projektteil der Einführungsschritt einer Modellhaften Einführung des Personalbemessungsinstrumentes vorbereitet. Auf Grundlage der Ergebnisse aus der quantitativen Datenerhebung kann ein Mehrbedarf an Pflegepersonal insbesondere auf Hilfskraftniveau festgehalten werden. Als nächster Handlungsschritt ist nun zu klären, wie und unter welchen Rahmenbedingungen die Ergebnisse des Instrumentes in der Praxis umsetzbar sind und wie eine Einführung in die flächendeckende praktische Anwendung erfolgen sollte.

Die Umsetzung einer bedarfsorientierten Personalbemessung bewirkt in einer (durchschnittlichen) Einrichtungen eine Erhöhung der Personalmenge und eine Veränderung der Struktur. Dabei wird die Menge der Pflegefachkraftzeit um 5 % wachsen, die der Pflegehilfskräfte um rund 60 %. Dies bedeutet, dass sich auch – bei deutlich höherer Personenzahl in beiden Gruppen – das heutige Verhältnis von *einer* Pflegefachkraft zu *einer* Pflegehilfskraft verändert. Es werden deutlich mehr qualifizierte Pflegehilfskräfte erforderlich sein, deren Arbeitseinsatz durch die Pflegefachkräfte zu planen und zu überwachen sein wird.

I. Allgemeiner Teil

Themenbereich Organisationsentwicklung

- Worin sehen Sie im Bereich der Organisationsentwicklung bei einer solchen Einführung die größten Herausforderungen für Einrichtungen?
- Ist ein anderer Personalmix mit dem gleichen Konzept in den Einrichtungen möglich? Oder braucht es ein anderes Konzept?
- Welche konkreten Auswirkungen erwarten Sie durch eine Personalmengensteigerung auf die Arbeitsprozesse/-organisation in der Pflege?
- Wie und von wem muss das Mehrpersonal eingesetzt und koordiniert werden, damit eine proportionale Verbesserung der Versorgungsqualität erreicht werden kann?
- Welche Instrumente können dafür genutzt werden? Bitte begründen Sie, warum Sie dieses Instrument für sinnvoll erachten?
- Welche Teile der Einrichtungsstrukturen müssen – unter Berücksichtigung des Pflegeverständnisses auf Grundlage des geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der aktuellen Entwicklung im Bereich von Qualität und Dokumentation – auf Einrichtungsebene oder auf Wohnbereichsebene modifiziert werden?
- Und für welche externen Rahmenbedingungen gilt dies?
- Ist aus ihrer Sicht die Effizienz bei „indirekten Leistungen“ veränderbar, wenn ja, wie und in welchem Umfang?
- Wie lässt sich aus ihrer Sicht der Aufwand für indirekte Leistungen optimieren?

Themenbereich Qualifikations-Mix und Personalentwicklung

- Worin sehen Sie im Bereich der Personalentwicklung bei Einführung eines Personalbemessungsinstrumentes und damit den Einsatz von Mehrpersonal die größte Herausforderung für die Einrichtung?
- Welche Bedingungen zur Wirkung von Mehrpersonal sollten gegeben sein und wie schätzen sie den Zusammenhang des Einsatzes von Mehrpersonal mit der Qualität der Leistungen ein?
- Was muss bei der Umsetzung eines veränderten Qualifikationsmixes beachtet werden, damit ein Mehrgewinn an Versorgungsqualität erreicht wird?
- Wie können die Pflegefachkräfte einerseits, die Pflegehilfskräfte andererseits auf ihre zukünftigen Tätigkeitsfelder vorbereitet/qualifiziert werden?

- Welche „anderen Fachkräfte“ werden perspektivisch für einen kompetenzorientierten Personaleinsatz erforderlich werden?
- Wie können Sie sich zukünftig die Rolle der heutigen „zusätzlichen Betreuungskräfte“ vorstellen?
- Welche Methoden zur Reflexion und Beratung im Team sind bei einer Begleitung der Einführung zu berücksichtigen?
- Welche Methoden zur Reflexion und Beratung im Team sind zukünftig im Arbeitsalltag zu integrieren und wer ist für die Umsetzung verantwortlich?

Themenbereich Gesellschaftliche Rahmenbedingungen:

- Wie beurteilen Sie im Hinblick auf eine Umsetzung des Personalbemessungsinstrumentes die aktuelle und die sich demographisch verändernde Situation auf dem Arbeitsmarkt, die immer mehr Pflegebedürftigen immer weniger Personen im erwerbsfähigen Alter gegenüberstellt?
- Welche (weiteren) Maßnahmen zur Einflussnahme auf diesen doppelten demographischen Effekt sind auf bundes-, landes- oder auch lokaler Ebene erforderlich und möglich? Welche Effekte sind hier zu erwarten? Welche Maßnahmen wären aus Ihrer Sicht prioritär?
- Welche weiteren Einflussfaktoren erkennen Sie im Bereich der Gesetzgebung auf Bundes- oder Landesebene hinsichtlich bedarfsnotwendiger Mehreinsätze von Pflegepersonal?
 - In welchem Umfang sind diese in Bezug auf den Personalaufwuchs hemmend und fördernd?
 - Welche Voraussetzungen zur Einführung von Mehrpersonal sollten auf diesen Ebenen vorbereitend gegeben sein?

Themenbereich Flächendeckende Einführung des Personalbemessungsinstrumentes

- Welche Prozesse der Organisations- und Personalentwicklung müssen im Vorfeld bereits umgesetzt sein? Welche Voraussetzungen braucht es, damit Organisations- und Personalentwicklungsprozesse wirkungsvoll eingesetzt werden können?
- Wie/an welcher Stelle sollten diese Prozesse am besten in die modellhafte Einführung integriert werden?
- Was stellt aus ihrer Sicht das größte Hindernis in Bezug auf eine flächendeckende Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens dar?
- Welche Konzepte können dem gegenübergestellt werden und welche Erfahrungen beispielsweise aus dem Entbürokratisierungsprozess können hierfür nutzbar gemacht werden?
- Wer sollte an dem Prozess beteiligt sein?
 - Wer sollte die Konzepte entwickeln?
 - Wer ist für die Umsetzung verantwortlich? Wer für die Finanzierung?
- Wie schätzen Sie die Praktikabilität einer stufenweisen Einführung des Personalbemessungsinstrumentes ein? Welche zeitlichen Schritte beim Personalaufwuchs halten Sie für realistisch umsetzbar und unter welchen Rahmenbedingungen?

Themenbereich Arbeitszufriedenheit, Mitarbeitermotivation und Entlastungswirkung

- Welche Wirkungen würden Sie auf die objektive und die subjektiv wahrgenommene Arbeitsbelastung des Pflegepersonals erwarten?
- Wie würden sich etwaige Entlastungen Ihrer Meinung nach im Pflegealltag zeigen?

Themenbereich Digitalisierung/Technikeinsatz

- Wie und inwiefern ist die Leistungserbringung im Bereich der indirekten Pflege durch Maßnahmen der Digitalisierung veränderbar?
- Welche Potenziale ergeben sich aus Maßnahmen der Digitalisierung für die Versorgung der Pflegebedürftigen und die Fachkräftesituation?
- Welche Potenziale zur Veränderung des bedarfsorientierten Personalmixes sehen Sie? Und welche Effekte erwarten Sie?
- Um welche konkreten Maßnahmen handelt es sich und wie sollten diese in den Pflegealltag integriert werden?
- Welche Barrieren begründen die aktuell verzögerte Digitalisierung in der Pflege?
- Wie und inwiefern ist die Leistungserbringung im Bereich der direkten und indirekten Versorgung durch verstärkten Technikeinsatz veränderbar?

Themenbereich Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung

- Welche Potenziale ergeben sich aus Maßnahmen des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung für die Versorgung der Pflegebedürftigen und die Fachkräftesituation?

II. Fachspezifischer Teil

Für Einrichtungsleitungen und geschäftsführenden Personen, Verbandsorganisationen, Fachwissenschaftler:

- Im Rahmen der modellhaften Einführung eines Personalmessungsinstrumentes soll die Versorgungsqualität im Zusammenhang mit Personaleinsatz gemessen werden. Welche Qualitätsmessinstrumente können dafür genutzt werden?
- Jenseits der aktuell zur Verfügung stehenden Qualitätsmessinstrumente, welche weiteren Instrumente können genutzt werden?
- Welche Qualifikationsanforderungen sehen Sie für das Management/die Pflegekräfte etc. der Einrichtungen in Bezug auf die flächendeckende Umsetzung als erforderlich an?

Für Personen im Bereich Consulting/PE/OE

- Wie eng sollte die Begleitung erfolgen?
- Welchen zeitlichen Umfang würden Sie für die Umsetzung der Organisations- und Personalentwicklungsprozesse in der modellhaften Einführung vorsehen?
- Wo sind Barrieren in stationären Pflegeeinrichtungen zu erwarten?
- Wo sehen Sie die Grenzen bei der Umsetzung einer erfolgreichen modellhaften Einführung?
- Was ist bei der Auswahl von Modelleinrichtungen zu beachten?

Für Personen im Bereich Digitalisierung/Technikeinsatz

- Welche drei wesentlichen technischen und personellen Voraussetzungen sehen Sie für eine gelingende digitale Gesamtstrategie in einer Einrichtung als unerlässlich an?
- Welche Barrieren begründen die aktuell verzögerte Digitalisierung in der Pflege?
- In welchen Einsatzbereichen sehen Sie das größte Entwicklungspotenzial *durch* Digitalisierung (Verwaltung, direkte Pflege, Dokumentation...)?
- Wie sieht Ihre Vision für eine optimal digitalisierte Pflegeeinrichtung heute und in 10 Jahren aus? Welche Schritte sind erforderlich?
- Welche konkreten Tools/Softwareprogramme können die heutigen Arbeitsprozesse der Pflegenden optimieren?

- Welche konkreten Tools/Softwareprogramme können die Versorgung der Pflegebedürftigen unterstützen?
- Wie kann dazu eine realistische, flächendeckende Umsetzung aussehen?
- Welche erreichbaren Effekte erwarten Sie?
 - Mitarbeitermotivation
 - Entlastungswirkung
 - Arbeitszufriedenheit
 - Reduktion des Personaleinsatzes
- Wie kann ein Effekt durch die Digitalisierung gemessen werden?
 - Für die Versorgung der Pflegebedürftigen
 - Für Arbeitsprozesse der Pflegenden
- Was ist bei der Auswahl von Modelleinrichtungen zu beachten?
- Wo sehen Sie die Grenzen bei der Umsetzung einer erfolgreichen modellhaften Einführung?
- Welche Perspektiven/welche Potenziale sehen durch einen vermehrten Technikeinsatz?

Für Personen im Bereich Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung

- Welche konkreten Maßnahmen sollen bei der modellhaften Einführung des Personalbemessungsinstrumentes hinsichtlich des Arbeitsschutzes und betrieblicher Gesundheitsförderung berücksichtigt werden?
- Wie können diese in den Pflegealltag integriert werden? Und warum sind sie es bisher noch nicht?
- Welche Potenziale ergeben sich aus Maßnahmen des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung für die Versorgung der Pflegebedürftigen und die Fachkräftesituation?
- Welches Potenzial sehen Sie in Bezug auf die Reduktion unfreiwilliger Teilzeitbeschäftigung und Berufsausstiege durch Maßnahmen des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung?
- Können Sie den zeitlichen Mehrbedarf durch zusätzliche Maßnahmen in diesen Bereichen abschätzen (wenn möglich differenziert nach Einrichtungsgröße)?
- Wie kann dazu eine realistische, flächendeckende Umsetzung aussehen?
- Welche erreichbaren Effekte erwarten Sie?
- Wie kann ein Effekt durch die Umsetzung des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung gemessen werden?

A 7.2 Exzerpte

ID 101

Der Mehrpersonalbedarf ist nicht refinanzierbar. Der Umgang damit ist fraglich. Die interviewte Person stellt die Frage, wie Betrachtungen zum Thema Produktivitätsineffizienzen in die Analysen mit einfließen, anstatt weiterhin von einem Mehrpersonalbedarf auszugehen. Zudem wird der Interviewleitfaden infrage gestellt, da dieser nicht die relevanten Fragen aus Sicht der interviewten Person abdeckt. Die 36% mehr Personal wird es nie geben, daher müssten bei Einhaltung der bestehenden Verordnungen 36% der Plätze abgebaut werden.

Standpunkt der interviewten Person: Methodisch ist es schwierig, einen Mehrpersonalbedarf zu benennen, welcher einen maßgeblichen Einfluss auf die Pflegeplätze in Deutschland haben wird, ohne die Ist-Prozessqualität zu hinterfragen. In der bestehenden Situation sollte hinterfragt werden, wie der Personalmehrbedarf verhindert werden kann. Problematisch ist, dass die Studie dazu führt, dass wenn eine Einrichtung nicht genug Personal findet, sie 36% ihrer Plätze abbauen muss. Die Frage ist, wie man das lösen kann. Die interviewte Person kritisiert die Methodik der Studie und stellt daher den Interviewleitfaden infrage, da mit dessen Beantwortung die Methodik der Studie angenommen würde.

Größte Herausforderungen im Bereich der Organisationsentwicklung:

Die größte Herausforderung ist die Personalgewinnung.

Weitere Interviewperson: eine besondere Herausforderung ist zudem geeignetes Personal zu finden, welches die passende Qualifikation hat und in das Team passt.

Der Mehrbedarf an Hilfskräften erfordert weiterhin Delegation und Kontrolle. Letztendlich trägt die Heimleitung die Verantwortung für die Pflege der Bewohner. Je mehr Arbeitsteilung vorhanden ist, desto wichtiger ist eine effiziente Informationsübertragung. Dafür braucht es eine gute IT-Infrastruktur. Die Refinanzierung der IT gestaltet sich momentan schwierig. Im Bereich der indirekten Pflege muss über Digitalisierung nachgedacht werden. Digitalisierung sollte in die Pilotierung einfließen. Das methodische Problem liegt darin, dass der Auftrag auf Bundesebene zustanden gekommen ist, aber die Regelungen zur Refinanzierung der IT landesspezifisch sind.

Potenziale der Digitalisierung:

Es gibt große Potenziale in der Digitalisierung. Zunächst ist aber eine leistungsfähige Basisinfrastruktur notwendig.

Mindestens die Hälfte der Träger verfügt über keine digitale Infrastruktur, weswegen bei diesen Trägern keine digitalen Lösungen übergestülpt werden können. Aus der eigenen Erfahrung der interviewten Person nimmt die Ausstattung mit digitaler Infrastruktur viel Zeit in Anspruch. Schwierigkeiten entstanden an den Schnittstellen der Systeme und an der Leistungsfähigkeit der Softwareanbieter. Im ersten Jahr der Pilotierung wird es nicht möglich sein, die Digitalisierung in eine Aufbau- und Ablauforganisation zu integrieren.

Konzeptionelle Ausgestaltung in den Einrichtungen:

Die baulichen Gegebenheiten beeinflussen die Organisation in den Wohnbereichen.

Bei einem erhöhten Einsatz von Hilfskräften verbleibt die Verantwortung im Bereich der Aufgabenverteilung und Delegation und über die Kontrolle der Umsetzung der digitalen Infrastruktur weiterhin bei den Fachkräften, daher braucht es Transparenz. Zudem geht durch die

Personalerhöhung implizites Wissen verloren und es entsteht Prozessunsicherheit. Die Sicherheit kann vor allem technikerunterstützt wieder hergestellt werden, beispielsweise durch Checklisten.

Einsatz und Koordination des Mehrpersonals:

Das Personal müsste von der Pflegedienstleitung koordiniert werden.

Bei bestehenden Produktivitätseffekten müssen die Rahmenbedingungen betrachtet werden, beispielsweise Platzzahlen oder die Refinanzierung von Technologien. Ggf. wäre dann ein Sensorik-Shop in der Einrichtung hilfreicher als eine Personalentwicklung von 20 zusätzlichen ungelerten Kräfte.

Effizienz bei indirekten Leistungen:

Der Ursprung des Aufwands für indirekte Leistungen ist die Gesetzgebung. Ein Beispiel sind die POW in NRW, die nicht einrichtungsübergreifend, sondern am Bewohnermix orientiert sind. Das erhöht den Aufwand und verhindert, dass Pflege effizient gestaltet werden kann Ein anderes Beispiel sind die Auswirkungen des Pflegegradmix auf den refinanzierten Stellenschlüssel, welche den Anreiz zu einem niedrigerem Pflegegradmix schaffen. Es handelt sich um Problematiken der Rahmenbedingungen, die nicht in der Einrichtung gelöst werden können.

Ineffizienzen in der Einrichtung kann die interviewte Person nicht nennen, da dafür der Leistungskatalog durchgegangen werden müsste.

Die Ergebnisse der Studie führen dazu, dass 30% der Plätze in Deutschland abgebaut werden. Im Bereich der Arbeitskräftegewinnung gibt es nach der Erfahrung der interviewten Person größere Schwierigkeiten geeignete Hilfskräfte zu gewinnen als Fachkräfte. Aufgrund der Einhaltung der POW wird es zum Abbau von Plätzen kommen.

Die Frage ist, wie das Mehrpersonals refinanziert werden kann. Eine Steigung der Pflegesätze um bspw. 15% wäre aus Wettbewerbsgründen schon nicht möglich. Die Teilnahme an der Pilotierung ist nachteilig, weil die praxispreisliche Wettbewerbsfähigkeit leidet.

Wenn man Prozesse effizienter gestalten möchte, sollte nicht bei der Zugabe von Personal angefangen werden, sondern dabei die ineffizienten Prozesse aus dem bestehenden System zu nehmen, sonst wird kein Interesse vorhanden sein, den Ist-Zustand zu verbessern

Die größte Sorge aus Sicht der interviewten Person ist, dass es durch die Umsetzung der Ergebnisse zu einem de-facto Platzabbau kommt. Der muss aufgefangen werden, indem produktivitätssteigernde Effekte betrachtet werden müssen. Diese kommen nicht nur aus der Arbeitsorganisation (beispielhaft Digitalisierung) heraus, sondern auch aus regulatorischen Rahmenbedingungen heraus, wie das Thema mindestoptimale Betriebsgröße, Refinanzierungslogik der POW oder optimaler Pflegegradmix etc. Die müssen in eine Logik kommen, in der, wenn die Einrichtungen bestimmte Kriterien erfüllen, diesen Personalmehrbedarf nicht vorzuhalten brauchen, weil es das Personal nicht geben wird. Produktivitätspotenziale können erhöht werden, wenn dafür auch finanzielle Mittel bereitgestellt werden, außerhalb der Personalkosten. Das muss im Rahmen der Pilotierung betrachtet werden. Wenn der Übergang in die flächendeckende Einführung nicht gelingt, müssen die Einrichtungen Plätze abbauen.

Zusätzliche Betreuungskräfte:

Anstatt zusätzlicher Betreuungskräfte bräuchte es eine Ausbildung der §43b-Kräfte zu Hilfskräften und deren Integration in den Zuwachs der Hilfskräften.

ID 102

Organisationsentwicklung:

Die größte Herausforderung bei einer solchen Einführung besteht in der Vermittlung der neuen Konzepte und der neuen Aufgaben an die Mitarbeiter. Es muss danach auch gelebt werden. Zentral ist die Überzeugung der Mitarbeiter von den neuen Strukturen.

Es müssen neue Konzepte entwickelt werden, die einen Mehreinsatz von Personal so strukturieren, dass eine Erhöhung der Qualität erreicht werden kann und nicht ausschließlich eine Entlastung des Personals.

Die Entwicklung von neuen Konzepten hängt auch von der Einrichtungsgröße ab. Bei einer relativ kleinen Einrichtung wird die Veränderung es nicht diese Auswirkungen haben. Wenn bei ganz kleinen Einrichtungen, beispielsweise mit 10 Bewohnern, von vier auf fünf Mitarbeiter aufgestockt wird, wird das nicht die große Veränderung bringen. Bei größeren Einrichtungen ab 60/70 Bewohnern muss es neue Konzepte geben. Ansonsten würde es dazu führen, dass Mitarbeiter etwas langsamer arbeiten, dass jedoch keine große Wirkung auf die Qualität erreicht wird.

Auf Ebene der Arbeitsprozesse bedeutet das mehr Verwaltung, mehr Abrechnung, mehr Mitarbeitergespräche, mehr Dienstplanorganisation und mehr Teamentwicklungsarbeit. Es wird eine Entlastung der Arbeitsverdichtung entstehen. Dadurch ist z.B. mehr aktivierende Pflege möglich und mehr Kommunikation mit den Bewohnern und Angehörigen. Zudem wäre mehr Zeit zur Anleitung von Pflegehelfern durch Pflegefachkräfte verfügbar. Die Steuerung des Pflegeprozesses durch Pflegefachkräfte ist besser abbildbar.

Wer das innerhalb der Einrichtung steuert ist einrichtungsabhängig. Idealerweise ist das eine Pflegedienstleitung in enger Zusammenarbeit mit dem QM-Beauftragten. Die Pflegedienstleitung ist für den Einsatz und die Koordination zuständig und die QM-Beauftragten für das Controlling und die Erfassung von der Zufriedenheit der Mitarbeiter, Bewohner, Angehörigen oder Ärzten. Das muss dann als Feedback von der QM-Beauftragten an die Pflegedienstleitung weitergegeben werden.

Als Instrumente sollten gezielte Zufriedenheitsabfragen genutzt werden. Weitere Instrumente sind die Instrumente, die zurzeit genutzt werden. Allerdings sollten diese dann erweitert werden. Die interviewte Person empfiehlt, keine neuen Instrumente einführen. Bestehende Instrumente sind Maßnahmen, die die Pflegedienstleitung aktuell einsetzt, um den Einsatz der Mitarbeiter zu koordinieren. Diese sind Dienstplanung, Urlaubsplanung, Steuerung des Pflegeprozesses mit Pflegevisiten.

Welche Teile der Einrichtungsstruktur modifiziert werden müssen, ist absolut einrichtungsspezifisch. In einem Haus, in dem das Personal wohnbereichsübergreifend eingesetzt wird, müsste das mit mehr Personal nicht mehr unbedingt so eingesetzt werden. Das würde auf jeden Fall zu einer Erhöhung einer Versorgungsqualität führt, weil wenn das Personal aushilfsweise auf dem anderen Bereich eingesetzt ist, dann kennt es die Bewohner nicht so gut und die Zusammenarbeit ist dann untereinander nicht gut. Wenn das Team aber auf einem Wohnbereich bleibt, kann das nur positive Auswirkungen haben und das wäre dann eine Umstrukturierung innerhalb des Hauses.

Gerade bei größeren Häusern kann es sein, dass dann kleinere Einheiten geschaffen werden. Bei kleineren Einrichtungen wird es keine großen strukturellen Veränderungen geben.

Bei mehr Personal kann es auch sein, dass man mehr qualifiziertes Führungspersonal braucht, beispielsweise mehr Wohnbereichsleitungen, was aktuell nicht unbedingt notwendig ist, da es jetzt nur eine Pflegedienstleitung oder ggf. noch eine Stellvertretung gibt. Dann käme man wieder dahin, dass es kleinere Einheiten gibt, die aber zentral von Pflegedienstleitung und der QM-Beauftragten gesteuert werden müssten.

Effizienz indirekter Leistungen:

Das Personal, das indirekte Leistungen erbringt wird bei Umsetzung des Personalbemessungsinstruments nicht verändert und sollte dann auch nicht verändert werden. Daher bestehen keine großen Auswirkungen auf indirekte Leistungen, wenn sich wirklich auf die pflegerischen und betreuenden Aufgaben beschränkt wird. Eine Erweiterung des Aufgabenbereichs wäre möglich. Für das Personalbemessungsinstrument ist es nicht zielführend diese Tätigkeiten von niedrigqualifizierten Pflegekräften ausführen zu lassen. In dem Projekt geht es um Pflege und Betreuung der Bewohner und nicht um hauswirtschaftliche Tätigkeiten.

Personalentwicklung:

Die größte Herausforderung in der Personalentwicklung sind regionale Unterschiede bei der Personalakquise. Damit ist nicht qualifiziertes Personal, sondern geeignetes Personal gemeint. Im urbanen Raum bestanden diese Probleme sind, die jetzt im ländlichen Raum bestehen. Dort ist es wahnsinnig schwierig geeignetes Personal zu bekommen. Geeignetes bedeutet, dass es sehr viele Maßnahme durch bspw. die Bundesagentur für Arbeit, wodurch qualifiziertes Personal zur Verfügung steht, die dann nach einer Woche eine Kündigung erhalten, da sie die Erwartungen nicht erfüllen. Dagegen gibt es Mitarbeiter ohne Qualifikation, von denen man denkt sie hätten zumindest einen Basiskurs absolviert, weil sie geeignet sind. Fachlich und von der personellen Kompetenz. Der Umgang mit den Bewohnern, Wertschätzung oder ein höfliches Verhalten gegenüber Angehörigen sind Kompetenzen, die nicht mit der Qualifikation zusammenhängen.

Zur Wirkung von Mehrpersonal müssen vor allem in großen Einrichtungen neue Konzepte entwickelt werden und ein zielgerichtetes Controlling umgesetzt werden, das überprüft, ob das Konzept umgesetzt wird. Es dürfen keine Ineffizienzen entstehen, wie die Schaffung neuer Anreize für mehr Mitarbeiterpausen. Controlling ist sehr wichtig.

Ausreichendes Controlling wird es eine sehr gute Wirkung auf die Qualität der Versorgung haben. Es sollte davon abgesehen werden, mehr zu dokumentieren, aber es sollten engmaschigere Kontrollen des Konzepts, was dann entwickelt werden muss, erfolgen. Das ist das Wichtigste.

Das Controlling sollte von den QMB in Zusammenarbeit mit der PDL durchgeführt werden. Die PDL sollte dauerhaft im Controlling tätig sein und je nach Größe der Einrichtung auch regelmäßig, bspw. durch Durchführung von wöchentlichen Besprechungen, die Umsetzung zu kontrollieren. Die QMB sollte gerade in der Anfangsphase engmaschiger Zufriedenheitsabfragen durchführen. Das sollte am Anfang vierteljährlich erfolgen und kann später gestreckt werden.

Die Grundqualifikation der Pflegekräfte sollte wie bisher vorhanden sein und bestehen bleiben. Schulungen sollten die entsprechenden Strukturen, die aufgebaut werden sollen, enthalten. Das muss konzeptionell hinterlegt sein. Pflegefachkräfte sollten grundsätzlich ihren Vorbehaltsaufgaben nachkommen. Diese sind die Steuerung des Pflegeprozesses und die Anleitung und Überprüfung von Hilfskräften. Für Hilfskräfte ist ein zielgerichteter Einsatz der Mitarbeiter notwendig, welche sich nicht unbedingt an der Qualifikation, sondern eher an den Fähigkeiten der Mitarbeiter orientieren sollte. Es sollten alle die Konzeptschulungen erhalten,

sodass die eigenen Aufgabenbereiche qualifikationsspezifisch definiert sind. Bei der Konzeptentwicklung müssen die Mitarbeiter mit einbezogen werden.

Je größer die Einrichtung, desto größer ist die Herausforderung die Mitarbeiter zu schulen. Es sollte sich dabei um interne Schulungen handeln, die einrichtungsspezifisch notwendig werden und keine einheitlichen externen Schulungen.

Es sollte viel mehr Betreuungspersonal vorgehalten werden. Pflegepersonal gibt es fast genug in dieser Höhe. Eine Anhebung ist in diesem Bereich nicht unbedingt notwendig, aber die Betreuung kann von Pflegehilfskräften in den 60 % Mehrpersonal mit übernommen werden, denn es ist ja Pflege und Betreuung. Von den zukünftigen Hilfskräften, die mehr eingesetzt werden, kann ein großer Teil Betreuungskräfte sein.

Zu höher ausgebildeten Fachkräfte bestehen bisher keine Berührungspunkte. Im Moment ist in der eigenen Einrichtung kein Bedarf an höher qualifizierten Fachkräften. Das kann aber mit der Größe der Einrichtung zusammenhängen. Je größer die Einrichtung desto wichtiger wird es, auch höher qualifiziertes Fachpersonal zu haben, die wirklich den Überblick über alles behalten. Ihre Aufgabe sollte der Überblick über die gesamten Maßnahmen und den gesamten Pflegeprozess beinhalten. Für das was letztendlich auch die PDL macht, könnte auch höher qualifiziertes Personal eingesetzt werden und in größeren Einrichtungen auch an den Stellen der Wohnbereichsleitung.

Zusätzliche Betreuungskräfte:

Zusätzliche Betreuung ist nach wie vor unabhängig von den 60 % der Hilfskräfte als spezielle zusätzliche Betreuung für die dementen Bewohner einzusetzen. Eine Erforderlichkeit dieser Personengruppen ist nach wie vor da. Diese sollten an Brennpunkten eingesetzt werden. In dem Bereich der Betreuung sollte der Pflegeschlüssel erhöht werden. Das ist sinnvoller als in der Pflege selbst. Der Bereich der Betreuung und die zusätzliche Betreuung ist so umfangreich und muss auch separat geleitet und koordiniert werden. Da geht es nicht nur um Betreuung zwischen den Verrichtungen, sondern Betreuung im Sinne von Therapie und um Gruppenarbeiten, was muss koordiniert und organisiert werden muss.

Methoden zur Reflexion:

Zur Begleitung des Teams sollte:

- Intern muss jederzeit ein „Entscheider“ ansprechbar sein für das Personal. „Entscheider“ sind die PDL oder QMB oder beide. Regelmäßige Teamsitzungen sind wichtig. In der Anfangszeit sollten diese mind. 1x monatlich stattfinden, um auftretende Probleme nachgehen und beheben zu können.
- Als externe Begleitung ist vor allem während der Pilotierung ein Austausch mit den anderen Einrichtungen unter Leitung des Projektteams sinnvoll. Vom Projektteam könnten bestimmte Fragestellungen erarbeitet werden, zu denen die einzelnen Einrichtungen in der Pilotierung Stellung nehmen und wenn sich bestimmte Problematiken herausstellen können diese bei einem Austausch zum Tragen kommen. Alternativ könnte eingeladen werden und durch ein Brainstorming kann zusammen der Prozess verbessert und Probleme behoben werden.

Es ist wichtig, dass in diesem Prozess nicht jeder für seine eigene Einrichtung spricht, sondern Kommunikationswege entstehen, die einrichtungsübergreifende Diskussionen erlauben. Das sollte vom Projektteam als zentrale und steuernde Institution ausgewertet werden. Der Austausch untereinander sollte auch dem Projektteam gute Hinweise geben können.

Für die Konzeptentwicklung könnte das Projektteam einen Leitfaden mit Stichpunkten bereitstellen, damit ein gewisser Rahmen für alle Einrichtungen gesetzt ist, sodass nicht jeder alles neu erfinden muss. Das wäre ein roter Faden, den die Einrichtungen mit Inhalt füllen müssen. Es gibt bestimmte Eckpunkte, die sicherlich alle beachten müssen.

Welcher Qualifikationsmix muss erreicht werden, damit ein Mehrgewinn an Versorgungsqualität erreicht werden kann?

Die Pflegefachkräfte müssen ihren originären Aufgaben nachkommen, d.h. sie werden nicht mehr oder nur im Notfall in der Pflege eingesetzt und sind für die Pflegehelfer begleitend und kontrollierend da. Wenn das umgesetzt wird, wird die Qualität sich definitiv steigern, weil die Pflegekräfte dann mehr Zeit für Bewohner und Angehörige haben und mehr auf deren Bedürfnisse eingehen können. Hilfskräfte übernehmen dabei die Pflege. Pflegefachkräften steht dadurch mehr Zeit zur Verfügung um engmaschiger Pflegevisiten oder praktische Schulungen zu speziellen Themen (Hautbeobachtung etc.) durchzuführen und so die Hilfskräfte zu schulen.

Gesellschaftliche Rahmenbedingungen:

An der Alterung der Bevölkerung kann nichts verändert werden, jedoch an den Personen, die dem Pflegearbeitsmarkt zukünftig zur Verfügung stehen. Der Hauptfaktor sind höhere finanzielle Anreize, bei besserer Entlohnung. Dann gibt es auch mehr Menschen, die dem Pflegemarkt zur Verfügung stehen. Weit abgeschlagen, aber auch als Maßnahme zu nennen sind ausländische Bewerbermärkte, die einbezogen werden könnten.

Auf Landesebene sollten höhere finanzielle Anreize geschaffen werden. Dazu müssen bürokratische Hürden abgebaut werden. Beispielsweise kann es nicht sein, dass bei Einzelsatzverhandlungen, die Pflegekassen höhere Entlohnungen ablehnt, aus dem Grund, dass diese woanders weniger kosten. Die Monopolstellung der Kassen bei Verhandlungen sollte gesetzlich verhindert werden. Es wird zwischen anderen Einrichtungen bei den Kosten verglichen ohne Hinweis darauf, wer die anderen Einrichtungen sind. Das ist kein echter Wettbewerb.

Die 13.000 zusätzlichen Stellen sind eine Pseudomaßnahme, die nicht einmal besetzt werden kann. Die (u.a. finanziellen) Regelungen lassen keine Besetzung zu.

Die Gesetzgebung sollte Leasingfirmen unterbinden. Dadurch bestünde eine große Ressource an Pflegekräften für den „geregelten Markt“. Honorarkräfte könnten weiterhin erlaubt werden. Das wäre echter Wettbewerb. Mit den Leasingkräften gewinnen jedoch nur die Leasingfirmen und die Pflegeeinrichtungen gehen daran zu Grunde.

Wenn Mehrpersonal eingesetzt wird, müsste die Quote gesetzlich Flexibilität vorgegeben sein. Eine strikte Fachkraftquote sollte abgeschafft werden. Die Finanzierung muss gesetzlich gesichert sein.

Flächendeckende Umsetzung:

Vor der Einführung eines Personalbemessungsinstrumentes müssen strukturelle Vorgaben in Form von Konzepten vorhanden sein, in denen Etappenziele definiert sind. Das hängt auch von dem Entwicklungsstand der jeweiligen Einrichtung ab. Schulungen sind im Vorfeld zu erbringen und Mitarbeiter sind vorzubereiten. Das muss alles als Etappenziel konzeptionell hinterlegt sein. Es muss eine Festlegung geben, in welchen Abständen die Qualitätsabfragen gemacht werden. Es braucht Informationen von Angehörigen, Bewohnern, Ärzten und allen die Kontakt zur stationären Pflegeeinrichtung haben, müssen zumindest informell mit einbezogen werden. Die

Zufriedenheitsabfragen von Mitarbeitern, Bewohnern, Angehörigen und anderen Berufsgruppen wie z.B. Ärzten, sollten auch vor einer Pilotierungsphase erfolgen.

Die Finanzierung auch der Pilotierung muss vorher mit den Kassen geregelt werden. Es muss geklärt sein, wo das Personal herkommen soll und wer es finanziert. Es muss klar sein, dass diese Kosten nicht zu Lasten der Pflegebedürftigen eintreten. Die Finanzierung wird das größte Hindernis bei der flächendeckenden Umsetzung darstellen. Wenn das geregelt ist, wird auch die Beschaffung des Personals kein Problem sein. Bei der Pilotierung wird es intern keine Probleme mit der Konzepterstellung und der Integrierung der Mitarbeiter geben. Letztendlich stellt es eine Entlastung der Mitarbeiter dar. Daher wird die Arbeit auch gerne investiert. Auch bei einer späteren Umsetzung in der Fläche ist nur die Finanzierung das Problem. Alles andere ist ganz normale tägliche Arbeit, dass die neuen Strukturen und Konzepte umgesetzt werden. Die Mitarbeiter zu überzeugen und die Teamentwicklung etc. sind nicht das Problem.

Auswirkungen auf die objektive und die subjektiv wahrgenommene Arbeitsbelastung:

Objektiv entstünde eine Entlastung für die Pflegekräfte und in jedem Fall eine Steigerung der Zufriedenheit.

Subjektiv würde sich das je nach Qualifikation unterscheiden. Für die Helfer wäre nicht unbedingt immer eine Entlastung. Insbesondere in der Anfangszeit könnte es durchaus innerhalb des Teams zu kritischen Situationen kommen, da die Hilfskräfte aktuell i.d.R. gewohnt sind, dass die Pflegefachkräfte ebenfalls die Grundpflege übernehmen, während sie nach der Einführung nur noch steuernde Funktionen und höhere Aufgaben übernehmen würden.

Die Arbeitsbelastung könnte sich im Rückgang des Krankenstandes und einer besseren Atmosphäre im Pflegealltag zeigen. Aussagen wie „ich habe jetzt keine Zeit“ gäbe es dann nicht mehr. Es würde sich eine Zufriedenheitssteigerung der zu pflegenden Personen und der Angehörigen sowie der Mitarbeiter zeigen. Ein Vertrösten der Angehörigen oder Bewohner dürfte es dann nicht mehr geben.

Digitalisierung:

Digitalisierung bietet Vorteile bei der Pflegeplangestaltung, der Dienstplangestaltung, der Abrechnung und übersichtlicheren und nachvollziehbareren Dokumentationen. Die Dokumentation kann nicht verfälscht werden, die Ablage von Fallbesprechungen ist sehr aussagekräftig und es birgt ein großes Sicherheitspotenzial. Zudem können Evaluationen besser nachverfolgt werden. Beispielsweise die Auswertungen von Stürzen. Ein weiterer Bedarf wird nicht gesehen. Beim zentralen QM und dem Rechnungswesen werden keine weiteren Potenziale gesehen.

Der Grund für verzögerte Digitalisierung in anderen Einrichtungen können festgefahrene Strukturen oder finanzielle Gründe sein. Zudem sind fehlende Fortbildungen und fehlendes Interesse ein Grund. Es kann also personell oder finanziell bedingt sein. Als ausschlaggebend werden die personellen Gründe gesehen, denn die Umsetzung einer digitalisierten Dokumentation etc. rentiert sich schneller.

Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung:

Die interviewte Person sieht keine Potenziale im Bereich Arbeitsschutz oder betrieblicher Gesundheitsförderung. Höchstens dann, wenn Maßnahmen des Arbeitsschutz nicht durchgeführt werden und es zum Arbeitsunfall kommt oder zum Krankheitsfall, was an den Haaren

herbeigezogen werden müsste. Der Arbeitsschutz muss eingehalten werden. Dadurch passieren keine Unfälle und die Pflegekräfte bleiben gesund.

Zentrale abschließende Aussage: Externe Begleitung bei Pilotierung absolut wichtig! Finanzierung und Auswirkungen müssen für die Einrichtungen klar definiert werden.

E-Mail-Ergänzung: ein in meinen Augen sehr wichtiger Aspekt ist mir als Nachtrag zum gestrigen Interview noch eingefallen. In der generalistischen Ausbildung ist derzeit noch keine berufsbegleitende Ausbildung zur PFK vorgesehen. Ich kann aus unseren Erfahrungen sagen, dass mehr als ein Drittel unserer Azubis in den letzten Jahren auf diesem Weg die Qualifikation zur PFK absolviert hat. Sollte hier die Politik nicht nachbessern, wird ein großes Potenzial an bereitwilligen PK verschenkt, die diesen Weg, aus welchen Gründen auch immer (meist sehr persönliche), als den für sie einzig gangbaren sehen.

ID 103

Organisationsentwicklung:

Die größte Herausforderung im Bereich der Organisationsentwicklung entsteht durch die erhöhte Personalmenge und den höheren Anteil an Personal mit niedrigerer Qualifikation, durch die ein erhöhter Aufwand im Qualitätscontrolling notwendig wird, da Maßnahmen, die durch Assistenzpersonal durchgeführt werden, Anleitung und Überprüfung erfordern. Diese Strukturen müssen erarbeitet und entwickelt werden. Die Durchführung wird Fachkräfte binden und sie wird eine hohe organisatorische Ressourcenbindung und ein Umdenken in der Denk- und Lernkultur erfordern.

Mit heutigen Konzepten wäre das Personalbemessungsinstrument nicht umsetzbar. Es braucht dafür eine Lernprozessbegleitung für nicht qualifiziertes Personal, welches das Personal im Arbeitsalltag begleitet. Dies ist vergleichbar mit dem heutigen Praxisanleiter der die Bildungspotenziale erkennt, steuert und kontrolliert. Die Qualifikation kann in der Ausbildung zum Praxisanleiter untergebracht werden, dessen Anteil mit der generalistischen Pflegeausbildung erhöht wird.

Es werden mehr Stellen im Pflegemanagement erforderlich (Pflegedienstleitung, Wohnbereichsleitung). Dafür ist kein neues Qualifikationsniveau notwendig.

Die Modifikation der Einrichtungsstruktur ist von der bisherigen Organisationsstruktur abhängig. Auch abhängig von der Größe der Einrichtung: Kleinere Organisationseinheiten sind flexibler durch eine niedrigere Hierarchie und kurze Organisationswege. Die größte Veränderung betrifft die Arbeitsalltagsorganisation.

Effizienz bei indirekten Leistungen:

Es besteht ein hohes Potenzial von Rationalisierung, Digitalisierung, Mechanisierung im Bereich der indirekten Leistungen. Dieser Bereich sollte als erstes neu gedacht werden, weil der Bereich am bewohnerfernsten ist.

Als Beispiele werden Roboter genannt, die Inkontinenzmaterialien und die Wäsche der Bewohner in der Einrichtung in Fächer an/in dem Zimmer verteilen oder autonom fahrende Rollstühle in der Einrichtung, Medikamenten stellen, Medikamentenlogistik (Kompetenz und Kenntnis über das Medikament soll vorhanden sein, aber die Tablette soll nicht aus der Packung gedrückt werden) Transfer der Bewohner innerhalb und außerhalb der Einrichtung, also alles was bewohnerfern ist. Aus Sicht der interviewten Person sollten Waschroboter oder eine Demenz-Robbe zum Einsatz kommen.

Bewohnernahe Tätigkeiten sollen weiter von Menschen ausgeführt werden. Bewohnerferne Tätigkeiten sollen technisiert werden. Bei Letzteren besteht ein hohes Rationalisierungs- und Technisierungspotenzial. Im stationären Bereich sind der interviewten Person keine IT-Firmen bekannt, die gute Technologien entwickelt haben. Das Living Lab in Osnabrück entwickelt Systeme für den ambulanten Bereich, z.B. Medikamentendosierautomat. Diese Technik könnte auf den stationären Bereich übertragbar sein.

(Anmerkung: Link des Living Labs der Hochschule Osnabrück: <https://www.living-lab.org/>)

Personalentwicklung:

Größte Herausforderung in der Personalentwicklung: „Also, die größte Herausforderung in der Personalentwicklung sehe ich definitiv in der Qualifizierung, Anleitung, Schulung und Controlling

der vermehrten Pflegekräfte. Das ist ganz klar der Hauptpunkt, auf den man sich fixieren muss.“ Und die differenzierte Wissensweitergabe. Es bedarf einer Steigerung der Qualität der Berichte der Pflegekräfte.

Ob neue Konzepte entwickelt werden müssen, ist abhängig davon, ob bekannte Pflegesysteme bei erhöhtem Personal mit geringerer Qualifikation weiterbestehen können. Entscheidend ist, dass sich der Pflegemix verändert. Die Arbeit der Fachkräfte bekomme einen wesentlich höheren organisatorischen Anteil und weniger Pflege am Bewohner. Sie müssen sich stärker auf die Arbeit der Hilfskräfte verlassen. Die Arbeitsinhalte würden sich verändern. Die Fortbildung der Pflegehilfskräfte im Bereich der Dokumentation wäre daher notwendig.

Die Auswirkungen der Steigerung der Personalmenge auf die Arbeitsprozesse und Arbeitsorganisation sind, dass bestehende Systeme überprüft werden müssen. Ablaufstruktur und Arbeitsverteilung müssen neu gedacht werden. Es besteht Potenzial in der Einbindung akademisch ausgebildeter Pflegefachkräfte - vor allem in der Bewertung und Auswertung des Leistungsniveaus. Einsatz der akademischen Fachkräfte eher im fachlichen als im organisatorischen Bereich.

Schulungsbedarf / Vorbereitung der Fachkräfte und Hilfskräfte auf die Veränderung: In der Grundausbildung sollte mehr Wert auf die Beschreibung von Phänomenen gelegt werden. Die bestehenden Mitarbeiter sollten in der Richtung fortgebildet werden. Die Fachkräfte sollten in der Interpretation und Auswertung der Dokumentation geschult werden.

Das Aufgabenfeld der Hilfskräfte wird sich in der deligierbaren Behandlungspflege erweitern. Die Grundpflege wird nicht mehr von Fachkräften ausgeführt werden.

Qualitätsentwicklung:

Die Auswirkungen auf Qualität werden sein, dass:

- es einen höheren Organisationsaufwand geben wird und eine Prüfung der Qualität durch Fachkräfte notwendig wird. Es stellt sich die Frage, welches Outcome erwartet werden kann.
- Fachkräfte werden weniger am Bewohner arbeiten und wenn, dann nur noch in der Behandlungspflege
- Durch das Mehrpersonal wird grundsätzlich eine Qualitätssteigerung erwartet. Der Effekt reicht bis zu einem gewissen Punkt, über den hinaus keine weitere Qualitätssteigerung erwartet werden kann.

Qualitätsmessinstrumente:

Das aktuell neu eingeführte Qualitätsprüfungsinstrument wird die Qualität besser als vorher abbilden, aber ob es ausreicht, um die Problemfelder in den Einrichtungen zu erfassen, muss abgewartet werden

In der Ergebnisqualität ist der unversehrte körperliche Zustand und die reduzierte Anzahl von Stürzen von Bedeutung. Die Erhebbarkeit spielt eine Rolle. Es lassen sich nur bestimmte Dinge quantifizieren, andere nicht.

Betreuungskräfte:

Die Aufgabenfelder der Betreuungskräfte sind in der individuellen Begleitung durch Lebensphasen und Lebenskrisen (z.B. Begleitung bei Facharztbesuchen, psychologisch-seelische Begleitung). Eine deutliche Reduzierung der Gruppenaktivitäten in der stationären Pflege ist notwendig. Es werden

mehr Aufgaben für die Betreuung anfallen, die heute noch von Angehörigen wahrgenommen werden

Die zusätzlichen Betreuungskräfte sind nach Auffassung der interviewten Person weiterhin notwendig, um einen sinkenden Angehörigenanteil zu kompensieren. Den Einsatz der Betreuungskräfte gilt es zu prüfen.

Methoden zu Reflexion:

Alle Mitarbeiter müssen wissen was warum gemacht wird. Es muss eine klare Schulung der Mitarbeiter geben wo wir hinwollen, was wir erreichen wollen, damit es nicht als Benefit in dem Sinne, dass langsamer gearbeitet wird erlebt wird. Mitarbeiter müssen aktiv an dem Prozess beteiligt sein, müssen sich einbringen dürfen und selber mitgestalten, dafür müssen sie wissen, was sie erreichen wollen

Die Gestaltung der Beteiligung der Mitarbeiter soll im ersten Schritt durch Schulung und Information der Mitarbeiter geschehen und im zweiten Schritt durch regelmäßige Reflexionsgespräche und Austauschmöglichkeiten, bei denen Organisationsfälle besprochen und reflektiert werden. Wichtig ist, alle Mitarbeiter einzubeziehen, die Regelmäßigkeit und die Gleichwertigkeit der Mitarbeiter. Beispielsweise können feste Fallbesprechungszeit, in der sich alle Mitarbeiter (eingeschlossen Hauswirtschaft, Einrichtungsleitung usw.) der Einrichtung sich in einem festgesetzten Raum für 5 bis maximal 10 Minuten treffen, eingeführt werden, um die aktuelle Versorgungssituation zu besprechen und um maximal zwei wichtige Bewohnerfälle zu besprechen. Es würde einen positiven Effekt auf die Mitarbeiterzufriedenheit geben und die Berufsgruppen fühlen sich stärker wertgeschätzt und die Kommunikation unter den Mitarbeitern würde sich verbessern.

Gesellschaftliche Rahmenbedingungen:

Das Problem stellt in der aktuellen Situation der Mangel an Arbeitskräften in der Pflege dar, was mit dem Personalbemessungsinstrument steigen wird. Die Chance besteht in der Schaffung von Arbeitsplätzen. Weniger qualifizierte Menschen haben die Chance eine sinnerfüllende und dauerhafte Arbeit zu machen.

Die Herausforderung besteht in der Erkennung des Pflegepotenzials, wer kann Pflege und diese Menschen in die Pflege zu bekommen, emotionale Fähigkeiten zu erkennen und dieses Potenzial einsetzen. Um Menschen in die Pflege zu bekommen, müssen sie in die Pflege kommen, das heißt es muss in die Schulen und Bildungseinrichtungen gegangen werden und Praktika, Begleitnachmittage, Gruppenstunde mit Schulgruppen angeboten werden.

Zur Einflussnahme auf den demografischen Effekt: Rationierung in anderen Bereichen, um Arbeitskräfte freizugeben, die in die Pflege gehen könnten, aber das ist sehr abstrakt. Die Bewältigung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Flächendeckende Einführung:

Die größte Herausforderung besteht darin, dass Pflegefachkräfte vorhanden sein müssen, die in der Lage sind abstrakt zu arbeiten und die aus Berichten und Diagnosen einen Pflegeprozess entwickeln und steuern können, ohne direkt an ihm beteiligt zu sein. Das muss vorher trainiert werden.

Diese Prozesse müssen relativ früh in der Pilotierung eingesetzt werden. Vier Wochen vor Beginn wäre zu spät, da es einen Wertewandel geben muss. Die Steuerung des Pflegeprozesses muss ein Selbstverständnis sein.

Die stufenweise Einführung des Personalbemessungsinstruments ermöglicht eine damit wachsende Strukturveränderung. Für die Einrichtungen besteht damit die Chance den Weg mitzugehen und das Instrument nicht übergestülpt zu bekommen.

Die Modellhaftigkeit im Entbürokratisierungsprozess war für die Einrichtungen hilfreich, sich am schon Umgesetzten zu orientieren und zu wissen, dass es woanders schon funktioniert hat. Auch die Arbeit mit Multiplikatoren, die Profis aus der Praxis waren, hat sich bewährt. Durch die eigene Erfahrung der Multiplikatoren gab es eine hohe Akzeptanz von Seiten der Einrichtungen. Ein theoretisches Verständnis ist gleichzeitig auch wichtig. Beide Perspektiven sind wichtig, daher wäre auch ein Doppelsystem – ein Theoretiker und ein Praktiker – vorstellbar. Die Einführung sollte vor Ort und nicht auf Verbandsebene stattfinden.

Wirkung auf die Arbeitsbelastung des Pflegepersonals:

Wirkungen auf die Arbeitsbelastung des Pflegepersonals sind nach seiner Einschätzung nicht zu erwarten, oder fallen geringer aus als in der Theorie erhofft, zumindest kurzfristig. Kurzfristig werden keine Effekte erwartet. Mittel- und langfristig wird eine bessere Mitarbeiterbindung und eine Senkung des Langzeitkrankenstandes insbesondere im höheren Alter erwartet, weil die körperliche und psychische Arbeitsbelastung reduziert ist.

Digitalisierung:

Aktuell sind die Barrieren der Digitalisierung in der Pflege hohe Investitionskosten zur Ausrüstung. Außerdem muss IT-Kompetenz in der Einrichtung vorhanden sein. Eine weitere Barriere ist die Einstellung des Personals zu digitalen Medien, wodurch eine Einführung dann schwierig wird. Auflösungsmöglichkeiten wären junges, technikaffines Personal, die neue Technik nicht ablehnt.

Spracherkennung im Berichtswesen wäre eine enorme Arbeitserleichterung und die Qualität der Berichte und Auswertungsmöglichkeiten würden sich verbessern und die Pflege hätte mehr Verfügbarkeit am Bewohner. Es gibt Möglichkeiten direkt über ein Headset oder ein umgehängtes Mikrofon direkt in den Bericht zu diktieren. (Firma: DM-EDV in Garrel (Anmerkung: Link zu der Firma: <https://dm-edv.de/>)). Technisch ist die Umsetzung heute möglich und bei den Anbietern verfügbar, aber die Voraussetzungen in den Einrichtungen müssen stimmen, z.B. flächendeckendes WLAN in den Einrichtungen

Eine weitere Herausforderung ist die Erleichterung des Datenaustauschs und die Übermittlung von Informationen bspw. Mit Arztpraxen und Krankenhäusern. Die Verwendung der gleichen Systeme ist Voraussetzung. Die Herausforderung betrifft alle, daher braucht es überregionale Lösungen.

Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte pro Quartal bei jeder Arztpraxis ist eine logistische Herausforderung, die digitalisiert werden kann. Dafür braucht es auch eine gesetzliche Lösung, dass Bewohner einer stationären Einrichtung die Karte nicht quartalsweise einlesen lassen muss, oder dass ein Kartenlesegerät in der Einrichtung zur Verfügung steht und die Daten elektronisch übermittelt werden. Schnittstellenproblematik, alle müssen die gleiche Technik haben

Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung:

Die interviewte Person sieht keinen Zusammenhang zwischen dem Arbeitsschutz und der Personalbemessung und auch keine konkreten Maßnahmen.

Durch eine veränderte Arbeitsweise durch mehr Personalmenge lösen sich die Arbeitsprobleme, die durch zu wenig Personal entstanden sind.

ID 104

Organisationsentwicklung:

Das schon vorhandene Personal muss strukturiert werden und dauerhaft zielführend eingesetzt werden.

Durch die Umstellung auf die Pflegegrade hat die Einrichtung tatsächlich mehr Personal erhalten. In der Praxis ist es passiert, dass bei mehr eingesetzten Fachkräften Pflegefehler passiert sind (entstandene Dekubiti). D.h. die Aufgabe ist das gezielte Einsetzen von Mehrpersonal.

In der Einrichtung wird deshalb mit Wochenplänen gearbeitet und die WBL gibt den Pflegefachkräften und ABH ganz gezielte Aufgaben (RR Messung, Gewichtskontrolle etc.). Als mehr Personal eingesetzt war, haben sich alle auf die Anderen verlassen und viele Aufgaben wurden dann gar nicht erbracht. Die Arbeiten müssen deshalb ganz genau verteilt und koordiniert werden.

Qualifikationsanforderungen sehen sie für die Pflegenden oder Leitungen:

Die WBLs müssen ganz aus der Pflege raus und müssen die Organisation des WBs übernehmen, d.h. überwachen und Arbeitsprozesse einteilen und die Effektivität der Arbeiten überprüfen. Die Fachkraft muss aus der Pflege raus, und ist - wie in der ambulanten Pflege - nur Behandlungspflege, Wundpflege, Medikamenten zuständig. Das muss gezielt bereits am Anfang definiert werden und die Aufgabenfelder in Stellenbeschreibungen und Arbeitsprozessbeschreibungen festgehalten werden.

Die neue generalistische Ausbildung wird die Auszubilden darauf besser vorbereiten. Aber es braucht ein generelles Umdenken, Pflegenden messen sich daran, wieviele Bewohner sie gewaschen haben, sie müssen aber entscheiden, wo sie ihre Arbeit perspektivisch sehen, in der direkten Pflege am Bewohner oder in der Steuerung und Organisation?

Das mehr an Personal muss in den Einrichtungen gemanaged und strukturiert werden und dazu braucht es auch die 5% mehr Fachkräfte. Die Fachkräfte müssen ihr Helfersyndrom abstellen und sich stärker in der Fachkraftrolle sehen. Eine Abgrenzung ist derzeit nicht möglich, weil einfach Personal fehlt und Fachkräfte deshalb Hilfskraftaufgaben übernehmen müssen. Aufgaben für Fachkräfte müssen Einrichtungsbezogen definiert werden. Wenn wirklich 60% mehr Hilfskräfte in den Einrichtungen vorhanden wären, sollten die Betreuungskräfte nach 43b abgeschafft werden, weil die Personen sehr schlechte Qualifikationen mitbringen insbesondere im Bereich Demenz und den Pflegenden mit dem Einsatz der Betreuungskräften diese wichtigen Aufgaben abgenommen wurden. Diese Aufgaben sollten Pflegehilfskräften übernommen werden, gerne auch gemeinsam mit Hauswirtschaftskräften. Diese Arbeit gibt den Pflegenden zum Einen Freude im Beruf (gemeinsam Plätzchen backen, Zeitung ansehen) und gleichzeitig wird festgestellt was die Bewohner noch können und was ihnen angeboten werden kann. Auch aufgrund ihrer vermutlich schlechten Ausbildung betreuen die Betreuungskräfte dann Personen, die nicht betreut werden müssten, weil sie sich selbst noch gut beschäftigen könnten. Das fällt dann eher in den Bereich des sozialen Dienstes. Die Betreuungskräfte nehmen den Pflegehilfskräften für die Pflege sehr wichtige Aufgaben.

Arbeitsorganisation:

Es muss Stellebeschreibungen geben, welche Berufsgruppen gehören auf die Wohnbereiche? Das sind Fachkräfte, ABHs, Haushaltshilfen (Betten machen, aufräumen), Reinigungsmitarbeiter. Auf keinen Fall sind dürfen externe Reinigungshilfen eingesetzt werden, denn die Reinigungskräfte

kommunizieren genauso viel wie die APHs, das ist ein ganz wichtiger Bereich, der auch qualifiziert werden muss z.B. im Bereich Demenz oder herausfordernden Verhalten usw. Auch Hilfs- und Assistenzberufen müssen gezielt mitgenommen und geschult werden.

Wie kann eine bessere Versorgungsqualität erreicht werden, welche Instrumente können zur Qualitätsmessung genutzt werden?

Bewohnerzufriedenheit, keine vermeidbaren Dekubiti, Mobilitätserhaltung, Bewohner nach draußen kommen, die neuen Qualitätskriterien wirken schon in diese Richtung. Mehr Bezugskräfte mit festem Stammpersonal.

Arbeitssicherheit und Gesundheitsförderung auf Einrichtungs- und Trägerebene. Unterstützung der Träger bei der Mitarbeitergewinnung.

Gesundheitsangebote, wie Gesundheitstage, da muss mehr für die Mitarbeiter gemacht werden und hoffentlich werden die Mitarbeiter dadurch glücklicher, entlasteter und weniger krank. Vorbeugung psychischer Krankheiten.

Effizienz bei den indirekten Leistungen:

Aufgaben können auch von Jemanden mit einer Büroausbildung übernommen werden, der Spaß am Organisieren hat und wie eine Stationssekretärin im Wohnbereich arbeitet. Das würde auf der Station viel entlasten.

Die Menschen sollten stärker nach ihren individuellen Fähigkeiten eingesetzt werden, z.B. im Bereich Pflegeplanungen schreiben, Medikamentenkontrolle oder Heimaufnahme. Die Pflegenden stärker nach ihren Fähigkeiten einzusetzen würde hier vielleicht eine Entlastung bringen, in dem sie nicht mehr Aufgaben übernehmen müssen, mit denen sie überfordert sind, dann wären sie auch weniger krank.

Tourenpläne können manchmal helfen, aber nicht immer, gerade, wenn Mitarbeiter krank werden, ist der Aufwand der Umorganisation sehr hoch. Es müsste besser definiert werden, welche Berufsgruppen welche täglich wiederkehrenden Aufgaben zu erledigen haben und es muss überprüft werden, wie das umgesetzt wird. Pflegefachkräfte müssten Fachbegleitungen mit den APHs und Hilfskräften machen, um festzustellen, ob Arbeitsprozesse umgestellt werden.

An erster Stelle muss ein Konzept entwickelt werden, dann müssen dazu die Arbeitsprozesse und Arbeitsbeschreibungen beschrieben werden. Die müssen dann im Verlauf weiter angepasst werden.

Mehr Personal kommt unkoordiniert nicht den Bewohnern zu Gute und die engagierten Mitarbeiter sind wahrscheinlich frustriert.

Qualifikationsanforderungen:

Stellenbeschreibungen, gezielte Einarbeitung neuer Mitarbeiter. Die Mitarbeiter müssen im Projekt begleitet werden. Am Anfang bräuchte es Projektsteuerer/begleitet z.B. die PDL, WBL oder eine Heimleitung, die die Pflegenden begleiten, das müsste begleitend ausgewertet werden, was muss in den Prozessen noch verändert werden. Auch Nachtwachen müssen unterstützt werden, Dienste müssten zu Stoßzeiten nach Arbeitsaufkommen und Bedarfen der Bewohner geplant werden. Auch die bestehenden Dienstzeiten müssten geprüft werden, ggf. ist je nach Bewohnerbedarfen auch ein überlappende Dienst erforderlich, der in den Nachtdienst mit rein geht. Die Bedarfe der Bewohner müssten mal konkret analysiert werden und die Dienste danach ausgerichtet werden.

Gut wären auch externe Analysen von externen Beratern. Ideen können nicht immer nur aus dem eigenen Haus entstehen.

Bei der Pilotierung müssten die Einrichtungen in der ersten Phase extern begleitet werden.

Betont wird nochmal:

- Stellebeschreibungen
- gute Einarbeitung und Begleitung in der ersten Phase
- Arbeiten mit einem Wochenplan für die Routineaufgaben
- gute Pflege- und Betreuungsplanung für eine individuelle Betreuung eines Bewohners

Anforderungen an QN3:

Alle die Pflegenden müssen mindestens eine einjährige Pflegeausbildung haben, um gut zu pflegen. Sonst entstehen Pflegefehler, oder die Mitarbeiter sind überfordert. Gerade der Bereich Umgang mit Demenz ist sehr schwierig und kann nicht einfach nachgeschult werden. Es gibt auch niederschwellig qualifizierte Mitarbeiter, die aber schon sehr lange Berufserfahrungen haben und das funktioniert. Es ist aber auch unklar wo in der Kürze der Zeit so viel Personal herkommen soll.

In der Einrichtung finden Nachqualifizierungen von Hilfskräften statt, allerdings sind die Mitarbeiter nah am Rentenalter.

Was kann im Team getan werden?

Die Übergabe ist ganz wichtig und wird trotz Digitalisierung weiter durchgeführt. Der Austausch auch in Form von Fallbesprechungen ist wichtig und könnte für diese Prozesse genutzt werden, mit dem Fokus, was kann noch verbessert werden, hat gut funktioniert oder frustriert.

In der Einführungsphase braucht es viel Reflexions- und Analyseräume. Oft klappen die Konzepte nicht, das muss in der Interaktion reflektiert werden.

Die WBL muss diese Aufgabe übernehmen und auch lernen diese Funktion zu übernehmen, die WBL ist die Managerin der Station

Ist die indirekte Pflege durch Digitalisierung veränderbar?

Die SIS ist gut und wird auch mal gelesen. Digitalisierung ist der Zeitgeist der Jugend da muss man mitgehen, die Mitarbeiter nehmen ihre Tablets gut an sind traurig, wenn diese nicht gehen. Die Tablets gehören mittlerweile in das tägliche Leben und die Tablets sind eine große Arbeitserleichterung.

Medifox integriert die Stammdaten und die SIS und eine abgespeckte Form der Informationssammlung, die Dienstplangestaltung, die Pflegedokumentation ist vernetzt. Es gibt eigentlich keine Dokumente in Papierform mehr. Auch die Archivierung fällt weg.

Gut wären noch elektronische Kostenzusagen oder Pflegebescheide der Kassen. Bestimmte Schnittstellen müssten noch verbessert werden.

Überwachungs- bzw. Beobachtungssysteme zu Lagerungsintervallen, dann würden Bewohner nur geweckt werden, wenn es notwendig ist.

Vielleicht auch Pflegeroboter. Eigentlich sind die Bewohner da sehr offen und das müsste einfach mal ausprobiert werden, für z.B. kleinere Handreichungen. Weiter müsste einfach alles

ausprobiert werden, was erleichtert z.B. Lifter, Aufstehhilfen, spezielle Rollstühle mit Mikrolagerungen.

Barrieren zur Einführung von Digitalisierung sind Ängste, fehlende Unterstützung, nicht erfasste und umgesetzte Wünsche der Pflegenden in die entwickelten Systeme. Angst das der Mensch ersetzt wird. Aber der Mensch kann nicht ersetzt werden, die Systeme wirken nur unterstützend.

Gesellschaftliche Rahmenbedingungen:

Das Berufsbild der Altenpflege muss besser beworben werden, das Berufsbild muss in ein besseres Licht gerückt werden, die Bezahlung muss angepasst werden. Die Wertigkeit des Berufes muss auch im Hinblick auf den Qualifikationsmix besser dargestellt werden. Die Pflegefachkraft ist der Manager, die APH kümmert sich um den Menschen. Auch Menschen mit geringen Qualifikationen oder mit leichten Behinderungen können im Bereich der Hauswirtschaft eingesetzt werden.

Gleichzeitig darf die Gehalterhöhung für die Pflegenden nicht zu einem Anheben der Eigenanteile führen. Aktuell ist der Eigenanteil in der Einrichtung bei 2300€, das macht viel Nachfragen, aber das Geld muss aber auch irgendwo herkommen. Wir haben in der Einrichtung eine "Spahn-Stelle" aber dafür von der Regierung auch noch kein Geld bekommen. Dazu bräuchte es vom Staat mehr und verbindlichere Unterstützung.

Flächendeckende Einführung:

Definition welche Berufsgruppen soll es in den Einrichtungen geben und welche Aufgaben sollen Einrichtungen übernehmen.

Ein Hindernis kann sein, dass sie Pflegenden evtl. keine Leitungs- und Steuerungsaufgaben übernehmen wollen und die einzelnen Menschen sich in die definierten Rollen nicht reinfinden. Und jede eingesetzte Berufsgruppe ihre entsprechende berechnete Wertigkeit erhält (Wertschätzung auch der Hilfs- und Assistenzkräfte).

Können Erfahrungen aus der SIS auf die PeBeM-Einführung übertragen werden?

Eigentlich nicht.

Es könnte Probleme bei der Dienstplangestaltung zu Stoßzeiten geben. Es müssen für die Arbeitsorganisation bei Mehrpersonal die Stoßzeiten berücksichtigt werden, aber auch die Belange der Mitarbeiter. Da ist Dienstplangestaltung schwierig. Wenn Mehrpersonal vorhanden ist, müsste das eigentlich eine Flexibilität in der Dienstplangestaltung machen - die Leuten können kommen wann sie wollen. Es können auch besser Personen mit Familie eingebunden werden, die erst um 8:00 kommen, aber das braucht eine super gute Dienstplangestaltung.

Dienstplangestaltung sollte im Team bleiben und nicht durch externe Personen oder Systeme übernommen werden.

Sonstige Anmerkungen:

Problem in der Pflege sind die hohen psychische Belastungen in der Pflege. Pflegenden haben das Gefühl nicht alles pflegerisch geschafft zu haben und dem Menschen nicht gerecht zu werden. Die neue Personalbemessung bringt die Chance, den Beruf wieder schön zu machen und, dass es schön ist sich um ältere Menschen zu kümmern. Und dass man nach der Arbeit nicht mehr total erschöpft ist. Die Zufriedenheit der Pflegenden muss erreicht werden, das Gefühl den Menschen gerecht geworden zu sein, eine Anerkennung des Berufsbilds, das muss aus der neuen

Personalbemessung rauskommen. Dann fehlen nur noch die entsprechenden Fachkräfte und APHs für diesen tollen Beruf.

ID 105

Organisationsentwicklung:

Die Größte Herausforderung liegt im alten Baukörper bzw. der Struktur der Einrichtung, der auf die frühere Personalstruktur ausgelegt war (begrenzte Kapazitäten von Umkleidemöglichkeiten und Pausenräume etc.). Außerdem in der Akquise von qualifizierten Mitarbeitern durch Kontakt mit Schulen und anderen Bildungseinrichtungen.

Das Abweichen von starren Strukturen durch bedarfsorientierte Dienste, um Wünsche der Bewohner zu erfüllen, ist eine Herausforderung. Dadurch müssen die Mitarbeiter flexibel sein.

Fachkräfte haben eigentlich auch eine Profession erworben und wollen andere Tätigkeiten haben. Ein veränderter Personalmix bedeutet daher alle Schichten mit Fachkräften zu besetzen aber die Aufgaben mit mehr Behandlungspflege, Überwachung und Organisation zu füllen.

Es ist ein Umdenken bei den Versorgungsverträgen notwendig.

Ein Mehr an Versorgungsqualität muss in erster Linie durch Wohnbereichsleiter koordiniert werden. Die interviewte Person betont die Flexibilität der Mitarbeiter (z. B. Zwischendienste).

Zeit wird immer ein Thema sein, da sie subjektiv bewertet wird.

Entgegenwirken könnte man durch feste Zeitpuffer für Fallbesprechungen und Dokumentationstage unter Einbinden von Fach- und Hilfskräften/Betreuungskräften.

Die interviewte Person sieht aufgrund der wenigen Beschwerden und guten MDK-Prüfungen sowie Pflegevisiten ein Potential für die Erhöhung der Pflegequalität vor allem im Bereich der Wünsche und Bedarfe der Bewohner außerhalb der direkten Pflege (Mehr Zeit für Betreuung, Gespräche, Transfer).

Instrumente zur Qualitätsmessung: Ansätze zu begrenzten Duschen und Baden von Bewohnern sollen überdacht werden. Die Betreuung kann durch Pflegehilfskräfte erfolgen.

Eine Steigerung der Effizienz von indirekten Leistungen ist durch bessere digitale Ausstattung möglich. Dafür sind passende Kooperationspartner nötig.

Qualifikations-Mix und Personalentwicklung:

Die interviewte Person gibt widersprüchliche Angaben zur Notwendigkeit von Betreuungskräften.

Die Vorbereitung und Qualifikation der Pflegefachkräfte sollte das Bewusstsein ihrer Rolle stärken, ggf. in Form eines Kompetenzcoachings.

Sind Delegierbare Behandlungspflege noch notwendig?

Es besteht die Möglichkeit, dass Palliativ Care den Mitarbeitern weitestgehend freigestellt wird. Dies gilt ebenso für die Praxisanleitung.

Methoden zur Reflexion und Beratung können im Team durch eine Klausur auf Führungsebene mit ausgewählten Mitarbeitern gefunden werden. Die Bedarfe der Bewohner müssen im Vordergrund stehen.

Ein Einheitliches Gesamtkonzept wird im Prozess entstehen. Wohnbereichsleiter benötigen unterschiedliche Unterstützung dabei.

Flächendeckende Einführung:

Das größte Hindernis ist geeignete Mitarbeiter zu finden. „Alle fischen im gleichen Becken“.

Der soziale Bereich hat in der Bevölkerung nicht den Stellenwert, den er haben sollte.

Arbeitswilligen Migranten wird es zu schwer gemacht. Hier muss bzgl. der Arbeitserlaubnis nachgesteuert werden. Die Politik macht es schwer, denn kurzfristige Verlängerungen von drei Monaten verhindern Ausbildung und machen Planungen unmöglich.

Finanzierung über die Bewohner muss überdacht werden. Kleinschrittig betrachten und umsetzen.

Der Umgang mit Versorgungsverträgen sollte überdacht werden, wenn Personal weggeworben wird, Wohnbereiche oder Einrichtungen geschlossen werden.

Arbeitszufriedenheit, Mitarbeitermotivation und Entlastungswirkung:

Es gäbe eine körperliche Entlastung durch das Mehrpersonal. Beispiel: Transfer zu zweit.

Es ist die Führungsaufgabe, dass Arbeit nicht deutlich langsamer wird und das Mehrpersonal ohne Effekt bleibt. Das ist messbar über Befragungen.

Digitalisierung:

Es kommt zu einer Zeitersparnis durch Zusammenfassen von Aufgaben. Digitalisierung kann zudem den Informationsfluss fördern.

Beispiele für Möglichkeiten der Digitalisierung sind tagesaktuelle Informationen durch einen eigenen Fernsehkanal oder die Begleitung von Arztvisiten durch mobile Geräte.

Die Mitarbeiter müssen eingebunden werden und es muss ein angemessenes Konzept für die Implementierung bestehen, um niemanden zu überfordern aber zu fordern. Ideen können durch Visionen im Qualitätszirkel entstehen.

Zufriedenheitsermittlung von Bewohnern, Mitarbeiter oder Besucher über Wandsysteme. Ermittlung von Kennzahlen.

ID 106

Organisationsentwicklung:

Die größte Herausforderung im Bereich der Organisationsentwicklung besteht in der Begleitung der Hilfskräfte, der Organisation und Struktur für das Mehrpersonal und der Anlernung der Hilfskräfte.

Es braucht eine Aufgabendefinition für die zusätzlich zur Verfügung stehende Zeit. Beispielsweise ähnlich wie im ambulanten Bereich eine Tourenplanung, den Dienst mit Aufgaben durchplanen. Es wäre nachvollziehbar, welches Arbeitspensum angemessen ist. Z.B. wie viele Bewohner eine Pflegekraft schafft

Die Planung übernehmen Pflegefachkräfte, die stellv. PDL oder die PDL. Das ist organisationsabhängig. Die Fachkräfte sollen komplexe Pflegeleistungen weiterhin durchführen, bei denen das Fachwissen der Fachkräfte erforderlich ist.

Bisherige Konzepte zum Personalmix in den Einrichtungen müssen überdacht werden. Zu betrachten ist dabei die Rolle der Qualifikationen Fachkraft, gelernte Hilfskraft (Präsenzkräfte) und der un- oder angelernten Pflegeassistentenkräfte.

Indirekte Leistungen:

Das Strukturmodell in der Dokumentation ist arbeitserleichternd, erfordert jedoch Kontrolle. Dokumentation kann durch Digitalisierung erleichtert werden, beispielsweise durch Tablets mit Diktierfunktion. Die Einführung neuer Technologien muss von den Mitarbeitern angenommen werden. Es gibt noch viele Unterschiede zwischen den Systemen der Hersteller. Diese sind unterschiedlich praxisfern oder –nah.

Durch die Planung von Diensten und Verteilung von Aufgaben können indirekte Leistungen effizienter gestaltet werden. Indirekte Leistungen können in die Zeiten geplant werden, in denen weniger am Bewohner zu tun ist. Indirekte Leistungen, wie z.B. Kleidung verteilen oder Inkontinenzmaterialien verteilen muss nicht von einer Fachkraft durchgeführt werden, sondern kann von Hilfskräften übernommen werden. Die Planung davon muss durch die Fachkräfte übernommen werden.

Personalentwicklung:

Die größte Herausforderung ist das Personal zu finden.

Zum anderen ist die Einarbeitung des Personals eine Herausforderung: Die Qualifizierung von Hilfskräften in der Informationsweitergabe, die Arbeit nach der Planung und das Erkennen von Abweichungen. Fachkräfte müssen in der Leitung von Diensten und Lenkung, in der Planung und der Evaluierung des Pflegeprozesses eingearbeitet werden, da sie das in der Ausbildung in der Praxis nicht lernen. Das müsste in die Ausbildung weiter implementiert werden, damit die Auszubildenden befähigt werden Dienste zu lenken und zu leiten. Personalnot und Zeitmangel lassen eine Qualifizierung nicht zu.

Die interviewte Person äußert Kritik an der Generalistik. Diese führt zu einer Bevorzugung des Krankenhauses.

Zusammenhang Mehrpersonal und die Qualität der Leistung:

Mehrpersonal führt nicht automatisch zu besserer Qualität.

Die Qualität in den Einrichtungen wird bei Mehrpersonal gehalten oder verbessert werden, dadurch, dass mehr Zeit da ist, kann sich mehr Zeit für den Bewohner genommen werden und für die Pflege kann sich mehr Zeit genommen werden. Es ist abhängig von der Ausgangslage in der Einrichtung wie sehr sich die Qualität verbessert.

Qualität kann an der Bettlägerigkeit in der Einrichtung oder der Eingebundenheit der Bewohner gemessen werden. Zufriedenheitsbefragungen sind schwierig, weil diese nur bei Bewohnern möglich sind, die kognitiv und kommunikativ in der Lage dazu sind. Die Individualität kann biografisch abgeglichen werden. Auch wie das Personal individuell auf die Bewohner eingeht anhand der Interaktionszeit.

Interaktionsarbeit: Das Wissen über relevante Krankheiten und den Umgang damit, z.B. Demenz ist oft unter den Hilfskräften wenig vorhanden. Das sollte mehr in die Ausbildung integriert werden oder es muss mehr Personal qualifiziert werden

Zusätzliche Betreuungskräfte:

Die Betreuung hat zwei Funktionen. Präsenzkkräfte können auch als Betreuungskräfte qualifiziert werden, die dann auch einen Stellenanteil in der Betreuung haben. Das andere sind Betreuungskräfte, die für bestimmte Situationen zusätzlich erforderlich sind, z.B. für bestimmte Bewohner als zusätzliche Betreuungskraft in der Einzelbetreuung.

Die Trennung von Pflege und Betreuung sollte aufgehoben werden. Die Betreuung soll in den 60% Mehrpersonal enthalten sein. Ein Teil der Präsenzkkräfte soll eine zusätzliche Qualifikation in der Betreuung haben, die der Tätigkeit in der Pflege auch zugutekommen würde durch einen besseren Umgang mit Bewohnern, Krankheiten oder Verhaltensweisen. Das würde zu einer besseren Arbeitszufriedenheit und weniger Überforderung führen, weil besser mit Situationen umgegangen werden kann.

Methoden zur Reflexion und Beratung im Team:

Das Projekt Gute Arbeitsbedingungen in der Pflege hat einen Instrumentenkoffer entwickelt, der individuell auf die Einrichtungen angewandt wurde. So etwas in der Art ist vorstellbar.

„Projektleiter“ in jeder Einrichtung werden für realistisch gehalten. Es muss dafür aber jemand gefunden werden, der die Fähigkeiten hat, das Projekt in der Einrichtung zu leiten. Es braucht jemanden, der ein Projektmanager ist, der Organisations- und Personalentwickler ist und der verschiedene Instrumente an der Hand haben muss. Einerseits ist das die Akquise des Personals und andererseits das Gestalten von Arbeitsprozessen aber auch Instrumente der betrieblichen Gesundheitsförderung usw. Die Person fungiert in der Einrichtung als Multiplikator. Über die Einrichtungen sollten diese Personen vernetzt werden, um Erfahrungen auszutauschen. Das Wissen ist in den Einrichtungen bisher nicht verfügbar.

In der Pilotierung wird es für realistisch gehalten, dass es eine Fachkraft in der Einrichtung gibt, die mit Begleitung des Projektteams die Aufgaben (Projektleitung in der Einrichtung) übernehmen kann. Über die Pilotierung hinaus wird es schwierig sein, in den Einrichtungen jemanden zu finden, der diese Aufgabe übernehmen kann und Fachkräfte zu finden, die die Fähigkeiten haben, um Personalentwicklungsprozesse zu leiten. Diese Personen müssen selbst erst einmal durch das Projektteam begleitet werden.

Flächendeckende Einführung:

Die größte Herausforderung ist das Personal zu finden.

Die Einrichtung braucht bei der Einführung Konzepte an die Hand, wie das Mehrpersonal ihrer Qualifikation entsprechend sinnvoll eingesetzt werden kann.

Ein Leitfaden mit Gestaltungsspielraum in den Einrichtungen wie beim Strukturmodell wird für sinnvoll erachtet.

Es können Erfahrungen aus dem Entbürokratisierungsprozess genutzt werden. Der Einsatz und die Ausbildung von Multiplikatoren ist gut, um das Modell in die Fläche zu bekommen. Ein bis zwei Multiplikatoren pro Einrichtung wäre gut. Zudem ist ein praxisnaher Leitfaden, mit Definition der Qualifikationsniveaus wichtig.

Auswirkungen auf die objektive und die subjektiv wahrgenommene Arbeitsbelastung:

Mehrpersonal macht eine ruhigere Pflege möglich, dass sich mehr Zeit nehmen möglich ist und das bessere Beobachten und Erkennen von Problemen. Die Dokumentation und Weitergabe von Informationen würden sich verbessern und es würde eine Steigerung der Qualität der Leistungen geben.

Mehrpersonal hat viele Effekte. Wenn das Personal besser eingearbeitet werden kann, ist das Wissen besser vorhanden, um Abweichungen zu erkennen. Durch mehr Personal kann die Arbeit ruhiger durchgeführt werden. Das führt zu einer höheren Zufriedenheit beim Bewohner

Bewohner nehmen durch das Mehrpersonal wahr, dass sie nicht alleine sind.

Digitalisierung:

Potenziale der Digitalisierung bestehen in der direkten und in der indirekten Pflege. Eine Möglichkeit ist der Einsatz von Tablets, um direkt beim Bewohner zu dokumentieren und die Planung direkt beim Bewohner zu haben. Spracherkennung erleichtert die Dokumentation. Das Programm darf aber nicht zu komplex sein. Potenziale bieten Tablets zur Übersicht über die Tagesplanung, die die Aufgaben die zu erledigen sind oder die schon erledigt wurden anzeigen.

Hindernisse in der Digitalisierung sind die nicht immer nicht immer vorhandenen IT-Infrastrukturen, wie das WLAN in der Einrichtung. Insbesondere in ländlichen Regionen ist manchmal kein oder nur langsames Internet vorhanden. Der Ausbau und die Anschaffung der Geräten und der Programme erfordert Investitionen.

Prozesse könnten auch in anderen Bereichen digitalisiert werden, z.B. in der der Essensbestellung der Bewohner oder in der Verwaltung.

Potenzial besteht außerdem in der Vernetzung mit Arztpraxen oder Apotheken in Form der digitalen Patientenakte. In der Schnittstelle in der Dokumentation der Bewohner, kann der Arzt oder Therapeut digital einsehen. Dadurch wäre ein digitales Medikamentenmanagement mit dem Arzt und digitale Verordnung der Medikamente sowie die Informationsweitergabe zu der Apotheke möglich.

Pflegerobotik ist in der direkten Pflege nicht vorstellbar. Sie wäre ergänzend zu den Mitarbeitern in der Betreuung vorstellbar, z.B. Spiele spielen. Ein sinnvoller Einsatz ist bei Hol- und Bringdiensten (z.B. von Essen) vorstellbar.

In der Telemedizin werden gute Erfahrungen gemacht. Per Videoübertragung kann aus dem Bewohnerzimmer oder aus dem Dienstzimmer direkt mit dem Arzt kommuniziert werden, der vorher alle Informationen erhalten hat. Insbesondere in der Kurzzeitpflege ist das hilfreich, da die

Bewohner oft direkt aus dem Krankenhaus oder kurz vor dem Wochenende kommen oder wenn die Berichte aus dem Krankenhaus noch nicht in der Einrichtung sind.

Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung:

Es bestehen Potenziale in den Maßnahmen zum Arbeitsschutz und zur betrieblichen Gesundheitsförderung für die Versorgung der Pflegebedürftigen und die Fachkräftesituation. Der Arbeitsschutz wird von dem Mehrpersonal sehr profitieren, weil die Arbeitsverdichtung nicht so hoch ist, das Personal qualifiziert ist und die Überforderung nicht geringer ist. Wenn mehr Personal vorhanden ist, gibt es andere Möglichkeiten im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, was ein Vorteil für die Mitarbeiter darstellt. Es entstehen dadurch größere Potenziale, um etwas für die Mitarbeiter zu tun. Es könnten Maßnahmen zu rückschonenden Arbeitsweisen und Präventionsmaßnahmen getroffen werden.

Im Zuge der Einarbeitung sollte schon auf rückschonenden Arbeiten und Hilfsmittelgebrauch eingegangen werden

Gesellschaftliche Rahmenbedingungen:

Um dem doppelten Demografieeffekt entgegenzuwirken, muss das Bild der Pflege in der Gesellschaft verbessert werden. An vielen Stellen gibt es in der Pflege Überreglementierung, was ein Misstrauen gegenüber der Pflege ausdrückt. Das ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Den Kindern kann schon in der Schule der Pflegeberuf vorgestellt werden.

Die Entlohnung muss angemessen sein. Ggf. braucht es auch alternative Anerkennung durch beispielsweise andere soziale Unterstützung, Reduzierung der Sozialabgaben oder andere Rentenanwartschaft, die staatlich subventioniert werden.

Die interviewte Person äußert Skepsis gegenüber dem Einsatz von ausländischen (internationalen) Pflegekräften, wie beispielsweise aus Spanien oder von den Philippinen, da sie anders sozialisiert sind. Darauf sollte sich nicht alleine gestützt werden. Es sollte an den Strukturen in der Gesellschaft und in der Pflege gearbeitet werden.

Sonstige Anmerkungen:

Die Einrichtungen sollen nach der Umsetzung des Personalbemessungsinstruments noch wirtschaftlich agieren können. Es soll noch attraktiv bleiben eine Einrichtung zu leiten. Die Veränderungen sollen nicht zu Lasten der Pflegebedürftigen gehen.

ID 107

Organisationsentwicklung:

Die größte Herausforderung bei der modellhaften Einführung ist die interne Schulung der zusätzlichen Hilfskräfte, weil dies die wichtigste Voraussetzung darstellt. Die Schulungen sollen in den Einrichtungen selbst durchgeführt werden. Eine weitere Herausforderung ist die Organisation der Schulungen des Mehrpersonals.

Es werden positive Auswirkungen auf die Arbeitsprozesse und –organisation erwartet. Die Fachkräfte können von den Hilfskräften unterstützt werden.

Im Personalmix sollte die Fachkraft die Behandlungspflege übernehmen und die Steuerung des Pflegeprozesses. Die Organisation der Pflege erfolgt durch die Schichtleitung und die Überwachung der Hilfskräfte. Die Hilfskräfte führen die Grundpflege und die Pflege durch. Planerisch muss die Pflege überarbeitet werden. Wichtig ist die Informationsweitergabe durch die Hilfskräfte zur Fachkraft, so muss man organisiert werden. Es wird einen Mehraufwand geben, aber man muss nicht alles umgestalten. Das Konzept muss einrichtungsspezifisch eingesetzt werden.

Die Chance besteht darin, dass man von der Funktionspflege wekommt und dass ein Ausbau der Beziehungspflege stattfindet. Das ist vergleichbar mit dem primary nursing oder der Bezugspflege, in dem die Beziehung zum Bewohner ausgebaut wird

Es werden Auswirkungen auf Versorgungsqualität erwartet. Beispielsweise könnte die Essensanreicherung bei Schluckbeschwerden in Aufsicht von geschulten Hilfskräften übernommen werden. Fachkräfte sollen mehr in der Überwachung und Anleitung der Hilfskräfte tätig sein.

Betreuungsleistung kann in den Leerlaufzeiten stattfinden. Daher müssen die Leerlaufzeiten mit konkreten Aufgaben gefüllt werden, in der sich das Personal aktiv mit dem Bewohner beschäftigt.

Digitalisierung:

Bei den indirekten Leistungen ist ein iPad vorstellbar, mit dem direkt digital dokumentiert werden kann. Aus Erfahrung minimiert das den Aufwand. Probleme in der Umsetzung sind auf fehlende Informationen oder Schulung zurückzuführen. Die Nutzung ist abhängig vom Personal. Manche nutzen es, manche sind nicht so effizient. Die Dokumentation geschieht sofort und daher werden Informationen nicht vergessen und die Fachkraft kann sie direkt einsehen.

Ein Potenzial wäre eine Kalenderfunktion zur Organisation von Arztterminen, beispielsweise zur Terminüberwachung.

Eine ähnliche Funktion ist für die Einteilung des Personals nach Bewohnern vorstellbar. Es könnte auch eine Art von Anleitung darstellen, wenn die Aufgaben je nach Bewohner auf dem Tablet erscheinen. Insbesondere für neue Pflegekräfte ist das eine Erleichterung.

Eine weitere Möglichkeit der Digitalisierung sind Zeiterfassungssysteme zur Erfassung der Arbeitszeit. Aus Kostengründen wäre das nützlich und wenn nach Dienstschluss noch Gespräche geführt werden, die dann als Überstunden gezählt werden würden. Die persönliche Übergabe soll bestehen bleiben und soll nicht durch Dokumentation ersetzt werden

Personalentwicklung:

In der Vorbereitung der Fachkräfte und der Hilfskräfte auf die zukünftigen Aufgaben sollen zunächst die Mitarbeiter über die Aufgabenverteilung informiert werden, z.B. im Rahmen einer Mitarbeiterversammlung. Am wichtigsten wird es sein die Fachkräfte in der Organisation und in der Anleitung der Hilfskräfte zu schulen und die Schulung der Hilfskräfte in der Durchführung der Maßnahmen.

Die Rolle des Projektteams besteht darin Aufgaben zu beschreiben. Die Schulungen sollen intern durchgeführt werden. Die aktuelle Ausbildung zur Pflegefachkraft bereitet zu wenig auf diese Aufgaben vor, da sie zu allgemein gehalten ist. In den Schulungen müssen die Inhalte auf die Einrichtung angepasst und heruntergebrochen werden. Die Schulungen müssen in der Einrichtung stattfinden und die Qualitätsbeauftragte sollen als Multiplikatoren die Mitarbeiter weiter begleiten. Sie fungieren als Projektleiter in der Einrichtung.

Fachkräfte mit spezieller Qualifikation werden in jedem Fall benötigt. Fachkräfte für Gerontopsychiatrie übernehmen die Aufgaben zu wenig, da wäre eine teilweise Freistellung sinnvoll. Palliativfachkräfte sind bisher vernachlässigt worden. Schmerzmanagement wird zukünftig noch wichtiger werden und ist bisher ebenfalls vernachlässigt worden. Akademische Fachkräfte sind als QMB geeignet, für das Marketing, für Aufnahmegespräche oder Angehörigengespräche, weil sie ein gutes Hintergrundwissen besitzen und didaktisch besser geschult sind. In der Pflege sind sie aber nicht unbedingt notwendig. Die Akademisierung muss eher zurückhaltend betrachtet werden.

Zusätzliche Betreuungskräfte:

Die heutige Ausbildung der Betreuungskräfte ist relativ eng gefasst. Diese sollte z.B. im Bereich Speiseversorgung oder Toilettengänge erweitert werden. Das wäre eine Entlastung. Zusätzliche Betreuungskräfte wären weiterhin notwendig, da sie eine gute Arbeit leisten, fortlaufend weitergebildet werden und an der Palliativversorgung beteiligt sind. Die Stellen dafür sollen weiterhin zusätzlich sein.

Methoden zur Reflexion und Beratung im Team:

Pflegevisite ist ein wichtiges Instrument. Der Pflegeprozess und das Verhalten gegenüber dem Bewohner soll beobachtet werden. Die QMB soll dabei miteinbezogen werden. Die Mitarbeiter und die Schichtleitung sollen in der Organisation der Pflege begleitet werden. Vierteljährliche Reflexionsgespräche sind sinnvoll, denn in der Zeit hat man Veränderungsmöglichkeiten.

Gesellschaftliche Rahmenbedingungen:

Maßnahmen gegen die demografische Belastung sind die Ausbildung von neuen Pflegekräften und eine höhere Bezahlung. Um die Mitarbeiter in der Pflege zu halten sind Fördermaßnahmen durch die Krankenkassen, z.B. kostenlose Kurse für rückschonendes Arbeiten etc. notwendig. Wenn die Pflege körperlich nicht mehr möglich ist müssen Alternativen angeboten werden, z.B. der Wechsel in die Betreuung. Zusätzlich könnten Kuren angeboten werden.

Wichtig ist eine flexible Arbeitszeit, damit junge Mütter nach der Schwangerschaft wieder einsteigen können. Wenn es möglich ist, soll die Einrichtung eine eigene Kinderbetreuung während der Arbeitszeit anbieten.

Eine weitere Maßnahme wäre die finanzielle Erstattung des öffentlichen Nahverkehrs oder der Kosten für die Kinderbetreuung.

Flächendeckenden Einführung:

Die größten Hindernisse in der flächendeckenden Einführung ist, dass zunächst ein höherer Aufwand für die Einrichtungen entsteht. Es könnte eine negative Einstellung der Einrichtungen gegenüber der Veränderung bestehen. Diese muss positiv verkauft werden. Es könnten Ängste bestehen, dass in die internen Abläufe der Einrichtung geschaut wird.

Für die flächendeckende Einführung ist eine Begleitung wichtig mit regelmäßigen Reflexionsterminen, eine direkte Kommunikation und Ansprechpartner bei Problemen. Zudem regelmäßige Besuche vor Ort und Analysen und die Kommunikation mit dem Personal.

Für die flächendeckende Einführung soll es eine Freistellung von Regionalbeauftragten in den Pflegeketten geben, die mehrere Häuser betreiben. Die Begleitung sollte am besten extern sein. Es sollte bei inhabergeführten Häusern eine Kooperation mit anderen Einrichtungen geben.

Die Einschätzung der Praktikabilität der stufenweisen Einführung fällt der interviewten Person schwer. Dabei kommt es auf die Einrichtung oder auf die Kette an. Das Personal muss vorher akquiriert sein. Das ist aktuell nicht möglich. Die Einführung von einem Drittel der endgültig erforderlichen Personalmenge scheint noch zu viel zu sein. 10% wären eher realisierbar. In der zeitlichen Realisierung ist es vorstellbar mit 10% zu beginnen und halbjährlich um 10% erhöhen. Dabei ist die wirtschaftliche Situation nicht vorhersehbar.

Wirkung auf die Arbeitsbelastung:

Es werden positive Auswirkungen auf die Arbeitsbelastung erwartet, weil mehr Zeit für die Pflege zur Verfügung steht. Die Motivation würde auch steigen, wenn nicht mehr unter starkem Zeitdruck gearbeitet werden muss und wenn von den Bewohnern und den Angehörigen positive Rückmeldungen kommen.

Arbeitsschutzes und betriebliche Gesundheitsförderung:

Die Vorschriften des Arbeitsschutzes müssen beachtet werden. Die neuen Hilfskräfte müssen geschult werden.

In der betrieblichen Gesundheitsförderung können kostenlose Rückenschule und Verhaltenskurse oder Umgang mit Hilfsmitteln eingesetzt werden.

Bei Mehrpersonal wird eine Reduktion des Krankenstandes erwartet, wenn die Zufriedenheit steigt.

Sonstige Anmerkungen:

Der Zeitraum für die Pilotierung sollte mindestens ein Jahr betragen.

Die Ausbildung sollte noch mehr betrachtet werden.

Das gesellschaftliche Bild der Altenpflege muss gestärkt werden.

Die Ausbildung zur Pflegehilfskraft wird aus Erfahrung der interviewten Person aus Kapazitätsgründen abgebaut.

ID 108

Organisationsentwicklung:

Die gesamte Personalmenge wird nicht zu jeder Tageszeit benötigt. Die Mitarbeiter müssen ggf. in kurze Dienste gesetzt werden. Die Arbeit muss anders aufgeteilt werden. Sonst werden keine weiteren Herausforderungen oder Probleme gesehen.

Geteilte Dienste werden jedoch von den Menschen in Zeiten des Fachkräftemangels nicht toleriert werden.

Konzepte müssen überdacht und überarbeitet werden. Strukturen müssen angepasst werden, was aber ein geringeres Problem darstellt.

Die interviewte Person äußert Skepsis darüber, ob eine verbesserte Personalausstattung überhaupt umgesetzt wird. Zudem werden Bedenken darüber geäußert, dass der MDK oder die Heimaufsicht vorschreiben wie das Mehr an Personal auch eingesetzt werden muss, z.B. in mehr Dokumentation oder mehr Nachweise, um die Qualität zu kontrollieren. Hausinterne Visiten sollen darstellen, ob die Zeit dem Bewohner zugutekommt.

Qualifikations-Mix und Personalentwicklung:

Es ist die Frage, ob man die Alltagsbegleiter noch benötigt. Gesprächsführung etc. sollen wieder mehr Teil der Pflege werden, jedoch ist die Frage, ob die Pflege das akzeptiert. Zunächst sollte alles parallel laufen und beobachtet werden. Vielleicht auch nur für Gruppenangebote und Schulungen.

Eine Herausforderung stellt die Akzeptanz, dass Fachkräfte mehr aus direkter Pflege rausgehen und kontrollieren dürfen. Hilfskräfte, die bereits jahrelange Erfahrung haben werden sich dabei unwohl fühlen und ggf. kommt es zu Aufständen. Außerdem ist es eine Herausforderung die Fachkräfte darauf zu schulen, da sie auch die soziale Rolle, dem Bewohner zu helfen, erfüllen.

Die Vorbereitung soll durch interne und externe Schulungen, beispielsweise durch Pflegevisiten und Fachtage geschehen.

Gesellschaftliche Rahmenbedingungen:

Es sind keine Pflegekräfte vorhanden, daher kann auch niemand eingestellt werden. Eine Personalbemessung hilft dabei nicht. Wenn das Personal festgelegt wird, aber die Einrichtung nicht einstellen kann, weil kein Personal vorhanden ist, kommt der MDK oder Heimaufsicht und schließt die Einrichtung. Das ist ein Widerspruch. Das berechnete Mehrpersonal löst das Problem vom Personalmangel auf dem Markt nicht.

Die Abschaffung der Zeitarbeit ist notwendig. Diese werden besser entlohnt, prahlen damit und übernehmen keine Verantwortung.

Genauso ist es mit der ambulanten Intensivpflege. Daraus fließen unendlich viele Gelder. Pflegekräfte wechseln, weil sie sich damit nicht kaputt machen wollen und das sorgt für hohe Konkurrenz.

Die Generalistik wird als Schuss nach hinten beschrieben, da die Krankenhäuser attraktiver sind und das Personal abwerben.

Die Finanzierung über die Bewohner funktioniert nicht. Pflegebereiche werden von der einen Seite zusammengeführt aber von der anderen Seite ist die Finanzierung nicht geklärt. Da muss eine einheitliche Regelung her.

Flächendeckende Einführung des Personalbemessungsinstruments:

Solange die Frage des Personalmangels auf dem Markt nicht beantwortet werden kann, sind alle anderen Fragen irrelevant, da an diesem einen Faktor alles scheitern kann.

Es muss eine Periode für Berechnung festgelegt werden, insbesondere wegen der Schwankungen der Bewohnerschaft. Die Frage ist, was dann mit dem Personal passiert.

Eine stufenweise Einführung ist sinnvoll, da nicht das gesamte Personal auf einmal vorhanden ist.

Arbeitszufriedenheit, Mitarbeitermotivation und Entlastungswirkung:

In den ersten Monaten oder Jahren wird die Zufriedenheit groß sein, aber langfristig wird sich das nicht halten. In der heutigen Zeit ist es nicht vorhersehbar was die Mitarbeiter zufrieden macht oder nicht. Aus der Erfahrung der interviewten Person sind sechs Personen im Frühdienst nicht besser als drei Personen. Es gibt eine gesellschaftliche Unzufriedenheit.

Digitalisierung:

Viele Menschen einer Generation sind nicht so sehr mit der digitalen Welt vertraut. Außerdem kommen viele Menschen aus dem Ausland.

Die Merkfähigkeit der Mitarbeiter bei großen Umstellungen muss beachtet werden.

Die Finanzierung und Zuschüsse gerade auch bei kleineren Häusern ist fraglich.

Visiten können online stattfinden. Die direkte Verfügbarkeit von Ärzten ist ein Vorteil, jedoch ist fehlender persönlicher und zwischenmenschlicher Kontakt ein Nachteil. Früher oder später werden wir nicht mehr drum herumkommen, Stichwort: Hausarztmangel.

Es gibt nützliche App zum Thema Sturzprophylaxe (Berechnung des Risikos auf Basis einer Aufnahme incl. Empfohlene Maßnahmen).

Organisationsentwicklung:

Die größte Herausforderung wird in der Anleitung der Hilfskräfte und in der Befähigung der Fachkräfte in der Anleitung gesehen. Die Fachkräfte übernehmen dann mehr Planungs-/Führungs- und Koordinationsaufgaben und die Hilfskräfte die direkte Pflege. Die Hilfskräfte müssen dafür gut geschult werden und dann müssen die Pflegekräfte das können und die Vernetzung des gesamten Betreuungsprozesses. Die größte Herausforderung besteht darin die Pflegekräfte auf ihre zukünftigen Aufgaben vorzubereiten.

Eine weitere Herausforderung wird es sein, dass die Ganzheitlichkeit weiterhin gewährleistet bleibt. Das muss konzeptionell gut ausgearbeitet werden. Als Beispiel: für Primary Nursing bedeutet das, dass die Anamnese, die Planung und Evaluation aus einer Hand geschieht. Evaluieren kann nur auf Basis der eigenen Durchführung am Bewohner stattfinden. Dabei wird als Schwierigkeit gesehen, wie das zukünftig ausgestaltet sein soll, wenn die Fachkraft nicht alle Schritte durchführt, da die Durchführung durch Pflegehelfer erfolgt. Es ist nicht absehbar, wie das funktionieren soll. Das widerspricht nach Ansicht der interviewten Person dem Ganzheitlichkeitsgedanken. Es braucht dafür eine bessere Vernetzung zwischen den einzelnen Instanzen, wie es auch in anderen Ländern funktioniert, wo die Fachkräfte mehr spezielle Pflege übernehmen und nicht die klassische Grundpflege. Es ist da vor allem der Anschluss an bestehende Konzepte wie Primary Nursing zu schaffen. Bei dem Mehrpersonal das wir dann zukünftig haben, ist das durchaus umsetzbar.

Das Optimum wäre Primary Nursing voll umsetzen zu können auch im Hinblick auf die Dienstplangestaltung.

Bei einer Umsetzung des Personalmehrbedarfs kann Expertenwissen wesentlich besser umgesetzt werden. Viel theoretisches Wissen und Expertise, welches durchaus vorhanden ist, kann aufgrund von Zeitmangel derzeit nicht umgesetzt werden. Das können PDL's sein oder akademische Pflegefachkräfte oder die klassischen Pflegefachkräfte.

Die Koordination und die Steuerung des Mehrpersonals und die tägliche Einsatzplanung übernehmen die PDL, Einrichtungsleitungen oder Wohnbereichsleitungen.

Effizienzsteigerung indirekter Leistungen:

Die Effizienz von indirekten Leistungen ist durch den Einsatz von mehr hauswirtschaftlichen Kräften und digitalisierter Dokumentation veränderbar.

Für die Modellhafte Pilotierung ist es wichtig im Bereich der Organisationsentwicklung die Konzepte für alle Mitarbeiter transparent zu machen und die Mitarbeiter einzubeziehen. Viele Pflegefachkräfte werden da sehr viel Unterstützung brauchen, weil sich ihr Aufgabengebiet und ihr Verantwortungsbereich noch einmal verändern wird. Eine weitere Herausforderung wird hier sein, die Verantwortung übernehmen zu können und zu wollen. Dafür braucht es praxisnahe Instrumente, die die Aufgaben definieren und den Pflegekräften zur Verfügung gestellt werden können. Vorstellbar sind Checklisten zu den neuen Aufgaben oder ein Leitfaden zur Durchführung der Anleitung. Es mag auch Spannungen zwischen den Pflegekräften geben, wenn Fachkräfte nun die Hilfskräfte überwachen. Auch das kann ein Punkt auf der Checkliste sein, wie damit umgegangen werden kann, dass es nicht kontrollierend wird.

Gute Supervision im fachlichen und psychologischen Bereich ist wichtig. Die Einschätzung der interviewten Person ist, dass die Fachkräfte viele Ängste haben werden, diese Verantwortung zu

übernehmen. Das kann in der Pilotierung von dem Projektteam erbracht werden. Zukünftig ist das die Aufgabe der Leitung. Die Pflegekräfte können auch durch Fortbildungen dahingehend geschult werden. Sowohl als interne als auch externe Fortbildung. Das muss auch noch einmal einen weiteren Stellenwert in der Grundausbildung bekommen.

Auf Hilfskraftniveau gibt es sehr heterogene Abschlüsse. In Bayern bspw. gibt es nur die einjährige Ausbildung. Das wäre auch eine Möglichkeit, dass das zukünftig einheitlich eingerichtet wird.

Akademische Pflegekräfte wären gut geeignet theoretische Konzepte an die Pflegekräfte weiter zu vermitteln oder im Bereich des Qualitätsmanagements zu arbeiten oder Leitungstätigkeiten zu übernehmen.

Die interviewte Person äußert Zweifel, ob ein Mehrgewinn an Versorgungsqualität erreicht werden kann. Es wird die Hoffnung geäußert, dass die Ganzheitlichkeit nicht verloren geht. Unerwünscht wäre, wenn am Ende die Pflegefachkraft nicht mehr Pflege am Bewohner übernimmt und nur noch übergeordnete Tätigkeiten übernimmt.

Zusätzliche Betreuungskräfte:

Wenn es 60 Prozent mehr Hilfskräfte gibt, die dann auch Betreuung übernehmen, dann braucht es keine zusätzlichen Betreuungskräfte nach § 43b SGB XI mehr.

Auswirkungen des Mehrpersonals auf die Arbeitszufriedenheit:

Das Einspringen und dieses „unsichere Frei“ ist dann bei einer besseren Personaldecke nicht mehr in dem Umfang nötig. Das hat in den letzten Jahren nochmal enorm zugenommen. Das kann dann entlastend für die Pflegekräfte sein. Das ist den Pflegekräfte denke ich wichtiger als die Bezahlung. Das sind sicherlich auch Gründe, warum Pflegekräfte in diesem Bereich nicht mehr arbeiten wollen, bei so unflexiblen Arbeitszeiten und Unsicherheiten.

Bei einem Einsatz von Mehrpersonal ist die Chance gegeben, flexible Arbeitszeitmodelle umzusetzen, dass dann mehr auf Wünsche der Mitarbeiter bezüglich halbtags arbeiten reagiert werden kann.

Es wird sich ein positiver Effekt auf den wahrgenommenen Stress und die Arbeitsbelastung zeigen. Das wird sich auch positiv auf den Krankenstand auswirken.

Methoden zur Reflexion im Team:

Teamgespräche als Methode zur Reflexion innerhalb des Teams sind bei der Pilotierung sind zu berücksichtigen. Zu Beginn sollten diese engmaschig erfolgen. Sowohl Einzel- als auch Teamgespräche sind mindestens monatlich notwendig. In der Pilotierungsphase sollte das eine Person von dem Projektteam und eine Person von der Einrichtung durchführen.

Gesellschaftliche Rahmenbedingungen:

Das Bündeln von Expertise auf Seiten der Fachkräfte wird notwendig sein. Das bringt allerdings nicht mehr Personal.

Der Ausbau von niedrighschwelligen Angeboten auf kommunaler Ebene, die Förderung der Ehrenamtlichen, die Nachbarschaftshilfe und Semi-Professionelle Ressourcen sollten genutzt werden. Ambulante Angebote sollten weiter gestärkt werden.

Flächendeckende Einführung:

Das Personal zu bekommen ist die Herausforderung.

Die Konzepte müssen auf das neue Personal angepasst werden. Aufgaben des Personals und der Dienstplangestaltung etc. müssen im Vorfeld geklärt werden.

Es braucht Unterstützung im Schulungsbereich.

Die Finanzierung des Mehrpersonals muss ebenfalls im Vorfeld geklärt sein.

Digitalisierung:

Die Komplettumstellung über EDV ist flächendeckend notwendig.

Das digitale Bestellwesen und vernetzte digitale externe Kommunikationswege mit Ärzten und Therapeuten erleichtern die Arbeit und bieten durchaus Potenziale, die bisher noch nicht ausreichend umgesetzt sind.

Assistenzsysteme, wie Sensoren im Demenzbereich bieten ebenfalls das Potenzial zur Arbeitsentlastung.

Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung:

Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung und dem Arbeitsschutz sind wichtig zur Motivation der Mitarbeiter und um einen niedrigen Krankenstand zu erreichen. Obwohl auch viele Angebote nicht immer etwas nützen, wenn Mitarbeiter diese nicht annehmen wollen oder können, aufgrund von Schichtarbeit.

Es werden im Bereich Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung keine Aufgaben bei dem Projektteam gesehen.

ID 110

Organisationsentwicklung:

Die größte Herausforderung auf der Organisationsebene ist, dass es neue Konzepte braucht. Das ist eine Gratwanderung, da man nicht allen gerecht werden kann. Nach Erfahrung akzeptieren ältere Mitarbeiter leichter neue Konzepte wie z.B. den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff. Neue Hierarchien werden hingegen schwerer angenommen. Jüngere haben eine geringere Bindung an das Unternehmen.

Der Kern der neuen Konzepte muss sein, sinnlose Abläufe aufzudecken und auszuschalten. Die Vermittlung dessen in den Einrichtungen ist schwierig. Externe Begleitung ist sinnvoller, weil eine interne Begleitung störanfälliger ist, da das Alltagsgeschäft vordergründig ist. Eine externe Begleitung wird als wichtiger wahrgenommen. Es braucht Konzepte und Implementierungsstrategien.

Eine große Herausforderung in der aktuellen Situation ist es die Mitarbeiter zu motivieren, während der Betrieb trotzdem am Laufen gehalten werden muss. Aktuell sind die Einrichtungen „reformmüde“, auch durch vorherige gescheiterte Projekte.

Wenn die Fachkräfte keine körperbezogenen Tätigkeiten mehr durchführen, kann das Frust bei den anderen Mitarbeitern erzeugen. Das muss richtig kommuniziert werden. Andersherum kann es auch die Fachkräfte frustrieren, wenn ihnen Tätigkeiten „weggenommen“ werden.

Es besteht ein Imageproblem. Die Veränderung könnte in den Einrichtungen dazu führen, dass die Pflegekräfte ihre Situation als negativ wahrnehmen, weil Veränderungsbedarf besteht. Das führt zu mehr Reflexion über die eigene Situation und eine Verstärkung des negativen Images.

Eine Veränderung des Personalmixes wird notwendig sein. Es muss deutlich gemacht werden, dass die Fachkräfte die Vorbehaltsaufgaben wahrnehmen müssen.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff kann aufgrund von Personalmangel nicht umgesetzt werden z.B. personenzentriertes Arbeiten. Das wäre ein positiver Effekt bei mehr Personal. Potenzial wird in der Kommunikation des Vorhabens gesehen, wenn es als Unterstützung der Einrichtungen bei der Umsetzung der Anforderungen durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff vermittelt wird.

Es braucht neue Konzepte für fachliche, arbeits- und haftungsrechtliche Fragen, insbesondere die Fachaufsicht und die Dienstaufsicht betreffend, z.B. wer die Behandlungspflege ausführt.

Es braucht ein Überdenken der heutigen Einteilung in Wohnbereiche. Kleinere Einheiten arbeiten effizienter und es werden weniger sinnlose Aufgaben durchgeführt. Da müsste reflektiert werden, wie sich die Aufgabenverteilung unter großen und kleinen Einheiten unterscheidet.

Auswirkungen der Personalmengensteigerung auf die Arbeitsprozesse und -organisation in der Pflege werden sein, dass der managerielle Aufwand in gewissem Umfang steigen wird. Die pflegerische Administration und die Teamentwicklungsprozesse werden sich verändern, ebenso wie die Kommunikation, Anleitung, Überwachung und Pflegeprozessessteuerung.

Bei der Zeit für Übergabe ist in der letzten Zeit in den Einrichtungen viel eingespart worden. Dabei können Informationen verloren gehen, das Miteinander und ein Stück weit auch der personenzentrierte Ansatz.

Man kann davon ausgehen, dass mehr Zeit für den Bewohner zu einer höheren Pflegequalität führt. Mehr Personal muss aber nicht unbedingt zu einer besseren Qualität führen. Wenn andere

Anforderungen an die Pflege gestellt werden, wird nicht unbedingt wahrgenommen, dass mehr Zeit für die Pflege zu tun ist, weil die Pflege zeitintensiver ist.

Im Personalmix sollte in der Pilotierung überprüft werden, wie es zu realisieren ist, dass immer eine Fachkraft anwesend ist.

Wie und von wem muss das Mehrpersonal eingesetzt und koordiniert werden muss, ist konzeptabhängig. Es sollte in der mittleren Leitungsebene angesiedelt sein. Je nach Größe der Einrichtung kann das die PDL oder WBL, ggf. auch Qualitätsbeauftragte sein.

Bei dem heutigen niedrigen Niveau der Versorgungsqualität wird Mehrpersonal grundsätzlich Potenzial zu einer Qualitätsverbesserung haben.

Als Instrumente können die Digitalisierung oder EDV- Dienste wie die elektronische Dienst- und Einsatzplanung gekoppelt mit der aktuellen Belegung und der Versorgungssituation genutzt werden. Ebenfalls können personenzentrierte Ansätze wie das primary nursing oder die Bezugspflege genutzt werden.

Informationsquellen müssen mehr genutzt werden. Es muss mehr Zeit für Kommunikation zur Verfügung stehen und beispielsweise die Übergabe aber auch Visiten oder Fallbesprechungen sollten nicht digitalisiert werden, weil der Austausch wichtig ist.

In der Pilotierung können verschiedene Konzepte zur Umsetzung getestet werden, indem beispielsweise zwei Einrichtungen mit interner bzw. externer Begleitung verglichen werden.

Es wird eine klarere Aufgabenverteilung und mehr Vorgaben geben. Dabei müssen die einrichtungsspezifischen Potenziale gesehen werden. Ggf. können die Praxisanleiter die Aufgabe der internen Begleitung oder als Multiplikator übernehmen, wenn sie sich auskennen. Einerseits ist eine externe Begleitung notwendig, andererseits auch die interne Begleitung durch Multiplikatoren oder Praxisanleiter. Die Steuerung in der Einrichtung durch Multiplikatoren wird notwendig sein. Im Entbürokratisierungsprozess konnten mit den Implementierungsstrategien und mit der zentralen Steuerung gute Erfahrungen gemacht werden. Die Voraussetzung für die Implementierung des Personalbemessungsinstruments sollte sein, dass der Entbürokratisierungsprozess in der Einrichtung umgesetzt ist und funktioniert.

Es ist aktuell schwierig neue Konzepte zu implementieren. In der aktuellen Situation muss den Einrichtungen mit den vorhandenen Ressourcen eine Entlastung verschafft werden. In Vorbereitung auf die Einführung des Personalbemessungsinstruments muss eine Stabilisierung der Einrichtungen stattfinden. Die Schritte sind Grundlage für die Einführung neuer Konzepte, des Strukturmodells oder des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und könnten als Stufe 1 in der Einführung integriert werden, die vorbereitend ist, aber auch akut hilft. Das spricht gegen eine schnelle Umsetzung. 5 Jahre würde dafür wahrscheinlich nicht ausreichen.

Aktuell ist es wichtig die Einrichtungen in der Umsetzung der vermehrten Praxisanleiter zu unterstützen.

Man kann überlegen, ob man den Schlüssel für zusätzliche Betreuungskräfte für die Einrichtungen erhöht, um die anderen Mitarbeiter zu entlasten. Beispielsweise ein Schlüssel von 1:10, aber weiterhin als zusätzliche Betreuungskräfte. Und ggf. könnte das Aufgabenspektrum in Richtung Hauswirtschaft erweitert werden.

Eine Möglichkeit wäre die Wiedereinführung der Stationsassistenzen/Kümmerer, die auf der Station für z.B. logische Abläufe wie das Auffüllen zuständig waren. Diese übernehmen Aufgabenverteilung und das Überdenken von der Übernahme sinnloser Aufgaben.

Betriebliche Gesundheitsförderung muss mehr gefördert werden und mit den Organisationsprozessen zusammengedacht werden. Das würde zu einer höheren Zufriedenheit führen und die Krankheitstage senken. Das würde mehr Personal bedeuten und auch Entlastung der PDL in der Dienstplangestaltung. Dafür muss den Einrichtungen die Möglichkeit in den Pflegesatzverhandlungen gegeben werden jemanden als Beauftragten in der Einrichtung freizustellen.

Eine Entlastung der Einrichtungen würde durch die Befreiung von Nachweispflichte und de Überdenken was notwendig ist und was nicht entstehen. Das würde auch in ein vorgelagertes Modul gehören.

Eine indirekte Verbesserung wäre die Nettooptimierung der Gehälter durch z.B. steuerliche Vorteile und die Anhebung der 450€ Grenze.

Zeitliche Dimension der modellhaften und flächendeckenden Einführung: Zunächst müssen die o.g. Punkte bearbeitet werden (und auch andere Stellschrauben wie z.B. die Bezahlung). Dazu kann keine Einschätzung über die Dauer gegeben werden. Vorstellbar ist dabei eine Dekade. Der Abstand zwischen den Stufen der Einführung ist mit 2-Jahres Abständen realistischer, um den Prozess zu entschleunigen.

Personalentwicklung:

In den indirekten Leistungen könnten ggf. die Arbeitsabläufe noch effizienter gestaltet werden. Durch das Strukturmodell wird in der Dokumentation nicht mehr viel einzusparen sein. Potenziale werden vor allem in der digitalen Versorgung und Telematikinfrastruktur, z.B. Entlassungsmanagement, Schnittstellen zum Krankenhaus und zum Arzt, die gemeinsame Patientenakte oder im Medikationsplan gesehen, indem Kommunikationswege verbessert werden.

Die größte Herausforderung in der Personalentwicklung ist die Akquise von geeignetem Personal. Dies ist aktuell schwierig und regional unterschiedlich. Es bestehen Niveauunterschiede in den Kompetenzen der Fachkräfte und allgemein besteht ein eher geringes Niveau durch die notgedrungenen Einstellungen der letzten Jahre.

Es herrscht zudem eine Konkurrenz mit den Krankenhäusern.

Wichtig sind höhere Löhne und die Klärung der Finanzierung und der Eigenanteile. Die Ausgestaltung der Pflegesatzverhandlungen sollte betrachtet werden, um Verbesserungen zu erreichen.

Es bedarf einer Anpassung der Ausbildungen, betreffend der Pflegekräfte mit 1-2-jähriger Ausbildung, zwischen den Ländern und die Anpassung an den Bedarf und die Vereinheitlichung und Überprüfung der Kolloquien. Zukünftig braucht es eine Honorierung der Pflegekräfte mit der entsprechenden Ausbildung, die aktuell noch mit ungelernten Pflegekräften gleichgestellt werden, weil die einen tragenden Teil in der Versorgung übernehmen sollen.

Sättigungspunkte in der Verbesserung für Mitarbeiter, an denen die Zufriedenheit der Mitarbeiter nicht mehr steigt, müssen vom Management erkannt werden.

Es braucht eine Vorbereitung der Fachkräfte und der Hilfskräfte auf die zukünftigen Aufgaben. Diese sollte in Form von Schulungen und einrichtungsinternen Fortbildung stattfinden. Es braucht dabei eine thematische breite Aufstellung. Der Weiterbildungsbedarf besteht vor allem bei den Hilfskräften. Das muss von den Ländern gefördert werden.

Für die Fachkräfte werden Führungsaufgaben wichtiger. Diese sind nicht für jeden geeignet oder gewünscht. Dahingehend müssen die Fachkräfte geschult werden. Diese Themen sowie das Indikatorenmodell, das Strukturmodell, der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und auch in den Bereichen Bezugspflege Personenzentrierung, primary nursing und associate nursing müssen in die Ausbildung integriert werden.

Hauswirtschaftskräfte sind für den kompetenzorientierten Ansatz erforderlich, weil diese mit dem Essen und Trinken zu tun haben. Ergotherapeuten sind wichtig, weil sich deren Arbeit mit der Betreuung überschneidet. Stationsassistenten sind wichtig aus o.g. Punkten. Physiotherapeuten sind auch wichtig, für die Mitarbeiter mit Blick auf die betriebliche Gesundheitsförderung. Arzthelfer, Sanitäter, Gerontotherapeuten könnten insbesondere auch für den palliativen Bereich gebraucht werden sowie Logopäden oder Heilerziehungspfleger. Akademische Fachkräfte sind für die Führung und Leitung z.B. für die Aufgaben der PDL (mit Weiterbildung) wichtig.

Zusätzliche Betreuungskräfte:

Solange die Begrenzung der Eigenanteile nicht geklärt ist, sollten die zusätzlichen Betreuungskräfte als eigenes Feld definiert sein.

Eine Aufgabenweiterentwicklung der Betreuungskräfte ist in der Hauswirtschaft erforderlich, aber nicht im pflegerischen Bereich.

Methoden zur Beratung und Reflexion im Team:

Einschlägige Instrumente sind dafür die Fallbesprechung, Supervision, kollegiale Beratung mit flacher Hierarchie, angeleitete Fallbesprechungen, Teamtreffen, Zielbesprechungen und Praxisanleitung. Die sind in dem Zusammenhang wichtig. Pflegelehrheime (analog zu Unikliniken) sind dabei ein interessanter innovativer Ansatz.

Anstatt einen Projektbegleiter in der Einrichtung, die viel Zeit kostet mit Vernetzung und Austausch untereinander, könnte es einen regionalen Pool geben, aus dem die Einrichtungen Personen buchen können, der durch Bündnisse mehrerer Einrichtungen entsteht.

Doppelter Demografieeffekt:

Die aktuelle Arbeitsmarktsituation mit dem doppelten Demografieeffekt wird als schwierig beurteilt, weil an der Überalterung der Bevölkerung nichts zu ändern ist. Der demografische Effekt wird als Entschuldigung für Nichts-Tun genommen.

Möglichkeiten, um den entgegenzuwirken sind die Aktivierung der Selbsthilfe, die Verpflichtung der Altenhilfe und der Kommune Möglichkeiten zu schaffen. Die zukünftige Entwicklung der Alterung und der demografischen Entwicklung ist nicht sicher. Erkenntnisse aus den Analysen früherer demografischer Krisen und dem Umgang damit kann hilfreich sein.

Attraktivität des Pflegeberufs muss durch Maßnahmen, z.B. der Entlohnung erhöht werden.

Die Arbeitsmarktsituation ist im Wandel und es könnten Fachkräfte aus anderen Bereichen (z.B. der Autoindustrie) für die Pflege weiterqualifiziert werden, wenn zukünftig viele geringer

qualifizierte Pflegekräfte benötigt werden. Die Attraktivität kann über finanzielle Anreize z.B. über steuerliche Vorteile (s.o.) oder Optimierung im Bereich der Teilzeitstellen gesteigert werden.

Es sollten Anwerbeabkommen von Pflegekräften aus dem Ausland forciert werden.

Die Refinanzierung von zusätzlichem Personal muss im Zusammenspiel mit den Löhnen und den Arbeitsbedingungen geklärt werden.

Eine einheitliche Ausbildung der Hilfskräfte wäre wichtig.

Es braucht eine Anpassung der ordnungsrechtlichen Regelungen.

Die Entlastung in der Nachweispflicht birgt Potenzial (s.o.).

Prozesse der Organisations- und Personalentwicklung müssen schon im Vorfeld umgesetzt sein.

In der Pilotierung sollte die Leiharbeitnehmerschaft beobachtet werden. Es wird vermutet, dass die Arbeit dadurch verlangsamt wird.

Flächendeckende Umsetzung:

Die finanzielle Situation in der Implementierung sollte für die Einrichtung gefördert werden, z.B. dass eine externe Begleitung nicht von den Einrichtungen finanziert werden muss. Einrichtungen würden den Prozess dann ggf. alleine gestalten, aber die externe Begleitung wird eher wahrgenommen.

Es darf keine Streichung von eingesparten Zeiten geben, sondern einen sinnvollen Einsatz. Das ist die Lehre aus dem Entbürokratisierungsprozess.

Die stufenweise Einführung ist der richtige Weg. Anders ist es nicht machbar. Zu Beginn muss es eine spürbare Veränderung geben, um Akzeptanz in der Einrichtung zu schaffen und als Teil der Strategie.

Die Pflegekräfte mit einer 1-2-jährigen Ausbildung werden wichtig. Ggf. braucht es da eine ähnliche Ausbildungsoffensive wie bei den Fachkräften.

Ein regelmäßiger Austausch der Stakeholder wird nicht notwendig, um den aktuellen Stand zu reflektieren.

Die Versorgung im ambulanten Bereich birgt Potenzial, indem der stationäre Bereich ggf. weniger in Anspruch genommen werden muss, wenn eine gute ambulante Versorgung gegeben ist.

Für die Umsetzung braucht es einen breiten Konsens über Legislaturperioden hinweg.

Wenn über die Begrenzung von Eigenanteilen der Wettbewerb unter den Einrichtungen verändert wird, werden die Einrichtungen es leichter haben, Personal zu einzustellen, weil das Auspielen der Kosten und der Mitarbeiter wegfällt.

Digitalisierung:

Die Digitalisierung beeinflusst die Leistungserbringung der direkten und indirekten Pflege. Die Digitalisierung birgt ein hohes Potenzial, weil sie bisher wenig in der Pflege eingesetzt wurden das Interesse aber besteht. Vor allem in der indirekten Pflege kann die Digitalisierung eingesetzt werden, aber Arbeitskräfte können dadurch nicht ersetzt werden.

Bisher wurde sich auf die Dokumentation, Bildung, Beratung und Informationsangebote konzentriert und erst an dritter Stelle auf das Prozessmanagement. Das sollte mehr gefördert

werden. Die Mehrheit der Projekte findet im ambulanten Bereich statt. Es braucht mehr Projekte im stationären Bereich.

Für die Fachkräfte ist im Bürokratieabbau eigentlich aber schon viel geschehen. Wichtig ist der Ausbau von Kompetenzen, die Erhöhung von Transparenz, Delegation von Prozessen und die Steuerung von Hilfskräften.

Barrieren der Digitalisierung sind die Finanzierung als eine große Hürde. Die Förderung durch das PpSG wird durch die Einrichtungen relativ gut angenommen, trotzdem bestehen noch Unklarheiten. In dem Bereich gibt es noch fehlende Regelungen und die Infrastruktur der Telematik muss noch weiter ausgebaut werden, beispielsweise im Bereich der Datenübermittlung zum Krankenhaus, den Arztpraxen, Apotheken, der Nachsorge und dem Abrechnungsverfahren. Die Digitalisierung ist im sozialen Bereich generell noch wenig vorangebracht.

Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung:

Hindernisse sind in dem Bereich noch der GKV-Leitfaden, der einige Punkte ausgrenzt. Das führt zu Schwierigkeiten in der Praxis.

Betriebliche Gesundheitsförderung ist eines der wesentlichen Basiselement, weil man durch den Ausbau Ressourcen freilegen könnte, die Mitarbeiterzufriedenheit und ggf. die Versorgung verbessern könnte und ggf. die Krankheitstage senken könnte

Sonstige Anmerkungen:

Die Frage der Messbarkeit der Versorgungsqualität: in der Messbarkeit der Ergebnisse sollte nicht auf die Ergebnisse der MDK-Prüfungen zurückgegriffen werden, weil diese die Prozess- und die Strukturqualität beschreiben und wenig über die Ergebnisse aussagt. Es sollte auf Instrumente der Ergebnisqualität zurückgegriffen werden wie Pflegevisiten, Fallbesprechungen oder interne Audits.

ID 111

Organisationsentwicklung:

Die größte Herausforderung im Bereich der Organisationsentwicklung ist qualifikationsbezogene Aufgaben abzugrenzen und dadurch neue Prozesse entwickeln zu können.

Es gibt Erkenntnisse zu den Grundlagen für neue Steuerungsmodelle auf der Ebene der Organisationsentwicklung oder vergleichend auf Länderebene. Neue Steuerungsmodelle müssen hinsichtlich ihres Effekts erprobt werden. Das ist nur sinnvoll bei steigender Qualität oder Leistungssteigerung.

Mehr Personal bewirkt auch bei der heutigen Personalausstattung nicht unbedingt mehr Qualität. Bayern hätte beispielsweise bessere Qualität und mehr Leistung aufweisen müssen. In der Auswertung des PSG II wurde die Erhöhung des Personals um 8% von den Beschäftigten nicht wahrgenommen. Die Entlastungen fanden unterhalb der Wahrnehmungsschwelle statt. Die Wahrnehmungen sind in Mecklenburg-Vorpommern und Bayern ähnlich, trotz unterschiedlicher Personalausstattungen.

Modellhafte Einführung:

Eine Erprobung des Instruments ist unverzichtbar. Insbesondere um bestimmte Fragen zu klären. Die Unterschiede zwischen den Bundesländern müssen untersucht werden. Welche spürbaren Verbesserung auf allen Ebenen lassen sich erreichen (Bewohnerebene: Zeit für die Bewohner, Mitarbeiterebene: welche Verbesserungen/ab wann sind Verbesserungen spürbar?)

Aktuell sind die Konsequenzen der demografischen Entwicklungen, dass die Kapazitäten in den Einrichtungen nicht voll ausgeschöpft werden, indem die Plätze nicht belegt werden können. Es fehlen Möglichkeiten andere Modelle auszuprobieren.

Die Pflege ist der Bereich, der in den letzten drei Jahren 100.000 sozialversicherungspflichtige Arbeitsplätze geschaffen hat, was kein anderer Wirtschaftszweig geschafft hat. Das widerspricht einem schlechten Image der Pflege.

Im Bereich der Assistenzkräfte wird aufgestockt werden müssen, um andere Steuerungsinstrumente einzuführen und durchzusetzen.

Rollen müssen neu definiert werden, eingeübt werden und es muss unterstützt werden, dass diese auch durchgehalten werden können.

Es ist fraglich, was in anderen Einrichtungen passiert, wenn das Mehrpersonal für die Erprobungseinrichtung dort abgezogen wird.

Die Qualitätsveränderung soll gemessen werden. Dazu braucht es eine Erhebung der Qualität vor der Erprobung und wie sich die Qualität verändert. Wichtig ist zu erfassen, was bei der Qualität gemessen wird, wie die Anforderungen priorisiert werden und was ist für Pflegebedürftigen als verbesserte Qualität wahrnehmbar ist. Die Qualitätsvorstellungen der Bewohner entsprechen nicht unbedingt denen der Pflegewissenschaftler, weitere Qualitätsindikatoren müssen aufgenommen werden. Diese Qualitätsanforderungen können konkurrierend sein. Wenn das Instrument in die Fläche geht, sollen die Verbesserungen spürbar sein

Einrichtungen müssen ausgestattet werden und sie müssen gecoacht werden. Der Gewinn durch die Veränderung muss bei allen erkannt werden und die Auswirkungen müssen eng beobachtet werden. Es muss beurteilt werden, welche Optionen es für neue Steuerungsmethoden ergibt und

anhand der Ergebnisse, ob es arbeitsmarktpolitisch etwas verändert und ob sich die Quantität und Qualität der Versorgung ändert.

Eine zu kleinteilige Unterscheidung der QN ist kontraproduktiv. Wenn ein Großteil der Interventionen durch einjährig qualifizierte Hilfskräfte durchgeführt werden soll, diese aber nicht ausreichend zur Verfügung stehen, wird das im Qualifikationsmodell auf die höheren QN entfallen, was nicht zu leisten ist. Es sollte eher auf interne Fortbildung gesetzt werden. Die Fachkräfte sollen dafür die Hilfskräfte anleiten. Beispielsweise hat Brandenburg die Regelung für intellektuelle Fachkräfte, mit der sie die Fachkraftquote umgehen können. Die Einrichtungen müssen im Konzept darlegen, wie sie die Qualität trotz abweichender Fachkraftquote erhalten können.

Begleitung der Einrichtungen:

Berater sind aktuell alle eingespannt. Organisationsentwickler, die geeignet und verfügbar sind, gibt es zu wenig.

Wichtig ist ein klares Konzept am Anfang, was erreicht werden soll. Konzepte müssen definiert und abgegrenzt werden.

Bei der Begleitung geht es erst einmal um die Entwicklung von Kleinstteams und um Qualifizierung. Ein Organisationsentwickler, der nicht aus der Pflege kommt, ist dafür möglicherweise nicht geeignet. Reine Prozessbegleitung ist nicht geeignet. Es braucht inhaltliche Begleitung. Ggf. kann aus dem Interventionskatalog etwas für die Begleitung abgeleitet werden, auf dem man aufbauen könnte.

Die Heimleiter müssen ihre Fachkräfte von der Veränderung überzeugen. Die Umsetzung muss eine Gefolgschaft in der Einrichtung haben und es muss die positive Motivation dahinter erkennbar sein.

Wenn es möglich ist, sollte mit Vergleichsgruppen gearbeitet werden, um den Effekt der Intervention darzustellen. Bisher wurde das nicht gemessen.

Es besteht ein Erkenntnisdefizit im Unterschied zwischen den Ländern, beispielsweise Bayern im Vergleich MV, die trotz gleichem Personal unterschiedliche Pflege erbringen.

Sozialpsychologisch müssen Effekte diskutiert werden. Die interviewte Person erkennt keine Unterschiede zwischen dem Personal in den Ländern. Es gibt keine qualitativ bessere Versorgung der Bewohner in Bayern, daher ist das ein irrationales Problem. Eine Rechtfertigung der Schritte, die aus der Studie gezogen werden ist damit schwierig (Mehrpersonal). Eine Erklärung der Ergebnisse (des Mehrpersonals) ist schwer möglich, aufgrund der Unterschiede zwischen den Ländern.

Die Ergebnisse werden auf Leistungsebene nicht differenziert werden können.

Die Wahrnehmung und Kommunikation der Pflege entspricht nicht der Realität. Verbesserungen in der Pflege werden nicht wahrgenommen und in der Öffentlichkeit nicht kommuniziert. Es braucht eine einheitliche Kommunikationsstrategie, an die sich alle halten.

Digitalisierung:

Es gäbe mehr Schritte, wenn es verbindlichere Vorgaben gäbe, weil man sich absichern muss. Daher spart man nicht unbedingt mehr Prozessschritte, beispielsweise bei der elektronischen Gesundheitskarte mit dem Vermerk der Medikamente und Zugriff der Ärzte.

Die Medikamentenversorgung birgt Potenziale, aber da wird im Moment wenig gesehen.

Aktuelles Potenzial im Zusammenhang mit dem Projekt ist die Prozesssteuerung, die digitalisiert werden muss. Es müssen Maßnahmen definiert werden, man muss Qualifikationen hinterlegt haben und elektronische Steuerungsinstrumente einführen und zulassen, die nachweisen, was gemacht wurde und die Abweichungen aufnehmen. Die Informationen müssen erst einmal hinterlegt werden. In der internen Steuerung und insbesondere in der Zuordnung von Aufgaben ist das hilfreich. Dabei geht es darum, welche Aufgaben durch wen zu erfüllen sind. Das muss der Öffentlichkeit vermittelt werden und ggf. in Verbindung mit den Projektergebnissen. Die Digitalisierung ist ein Potenzial für die Pilotierung.

In der Robotik wird aktuell kein praktischer Nutzen gesehen, weil die Prozesse zu standardisiert sind.

Für die Einsparung von Personalzuwachs kann die Digitalisierung einen geringen Beitrag leisten

Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung:

Die interviewte Person sieht die Förderung von betrieblichem Gesundheitsmanagement positiv, wenn die Maßnahmen wahrgenommen werden. Sinnvolle Angebote müssen von nicht sinnvollen Angeboten unterschieden werden. Das BGM muss ganzheitlich in den Einrichtungen verankert werden. Achtsamkeit ist ein wichtiges Thema, die Wahrnehmung zu verändern, um die Prozesse verändern zu können. Von Seiten der Krankenkassen und anderer Verbänden (BGW) wird versucht BGM in die Betriebe zu bringen, welche das Angebot wahrnehmen sollten.

Eine akute Entlastung für den stationären Bereich wäre eine ambulante Abrechnung der Leistungen, bei der nur das abgerechnet werden kann, was an Leistung bestellt wurde. Es braucht eine Veränderung des Leistungsrechts.

ID 112

Mehrpersonal und Qualifikations-Mix:

Dass mehr Personal erforderlich ist, ist keine Neuigkeit. Relativ hohe Qualität wird im Moment nur dadurch dauerhaft gewährleistet, dass das (zu wenige) Personal ständig überlastet ist.

Mehrpersonal kann da Abhilfe schaffen. Und auch das quantitative Ergebnis von PeBeM scheint angemessen – es ist in einer Höhe, die der Experte schon vor Beginn der Studie als aus seiner Sicht angemessenes Ergebnis benannt hatte.

Das Mehrpersonal sollte allerdings nicht primär im Bereich der Pflege eingesetzt werden, bzw. es sollten nicht (nur) Pflegekräfte eingestellt werden.

Statt nur auf einen Qualifikationen-Mix im pflegerischen Bereich zu setzen, sollte vielmehr ein Professionen-Mix installiert werden.

Natürlich muss als Basis der Versorgung eine abgesicherte und qualitativ hochwertige pflegerische Versorgung bilden, zusätzliches Personal sollte aber besonders dort eingesetzt werden, wo es um die Lebensqualität der Pflegebedürftigen geht. Und die speist sich wesentlich aus der hauswirtschaftlichen Versorgung, aus dem Leben in der Einrichtung, aus den Wünschen der Pflegebedürftigen an Teilhabe.

Mehrpersonal sollte zur ganzheitlichen Steigerung der Qualität in Einrichtungen in der hauswirtschaftlichen Versorgung eingesetzt werden.

Ein eigenes Berufsbild der Hauswirtschafterin (m/w/d) in Pflegeeinrichtungen ist hierzu angezeigt.

Organisationsentwicklung:

In den Einrichtungen müssen die professionsgemischten Teams gelebt werden.

Die Leitung muss die drei Perspektiven Pflege (Pflegedienstleitung), Hauswirtschaft (Hauswirtschaftsleitung) und Teilhabe (Einrichtungsleitung) zusammenbringen.

Während nach innen zwischen diesen Kräften über die Ausrichtung und Schwerpunkte hart gestritten werden muss, müssen diese nach außen mit einer Stimme sprechen.

In den Wohnbereichen muss verstanden werden, dass das Leben ganzheitlich ist und das hierfür pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung ineinandergreifen müssen.

Gute Pflegequalität ist die Voraussetzung für Leben und Teilhabe.

Hauswirtschaft gestaltet dies dann aus.

Die Organisation in den Wohnbereichen muss das Verhältnis zwischen Pflege und HW klar regeln – dabei geht es aber darum, wer die Kompetenz für die jeweilige Fragestellung hat, nicht grundsätzlich darum, dass eine Pflegefachkraft jede Entscheidung am besten treffen kann.

Personalentwicklung:

Wichtig ist, dass jede Kraft ihre eigene Profession vertreten kann.

Dabei haben die verschiedenen QNs weniger unterschiedliche Professionen, sondern eher unterschiedliche Aufgabenbereiche innerhalb der Professionen.

„Pflegehilfskräfte“ können auch als Alltagsbegleiter integriert werden und somit nicht als reine Handlanger der PFK.

Nach Möglichkeit sind zwar viele Fachkräfte einzusetzen, keinesfalls aber nur Pflegefachkräfte.

Der Einsatz von Fachkräften auf allen Seiten vereinfacht es, dass sich die Professionen auf Augenhöhe begegnen.

Alle Kräfte müssen für ihre spezifischen Aufgaben individuell geeignet und ausgebildet sein.

Das bedeutet, dass die Leitung eines Wohnbereichs – unabhängig ihrer Grundqualifikation – für Personalführung ausgebildet werden soll.

Es braucht eine eigene Ausbildung/Qualifikation zur HauswirtschaftlerIn in Pflegeeinrichtungen, bei der die Besonderheiten der Klienten an Hauswirtschaftskräfte oder Hotelfachkräfte o.ä. weitergegeben werden.

Gesellschaftliche Rahmenbedingungen:

Mehrpersonal im errechneten Umfang wird auch auf längere Sicht durch Demographie nicht mit ausgebildeten Pflegefach- und -assistentenkräften abzudecken sein.

Dennoch ist das Mehrpersonal erforderlich, um die Pflegeorientierung zur Lebensorientierung weiterzuentwickeln.

Es müssen also weitere Professionen in die Pflege eingebunden werden – so wird das aus ganzheitlich.

Hauswirtschaftskräfte sind dazu geeignet, die Pflege zu ergänzen, ein ganzheitliches Geschehen zu realisieren.

Außerdem sind Hauswirtschafts-/Hotelkräfte – vielleicht gerade nach Corona – kein so rares Gut. Und können helfen, einen guten Teil der Personalmehrbedarfe zu übernehmen.

Digitalisierung:

Digitalisierung kann nur eine Ergänzung sein, darf aber kein Ersatz für persönliche Kontakte und Dienstleistungen sein.

Geeignet ist Digitalisierung aber zur Vereinfachung und Qualitätssicherung – etwa direkte Übernahme von Messdaten in die Dokumentation oder auch direkte Dokumentation etc.

Denkbar zur Selbständigkeit und Teilhabe ist auch die Integration von Smart Home Elementen in den Bewohnerzimmern.

Positiv gesehen wird auch der Einsatz von Sensorik, soweit diese dazu verwendet wird, Situationen zu erkennen, die ansonsten nur durch Freiheitsentzug zu begegnen wäre.

Modellhafte Einführung:

Jetzt gibt es durch PeBeM endlich eine empirische Grundlage auf der man sich über Personal(mengen) unterhalten muss.

Was man in den letzten 20 Jahren nicht geschafft hat, liegt jetzt greifbar auf der Hand.

Diese Möglichkeit darf nicht verschenkt werden, vor allem darf gerade nach Corona kein Abbruch des Prozesses erfolgen.

Eine modellhafte Einführung ist geeignet, um empirisch die Effekte von verschiedenen Konzeptionen zu erproben, wie Mehrpersonal ein- und umgesetzt werden kann.

Sofern eine Ausbildung und der Einsatz von den beschriebenen Hauswirtschaftlichen Fachkräften dabei erprobt werden kann, steht der Experte mit einer Einrichtung sehr gerne zur Verfügung.

Die entsprechende Ausbildungsstruktur liegt bereits vor.

Sollte der Personalmehreinsatz auf Pflegekräfte beschränkt sein, wird keine Teilnahme an der modellhaften Einführung erfolgen.

ID 113

Warnung vor der Verknüpfung der Implementierung mit einer Qualitätsmessung. Das ist zu komplex und zu früh. Es dauert länger bis Qualitätsveränderungen messbar werden. Erstmal muss der Pflegebedürftigkeitsbegriff ordentlich umgesetzt werden, da gibt es riesige Defizite.

Die Einrichtungen brauchen Checklisten und Konzepte vor Beginn der Implementierung, damit ein Start strukturiert erfolgen kann.

In den Einrichtungen müssen die tragenden "Talente" gesucht und gefunden werden, die die Pflegenden begeistern können, ein gutes Standing haben und belastbar sind. Häufig sind das ältere Mitarbeiter, die evtl. auch nicht länger im Schichtdienst arbeiten sollten und sich noch an die guten Zeiten in der Pflege erinnern können.

Eine Steuerungsfunktion können nicht alle Pflegefachkräfte übernehmen und sie sind auch nicht immer dazu in der Lage.

Dann braucht es Organisationsprozesse, die die Steuerungsprozesse betrachten. Häufig sitzt das Problem im mittleren und höheren Management.

Digitalisierung:

Digitalisierung kann optimieren, aber auch zur Ineffizienz beitragen. Sie muss mit der Pflege zusammen entwickelt und eingeführt werden und nicht durch die Softwarefirmen.

Auswirkungen auf die Pflegequalität:

Qualitätsmessungen sollten durch subjektive Einschätzungen durch Pflegenden und Pflegebedürftige neben den QIs ergänzt werden.

Implementierung:

Die Kombination einer neuen Personalbemessung mit der Frage der veränderten Versorgungsqualität ist im Rahmen der Implementierung überfrachtet.

Die Praxis ist derzeit, egal in welchem Bereich sehr angespannt und durch Personalmangel überlastet.

Erstmal muss die Praxis lernen mit dem Instrument umzugehen und eine direkte Qualitätsprüfung ist dann zu früh, weil in vielen Einrichtungen die Kompetenz fehlt mit dem neuen Instrument umzugehen.

Die interviewte Person warnt davor die Implementierung mit einer Qualitätsmessung zu kombinieren. Es soll erstmal ein anderer Personalmix durch mehr Personal umgesetzt werden.

Bei der Implementierung braucht es ein Konzept, wie man den Pflegenden die neue Rolle der Pflegefachkräften im Rahmen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erläutert. Dieser Perspektivwechsel fällt den Pflegenden sehr schwer. Der Fokus der Implementierung muss in der Implementierung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs liegen und damit müssen zwei schwierige Bereiche umgesetzt werden (Philosophie des Pflegebedürftigkeitsberichtes und mehr Personal).

Die Intention des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes ist den meisten Pflegenden nicht klar. Die meisten Pflegenden sehen hier nur die Einführung der neuen Pflegegrade.

Das IGES prüfte wie die Intention des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der Praxis umgesetzt werden kann. Eine Barriere dabei ist natürlich wenig Personal, aber man muss auch erstmal schauen, welche Talente haben die vorhandenen Mitarbeiter. Es gibt Mitarbeiter, die sehr gut mit demenziell Erkrankten umgehen können.

Olbrich hat dazu eine Einstufung entwickelt, bei dem in der Praxis geschaut wird, wer eigentlich Indianer ist und wer Häuptling. Es muss in der Praxis geschaut werden, welche Talente im Team vorhanden sind.

Die dreijährig ausgebildeten Fachkräfte sollen Universalgenies sein und das sind sie einfach nicht. Vermutlich sind die Pflegefachkräfte zukünftig die Steuerer in der Pflege. Vor allem in der Altenpflege. Diese Rolle wollen viele Pflegende nicht und damit entsteht ein großes Problem. Die ausgebildeten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen können das vermutlich eher leisten, als die Altenpflegerinnen, die eher auf der Beziehungsebene arbeiten und hier ihre Berufszufriedenheit suchen.

Genau diese Erfahrungen wurden auch in der SIS gemacht. Es braucht keine super Fachkraft, sondern eine gut aufgestellte Pflegekraft, die begeisterungsfähig ist und der sich auf was neues einlassen kann und das Talent hat mit den Kollegen zu reden ohne übergriffig zu sein. Das waren die entscheidenden Erfolgsmomente.

Es muss getrennt werden, wo man mit der Implementierung hinwill und wie man da hinkommt. In der Anfangsphase müssen kleine Brötchen gebacken werden, die ein wichtiges Fundament bilden. Man braucht sehr viel Schulung, ein sehr gutes Konzept und es braucht Instrumente, mit denen man das Gefühl hat, gut arbeiten zu können und trotzdem noch den Alltag bewältigen zu können.

Es gibt erstmal nicht mehr Pflegende selbst wenn sie errechnen das wir mehr brauchen. Die knappen Pflegefachkräfte müssen steuern und eine neue Aufgabe übernehmen.

Die interviewte Person betont die Bedeutung der Heilerziehungspflege, die gerade in der gerontopsychiatrischen Pflege eine große Rolle spielen. Auch wenn sie zahlenmäßig nicht so stark vertreten sind wie AP und GKP, in der Langzeitpflege braucht es multidisziplinäre Teams. Pflegende sind keine Universalgenies. Nicht alle Pflegenden sind geeignet die Steuerungsfunktion zu übernehmen, das sind pro Einrichtung vielleicht 3-4 Leute, die Steuerungsfunktionen innehaben können und konzeptionell arbeiten können. Eventuell müssen auch diese noch zusätzlich geschult werden. Die Pflegenden haben nur die Versorgung im Blick. Auch die Steuerung durch das Instrument des Pflegeprozesses wird in der Praxis nicht praktiziert. Pflegende sehen den Pflegeprozess nicht als Steuerungsinstrument der eigenen beruflichen Identität. Das muss erst noch geschult werden. Der Pflegeprozess wird als professionelles Instrument in Deutschland nicht erkannt. Somit fehlen in der Pflege Grundkompetenzen, die die Implementierung später erschweren.

Pro Bundesland müssen die rechtlichen Rahmenbedingungen einzeln bewertet werden und pro, auch bezogen auf die Hilfskraftausbildung.

Die Betreuungskräfte spielen in der Praxis eine sehr große Rolle in der psychosozialen Betreuung. Das sind häufig biografische Hintergründe, die sie mit in die Betreuung bringen und gegenüber den Pflegefachkräften sehr viel abfedern. Diese müssen umgehend in den Pool der Hilfskräfte aufgenommen werden und müssen mehr Verantwortung übernehmen und noch mehr geschult werden.

Zur Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes braucht man in den Einrichtungen auch eine Ergotherapeutin. Es muss in den Einrichtungen multidisziplinäre Teams geben, die den

Pflegebedürftigkeitsbegriff umsetzen. Manchmal hat dabei die Ergotherapie die Federführung, mal die Physiotherapie und mal die Pflege. Hier muss man sich auf wechselnde Rollen in der Pflege einstellen.

In jeder Einrichtung gibt es so Naturtalente, die werden gehört und so wird es dann auch gemacht, die muss man in den Einrichtungen finden, diese sind aber häufig nicht im Qualitätsmanagement angesiedelt. Das ist wichtiger als nach Qualifikationsniveaus zu schauen. Besser ist, diese Talente zu identifizieren. Die Umsetzung muss später auf der Stationsebene angesiedelt sein z.B. bei der Stationsleitung und nicht bei der übergeordneten Stabstelle. Und das sind revolutionäre Gedanken.

Nach Erfahrung der interviewten Person ist die Arbeit mit Qualitätsmanagern nicht einfach, weil diese ein hohes rechtliches Sicherheitsbedürfnis haben. Insbesondere durch die Qualitätsindikatoren. Bei der SIS hat das dazu geführt, dass die Dokumentation unnötig aufgebläht wurde. Ein gestandener Wohnbereich ist damit oft viel besser umgegangen.

Aktuell besteht eine sehr große Unsicherheit der Praxis durch die Qualitätsindikatoren. Wenn die Implementierung startet sind die Einrichtungen noch im Prozess der QI-Umsetzung und sehr nervös. Die Implementierung von PeBeM ist in der Praxis unter den aktuellen Bedingungen vermutlich zu viel, zumal die Grundlage des Pflegebedürftigkeitsbegriffs noch nicht vorhanden ist.

Eine Umsetzung von PeBeM ist schwer möglich, weil das Personal einfach fehlt, die Maßnahmen der KAP greifen erst viel, viel später.

Bei der Pilotierung müssen die (fehlenden) Grundlagen der derzeitigen Praxis beachtet werden und die Hilfskräfte sowie Betreuungskräfte genauer in den Fokus genommen werden, denn mit dem neuen Pflegeverständnis sind körperbezogene Pflege und psychosoziale Betreuung gleichrangig. Man muss aufpassen, dass man nicht zu stark die Pflege in den Vordergrund nimmt.

Mehr Personal muss in einem interdisziplinären Setting gedacht werden. Damit wird ein völlig neuer Personalmix Voraussetzung für die Pilotierung. Vor diesem Prozess muss man eine Vorphase setzen, in dem für diesen neuen Personalmix ein Konzept entwickelt wird. Tätigkeitprofile müssen festgelegt werden und deren Bedeutung für die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes definiert werden. Haftungsrechtlich muss das durch konkrete Stellenbeschreibungen abgesichert sein und das auch schon in der Pilotierung, damit sie wissen wofür sie zuständig sind und zur Absicherung der Einrichtungen.

Die Frage ist wie es zu einem tragfähigen Konzept für die Pilotierung kommt. Dazu müssen die Rahmenbedingungen in den Ländern analysiert werden, dann muss in den Einrichtungen geschaut werden, welche Qualifikationen vorhanden sind, um mit dem neuen Personal umgehen zu können. Es braucht eine Synopse, wie das Thema Pflegehilfskräfte in jedem Bundesland geregelt ist. Was eine Pflegehilfskraft ist, wird in den Ländern sehr unterschiedlich definiert.

In der Praxis braucht es mehr als Pflege und dann kommen sie auch zu mehr Personal. Die vorhandenen Betreuungskräfte müssen weiter qualifiziert werden. Sie sind ein wichtiger Bestandteil im großen Topf der Hilfskräfte. Sie sind aber zusätzlich da. Es muss geklärt werden, ob die weiterhin zusätzlich da sind. Gesetzlich ist das falsch rechtlich geregelt und muss neujustiert werden.

Die interviewte Person zweifelt den Zusammenhang zwischen Pflegegraden und errechneten Qualifikationsmix, Heterogenität etc. an, weil die Pflege noch verrichtungsbezogen denkt und nicht nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff. Dann wäre beiden Messungen etwas anderes rausgekommen.

Erhalt, Mobilisation und Kognition sind die Trigger des BIs und dazu braucht es handfeste neue Konzepte in der Praxis auch hier muss es Steuerer geben, aber auch in hochkomplexen Situationen können gute Hilfskräfte wichtige Aufgaben übernehmen, wenn einer gut steuert.

Die interviewte Person zweifelt den Zusammenhang zwischen Pflegegraden und Qualifikationen im Zuge des BI stark an. Es sind Edukationsprogramme zur Umsetzung des BIs notwendig. Pflegehilfskräfte müssen gut geschult und gesteuert werden, dann können sie auch bei PG 5 wesentliche Aufgaben. Edukation ist ein Schlüssel in der Praxis und das kann wie die Steuerung auch nicht jede Fachkraft in den Einrichtungen.

In den Einrichtungen müssen die Talente gefunden werden (Kommunikative Kompetenz, Durchsetzungsvermögen, Begeisterungsfähigkeit etc.) und das sind die Grundlagen, mit denen man startet und überlegt, wie die neue Personalbemessung umgesetzt wird.

Auf Wohnbereichsebene muss die WBL mit einbezogen werden. Hier muss geprüft werden, ob die WBLs und das Management den BI verstanden haben, ob die Intention mitgedacht wird und ob die Erbringung des BI gesteuert werden könnte. Dazu bräuhete es eine Schulung. Wichtig ist auch die Frage, wie das neue Personal in diesem Prozess gesteuert werden und wer die Pflegeprozesssteuerung durchführt, wer die Indikatoren erhebt, wer das Pflegegradmanagement durchführt oder ob das zentral durchgeführt wird. Zudem müssen die Aufgaben der Hilfskräfte und der Betreuungskräfte definiert werden. Dazu müssen die Grundvoraussetzungen erfüllt werden. Anschließend muss geklärt werden, ob das Personal die Neuerungen akzeptiert. Selbst wenn es mehr Personal gibt, sind gewaltige Umstrukturierungsprozesse notwendig. Allein mehr Personal hat zunächst keinen Effekt. Es gäbe anfangs eine große Verunsicherung. Das Personal muss erstmal verstehen, worum es geht und was erreicht werden soll. Hier muss sich am klassischen Changemanagement orientiert werden, was die Blockaden sind und diese müssen vorher aufgebrochen werden. Das Personalbemessungsinstrument kann nicht einfach umgesetzt werden. Die Mitarbeiter müssen emotional mitgenommen werden, sonst wird das zusätzliche Personal nicht als hilfreich wahrgenommen.

Flächendeckende Umsetzung:

Dabei muss sich offen und ehrlich mit den Kompetenzen der derzeitigen Pflegenden beschäftigt werden. Es gibt sehr gute und kompetente Pflegenden. Manche Pflegenden bringen wichtige Kompetenzen nicht mit, z.B. im Bereich kommunikative Kompetenzen und personenzentrierter Ansatz. Deshalb sind sie aber nicht weniger wertvoll, sondern es muss beobachtet werden, welche Kompetenzen sie besitzen und wo sie einsetzbar sind.

Es braucht in der Pilotierung konkrete Konzepte aber auch die emotionale empathische Seite, um die Menschen mitzunehmen. Das ist ganz, ganz wichtig und bestimmt 50% des Erfolgs. Sie brauchen die Persönlichkeiten. Es gibt auch Übermotivierte und auch die müssen gesteuert werden, weil sie sonst über das Ziel hinausschießen.

Erfahrungen aus der SIS haben gezeigt, dass viele Einrichtungen auf ältere Mitarbeiter zurückgegriffen haben, weil diese ein ruhigeres Vorgehen haben und in der Einrichtung gehalten werden müssen aber nicht mehr im Schichtbetrieb arbeiten können. Die könnten die Talente bei der Implementierung sein, weil sie Erfahrungen besitzen, gesettlet sind, in der Persönlichkeitsstruktur gefestigt sind und in aufregenden Situationen belastbar durch die Erfahrungen sind. Das bietet Jüngeren wichtigen Halt. Sie dürfen aber nicht in Konkurrenz zum QM laufen. Beide müssen sich einig sein, sonst funktioniert die Implementierung nicht.

Erfolgsversprechend sind dabei die älteren und erfahrenen Pflegefachkräfte. Die älteren haben noch die Assoziation wie früher gepflegt wurde. Die Neuen haben das gar nicht kennengelernt. Das ist sehr schwierig das aus den vielen Köpfen zu kriegen.

Es braucht eine Organisationsberatung, Dafür braucht es davor schon ein Konzept. Zunächst braucht es eine Checkliste, wie die Einrichtungen sich vorbereiten müssen, damit ein Start gelingen kann. Das muss vorgegeben sein, damit das nicht jede Einrichtung selbst entwickeln muss. Die Prinzipien der Implementierung müssen vom wissenschaftlichen Team vorher festgelegt werden, damit die Einführung koordiniert erfolgt und keine Ressourcen verschwendet werden.

Problem bei der flächendeckenden Einführung sind die mittleren und kleinen Einrichtungen. Die großen Einrichtungen haben ihre Stabstellen. Die Prozesse werden da zentral eingeführt und kommt man von außen auch gar nicht heran. Im Strukturmodell hat die Umsetzung nicht immer gut geklappt. Es muss gesetzlich und vertraglich geregelt werden, welchen Voraussetzungen und Strukturen für den Einsatz von mehr Personal in den Einrichtungen gegeben sein müssen.

Auch in den großen Einrichtungen hängt der Erfolg der Implementierung von den richtigen Personen ab. Hier ist aber auch das Problem, dass in den Ländern Heimaufsicht, MDK oder andere Institutionen als Störfaktoren wirken und mit anderen Auffassungen die Prozesse aufhalten. Heimaufsicht, MDK etc. müssen konzeptionell daher mit einbezogen werden, weil sie ganz andere parallele Prozesse fahren.

Wir brauchen eine hundertprozentige Pilotierung in der beschrieben wird, wie eine Implementierung erfolgen kann und wenn es nicht klappt, woran es liegt. Für die Implementierung gute Ergebnisse, damit eine flächendeckende Umsetzung Erfolg haben kann.

Qualitätsmessung:

Qualitätsmessungen sind viel zu komplex für die Implementierung. Erst in der Verstetigungsphase sind Qualitätserfolge messbar und das Projekt darf nicht überfrachtet werden. Parallel sollten die Qualitätsindikatoren weiter erhoben werden.

Die interviewte Person empfiehlt sich in der Implementierung auf die gesetzlich beschlossene Implementierung zu konzentrieren und erst später oder nur flankierend die Qualität zu untersuchen. Qualitätseffekte sind frühestens nach zwei Jahren nach der Implementierung messbar.

Die QIs sind gut, aber bei der aktuellen Gruppe der Hochaltrigen sind andere Indikatoren relevant. Hier wird nicht der direkte Gesundheitszustand reflektiert, sondern Faktoren wie, ob mir die Pflegekraft sympathisch ist, ob ich verstanden werde, ob Respekt vor meinem Leben besteht und ob biografische Aspekte berücksichtigt werden. Das sind die entscheidenden Trigger für die Pflegebedürftigen.

Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit und Entlastung der Pflegenden:

Fragen der Arbeitszufriedenheit und der Entlastung der Pflegenden sind relevant, können aber nicht im ersten Jahr gemessen werden. Eine Messung kann erst nach erfolgreicher Implementierung erfolgen. Ggf. nach drei Jahren. Es müssen die verzögerten Effekte beobachtet werden. Diese sind aber ganz wichtig.

Bezüglich der Arbeitszufriedenheit fragen sich die Pflegenden, ob sie so pflegen, wie sie es einmal gelernt haben und wie sie es sich vorstellen. Eine weitere Frage ist, ob die individuellen

Bedürfnisse des Pflegebedürftigen am Lebensende berücksichtigt werden können. Von Relevanz ist ebenfalls die Frage der fehlenden Wertschätzung der beruflichen Profession.

Wichtig ist, ob die Pflegenden den personenzentrierten Ansatz mit der neuen Personalbemessung umsetzen können, d.h., ob sich die Pflegenden auf Verständigungs- und Aushandlungsprozesse einlassen können. Unterschiedliche Vorstellungen der Pflegenden und der Pflegebedürftigen müssen akzeptiert werden. Diese Fragen können sich die Pflegenden aber erst stellen, wenn sie dazu Freiräume haben, sich diese Fragen überhaupt zu stellen. Die Pflegenden erhalten hier aber einen hohen Benefit, in dem sie ein Feedback von den Pflegebedürftigen erhalten.

Pflegevisite hat sich durch den engen Austausch zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen sehr bewährt. Es müsste gefragt werden, ob sich der Dialog zwischen den Pflegenden und Pflegebedürftigen verändert hat. Da kann sich viel tun und das hat Potenzial zur Zufriedenheit.

Ganz wichtig ist der Zeitfaktor. Es müsste erhoben werden, ob die Pflegenden Zeit haben beispielsweise bei Sterbenden die Hand zu halten oder sich mal dazuzusetzen oder mit Angehörigen zu sprechen. Es entstehen Stressfaktoren durch Angehörige. Das sind die eigentlichen Belastungssituationen.

Die Effizienz der Pflegedokumentation darf nicht unterschätzt werden. Das Ziel ist natürlich eine EDV-gestützte Pflegedokumentation, aber die Frage ist, ob die auch entlastet und nicht belastet. Im Moment stellt die technische Umsetzung einen Stressfaktor und ein großes Konfliktfeld dar. Oft stimmen die Vorstellungen des mittleren und höheren Managements nicht mit den Anforderungen aus der Praxis überein. Das ist ein riesiges Problem.

Wenn die Dokumentation effizient ist, kann Digitalisierung sehr gut sein, wenn die Dokumentation konzeptionell gut hinterlegt ist. Die Anforderungen an die Dokumentation muss aus der Pflege formuliert werden und nicht von den Entwicklern gesteuert werden. Die Schnittstellen müssen stimmen, Risikoerkennungen und Alarmsysteme können gut sein, müssen aber inhaltlich und fachlich von der Pflegepraxis definiert werden. Hersteller müssen dann die technische Lösungen bieten und dann muss auch die Umsetzung der Technik genau angesehen werden. Nicht die Geschäftsführer sollten die Software aussuchen, sondern QM und Pflege.

Ineffizienzen in der indirekten Pflege:

1. Es ist nachteilig, dass in der Studie und in der Konzeption von Wingenfeld und Büscher unter indirekter Pflege sehr unterschiedliche Definitionen verwendet werden. Bei der Implementierung sorgt das für Irritationen. Vor Beginn sollten deshalb die Begrifflichkeiten abgestimmt werden oder alternativ von Wingenfeld und Büscher übernommen werden.
2. Es braucht Organisationberatung. Es muss dabei die Fachlichkeit pro WB und Bereich der Pflegeeinrichtung untersucht werden und meist ist das Problem in den höheren Ebenen in der Organisation von Prozessen und in der Digitalisierung (siehe oben).

Es muss eine klassische Organisationentwicklung erfolgen, in der die Steuerungsprozesse untersucht werden. Oft fallen dann erst die Defizite auf. Auch hier geben Wingenfeld und Büscher sehr gute Hinweise wo die Schwachstellen sind und wie damit umgegangen werden kann.

ID 114

Organisationsentwicklung:

Worin sehen Sie im Bereich der Organisationsentwicklung bei einer solchen Einführung die größten Herausforderungen für Einrichtungen?

Mit dem neuen PBI kann es passieren, dass in einigen Einrichtungen ein Überschuss an Kapazitäten bei den Fachkräften ermittelt wird, welche theoretisch abzubauen wäre. Dies widerspricht den aktuellen Wahrnehmungen in den Einrichtungen und den Befunden aus der Forschung. Wir haben im Moment in den Einrichtungen ein Mangel an Fachkompetenz – es gibt einen hohen Bedarf an Zuwachs an Fachkompetenz.

Bei einem hohen Zuwachs an Hilfskräften, ohne gleichzeitige Erhöhung der Fachkraftkapazität, führt das auf der Ebene von Steuerungen des Pflegeprozesses zu erheblichen Problemen – das ist absehbar. Im Punkt Organisationsentwicklung werden einige Einrichtungen gewinnen, das sind die, die bisher mit Fachkräften schlecht ausgestattet sind. Andere Einrichtungen werden aber trotz gesteigener Anforderungen sowohl beim Personalmanagement als auch im fachlichen Bereich begrenzt werden und das ist ein Problem. Mit diesen Entwicklungen wird sich die Qualität in den Einrichtungen senken.

Ist ein anderer Personalmix mit dem gleichen Konzept in den Einrichtungen möglich? Oder braucht es ein anderes Konzept?

Generell sind andere Personaleinsatzkonzepte erforderlich – die gibt es auch schon. Es gibt gestiegene fachliche Anforderungen und mehr Anforderungen im Bereich der Personalführung bei den Hilfskräften, bei gleichzeitiger Begrenzung des Fachkräftebereichs.

- Konzept: die zuständige Fachkraft – Referenzmodelle
- Konzept: Ausbau der Bezugspflege – Pflegeprozessmanager
- Konzept: Pflegeprozesskoordinatoren

Immer das gleiche Thema: Wie definiere ich die Steuerungsverantwortung der Fachkräfte neu, so dass ich einen Kreis an Fachkräfte habe, mit besonderer Verantwortung für die Steuerung.

Wie man was umsetzt, bei einem veränderten Personalmix, hängt sehr stark davon ab, welche Personen, mit welchen Kompetenzen in den Einrichtungen sind: Fachkraft ist nicht gleich Fachkraft, daher sind die Projektergebnisse auch etwas kritisch. Nicht alle Fachkräfte können den Pflegeprozess so steuern, wie sie ihn steuern können sollten. Es gibt ein ganz großes Gefälle in diesem Bereich. Wir haben in Wirklichkeit nicht 50% Fachkräfte, die den Pflegeprozess steuern können.

Die Voraussetzungen in den Einrichtungen sind sehr unterschiedlich. Einrichtungen, in denen es heute schon sehr gut läuft, werden es bei der Umsetzung einer neuen Personalstruktur leichter haben als die Einrichtungen, wo die Pflegeprozesssteuerung stark zentralisiert ist – da sind andere Prozesse erforderlich.

Welche Auswirkungen erwarten Sie durch eine Personalmengensteigerung auf die Arbeitsprozesse/-organisation in der Pflege?

Die interviewte Person erwartet erstmal mehr Probleme für die Arbeitsorganisation in der Pflege als Problemlösungen, wenn so einseitig der Hilfskräfteanteil gesteigert wird und nicht der Fachkräfteanteil und der vielleicht sogar zurück geht. Die Umsetzungsvoraussetzungen werden

möglicherweise darin bestehen, zusätzliche Probleme im Alltag zu vermeiden, ich bin sehr skeptisch, was den fehlenden Zuwachs an Fachkraftqualifikationen angeht.

Es gibt zwei Gruppen von Fachkräften. Die einen, die gemäß ihrer Qualifikation den Pflegeprozess steuern können und den anderen Teil, der aus der Sicht des Interviewten nicht so gering ist, die damit überfordert sind. Zu der Pflegeprozesssteuerung gehört auch die Einbindung und Anleitung der Qualifikationen unter den Fachkräften und diese fachlich zu supervidieren. Ob das mit dem neuen Personalmix erreicht werden kann, sieht Interviewter skeptisch.

Welche Herausforderung für die Einrichtung entstehen, hängt von der Struktur in der Einrichtung ab. Die Befürchtung besteht, dass Einrichtungen, die heute einen hohen Fachkraftanteil haben unter Legitimationsdruck geraten, wenn sie ihren Fachkräfteanteil halten wollen.

Wie und von wem muss das Mehrpersonal eingesetzt und koordiniert werden, damit eine proportionale Verbesserung der Versorgungsqualität erreicht werden kann?

Wir wissen, dass die Versorgungsqualität in keinem linearen Zusammenhang mit der Personalausstattung steht. Die Vorstellung, dass mehr Personal zu einer besseren Versorgungsqualität führt ist daher vereinfacht. Daran sind noch viele andere Voraussetzungen geknüpft. Eine der wichtigsten Voraussetzungen ist, dass der Pflegeprozess kompetent gesteuert werden kann. Das Potenzial ist heute nicht in den Einrichtungen vorhanden. Wenn das nicht verändert wird, besteht die Gefahr, dass die Effekte der Personalzuwächse verpuffen, bzw. nicht genutzt werden. Interviewter sieht darin in den Ergebnissen des Projektes ein großes Problem.

Für die Koordinierung der Fachkräfte wird der Einsatz von akademischen Fachkräften oder ANPs als eine sinnvolle Möglichkeit angesehen, aber da wird es sich um wenige Fachkräfte mit entsprechendem Hintergrund handeln. Die Kompetenz der akademischen Fachkräfte darf auch nicht überschätzt werden. Hier gibt es ebenfalls große Unterschiede, was die fachliche Kompetenz angeht. Die akademische Herkunft ist kein Garant im Alltag besser zu pflegen als die anderen. Eine Herausforderung ist, dass die koordinierende Person etwas aus dem Team herausgehoben ist, was selten gewollt ist und es ist schwierig dafür Personen zu finden.

Welche Teile der Einrichtungsstrukturen müssen – unter Berücksichtigung des Pflegeverständnisses auf Grundlage des geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der aktuellen Entwicklung im Bereich von Qualität und Dokumentation – auf Einrichtungsebene oder auf Wohnbereichsebene modifiziert werden?

Die Voraussetzungen in den Einrichtungen sind sehr unterschiedlich. In Bezug zu dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wird bei der Frage kein Zusammenhang mit dem neuen Personalmix gesehen. Die Angebote an die Einrichtungen dürfen nicht inhaltlich überladen sein. Es muss immer wieder betont werden, dass es sich beim neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht um neue fachliche Anforderungen handelt. Für die Einrichtungen bietet er intern die Chance wichtige Versorgungsthemen, wie zum Beispiel die Versorgung gerontopsychiatrischer Bewohner in den Blick zu nehmen.

Ist aus ihrer Sicht die Effizienz bei „indirekten Leistungen“ veränderbar, wenn ja, wie und in welchem Umfang?

Ja, die Effizienz ist veränderbar. Fachkräfte übernehmen vielfach Aufgaben, die dem Tätigkeitsprofil von Hilfskräften zugeordnet werden kann. Da muss man schauen, wie das Gesamtportfolio angelegt ist und wie die Organisationsstrukturen sind, weil indirekte Leistungen

manchmal mit anderen Tätigkeiten verknüpft sind, zum Beispiel Reinigungsarbeiten und wenn man da eine strikte Arbeitsteilung einführen würde, würde das nicht zur Entlastung führen. Es ist wichtig in den Einrichtungen kritisch zu reflektieren, welche Aufgaben Fachkräfte übernehmen, die auch problemlos von Hilfskräften übernommen werden können, wie zum Beispiel das Reinigen des Essenswagens.

Welche Methoden zur Reflexion und Beratung im Team sind bei einer Begleitung der Einführung zu berücksichtigen?

Personal- und Organisationsentwicklung sind in der Pflege nicht trennbar. Man kann keine Personalentwicklung unabhängig von einem Organisationskonzept in den Einrichtungen betreiben.

Die interviewte Person äußert sich skeptisch, dass in dem Zeitrahmen des Modellprojekt Prozesse zur Personalentwicklung in den Einrichtungen implementiert werden kann. Grundsätzlich ist es im Rahmen einer Pilotierung nicht möglich neue Prozesse zu implementieren. In den Einrichtungen die Prozesse unterstützen und Impulse zu setzen wird für Illusion gehalten. Den Einrichtungen sollten die Themen, Probleme und mögliche Problemlösungen aufgezeigt werden, die sie wählen können. Das ist für die Einrichtungen hilfreich. Die Ressourcen sollten darauf verwendet werden den Einrichtungen zu verdeutlichen, was ein Organisationskonzept bedeutet. Man kann Anstöße im Sinne von Informationen geben, aber begleiten kann man diese Prozesse nicht in dem zeitlichen Rahmen.

Es muss hervorgehoben werden, dass es nicht nur darum geht quantitativ das Personal in den Einrichtungen zu erhöhen, sondern die Versorgungsprozesse in den Einrichtungen zu verändern. Das ist ein weitreichender Anspruch. Dafür braucht es mehr Zeit und man muss näher an den Einrichtungen sein, um das wirklich kommunizieren zu können.

Nicht körperbezogene Maßnahmen müssen strukturiert werden, indem sie in die Pflegeprozessesteuerung einbezogen werden, damit die Hilfskräfte vernünftig eingesetzt werden können. Die interviewte Person ist skeptisch demgegenüber, weil die Fachkräfte im Moment der entscheidende Hebel sein müssen, wenn es um Qualität und sinnvolle Einsatzmöglichkeiten für den Zuwachs an Hilfskraftkapazität zu finden.

Wie können die Pflegefachkräfte einerseits, die Pflegehilfskräfte andererseits auf ihre zukünftigen Tätigkeitsfelder vorbereitet/qualifiziert werden?

Sehr viel ist dabei über innerbetriebliche Prozesse abzubilden. Das Heranführen der Mitarbeiter an ihre Rollen muss in den Einrichtungen geschehen und dafür müssen im Betrieb auch zeitliche Freiräume geschaffen werden. Das ist der entscheidende Hebel. Wer in der Einrichtung das Coaching übernimmt, sollte jemand sein, der schon länger in der Einrichtung ist und Berufserfahrung, weil Mitarbeiter, die neu in die Einrichtung kommen mit solchen Prozessen oft auf die Nase fallen. Es ist wichtig in den Einrichtungen zu schauen, wer da ist, der in der Lage ist solche Prozesse auf den Weg zu bringen. Die zentrale Steuerung über den Träger berücksichtigt nicht die Strukturen in den Einrichtungen.

Welche „anderen Fachkräfte“ werden perspektivisch für einen kompetenzorientierten Personaleinsatz erforderlich werden?

Zwei Bereiche müssen im Blick behalten werden: 1. Versorgungsqualität und Prozesssteuerung, 2. Fachlich anspruchsvolle Aufgaben mit teilweise sehr spezialisierten Anforderungen, z.B. Palliativversorgung, Wundversorgung, Behandlungspflege. Die Rolle der Fachkraft muss neu

definiert werden und das darf nicht in einer so hochgradigen Arbeitsteilung münden, wie wir es jetzt in den Einrichtungen vorfinden.

Wie können Sie sich zukünftig die Rolle der heutigen „zusätzlichen Betreuungskräfte“ vorstellen?

Das zusätzliche Betreuungspersonal ist schon integriert. Die Einführung der zusätzlichen Betreuungskräfte hatte fachliche Nachteile, weil es in der Fachdiskussion und in den Einrichtungen dazu geführt, dass die Trennung zwischen psychosozialer Unterstützung und körperbezogenen Maßnahmen viel stärker ausgeprägt worden ist und das wieder einzufangen ist schwierig.

Eine Nachqualifizierung von Betreuungskräften oder unteren Qualifikationsniveaus muss unbedingt begleitet werden von einem Ausbau der Kompetenzen auf den höheren Qualifikationsstufen. Es ist erforderlich das Kompetenzniveau bei den Fachkräften anzuheben. Die Nachqualifizierung der Betreuungskräfte ist kein zentrales Thema. Wir haben keinen Bedarf an weitergebildeten Hilfskräften, sondern an weitergebildeten Fachkräften. Der hohe Bedarf an QN 3 ist aus Sicht des Interviewten ein Resultat aus den Setzungen, die am Anfang der Studie bei der Bewertung der Aufgaben vorgenommen wurden. Aus fachlicher Perspektive hält die interviewte Person das Ergebnis für sehr problematisch. Es geht darum die Fachkräfte zu qualifizieren, um mehr Kompetenz in die Einrichtungen zu bekommen. Bei den Betreuungskräften stößt man eine Grenze des Machbaren, wenn es um Weiterqualifizierung geht. Die Einjährigen sollten stärker in den Fokus genommen werden.

Gesellschaftliche Rahmenbedingungen:

Wie beurteilen Sie im Hinblick auf eine Umsetzung des Personalbemessungsinstrumentes die aktuelle und die sich demographisch verändernde Situation auf dem Arbeitsmarkt, die immer mehr Pflegebedürftigen immer weniger Personen im erwerbsfähigen Alter gegenüberstellt?

In dem Zusammenhang muss nach neuen Personaleinsatzkonzepten und Organisationskonzepten gefragt werden und den Einrichtungen bleibt nichts Anderes übrig, als die Rolle der Fachkraft neu zu definieren und das mit einer Förderung der Qualifikation zu verbinden.

Welche weiteren Einflussfaktoren erkennen Sie im Bereich der Gesetzgebung auf Bundes- oder Landesebene hinsichtlich bedarfsnotwendiger Mehreinsätze von Pflegepersonal?

Bei der Einführung des Mehrpersonal müssen die landesspezifischen Regelungen zur Fachkraftquote angepasst werden.

Es ist vorstellbar, dass aus Sorge vor dem Ausbau der unteren Qualifikationen an der 50% Regelung festgehalten wird. Es muss damit gerechnet werden, dass die es unentenderte Folgen gibt, dass bestimmte Einrichtungen sich vor den Kostenträgern mit dem Fachkraftanteil nicht mehr rechtfertigen können. Es ist zu wenig transparent nach welchen Bedarfsgrößen vorgegangen wurde. In der Öffentlichkeit sollte stärker auf die Grenzen des Personalbemessungsinstrumentes hingewiesen werden. Zum Beispiel bei Spezialeinrichtungen. In der Logik der Argumentation ist es jedoch schwer zu transportieren, dass zum einen ein System entwickelt wurde, mit dem eine bedarfsgerechte Versorgung abgebildet wird, welches empirisch verifiziert ist, aber das System nicht allgemeingültig ist.

Wichtig ist zum einen, dass man nicht zu pauschal Einfallstore für Streichungen auf der Fachkräfteebene eröffnet und dass man in der Argumentation dafür sorgt, dass keine

Dequalifizierung dabei rauskommt. Es braucht Kompetenzzuwachs und keine Senkung der Kompetenz.

Flächendeckende Einführung des Personalbemessungsinstruments:

Welche Konzepte können dem gegenübergestellt werden und welche Erfahrungen beispielsweise aus dem Entbürokratisierungsprozess können hierfür nutzbar gemacht werden?

So eine „Ausrollaktion“, wie es sie beim Entbürokratisierungsprozess gegeben hat, wird nicht geeignet sein, um die Einrichtungen beim Personalbemessungsinstrument zu unterstützen. Die Prozesse der Entbürokratisierung sind nicht auf die Personalbemessung zu übertragen. Ein zentrales Projekt, das über 10 Jahre läuft und in dem die Einrichtungen bei ihrer Personalentwicklung unterstützt werden, ist nicht sinnvoll für das Personalbemessungsinstrument.

Wie schätzen Sie die Praktikabilität einer stufenweisen Einführung des Personalbemessungsinstrumentes ein? Welche zeitlichen Schritte beim Personalaufwuchs halten Sie für realistisch umsetzbar und unter welchen Rahmenbedingungen?

Zentrale Strategien, zum Beispiel auf Landesebene, werden wahrscheinlich von den Einrichtungen nicht akzeptiert werden. Gerade im Bereich der Organisation von Beratungsprozessen ist die Möglichkeit in die Versorgungsstrukturen der Einrichtung durch Beratung oder Begleitung einzuwirken und Rollen der Mitarbeiter zu definieren sehr begrenzt. Unternehmensberatung wird von vielen Einrichtungen genutzt, aber nicht für den Bereich der Bewohnerversorgung.

Wichtiger sind Fragestellungen wo die Ansatzpunkte sind, um Personal- und Organisationsstrukturen weiterzuentwickeln, ein Personalbemessungsinstrument stufenweise zu implementieren bis hin zu Fragen was das im Rahmen der Pflegesatzverhandlung bedeutet.

Arbeitszufriedenheit, Mitarbeitermotivation und Entlastungswirkung:

Welche Wirkungen würden Sie auf die objektive und die subjektiv wahrgenommene Arbeitsbelastung des Pflegepersonals erwarten?

Das Gefühl nicht mehr unter Personalmangel (am Abgrund) zu arbeiten würde schon die Arbeitszufriedenheit steigern. Ansonsten hängt es viel davon ab, wie die Organisationsformen in der Einrichtung angepasst werden.

Die Rolle der Fachkräfte wird nicht immer von den Mitarbeitern begrüßt. Herausgehobene Rollen, wollen nicht von allen Fachkräften übernommen werden.

Digitalisierung/Technikeinsatz:

Wie und inwiefern ist die Leistungserbringung im Bereich der indirekten Pflege durch Maßnahmen der Digitalisierung veränderbar?

Vorläufig können keine Effekte erwartet werden. In dem Bereich der Dokumentation ist eine Digitalisierung hilfreich. Insbesondere im Übergangsprozess ist die Digitalisierung erstmal keine Erleichterung, sondern wirft Fragen auf. Digitalisierungsprozesse münden oft in einer Veränderung in Zuständigkeiten, die auf eine Zentralisierung von Steuerungsverantwortung in der Einrichtung hinauslaufen und zu einer Dequalifizierung des Tätigkeitsbereichs von Fachkräften, was die interviewte Person als eine schwierige Tendenz sieht. Oft gibt es noch Berührungängste mit neuer Technik. In der Dokumentation ist es erforderlich zu digitalisieren, jedoch werden dabei

eher mittel- bis langfristige Effekte erwartet. Nach der Einführung neuer Systeme steigt der Arbeitsaufwand erstmal für eine längere Zeit und dann empfinden die Mitarbeiter erst eine Arbeitersparnis.

Welche Potenziale ergeben sich aus Maßnahmen der Digitalisierung für die Versorgung der Pflegebedürftigen und die Fachkräftesituation?

Aus der Digitalisierung ergeben sich keine Effekte für die Versorgung von Pflegebedürftigen. Überwachungs- und Meldesysteme helfen in der aktuellen Situation, jedoch kann keine Verbesserung der Fachkräftesituation dadurch erwartet werden. Im Gegenteil erhöht der vermehrte Technikeinsatz die Anforderungen an die Fachkräfte, die entscheiden müssen wie die Technik eingesetzt werden kann und wie sie in den Alltag integriert werden kann. Zusätzlich braucht es IT-Experten. Einige Techniken, wie Meldesysteme für die Versorgung demenziell Erkrankter sind interessant, aber die Integration würde nicht zu Ersparnissen führen, vor allem nicht zu Personalersparnissen. Digitalisierung erfordert immer noch den Einsatz von Entscheidung, welche nur begrenzt durch Hilfskräfte erfolgen kann. Die Frage ist, wie zusätzliche Belastungen für die Einrichtungen, die durch Digitalisierung entstehen verhindert werden kann.

Für eine Software wäre es erforderlich, dass sie aus fachlicher Sicht intelligent ist. Dass zum Beispiel die Dokumentation nicht als rein bürokratischer Akt definiert wird. Bei zu starker Vereinfachung und Automatisierung durch Einsatz von Technik besteht die Gefahr, dass sich die Fachkräfte fachlich nicht mehr mit den Themen auseinandersetzen. Das ist generell eine Gefahr der Digitalisierung, dass sich durch eine übermäßige Standardisierung vom Bewohner entfernt wird.

Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung:

Welche Potenziale ergeben sich aus Maßnahmen des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung für die Versorgung der Pflegebedürftigen und die Fachkräftesituation?

Das reale Verhalten der Mitarbeiter unterscheidet sich von den Anforderungen des Gesundheitsschutzes, wenn zum Beispiel technische Lösungen in der Praxis keine Erleichterung darstellen.

Wichtige Themen sind die Schichtkonzepte und die Nachtdienste. Dienstkonzepte können durch den Mehreinsatz von Hilfskräften flexibilisiert werden. Durch den Einsatz von Zwischendiensten können zum Beispiel Angebote für Bewohner attraktiver gestaltet werden, zum Beispiel Angebote in den späteren Abendstunden.

Im Rahmen der modellhaften Einführung eines Personalmessungsinstrumentes soll die Versorgungsqualität im Zusammenhang mit Personaleinsatz gemessen werden. Welche Qualitätsmessinstrumente können dafür genutzt werden? Jenseits der aktuell zur Verfügung stehenden Qualitätsmessinstrumente, welche weiteren Instrumente können genutzt werden?

Die Qualitätsindikatoren stehen zur Messung der Versorgungsqualität zur Verfügung. Im Bereich der Prozessqualität wäre zu prüfen, was man sich dabei vorstellen kann. Da bieten sich die Auditinstrumente des DNQP an. Der Bereich der psychosozialen Unterstützung ist sehr schwer fassbar, da würde eher theoretisch eine Zeitmessung sinnvoll sein, was aber wahrscheinlich nicht praktikabel und durch den hohen Aufwand nicht realistisch ist. Die interviewte Person empfiehlt die Verwendung harter Kriterien. Die Mitarbeiterzufriedenheit ist wichtig und wichtig wäre abzubilden, wie sich Organisationsstrukturen tatsächlich ändern, wie verändern sich die Rolle der pflegeprozesssteuernden Fachkräfte? Welche Regelungen gibt es dazu in den Einrichtungen?

Dazu können keine bestimmten Instrumente eingesetzt werden, aber die Fragestellung ist wichtig.

Welche Qualifikationsanforderungen sehen Sie für das Management/die Pflegekräfte etc. der Einrichtungen in Bezug auf die flächendeckende Umsetzung als erforderlich an?

Sie müssen das können, was man von einer Leitung fachlich und administrativ erwarten kann. Eine PDL muss in der Lage sein, Qualitätsentwicklungsprozesse in der Pflege, die mit personellen Veränderungen einhergehen, zu beurteilen und zu beobachten und abzubilden.

Die Anforderungen an das Management ergeben sich aus der Veränderungsprozessen. Die Leitung muss sich mit den Prozessen auseinandergesetzt haben. Die Qualifikationen werden nicht unbedingt in der Ausbildung oder Weiterbildung erworben. Mit der Neudefinition von Aufgabenzuschnitten haben sich Einrichtungsleitungen bisher wenig auseinandergesetzt. Allgemein müssen kommunikative und analytische Kompetenzen und bei den PDLs fachliche Kompetenzen vorausgesetzt werden. In der Praxis sind diese Anforderungen an das Personal nicht immer vorhanden.

Ab 07:06

I: Unter strategischen Gesichtspunkten oder auch von meinem Interesse her sind zwei Sachen. Einmal hätte ich gerne persönlich eine Einschätzung von Ihnen - ich meine das ist natürlich jetzt eine nackte Zahl die da steht, ist klar - 36% und davon wesentlich mehr Hilfskräfte und quasi kaum mehr Fachkräfte - wie Sie das mal einfach von den nackten Zahlenwerten beurteilen ob das Sinn gibt an sich.

Das kann Sinn geben unter der Bedingung, dass es ein gesamtes [Reglement? 7:55] der Aufgabenbeschreibung im Pflegebereich gibt. Und sonst macht das alles überhaupt keinen Sinn.

I: Ok. Aber ansonsten macht es wahrscheinlich keinen Sinn überhaupt eine Zahl festzuschreiben.

Ganz genau. Und diese Zahl - und das finde ich eine ganz wichtige politische Botschaft - wenn diese Zahl in die Welt gesetzt wird, ist das eine Zahl, die diese zwingend verbunden ist mit einer Neuorientierung und einem Rearrangement der Aufgaben und der Handlungsspielräume von Pflegenden.

Sie haben diese Qualifikationsniveaus QN1, 2, 3 und was weiß ich. Und wenn Sie nach einem Konzept gefragt werden, würde ich sagen, das Ganze funktioniert, wenn die Pflegekräfte, die ja geringer werden als Fachkräfteanteil, besser qualifiziert sind, vor allen Dingen besser, nicht nur im medizinischen Bereich, sondern auch im organisationsbezogenen dispositiven Bereich. Die müssen Innovationsfähigkeiten haben, die müssen Schnittstellenmanagement können, die müssen Mitarbeiterführung können. Solche Sachen.

Also das heißt, wenn Sie, wenn man da differenziert im Hinblick auf die wenigen Fachkräfte, die einerseits solche Sachen erheblich besser und viel weniger regelorientiert, sondern situationsangemessener können und denjenigen die sozusagen klinische Pflegeexperten sind, dann kommen Sie mit den Hilfskräften klar. Dann braucht man aber – und deswegen glaube ich, dass das nicht funktioniert – eine ideologische Reorientierung dessen was Pflege, was das Proprium der Pflege eigentlich sein soll. Oder der jeweils ausgebildeten Pflegeberufe. Das würde abbilden, das neue Paradigma würde das abbilden, was meiner Ansicht nach im Augenblick Praxis ist, was aber alle negieren, weil sie sich an die Befehlallokation ja gewöhnt haben.

I: Ok.

So, und wenn sozusagen die hochqualifizierten Leute dann die Aufgaben einer alten Stationschwester übernehmen, koordinieren und kontrollieren – das ist mir ein Punkt, der fehlt mir ein bisschen. Kontrollieren und sozusagen Richtlinien der Politik im Hinblick auf die Pflegeinhalte festlegen und die anderen eher ausführen. Dann könnte ich mir das sofort vorstellen. Vor allem auf QN 3, zweijährig ausgebildet - wunderbar!

I: Voll gut. Wir sind da total nah beieinander von der Perspektive. Das finde ich super. Wie sehen Sie denn das, kriegt man den Pflegefachkräften beigebracht [Einwurf: Oh Gott!], dass es auch um andere Aufgaben geht als außer möglichst viel am Bett zu stehen?

Ja, das machen sie eigentlich ja auch gerne, die wollen nicht ans Bett. Aber sie müssen das jetzt sozusagen als Kompetenzbereich explizit aufoktroiert und überprüft kriegen von den Trägern. Ich glaube im Augenblick steht und fällt auch unheimlich viel mit den Trägern. Weil sie haben ja dann

so einen Altenhilfeträger - ich habe gestern noch so ein Referat bei der Diakonie gemacht, da habe ich gedacht da wird nie was draus.

Weil die alle wissen was Pflegekräfte zu müssen und das muss ja genau ideologisch jetzt sozusagen umorientiert werden. Und da ist, glaube ich, eine Trägerpolitik ganz wichtig. Meiner Ansicht nach sind dazu auch gesetzliche Änderungen erforderlich, voran das Krankenpflegegesetz. Das hört man ungern, aber ich glaube, dass das erforderlich ist. Finanzielle Anreize finde ich für sowas gut. Was ich ganz schlecht finde ist alles formal verfahrenstechnische, keine Ergebnisindikatoren! Bitte nicht – weil es geht hier um Prozesse. Es geht um Prozesse und nicht um Ergebnisse.

I: Ja ok. Das heißt, wofür plädieren Sie im Bezug auf die Prozess[äh], vielleicht auch die Abbildung, Indikator...

Ich kann mir angucken, ob die Schnittstellen besser gemanaget werden. Ob es noch so viele Kommunikationsprobleme gibt. Ob die - das kann ich jetzt nicht aus dem Ärmel schütteln...

I: Nee, nee. Nur das ich einen Eindruck davon habe. Also sozusagen das Ergebnis ist. Was ist die Kritik an der Ergebnismessung?

Die fokussieren auf die Ergebnisse und die Prozesse sind scheißegal wie man dorthin kommt. Ich denke aber in der Pflege sind - gerade in der Altenpflege - sind die Prozesse das Lebensqualitätentscheidende, nicht die Ergebnisse.

I: Ja, das glaube ich allerdings auch. Und sehen Sie die Ergebnisse, also das ist jetzt eher eine persönliche Frage jetzt noch. Sehen Sie die Ergebnisse überhaupt als so stark beeinflussbar bei so einem progredienten Prozess, den man üblicherweise verwaltet, dass man das überhaupt gut messen kann, hinten als Ergebnisse?

Nee, da werden sogar Parameter, die man nicht mal messen kann gemessen. Nix, aber nicht das Wichtige. Also man kann sich überlegen ob man so ein paar harte Sache vielleicht wie der Mangelernährung, oder solche Dinge, das man die da reinnimmt als Ergebnisindikator das ist denkbar. Aber ansonsten sind doch die Schnittstellen wichtig, wie ist die Beziehungstiftung, d. h. wie verbringen die ihren Tag da eigentlich, die Leute? Solche Dinge sind doch wichtig.

I: Genau, was aber letztendlich auf tatsächlich die Lebensqualität und empfundene Lebensqualität der Person, der Bewohner, der Pflegebedürftigen abzielt und wo wir wissen, dass wir auch natürlich Messprobleme haben, wenn wir das irgendwie erheben wollen würden. Aber dass das zentral steht, weit weg von diesem eher medizinisch fokussierten ist. Ja, ja, ok, sind wir uns voll einig.

Und da bin ich auch der Ansicht ihm Hinblick auf die Personalgewinnung, das war nochmal so eine Sache aus der gestrigen Tagung - dass die ältere Pflegekräfte häufig als Ressource unterschätzt werden. Die gelten ja gemeinhin als Blockierer „da kümmern wir uns nicht mehr drum“. Wenn man sich die aber jetzt mal genauer anguckt blockieren die ja weniger als das sie sozusagen die progredienten Bedenkenträger von Innovationen sind. Und zwar von Innovationen, die zu Teil ja sinnlos sind. Also die hatten gestern ja wunderbare - also das war eine sehr informelle Sache - wunderbare Ergebnisse, die mit unseren Sachen sehr stark übereinstimmen. Da sagen die nämlich, nee, ich bin gar nicht gegen Digitalisierung. Ich will das wohl lernen. Aber man muss mir sagen, warum soll das denn besser sein. Und man muss mir sagen, was mache ich denn mit der gewonnenen Zeit. Nicht einfach sagen, ich spare Zeit und die dann für andere Verwaltungsprozesse wieder nutzen. Nee, man muss mir sagen, wie kann ich die diese Zeit denn jetzt wirklich mit welchem Konzept an den Bewohner bringen. Welche Freiräume krieg ich dafür? Und deswegen blockieren die ganz viel und sagen, geht mir am Arsch lang.

I: Also das kann ich auch voll gut verstehen. Vor allem die Perspektive, die die äußern ist halt sehr, sehr gut und richtig auch im Bezug auf den Prozess, den wir jetzt womöglich auch vor uns haben. Zeiten freiräumen ist das Eine, Zeiten dann sinnvoll nutzen zu können, Freiräume zu schaffen, um das zu machen was dann wirklich für den Pflegebedürftigen die Qualität ausmacht, wie wir gerade gesagt haben, nämlich die Lebensqualität beeinflussen. Da etwas Sinnvolles im Konzept und auch in der Handlungsfähigkeit der Pflegebedürftigen zu installieren. Denen jetzt zu sagen, ihr habt jetzt auch die Zeit und ihr könnt das jetzt auch langsam und ruhig machen, so wie der Pflegebedürftige das braucht - ich glaube das ist ganz zentral, damit da irgendwas Sinnvolles bei rumkommt. Weil sonst braucht es auch kein Mehrpersonal, wenn da nachher nix bei rumkommt.

Also ich bin immer noch begeistert von dem was ich da in Norwegen gesehen habe. Wie gesagt, an einem Tag eine Stelle mehr besetzen - könnte man jetzt ja locker machen - und die Mitarbeiter dazu zwingen für das gesamte Team oder auch selber - kann man ja modifizieren wie man will - die Dinge einmal zu tun, die man konzeptionell immer schon mal tun wollte. Da merkt man nämlich denen fällt gar nichts ein. So, die aber dazu zu zwingen und das im Team zu kommunizieren und rückzukoppeln. Das darf dann natürlich nicht so eine lushige Leitung sein, der auch nix einfällt.

I: Ja, klar. Und ich glaube da ist es wichtig auf jeden Fall greifbare, als Konzept, sowas von außen mal vorzustellen, damit könnt ihr zumindest mal reingehen. Sowas, ich denke die Innovationsfähigkeit aus dem täglichen Tun raus ist halt doch eingeschränkt. Und wie Sie es eben schon gesagt haben, über die Limitationen, die man gelernt hat halt auch wirklich eingeschränkt. Ich meine drüber rauszudenken, wo man zwanzig Jahre gesagt hat das ist möglich oder ist nicht möglich ist halt auch wirklich eine hohe Anforderung.

Absolut. Und deshalb glaube ich auch, dass das von außen sehr sehr angestoßen und immer wieder der Prozess am Laufen gehalten werden muss. Ich glaube, dass das ein Trigger-Faktor für Qualifikationsanforderungen von Wohnbereichsleitungen und Pflegedienstleitungen. Dass die solche Prozesse auch erzwingen und die Leute, die Fachkräfte, jetzt geht ihr heute mal nur mit den drei Müller, Meyer, Schulze in den Wald spazieren. Und Frau Meyer wollte schon immer mal zum Schleckler, da gehen wir jetzt hin. Herr Dingsda will die Fußnägel geschnitten haben und dabei hörste dir mit dem mal ne Schallplatte an und redest darüber ob das nicht ein nettes Lied ist.

I: Das heißt da reden wir im Prinzip bei einer Qualifikation des Personals tatsächlich für sowas wie Innovationsfähigkeit, weiß nicht, situative Adaptionen und sowas

[Transkript bis 18:35 - Exzerpt]

Pflegearbeit als situatives Handeln. Die Liebe zum Menschen da gibt es kein verfahrenstechnisches Konzept. Das zu erkennen, was die Person in dieser Situation braucht und was der und mir Spaß macht.

I: Personalentwicklungsprozesse wie man die Freiräume nutzt...

Innovationsfähigkeit binden an verschiedene Rollenmodelle. Damit muss ich die Aufgabenzuschreibung zu dem Skillmix besser klarstellen – in Aufgaben und Verantwortungspaketen. Mit Anleitung, Supervision, Richtlinien bestimmen und ausführen, also ehr konzeptionell.

I: Limitationen umdrehen und Spielräume aufzeigen...

Ich habe viel Erfahrung sowas in kirchlichen Einrichtungen zu versuchen und da haben wir ein interessant limitierendes Problem, nämlich Vorstand sind ja diese Pfarrer, die ganz stark der Zwei-

Reiche-Lehre angehören, wir sind für das Gute zuständig und der BWLer macht das Pragmatische. Darüber sind die Mitarbeiter immer unter dem [... 22:16] das Gute tun so sollen und lassen den BWLer ungebremst Unsinnprozesse durchziehen und das macht die Mitarbeiter wahnsinnig. Das erzeugt Angst.

I: Was sind aus Ihrer Sicht auf Seiten der Einrichtung die drei wichtigsten Grundlängen die sie zur Umsetzung brauchen?

Angstfreiheit, Fachlichkeit und Motivation. Und eine Reorientierung auf die Arbeit/an den Bewohnern, d.h. nicht die Gewinnerwartung in den Mittelpunkt zu stellen. In den Handlungen – nicht im Leitbild. In konkret aufweisbaren Handlungen wie Leitungsentscheidungen, Fallbesprechungen, d. h. die Elemente, auch die indirekte Pflegearbeit, die dem Bewohner wieder zugutekommen wieder stark zu machen. Und nicht die juristisch absichernde Arbeit. Die muss auch getan werden, kann aber delegiert werden.

Angstfreiheit auch vor der Fachlichkeit der Mitarbeiter, Angstfreiheit vor ökonomischen Risiken, damit ist auch gemeint Vertrauen in die Gutwilligkeit und Kompetenz der Mitarbeiter. Wir haben die Untersuchungen, wo Mitarbeiter sich auch unterfordert fühlen. Die Mitarbeiter ruhig einzubeziehen und zu stärken. Experimentierfreudiger zu sein und nicht von oben herab gleich die Lösung anzubieten.

Und auch nicht die Stellenzulagen für PDL an solche Erfolge zu binden. Und im Grunde Menschen zu haben, die daran Freude haben.

I: In der Fläche natürlich schwierig, aber für die Pilotierung möglich.

Vielleicht muss man sich von dem Gedanken lösen, dass die nicht alle aus dem Masterstudiengang Pflegewissenschaft kommen. Es gibt auch in anderen Bereich Menschen, die durchaus solche Fähigkeiten haben. Im Hinblick auf die Leitungen auch die Zugangsvoraussetzungen überdenken. Der muss nicht immer aus der Pflege kommen. Wenn ich mir anschau wie regelvoll das ist was die lernen – da wird man ja wahnsinnig.

Deswegen muss man für die Erprobungsphase sehr sauber an die Träger heran, weil die gehen einen Konfliktpotential ein. Die jetzt es geht nur darum ein bisschen mehr Personal zu integrieren. Nee, das ist genau nicht das Problem, sondern sie müssen ihr gesamtes Verständnis neu orientieren. Dazu brauche ich Träger, die dazu Willens sind.

I: ...Gespannt wer das später mitgehen will und kann. Würden Sie auf den konkreten Einrichtungsebenen Belegschaften sehen, die das mitgehen können. Bei jahrelangem Organisationsentwicklungsprozess wird es schwierig, wenn die nicht dahinterstehen.

Man könnte das formalisieren – das hat der Staat doch gerne. Man braucht von den Trägern eine schriftliche Erklärung, dass es darum geht die Aufgabenzuschnitte, Rollenklärung und Qualifikationserfordernisse völlig neu zu organisieren, Vorschläge mit zu entwickeln und lässt die Teams unterschreiben, die da mitmachen. Das heißt nicht der Träger kann sich nur bewerben, sondern es braucht eine Teameinwilligung.

I: Potentiale Digitalisierung.

Gibt bestimmt Spielereien die nett sind. Lieber im indirekten Bereich schauen welche Verwaltungsakte mechanisiert werden können. Ich kann mir vorstellen, dass in dem Bereich der

Arztkonsile über eine Art Skype-Software bei Dekubitus sinnvoll ist. Das man Hausbesuche schneller und effektiver hinbekommt. Wegezeiten reduzieren.

Technischer Gegenstand eher Zusatzbespaßung.

Pflege ist eine interaktionsintensive Arbeit. Technik ist immer dazwischengeschaltet. Sollte der Interaktion aber dienen. Da ist für mich viel auf der Spaßseite, aber im Hinblick auf Arbeitserleichterung Entertainment.

Vorzeigeeinrichtung in Soul, Caritasbetrieben. 100% QM für die Angehörigen der Bewohner. Die liegen in ihren Betten mit einer darübergeschalteten Echtzeitkamera. Die Angehörigen können permanent verfolgen was am Bett getan wird. Finden die dort ganz super, haben damit auch kein Datenschutzproblem mit. Das widerspricht unseren deutschen Einstellungen in einer Weise sodass es gar nicht diskutierbar ist.

I: Vielleicht ist das auch die Antwort auf die Frage. Natürlich gibt es ein digitalisiertes Gesamtpaket, aber die ist mit der deutschen Kultur und Datenschutzrecht weit entfernt.

Thema flächendeckende Einführung, regionale Unterschiede. Wie kann man das angehen?

I: Anforderungen an die Organisationsentwicklung unterscheiden sich je nach aktuellem Personalschlüssel. Kriterien der Strukturfaktoren bei Auswahl der Modelleinrichtungen?

Wissenschaftlich nicht, aber legitimatorisch. Offene Träger...

Es passiert euch nichts. Wir nehmen euch keine Privilegien oder Berufsberechtigung weg. Sondern wir helfen euch die besser zielgerichteter einzusetzen. Mir kommt das manchmal vor wie bei einem Drogenabhängigen, erstmal wird die Persönlichkeit zerschlagen, um sie dann neu aufzubauen.

I: Starke Berufsidentifikation – eigentlicher Aufstieg hier Dequalifikation.

Ich glaube, dass die Zusatzkräfte, vor allem die Hilfskräfte in ein Konzept gesteckt werden müssen, was bewohnerorientierte Tätigkeiten so ausführen kann und möchte, dass die Bewohner was davon haben.

Es gibt Fachkräfte mit Zusatzqualifikation (Musik/Kunsttherapeut o.ä.) die von Heim zu Heim ihre Arbeit anbieten. Das wären wunderbare Zusatzkräfte.

Da muss man sich Gedanken mache, wie die entlohnt werden sollen. Sollen die nicht nach ihren spezifischen Kenntnissen und Vorkenntnissen entlohnt werden?

[Exzerpt bis 48:00 - Transkript]

Da Flexibilität reinbringen. Und das muss sozusagen in das Einrichtungskonzept hineinpassen. Was brauchen wir denn noch? Vielleicht brauchen wir einen Netzwerker in die Gemeinde hinein, der uns hilft Elemente von Care und Community mit irgendwem anderen weiter zu entwickeln. Dann brauchen wir einen Netzwerker mit solchen Kompetenzen. Kann ja durchaus sinnvoll sein.

I: Gut, die Einrichtung auch ins soziale Geschehen da wieder nach außen hin einzubinden, um direkt und indirekt Teilhabe zu ermöglichen.

Ja genau. Und ein anderer stellt dann Musiktherapeuten ein. So, und diese Diskussion bei den Zusatzkräften weich zu eröffnen und unter Umständen Finanzierungszusagen an das Gesamtkonzept der Einrichtung zu binden. Das ist dann natürlich wieder sehr schwer. Wer überprüft das denn? Da hab ich dann wieder so ein [?] sitzen..

I: Ja, und das ist eine Diskussion, die man aus meiner Sicht früher oder später jetzt noch mal aufmachen muss. Das erlebe ich zum Beispiel, wenn ich mit Einrichtungsleitungen spreche, die so extrem stark in ihrer Pflegesatzverhandlung-Refinanzierungs-wir-haben-ja-keine-Spielräume-Logik leben, dass die sich gar nicht vorstellen könnten mit einer Flexibilisierung an der Stelle umzugehen und ich habe mit den ersten Einrichtungsleitungen gesprochen mir gesagt haben, aber ich will doch gar nicht mehr Personal. Die mir gesagt haben, diese Anforderung, dass ich mehr Personal habe... mein Laden läuft doch. Und bei dem ein oder anderen glaube ich das ja auch. Das waren jetzt auch Einrichtungen aus Bayern. Die sind ja auch schon ganz gut ausgestattet. Aber die mir gesagt haben, ich will doch gar nicht mehr Personal haben. Diese Anforderung kann ich doch gar nicht erfüllen mehr Personal aufzutreiben und die das jetzt ordnungsrechtlich als Anforderung begreifen das Personalbemessungsverfahren und nicht jubeln, ja geil, wir haben nachher mehr Personal und können nachher bessere Pflege machen, sondern die sagen, joa, läuft doch bei uns, warum macht ihr uns den Laden kaputt? Da hab ich auch gedacht, verdammt! Die müssen wir natürlich auch irgendwie mit einfangen gedanklich so. Die waren mir gar nicht bewusst, dass es die gibt.

Nee, mir auch nicht.

I: Die Logik ist mir völlig klar. Ich mein, wenn die kein Personal kriegen haben die ein echtes Problem da auf der Ebene, aber das ist auch immer direkt alles so stark verbunden mit Sanktionen. Also da kommt jetzt irgendwas von außen, dass muss sanktionsbewährt sein. Das kann nicht sein, dass das irgendwie Spielräume öffnet, sondern das muss sanktionsbewährt sein. Da kommt man doch - auch wenn man sich jahrelang damit beschäftigt hat - immer noch an Punkte wo man sagt, verdammt, da habe ich doch echt noch nicht dran gedacht, dass man das auch so sehen kann.

Ja also damit haben Sie mein Weltbild auch grade sehr erweitert.

I: Ja, also das war wirklich. Ich saß da und hab den angeguckt und gedacht, verdammt, ich weiß was du meinst aber auf die Idee bin ich jetzt echt noch nicht gekommen.

So undenkbar in unserer Logik. Aber völlig konsistent. Klar.

I: Und das werden nicht wenige sein, die das letztlich so empfinden werden.

Ja, und wie kann man das sagen... den Einfluss der konservativ orientierten Pflegeverbände reduzieren, damit die nicht solche Gedanken befördern.

I: Ich glaube da vor allem auf Seiten der Privaten müssen wir fein aufpassen, dass denen nicht komische Flöhe in die Ohren gesetzt werden. Dass das Personalbemessungsverfahren, egal wie es jetzt und wann umgesetzt wird, dass das ne Katastrophe werden muss. Und das war eigentlich... ist doch gut. Wir haben noch fünf Minuten, dass ist die einzige Frage dich hier noch eben ansprechen möchte. Wir haben ja auch den Themenbereich gesellschaftliche Rahmenbedingungen genannt, wo es faktisch ja im Wesentlichen darum geht, dass wir im Moment nicht das Personal haben, um 30% mehr Personal einzusetzen. Das kann mich ja aber nicht davon entbinden darüber nachzudenken wieviel müsste es eigentlich sein und vielleicht wie kommen wir die nächsten zehn Jahre in die Nähe davon, dass es möglich ist.

Ja, also ich bin da jetzt mittlerweile auch, wie soll ich sagen, hochgenervt von dieser Debatte. Wir brauchen einen qualifizierten akademischen Zugang, sprich zwölf oder dreizehn Jahre Schulbildung für eine qualifizierte akademische Pflegeausbildung. Die läuft [...53:00] anders als die andere. Wir brauchen so etwas als Berufsbild. Dazu muss ich unter Umständen auch das Berufsrecht ändern, d.h. vermutlich die Tätigkeitsbereiche der Pflegenden erweitern sodass die

sehen können, die sind wirksam in dem was sie tun. Des Weiteren alle Unsinnskampagnen der Bundesregierung über Pflegewert und so stoppen. Sondern viel stärker sich mal überlegen woher kommt das eigentlich, dass die Altenpflege mit Körperflüssigkeiten und ekelhaften Körperflüssigkeiten permanent assoziiert wird und Hebammen zum Beispiel nicht. Die haben genauso viel damit zu tun. Wird nie thematisiert. Das heißt dahinter steht glaube ich ein Bild des Alters. Susanne Zank war bei einer Hochaltrigenuntersuchung die die jetzt grade hier in NRW abgeschlossen haben, selber vollkommen überrascht davon, dass 86% der Hochaltrigen zufrieden mit ihrem Leben waren. Da seh ich die alten kranken Nörglerinnen. Also das heißt, die wollen alle alt werden aber nicht alt sein, weil wir da sozusagen irgendwie diese Imageprobleme mit haben. Aber wo befördern wir eigentlich diese Imageprobleme? Gestern Abend in den Nachrichten: Pflege ist der am fünft wichtigsten gewählte Beruf für Mädchen. Ich hab dreimal hingehört, weil ich gedacht habe, das kann doch alles gar nicht stimmen. Pflege hat ein höheres Sozialprestige, gesellschaftliches Vertrauen als Ärzte. So und wo bleiben diese Infos? Stattdessen kommen diese Mistkampagnen. So, und ich glaube so etwas spielt eine riesen Rolle. Männer müssen in die Pflege. Die kommen aber nur in die Pflege, wenn die davon leben können, wenn die davon eine Familie ernähren können. Und dazu brauche ich qualifizierte Arbeitsplätze und nicht diese Angstdebatte da kommt keiner mehr in die Pflege. Doch, der kommt, weil es nämlich die Qualifikationsniveaus 1, 2, 3, 4 gibt bis 6. Ich glaube man muss hart vielleicht auch gegen die Pflegeverbände an das Berufsrecht und der Pflege mehr Aufgaben geben. Punkt. Ende. Aus. Ob sie sie wollen oder nicht. Ja, sie wollen sie ja nicht. Jetzt mach ich ja irgendwie im Februar wieder so eine Veranstaltung zum Entlassungsmanagent. Die Pflege will es ja nicht. Also es ist... ja gut. Das heißt, ich glaube man muss auch aus dieser Argumentationsroutine raus und viel stärker sozusagen den Altenpflegeberuf an das gesellschaftliche Altersbild binden. Und mit der positiven Veränderung des Altersbildes, ökonomische Faktoren und sowas, also die stellen eine ganze Industrie sicher an sonst was für Zeug, Kur und so, ohne die wäre die [...56:19] noch stärker am Boden. Ohne Veränderung des Altersbildes werde ich vermutlich auch keine Rückwirkung auf den Beruf haben. Dann muss sich meiner Ansicht nach diese Regeltreue der Wissensvermittlung aufbrechen. Das heißt Leute die denken können - ich habe gerade irgendwie einen Neffen, der Physiker ist, kein Bock hat und eine Altenpflegeausbildung macht. Der sagte, der muss da gar nicht hingehen, was der erzählt von furchtbaren Unterrichten, das ist unvorstellbar. Also intellektuell furchtbar.

I: *Ja, also das hab ich zwar noch nie erlebt, würde ich aber vermuten. Das kann ich mir gut vorstellen.*

Also der hat Sachen aufgenommen, ich habs mir nicht denken können. Also da muss, und zwar nicht über die Pflegeverbände wieder ne Pflegelehrerin die ganz genau lernt welchen Punkt man wofür gibt, sondern die ernstlich Inhalte vermitteln kann.

I: *Ja, die Philosophie rüberbringt. Die auch mal die Lust am Tun rüber bringt. Also ich erleb das ja so nicht, aber wenn ich mir das vorstelle wie das wohl vermittelt wird, dass da die Lust am Tun entsteht kann ich mir nicht vorstellen.*

Also ich mach jetzt ne Klammer auf und dann mach die gleich wieder zu. Unser Studiengang ist ja jetzt in Departement für Pflegewissenschaft ursprünglich angesiedelt worden. Wir sind da rausgeschmissen worden, weil das bei uns zu viel Spaß macht zu studieren multiprofessionell. Das konnte die Pflege nicht ertragen.

I: *Ach das ist doch alles scheiße. Meine Klammer zu.*

Jetzt sind wir bei den Medizinern und haben das Geld. Aber das müssen Sie sich mal vorstellen, die haben das nicht ertragen, dass man irgendwie mit Sachverhalten gerne spielerisch, innovativ umgeht. Und ich glaube das ist eine Mentalität, die so tief drinsitzt. Ende 58:27

Organisationsentwicklung:

Ein ganz wichtiger Punkt ist die konzeptionelle Entwicklung in den Einrichtungen. Es sollte nicht zu statisch betrachtet werden. Wir haben jetzt die Situation der Fachkraftquote. Da gibt es bisher 2 Seiten: 1) wir haben das Fachkraftpersonal nicht und müssen es aufweichen, 2: Es entspricht auch nicht dem, was wir eigentlich brauchen. Es braucht andere Konzepte, wie unterschiedliche Qualifikationen zusammenarbeiten können. Dem zweiten Gedanken wird zugestimmt. Es gibt bisher nur wenige Konzepte und wenn dann sind diese bisher wenig erprobt worden, weil diese Konzepte immer an der Fachkraftquote scheitern.

Das bedeutet für die Personalbemessung: Es braucht eine konzeptionelle Entwicklung, das ist die größte Herausforderung und das immer vor dem Hintergrund betriebswirtschaftlicher Strukturen der einzelnen Einrichtungen. Flächendeckende Erprobung wird trotzdem in jeder Einrichtung anders aussehen. Diese muss immer daran gekoppelt sein, die Aufgabenbereiche sinnvoll aufzuteilen und die einzelnen Einrichtungen zu betrachten. Das kann nicht mit den „gleichen“ Konzepten erfolgen.

Auswirkungen:

Bei einer Umsetzung des Personalbemessungsinstruments wird erwartet:

- Dass konzeptionelle Impulse gegeben werden. Diese müssen aus den Einrichtungen kommen oder dort entwickelt werden. Der Prozess kann von außen nur angeregt werden.
- Es besteht die Hoffnung, dass eine Entlastung seitens des Personals eintritt und
- Dass die „Zuwendung“ des Bewohners dadurch wieder stärker ins Bewusstsein gerückt wird. Dabei besteht die Gefahr, dass die Aufgaben anschließend wieder in zu viele Einzelteile zerlegt werden. Dieser Prozess muss daher innerhalb der Einrichtungen passieren, um diese Gefahren aus dem Weg zu räumen. Ansonsten werden Effekte, wie mehr „Zuwendung“, verpuffen.

Die Konzepte müssen individuellen Handlungsspielraum bieten. Durch die Heterogenität der Einrichtungen werden unterschiedliche Ausgangssituationen gegeben sein und diese müssen konzeptionell unterschiedlich aufgefangen werden. Da wird man von außen nur Impulse geben können, beispielsweise in Form eines „Leitfadens“.

Zur Entwicklung von Konzepten könnte man die Werte aus dem Projekt nehmen, die vor allem die Interventionen zeigen, in denen der größte Handlungsspielraum ist. Das sind die Interventionen, die das größte Delta bieten und diejenigen, die trotz ihrer Notwendigkeit nicht erbracht wurden. Dabei stellte sich die Frage, ob das Interventionen sind, die nicht notwendig waren, ob das Personal nicht vorhanden war oder ob diese Intervention bisher konzeptionell nicht hinterlegt sind. Außerdem muss untersucht werden, welche Interventionen generell untererfasst sind und noch weiter betrachtet werden müssen. Diese Impulse können von außen gesetzt werden und vor Ort konkretisiert werden.

Punkte, die bisher nicht gemessen worden sind, sind die Prüfung der akademischen oder der gerontopsychiatrischen Pflegekräfte, etc., da sie in der Praxis nicht vorkommen. Diese könnte man in der Pilotierung auf Hinweise für Setzungen oder Aufgabengebiete prüfen.

Die Frage nach Instrumenten konnte nicht beantwortet werden, da keine bekannt sind. Allerdings wird das auch nicht als relevant betrachtet, da es in der Empirie umfangreiche Konzepte gibt, auf die zurückgegriffen werden kann. Es wird auf Referenzmodelle aus NRW verwiesen.

Die interviewte Person sieht Hoffnung unter anderem in dem Begutachtungsinstrument und dem Papier von Wingenfeld/Büscher zu den pflegerischen Aufgaben, welches eine Perspektive aufzeigt. Das wurde vor allem unter der Maßgabe geschrieben, die Verrichtungsorientierung durch ein weiteres bzw. breiteres Pflegeverständnis abzulösen. Die interviewte Person verweist auf die Ergebnisse der Evaluation des IGES-Institut von Beikirch/Nolting, welche bei der Konzeptentwicklung berücksichtigt werden sollen. Es wäre fatal, bisherige Entwicklungen nicht zu berücksichtigen.

Stationäre Qualitätsindikatoren bauen ebenfalls auf dem BI auf. Es gibt bereits viele Instrumente, die miteinander kompatibel sind. Externe Qualitätsindikatoren sind darauf abgestimmt.

Effizienzsteigerung bei indirekten Leistungen:

Es liegt die Vermutung nahe, dass es in geringem Umfang Möglichkeiten der Effizienzsteigerung bei indirekten Leistungen gibt. Bei manchen kann das in der Dokumentation, Arbeitsorganisation oder Qualitätssicherung sein. Dazu möchte die interviewte Person allerdings keine pauschalen Aussagen machen.

Personalentwicklung:

In der Personalentwicklung wird ebenfalls die größte Herausforderung in der konzeptionellen Entwicklung gesehen. Dabei geht es um Aufgabenverteilung und nicht nur den Einsatz von Quoten. Wie die Personen genau einzusetzen sind, ist einrichtungsspezifisch zu betrachten. Anhand des Personalbemessungsinstruments wird zunächst geschaut, wieviel Mehrpersonal hinzukommt und anschließend muss geschaut werden, wo dieses Personal gebraucht wird, ob jemand beispielsweise auf bestimmten Wohnbereichen benötigt wird oder jemand, der die Versorgung von demenziell erkrankten Personen oder von Migranten konzeptionell gestaltet. Die spezifischen Schwerpunkte der Einrichtung müssen mit betrachtet werden. Das können ebenso klinische, wie Hautschäden oder Dekubitus sein.

Die Bedingungen zur Wirkung von Mehrpersonal hängen immer auch eng mit dem Konzept zusammen. Allein mehr Personal macht noch keine gute Pflege. Die zusätzliche Zeit durch Mehrpersonal sollte vor allem auch von Fachkräften in die direkte Bewohnerversorgung gehen, so dass weniger Zeit für die Dokumentation verwendet wird. Die interviewte Person sieht die Hoffnung darin, dass durch den Einsatz von Mehrpersonal die Versorgungsqualität zumindest nicht schlechter wird.

Zur Wirkung eines Zusammenhangs von Mehrpersonal auf die Versorgungsqualität sollten klinische Indikatoren, wie Sturzrate, Dekubitusrate etc. genutzt werden. Das würde aber auch bedeuten, dass bei den klinischen Themen geblieben wird, welche von den Themen wie Wohlbefinden wieder weiter entfernt sind. Zur Messung sollten die Grundlagen der neuen Qualitätsmessung zu nutzen. Die Grundlagen dabei sind der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff, das Begutachtungsinstrument, der Interventionskatalog zur Personalbemessung und die Qualitätsprüfung. Das sind die großen Leistungen der letzten Jahre, die wir zusammen geschafft haben. Die Schnittmenge dabei ist gigantisch groß und das sollte weiterhin berücksichtigt werden. Es sollten die bestehenden Grundlagen weiterentwickelt werden, bevor neue Konzepte entwickelt werden. Zunächst ist es darüber hinaus notwendig, Qualität nicht von außen zu bestimmen, sondern sie intern zu entwickeln. Den Einrichtungen muss intern die Möglichkeit gegeben werden, selbst zu reflektieren, wo sie bisher stehen und darauf aufbauend zu schauen, was benötigt wird. Die Botschaft muss sein, dass es nicht um externe Überprüfungen oder Kontrolle durch den MDK geht.

Bei der Umsetzung eines veränderten Qualifikationsmixes geht es um Fachlichkeit und nicht um Kleinteiligkeit. Der Kern von Pflegeprozessen muss eine fachliche Beurteilung sein. Das Problem dabei ist, wenn Tätigkeiten zu kleinteilig den Qualifikationen zugeordnet werden, ist das lebensfern. Es kann nicht funktionieren, wenn für jede Aufgabe ein anderes Qualifikationsniveau notwendig ist.

Die Konzepte können nur darauf aufbauen, dass Fachkräfte in ihrer Fachlichkeit den Raum haben Pflegeprozesse zu gestalten. Primary Nursing ist beispielsweise eins dieser Konzepte auf denen gut aufgebaut werden kann.

Qualifizierung:

Die Pflegeausbildung bereitet die Pflegekräfte auf ihre Aufgaben besser vor als immer angenommen. Das Problem ist eher, dass die Inhalte, die in der Ausbildung gelernt werden, nachher in der Praxis durch die Kleinteiligkeit der Tätigkeiten nicht mehr umgesetzt werden können. Die Voraussetzungen in der Pflegeausbildung sind ausreichend. Bei einer neuen konzeptionellen Umsetzung sollte ein externer Impuls durch Fortbildungen oder Arbeitsgruppen in den Einrichtungen ausreichen. Für eine flächendeckende Nachqualifizierung wird keine Notwendigkeit gesehen. Dafür brauchen die Fachkräfte keinen Bachelorabschluss.

„Andere Fachkräfte“ sind für einen kompetenzorientierten Personaleinsatz nicht notwendig. In der pflegerischen Versorgung sollte bei Pflegefachkräften und Pflegehilfskräften geblieben werden. Ergotherapie, Logotherapie oder Betreuungskräfte etc. leisten alle einen sinnvollen Beitrag, die Konzentration sollte allerdings auf Pflegefachkräften und Hilfskräften liegen. Bei Fachweiterbildungen muss die konzeptionelle Ausgestaltung betrachtet werden. Bei einer Klientel mit gerontopsychiatrischem Schwerpunkt sollten Personen mit gerontopsychiatrischer Fachweiterbildung vorhanden sein. In Einrichtungen mit einem palliativen Schwerpunkt ist es dagegen sinnvoll Personen mit fachspezifischer Weiterbildung vorzuhalten.

Die Rolle der zusätzlichen Betreuung:

1. In der Fachwissenschaft wurde bisher nicht definiert, was unter Betreuung zu verstehen ist. Betreuung ist eigentlich alles was nah an dem Bewohner stattfindet. Da hat es die Wissenschaft versäumt eine Definition vorzunehmen.
2. Die Betreuungskräfte sind da und leisten auch gute Arbeit. Es ist eine Spaltung in Pflege und Betreuung vorgenommen worden, wobei die Betreuungskräfte werden eigentlich dem Hilfskraftbereich eingeordnet sollten.

Grundsätzlich sollte versucht werden, die zusätzlichen Betreuungskräfte in dem normalen Rahmen Pflege und Betreuung konzeptionell einzubeziehen und diese nicht zusätzlich zu zählen.

Methoden/Reflexion:

1. Möglichkeiten zum Teamaustausch zu konzeptionellen Grundlagen zu schaffen.
2. Fallbesprechungen, um anhand von Fällen zu schauen, wie Personalmix gelingt oder wie Konzepte umgesetzt werden.

Es ist wichtig Formen zu schaffen, die die Perspektive und die Einschätzungen der Pflegenden einbeziehen.

Aus der modellhaften Implementierung der Expertenstandards können wichtige Erkenntnisse gewonnen werden, wie neue Dinge in die Praxis eingeführt werden können. Es braucht einen Projektbeauftragten, der innerhalb der Einrichtung zuständig ist und gleichzeitig die

Kommunikation nach außen mit anderen Projektleitungen oder dem Projektteam durchführt. Möglich sind dann auch regelmäßige Treffen mit den Projektleitungen. Das ist extrem bereichernd und setzt auch auf die Kompetenz der Pflegenden, daher ist das ist dringend zu empfehlen. Auch bei dem Entbürokratisierungsprozess wurde darauf gesetzt durch die Schulungen der Multiplikatoren lokale und regionale Netzwerke zu bilden. Bei einer flächendeckenden Einführung ist das durchaus sinnvoll. Bei einer modellhaften Einführung sind die Prozesse dagegen intensiver und dadurch auch nachhaltiger. Da geht es vor allem darum zu schauen, wie viele Ressourcen man hat und welche und wie viele Einrichtungen in den Prozess einbezogen werden (Anzahl/Regionale Zuordnung). Es sollte Formen geben, bei denen die Zuständigen der Einrichtungen zumindest 2-3 Mal zusammenkommen können. Dabei ist zu beachten, dass sie nicht über die Umsetzung belehrt werden, sondern dass ein Austausch stattfindet.

Gesellschaftliche Rahmenbedingungen:

Die doppelte Demographieeffekt ist ein großer Kritikpunkt am Personalbemessungsverfahren. Es höhnt einem aus der Praxis entgegen, was durchaus berechtigt ist, ein Instrument zu entwickeln, dass wesentlich Mehrpersonal festlegt, obwohl dieses faktisch nicht vorhanden ist. Dabei ist die Frage, ob man das so hinnimmt oder ob man Bedingungen schafft unter denen die Rückkehr in den Beruf, ein Neueinstieg und in dem Beruf zu bleiben attraktiv wird. Das wäre ein positiver Nebeneffekt und dafür sind dann auch die konzeptionellen Entwicklungen innerhalb der Einrichtungen wichtig. Eine konzeptionelle Entwicklung bietet auch die Möglichkeit Personen mit einem Ehrenamt oder andere zivilgesellschaftliche Personen, die sich einbinden wollen, einzubeziehen. Das sollte allerdings nicht unter der Maßgabe und aus „purer Not“ geschehen, um Kosten einzusparen.

Die gesamtgesellschaftliche Situation ist schwierig. Es konkurrieren demnächst verschiedene Anbieter um die weniger werdenden jungen Menschen und es wird nicht möglich sein, diese auf Knopfdruck für die Pflege zu motivieren. Personalbemessung, Attraktivitätssteigerung und Technikeinsatz sind dabei Maßnahmen. Es sollten aber alle Maßnahmen parallel umgesetzt und bedacht werden.

Weitere Maßnahmen auf bundes-, landes- oder lokaler Ebene: Geld, Macht, Konzepte.

- Geld: Für Veränderungen braucht es Geld, sei es die Gesamtfinanzierung. In den letzten Jahren ist bereits viel Geld in den Pflegesektor investiert worden, aber ob das ausreicht, ist die Frage.
- Macht: In den letzten 30 Jahren hat niemand es richtig ernst genommen. Wenn man sich anschaut, wie viele Millionen in den Innovationsfond des SGB V, für manche sinnvolle und manche nicht sinnvolle Projekte fließen. Im Vergleich zu 3,4 Millionen Pflegebedürftige und der stetig wachsenden Zahl, ist da nach wie vor zu wenig Ressource da. Deswegen hat das auch etwas mit Macht zu tun.
- Konzepte: Das Pflegepersonal wird ernst genommen werden müssen. Das ist eine pauschale Äußerung. Die interviewte Person nimmt es aus der Wissenschaft so wahr, dass die Hoffnung immer nur auf die neuen jungen akademisierten Pflegekräfte gesetzt wird. Das ist fatal. Erstens sind das viel zu wenige und zweitens sind keine gesellschaftlichen Bereiche bekannt, in dem die Veränderung, die man unmittelbar braucht, durch Personen erreicht werden, die neu in den Berufszweig einsteigen. Es müssen eher diejenigen gestärkt werden, die millionenfach bereits in dem Beruf arbeiten. Das passiert auch wissenschaftlich zu wenig. Das muss auch politisch verstanden werden, dass der Bestand an Pflegekräften bleibt und das sind diejenigen, die die Pflege tragen und nicht eine kleine Gruppe an akademisierten Pflegekräften.

Flächendeckende Einführung:

Auch da sind es wieder die Konzepte, die verändert werden müssen. Ein großes Hindernis wird die Heterogenität der Einrichtungen sein. Das sollte nicht unterschätzt werden. Die Einrichtungen sind unterschiedlich groß und haben eine unterschiedlich große Personalstruktur.

Man kann diese Begleitung nur durch konzeptionelle Impulse von außen begleiten und die Leute netzwerken lassen. Ein Begleitgremium für die Einrichtungen als Anlaufstelle ist wichtiger (als regelmäßige Treffen des Steuerungskreises).

Bei einer bundesweiten Einführung ist es vor allem zu beachten, diese Treffen regional stattfinden zu lassen, sodass eintägige Treffen möglich sind, um den Aufwand überschaubarer zu halten. Politisch ist es sicherlich sinnvoller eine bundesweite modellhafte Einführung umzusetzen. Bei 20 Einrichtungen könnte es schwierig sein, das zu regionalisieren.

Stufenweise Umsetzung des Personalbemessungsinstrumentes:

Die Empfehlung der interviewten Person wäre es zunächst eine konzeptionelle Stufe einzuführen, bevor man überhaupt mit dem Einsatz von Mehrpersonal anfängt, um in der konzeptionellen Stufe festzulegen, welches Personal der Einrichtung zusteht, wie viel Personal gebraucht wird und wer welche Aufgaben übernimmt. Ob dann eine stufenweise Einführung des Mehrpersonals sinnvoll ist, ist schwierig zu beurteilen. Zunächst sollte versucht werden, das gesamte Personal zu bekommen und nicht erst mit weniger Personal zu arbeiten.

Zur Konzeptentwicklung sind Einrichtungen in Osnabrück bekannt, die durchaus Konzepte entwickelt haben. Allerdings stehen diesen Einrichtungen aktuell die Fachkraftquoten im Weg. Das bremst jede Innovation aus.

Wenn bekannt ist wie viel Mehrpersonal notwendig ist, dann sollte auch direkt versucht werden das Mehrpersonal zu finden und nicht „künstlich“ Stufen zu schaffen. Zudem ist es konzeptionell schwierig aufzubauen, wenn das Personal nur in Stufen eingeführt wird.

Arbeitszufriedenheit:

Erhofft wird eine Entlastung. Die Empfehlung geht dahin Parameter festzulegen, woran die Entlastung gemessen werden kann. Ein Instrument ist die subjektive Befragung. Objektive Messungen enthalten Fluktuation, Krankheitshäufigkeit oder Ähnliches. Das ist in einem kurzen Zeitraum schwierig zu evaluieren und dazu sind vor allem Ausgangswerte notwendig.

Digitalisierung:

Es ist wichtig, dass die Einführung von Digitalisierungsprozessen auf Grundlage eines Verständnisses von Pflegeprozessen durchgeführt wird. Es muss zudem definiert werden, was unter Digitalisierung verstanden wird (Robotik bis Dokumentation). Das kann nur mit Pflegenden entwickelt werden. Eine digitalisierte Pflegedokumentation wird grundsätzlich als Heilmittel verkauft. Entscheidend ist allerdings, ob sie ihrem eigentlichen Zweck, der interprofessionellen Kommunikation, dient. Dafür ist die Frage entscheidender, was dokumentiert wird und nicht wie dokumentiert wird. Wenn diese Frage geklärt ist, dann ist die Digitalisierung sicherlich der bessere Weg. Die ersten Entwicklungsprojekte beruhten immer auf Produktentwicklung nie auf Problemlösung.

Ziel sollte sein, den Bedarf zu ermitteln und dann zu schauen was sinnvolle Digitalisierungsprozesse sind oder Technikeinsatz ist.

Digitale Infrastruktur muss dafür natürlich ausgebaut werden. Das sind Punkte die Voraussetzung sein müssen. Vor allem der Netzausbau ist auch ein gesellschaftliches Problem.

Der Technikeinsatz ist im Bereich Heben und Tragen vorstellbar. Als Form der Kommunikation und Betreuung ist die PaRo ebenfalls zu diskutieren. Im Bereich der Sprechstunden sowie beim Wissenstransfer besteht ebenfalls Potenzial.

Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung:

Der Arbeitsschutz sollte eigentlich selbstverständlich sein. Dazu gibt es ausreichend gesetzliche Bestimmungen.

Im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung muss bei dem Einsatz von Mehrpersonal für Maßnahmen gesorgt werden, um das Personal gesund zu halten. Es ist sinnvoll, darauf noch einmal das Augenmerk zu legen. In Frage gestellt wird, ob dadurch noch zusätzliche Erkenntnisse gewonnen werden können. Es ist aber sinnvoll die betriebliche Gesundheitsförderung genauer zu betrachten. Die Next-Studie ist schon 15 Jahre her. Psychische Belastungen und körperliche Belastungen sollten in den Blick genommen werden.

Potenzial von Consulting-Firmen:

Grundsätzlich ist das in Ordnung. Die haben natürlich ihre Expertise und haben Erfahrung in der Begleitung dieser Prozesse. Es ist sinnvoll Personen einzubeziehen, die in der Begleitung von Einrichtungen und bei den Prozessen Erfahrung haben, allerdings sollte der Bezug zur Gesundheitsbranche eine Voraussetzung sein, bevor nur danach gewählt wird, ob die Firmen die entsprechenden Ressourcen und Kapazitäten aufweisen.

Eine akademische Qualifizierung ist Qualifikationsanforderungen für das Management nicht schädlich, aber das ist nicht ausschließlich erforderlich. Es gibt in der Branche viele Menschen, die bereits über viel Berufserfahrung verfügen, sich fort- und weitergebildet haben, die ebenfalls gut geeignet sind, diese Leistungen zu übernehmen.

ID 118

Effizient bei den indirekte Pflegeleistungen:

Einsparung sind bei indirekten Pflegeleistungen möglich. Beispiel sind Rundgänge in der Nacht. Dabei ist eine Effizienzsteigerung ist möglich und es ist mehr Zeiten für direkte Pflege da.

Mehr Personal führt nicht automatisch zu besserer Qualität. Es ist ein Strukturwandel notwendig.

Fortbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen werden als erstes eingespart bei Zeitnot. Auf Mitarbeiter- und auf Leitungsebene werden zunehmend Qualifizierungsmaßnahmen abgesagt aufgrund hoher Verdichtung direkter Pflegeleistungen und ineffizienter indirekter Leistungen.

Organisationsentwicklung:

Die Integration von Betreuungsleistungen ist durch veränderte Organisationsstruktur möglich.

Wohnbereichsleitung wie sie aktuell arbeitet, die die Pflege auf Wohnbereichsebene organisiert und steuert und gleichzeitig pflegt, wird nicht mehr zu schaffen sein. Dafür müssen die Aufgaben gesplittet werden in einen Pflegeprozessmanager, der die Leistungen und die Qualität der Leistungen und auch eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung für den Bewohner organisiert, z.B. Medikamentenversorgung, Einführung von Expertenstandards und in einen Pflegeorganisationscoach, der für alles, was die Mitarbeiter betrifft zuständig ist, z.B. Dienstleistungsplanung, Qualifizierung in Organisation, Organisationskonzepte, Organisation von Fortbildungen. Die Zuständigkeiten müssen über WB hinweg sein, damit die Mitarbeiter überall eingesetzt werden können. Das sind Einsatzmöglichkeiten für Bachelorabsolventen.

Mitarbeiterbindung und -werbung kann durch Strukturwandel in der Einrichtung erreicht werden. Die Erfahrung mit o.g. neuen Strukturen (Personalgespräche möglich durch Pflegeorganisationscoach) sind eine Ressource zur Weiterentwicklung der Einrichtung.

Arbeitsorganisation:

Wichtig ist ein sinnvoller Einsatz von Arbeitszeiten und die Flexibilisierung von Zeiten, z.B. Frühstück und Zubettgehen und in den Überlappungszeiten.

Es braucht eine Flexibilisierung über Sektorengrenzen hinweg (stationäre Versorgung, Pflege WGs, ambulante Dienste), weil es unterschiedliche Arbeitsverdichtung gibt. Der Austausch der Arbeitskräfte untereinander wäre möglich. Alternatives Pflegemodell: Wohnortunabhängige Pflegefinanzierung. Einsatz von Pflegekräften in verschiedenen Settings - Flexibilität und die Attraktivität wird für die Mitarbeiter größer.

Konzepte gegen die doppelte demografische Belastung:

Es ist eine bessere Betreuung in den Einrichtungen notwendig. Es braucht neue Betreuungskonzepte. Der Praxisschock muss vermieden werden und Auszubildende sollten Einbringungsmöglichkeiten für ihr Wissen haben (Idee: Auszubildendenwohnbereich).

Eine weitere Möglichkeit ist die Internationalisierung. Dabei sollte die Qualifizierung ausländischer (internationaler) Pflegekräfte anerkannt werden. Es braucht eine andere Integrationskultur. Kompetenzen der internationalen Fachkräfte müssen erkannt und eingesetzt werden.

Die Pflege muss eine höhere erhalten, auch finanziell, damit die Pflege neben den anderen Branchen attraktiver wird.

Um Menschen in die Pflege zu bekommen, müssen Stellenanteile für fachliche und persönliche Begleitung erhöht werden, da bei mehr Personal eine andere Organisation notwendig ist.

Wichtig sind auch internationale Kooperationen (in der Ausbildung von Pflegekräften) und die Möglichkeiten der internationalen Mobilität zu schaffen. Regional unterschiedliche Ausbildungen sind hinderlich.

Aus einem Projekt hat man die Erfahrung mit der europaweit einheitlichen Ausbildung der health care assistants gemacht, die migrationsfähig sind innerhalb von Europa. Es wurde ein europaweites Kurrikulum erstellt.

Digitalisierung:

Die Frage ist, welche Anwendungen langfristig eingesetzt werden können. Beispiele sind dafür Assistenzsysteme wie Sturzsensoren. Das hilft bei der Vermeidung von Laufwegen.

Effizienzsteigerung von indirekten Leistungen ist möglich (Beispiel: bei Tag-Nacht-Umkehr Meldesystem beim nächtlichen Umherwandern oder ein Roboter, der den Weg leuchtet).

Organisationsunterstützend kann Digitalisierung durch Erfassung von Bedarfen eingesetzt werden, beispielsweise durch den Einsatz von Sensoren, die in der Nacht einen unruhigen Schlaf erkennen oder wenn das Wechseln von Inkontinenzmaterialien notwendig ist. So ist der Kontrollgang nicht mehr notwendig.

KI-Systeme sind nicht ressourceneinsparend. Qualifikation ist nicht mehr direkt vor Ort notwendig. Pflegerobotik kann unterstützend eingesetzt werden, aber die Arbeitszeit wird nicht unbedingt eingespart. Sie kann nur unterstützend eingesetzt werden, beispielsweise im Service, aber fachliche Pflege und Versorgung wird dadurch nicht ersetzt werden können.

Technik sorgt für Pflegeverschiebung, kann in der Häuslichkeit bei einem niedrighwelligen Bedarf, in den Vorstufen der Pflege, die Pflegebedürftigkeit verzögern, aber in der Pflegesituation wird sich das nicht auswirken

Die Finanzierung der Digitalisierung ist in den Einrichtungen nicht möglich, weil trotzdem das gleiche Personal vorgehalten werden muss. Es sollte individuell geguckt werden, an welcher Stelle durch Assistenzsystem Leistungen eingespart werden können und was in der Einrichtung dann nicht mehr vorhanden sein muss. Einsparungsmöglichkeiten sind in der Mobilität und im Transfer vorstellbar. Das würde den Teilhabedanken stärken.

Flächendeckende Umsetzung:

Die Einführung des Personalbemessungsinstruments erfordert eine organisatorische Begleitung. Die größte Herausforderung wird sein, eine zeitnahe Umsetzung zu ermöglichen, in der Strukturen geschaffen sind, in denen ein Multiplikatorenkonzept umgesetzt werden kann, welches Praxislernerfahrung ermöglicht. Das muss wahrscheinlich mit der Entwicklung eines Studiengangs gekoppelt werden, da es Leute braucht, die den Wandel umsetzen.

Der zeitliche Rahmen der Umsetzung der Organisations- und Personalentwicklungsprozesse eines Kulturwandels braucht einen Vorlauf zur Entwicklung der Rollen- und Kompetenzmatrix. In der Organisationsstruktur muss eine Stelle eingeplant werden, die von jemandem besetzt wird, der mit den Mitarbeitern mitläuft und denen einen Plan an die Hand gibt wie gearbeitet werden soll.

Es braucht eine Begleitung in der Erlernung neuer Arbeitsweisen, die aber dabei keine Behinderung in den klassischen Arbeitsweisen darstellt. Die Begleitung muss die Organisation des

neuen Systems beibringen, die qualitativ gute Versorgung bringt, die aber auch effizient ist und dann muss geschaut werden, welche Kompetenzen in der Organisationsentwicklung fehlen

Für die Umsetzung braucht es eine Leitung, die das organisieren kann und eine Unterstützung in der IT und dann braucht es ein Befähigungsmodell mit Multiplikatoren, die z.B. auf jedem Wohnbereich vorhanden sind, oder ein Pflegeprozessmanager pro Einrichtung, der sich nur darum kümmert. Die Einführung eines solchen Organisationsmodells sollte an die Einführung einer solchen Stelle (change manager) gebunden sein, der die Einführung fachlich begleitet. Jemand der auch fachlich qualifiziert ist in der Pflege. Für die Stelle soll es einen Qualifizierungslehrgang geben in dem organisationspsychologische geschult wird.

Die Stellen könnten aus den 13.000 Stellen genommen werden, die eine spezielle Aufgabe dann bekommen, die organisatorisch begleiten und die insbesondere schwierige Pflegefälle mit viel Behandlungspflege begleiten und die in dem Kontext in der Schnittstelle zum SGB V organisieren.

Idee: Pflegekräfte sind für einen Pflegegrad zuständig, die im Haus verteilt sind. Dabei können speziell qualifizierte Pflegehilfskräfte und Pflegefachkräfte in Tandems im Haus unterwegs sein

Ist eine Umsetzung von 36% Mehrpersonal realistisch?

Die Einführung sollte im Stufenmodell erfolgen. Am Anfang sollte eine Analyse stehen, was das Haus braucht und dann das Personal sukzessive aufbauen, mindestens über 2 Legislaturperioden. In dieser Legislaturperiode wird nur das Modell entwickelt werden können. Die Dringlichkeit wird beschleunigt durch die Wirkung auf den Arbeitsmarkt, wenn Arbeitskräfte wegfallen.

Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit:

Die Leitungsebene muss einen positiven Wandel unterstützen und ihn unter den Mitarbeitenden hervorheben und somit die Stimmung beeinflussen.

Es gibt junge Pflegekräfte, die was verändern wollen und die für die es schwer ist in den Strukturen was zu verändern. Diese brauchen Stärkung und Unterstützung z.B. durch die Pflegeorganisationscoaches, die den Kreislauf unterbrechen (Jammerkultur).

Entwicklungspotenziale müssen gesammelt werden und es muss immer wieder reflektiert werden was sich verbessert hat.

Für die Rückgewinnung von Pflegekräften muss es eine Entlastung durch Mehrpersonal und durch Neustrukturierung der Arbeit geben. Im regionalen Kontext kann die Gewinnung von Pflegekräften z.B. durch Feste von ehemaligen Pflegekräften und durch individuelle Strukturen stattfinden.

Welche Einrichtungen sollen an der Pilotierung teilnehmen?

Es sollte einen guten Mix zwischen denjenigen Einrichtungen, die Vorzeigeeinrichtungen sind und denjenigen, die noch mehr Unterstützung brauchen, geben. Eine Mischung von kleineren und größeren Einrichtungen ist wichtig. In den ganz kleinen Einrichtungen wird eine Umsetzung schwierig, die eher familiäre Strukturen haben. Der Fokus sollte auf den Einrichtungen in der Größenordnung 80-120 Bewohner liegen, weil es davon viele Einrichtungen gibt und weil diese durch Träger betrieben werden, die am ehesten Schwierigkeiten kriegen werden.

Es sollte nach Träger (privat, freigemeinnützig und öffentlich) stratifiziert werden.

Einrichtungen, die nicht in die Pilotierung eingeschlossen werden sollten sind diejenigen, die eine zu hohe Fluktuationsrate haben (30%) und Einrichtungen, die vor einem Führungskräftewechsel

stehen. Die Leitungsebene sollte stabil sein. Bei Einrichtungen, die in einer Krise stecken, sollte genau hingeschaut werden. Die Einrichtung muss relativ stabil sein.

In die Auswahl sollte eine kleine Stakeholderanalyse einbezogen werden (Krankenkassen, Heimaufsicht, Ärzte). Dabei geht es um Validierung, wie gut die Einrichtungen in der Kooperation sind, da die Einrichtungen eingebunden werden müssen und aktiv beteiligt sein müssen.

Eine Teilnahme funktioniert nur, wenn die Einrichtung auf personeller Ebene motiviert für das Projekt sind. Gegen die Leute zu arbeiten ist nicht möglich

Für die Pilotierung sollten 1,5 Jahre eingeplant werden.

Für die Implementierung braucht es etwa ein halbes Jahr

Für den Strukturwandel in der Einrichtung sollte ein Jahr eingeplant werden, damit die Strukturen umgestellt werden und funktionieren.

Das Pflegepersonal sollte schon vorher zur Verfügung stehen, wobei es leichter ist Pflegehilfskräfte zu bekommen als die Pflegefachkräfte.

Ein Vorlauf von einer 3-monatigen Vorphase ist notwendig für den Aufbau der Einrichtungsstrukturen, die Schulungen, Ausschreibung und die Analyse der Einrichtung.

Es braucht eine 2-3-monatige Evaluationsphase am Ende der Pilotierung.

1,5 Jahre insgesamt für die Pilotierung wären notwendig.

ID 119 – Transkript

I: Ja, letztendlich sind wir da ja mitten auch im Thema drin hier. Wir haben jetzt `ne empirische Grundlage geschaffen, was Personal angeht und erst mal `ne Aussage dazu. Was machen wir damit? Wie befähigen wir jetzt Einrichtungen? Wer auch immer der Handelnde in Einrichtungen ist. Wie befähigen wir diese Menschen dazu, zusammen da jetzt eben was Produktives draus zu machen? Und das äh ist genau so mitten im Thema aus meiner Sicht.

Ja, genau. Eine Verknüpfung, die ich sehe, das dürfte vielleicht auch eine, die, eine mögliche Antwort auf Ihre Frage sein, ist so diese Verknüpfung an Qualität und Personal, ja, die Sie, meiner Meinung nach, zurecht auch ähm als Herausforderung hervorheben, ja. Und da, ob ob dann, aus Ihrer Sicht mehr oder weniger passend, finde ich ähm knüpft dann das Projekt INQS an, ja, mit dieser Definierung, was können Indikatoren sein und wie kann man Qualität messen, ja. Das finde ich ganz interessant, mag ein Zufall sein, aber, ähm, oder oder vielleicht auch aus der Entwicklung, wie Sie sagten, heraus. Weil letztlich, das wäre ein eine erste Rückmeldung aus meiner Erfahrung, ähm, ist ja die Frage was ist Qualität eine ganz Entscheidende. Ähm, sonst dreht man sich im Kreis, ja. Und das eher ein Lieblingskind ähm mit Unter für ein Thema, was ich, ich- ich gebe Ihnen gerne eine Publikation mit, wenn das nicht zu schwer ist.

I: Das kriege ich noch mit. [lacht]

Ja, das ist eine, ähm ein neues Exemplar, ja. Also so quasi das Thema- ich hätte verstanden Personalbemessung ähm ermöglicht es hier ähm im Boot dreißig Prozent mehr zu haben, ja. Ähm, vieles zurecht wird ja auch angesprochen, ja, bleibt relativ offen. Also zum einen ähm wie stimmen sich diese ab? Ähm, zweitens, welche Form hat das Boot? Ist das Boot überhaupt geeignet? Egal wie viele jetzt da oben sind, sich ähm möglichst zielgerichtet fortzubewegen. Drittens auch die Frage, finde ich auch hier wunderbar, welche Anhaltspunkte hab ich überhaupt, ob ich in die richtige Richtung gehe, ja? Wo ist mein Polarstern, ja? Ähm, und natürlich prioritär die Frage, will ich zum Polarstern? Wo ist die Küste? Also, was ist das Ziel, das ich anstrebe überhaupt, ja? Also, dann als, als Rückmeldung, ähm, auch die Frage, diese Qualität, was ist schon da in Deutschland, im Diskurs? Ist das, was hier für für die Implementierung auch brauchen. Also wie passt es denn zusammen, ja? Finde ich ein, ein wichtiger Punkt, ja. Bin eigentlich jetzt ein Stück weit beim Thema Nummer drei, gesellschaftliche Rahmenbedingungen, was braucht es? welche Voraussetzungen-

I: Also, dazu kann ich vielleicht noch was sagen, wie, wie ich das jetzt die Tage- ich hab gest- vorgestern `n Vortrag in Berlin gehalten, wo ich auch angef- ich habe aber angefangen mit ähm mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, der in Deutschland ja, das hat ja zehn Jahre gedauert oder fünfzehn Jahre gedauert, bis das mal eingeführt war und äh der setzt, ich mein, der setzt natürlich deutlich höhere Ansprüche an, an das, was Pflege sein soll. Nicht nur an das, was jetzt handwerklich richtige Pflege ist, sondern wie umfassend Pflege sein soll. Und da haben wir, da haben wir ja ein ganz neues Fass aufgemacht und dass man jetzt im Nachgang einer solchen Definition von dem, was richtige Pflege und dann auch was ist denn Qualität in der Pflege, das wär im Nachgang, da zu sagen, okay, dann müssen wir gucken, ob wir noch Personal dazu haben, ist jetzt keine großes Wunder im Deutschen. Das kommt manchmal so rüber, als ob das jetzt vom Himmel fällt, aber, wenn wir an einer Stelle anfangen, dann ändern wir das ganz System. Wenn ich die Grunddefinition änder, da würde ich jetzt hier sagen, Sie haben Recht, die Grunddefinition dessen, was eben Qualität sein soll und was Qualität ausmachen soll, äh ist nachher der auf jeden Fall der Bewertungsmaßstab dessen, ob ob man's halt macht, ob man's schafft oder ob man's nicht schafft.

Und in dem Zusammenhang, ähm, bin jetzt weiterhin, ja, weil sie, weil sie ist ja übergreifend wahrscheinlich, bei Punkt drei. Äh, natürlich die Frage auch der Wirkungskette, wie, welchen Stellenwert spielt Personal für die Qualität oder für die wahrgenommene Qualität. Und mit fällt in dem Zusammenhang, es gibt ja unendlich viele Studien, aber eine mitunter aus Deutschland, ich kann's Ihnen auch schicken, im Behindertenbereich, aber prinzipiell denke ich, dass das nicht so unterschiedlich sein braucht, wo Bewohnerinnen ähm- also die Fragestellung war, was ähm hat den größten Einfluss auf die wahrgenommene Qualität von Bewohnerinnen in Wohngemeinschaften, ja. Ähm und letztlich war es nicht so sehr die Personalqualifikation, sondern die Zusammensetzung der Wohngemeinschaft. Mit welchen Nachbarn teile ich meinen Alltag. Und das könnte je nach äh Setting natürlich auch etwas sein, was, was hier auch zu berücksichtigen ist. Also wird's hier, beziehungsweise bei der Umsetzung, ja. Welche ähm Wirkung oder welche Wechselwirkung hat es eigentlich auch in welchem Setting ich bin, ja. Und bis hin zu Beispielen, die uns, ähm vielleicht auch in Deutschland, mir sind sie jetzt aus Holland bekannt, wo ein Stück äh verstärkt auch geschaut wird, bringen wir doch zusammen- aus der Biografie, aus diesem Pflegekonzept Biografiearbeit, ja, bringen wir Menschen zusammen, die, die Ähnliches teilen, die äh also [unverständlich], damit diese Gemeinschaft also solche schon als qualitativ erlebt wird. Ähm, das ähm sind so'n paar Interdependenzen, die, die mir in den Sinn gekommen sind. Ähm, das eine, ich versteh schon und insofern verlieren wir diesen Fokus auch nicht. Es geht hier um Personal und da schauen auch gezielt, aber weiter, aber doch auch der Hinweis, wenn es um Qualität geht, am Ende, ja.

I: Aber ich denke auch, dass ich oder auch wir jetzt an unser, an unserem Lehrstuhl quasi sind jetzt nicht die ganz großen Qualitätsexperten, die das in die zehnte Nachkommastelle ausdiktieren können, aber irgendwie haben wir mal gesagt, wir müssen mit drei Arten von Qualität hier auf jeden Fall umgehen. Wir haben `ne handwerkliche Pflegequalität, im Sinne von `ner medizinischen, sozialpflegerischen, betreuerischen richtigen Handlung sozusagen, die ein, ein gutes Ergebnis produziert, aber auf diesem, auf diesem eher medizinischen, pflegerischen [unverständlich]. Wir haben dabei die wahrgenommene Qualität der Pflegebedürftigen, weil sind wir ehrlich, vielen ist das relativ gehupft wie gesprungen, ob sie `n klein bisschen besser oder schlechter versorgt werden, wenn der Nachbar, wie Sie das sagen, wenn sie sich mit dem gut verstehen, dann ist das auch egal. Und der dritte Punkt ist der, und der ist im Deutschen, wir haben versucht da ein bisschen nach vorne zu holen, zu sagen, naja, die wahrgenommenen Arbeitsqualität ist natürlich ein großer Qualitätsaspekt, in der Mitarbeit der Bindung und der Mitarbeiterwerbung und je größer der Personalmangel ist, desto stärker muss man das natürlich einbeziehen. Das sind auf jeden Fall die drei Dimensionen, die wir uns als Zieldimensionen parallel vorstellen nachher für die Evaluation.

Ja, ja, es wird auch sehr spannend, also insofern freue ich mich auch auf die [unverständlich]. Ja, ähm, paar Gedanken, ähm schlage ich vor, dass wir es ein Stück weit strukturiert, ja, also damit auch ähm kein Element zu kurz kommt. [I: Ja, gerne]. Ganz in Ihrem Interesse und dass wir dann natürlich auch noch einmal zurückkommen oder schauen wo wo ergibt sich [I: Gerne]. Ähm, ja genau. Also ich, ich beginne so bei diesem, bei diesem, bei dieser ersten Fragegruppe. Ähm, wo sind ähm Herausforderungen? Ja, das sind so ein bisschen die Skizzen dort drüben, äh-

I: Da muss ich mal aufstehen. Die sind nämlich so klein, dass ich mal draufgucken könnte, [unverständlich].

Bitte, bitte, bitte. Also das Ganze ist jetzt in keinsten Weise druckreif, ja, also eher ein Brainstorming, ja.

I: Nein, nein, nein. Es ist nur, ich kann, ich kann nur- ich kann sie ja von hier aus nicht erkennen, weil-

Ja, ja, ja. Also das ist so meine erste Skizze mit dieser Annahme, dem würde ich eben ein Stück weit auch anreichern und hinterfragen. Ich hätte verstanden, Qualität- Menge führt zu mehr Qualität, wobei Sie schon sagen, dass ist notwendig, aber nicht hinreichend. Ja, das habe ich schon herausgehört aus dem Konzept, ja. Und, und dann die die Attraktivität des Berufs, ähm als, als entscheidender Faktor für, für die Menge oder für die Verfügbarkeit. Und ähm unsere Erfahrungen- natürlich würde ich es auch ergänzen wollen im Thema Attraktivität schon, aber es gibt ja viele andere Komponenten auch. Gut, zum ähm- erwartungsgemäß ähm die Mehrheit in Teilzeit und zugleich aber ähm sechsunundneunzig Prozent sagt, ja wir sind eigentlich zufrieden. Im Gegenteil, wir würden es weiterempfehlen. Und aus dem heraus, haben wir den Eindruck, dass die Zufriedenheit, die Identifikation mit dem Beruf durchaus gegeben ist und, und nicht ganz der Punkt ist, warum die Personen, vornehmlich Frauen, in Teilzeit sind und in Teilzeit bleiben wollen, ja. Möglicherweise, ähm aus der Vereinbarung Beruf, Familie. Familie im weitesten Sinne, auch Freizeit, jetzt nicht nur Kleinkinder. Immer mehr auch die Verantwortung für Ältere, für die eigenen Eltern. Ähm, bis hin auch, jetzt, das ist ein Thema aus der Chancengleichheit, ja. Insofern haben wir auch geschaut, ob Frauen in Führung, aber letztlich ja, Frauen wollen gar nicht in Führung oder zumindest nicht in dieser Führung, wie sie, wie sie das Bild haben. Also die die betroffenen Frauen, ja. Also das Ganze, um mal ein Stück weit vielleicht auch, ähm, zu, anzureichern, ich will's positiv formulieren, welche Rolle spielt Attraktivität, aber welche anderen Elemente sind auch notwendig in dieser Menge.

I: Wie sehen Sie denn aus, aus Ihrer Sicht, die ja dann letzt- [B: Fenster zu.] letztendlich auch ähm, ähm für Einrichtungen, in Einrichtungen arbeitet. Die ähm, die Verbindung zwischen, also zwischen der Notwendigkeit von Teilzeitstellen, um Dienstplanabdeckung hinzukriegen. Wie sehen Sie das denn, also ich mein, was, was ich da öfter höre von den Einrichtungsleitungen ist, wir haben morgens, wir brauchen morgens viele und abends viele. Geht nur mit Teilzeitkräften, sonst kriege ich das nicht hin. Mit Hundert-Prozent-Kräften kriege ich meine Dienstpläne nicht geschrieben.

Ja, also in der mobilen Pflege, ähm- ich, das heißt nicht, dass im anderen Bereich nicht so ist, aber ähm ich würde meinen ganz besonders, ja, weil es von der Zielgruppe ja Personen sind, die ein Stück weit den Alltag noch alleine managen, sondern eher so zu kritischen Zeitpunkten eine Unterstützung brauchen. Also Mobilbereich ganz sicher, also das muss [unverständlich] selbst gesagt haben. Ey, hallo, erstens wir brauchen nicht Frauen in Führung. Bei Gott, weckt nicht den, äh weckt nicht das Interesse, weil wir brauchen, wie vielleicht auch bei ihrer Studie, wir brauchen Leute, die die Arbeit machen, ja. Und auch, die [unverständlich] in Teilzeit bleiben, ja. Genau, um diese Randzeiten, ja, diese Stoßzeiten abzudecken. Immer interessant, auch wichtige Erkenntnisse, es sind vor allem, als achtundsechzig Prozent sind über vierzig. Also es dürfte ein Modell sein, Teilzeit, Randzeiten, das für eine gewisse Zielgruppe besonders attraktiv ist, ja. Mitunter hier vielleicht zu diesem Thema Attraktivität, würde ich sagen die Attraktivität und vermutlich auch zielgruppenspezifisch. Was bedeutet Attraktivität für Jüngere. Was bedeutet Attraktivität für Ältere und für die verschiedenen Varianten dazwischen, für Männer und für Frauen. Männer haben einen ganz anderen Zugang zur Pflege. Also Zugang. Oftmals sind es Personen, die vielleicht Medizin studieren wollten und nicht reingekommen sind, über den Zivildienst, also da gibt es ein paar Studien, nicht so viele. Frauen gehen meistens in den Beruf hinein mit der Idee, ich möchte für andere was tun und, und oft behalten sie auch diese, diese Vision für sich und, und aus dem heraus die Zufriedenheit. Also ich denke, Attraktivität, wenn wir das breiter sehen oder zumindest breiter sehen, als ich es zu [unverständlich] gesehen hab, dann, steckt sehr viel drinnen, ja.

I: Das heißt, da gehen wir jetzt wieder von Attraktivität jetzt quasi von der äh Berufsattraktivität als Abstraktum weg und machen das sozusagen stark im individueller Bezug. [B: Ja, das gefällt mir.] Sie

brauchen was Anderes zur Attraktivität als ich, wir machen aber die gleichen Stunden, ich brauch nur was Anderes. [B: Ja, ja, genau. In meinem Kontext. Ich meine Kontext, ja.]. Sie müssen `ne Familie versorgen, ich muss zum Friseur gehen. [B: Genau, in meinem, in meiner Lebenswelt. Das ist attraktiv.]. Okay, das heißt, das machen wir jetzt individueller, lebensweltlicher Bezug, okay.

Und, ich spring so zu unserer Frage, wo Sie dann sagen, was braucht es jetzt konkret für die Umsetzung, ja? Könnte ich mir vorstellen, das wäre zum Beispiel unser Zugang, Raum zu schaffen, um diese Attraktivität von den Betroffenen her definieren zu lassen, ja. Also was ist für euch, das haben wir da erfragt, ähm das sieht man jetzt nicht, aber unter welchen Umständen ähm würdet ihr von Teilzeit auf Vollzeit gehen? Also erstens, streben Sie es an? Und zweitens, unter welchen Umständen? Das muss jetzt nicht diese Frage sein und es muss auch kein Befragen sein, das müsste man noch überlegen, sind es Fokusgruppen, aber wirklich bei den Betroffenen und nicht andere [unverständlich] weil da, ja sicher ist niemand und nichts, aber ziemlich sicher oder da gibt's einige Hypothesen in die Richtung, dass natürlich in der Pflege das ganze Bild Führung, das ganze Bild ähm ent-berufliche Entwicklung ein anderes ist als vielleicht in der IT-Branche oder sonst irgendwo, ja, ähm wo Führung in der Regel positiv besetzt ist. Was, du bist Führung? Wow. Aufstieg. Warum Führung? Ich will ja mein Team nicht verlassen. Ich will ja jetzt selbst nicht auf dem Podest stellen, also-

I: Die Erfahrung habe ich auch gemacht, dass äh was mich da sehr gewundert hat, ähm, dass es immer die Diskussion, äh, ist, äh, Führung heißt in dem Fall, ich muss vom Bett weg. Mal ganz praktisch gesprochen. Dafür, sag ich, dafür hab ich den Job nicht ergriffen.

Genau, zwei Drittel haben wenig Interesse an Führung. Da haben wir erst überlegt, Moment, wir haben eigentlich gedacht und wir werden's auch tun, Führungskräfteentwicklung, ist auch für Sie ein Thema, aber im Kontext der Führung für die Pflege. Nicht im Kontext der Führung für die Beratung, weil das ist was Anderes. Und wenn Führung, dann Verantwortung für das Team, also vielleicht stärker vielleicht auch so Begriffe wie Koordination, ja. Also du machst es für, für, für, für diejenigen, die im Bett sind, ja, klarerweise, aber auch für deine Kolleginnen. Du bist nicht, du willst nicht besser sein, aber du ermöglichst was.

I: Also jetzt im gewissen Maße ist es `n semantischer Trick, ja, zu sagen, äh, du koordinierst und sorgst für das Team. Ich nehm das sorg- die Sorge der außen und nehm die Sorge jetzt in, in die Organisation äh und nenn's dann nicht mehr Führung.

Ja, es ist ein semantischer Trick, aber es steckt wirklich was dahinter.

I: Ne, ne. Ist ja gut. Es ist `n guter semantischer Trick.

Wenn wir zur Führung kommen, wir praktizieren das auch in, in anderen Branchen und erst Recht in dieser Branche [unverständlich] Führung als jemand, der, der empowert, der ermöglicht, ja. Nicht der Bessere, der Chef, der Diktator schon gar nicht, aber einer, der diese Sensibilität und dieses Interesse bringt, so ungefähr hab ich's [unverständlich]. Es ist, es geht jetzt nicht darum, ähm so quasi, schon gar nicht, etwas vorzugeben, sondern äh empoweren, um noch bessere Ergebnisse zu ermöglichen als Ziel, ja. Also, das ist manchmal grad Führung. Genau. Wir können auch jetzt hier abschließen, wenn Sie wollen und bitte stellen Sie Fragen, was Sie darüber hinaus-

I: Wir reden doch schon gut miteinander.

Super. Genau, also das, ja. Ist es das einzige, beziehungsweise, was heißt Attraktivität, wer definiert das und äh unsere Empfehlung und meine Empfehlung, die Basis auch einbinden, ja. Okay, Wirkungsmodell, ja. Genau. Gut, und dann hatte ich eben diese INQS, das haben wir ja schon angesprochen, passt das so zusammen. Gut. Ähm und dann war ziemlich bald bei diesem

Block die Frage, braucht es ein anderes Konzept oder nicht, die Frage zwei, ist ein anderer Personalmix vorhanden, braucht es ein anderes Konzept, ja? Ja, ich denke schon. Es braucht ein anderes Konzept, ja. Weil, wenn ich Sie richtig verstanden hab, Ihre Intention, geht es ja nicht darum, nur mehr Personal zu haben, sondern, dass dieses Personal auch anderes arbeitet, ja. Stärker kompetenzorientiert. Also was kann ich als Diplomkrankenschwester und das tu ich und was ich nicht tun brauche, möge meine Kollegin tun.

I: Das ist, äh, die Idee, die wir natürlich auch aus'm Ergebnis heraushaben würden und wir brauchen nicht viel mehr Fachkräfte. Die Fachkräfte haben wir eigentlich für die Fachkraftaufgaben. Die Fachkräfte machen nur was anderes als Fachkraftaufgaben. Dadurch kommt sekundär großes Personal- Fachkräfteproblem.

Also auch ähm ich denke eine interne Veränderung, die Anfangs, auch unabhängig von der Frage, kommen jetzt dreißig Prozent dazu, weil stärker kompetenzorientiert, ja. Und zusätzlich und zeitgleich, je nach dem in welcher Reihenfolge eine Vereinbarung, wann dreißig Prozent dazukommen. Und so, und so dass die dann anders ist, ja. Und die Herausforderung ist, beides zu managen und einen guten Mix, ja, zwischen einer internen Vereinbarung und einer externen- ja. Also das sind die zwei Pfeile, ja. Und das ist die Einrichtung. Da kommt von draußen kommen dreißig Prozent, von intern – [I: In Bremen sagen wir auch, wir müssen uns anders organisieren und dann diese Leute dazu, ja.] egal ob diese oder andere, wir müssen anders ticken, wir wollen anders ticken, würde ich gleich sagen, ja. [I: Das ist natürlich gut.] Also das muss, das muss von den Leuten entdeckt werden. Okay, ähm, Beschreibung, norm- ja, beschreiben, natürlich, ähm, ist erst mal normativ, ähm, ermittelt worden, aber letztlich als Voraussetzung, damit es reift, braucht es eine Einstellung der persönlichen, also eine Veränderung der persönlichen Einstellung, ja. Wir werden auch überlegen, was es bedeuten kann, in der Begleitung auch, letztlich die Personen so zu unterstützen, dass sie's für sich entdecken und möglicherweise gibt es dann im Detail paar auch einen Rahmen, aber auch unterschiedliche kleine Wege, ja, unterschiedliche Wege, die, sagen wir mal so, auf den Berg führen, ja. Ähm, eins, drei. Äh, Sie sind zu Beginn viel systematischer, hier habe ich mich ein bisschen, ja. Eins, drei. Naja, Auswirkungen, ähm. Kurzfristig ist es, gehen wir davon aus, ein Mehraufwand, ja, klar. Weil, weil mit dem- muss ja die Organisation managen, es muss ja irgendwie-

I: Schon, also es ist kein, es ist kein ruhiges Geschehen für einen gewissen Zeitraum.

Ja, genau, also es ist glaub ich. Es überrascht auch niemanden aber, sei es im ersten, zweiten, dritten Jahr ist es eine Zeit der Veränderung, auch natürlich der Ängste der Funktionen, auch eine Chance, ja, aber das-. Längerfristig, wenn sich's einstellt natürlich diese Entlastung, die Sie auch ansprechen, wodurch mit dem was schon da ist, besser gearbeitet werden kann und wenn dieser Beruf attraktiver wird idealerweise.

I: Doch, das muss man auch betonen, wenn man nach außen geht, zu sagen, wir haben eher vor allem langfristig, äh langfristige Effekte, sowohl was Qualität, als auch was Organisationsquali- also Ergebnisqualität als auch was Organisationsqualität angeht.

Ja, wobei es könnte ich nur unterstützen. Es geht auch nicht anders. Es ist ganz klar, dass es kurzfristig nicht so, zack- ja, herbeigezaubert werden kann.

I: Ja, ja, das was wir hier. Das was, das was wir manchmal in den Vorträgen sagen oder wie ich das immer formuliert habe, ist, ähm, es gibt ein paar Studien zum Thema wie empfindet ihr denn quasi euern Arbeitsalltag dazu. Das ist ja immer sehr, sehr schwierig das abzufragen, weil es ist ja kein-mittelgute Instrumente nur gibt. Aber man kann natürlich fragen, wie empfindet ihr denn- und wenn sie sich überlastet fühlen, ist das eigentlich schnurz, ob sie überlastet sind oder nicht. Und ähm, `ne

ganze Reihe von Leuten sagen, ich hab so eine, eine, so eine Arbeitsverdichtung, die jedenfalls empfunden so ist, dass ich kompensatorisch Abstriche an der Qualität meiner Arbeit machen muss. Ich kann nur auswählen, was sind wichtige Tasks. Die erledige ich. Die erledige ich so gut ich kann und andere Sachen lasse ich entweder ausfallen oder die mache ich einfach schlechter kompensatorisch sozusagen. Und da sind wir genau, glaube ich, an dem Punkt äh da auch zu sagen, ihr kommt aus der Falle, aus diesen, aus dieser, aus dieser inneren Anspannung raus, dass ihr unter eurem eigenen Anspruch arbeiten müsst. Und das ist wichtig, das zu betonen. Langfristig könnt ihr anders arbeiten, aber da müssen wir jetzt noch einmal durch zusammen. So kriegen wir's vielleicht hin.

Ja, ja. Würde ich auch so sehen, ja. Ähm, da bin ich jetzt bei Nummer zwei. Also Funktion der Leitung, Nummer zwei. Ja, ist hier jetzt ein schöner Übergang. Ähm, was bedeutet es- jedenfalls, ja, also auch ähm, wie, wie arbeitet bislang das Team, wobei das natürlich in jeder Einrichtung dann auch wieder ein Stück weit anders ist, ja. Da denke ich, das ist sehr auch von der, von den konkreten Personen, die vor Ort sind. Also insofern ist eine Standardisierung ein Stück weit schwierig, ja. Aber prinzipiell, ähm, eine, ein noch ähm stärkeres Hinschauen auf Delegieren, ja, also als Führungskraft. Was, was kann ich, das muss ich letztlich auch und dann sollte ich wollen, dass ich es jemand anderem geben, ja.

I: Das sollte ich wollen. Ja, ja, ja, das ist eine schöne Formulierung.

Sehr kompliziert, gel. Aber ja, genau. Und ja so so sehr unterschiedliche eigentlich Ansätze, ob ich jetzt ähm delegiere, im Sinne wie ich Verantwortungen trage, ähm, ob ich, äh, Verantwortung teile, ob ich meine überzeugen zu müssen, ja, oder einfach schlicht und einfach sage, du musst tun, also, ja. Auf diese Art und Weise, das ist ja so'n bisschen ein Hinweis, wie könnte die Umsetzung sein, aber das ist unser Zugang, und vielleicht zu Beginn reflektieren, wo sehen sich die Führungskräfte, wie sieht, äh, das Team die Arbeit der Führungskraft, äh in welchem Feld, was bedeutet diese Erneuerung. Also so würden wir arbeiten, ja. Sehr klar im Sinne der Selbstreflexion.

I: Das heißt aber auch viel erst mal, äh, Definitionen übereinbringen.

Ja, und, und hören, was, was versteht die Einrichtung. Wo, wo sehen sich die Leute, die, die diese Veränderung tragen sollen.

I: Ja, okay. Das heißt also dann quasi, der sozusagen der Aufnahmeprozess, was habt ihr hier und was, was meinst du, was Führung ist und was meint sie Führung ist. Der Geführte und die Führung, was meinst du was das ist und, genau, kommen wir da zusammen. Aber da erst mal Konkurrenz-

Ja, ja, genau, genau. Was ist, was wird als Ist-Situation empfunden, was wird als Soll empfunden, was hilft, um dahinzukommen. Ähm ja. Und eher in kleinen Einheiten, eher in, in Piloten, Piloten, im Sinne von Einrichtungen, ganz am Anfang, innerhalb der Einrichtung vielleicht auch Teams, die Primärmotivation haben, ja. Idealerweise, ja, klar. Immer die Energie nutzen, die schon da ist. Ja, genau. [Unverständlich] selbst, für Bereiche, die wir sehen. Fangen schon mal an bei sich selbst, ja. Also, gut zu schauen, muss ich das überhaupt tun oder, wie gesagt, delegier ich es. Und, wie Sie sagen, es ist gar nicht so einfach.

I: An sich ´ne schwere Sache, deswegen ist es aber `ne besonders schwierige Sache-

Weil es vielleicht auch Tätigkeiten sind, die einem entsprechen oder die im Moment auch, ähm, auch gerade gut passen oder wo man das Gefühl hat, jetzt muss ich die Kollegen stören und bevor sie`s nicht wegmachen, mach ich`s. Gibt dafür [unverständlich] Menschen für, ja, irgendjemand. Und Netzwerke finde ich interessant, weil es hat sich herausgehört, was ist mit den anderen Professionen, die mitwirken.

I: Wir sind natürlich in der, in der- bei uns heißt das indirekte Pflegeleistungen oder halt indirekte Pflege, sondern indirekte Pflegeleistungen. Das ist natürlich ein wesentlicher Punkt, wenn ich da unsaubere Kommunikations- und Übertragungsstrukturen habe, verbrenne ich einfach mag Zeit. Und, und die Energie der Leute und, und ich mach es vor allem jeden Tag wieder. Und, äh, härtere Frustspiralen gibt's ja wohl nicht, als immer wieder schlecht Strukturen zu legen.

Genau, hier dürfte ihr aber nicht, die Stakeholder sind die wichtigsten, aber sehr wichtig sind natürlich die Angehörigen, ja. Also, ähm, wenn wir da bei diesem Projekt auf der Interventionsebene mobile Pflege stärken wollen, möchten wir und werden wir genau dort schauen, was sind die wichtigen Punkte für die mobile Pflege als Führungskraft. Allgemein, sondern was sind die Punkte, wie geh ich damit um. Ja, okay. Also da, ähm, so mal als ähm übergreifende Bereiche, wo Führung tätig wird. Ja und Führung, wie gesagt, zunehmend als eine Person, die, ähm, zur Verfügung steht, die bestärkt, ja. Nicht, die etwas befiehlt. Ähm, ja, also leadership habe ich hier, ja. Das ist vielleicht auch wieder nur ein, ein anderer Begriff, aber dahinter steht wirklich auch ein anderer Inhalt, ja.

I: Ja, leadership ist glaube ich, was, was der Unterschied ist, wenn ich das höre, ist, das ist halt der [unverständlich]. Leader- leadership ist halt, ich muss- hab ich dann andere Identifikationen als vielleicht mit Führung als Prozess zum Beispiel. So empfinde ich das jedenfalls. Es gibt Schlagworte, die, die man besser nicht aus dem Englischen, es gibt welche, die, die transportieren andere Qualitäten, andere und leadership ist glaube ich eher eine positive Rolle, die ich annehme. Und Führung, ich mein von Führung und Führer in Deutschland mal ganz abgesehen, vom heutigen Stand, ist es, ist es glaube ich positiver besetzt, aber das ist auch sicherlich auch mein Empfinden.

Genau, ja. Und auch, äh, in, in der Wirtschaft, auch in anderen Branchen wird das gefragt, beziehungsweise, wir sehen, dass es Früchte trägt. Eben diese, diese, diese leader noch stärker als ein Koordinator, ja, als, als jemand der einem das ermöglicht zu, zu positionieren, zu sehen es gibt Personen da hin zu stärken.

I: Wie bringen Sie das denn mit, ähm, wir sagen mal letztendlich mit Disziplinarvorgesetzten. Trennen Sie das in den Rollen? Was machen Sie in den Teams quasi `ne, `ne Struktur, wo einer nicht herausgehoben wird, sondern der primus und der paris ist, der Dinge ermöglicht, bisschen stärker strukturiert als die anderen, weil er's kann vielleicht. Der dann aber- trennen Sie das von zum Beispiel, ähm, Sanktionen von, äh, Personalverantwortung? Wie machen Sie das? Oder wie würden Sie es machen?

Das ist ein- ja, ich mein, ich würde mal schauen, was da ist. Was die Innengruppe verträgt. Aber prinzipiell die Sanktionen oder die, die Konsequenz nicht als etwas, was äh unter Beziehungsfehler zwischen diesen zwei Personen stattfindet, sondern was, ähm, ja, [unverständlich] ist und letztlich von der Person, die vielleicht das Team verlässt, so gewollt und, und Vorteile für beide Seiten bringt, ja. Ähm, möglicherweise auch von der Gruppe getragen, beschlossen. Es gibt ja auch Modelle, in routinierter leadership, ja. Die Gruppe selbst, wüsste ich jetzt nicht, ob es hier jetzt passt, weil die Qualifikation dann doch vorab eine andere ist, ja, aber wo die Gruppe selbst auch, ähm, für ein Jahr sich überlegt, okay und wer übernimmt diese koordinierende Funktion.

I: Okay, letztendlich ein demokratisches System haben sozusagen.

Ja, ja, also man kann vieles, ähm. Man kann alles überlegen, ja, ja. Ja, ich überlege, ob ich- aber sonst komme ich auf das zurück, ja. Okay, ähm, ja das ist [unverständlich] Comics, ähm sehr gut [unverständlich]. Und das, als ich das gesehen hab, in der [unverständlich], hab ich gedacht, ja, das vielleicht ein, eine, ein bisschen eine [unverständlich] naja, Kritik nicht, aber einfach Realisierung, ja. Weder die [unverständlich] noch die Organisation ist im Grunde genommen eine

Maschine, ja. Also bei aller Versuche zu standardisieren, braucht es immer einen Prozess, der für die Einrichtung passt. Was wir schon standardisieren könnten, das fällt mir jetzt ein, ist ein Stück weit auch die Ausbildung von Multiplikatoren, die in den Einrichtungen, ähm, mit, mit ihrer persönlichen Sensibilität das dann voranbringen, ja, und so vernetzt sind, dass sie sich auch austauschen, dass sie, ja, dass sie sich gut unterstützt fühlen von Peers. Genau, also, das ist noch mal zu sagen. Das wird es nicht sein, ja. Ein Simulator da kommt das und jenes und jenes und dann haben wir das Patentrezept. Ähm, das ist nur so `ne Grundannahme und das meine ich jetzt nicht nur, ja, normativ, sondern, ähm, auch aus der Erfahrung heraus, ja. So, sie sind der [unverständlich] Charakter. Egal, wie klar etwas schon ist, ist auch dann die persönliche Auseinandersetzung im Teams, ähm, das, äh, zum Beispiel eine Entlastung für die Diplomkrankenschwester sinnvoll ist. Vielleicht sinnvoll, weil dann jeder mehr Zeit hat, genau für das, was er will, ja.

I: Ja, okay. Haben Sie da die Anforderung nach Konsens da? Ja, würde Sie das sagen, das ist das Entscheidende, dass ein umfassender Konsens entsteht?

Na, wir, ähm, wir entdecken immer mehr die Vorzüge der Soziokratie. Das heißt, wer hat einen, ein berechtigtes, einen berechtigten Einwand, ja. Also, das ist ein großer Unterschied. Ich, ich hab Sorge, weil ich kann mit dem einfach nicht mit. Oder sagen wir, gut, das wäre jetzt nicht ganz meine Wahl, ja. Ist ein großer Unterschied. Also, ähm, wenn irgendjemand eine, eine berechnigte Sorge oder einen Einwand hat, sollte man bei dem bleiben und schauen was ist es und wie können wir es lösen. Aber wenn es jetzt nur von ein paar Personen nicht die Präferenz ist. [I: Mh, okay. Schöne Beschreibung an der Stelle.] Also das ist ja ein, auch eine Herangehensweise, auch ein Element unserer Begleitung, wo wir uns sehr viel leichter tun, weiterzukommen in Teams, ohne diesen Konsens, weil es braucht ja nicht unbedingt Kon- Jeder ist auch ein Stück weit anders, [unverständlich], ja.

I: Mir gefällt das sehr gut, dass zu sagen in Kerndefinition brauchen wir `n Konsens. Das ist aber uns jetzt egal wo, wo wollen wir hin oder wie ist jetzt Führungsverständnis. Okay, das ist schon gut, wenn Konsens da ist, aber in dem, was faktisch gemacht wird, äh, darf es ruhig unterschiedliche Meinungen geben, trotzdem irgendwas da ist. Es darf halt nur nicht die Handlungsfähigkeit [unverständlich]. Okay, gut, finde ich sehr sympathisch.

Ja, lernen, ja. Lernen überhaupt, denke ich, ist, ist wichtig und interessanterweise war da auch wenig Interesse für Führung aber sehr großes Interesse an Weiterbildung und eben Weiterbildung jetzt eben nicht weil ich Führungskraft oder aufsteigen will, sondern weil ich an dem Austausch Interesse hab, ja. Ähm, also es ist etwas, in diesem Setting jedenfalls, was wir nutzen wollen um so, um, um die Attraktivität zu erhöhen. Okay, ja. Und dann natürlich, das ist ein bisschen die Beschreibung von dem, ja. Aber wir müssen uns die sozialen Systeme, also da ist ein Teil Funkendynamik, die über [unverständlich], ja. Insofern ein Stück noch mal relativieren, ähm, was kann standardisiert werden, was nicht.

I: Wobei mir jetzt auffällt, in allem, was Sie hier auch bisschen angefallen hab, sind Sie ja sehr stark, ähm, äh, auf der Interventionsebene eigentlich Individuumsorga- äh bezogen, nä. Also Sie sind ja also es, es, Sie gehen sehr stark vom Individuum aus, nä, in dem.

Ja, im Vergleich zu einer Gruppe, oder, oder?

I: Ja, oder zum- man könnte von der Organisation ausgehen, von Organisationszielen ausgehen oder man könnte von äh wirtschaftlichen Zielen ausgehen, ist ja alles offen. Und Sie gehen sehr stark auf der Mikroebene von den eigenen Personen aus.

In unserem Diskurs, ja. Da ich jetzt mal abgehakt gesehen hab, dass Thema der Qualität. Ich denke Qualität ist das organisationale Ziel. Diese Qualität zu erhöhen, wie auch immer sie definiert wird, ja. Also das hab ich schon gesehen, oder würde ich schon sehen.

I: Ne, ne. Das ist jetzt auch gar keine Kritik. [B: Nein, nein, nein, um das zu erklären.] Die Geschmacks- das ist quasi die Geschmacksfrage wie Sie rangehen an die Sache. Mich interessiert ja in erster Linie, wie würde Sie's anpacken. Und Sie- bei Ihnen sehe, gehe ich, sehe ich ganz stark halt einen individuell befähigenden, im Team, im kleinen Teamkontext eingebundenen Handlungsanhang.

Naja, jetzt wären wir schon bei Frage was auch immer, achtzehn, das ist ein bisschen- Ähm, würden mir ein- äh ja das Ziel hätte verstanden und das müsste oder könnte riesengroß hier stehen, ja, ist diese Qualitätsicher- und Steigerung, ja. Also das wäre, hätte wahrscheinlich auch das Ziel der Organisation. Natürlich, damit die Leute dann letztlich mitmachen, müssen sie, egal welcher Veränderungsprozess, für sich persönlich etwas entdecken. Also für- Und deswegen bin ich so auf dieser Ebene.

I: Aber das ist ja genau der- Das ist ja genau der logische Schritt, damit die Organisation funktioniert, muss das Individuum was davon haben. Das ist ja eher die schlichte Version davon, sozusagen. Und das ist der Ansatz, den Sie sehr konsequent hier verfolgen. Ich habe auch schon mit anderen Leuten gesprochen, die es anders machen. Das finde ich sehr sympathisch, und das ist quasi Rückmeldung, was sie gerade transportieren.

[unverständlich] in zwei Sätzen. Wie geht es sonst?

I: Na, ich kann das nicht viel stärker von der Organisation, ich kann viel stärker aus Strukturen rausdenken. Ich kann viel stärker sagen, ähm, ähm. Das ist jetzt nicht so, dass noch niemand jetzt sagen würde quasi, als hätte ich noch niemanden gesprochen, der jetzt gesagt hat, okay ich hab auch 'ne Befehlsgewalt und ich hab Gehorsam, ich denke das strukturiert durch, sozusagen. Das, das natürlich nicht. Aber ich kann natürlich viel viel nicht vom- Sie machen das ja auf der mikropsychologischen Ebene, zu sagen, wenn das Individuum selber den Gewinn spürt, geht es den Weg mit. Und Andere sagen viel stärker, das Individuum ist- muss, ich muss nicht jedes Individuum persönlich packen, sondern- vielleicht es reicht, wenn die Organisation gut funktioniert. Dann muss das Individuum mal was machen, was einem selber gar nicht so einleuchtend ist. Ich muss ihn nur irgendwie mitschleifen.

Ja, ja. Ich würde sagen, nicht jeden einzelnen, aber eine kritische Masse schon.

I: Andere denken das halt viel viel stärker aus Führungsstrukturen raus, aus, äh aus-

In dieser Einführungsphase, wenn das dann etabliert ist und, und äh das zu einer Selbstverständlichkeit geworden ist, dann kann es und wird es ja auch, äh, verankert werden und nicht mehr in Frage gestellt, ja. Aber ich denke jetzt an diese Übergangsphase, diese Pilotierung, ja. Wo die Leute sagen, wir haben's aber bis vorgestern alles gemacht. [I: Schon wieder was Neues.] Ja, warum sollte ich jetzt überhaupt, ja? Also diese Fragen, diese denke ich immer. Diese Herausforderung. Und darum hier nun die Frage, was wäre unsere Empfehlung zu dieser- ah ja, das ist bei der Auswahl der Modelleinrichtungen. Ähm, [unverständlich], ja. Ähm, ich denke wichtig zu als Anhaltspunkte, um die Modelleinrichtungen auszuwählen, ist mal die Zielgruppenstruktur. Ich werde- ich geh mal davon aus, dass sich einige Einrichtungen, ja ein bisschen größer, ein bisschen kleiner. Möglicherweise sind einige stärker auf Demenz, andere auf, weiß nicht auf Jüngere oder auf Ältere. Also ich vermute, dass das mal interessant ist, da einen guten Mix zu haben, ja. Oder sich zumindest bewusst zu sein, mit welcher Zielgruppe arbeiten diese Einrichtungen, ähm.

I: Ja, das auf jeden Fall.

Brauchen wir diese Mischung oder wollen wir's eher einheitlich haben? Also das spielt eine Rolle, so Merkmale der Einrichtungen, ja.

I: Ja, ich denke da im deutschen [unverständlich] stark differenziert nach, äh, quasi Einrichtungen, die quasi alles spülen und gesonderte Versorgungsverträge, die Spezialeinrichtungen. Ich denke Spezialeinrichtungen würden wir vermutlich für die Pilotierung eher außen vor lassen. [B: Zum Beispiel. Also, das was bewusst ist, was-] Wir machen was für die, für die zwölf tausend normalen Einrichtungen und die anderen tausend, die kriegen wir später ersetzt. Könnte ich mir vorstellen.

Dann als Zeitpunkt mein, ähm, meint sicher mal auf diesen objektiven Bedarf hinzuschauen. Also das dieses, dieses Delta zwischen dem, was die Einrichtung tut und wo aufgrund [unverständlich], ja. Also wo ist ein großer Bedarf, denn wenn er zu klein ist, ist vielleicht nicht so- der Handlungsbedarf nicht so sichtbar. Weder für Sie, noch für die Einrichtung, ja. Wenn Sie sagen, ey hallo, ihr müsst jetzt vierzig Prozent mehr haben, ja. Erstens sind Sie überzeugter von der Notwendigkeit und auch die Botschaft ist eine andere, ja. [I: Das stimmt.] Und drittens, und jetzt sind wir wieder bei diesem Individuum. Ähm, auch ein Weg, ähm, gehen, wo sich Einrichtungen interessieren, ich möchte fast sagen, bewerben, ja. Also sie dürfen mitmachen. Sie müssen gar nicht. Sie dürfen. Erstens ist es ja eine schöne Botschaft, mehr Personal. Ähm, aber, und mehr Personal mit der Verbindung auch, ähm, mit, mit einer gewissen, ähm, mit einem gewissen Interesse und aus dem Interesse eine gewisse Verpflichtung diese Pilotierung gemeinsam zu gehen und, und, und aus dem ein Lernprozess, ja. Ich phantasie jetzt. Vielleicht auch zu Beginn, ähm, wirklich nicht etwas normal, ein Bewerbungsplan, dass sich Einrichtungen mal interessieren. Vielleicht mit einem Workshop mal schnuppern können, mal was bedeutet es, worauf lassen wir uns ein und dann gibt es mal ein ja und aus dem heraus- mit einer ganz anderen [unverständlich] gehen die Einrichtungen das an, ja.

I: Also, für die, für die Studie, diese Messstudie, die wir gemacht haben sozusagen. Da sind im Prinzip meine Leute und die Datenerheber letztendlich dann, je nachdem, wie man's rechnet, ein oder zwei Wochen in den Einrichtungen gewesen. Da haben wir jetzt Einrichtungen auch durchschleifen können, die so halbwegs mit Mot- also da so halbwegs mitmachen wollte, nä. Das sind `ne Handvoll waren, die einfach nachher gesagt, unser Träger hat gesagt, wir sollen mitmachen, das ist für uns aber Mist, das können wir nicht, dann haben wir die rausgenommen. So und die bei denen nicht die Zustimmung so super doll war, die haben wir im Prinzip da durchschleifen können für die Messung. Ja, aber wenn wir das für alles, was wir jetzt darüber hinaus machen. Ich brauch `n Commitment auf allen Ebenen. Ich will da hin. Ich will in Betriebsversammlungen. Ich will mit jedem einzelnen da reden können, dem in die Augen gucken können und sagen, geht der das mit oder nicht und wenn ich da nicht `ne kritische Masse habe, brauche ich das auch nicht anzufangen mit so `ner Einrichtung. Im Moment machen wir das so, wir sammeln die Interessenten, die auf uns zukommen. Wir haben jetzt noch nichts ausgeschrieben, aber es kommt immer wieder in die Richtung. Ich sammel die bei mir und sag den allen, sobald wir Informationen darüber haben, erstmal wie der Zeitframe ist und was inhaltlich dann bei euch passieren soll, melden wir euch. Dann machen wir entweder ein Online-Seminar oder wir machen eine Infoveranstaltung. Dann gucken wir mal, wer von euch noch Interesse hat und wenn ihr noch Interesse habt, dann will ich in die Einrichtungen und will zu jeder Einrichtung einzeln sagen, so, ihr hundert Leute, geht ihr das mit oder geht ihr das nicht mit. Bei andere- bei so `ner Erhebungsstudien geht anders, aber bei so einer Veränderungsstudie geht das nicht. Nur das dazu.

Also, das wäre genau dieser Punkt, ja. Das wäre genau dieser Punkt. Was habe ich noch offen.

Also, das haben wir ja besprochen, da würde ich nur noch ein bisschen auch so zeigen, es ist jetzt nicht eins zu eins, aber, äh, ein Stück weit, ähm, worauf wir setzen, ist eine gute Mischung

zwischen, ähm, Input, ja, also so auf [unverständlich – monetärer?] Ebene, Befähigung, äh, kann auch durch externe noch, äh, Kamingespräche oder dergleichen. Was sich immer, als das hat sich immer schon bewährt, was wir immer einsetzen, ist, ähm, Peergruppen zu binden, ja. Entweder Einzelcoaching, ja das ist so, so `n Einzelcoaching, ist auch gut und genauso, wenn nicht besser, sind Peergruppen. Genau, genau. Also die Vernetzung ist wichtig. Ähm, das motiviert, das ist auch noch sehr Potenzial. Natürlich ein geschützter Raum. Man darf und man soll experimentieren. Man kann vielleicht auch sagen, ja das war blöd, das funktioniert nicht. Die Pilotierung wirklich alleine, soll ja dazu dienen Erkenntnisse zu gewinnen, wie kann es funktionieren, was ist greifbar.

I: Letztendlich sind das zwei Ziele. Das eine ist, was können wir erreichen, indem wir wirklich viel Energie reinstecken und gleichzeitig zu gucken, was kann man mit mittelviel Energie in Fläche packen nachher. Das sind die einzelnen Punkte. Und dann die extremen Piloten sozusagen, gucken wir nachher dann mit gezieltem Aufwand, in der Fläche das einsetzen.

Ja, das ist auch so etwas, also für konkurrierende Träger in dem komplizierten Bedarf. Ja, ähm, Sie sehen, ich brauche sie gar nicht beschreiben, jetzt natürlich auch aus einer gewissen Fragestellung heraus, ja. Ähm, aber immerzu eigentlich Workshop-artig, ähm, bauen so auf. [Unverständliches Gemurmel] was Akutes einfällt. Ähm, also die Änderung der gleichen, ja, engere letztlich schon allein, weil es zwanzig Einrichtungen sind und das gleiche, wenn man dann sagt dreizehntausend nutzen [unverständlich] braucht und gibt und, ja.

I: Ist glaube ich der einfachste Weg das nachher in die Fläche zu bringen.

Ja, genau, genau. Und dann so, so ein einrichtungsübergreifendes Team. [I: Ja, okay.] Jetzt habe ich ziemlich viel gesagt, ja, aber-

I: Ich hab sogar noch mehr Fragen [lacht].

Gut, gut. Dann schauen wir noch. Ähm. Bin auch froh, dass wir, dass wir es vorverlegt haben, ja, weil ich, äh, ja.

I: Sie müssen gleich noch weiter, nö?

Ja. Müssen, wollen, ja. [lacht]

I: Wann müssen Sie weiter?

Äh, vierzehn Uhr?

I: Ja, okay. Das kriegen wir doch hin.

Ja, passt? Und ähm vielleicht fünf Minuten, um dann doch bisschen aufzuräumen. Passt, ja.

I: Gut, das machen wir das.

Ja, gut, aber, ähm-

I: Habe ich das richtig verstanden, dass Sie im Prinzip eigentlich, das war auch hier mit drin, sagen, ich hab eigentlich einen ganz normalen Veränderungsprozess, den ich in den Einrichtungen sonst auch machen könnte, nur kriege ich jetzt noch dreißig Prozent mehr Personal dazu. Ist das, ist das eigentlich die, im Prinzip ist das doch die Perspektive, oder? Ich mach `ne Vision für die Einrichtung, die könnte ich mit oder ohne mehr Personal umsetzen, diese Vision. Und ich hab jetzt noch `ne zusätzliche Anforderung hier, [B: Ja, man könnte es so sehen auch.] nämlich ich hab vielleicht- ich muss noch vielleicht zehn Leute sinnvoll integrieren, sowas.

Ja, und das könnte ja auch ein Zufall sein.

I: Ja, genau. Sowas, aber so rum könnte man es natürlich auch framen. Sagen, dass, dass sind Veränderungsprozesse, die wären bei euch eh nötig oder sinnvoll, nicht nötig, sinnvoll und die integrieren euch gleich im Vorbeigehen noch eure zehn zusätzlichen Köpfe und zwar so, dass die anderen entlastet werden und, und, und. Okay.

Ja, ja und ich würde soweit sagen, ähm, weil ich's auch wirklich meine, ähm, wenn die Frage dann kommt, oder auch wenn sie nicht kommt, aktiv sagen, warum tun wir das Ganze. Genau, um die Freiräume zu schaffen, die für euch wichtig sind. Gerade, weil dann auch mehr Zeit bleibt für was auch immer, ja. Also insofern zu Beginn den Diskurs, also was freut mich, was gefällt mir an meinem Beruf, was, wovon würde ich gerne eigentlich mehr wollen, ja? Und indem sich das Team anders organisiert, besser organisiert, indem auch ein paar Leute dazukommen, kann das auch für den Einzelnen sein, ja.

I: Inwiefern nehmen Sie in der Arbeit, wenn Sie jetzt gerade in der Pflege hier arbeiten, die- eine Diskrepanz zwischen Selbstanspruch an das eigene Handeln und dem was ich, wie ich handeln kann in der Betriebswirt- wirklichkeit sozusagen. Nä, also ich, ich- das was ich eben gesagt habe, kompensatorisches Andershandeln sozusagen. Begegnet Ihnen das, dass die Leute sagen, ich hab einfach einen anderen Anspruch an meine Arbeit, ich mach das zwar hier, aber letztendlich zermürbt mich das, dass ich permanent- Sie wissen wie das ist, wenn sie inner- intrapsychische Aushandlungsprozesse haben zwischen das müsste ich leisten und das kann ich leisten und permanent mit `nem, mit `ner Diskrepanz dazwischen nach Hause zu gehen. Begegnet Ihnen das?

Also auf der theoretischen Ebene, sage ich mit Sicherheit, [I: Ja, aber praktisch-] weil, äh, egal welche Mitarbeiterumfrage, es gibt immer Unzufriedene und Unzufriedenheit hat jetzt, wie auch Zufriedenheit, hat ja nicht nur mit dem Beruf zu tun, ja. Es ist der Mensch in seinem Kontext. Klar, äh, ich denke, wo man gut hinschauen muss und wird, ist auch mal in dieser Teilmenge, bei einigen zumindest, eine Veränderung erreicht, ja, im Sinne, muss ich ja gar nicht, oder? Also, im, im Sinne das ist eigentlich von mir selbst gewollt. Ich kann das fortführen und ich kann das auch ablehnen. Das wird nie bei hundert Prozent erreicht werden, ja.

I: Ja gut, aber das wissen wir. Das müssen wir einfach bei der Organisationsentwicklung machen, wenn wir nachher Zweidrittel mitgenommen haben, ist das gut.

Und ja natürlich all das, was wir so ausgetauscht haben, ist jetzt mal, wenn man's hinschreibt als Satz relativ einfach oder das ist jetzt keine mathematische Herausforderung. Wir machen die Erfahrung, die Herausforderung ist es dann, im Moment und von der Konzeption des- der Intervention dann so hinzukriegen, ja. Also gut zu schauen, wie geht man auf Einwände ein oder auf, auf das, was Leute dann brauchen, um, um aktiv mitmachen zu wollen.

I: Ja. Ja gut, das ist natürlich das, was handwerklich nachher sozusagen das arbeitsaufwendige ist, die Leute mitzunehmen, ganz einfach, nä. Ähm, klar, jetzt hier irgendwie ein, ein sechsschrittiges Veränderungsprogramm kann ich mir auch ausdenken, aber wenn-

Ja, eben, eben. Und dann ist das, weil oftmals, ähm, also gerade wenn wir, sagen wir im Kontext oder mit- da sollen die, die auch, ähm, vielleicht anspruchsvolle Aufgaben erledigt haben und erledigen oder im, im, im Kontext mit dem Thema auch sehen, ähm, besteht so ein Stück weit vielleicht der Eindruck oder da ist so ein bisschen die Gefahr, dass man so denkt, okay ja klar, eins, zwei, drei, vier, fünf, sechs- machen wir. Also worüber sprechen wir da eigentlich, ja. Also die Herausforderung in der Veränderung ist nicht die Beschreibung der Schritte, sondern diese, dieses Thema.

I: Nein, das, das was ich da, was ich da sehe jetzt- ich kann das ja mal so sagen auch aus den Interviews, die wir jetzt schon gemacht haben. Vielleicht haben Sie da noch- Das, es gibt zwei grundsätzliche Herangehensweisen, was das angeht. Das eine ist das zu sagen, ich gucke mir aus dem bestehenden System an, äh, mach `ne mehr oder weniger `ne, nicht mal Defizitanalyse, sondern einfach nur was läuft und was läuft nicht rund bei euch. Und dann mach ich mit euch Prozessbegleitung und wir gehen da gemeinsam durch. Die andere Alternative ist die, zu sagen, wir machen `n anderes strukturelles Organisationskonzept und das kommt von außen und dafür brauch ich change agents, die ich dadrauf verheize, weil die können nur einmal in die Organisation kommen, dann lassen die sich auspeitschen nachher und dann gehen die wieder, aber dafür werden die gut bezahlt. Das sind die zwei Schritte, die ich kenne. `N bisschen Prozessbera- begleitung braucht es dann natürlich trotzdem, ist schon alles klar, aber das eine ist vom, im Prinzip ausgehend von, von den, äh, von den, vom Wohl und Wehe der Mitarbeiter nach oben zu gehen und dann denen nachher ein bisschen unter, nicht unterzujubeln, denen beizubringen, dass diese Richtung vielleicht nicht schlecht wäre und dann zu gucken, ob die mitgehen oder das andere ist eben das, zu sagen, ne wir machen das jetzt einfach hier mal nicht mehr mit, nicht mehr mit, äh, Führung von oben nach unten, sondern wir machen das jetzt flach, zack, aber wir braten das jetzt drüber. Deswegen habe ich eben auch so nachgefragt. Sie machen ganz klar diesen einen- ganz stark da diesen einen Weg. Und, äh, das ist für uns jetzt so interessant, glaube ich gerade im Moment, weil's da natürlich drum geht jetzt, ähm, in dieser Vision, wie so `ne Pilotierung aussehen könnte, auch für die Ausschreibung jetzt Räume aufzumachen. Zu sagen, schreiben wir da jetzt rein, wir wollen jemanden, der `ne andere Organisationsstruktur einbringt oder sagen wir, wir wollen jemanden, der-

Okay, also die Ausschreibung mit, mitbringen können oder mitformulieren oder-

I: Ja, es, ja es geht zumindest in-

Eigentlich schon eine Chance, nicht? Also das, oder?

I: Ja, das. Ja, ja, ja natürlich, nä. Also das ist, man- Es ist, es ist in, an der Stelle muss, ist es natürlich eine große Chance. Ich empfinde das an der Stelle als `ne sehr sehr große Aufgabe und sehr große Verantwortung, weil, äh, meine Vision noch lange nicht die ist, die jemand anders teilen muss und meine Vision ist nicht so kompliziert, finde ich an der Stelle und die ist zum Beispiel auch sehr sehr am, am Individuum orientiert, ausgehend vom Individuum. Aber es kann sein, dass ich das politisch halt den Leuten beibringen muss, dass das nur so geht und deswegen hole ich mir auch hier, äh, von Ihnen natürlich Argumentationen und die können wir dann zusammen, `n Raum aufspannen, in dem wir auch zum Beispiel in dem `ne Zusammenarbeit möglich ist für irgendwie sowas. [B: Ja, sicher.] Deswegen frage ich ja an so'n paar Stellen so gezielt nach, nä.

Ja klar, ich meine, jetzt bin ich nicht eingegangen aber was hilfreich sind ist wahrscheinlich sehr gerne mit, mit konkreten Beispielen, wo das auch schon Früchtchen tragen, ja, ja. Genau. Aber klar. Als ich, wenn Sie das ansprechen. Das ist sicher auch ein Stück weit unsere oder meine Motivation, warum ich hier sitze. Inhaltlich finde ich es sehr spannend das mitzubekommen und, und jedes Gespräch ist eine Bereicherung und natürlich, äh, das dann gemeinsam zu erproben, ähm, also das ist dann ein, ein Stück weiter auch noch etwas, wo man denkt, ja, wie, wie bringe ich mich ein, wenn es soweit kommen sollte und was hat sich bewährt, was kann sich in diesem Kontext bewähren, ja. [I: Ja, okay.] Ja, genau. Ähm, ja, aber ich finde schön, das nehme ich mit aus dem Gespräch. Das war mir nicht so bewusst, beziehungsweise das, davon, glaube ich, sind wir alle [unverständlich] überzeugt, dass es diese individuelle Treiber auch braucht, ja. Für die Nachhaltigkeit, ja. Also für, ähm, dass man's `ne Zeit lang so macht, wenn man's machen muss, ja, geht schon. Aber, dass man's machen will, ähm, das, daf- braucht's auch einen Moment, wo der

Einzelne für sich etwas entdeckt und vielleicht auch, kann natürlich auch sein, die Übereinstimmung mit den organisationalen Zielen. Tat ja auch sein, ja. Aber Übereinstimmung, ja.

I: Wenn Sie den Job, so wie Sie es beschreiben, gut machen, dann müsste eigentlich 'n Viertel des Personals irgendwann aus der Organisation ausscheiden, weil es sind nämlich die, die eben nicht mitgehen können und die müssten eigentlich wechseln. Da bei, bei zehn Prozent oder was, keine Ahnung. Auf jeden Fall, das müsste eigentlich Teil Ihrer Arbeit ja sein, wenn Sie's so aufsetzen.

Ja, genau. Oder es gehen nur fünf Prozent, weil die anderen fünf haben das-

I: Ist ja, ist ja gut, okay, nä. Ja, also klar nä. Aber ein, der Anteil der es nicht mitgehen kann, müsste konsequent eigentlich dann auch, weil das stellt genauso viel Harmonie und Zielorientierung und Zielharmonie im, im Team oder in der Organisation her, wie die Leute da zu halten, die es mitgehen. Die Leute, die es nicht mitgehen dann ja auszunehmen, weil wenn Sie einen, einen haben, der da rum- mit rumplanscht und das, äh, nicht mitgeht, der vergiftet Ihnen ja den halben Teich nachher, wenn es schlecht läuft.

Ja, ich meine, ähm, das hab ich so und so, nicht? Das hab ich auch, wenn ich stärker von oben herab sag, so ist es.

I: Genau, aber da kalkulier ich's ein als: das muss so sein, die muss ich brechen und dann läuft das wieder, aber das-

Ja, brechen heißt aber vielleicht auch, dass der geht, oder?

I: Ja, ja ja. Ne, ich, ich denke auch an der Stelle ist es auch die richtige, das, das richtige Ergebnis, dass diese Leute die Organisation verlassen. Das sehe ich ja als positiven, als positiven Faktor. Die sind halt woanders besser aufgehoben. So rum muss man das ja sehen. Es ist ja nicht so, dass sind schlechte Menschen, sondern die sind halt woanders besser aufgehoben.

Also das ist auch eine Kernbotschaft, ja.

I: Ja, okay. Gut.

War nett.

I: Das ist doch schon mal schön. Dann würde ich sagen, beenden wir den offiziellen Teil hier und-

Ja, ja. Dann hab ich, ähm, ein, ein-

Wie kann die Umsetzung erfolgen?

PeBeM ist eine wichtige Entwicklung, weil Fachkräfte häufig Hilfskraftaufgaben übernehmen. Eine Umorganisation kann die Attraktivität des Berufes erhöhen. Das heißt aber nicht, dass Fachkräfte dann keine grundpflegerischen Tätigkeiten mehr übernehmen. Aber die Tätigkeiten sollten nach fachlicher Begründung erfolgen.

Hauptaufgabe wird sein ein Missverständnis in Deutschland aufzuheben. Es besteht häufig die Philosophie nur wer alle Aufgaben mit übernimmt ist eine gute Pflegekraft und das stimmt so nicht, eine Fachkraft muss keine Müllbeutel wegbringen. Sondern Fachkräfte haben andere Aufgaben und es ist schwer dieses Dogma aufzubrechen. Die qualifikationsbezogene Personalbemessung bietet uns hier einen ganz anderen Handlungsrahmen, das heißt damit kann besser argumentiert werden und andere Handlungsabläufe eingeführt werden, z.B. Tourenplanung. Es kann auf Augenhöhe gemeinsam überlegt werden, wer macht wann was wie und das mit festen Bezügen für die Bewohnen. Die Bezugspflegekraft muss aber nicht immer Pflegefachkraft sein. Das kann die Person sein, zu der der Bewohner in der individuellen Lebensphase Vertrauen hat. Bei Bewohnern, die sich überwiegend in der Wohnküche aufhalten, kann die Bezugspflegekraft auch die Alltagshelferin sein. Die muss sich dann aber mit der Fachkraft medizinisch abstimmen. Hier kann viel Beziehungsarbeit abgedeckt werden und eine besondere Fachlichkeit ist nicht erforderlich. In einer anderen Lebensphase z.B. am Ende des Lebens kann viel mehr Fachlichkeit gefordert sein (Morphiumgabe, Schluckfähigkeit). Das ist in Deutschland neu und tabuisiert, in anderen Ländern ist das anders. Wenn wir das umsetzen wollen, brauchen wir in Deutschland eine gut überlegte Personal- und Organisationsentwicklungsoffensive. Die hilft diese Prozesse so zu legen, dass es nicht zur Spaltung kommt.

Die Organisationsentwickler machen das schon in den ersten Zügen so, über einen eigenen Kompetenzkompass. Nach dem werden die Potenziale und Stärken in den Teams gegliedert. Wer kann was wie und in welcher Kombination machen. Wir setzen dann Menschen nach ihren Potenzialen ein und jeder soll 70% in seinem Potenzialraum arbeiten. Das heißt, da wo er stark ist. Da gibt es natürlich fachliche Grenzen, aber man muss davon weg, dass alle gleich sind und das Gleiche tun.

Es werden zwei Instrumente eingesetzt. Einmal die Kompetenzprofile von Christa Olbrich nach der Forschung von Patricia Benner. Die (Fr.Olbrich?) hat dazu 2012 promoviert. Dort werden auf pflegewissenschaftlicher Ebene die Reifegrade von Pflegenden beschrieben. Dabei geht es nicht um Tätigkeiten. Es geht zum Beispiel darum: bin ich Routinearbeiter, bin ich reflexiv, bin ich situativ, bin ich aktiv ethisch. Inwieweit ist die Person aufgrund ihres Reifegrads in der Lage Verantwortung im Pflegeprozess zu übernehmen. Kann sie selber den Pflegeprozess gestalten oder braucht sie noch Anleitung. Muss sie eng geführt und begleitet werden, kann sie schon selber Teile übernehmen oder ist sie aktiv ethisch. Das ist eine Grundvoraussetzung, um eine Leitungsstelle zu bekommen. Das ist alles noch sehr weich, aber oft kann man damit sehr gute Kompetenzmixe mit machen.

Als zweites haben wir die Qualifikationsniveaus. Das ist ähnlich, wie in ihrer Personalbemessung. Wir haben dort zusammen mit Gerd Halm die Qualifikationsniveaukriterien weiter konkretisiert. Und diese einmal in einem aufwändigen Verfahren mit Olbrich kombiniert und einmal in einem einfachen sehr reduzierten Verfahren als Einzelinstrument im Einsatz. Das ist eine Möglichkeit mal

zu sehen, ob das Personal auf dem Kompetenzqualifikationsniveau was sie hätten, arbeiten oder wo weicht es ab und was sind die Stärken innerhalb des Qualifikationsniveaus.

Es gibt auch Arbeitgeber, denen das zu viel ist. Dann kommt eine Typenbildung A,B,C,D zum Einsatz. A sind die Allrounder die alles Können aber kein Spezialwissen oder -fähigkeiten haben, C die Controllingtypen die sehr systematisch arbeiten, B die Beziehungstypen und D sind die Typen für die direkte Pflege, die das ganze Handling in der Pflege gut können. Das hilft den Einrichtungen auch schon weiter, das nicht alle Größe 36 tragen. Nicht jede Pflegekraft ist gleich und die müssen auch nicht alle das Gleiche können.

Manche fangen mit den ABCD-Typen an und besprechen das mit den Team schon und machen dann mit dem Kompetenzkompass weiter.

Uns haben diese Modelle sehr weit vorgebracht. Bei den Kunden, die offen sind, sind gute Entwicklungsschritte möglich. Bei denen, die nicht wirklich offen sind, muss langsam angebahnt werden. Oft sind das nur Missverständnisse, was ist hier eigentlich die Rolle der Fachkraft, wie wird mit Zeit umgegangen. Manche gehen davon aus, dass man in der Pflege noch immer gehetzt sein muss und nur dann hat man richtig gearbeitet.

Praxisbeispiel: in einem Haus sind die Pflegenden nicht gehetzt, haben aber trotzdem viel zu tun: die Pflegefachkräfte haben ihre Fachkraftrunden, die Alltagsbegleiter machen ein Gehtraining an der Treppe, aus jedem Menschen wird etwas rausgeholt. Da ist kein Thema, dass du nur Hilfskraft bist. Hier wurde von Anfang an begonnen die Hilfskräfte gezielt zu schulen, z.B. im Bereich der Mobilisation. Da haben die Fachkräfte keine wirkliche Zeit und deshalb haben die Hilfskräfte hier ihre Aufgaben und wurde dafür qualifiziert. Bei denen die Krankengymnastisch stabil sind, machen die Hilfskräfte das Treppentraining. Es wurden AOK Kurse mitgemacht. Diese Offenheit ist wichtig.

Wenn die neue Personalbemessung gelingen soll, brauchen wir junge pfiffige Konzepte, die Freude machen. Das darf nicht mit Verboten belegt werden, sondern es muss nach den Begabungen geschaut werden. Die Begabung zeigt sich natürlich auch an der jeweiligen Qualifikation aber auch an dem Reifegrad, wie die Tätigkeiten ausgeführt werden.

Nach Gerd Palm (einer der besten europäischen Arbeitgeber) muss man auf die möglicherweise zu starke Ausdifferenzierung der Arbeit achten, d.h. je stärker ich die Arbeit ausdifferenziere, umso größer ist auch das Risiko der Arbeitsunzufriedenheit. Jeder kann machen was er gelernt hat und das wo er begabt ist, wenn wir das aber nicht richtig beschreiben und zu stark differenziert wird, dann sinkt die Arbeitszufriedenheit. Eine Differenzierung ist notwendig, aber es müssen Gestaltungsfreiräume geschaffen werden.

Es darf nicht zu stark in die funktionale Schiene abgedriftet werden. Die Arbeit muss auch mit Sinn gefüllt werden, z.B. macht eine Reinigungskraft nicht einfach nur sauber, sondern hilft einem Menschen, der das nicht mehr kann, Dann macht die Arbeit mehr Sinn und die Arbeitszufriedenheit ist höher.

Wir haben gerade einen Generationenwandel Generation Y und Z. Damit müssen wir zukünftig lernen umzugehen. Das sind dann z.B. wahrscheinlich eher die Routinearbeiter, mit Aufgaben, bei denen weniger Intuition erforderlich ist. Aber dafür können sie prima Schränke aufräumen oder Hintergrundaufgaben erfüllen, die auch sehr wichtig sind. Wir müssen es nur schaffen, dass sich die Teams als Netze verstehen.

Es muss geschaut werden, wer die Menschen sind, die nah am Menschen arbeiten können und wer die systematischen Supportaufgaben (Ordnung, Hygiene, Ästhetik, wichtige Checklisten abgearbeitet) übernehmen kann. Die auch wichtig sind.

Jeder Mensch hat etwas, was ihn bewegt. Es gab Menschen, bei denen ich dachte, die haben ihren Kopf komplett abgestellt. Wenn man anfängt die Routinen aufzubrechen und die Menschen zum Nachdenken bekommt, dann kriegt man aus einem 9 to 5 Arbeiter wieder etwas raus. Jeder Mensch hat etwas, was ihn antreibt. Und wenn wir den Funken bei dem Menschen nicht finden, dann macht der halt nur seine 9 to 5 Arbeit.

Menschen, die eine hohe Eigenmotivation haben brauchen einen Raum zur Entfaltung und können vielleicht auch andere Anleiten.

Diese Strategie ist sehr aufwendig, wie kann das in der flächenweiten Umsetzung gelingen?

Im Bausteinsystem. Es müssen ein paar Prototypen entwickelt werden. Die Unternehmensberater wissen aus Erfahrungen, was die Stellschrauben sind. Es braucht relativ früh ein Konzept zur Personalentwicklung. Dazu muss erstmal ein Prototyp entwickelt werden. An diesem Prototyp entlang müssen dann - ähnlich wie bei der SIS - einige Einrichtungen geschult werden. Das wird dann untersucht und beobachtet. Daraus werden dann ganz einfache Tools gebaut. Onlinepräsenz mit Videos ist vorteilhaft. Möglichkeiten sind dabei Checklisten, Quiz, bei den spielerisch darauf eingegangen wird. Gerade die jungen Menschen wollen keine ellenlangen Schulungen mehr. Eine Möglichkeit sind auch bei den Qualitätsindikatoren Impulse, Spiele, Videos und Selbstlernertools zu geben und auch Sequenzen für PDLs und WBLs und Koordinatoren aufbauen. Alles sollte sehr kompakt, fröhlich und wie ein Lernprogramm sein. Man checkt sich online über eine Checkliste ein, wie mit einem Fragebogen. Dann sieht man online, wo sie Lücken haben und man weiß wo sie sich belesen müssen. Wenn sie sich belesen, kommen direkt Indikatoren, an denen angesetzt werden kann. So könnte eine Einrichtung innerhalb von 1-2 Jahren die Vorbereitung schaffen.

Parallel müsste schon angefangen werden die ersten Kompetenzerfassungen (Haltung zum Menschen etc.) zu erheben. Die Teamentwicklung währenddessen schon durchgeführt werden, da das sowieso gebraucht wird. Dafür brauchen die Untersuchungsergebnisse nicht abgewartet zu werden.

Dann müsste schon mit den Modelleinrichtungen begonnen werden. Sinnvoll wäre es eine kleine Anzahl zu nehmen. Das sollte nicht an die Verbände gegeben werden. Bei der Entbürokratisierung gab es viele Beschwerden über die schlechten Schulungen bei den Verbänden. Deshalb würde ich das eher in Kompetenznetzwerke geben, wo definiert wird, welche Akteure im Feld auf fundierter Basis ein Instrument entwickeln. Das sollte dann mit den Verbänden aufgebaut werden.

Die Stärke beim Strukturmodell war, dass alle Akteure von Anfang an beteiligt waren. Die Schwäche war, dass die Schulungen an die Verbände gingen und dort kein einheitliches Qualitätsniveau gehalten werden konnte. Deshalb besteht in den Häusern mit dem Strukturmodell so ein Durcheinander.

In PeBeM zeigen sich klare Zahlen und damit ist die Richtung klar. Es muss Differenzierung geschaffen werden. Die Arbeitszufriedenheit muss erhalten bleiben und es muss von den Formalitäten wegkommen werden, in denen an einzelnen Tätigkeiten festgehalten wird. Man müsste relativ früh schauen, welche Einrichtungen in so eine Vorbereitungsphase gehen können. Im Feld müssen dann Tools entwickelt werden, mit denen man auf unterschiedlichen Ebene schulen und entwickeln kann und die nicht so teuer sind. Im Mix mit der Präsenz vor Ort und online und mit Befragungen und über Selbstanalysen. Es muss ein Blended Learningpaket

entwickeln, anders als beim Strukturmodell, was direkt in den Einrichtungen getestet werden müsste. Dann könnte die ersten Ergebnisse direkt in die Fläche getragen werden, damit nicht viel Zeit verloren geht.

Es sollten nicht die schlechtesten Einrichtungen genommen werden, denn diese würden das Konzept kaputt machen. Es sollten aber auch wertkonservative traditionelle Häuser einbezogen werden, weil diese für viele immer auch Garanten für hochwertigen Pflege sind. Diese Häuser tun sich aber sehr schwer mit Entwicklungen. Es braucht einen Mix an Einrichtungen und die zu bauenden Tools müssen auf die sehr unterschiedlichen Bedarfslagen eingehen. Das würde über einen Einstiegscheck geprüft werden, welcher die Einrichtung hinsichtlich des Organisationstyps untersuchen müsste. Dann müsste man in die Einrichtung gehen und schauen, ob der Selbstbefund mit dem Fremdbefund übereinstimmt. Das ergäbe dann Handlungsfelder.

Es gibt Einrichtungen, die durch Einsparungen keine Chance auf Veränderungsprozesse mit den vorhandenen Ressourcen haben. Da muss man Kontrollmechanismen einbauen. Man braucht natürlich auch die Heuschreckeneinrichtungen (große Verbundkonzerne mit Gewinnoptimierung und Anlagevermögen). Diese machen mittlerweile auch einen sehr großen Marktanteil aus.

Es müssen Standards formuliert werden, an die sich gehalten werden muss, um mehr Personal und eine Akkreditierung zu erhalten. Man kriegt die Einrichtungen nur mit Verboten. In der frühen Phase muss entwickelt werden, was die notwendigen, verbindlichen Voraussetzungen für die Umsetzung sind, ohne die eine Teilnahme nicht möglich ist (mehr Personal erhalten).

Wie bei der QIs könnten dazu die Strukturen in den Einrichtungen abgeklopft werden und auch die Ergebnisqualitäten. Mit den neuen QIs kann man weniger täuschen. Deshalb werden die Einrichtungen aktiv werden müssen. Es müssten vielleicht verschiedene Kennzahlen entwickelt werden zu Strukturen, Ergebnisqualitäten, Personalkennzahl, Verweildauer, Personalverweildauer und Personalfluktuationskennzahl mit Begründung. Dann müssen die Einrichtungen bei den auffälligen Kennzahlen nachbessern und dann erst können die Einrichtungen in das Programm (mehr Personal). Hier müsste dann vielleicht eine Beratergruppe in die Einrichtung, um zu sehen, was strukturell aufgearbeitet werden muss, damit in 5 Jahren noch ein Versorgungsauftrag gewährt werden kann.

Mit guten Worten kriegt man die Einrichtungen nicht. Man muss auch sichern, dass das Geld was in die Pflege fließen soll nicht bei den Anlagehaien hängen bleibt. Es gibt Einrichtungen, in denen es überhaupt kein Stammpersonal mehr gibt. Dafür waren die Dokumentationen gut. Dafür braucht es die nötige politische Härte.

Über ein pragmatisches theoriegeleitetes Arbeiten kann man in einem Jahr ein Konzept, das Blended Learning, durchführen und schon mit einigen Einrichtungen an den Start gegangen sein. In zwei Jahren steht Lernkonzept und die Tools wie Einrichtungen begleitet werden können. Es müsste eine Möglichkeit für die Einrichtung geben, an die sich bei Problemen gewandt werden kann. Eine Hotline ist dabei denkbar. Bei den Einrichtungen, die motiviert sind, stellt das kein Problem dar. Viel schwieriger sind die Einrichtungen, die das nur pro Forma machen möchten.

Woher kommt das Mehrpersonal und wie kommen die Einrichtungen zu mehr Fachlichkeit durch qualifikationsbezogene Tätigkeiten?

Es muss mit der Überlegung anfangen, wie man mehr Spaß an der Arbeit bekommt. Es braucht eine Analyse, was der Mitarbeiter gut kann. Denn häufig ist das, was der Mitarbeiter gerne macht auch das was er gut kann. Damit wird die erste Vielfalt aufgebaut. Es geht dann nicht mehr darum, wer die meisten Menschen im Dienst geduscht hat, sondern um die Begleitung von

Menschen und wie die Lebensqualität verbessert werden kann. Im nächsten Schritt kann man sich anschauen wie die Beziehungsorientierung passiert, ähnlich wie Bezugspflege. Im nächsten Schritt muss geschaut werden, welche Tätigkeiten zu erledigen sind. Dann werden stationäre Tourenpläne, Plantafeln oder Arbeitspläne entwickelt, die dazu führen, dass der Bewohner einheitliche Abläufe bei gleichzeitig stabilen Versorgungspersonen erhält, die möglichst nicht wechseln. Es muss immer klar sein was passiert und jeder muss den Plan kennen. Wenn das klar ist, muss an der Fachlichkeit gearbeitet werden. Insbesondere bei den Helfern ist viel Qualifikationsarbeit möglich und nötig, denn die bestimmen den Großteil des Alltags. Die Fachkraft greift nur steuernd ein. Es muss ein guter Teamprozess dahinterstehen, damit sich keiner abgewertet fühlt.

Können die Fachkräfte die Steuerungsaufgaben adäquat übernehmen?

Nicht jede Fachkraft kann das, aber die meisten Pflegefachkräfte übernehmen zu einem sehr hohen Anteil schon jetzt Steuerungsaufgaben. Das sind Führungskräfte an der Basis. Dann gibt es Fachkräfte, die sehr gut am Menschen sind, die sich viel kümmern und sehr reflektiert sind. Diese sind nicht die Besten in der Organisation, aber das kann mit einem Pflegehelfer, der gerne in der Organisation tätig ist, gut ausgeglichen werden. Die Kompetenzen der Teams müssen so gebaut werden, dass sie erfolgreich sind.

Auch die Berufsentwicklung muss als Prozess gesehen werden. In der Entwicklung von Teams muss der Aufbau der Fachlichkeiten gesehen werden.

Zukünftig wäre es vorstellbar, dass es in den Einrichtungen fachliche Spezialisten gibt, wie beispielsweise im Bereich Palliativ Care, die nicht auf jedem Wohnbereich vertreten sein müssen, aber in bestimmten und erforderlichen Situationen aktiv hinzugerufen und konsultiert werden. Nicht jede Fachlichkeit kann in jeder Pflegenden vorhanden sein, es braucht Spezialisten, die aber im Team ausgetauscht werden.

Profession heißt die eigenen Stärken und auch Grenzen zu kennen und an den Stelle auf die anderen Kompetenzen im Team zurückzugreifen. Das muss gelernt werden und braucht eine neue Haltung. Anerkennung für die Arbeit muss hier nicht nur über die Vergütung erfolgen.

Wo liegen Ineffizienzen in der indirekten Pflege?

Das muss in jedem Fall mit in die Schulungsprogramme. Dabei geht es um Pflegeprozessplanung, Dokumentation, Kommunikation, Besprechungswesen, Dienstübergabe und effiziente Kommunikation mit dem Partner (Praxen, Krankenkasse etc.). In der direkten Beobachtung sind sicher keine Defizite feststellbar, aber man könnte einen Expertenkreis bilden aus Einrichtungen, die über schlanke Organisationen verfügen und wenig Zeitproblem haben und dann analysieren, was deren Strategie ist. Oft ist das eine gute indirekte Pflege.

Schlüsselkonzepte in der indirekten Pflege sind die Frage: wie steuere ich den Pflegeprozess? wie kriege ich die Kommunikation und Zusammenarbeit mit den Hausärzten inkl. Visitengestaltung und Hausbesuchsbearbeitung hin? Wie läuft die Kommunikation, Austausch und Übergaben in den Teams?

Die allgemeine Logistik: Für die Zeit am Patienten muss das Backoffice gut organisiert sein und das wird von vielen nicht gesehen. Es braucht gute Kriterien für eine entbürokratisierte Logistik in der indirekten Pflege und der Abläufe. Dabei sind Fragen: Wie bündle ich Abläufe? wie schaffe ich ein Selbstmanagement? wie reguliere ich eine Pause? Wie ist die Ordnung auf der Station? wie werden Termine auf der Station und der Termine (Zeitpunkt Katheterwechsel) der Patienten verwaltet?

Welche Möglichkeiten birgt die Digitalisierung?

Digitalisierung ist in der Pflege fremd. Am ehesten ist noch die Pflegedokumentation vorstellbar. Digitalisierte Tools werden aber nicht zur Koordination genutzt. Dazu könnten z.B. die ruhigen Typen im Team genutzt werden, die sich gute Lösungen für die Station überlegen.

Digitalisierung ist eine große Chance Pflegekräfte in die Tätigkeiten zu kriegen, z.B. digitale Beobachtungs- und Warntools, die den Pflegenden Wege abnehmen. Wichtig wäre auch eine Sprachsteuerung.

Das Feld der Pflege fragt noch zu wenig die Digitalisierung ab, deshalb ist Digitalisierung in der Pflege schlecht entwickelt und Pflegende müssen die Systeme mitentwickeln.

Inwieweit müsste die Qualitätsmessung weiterentwickelt werden?

Die neuen QIs sind sehr gut, müssen aber ergänzt werden um den Komplex des herausfordernden Verhaltens und um eine ausdifferenzierte Betrachtung der Lebensqualität z.B. verlässlicher Alltag, Beziehungsqualität, Leistungssicherheit, Fehlermanagement, Selbstlernende Systeme, Autonomie und Gestaltungsmöglichkeiten für die Bewohner.

Wie können mehr Arbeitszufriedenheit und Entlastung durch mehr Personal bei den Pflegenden wahrgenommen werden?

Bei einigen Pflegenden kann das durch eine Vision oder eine Zukunftswerkstatt mit Pflegenden geschaffen und ermittelt werden, bei der es darum geht, in der Pflege gebrauch und gewünscht wird und was gerne getan werden würde. Dann bekommen die Personen die Freiheit dies zu tun und dann muss geschaut werden, was es den Pflegenden gibt. Das könnte mehr Glück, mehr Zufriedenheit, mehr Selbststeuerung oder weniger Müdigkeit sein oder, dass mehr das getan werden kann, was man gut kann und weniger stumpfe Routine. Die Frustration entsteht aus der Monotonie, was ein Problem ist, weil den Pflegenden wenig angeboten werden kann. Es sollte mit den Pflegenden reflektiert werden, wie sie sich gute Arbeit vorstellen und was dazu benötigt wird. Daran werden sich viele Pflegende aktiv beteiligen wollen. Einige werden auch in ihren monotonen Routinen bleiben wollen.

Auch bei den Führungskräften ist mehr Bewegung möglich. Hierarchien müssen aufgebrochen werden und die Arbeit muss neu organisiert werden.

Die Organisationsveränderungen werden in den Einrichtungen unterschiedlich sein.

ID 123

Wie kann das Mehrpersonal sinnvoll eingesetzt werden und wie müssen die Einrichtungen verändert werden?

Personal muss effizient eingesetzt werden. Bezugspflege ist angesichts der Personalsituation nicht mehr leistbar und ist für die Ergebniserzielung nicht notwendig und sollte daher aufgegeben werden. Es braucht eine Änderung der Strukturen.

Es müssen sich die Tätigkeiten angeschaut werden und Qualifikationen überdacht werden und dessen Zertifizierung. Es ist die Frage, wie Tätigkeiten, die bisher von Fachkräften übernommen worden sind von anderen QN qualitativ gut übernommen werden können. Diese Tätigkeiten müssen definiert und ggf. Module definiert werden, damit in den Modulen Teilzertifikate für bestimmte Tätigkeiten oder Module erworben werden können, um diejenigen zu unterstützen, die keine jahrelange Ausbildung unterbringen können, die über Modulzertifikate zu einer Fachkraft werden können aber nicht müssen.

Ineffiziente in der indirekten Pflege:

Ineffizienzen bestehend in der Zusammenarbeit mit Ärzten, Schnittstelle zu Krankenhäusern, in allen Überleitungsprozessen, bedingt durch fehlende IT-Unterstützung und schwierige Kommunikation.

Ineffiziente Prozesse müssen identifiziert werden, welche Qualifikationen gebraucht werden und die müssen dann entsprechend organisiert werden.

In der direkten Pflege entstehen Ineffizienzen bei Tätigkeiten, die zu zweit durchgeführt werden müssen. Das bedeutet einerseits die Bindung von zwei Kräften und andererseits die Organisation der Zusammenarbeit (dass beide auch zu einer bestimmten Zeit können). Die Lösung wäre neben der Veränderung der Arbeitsorganisation vor allem eine technische Unterstützung. Aber auch technische Geräte, wie Wägen oder Hebehilfen, die automatisch angefahren kommen. Aktuell stehen solche Geräte auf dem Markt nicht zur Verfügung und auf kurzfristige Distanz wird es sich auch nicht ändern, das heißt, dass die Arbeitsorganisation geändert werden muss, daher vorrangig. Dafür sollen alle Tätigkeiten, die pflegefern sind und ersetzt werden können, bei denen die hohe Qualifikation nicht erforderlich ist, verlagern, daher ist der Ansatz mit vermehrten Hilfskräften in Ordnung. Die dadurch verringerte Fachkraftquote ist politisch schwer zu verkaufen.

Digitalisierung:

Telemedizin kann zur Effizienzgewinnung bei Überleitungsprozessen eingesetzt werden, beispielsweise zur Abklärung von Situationen, ob Krankenhausaufenthalte notwendig sind. Das würde viel weniger Überleitungsarbeit zu den Ärzten (Fertigmachen, Transport) bedeuten. Aufbauen auf Ergebnissen einer eigenen Untersuchung wäre vor allem im Facharztbereich Unterstützung der Telemedizin notwendig. Eine Möglichkeit ist die Organisation als Bereitschaftsdienste in der Klinik, an die sich die Einrichtungen wenden können. Das wäre auch eine Erleichterung für die Kliniken, da es weniger unnötige Einweisungen geben würde.

Sensorische Systeme, die Druckverhältnisse oder Körperfunktionen usw. messen, die das Aufstehen oder Weglaufen erkennen bieten Potenzial, sind im Moment jedoch noch relativ teuer.

In Systemen zur Prozessgestaltung wird großes Potenzial gesehen. Dabei ist aktuell das Problem, dass die Softwaresysteme so unterschiedlich sind. Es gibt gute Systeme zum Zusammenspiel zwischen Verwaltung und Pflege hinsichtlich der Doppelerfassung oder Kommunikation zwischen

den Pflege- und Verwaltungsbereichen. Medifox bietet Spracheingabesysteme, direkte Eingabe am Bett, in unterschiedlichen Sprachen zu ermöglichen. Grundvoraussetzung ist die IT-Infrastruktur, z.B. die Ausstattung mit WLAN, das kann teuer sein.

Rufsysteme könnten so gestaltet werden, dass direkt eine Kommunikation mit dem Bewohner möglich ist, um die Situation einschätzen zu können. Die Kosten für die Aufrüstung können momentan nicht über die Investitionskosten ersetzt werden.

Schnittstelle zu den Ärzten, Apotheken und Krankenhäusern müssen in den Fokus genommen werden, weil die Zusammenarbeit sehr wichtig ist, um die Effizienz zu steigern.

Schnittstellenproblematik zu den Krankenhäusern, die ein anderes IT-System haben. Ein gutes Beispielprojekt ist das Digen-Projekt (digitales Gesundheitsnetzwerk) mit der AOK Bayern und dem AOK Bundesverband. Bypass um die fehlende Gesundheitskarte herum. Cloud, in der Daten abgelegt werden, auf die unterschiedliche Leute Zugriff (Apotheke, Arzt, Pflegeheim) haben, nur auf die Daten, die gebraucht werden. Es gibt keinen Zugriff auf die Akten des Krankenhauses, sondern das Krankenhaus leitet die Daten in das System über mit Zugriffsberechtigungen und Kennungen. Im Austausch mit den Notaufnahmen hat sich herausgestellt, dass diese für die Überleitung nur einzelne Informationen aus der Pflegedokumentation benötigen, nicht die komplette Dokumentation, die vorher immer mitgegeben wurden. Andersherum benötigt auch das Pflegeheim nur den Medikamentenplan und die Behandlungsempfehlung.

Es muss mehr Geld in die Ausbildung fließen, um die Betreuung in der Ausbildung zu verbessern. Das ist eine Strategie um Personal zu gewinnen und zu halten.

In der Abrechnung der Verwaltung mit den Krankenkassen und den Bezirken braucht es eine zentrale Regelung für die Zahlungsstruktur, damit sie automatisiert werden kann. Zu viel Aufwand bei dem händischen Eintrag der Buchungen. Die interviewte Person äußert die Bitte nach Berücksichtigung anderer Bereiche neben der Pflege.

Auch im Bereich der Hilfskräfte gibt es Schwierigkeiten bei der Besetzung, vor allem von qualifiziertem Personal. Sprachliche Probleme vor allem bei den Hilfskräften sind schwer zu tragen, da braucht es mehr sprachliche Qualifikation. Die Öffnung von Tätigkeiten, mehr Personal einzustellen und das Personal, was schon vorhanden ist, andere Tätigkeiten machen zu lassen, ist ein wichtiger Effekt, auch für das Personal selber.

Insbesondere für die 1 bis 2-jährig ausgebildeten Pflegekräfte ist die Zusatzqualifikation in bestimmten Modulen gut. Diese sollen geschult werden, schließen ab mit einer Qualifizierung, werden in ihrer Tätigkeit überwacht und von den PDLs herangeführt

Dokumentation ist durch immer mehr Standards immer mehr geworden. Wirksamkeit der Standards? Standardisierung wird nur notwendig, wenn kein qualifiziertes Personal vorhanden ist.

Es sollten Probierräume für Finanzierung in der Pflege geschaffen werden. Sektorengrenzen schaffen Probleme. Dafür braucht es eine Öffnungsklausel in Probierräumen, um die Schnittstelle zwischen SGB V und SGB XI öffnen zu können.

Einrichtungen der Palliativversorgung bekommen den 4-fachen Tagessatz der Altenpflege.

ID 125

Organisationsentwicklung:

Die größte Herausforderung ist das Konfliktpotenzial zwischen den QN. Die Fachkräfte verlieren ihren Anteil an der Interaktionsarbeit und es bilden sich neue Hierarchiestrukturen heraus. Die Fachkräfte nehmen eine stärkere leitende Stellung ein. Im Umgang damit müssen Freiräume geschaffen werden, vor allem durch Digitalisierung im Bereich der indirekten Leistungen, insbesondere der Dokumentation. Zum einen indem die Dokumentation schon während der Durchführung gemacht werden kann und zum anderen die Befähigung der Hilfskräfte zur stärkeren Beteiligung an der Dokumentation. Konkrete Möglichkeiten wäre ein mobiles Gerät zur Dokumentation, das man während der Leistungserbringung bei sich trägt und man ggf. durch Sprachsteuerung dokumentieren kann. Dafür gäbe es Investitions- und Schulungsbedarf. Denkbar wäre dafür eine Software, die durch künstliche Intelligenz die Tätigkeiten zu der Uhrzeit vorschlägt und man nur noch bestätigen muss oder der durch Sensoren weiß, wo man sich befindet.

Digitalisierung:

Potenzial besteht in Teamentwicklungsprozesse, die Teamarbeit in der Pflege fördern um Konflikte zu vermeiden. Das sollten in die Pilotierung aufgenommen werden. Es sollen Zeiten und Räume geschaffen werden, in denen Absprachen getroffen werden können oder das Team bewusst zusammengestellt werden, je nachdem wie gut Personen miteinander arbeiten können. Dabei sollte interdisziplinär gedacht werden, dass Hauswirtschaft oder Sozialarbeiter miteinbezogen werden, je nachdem , wer in der Einrichtung vertreten ist

Ein Verantwortlicher in der Einrichtung ist notwendig. Schwieriger wird der Austausch zwischen den Einrichtungen, da Treffen einen hohen personellen Aufwand bedeuten. Dabei brauchen die Einrichtungen Unterstützung. Dafür braucht es jemanden, der nur für das Projekt abgestellt wird und der auch für sich einen Benefit ziehen kann. Ein Nutzen für die Belegschaft muss sichtbar sein, und nicht nur eine zusätzliche Belastung.

Welche Personen dafür in Frage kommen, kommt auf die Größe der Einrichtungen an. Die PDL ist sehr eingespannt. Die stellvertretende PDL könnte es übernehmen oder jemand aus der Personalabteilung, die das Wissen und die Motivation haben oder in kleineren Einrichtungen einzelne Mitarbeiter.

Weitere Maßnahmen sind zuverlässigere Dienstplangestaltung und die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben. Belastung führt zu Krankmeldungen, dass in Teilzeit gegangen wird oder in ein anderes Unternehmen gewechselt wird. Mit mehr Personal ist das Problem bedingt zu lösen, in dem Sinne, dass wenn mehr Springer zur Verfügung stehen, sich die gesamte Situation entspannt. Die Regeln für das Einspringen müssen transparent und abgestimmt sein. Die Beanspruchung wird reduziert, wenn ich weiß wann die Belastung eintritt und sicherer ist. Unfreiwillige Teilzeit ist eine Schutzreaktion, weil dann insgesamt weniger Stunden gearbeitet wird, um die Belastung zu reduzieren.

Messbarkeit von Arbeitsschutz und betrieblicher Gesundheitsförderung:

Gemessen werden können die subjektiven Werte der Belastung.

Dafür müssen einrichtungsspezifische Ressourcen und Defizite analysiert werden, anhand deren gemessen werden kann und es müssen Verbesserungspotenziale aufgedeckt werden.

Eine Analyse kann durch ein einheitliches Erhebungsinstrument erfolgen, z.B. Interviews, mit den Einrichtungsleitungen, PDL, Mitarbeitervertretung aber auch mit Personen ohne eine konkrete Funktion, um verdeckte Bedarfe und Defizite zu erfahren

Wirkung auf die subjektive und die objektive Arbeitsbelastung:

Kurzfristig wird keine Verbesserung der subjektiv wahrgenommenen Arbeitsbelastung erwartet, auch wenn sie sich objektiv verbessern würde. Auf lange Sicht, wenn zusätzliches Personal zu mehr Sicherheit der Versorgung der Bewohner und der eigenen Lebensgestaltung führt, würde sich die subjektiv wahrgenommene Belastung verringern und es würde eine hohe Akzeptanz der Veränderung geben. Voraussetzung dafür ist, dass sich der Gegenstand der intrinsischen Motivation der Berufswahl nicht so weit verändert, z.B. wenn Mitarbeiter nur zur Dokumentation oder Überwachung von Hilfskräften abgestellt werden und keine Interaktionsarbeit mehr ausführen.

Vorbereitung der Pflegenden auf ihre Aufgaben:

- Körperliche Gesundheit: regelmäßige einrichtungsspezifische Einweisungen in die Ernährung oder Ergonomie in den Einrichtungen, Einführung in gesundheitsförderliche Arbeitsweisen, Essenszeiten und -gewohnheiten und Umgang der Einrichtung damit.
- Psychische Gesundheit: bei Einstellungen auf Einrichtungsspezifika eingehen und vorbereiten, z.B. bestimmter Klientel, Umgang mit Trauerfällen und Tod, Begleitung, Notfallplan, in Gesprächsanlässen/Supervisionen darauf vorbereiten, Unterstützungsbedarf der Pflegekräfte anerkennen.
- Potenzial in Supervision: Wichtig bei den Supervisionen ist die zugängliche Gestaltung der Supervision, eine punktuelle Unterstützung, Einzelsupervisionen, Coachingangebote oder zu besonderen Belastungen. Die müssen nicht unbedingt von extern kommen, sondern können auch durch interne Sozialarbeiter angeboten werden, bei denen private Probleme angesprochen werden können. Das Gefühl, dass man weiß an wen man sich wenden kann, bewirkt eine Entlastung und schafft Ressourcen und bewirkt insgesamt eine Verbesserung der Stimmung und des Zusammenhalts

Wichtige Themen, die in der Pilotierung beachtet werden sollten sind die Informationsweitergabe, welche problematisch ist. Dabei geht es um die Fragen wie sind Informationswege und wie können Informationen verlässlich weitergegeben werden. Digitalisierung birgt in dem Bereich Potenziale, um die Verfügbarkeit der Informationen zu vereinfachen, ansonsten in der persönlichen Kommunikation die Fragen zu besprechen. Die Maßnahmen müssen einrichtungsspezifisch eingesetzt werden, je nach Größe der Einrichtung, weil die Informationswegen in kleineren Einrichtungen anders sind als in großen Einrichtungen. In größeren Einrichtungen müssen Informationen zielgerichteter sein.

Unterbrechungen von Arbeitsflüssen wird als problematisch genannt. In dem Bereich könnte man die Aufgaben so verteilen, dass abgestimmt ist, wer akut erforderliche Tätigkeiten übernimmt (z.B. dass Angehörige Informationen in dem Moment brauchen).

Fehlende Anerkennung durch Leitung sollte auch thematisiert werden. Dabei sollte darauf geachtet werden, wie man das fördern kann, um die Motivation zu verbessern. Beispielsweise, dass im Gespräch mit dem Mitarbeiter an das Telefon gegangen wird. Die Thematisierung des Problems nimmt schon Belastung raus.

Die Einrichtungsleitungen sollten in die Analyse der Ressourcen und Defizite einbezogen werden, jedoch wäre ein Bottom-up-Blick interessanter, da Leitungskräfte einen Blick von oben haben.

Digitalisierung: Technikeinsatz im Bereich der Pflegerobotik oder Exoskelette:

Im Technikeinsatz wird Potenzial gesehen. Hebehilfen oder Umlagerungshilfen sollten weniger aufwendig gestaltet werden, weil sonst eher darauf verzichtet wird und das zu körperlichen Problemen führen kann. Beispiel: Ein Wagen, der automatisch hinter der Pflegekraft hinterherfährt; in Exoskeletten wird auch Potenzial gesehen, die Akzeptanz für technische Unterstützung sollte gesteigert werden.

Der Einsatz technischer Unterstützung ermöglicht ggf. Ressourcen für eine andere Ebene der Interaktionsarbeit und entlastet die Pflegekraft insgesamt

Die technischen Systeme werden als ergänzend angesehen, ersetzen aber keine Mitarbeiter. In indirekten Tätigkeiten wird ein großes Potenzial für technische Unterstützung gesehen, z.B. das Holen von Essen, damit mehr Zeit für die Interaktionsarbeit entsteht.

Das Know-How ist da, aber der Markt und die Nachfrage ist nicht da. Die Systeme müssten vernetzt sein, z.B. dass der digitale Essenswagen gleich dokumentiert - oder dass das System den Mitarbeitern Vorschläge zur Dokumentation macht, weil es erkennt, was gerade gemacht wird (z.B. Medikamente verteilen).

Sonstige Anmerkungen:

Bevorzugung von Mitarbeitern (im Bereich der Dienstplangestaltung oder Teamzusammenstellung, und derjenigen, die vakant sind oder die eher zusagen) durch Führungskräfte soll vermieden werden. Langfristig führt das zu Unzufriedenheit.

Verhaltensprävention: Trauerbewältigung, Supervision (s.o.) aber auch Resilienz oder Stressmanagement, um die Mitarbeiter individuell zu stärken und Defizite in der Organisation aufzufangen. Problematisch ist die fehlende Zeit für Schulungen in den Einrichtungen. Betriebsübergreifende Schulungen wären hilfreich, damit nicht so viele Mitarbeiter gleichzeitig freigestellt werden müssen.

Wie können zusätzliche Reflexionszeiten gefüllt werden, damit sie nicht verloren gehen? Wahrnehmung von Angeboten anerkennen, fordern und den Bedarf erkennen und die Zeit dafür zur Verfügung stellen. Das Team könnte individuell untereinander den Bedarf erkennen - ggf. mit einer speziellen Qualifizierung.

ID 127

Fachkräfte sind fachlich und sprachlich teilweise sehr schlecht qualifiziert. Sie werden in der Einrichtung gehalten, um die rechtlichen Rahmenbedingungen abzusichern, aber in manchen Situationen müssen Pflegehilfskräfte Defizite der Fachkräfte auffangen. Da der Fachkraftmangel zu hoch ist, müssen auch die nicht geeigneten Fachkräfte weiter beschäftigt werden

Bei der Umsetzung könnten engmaschige Pflegevisite zu mehr Pflegequalität führen. Praxisanleiter sollten eingesetzt werden, um die Kollegen in "neuen Pflegehandlungen" zu betreuen. Ebenso engmaschige Mitarbeitergespräche könnten hilfreich sein, um alte Rituale zu reflektieren und Veränderungsprozesse zu fördern

Was muss bei der Umsetzung des neuen und veränderten Qualifikationsmixes beachtet werden?

Die Einarbeitung der neuen Mitarbeiter ist das A und O und muss gezielter stattfinden, was derzeit bei der Einarbeitung neuer Mitarbeiter nicht erfolgt.

Wenn mehr Mitarbeiter vorhanden wären, wäre eine kontinuierliche Einarbeitung und Begleitung möglich. Dann könnte man eine Gruppe machen, in der die Fachkräfte die Hilfskräfte in der Praxis/Pflege (Bereichspflege) begleiten. Das ist eine große Umstellung, aber gut für die Zukunft. Wenn die Umstrukturierung erfolgt ist, wird das neue System gut funktionieren.

Wie ist eine flächendeckende Implementierung möglich, damit mehr Pflegequalität erreicht werden kann?

Das ist sehr schwer umzusetzen und ist eine Aufgabe der Pflegedienstleitung. Die müssten engmaschig kontrollieren, ob die angestrebte Pflegequalität erreicht wird, z.B. durch engmaschige Pflegevisiten. Pflegevisiten erfolgen aus zeitlichen Gründen aktuell kaum.

Dann könnten die Praxisanleiter genutzt werden, welche neue Kollegen einarbeiten, wenn die Schüler gerade nicht im Hause sind. Also Praxisanleiter die Kollegen auf der Station betreuen. Diese Praxisanleitung dürfte nicht im Stellenschlüssel angerechnet werden.

Wenn Pflegenden mal mehr Zeit haben, wird leider nicht mehr Leistung erbracht.

Die neuen QI sind gut und werden hoffentlich die Pflegenden etwas aufwecken. Inwieweit die Indikatoren weiterentwickelt werden sollen, kann erst nach einer längeren Arbeit in der Praxis eruiert werden. Im Moment wird kein Weiterentwicklungsbedarf gesehen.

Damit Pflegende ein weiteres Handlungsspektrum ausüben, müssen die Wohnbereichsleitungen die alten Handlungen aufbrechen und konkret einfordern was getan werden muss.

Welche Qualifikationen bräuchten die steuernden Pflegekräfte?

Die Hilfskräfte bräuchten auch erweiterte Kompetenzen, wie z.B. die Aufnahme von neuen Bewohnern. Wenn die Hilfskräfte bestimmte Aufgaben können, weil sie schon lange in der Pflege arbeiten, dann sollten sie auch erweiterte Tätigkeiten zugesprochen bekommen und das muss auch rechtlich abgesichert sein. Auch um gute Hilfskräfte zu halten.

Schlecht qualifizierte Fachkräfte in der Pflege dürfen nicht mehr mit durchgeschleust werden. Vor 20 Jahre wären diese entlassen worden und heute müssen sie mit durchgeschleust werden, weil die Fachkräfte notwendig sind. Das sorgt im Team für große Konflikte, wenn die Hilfskräfte Fehler von Fachkräften korrigieren müssen, die schlechten Fachkräfte aber erforderlich sind, um die rechtlichen Rahmenbedingungen in einer Einrichtung abzusichern, die Pflegehilfskräfte aber die eigentlichen Kompetenzen haben.

Neue Mitarbeiter müssen gut angeleitet werden. Das ist kein Problem. Das Problem sind die schlecht qualifizierten Fachkräfte und dafür sieht die interviewte Person keine Lösung. Unklar ist, wie bei sehr schlechtem Sprachniveau ein Examen erfolgreich erbracht werden könnte.

Wie kann mehr Effizienz in der Indirekte Pflege erreicht werden? Und wo sind die Ineffizienzen?

Ein Störfaktor in der Einrichtung ist ein bestimmtes Warnsystem, was Fehlalarme auslöst, wenn demenziell Erkrankte vermeintlich die Einrichtung verlassen. Diese Zeit kann dann nicht für die Pflege aufgebracht werden. Da müsste es Ansätze geben, aber das ist schwierig.

Welche Potenziale gibt es in der Digitalisierung?

Bewohner könnten mit einem Chip ausgestattet werden, damit sie schneller wieder in die Einrichtung gebracht werden können. Aber in dem Fall würde die Polizei die Bewohner nicht zurückbringen, weil der Aufenthaltsort bekannt ist. Die Einrichtung hat kein Personal um die Bewohner selbst abzuholen. Das wäre für alle Beteiligten eine gute Lösung, aber die Einrichtung kann die Bewohner nicht irgendwo abholen. Dafür müsste es Lösungen geben.

Eine gute und komplett digitalisierte Pflegedokumentation wäre bestimmt eine Erleichterung, wenn der Umsetzungsprozess abgeschlossen ist. Die Umsetzung selbst ist aufwendig, bis alles funktioniert.

Im Bereich der Medikation wäre ein Kontrollsystem hilfreich, damit keine Fehler mehr passieren.

In der direkten Pflege können Roboter das direkte Wort nicht ersetzen, aber wenn die Bewohner trotzdem durch einen Roboter mehr trinken, wäre das sinnvoll. Allerdings ist nicht zu erwarten, dass die derzeit demenziell Erkrankten die Roboter akzeptieren und mit ihnen zurechtkommen würden. Das wird erst noch kommen.

Wo können Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung Entlastung bieten?

Die Pflegenden sind dafür nicht richtig empfänglich. Kostenlose Fitnessstudios werden vielleicht auch aus zeitlichen Gründen leider kaum angenommen. Kostenlose Massagen während der Arbeitszeiten werden sehr gut angenommen. Angebote zur Raucherentwöhnung werden nicht angenommen.

Arbeitsschutz kostet in der Praxis mehr Zeit für die Pflegenden und müsste einfach kontinuierlicher kontrolliert werden. Wenn mehr Personal vorhanden ist, dann müssten die Pflegenden die Hilfsmittel auch nutzen und das kann besser abgeprüft und eingefordert werden.

Damit die Pflegenden durch mehr Zeit auch mehr und andere Pflegeleistungen erbringen, müssen sie eng begleitet werden. Man muss die Vorteile für sie und auch für die Bewohner herausarbeiten. Dann wird ihnen bewusst, dass sie effektiver sind. Wenn die Mitarbeiter gelassener und fitter sind, spüren das auch die Bewohner und klingeln weniger, weil sie zufriedener sind. Dies spüren dann auch die Pflegenden und sehen einen Vorteil.

Wie kann durch mehr Personal Mitarbeiterzufriedenheit und Arbeitsentlastung in der Pflege gemessen werden?

Zusätzliche Zeit kann für Spaziergänge mit den Bewohnern genutzt werden, aber auf die Idee kommen die Pflegenden nicht.

Die Pflegenden müssen eng mit Gesprächen begleitet werden und man muss ihnen einen Spiegel vorhalten, damit sie sehen, was sich zum Positiven verändert hat. Aktuell ist viel zu wenig Zeit für Mitarbeitergespräche, die aber sehr wichtig wären.

Die Auswahl der Führungskräfte erfolgt manchmal nicht nach Kompetenzen. Stattdessen sind die Pflegenden, die ablehnen können (nicht nein sagen können) und diese sind manchmal für Leitungspositionen oder auch fachlich nicht gut geeignet. Das ist auch ein großes Problem in Pflegeeinrichtungen.

ID 130

Welche technischen Assistenzsysteme können, insbesondere in der Pilotierung eingesetzt werden, um den Personalbedarf zu verringern, bei erforderlicher Pflegequalität und Arbeitszufriedenheit? Welchen technischen Lösungen sind vorstellbar, welche technischen Lösungen gibt es?

Care for innovation, Tagung: Betreiber, Akteure aus der Region waren zur Diskussion vorhanden. Orientierungslosigkeit, weil auf der einen Seite wird die unzureichende Unterstützung der eingesetzten Werkzeuge beklagt. Die Erwartungen sind der nahtlose Übergang von veralteter Technik zu modernster Technik. Das sind unrealistische Erwartungen. Zum anderen ist die Bürokratisierung so belastend (aus der Perspektive der steuernden), dass der Alltag nicht organisiert werden kann.

Dokumentation ist der falsche Ansatz. Es geht eher um Prozesssteuerung und dabei ist die Kernaufgabenstellung die Arbeitsorganisation so abzubilden, dass sich die organisatorischen Anforderungen um die Pflege daraus ableiten lassen. Dabei geht es um Themen, die nah am Pflegeprozess sind, z.B. Pflegegrade, Qualitätsindikatoren, Expertenstandards, als auch um Prozesse, die die Pflege schneiden, wie die Anbindung an medizinischen Komplex, Personaleinsatzorganisation, Verwaltung und Abrechnung. Vision: die Prozesse aus der Arbeitsorganisation um die Pflege herum ergeben sich automatisch aus dem Kern der Pflege.

Die Pflegeplanung muss die Wirklichkeit so nah wie möglich abbilden, auch im Umfang der Informationen. (Noch nicht realisiertes) Bsp.: Höherstufungsantrag kann aus dem System ermittelt werden und auf Knopfdruck generiert und ermittelt werden. Möglich ist aktuell die Erkenntnis aus dem System zu bekommen, ob ein Höherstufungsantrag möglich ist. Zeiteffizienz im Bereich der indirekten Pflege.

Zusammenarbeit mit Ärzten und Apotheken ist ein wichtiges Thema in den Einrichtungen und das Einlesen der Versichertenkarten pro Quartal.

Beispiele für Nutzenpotenzial im Alltag von technischen Systemen sind KI-basierte Mobilitäts- und Sturzrisikoanalyse (Aufstehsituation werden analysiert und Sturzrisiken identifiziert) und Telemedizin (Ärzte werden im ambulanten und im stationären Bereich zu Situationen geschaltet). Anderes Potenzial ist der Einsatz von Bringdiensten (Bsp.: Bring-Liesel zum Bestellen von Drogerieartikeln, Roboter verteilt Produkte). Abläufe, die neben der Pflege entstehen, sollen so weit wie möglich automatisiert werden, um die Organisationsarbeit der Pflegenden zu erleichtern.

Kernprozesse und Subprozesse der Pflege werden unterteilt. Kernprozess gibt es als Nutzenpotenziale zeitnahe Fassung, Pflegegradmanagement, Qualitätsindikatoren und Prozessorganisation. Subprozesse: Sturzrisiko, medizinische Versorgung, Apotheke, Angehörigenmanagement, Bewohnerversorgung, Qualitätsmanagement, Pflegeservicerobotik.

Pflegrobotik ist denkbar beispielsweise in der Erinnerung an das Trinken, Animation zur Nahrungsaufnahme, Wäsche verteilen, Situationen vorbereiten, an die Veranstaltungen erinnern oder niederschwellige Assistenzaufgaben übernehmen. Es braucht noch viel Entwicklung. Es wird aber auch nicht nur einen Roboter in Zukunft geben, sondern ggf. mehrere spezialisierte Roboter und auch die müssen gesteuert werden und ihr Tun muss dokumentiert werden.

Es gibt Robotiksysteme, die kommunikativ arbeiten, Werte messen, Aufforderungen aussprechen und sich unterhalten. (Interviewer: es gibt keine Robotik, die in der Pflege unter Realbedingungen ausprobiert wurde und positiv evaluiert wurde. Daher soll keine Robotik in der Pilotierung

eingesetzt werden). Mit einem digitalisierten Kernprozess, kann der Roboter jederzeit eingegliedert werden. (Interviewer: Robotik könnte im Algorithmus 2.0 aufgenommen werden, die Technik entwickelt sich eh schnell weiter. Ziel der Pilotierung ist die ideale Realeinrichtung, um es später in die Fläche zu bringen). Viele digitale Systeme sind bisher nicht in ihrem Nutzen erprobt, der Nutzen ist also nicht bekannt. Inwieweit ist es Aufgabe der Pilotierung den Nutzen von digitalen Systemen zu erproben? Wenn es Teil Aufgabenstellung der Pilotierung wäre, sollte die Robotik auf jeden Fall mit aufgenommen werden.

Roboter können nicht an das Dokumentationssystem angeschlossen werden, da er mehr Anleitung braucht und einen strukturierten Plan. Integration von Subprozessen an den Kernprozess, die der Roboter erbringen kann. Dabei können verschiedene Positionen einbezogen werden. In Annahmen, in denen verschiedene Positionen betrachtet wurden, konnten 10% Personalleistung. Das ist Summe aus mehreren Einzelpositionen. Große Einsparungen entstehen durch den Beitrag mehrerer einzelner Prozesse, die aber bedingen, dass es einen Kern gibt, der die Prozesse einbindet. Daher entstehen Nutzenpotenziale vor allem dadurch, dass die Verbindungen mit dem Kernprozess der Versorgung automatisiert werden. Vernetzung von Prozessen. Subprozesse können dann beliebig angegliedert werden.

Potenziale von Digitalisierung und Technik in der direkten Pflege sind (Beschreibung am Flipchart): anstatt der „Dokumentation“ wird die Prozesssteuerung notwendig, neben der Steuerung der Prozesse, die automatisiert ablaufen. Nicht zu fassendes Potenzial im Bereich der Personalorganisation, Einsatz von Smartphones erleichtert den Einsatz von externen Aushilfskräften aufgrund nahtloser Einbindung in den arbeitsorganisatorischen Versorgungsprozess. Interviewer wirft ein, dass er bei der direkten Pflege eher an die Sensorik gedacht hat, die z.B. Vitalzeichen messen, Kontrollgänge ersetzt oder ein unterstützendes Bett, dass selbstständig wendet, dreht, kippt, usw. Das Potenzial in dem Bereich wird durch die interviewten Personen bejaht, jedoch auch das Bett kann gesteuert werden. Könnte aber direkte Steuerung am Bett sein.

Digitalisierung wird so definiert: Eine an einen geeignet gestalteten Kernprozess angegliederte Subprozesse

Digitalisierung beinhaltet auch die Attraktivität des Pflegeplatzes zu berücksichtigen. Insbesondere jüngere Pflegekräfte sehen z.B. Arbeitsorganisation über das Smartphone oder Kommunikation mit dem Arzt über eine Cloud positiv.

Anhand der aktuellen Pflegeplanungsdaten kann auf Tagesabweichungen eingegangen werden. Umplanung, oder durch Umverteilung zwischen den Wohnbereichen. Das System plant auch schon in die Zukunft (etwa eine Woche).

Ausfallzeiten und kurzfristige Absagen sind Belastung in Einrichtungen. Bei Mehrpersonal wird auch die Möglichkeit des Ausfalls steigen. Möglicherweise kann der Anwuchs durch ein gutes Tool verhindert werden.

Pflegeplanungstools sind im täglichen Einsatz und damit wird viel Erfahrung gesammelt, wenn die Planung der Versorgungsrealität steht, kann sie gut aus einem Algorithmus erstellt werden oder einen ersten Vorschlag für eine Planung geben

Sollen die Einrichtungen was für die Planung an die Hand bekommen, Optimieren, aber es soll in die Fläche gehen können, und die Fläche soll nicht auf eine Software verpflichtet werden.

Interviewer: Sollte deswegen der Schritt der Pflegeplanung freigestellt werden?

Die interviewte Person argumentiert, dass die Planung der Kernprozess der Prozesssteuerung, wie am Anfang dargestellt. Wenn es nicht gelingt den Kern zu strukturieren, gibt es keine digitale Grundlage geben.

Interviewer: Kernprozess muss digitalisiert werden, aber es darf nicht monopolisiert werden und Leistungen auf andere Art zu planen (verschiedene Pflegemodelle) muss akzeptiert werden.

Interviewte Person: Dann müssen Eigenschaften (die können noch nicht genannt werden, aber später nennt Interviewter als Beispiel: Granularität, Verknüpftheit, Anbindbarkeit (oder Anwendbarkeit? schwer verständlich)), die den digitalisierten Kernprozess ausmachen, definiert werden. Dann ist es egal mit welchem Pflegemodell die Pflegeplanung erstellt wird. Und das ist außerhalb der Aufgabenstellung.

Interviewer: unterm Strich sagen die Pflegemodelle alle das gleiche aus. Daher soll auf der abstrakten Ebene beschrieben werden, welches Pflegemodell, welcher Pflegeprozess mit welchen Schritten zugrunde gelegt werden, welche diese subsumieren. Auf dieser Basis braucht es eine Engine die dann die Planung übernimmt.

Interviewte Person: die Art der Planung ist idealerweise nur initial relevant, da die Prozesssteuerung später automatisch läuft, bspw. wenn zusätzlich Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme benötigt wird, wird das automatisch in die Planung aufgenommen.

Interviewer: es kann in der Erprobung nur mit Technik gearbeitet werden, die auch von anderen umgesetzt werden kann, anbieteroffen. Wenn eine optimale Digitalisierung zum Standard gemacht wird, haben die andere nachher zu wenig Personal, die nicht optimal digitalisiert sind. Abwägung Auswahl der Einrichtungen.

ID 131

Modellhafte Pilotierung:

Die größte Herausforderung bei der modellhaften Pilotierung stellt die Organisation der Personeninnvoller Einsatz des Mehrpersonals bei mehr Zeit, Umgang mit den Aufgaben. Außerdem die Frage: Wird der Arbeitsschutz umgesetzt?

Auswirkung des Mehrpersonals:

Es werden positive Effekte in der Arbeitszufriedenheit und der beruflichen Zufriedenheit erwartet. Dies ist wichtig, um wieder mehr Menschen in die Pflege zu bringen.

Messbarkeit:

Verbesserungen in der Qualität (Lebensqualität, Pflegequalität) sind auf Grundlage der Qualitätsindikatoren messbar. Sie zeigen Verbesserungen in dem Zustand der Bewohner.

Messbarkeit im Bereich des Arbeitsschutzes ist schwierig. Mögliche messbare Faktoren sind z.B.: weniger Zeitnot, weniger Unfälle, weniger Übergriffe auf das Personal. Vergleichbare Daten aus früheren Studien sind evtl. auch nicht vorhanden. Leichter wäre die Messung indirekter Faktoren, die am Bewohner messbar sind, z.B. herausforderndes Verhalten bei den Bewohnern, da sich die Stimmung im Haus auf die Bewohner auswirkt

Interviews über die Arbeitszufriedenheit: Zufriedenheit mit der pflegerischen Versorgung, Belastungssituationen; Bsp. Instrument: Copenhagen Social Questionnaire (Copsoq) wird häufig eingesetzt. Im Vergleich kann auf die Literatur verwiesen werden (Hasselhorn, 3Q-Studie: http://www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Projekte/zusammenfassen-was-zusammengehoert-abschlussbericht.pdf?__blob=publicationFile)

Schwierigkeiten gibt es bei der Trennung von Aufgaben. Betreuungsaufgaben sind auch bei den Fachkräften gewünscht und die Zusammenarbeit zwischen der Pflege und den zusätzlichen Betreuungskräften ist nicht gut.

Zusätzliche Betreuungskräfte:

Der interviewten ist keine Einschätzung möglich, aber die damalige Entscheidung für die zusätzlichen Betreuungskräfte, wird als positiv bewertet.

Wichtig ist, dass der Zeitaufwand für die Betreuung nicht wegfällt. Wie sie aufgeteilt werden sollte, kann nicht eingeschätzt werden.

Unter dem Aspekt der Förderung und der Personalentwicklung sollten die zusätzlichen Betreuungskräfte erhalten werden und zu Hilfskräften ausgebildet werden, um das Kompetenzprofil zu erweitern und zur Sicherung der Pflegequalität, weil Hilfskräfte noch anders eingesetzt werden können als die zusätzlichen Betreuungskräfte, die ein relativ geringes Aufgabenspektrum haben.

Es besteht die Gefahr der zu strikten Trennung von Aufgaben, die in der Praxis nicht möglich ist.

Trennung der Aufgaben nach QN ist eine große Herausforderung für die Führungskräfte. Es darf keine Bevormundung der Einrichtungen geben.

Flächendeckende Einführung:

Einführungszeit und das Heranführen der Einrichtungen an das Mehrpersonal in kleinen Schritten ist wichtig. Das Strukturmodell war erfolgreich in der Einführung, daher könnte man sich daran orientieren. Es braucht in der Einführung eine starke Begleitung.

Strukturmodell ist als positives Beispiel in der Pflegebranche zu sehen mit regionalen Treffen, Unterstützung vor Ort und kleinen Videosequenzen.

Thema Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung kann in den Prozess der Einführung durch die Führungskräfte mit untergebracht werden. Führungskräfte müssen in der Einführung unterstützt werden und Konzepte und Ideen an die Hand bekommen. Ggf. braucht es in den Einrichtungen Wohnbereichsspezifische Konzepte, um die Wohnbereichsleitungen nicht zu überfordern

Methoden zur Reflexion und Beratung im Team:

Unterstützungsbedarf wird weniger bei dem einzelnen Mitarbeiter, als bei den Führungskräften gesehen, die schauen muss, was die einzelne Person braucht, beginnend bei der Wohnbereichsleitung, weil die näher dran ist an den Mitarbeitern. Die muss die Kompetenzen dafür auch haben zu beurteilen, ob die Gefährdungsbeurteilung eingehalten wurde z.B., die ist oft nicht vorhanden aufgrund fehlender Fort- und Weiterbildungen (z.T. durch mangelnde Zeit für den Besuch von Fort- und Weiterbildungen).

Im Vorfeld müssen die Ressourcen jeder Einrichtung analysiert werden. Welches Wissen ist zum Thema Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung schon vorhanden, da die Einrichtungen sehr unterschiedlich in ihrer Struktur und in den Konzepten sind

Ggf. am Anfang stärker mit Pflegevisiten arbeiten, wobei Aspekte der Pflegequalität, der Einhaltung des Standards und Aspekte des Arbeitsschutzes und des gesundheitsförderlichen Arbeitens betrachtet werden sollen. Frage ob Abweichungen aus Unwissenheit oder aus Zeitmangel geschehen.

Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung:

Zeiten für den Arbeitsschutz sind verpflichtend, es bestehen betriebsbezogener und Mitarbeiterbezogener Zeitbedarf. Betriebsbezogener Zeitbedarf (Gefährdungsbeurteilung, Brandschutz, Elektropfung, Gefahrenstoffe usw.) ist pro Mitarbeiter unterschiedlich, weil große Einrichtungen die gleichen Aufgaben wie die kleinen Einrichtungen haben, die mitarbeiterbezogenen Zeitaufwände (Unterweisung, arbeitsmedizinische Vorsorge) sind pro Kopf – die Zahlen dazu stehen bisher nicht zur Verfügung

Die Zeiten für die betriebliche Gesundheitsförderung sind nicht verpflichtend.

Zeitaufwände für Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung unterscheiden sich je nach Intervention und sollen in der Pflegeplanung berücksichtigt werden, z.B. die Zeit für den Lifter bei einer bestimmten BI-Konstellation oder aktivierende Pflege

Zeitaufwände entstehen für Schulungen, z.B. bei Umgang mit Medikamenten – Umgang mit Gefahrenstoffen

Konkrete Zeiten können dafür nicht genannt werden, Schätzung aus einem anderen Projekt: 6,7 Stunden/Mitarbeiter/Jahr für den Arbeitsschutz.

In der betrieblichen Gesundheitsförderung ist es wichtig die Führungskräfte in gesundheitsförderlicher Führung zu schulen. Den Führungskräften müssen die Vorteile der betrieblichen Gesundheitsförderung nahegebracht werden. In der modellhaften Einführung soll

den Führungskräften in den Einrichtungen das Wissen über die Gesundheitsförderung an die Hand gegeben werden, indem man ggf. vor der Schulung ein Seminar Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung anbietet.

Potenziale der Digitalisierung und Technik im Bereich Arbeitsschutz:

Durch die Vereinheitlichung der Pflegedokumentation wurde schon viel getan.

Ggf. portable Möglichkeiten zur Dokumentation (Handys, Smartphones)

Pflegerobotik sollte nicht eingesetzt werden. Technik und Digitalisierung hat in der Pflegeplanung und Verwaltung schon Einzug gefunden.

Exoskelett und andere Techniken besitzen noch nicht die Marktreife, um in der Erprobung eingesetzt zu werden.

Die technische Ausrüstung einer Einrichtung sollte eher untersucht werden, z.B. notwendige Anzahl der Lifter.

Bei den Angeboten muss sich die Frage gestellt werden, was wirklich sinnvoll ist

Im Bereich Sensorik gibt es Potenziale.

ID 132 & 133- Gruppendiskussion

Personalentwicklung:

ID 133: eine fehlende Begründung für den hohen Teilzeitanteil sind die hohe Arbeitsverdichtung am Morgen und am Abend, welche bei Vollzeit ohne geteilte Dienste und zwei freien Wochenenden flächendeckend schwer umsetzbar. Flächendeckend würden die Kräfte nicht morgens abends je vier Stunden zu den Stoßzeiten kommen wollen.

ID 132: zudem kommt die leistungsrechtliche Trennung des Einsatzes von Mitarbeitern, die in verschiedenen Leistungsbereichen eingesetzt werden können

ID 133: Die Argumentation welche Wochenarbeitszeit, der Nettojahresarbeitszeit zugrunde gelegt worden ist, sollte ggf. im Bericht ausgeführt werden, aufgrund verschiedener Sichtweisen.

ID 133: die Frage des Ordnungsrechts muss für die Einführung geklärt werden. Zudem muss die Finanzierung sichergestellt sein. Die Finanzierung sollte nicht durch die Kostenträger erfolgen, sonst passiert das gleiche wie bei den 13.000 Stellen.

ID 133: Bei der Finanzierung des Mehrpersonals über einen Fonds muss auf die Schnittstellen geachtet werden, die Kommunikation zwischen den Finanzierungstöpfen, damit nicht wie bei den 13.000 Stellen, die Situation entsteht, dass eigentlich genug oder mehr FK da sind, aber die FK-Quote nicht erreicht wird, wenn eine FK wegfällt, weil die zusätzliche FK nicht in die FK-Quote gezählt werden darf.

Erprobung, stufenweise Einführung:

ID 132: Für die Erprobung wäre ein Aussetzen der Landesrechte sinnvoll, weil die ordnungsrechtlichen Vorgaben die Umsetzung verkomplizieren

ID 132: die Erprobung, sowie die Umsetzung müssen stufenweise aufgebaut sein. 2020 besteht die Schwierigkeit, dass der erste Durchgang der generalistischen Pflegeausbildung startet. Dass die praktische Umsetzung erst 2021 erfolgen kann, ist passend, weil mindestens eine Erhebung der Qualitätsindikatoren erfolgt ist, welche eine Grundlage bilden. Für die Einrichtungen ist es wichtig bei der Umsetzung genug Zeit zu haben, um sie mit den Entwicklungen (Qualitätsindikatoren) nicht zu überfordern. Charmant wäre die Idee, dass die Einrichtung in der Erprobung Handlungsspielraum in der Umsetzung der Organisation und des Personalmix haben und ausprobieren können.

ID 133: Wie fließen sonstige Personalgruppen mit ein? Z.B. zusätzliche Betreuungskräfte. Die zusätzlichen Betreuungskräfte müssten, von der Logik, eigentlich in der Personalmehrung enthalten sein.

ID 132: in der Erprobung sollte die Einrichtung die Freiheit haben für den Bereich der Pflege und Betreuung diverse Berufsqualifikationen einsetzen zu können. Der Einsatz ist einrichtungsabhängig und von der Bewohnerstruktur abhängig

Interviewer: Definition einer FK kann geführt werden. Ggf. könnte es FK in verschiedenen Bereichen geben, u.a. FK für Betreuung

ID 133: Betreuungsfachkräfte wären nicht finanzierbar. In Bayern werden Betreuungskräfte auf Grundlage von den 160 Stunden als Mindestqualifikation refinanziert, höhere Qualifikationen können nicht refinanziert werden

ID 133: Wie werden Aufgaben, die nicht direkt dem Pflegebedürftigen zu Gute kommen (z.B. zentrales QM, Stelle für Psychohygiene der Mitarbeiter, z.B. Supervision) auf den Stellenschlüssel angerechnet?

ID 132: dazu gehört z.B. auch ein Hintergrunddienst, der mit den Angehörigen kommuniziert.

ID 133: Das Mehrpersonal braucht es nicht in der Pflege, sondern um das Gesamtkonstrukt zu verbessern

ID 132: Die Aufgaben der FK variiert nach den Einrichtungen, je nach Konzept. Definition der Zugehörigkeit zu den Bereichen Pflege und Bereuung muss geklärt werden. Es ist nicht stimmig nur über die Ausstattung der Pflege zu diskutieren und später über den Rest zu reden Beispiel: Wozu ist eine Pflegekraft mit EDV-Kenntnissen, oder ein EDV-Verantwortlicher mit Pflegehintergrund zugehörig? Pflege oder Verwaltung?

ID 133: Umgang mit dem Einsatz von Techniken, die Zeit einsparen (z.B. Dokumentation, Sturzsensoren, die flächendeckend eingesetzt werden). Die Entlastung der Pflegekräfte kann irgendwo eingespart werden. Trotzdem erfordert die Technik Wartung usw. Entweder kann der Personalschlüssel in der Verwaltung erhöht werden oder es wird alles aus einem Topf finanziert und die Einrichtung kann entscheiden, ob es ihr Wert ist eine halbe Stelle Pflege einzusparen, weil die Technik z.B. mehr als um eine halbe Stelle entlastet. Die letztere Lösung wird favorisiert, weil dann individuelle Konzepte möglich sind. Beispiel: gäbe es einen Pflegeroboter, könnte man damit eine Pflegekraft ersetzen. Es wird jedoch trotzdem jemand gebraucht, um den Roboter zu warten und so kann man sich auch heutigen Techniken annähern.

ID 132: Rundgänge können durch Sensoren effizienter gestaltet werden, z.B. durch Sensoren in den Inko-Materialien oder Unterlagen. Das würde Personal sparen.

ID 133: Beispiel: Bett, was Vitalzeichen misst und teilweise lagern kann. Befragter würde die Techniken umsetzen, wenn es die Möglichkeit gäbe, eine Person aus dem Pfl egetopf rauszunehmen und dafür eine Stelle für die IT hätte. Es gibt technisch ausgereifte Systeme, die entlastend sein können, wie Sensoren, die die Rundgänge in der Nacht ersetzen können, indem Situationen erkannt werden, in denen z.B. ein Bewohner stürzt. Problematisch ist die Finanzierung der Unterhaltung der IT.

ID 132: Wichtig für die Umsetzungsphase ist, dass die Anleitung für die Auszubildenden von dem zusätzlichen Personal getrennt wird, weil die Finanzierung aus anderen Stellen erfolgt. Die Finanzierung soll nicht aus einem vorhandenen Finanzierungstopf künftig finanzierte Anleitungsmenge aus dem üblichen Pflegerischen finanziert werden müssen. In BW gibt es einen Personalschlüssel QM 1:40, welcher aktuell teilweise von den Heimen für die Praxisanleiter verwendet, weil es dafür noch keine Finanzierung gibt. Das ist in Zukunft von Interviewtem nicht mehr gewünscht. In BW kann die Stelle frei eingesetzt werden, z.B. für Steuerungsaufgaben, SozPäds, Verwaltungskraft für Betreuungsangelegenheiten.

ID 133: So eine Stelle sollte nicht im Schlüssel berechnet werden, sondern aus einem Pool kommen und flexibel eingesetzt werden können, da sie unregelmäßig viel benötigt wird (Bsp.: durch Einführung SIS mehr als 1:40 nötig)

ID 132: Bei mehr Personal soll es mehr Zeit für Reflexion der eigenen Arbeit, Gruppengespräche, Qualitätszirkel, Umsetzung der Expertenstandards geben. Es braucht eine Moderation oder eine Person, die sich mit diesen Prozessen auseinandersetzt, vor Ort, welche nicht unbedingt eine Pflegeakademikerin sein muss, sondern auch eine Arbeitswissenschaftlerin oder eine Beraterin sein kann.

ID 133: Interne Qualifikation: Durch mehr Hilfskräfte höherer interner Schulungsaufwand, welcher in dem Personalschlüssel abbildbar sein soll.

ID 132: Die Zeiten für die Organisationsentwicklung oder die Qualifizierung sind nicht erhoben worden. Die müssten noch on top kommen und die dürfen nicht zu wenig sein.

ID 133: Der Anspruch an die Qualifikation wird höher, weil es mehr Hilfskräfte gibt. Je mehr es sind und je unterschiedlicher die Qualifikation ist, desto komplexer wird der Steuerungsaufwand.

ID 132: Für den isolierten Einsatz von Personal zu Stoßzeiten, z.B. Essen anreichen braucht es Kreativität und dafür ist ein zentraler Topf erforderlich, der den Rahmen für die Kreativität bieten kann.

ID 133: der flexible Einsatz erfordert zudem die Flexibilisierung des Arbeitszeitgesetzes.

ID 133: Rahmenbedingungen, damit die Anbieter mit mehr Personal arbeiten: finanzieller Mehrwert. Die Vorleistungskosten (Personalbeschaffungskosten, Organisationsentwicklung) sind ungleich hoch für die Einrichtungen je nach Größe der Einrichtung und dürfen nicht zu hoch sein.

ID 132: der finanzielle Mehrwert von Mehrpersonal ist schon erreicht, wenn ein verlässlicher Dienstplan und kein Holen aus dem Frei, durch weniger Fluktuation, weniger Zeitarbeit und dadurch eine höhere Attraktivität, wodurch besseres Personal rekrutiert werden kann. In der Einführungsphase würden Kräfte aus dem Springerpool eingesetzt werden, um eine zuverlässige Basis für das vorhandenen Personal zu schaffen und das Mehrpersonal nach und nach rekrutieren zu können.

ID 133: Anreiz für Mehrpersonal und Organisationsentwicklung in der Fläche, wenn die Einrichtung gut läuft.

ID 132: in der Erprobung sollten auch kleinere Einrichtungen, mit ggf. 30 oder 45 Plätzen teilnehmen, weil die in Zukunft wichtig sind. Die Veränderungen sind für kleine Einrichtungen im Verhältnis zu den großen eine größere Herausforderung. In der Erprobung müssen die Kapazitäten/die Größen aller Einrichtungen berücksichtigt werden.

ID 133: Mehr Personal ist eine höhere Belastung und Anforderung in der Organisation und in der Anleitungarbeit. In kleineren Einrichtungen, in denen weniger Mehrpersonal dazukommt, ist die Anforderung geringer als in größeren Einrichtungen. Die kleinen Einrichtungen machen einen großen Teil der Einrichtungen aus, daher kann es wichtig sein, dass diese von der Personalbemessung profitieren, dass das Mehrpersonal keine zusätzliche Belastung darstellt, damit die nicht benachteiligt werden und die Versorgung an der Stelle wegbricht. Die Frage ist, ob die kleinen Einrichtungen den gleichen prozentualen Anstieg an Mehrpersonal benötigen oder sogar einen höheren.

ID 132: Und es stellt sich die Frage, ob die die kleinen Einrichtungen ggf. bei bestimmten Unterstützungsfunktionen einen überproportionalen Anteil an Mehrpersonal benötigen.

ID 133: These: der Einsatz von Mehrpersonal hat in den heutigen Strukturen nur einen Mehrwert, wenn das Personal anders eingesetzt werden kann (Psychohygiene der Mitarbeiter, IT usw.)

ID 132: Begründung für die These ist auch, dass Projekte der Organisationsentwicklung die Mitarbeiterzufriedenheit erhöhen, ohne, dass mehr Personal eingesetzt wurde, indem die Möglichkeit gegeben wurde, die Arbeit zu reflektieren und darüber etwas in ihrer Arbeit zu verändern.

ID 133: Mehrpersonaleffekt ist vergleichbar mit dem Gehaltseffekt kurzfristige Effekte und nicht nachhaltig.

ID 132: Begleitend könnte eine Kommunikationsstrategie für die Einrichtungen in der Erprobung entwickelt werden (Wertschätzung der Mitarbeiter), um eine Wirkung aus der Veränderung zu erzielen. Umsetzung könnte durch eine Firma erfolgen, die in die Betriebsversammlungen geht. Begleitung sollte extern sein.

ID 133: Inhouse-Marketing

ID 132: Das Konzept sollte den Umgang mit internationalen Kräften beinhalten.

ID 133: der Einsatz von internationalen Kräften erfordert, neben dem erhöhten Einsatz von Hilfskräften, auch Anleitung.

ID 132: Eine Durchmischung der Disziplinen schafft eine andere Kultur, die sich positiv auswirkt. In den Einrichtungen fehlt es im Personalkörper an akademischen Kräften.

ID 133: das akademisch qualifizierte Personal hat eine andere Art der Psychohygiene, Selbstreflexion.

ID 132: Es sind Funktionen notwendig, die über die Vergütungssysteme der Einrichtungen nicht abgebildet werden können. Auch an dieser Stelle ist eine Kompetenzorientierung notwendig. Dafür wäre es gut einen Projektblock für die teilnehmenden Einrichtungen zu haben mit Bewertungen der Funktionsprofile die entwickelt werden mit Experten in der Bewertung von Kompetenzen.

ID 133: Ein Personalkostenpool wäre eine Möglichkeit, um einen flexiblen Einsatz von Personal zu erwirken. Der Übergang zwischen den verschiedenen Finanzierungstöpfen (Pflege, zusätzliche Betreuung, Verwaltung, Projekt) muss fließend sein.

ID 132: die Nachweispflichten müssen für die Modelleinrichtungen geregelt werden, weil die Zugehörigkeit über den Pflegesatz nicht definiert werden kann.

Auswahl der Einrichtungen:

ID 132: Es ist die Frage, ob Einrichtungen ohne EDV-basierter Dokumentation an der Erprobung teilnehmen können. Die zu sammelnde Datenmenge und die Frequenz muss den Einrichtungen im Vorfeld mitgeteilt werden. Die Vorbereitung wird mindestens ein halbes Jahr brauchen.

ID 133: Es ist ggf. politisch nicht verkaufbar Plätze freizuhalten in der Erprobung, um das Verhältnis von Bewohner und Pflegekräften herzustellen. ID 132 hält es für politisch verkaufbar, weil es darum geht die Mitarbeiterzufriedenheit im Beruf zu erhöhen. Die politische Durchsetzbarkeit ist eher in den Ballungszentren und Städten gegeben. Und je größer die Einrichtung ist, desto eher ist es umsetzbar. Es sollte eine Trägervielfalt der Einrichtungen erfasst werden, indem Einrichtungen im großen Trägerverbund wie auch einzelne Einrichtungen eingeschlossen werden, weil es andere Voraussetzungen sind, ob eine zentrale QM den Prozess begleitet, die keinen Einfluss auf den Personalschlüssel direkt hat oder ob es ein eigenes Haus ist, die alle Prozesse intern begleiten.

ID 132: Neben der Begleitung von Seiten der Uni braucht es einen Ansprechpartner in der Einrichtung von Seiten des Trägers, der ggf. einen eigenen Stellenanteil, z.B. von 0,2 hat und interner Ansprechpartner für die externen Ansprechpartner oder den Betriebsrat ist und der die Prozesse widerspiegeln kann.

ID 133: Stadt-Land-Durchmischung ist extrem wichtig, weil es einen Unterschied in der Möglichkeit gibt Personal zu akquirieren. Auf dem Land wird es ggf. leichter sein Hilfskräfte zu akquirieren, als in der Stadt, weil es eine andere Konkurrenzsituation gibt.

ID 132: Rangfolge der Stratifizierungsmerkmale: Größe, Agglomerationsraum, Trägerstruktur, Bundesland. Das Bundesland ist interessant, weil sich die Kulturen unterscheiden.

ID 133: Die Größe der Einrichtung ist das wichtigste Kriterium. Politisch gesehen ist das Kriterium Bundesland wegzudiskutieren, wenn die Intention ein einheitliches Personalbemessungsinstrument ist, muss in letzter Konsequenz auch das Heimrecht wieder auf Bundesebene sein. Interviewter stimmt der Aussage zu, dass der Agglomerationsraum an zweiter Stelle steht. Die Verbandszugehörigkeit ist eher ein politisches Kriterium (Zustimmung durch ID 132: Verbandszugehörigkeit irrelevant), weil die Träger im Kern nicht anders aufgestellt sind.

ID 133 und ID 132 sind sich einig, dass es eine stufenweise Erhöhung des Mehrpersonals geben sollte gegenüber einer einmaligen Erhöhung um das gesamte Mehrpersonal. ID 132 begründet dies damit, dass es praktisch nicht möglich sein wird das Mehrpersonal zu einem Stichtag zur Verfügung zu haben. ID 133 bevorzugt eine inhaltliche Aufteilung des Projekts, in der es mehrere Bausteine über die Projektlaufzeit verteilt gibt, z.B. Springerpools, Hintergrunddienste wie Psychohygiene für die Mitarbeiter. ID 132: bei inhaltlichen Bausteinen werden die Einrichtungen unterschiedlich priorisieren. ID 133: wenn die Vision (s.o.) mit dem Pool für die Einrichtungen realisiert werden soll, muss dieses Konzept in der Erprobung möglich sein, ohne dass Budget starr für Funktionen vergeben wird. ID 132: Ziel ist Mehrpersonal. Schon vorhandenes Personal oder potenzielles Personal, z.B. Hintergrunddienst, sollte genutzt werden können von den Einrichtungen, um Entlastung zu schaffen, auch wenn der Pool noch nicht realisiert wurde.

ID 133: In der Praxis wird es nicht umsetzbar sein, dass das Mehrpersonal durch das Projekt beschäftigt ist und nicht in der Einrichtung. Die Einrichtung hat ein Interesse daran, dass das Personal auch nach der Projektzeit in der Einrichtung bleibt und der Zustand nicht wieder wie vor Projektanfang ist. Die Rekrutierung könnte auch als eigenes Projekt ausgeschrieben werden oder dem BMG übergeben werden.

ID 132: Ein halbes Jahr Vorlauf wird benötigt, bevor das Projekt in der Einrichtung umgesetzt wird.

ID 133: in dem halben Jahr würde überlegt werden, für was das erste Personal eingesetzt werden soll.

ID 132: ggf. werden 3 Monate für die Erstellung eines Konzepts und 3 Monate für die Rekrutierung benötigt.

ID 133: Je nach Konzept muss auch das Personal spezialisiert sein, welches akquiriert werden soll. Es funktioniert also nicht allgemein FK oder HK bereitzustellen, sondern der Fokus muss auch dann schon auf dem Mix liegen und der muss erst in der individuellen Einrichtung definiert werden.

ID 132: in den 6 Monaten der Vorbereitung werden Organisationsentwickler benötigt, die die Einrichtung unterstützen. Einheitliches Konzept durch externe Organisationsentwickler, die ein eigenes Konzept in der Einrichtung umsetzen werden von beiden Interviewten als schwierig angesehen. ID 133: durch die Vielfalt der Einrichtungen und deren Konzepte ist es nicht umsetzbar ein standardisiertes Programm in die Einrichtungen zu bringen. Die Interviewten sind sich einig, dass die Organisationsentwicklung im Projekt im Sinne der Prozessbegleitung gestalten werden soll. Ein einheitliches Konzept für alle Einrichtungen wird abgelehnt. Einem großen Teil der Einrichtungen in Deutschland wird zugetraut, ein Konzept individuell anzupassen.

ID 132: zu Beginn der Vorbereitung sollte von der Projektseite für die Einrichtungen Experten in die Einrichtungen kommen, die Impulse reinbringen.

ID 133: gewisse Vorgaben können gemacht werden, z.B. dass das Mehrpersonal nicht ausschließlich zur Aufstockung des Nachtdienstes eingesetzt werden darf oder dass ein Teil des Mehrpersonals den Mitarbeitern zu Gute kommen soll.

ID 132: Bei der Auswahl der Einrichtungen sollten nur diejenigen ausgewählt werden, die schon in dem jeweiligen Bundesland den maximalen Personalschlüssel oder Korridor besetzen, weil es um das zusätzliche Personal geht.

ID 132: bestimmte inhaltliche Vorgaben durch die Selbstverwaltung bei der Durchführung sind akzeptabel. Die Interviewten sind sich einig, dass es kein Standardkonzept geben sollte.

ID 133: durch ein Aufbrechen der starken Reglementierung im Personal würde mehr Innovationskraft und Gestaltungsmöglichkeit für die Träger entstehen.

ID 132: Ideen zur Messbarkeit der Qualität in Verbindung mit dem Personaleinsatz: personelle Kontinuität zu bestimmten Knackpunkten, z.B. der Morgentoilette, ist es zu diesem Zeitpunkt bei dem Bewohner möglichst wenig unterschiedliches Personal einzusetzen; Frequenz der Maßnahmenüberprüfung; Häufigkeit der Einbeziehung der Bezugspersonen.

ID 133: Diese Variablen wären systematisch ohne personellen Mehraufwand über die IT auswertbar, wenn es über die SIS abgebildet wird.

ID 133: Ideen zur Digitalisierung: Schnittstellen nach draußen (Übergabeprotokolle zu Krankenhäusern, Arzt- oder Krankenhausbriefe nach Krankenhausaufenthalt Rezepte digital versenden) sollten digitalisiert werden, weil es viel Zeit in Anspruch nimmt.

ID 132: Wunsch im Bereich der Digitalisierung: Übersetzungsprogramme für die internationalen Kräfte, mit dem die Sprache direkt in der Kommunikation mit dem Bewohner übersetzt wird, um die Kommunikationsqualität zu verbessern.

ID 132: Ein Vorteil wäre eine App, die in der Personalplanung unterstützt, z.B. vorgibt, wer als nächstes angefragt werden kann.

ID 132: Ideen zum Arbeitsschutz: Bonus für Raucherfreies Pflegeheim, für die Mitarbeiter. Oder das Schlafpensum von Mitarbeitern ist ein unterbeleuchtetes Thema.

ID 133: Arbeitsschutz: betriebliches Gesundheitsmanagement für psychische Belastbarkeit, im Rahmen der Arbeitszeit und Ressourcen im Personalpool um das zu bearbeiten.

ID 132: Verfügbarkeit des Personals/Vereinbarkeit Familie und Beruf: Ferienprogramm für Mitarbeiterkinder, Bedarfsanalyse, ob so ein Programm hilfreich wäre .

A 8 Ergänzende Dokumente

A 8.1 Integration von Arbeitsschutzmaßnahmen in das Instrument zur Pflegepersonalbemessung in der stationären Altenpflege (BGW 2019)

Personalbemessung in der stationären Altenpflege

Integration von Arbeitsschutzmaßnahmen in das Instrument zur Pflegepersonalbemessung in der stationären Altenpflege

Stand: Juni 2019

Impressum

Personalbemessung in der stationären Altenpflege

Integration von Arbeitsschutzmaßnahmen in das Instrument zur Pflegepersonalbemessung in der stationären Altenpflege

Stand 06/2019

© 2019 Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege (BGW)

Herausgeber

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege (BGW)

Hauptverwaltung

Pappelallee 33/35/37

22089 Hamburg

Telefon: (040) 202 07 - 0

Telefax: (040) 202 07 - 24 95

www.bgw-online.de

Autor*innen

Björn Kähler, BGW, Grundlagen der Prävention und Rehabilitation, Hamburg

Michaela Sorber, BGW, Grundlagen der Prävention und Rehabilitation, Bochum

Dr. Sandra Gorfer, BGW, BzSt. Würzburg

Anne Köllen, BGW, BzSt. Köln

Dr. Sascha Schmidt, BGW, BzSt. Bochum

Susanne Stolle, BGW, BzSt. Delmenhorst

Leonie Hecken, contec GmbH, Bochum

Friederike Ibing, contec GmbH, Bochum

Gabriele Osing, contec GmbH, Bochum

Alexander Wilker, contec GmbH, Bochum

Layout

Petra Ulbrich, BGW, Grundlagen der Prävention und Rehabilitation, Hamburg

Inhalt

1	Einleitung	6
2	Vorgehen	7
3	Ergebnisse	8
3.1	Interventionen inklusive Definition und Beschreibung.....	8
3.1.1	Positionierung	8
3.1.2	Transfer/Fortbewegung.....	9
3.1.3	Medikationsmanagement.....	10
3.1.4	Gerätemanagement und Notfallwagenkontrolle	11
3.2	Teilschritte inklusive Ausprägung.....	12
3.2.1	Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)	12
3.2.2	Schutzmaßnahmen beachten.....	13
3.2.3	NEUER Teilschritt Schutzmaßnahmen bei Medikamentengabe.....	14
3.2.4	Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel	15
3.2.5	Positionierung entsprechend der gewählten Übung und Anwendung der geeigneten Methode	15
3.2.6	Positionierung in die vorgesehene (therapeutisch) korrekte Körperhaltung, unter Minimierung von Reibungs- u. Scherkräften ...	16
3.2.7	Transfer mit der geeigneten Methode durchführen	17
3.2.8	Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien	18
3.2.9	Kanüle in Abwurf entsorgen, Einstichstelle m. Tupfer komprimieren	19
3.2.10	NEUER Teilschritt Wirksamkeit der Betätigungs- und Sicherheitseinrichtungen.....	19
3.3	Anforderungen inklusive Ausprägungen	20
3.3.1	Rückenschonend arbeiten	20
3.3.2	Beaufsichtigung - mögliches aggressives Verhalten beachten und sozial inadäquate Verhaltensweisen.....	21
3.4	Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz	22
4	Abkürzungsverzeichnis und Anlagen	25

1 Einleitung

Mitarbeiter*innen in stationären Pflegeeinrichtungen sind täglich für die Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger Menschen zuständig. Der Erhalt ihrer Gesundheit stellt demnach eine wesentliche Bedingung für die Gewährleistung guter Pflege dar.

Dies setzt die Schaffung und den Erhalt sicherer und menschengerechter Arbeitsbedingungen voraus - eine Herausforderung, welcher sich Unternehmer*innen im Bereich der stationären Altenhilfe stellen müssen. Basierend auf dem Arbeitsschutzgesetz und der berufsgenossenschaftlichen DGUV Vorschrift 1 werden Unternehmer*innen verpflichtet, alle Maßnahmen zu treffen, die zur Verhütung von Arbeitsunfällen und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren sowie zur menschengerechten Gestaltung der Arbeit erforderlich sind.

In diesem Zusammenhang ist nachvollziehbar, dass in Zeiten einer Arbeitsverdichtung im Pflegealltag ein verlässliches und transparentes Personalbemessungsverfahren gefordert wird. Mit dem Pflegestärkungsgesetz II hat der Gesetzgeber erstmals die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben im neu geschaffenen § 113c Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) verankert.

Als gesetzlicher Unfallversicherungsträger ist die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) für alle nicht staatlichen Einrichtungen im Gesundheitsdienst und in der Wohlfahrtspflege zuständig. Hierzu zählen auch alle Einrichtungen und Dienste der Altenpflege in Deutschland, die von den Wohlfahrtsverbänden und von privaten Trägern betrieben werden. Bedingt durch den gesetzlichen Präventionsauftrag hat die BGW mit allen geeigneten Mitteln insbesondere für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren zu sorgen. Der Überwachung und Beratung der Mitgliedsbetriebe kommt in diesem Zusammenhang eine zentrale Bedeutung zu.

Im Kontext der aktuellen Entwicklung eines Verfahrens für die Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen nach § 113c SGB XI besteht indes eine besondere Herausforderung darin, Maßnahmen des Arbeitsschutzes in ein

Verfahren zur Personalbemessung zu integrieren, um dadurch Verbraucher*innenschutz (Pflegequalität) und Mitarbeiter*innenschutz (Arbeitsschutz) gleichermaßen abzusichern. Die BGW berät den Auftragnehmer des Projekts nach § 113c SGB XI, die Universität Bremen, darüber, welche Arbeitsschutzaufgaben in Pflegeeinrichtungen bestehen und wie diese zeitlich zu hinterlegen sind. Für die Schaffung eines solchen Personalbemessungsverfahrens hat die BGW ihre Expertise in Bezug auf Themen der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes im Pflegealltag zur Verfügung gestellt.

2 Vorgehen

Um sicherzustellen, dass Arbeitsschutzmaßnahmen im Alltag der stationären Langzeitpflege implementiert werden, wurde jede Intervention des der BGW vorliegenden Handbuchs zum Interventionskatalog PeBeM-Personalbemessung detailliert von Präventionsexpert*innen der BGW gesichtet und im Bedarfsfall ergänzt. In diesem Zusammenhang wurden Empfehlungen zu erforderlichen Ergänzungen und zu Formulierungen erarbeitet, die den Titel, die Definition und die Beschreibung betreffen und sich dabei sowohl auf einzelne Interventionen als auch auf Teilschritte und Anforderungen mit ihren jeweiligen Ausprägungen beziehen können. Teilschritte, die in mehreren Interventionen enthalten sind, wurden in diesem Bericht zur besseren Übersichtlichkeit zusammengefasst. Für den Bereich der Anforderungen wurde ein ähnliches Vorgehen gewählt.

Die Zuordnung der empfohlenen Änderungen zu den Interventionen des PeBeM-Personalbemessungskatalogs ist der Vollständigkeit halber in einer Arbeitstabelle als Anlage beigefügt.

Die erarbeiteten Hinweise basieren auf arbeitsschutzrelevanten Gesetzen, Verordnungen, Vorschriften und Regeln. Die Ergebnisse einschließlich der Rechtsbezüge werden in der angehängten Tabelle (s. Anlage) und dem nachfolgenden Kapitel dargestellt.

Der Abschnitt 3.4 beschäftigt sich mit den übergeordneten Strukturen und Prozessen der Arbeitsschutzorganisation sowie der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Hierbei handelt es sich im Wesentlichen um zentrale Arbeitsschutzmanagementaufgaben, die essentiell für die Verankerung von sicheren und gesunden Arbeitsbedingungen in der stationären Altenpflege sind.

3 Ergebnisse

3.1 Interventionen inklusive Definition und Beschreibung

Im Folgenden werden Änderungen an der Benennung der Interventionen, der Definitionen und Beschreibungen einzelner Interventionen unter Berücksichtigung arbeitsschutzrelevanter Gesetze, Verordnungen, Vorschriften und Regeln empfohlen.

3.1.1 Positionierung

Intervention 1.2 „Positionierung“

Definition:

Keine Veränderung der Definition.

Beschreibung:

Die Positionierung wird in allen liegenden und sitzenden Positionen unter Beachtung der physiologischen Körperhaltung und Stellung der Gelenke und unter Minimierung von Reibungs- und Scherkräften durchgeführt. Hierbei ist eine ergonomische Arbeitsweise der beruflich Pflegenden zu gewährleisten, welche auch die korrekte Anwendung von **technischen sowie kleinen Hilfsmitteln zur Bewegungs- oder Positionsunterstützung mit einschließt**, die sowohl den Vorgang als auch den Verbleib in der entsprechenden Positionierung sicherstellen (z. B. **Anwendung von Umlager-/Wendehilfen wie Gleittüchern oder Positionierungshilfen zur Lagerung wie Lagerungskissen**). Individuelle Merkmale der pflegebedürftigen Person (z. B. **vorhandene oder nur eingeschränkt vorhandene Ressourcen**) wirken sich auf die Positionierung in Art und Häufigkeit sowie die Auswahl der Hilfsmittel aus.

Begründung:

Die Definition dieser Intervention bleibt unverändert bestehen. Ergänzend zur vorherigen Formulierung wird empfohlen in der Beschreibung das Beachten einer ergonomischen Arbeitsweise einzufügen. Unter einer ergonomischen Arbeitsweise versteht man alle Bewegungsabläufe, Ausgangsstellungen und Körperhaltungen des gesamten Bewegungsapparats der beruflich Pflegenden, die auf den biomechanischen Grundprinzipien basieren. Erst der Einsatz von technischen und kleinen Hilfsmitteln in Verbindung mit einer ressourcenorientierten Arbeitsweise, durch die die Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person genutzt, erhalten und gefördert werden, ermöglicht ergonomisches Arbeiten. Anstelle der korrekten Anwendung von Lagerhilfen

sollte in der Beschreibung die korrekte Anwendung technischer sowie kleiner Hilfsmittel zur Bewegungs- und Positionsunterstützung formuliert werden, die den Vorgang sowie den Verbleib in der entsprechenden Positionierung sicherstellen. Auch das Beispiel zur Anwendung einer Rutschbremse sollte ausgetauscht werden. Anstelle dessen sollten Begrifflichkeiten aus dem Hilfsmittelverzeichnis der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wie z.B. Umlager-/ Wendehilfen wie Gleittücher oder Positionierungshilfen zur Lagerung wie Lagerungskissen eingefügt werden. Als Beispiel für individuelle Merkmale der pflegebedürftigen Person sollten „vorhandene Ressourcen“ genannt werden, deren Berücksichtigung und Nutzung sowohl im Zusammenhang mit der Förderung und Erhaltung der Mobilität der pflegebedürftigen Person als auch im Kontext der Vermeidung von Überlastungen des Muskel-Skelett-Systems beruflich Pflegender von zentraler Bedeutung sind.

3.1.2 Transfer/Fortbewegung

Intervention 1.3 „Transfer/Fortbewegung“

Definition:

keine Veränderung

Beschreibung:

„Transfer/Fortbewegung“ richtet sich nach dem Mobilitätsgrad der pflegebedürftigen Person. **Im Rahmen einer ergonomischen Arbeitsweise** nutzt **der/die beruflich Pflegende** entsprechende **Mobilitätshilfen wie technische oder kleine Hilfsmittel sowie die Ressourcen des/der Pflegebedürftigen** und stellt beim freien oder mit Hilfsmitteln unterstütztem Fortbewegen die Verringerung des Sturzrisikos durch die Verwendung von festem Schuhwerk, Brille etc. sicher.

Begründung:

Die Definition der Intervention bleibt unverändert bestehen, es wird lediglich die Formulierung der Beschreibung angepasst. Auch hier sollte der Terminus „ergonomische Arbeitsweise“ verwendet werden. Der Begriff der Mobilitätshilfen sollte die Aufzählung von Aufricht-, Hebe- oder Transferhilfen ersetzen und ergänzt werden durch Beispiele technischer Hilfsmittel wie Positionswechselhilfen oder kleiner Hilfsmittel wie Rutschbretter. Auch hier sollte auf die Begrifflichkeiten aus dem Hilfsmittelverzeichnis der GKV geachtet werden.

3.1.3 Medikationsmanagement

Intervention 5.13 „Medikationsmanagement“

Definition:

Keine Veränderung der Definition.

Beschreibung:

Das „Medikamentenmanagement“ umfasst die Lagerung, das Richten und die Bestellung bzw. Entsorgung von Medikamenten. Zur Vorbereitung gehört u.a. das Bereitstellen der Pflegedokumentation, Arzneimittel, Dispenser, Abwurfbehälter. **Zu beachten sind Schutzmaßnahmen zum sicheren Umgang mit Medikamenten.**

Begründung:

Beim Bereitstellen von Medikamenten sind die beruflich Pflegenden (z.B. beim Tabletten ausblistern, teilen oder mörsern, Kapseln öffnen, Brausetabletten auflösen, Infusionen vorbereiten) Wirkstoffen ausgesetzt, die in die Arbeitsumgebung freigesetzt werden. Sowohl durch Inhalation als auch durch direkten Kontakt können Sensibilisierungen, Allergien und andere gesundheitliche Probleme hervorgerufen werden. Inwiefern ein Medikament beim Einsatz in der Pflege tatsächlich Gefährdungen für die Beschäftigten mit sich bringt, hängt von den Eigenschaften von Arzneistoffen und der Darreichungsform sowie der Expositionsdauer und -höhe ab. Allerdings sind die Angaben der Pharmafirmen nicht arbeitsschutzbezogen. Der Arbeitgeber ist daher verpflichtet, eine Arbeitsanweisung zum Umgang zu erstellen. In dieser sind die Schutzmaßnahmen und Hilfsmittel bei der Zerkleinerung (Teilen von Tabletten, Zerreiben, Öffnen von Kapseln u. ä.) beschrieben, insbesondere zur Vermeidung einer inhalativen oder dermalen Exposition (z.B. geschlossene Mörsersysteme, Tragen von Schutzhandschuhen, Gebrauch von Pinzetten oder Löffeln). Auch bei der Reinigung und Handhabung von Behältnissen und Gegenständen, die bei der Arzneimittelverteilung zur Anwendung kommen, muss eine Exposition der Beschäftigten vermieden werden (z.B. Reinigung aller Gerätschaften, wie Tablettenbehälter, Mörser oder Messer zum Zerteilen von Tabletten getrennt von sonstigem Geschirr und Besteck). Diese Schutzmaßnahmen sind in der Technischen Regel für Gefahrstoffe 525 „Gefahrstoffe in Einrichtungen der medizinischen Versorgung“ beschrieben.

Hinweis:

Zerreiben bestimmter Tabletten oder Öffnen bestimmter Kapseln (krebserzeugende, erbgutverändernde und fortpflanzungsgefährdende

Eigenschaften) darf wegen der hohen Gefährdung nur in der Apotheke vorgenommen werden.

3.1.4 Gerätemanagement und Notfallwagenkontrolle

Intervention 7.12 „Gerätemanagement und Notfallwagenkontrolle“

Formulierungsänderung:

„Medizinproduktmanagement“

Definition:

Maßnahmen zum sicheren Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten.

Beschreibung:

Die Intervention „Medizinproduktmanagement“ umfasst insbesondere die Umsetzung der Anforderung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV). Dazu zählen insbesondere die Instandhaltung, Prüfungen und ggf. Kontrollen sowie die Aufbereitung von Medizinprodukten und das Führen eines Bestandsverzeichnisses bzw. eines Medizinproduktebuchs. Abzugrenzen sind Medizinprodukte von elektrischen Betriebsmitteln, die nicht unter das Medizinproduktegesetz (MPG) fallen, wie zum Beispiel Rasierer oder Haartrockner. Die Intervention umfasst auch die Bereitstellung der erforderlichen Anzahl an Medizinprodukten sowie die Anschaffung neuer Medizinprodukte.

Begründung:

Bereits die ursprüngliche Intervention zum Thema „Gerätemanagement und Notfallwagenkontrolle“ konzentrierte sich auf „medizinische Geräte“ und „Hilfsmittel (z.B. Lifter, Rollstuhl)“, welche i.d.R. dem MPG und der MPBetreibV unterliegen. Weil das Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten mit besonderen Anforderungen verbunden ist, empfehlen wir, die Interventionsbezeichnung „Medizinproduktmanagement“ zu übernehmen. Insbesondere in der MPBetreibV sind die Maßnahmen aufgeführt, welche zum sicheren Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten umzusetzen sind, um für die Gesundheit und den erforderlichen Schutz von Bewohnerinnen und Bewohner sowie von Anwenderinnen und Anwendern und Dritten zu sorgen. Der Unternehmer ist dafür verantwortlich, dass Medizinprodukte nur von Personen betrieben oder angewendet werden, die „die dafür erforderliche Ausbildung oder Kenntnis und Erfahrung besitzen“. Hierfür sind auf organisatorischer Ebene insbesondere Zeitbedarfe für nachfolgende Maßnahmen zu berücksichtigen:

- die Organisation von Einweisungen in die ordnungsgemäße Handhabung des Medizinproduktes,

- die Bestimmung eines „Beauftragten für Medizinproduktesicherheit“ (mit qualifizierter Vorbildung) in Gesundheitseinrichtungen mit regelmäßig mehr als 20 Beschäftigten,
- die Instandhaltung und Prüfung von Medizinprodukten,
- die Aufbereitung von Medizinprodukten,
- das Führen eines Bestandverzeichnisses (für alle aktiven nicht implantierbaren Medizinprodukte) sowie ggf. Medizinproduktebuchs (für Anlage 1 und 2 Medizinprodukte)
- ggf. die Durchführung von „Messtechnischen Kontrollen“ (Anlage 2 Medizinprodukte) und „Sicherheitstechnischen Kontrollen“ (Anlage 1 Medizinprodukte)

Orientiert am Anwendungsbereich und den zu berücksichtigenden Regelungen aus der MPBetreibV wurden die Definition und die Beschreibung entsprechend angepasst.

3.2 Teilschritte inklusive Ausprägung

Im Folgenden werden Änderungen an Teilschritten und deren Ausprägungen unter Berücksichtigung arbeitsschutzrelevanter Gesetze, Verordnungen, Vorschriften und Regeln empfohlen.

3.2.1 Händedesinfektion (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit)

Ergänzung des Teilschritts: „Händedesinfektion durchführen (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit) **und geeignete Hautmittel anwenden**“

Begründung:

Die Händedesinfektion ist elementarer Bestandteil der meisten Tätigkeiten in der Pflege. Ihr kommt zum Schutz der Mitarbeiter*innen eine ebenso hohe Bedeutung zu, wie aus Sicht des Bewohner*innenschutzes (vgl. TRBA 250 4.1.2 und „5 Moments of Hand Hygiene“, WHO). Dementsprechend ist es folgerichtig, dass die Händedesinfektion in fast allen Interventionen als Teilschritt zu finden ist. Zu beachten ist, dass im Rahmen der Händedesinfektion auf die korrekte Einwirkzeit zu achten ist. Mit Blick auf den Gesundheitsschutz der beruflich Pflegenden (Hauterkrankungen stehen im Gesundheitswesen an erster Stelle der Verdachtsmeldungen zum Vorliegen einer Berufskrankheit) ist nach dem Stand der Technik, neben der Händedesinfektion auch die Verwendung beruflicher Hautmittel erforderlich.

Geeignete Hautmittel sind milde Hautreinigungsmittel, Hautschutz- und Pflegeprodukte. Die Ergänzung der regelmäßigen Nutzung von geeigneten Hautmitteln in diesem Teilschritt wird daher empfohlen. Die Anwendung sollte entsprechend den im Hautschutz- und Hygieneplan beschriebenen Vorgaben erfolgen (vgl. Empfehlung der BGW „Hautschutz- und Händehygieneplan für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Kranken- und Altenpflege“).

3.2.2 Schutzmaßnahmen beachten

Neuformulierung des Teilschritts: „Schutzmaßnahmen **anhand der Infektionsgefährdung auswählen und anwenden**“.

Ausprägungen:

1. Mindestschutzmaßnahmen (Stufe 1)
2. Mindestschutzmaßnahmen (Stufe 1) plus Schutzmaßnahmen Stufe 2
3. Mindestschutzmaßnahmen (Stufe 1) plus Schutzmaßnahmen Stufe 2 plus Schutzmaßnahmen Stufe 3

Begründung:

In der bisherigen Bezeichnung könnten die aufgeführten Beispiele und der Zusatz „wenn angezeigt“ eine Optionalität suggerieren, die nicht der Rechtsgrundlage im Arbeitsschutz entspricht. In der zugrundeliegenden Gefährdungsbeurteilung zum Umgang mit biologischen Arbeitsstoffen (z.B. Mikroorganismen, die den Menschen durch Infektionen, übertragbare Krankheiten oder Toxinbildung gefährden können) wird festgelegt, welche Schutzmaßnahmen (z.B. Tragen von PSA) anzuwenden sind. Die hier vorgeschlagenen Ausprägungen, mit entsprechend zeitlich steigenden Bedarfen, ergeben sich aus der Zuordnung der Tätigkeiten hinsichtlich ihrer Infektionsgefährdung in eine der vier definierten Schutzstufen nach der „TRBA 250 Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege“.

Bei Schutzstufe 1 gelten Mindestschutzmaßnahmen - zu baulichen und Ausstattungsvoraussetzungen sowie insbesondere zur Händedesinfektion und zum Hautschutz.

Ausschließlich in die Schutzstufe 1 fallen z.B. Interventionen der Kapitel 1, 2, ggf. 6 sowie 7-9, wenn dort nicht mit fremdgefährdenden Bewohner*innen, von denen eine Gefährdung durch Biss- und Kratzverletzungen ausgeht, umgegangen wird. Ist dies gegeben, gilt auch bei diesen Interventionen die Schutzstufe 2.

Bei Schutzstufe 2 sind immer geeignete Schutzkleidung (über der Arbeitskleidung) und Schutzhandschuhe zu tragen. Sollte dennoch die

Arbeitskleidung kontaminiert worden sein, ist ein Umkleiden notwendig, welches zusätzliche Zeit erfordert. Für die Durchführung der Interventionen 4.5, ggf. auch 4.16, 4.19, 5.1 ist ein Augen- und Gesichtsschutz erforderlich. Das Tragen von FFP2-Masken ist erforderlich, wenn die Gefahr von infektionserregerhaltigen Aerosolen besteht.

Bei Schutzstufe 3, anzuwenden bei (Verdacht auf) Tuberkulose oder Erreger der Gruppe 3** (im Wesentlichen Erreger der Hepatitis B und C) mit gleichzeitiger Gefährdung durch Kontamination durch Spritzer oder Verletzungen, ist eine besondere PSA notwendig.

Schutzstufe 4 beschreibt eine Infektionsgefährdung, die in Altenpflegeeinrichtungen nicht anzutreffen ist.

Hinweis:

Tätigkeiten, die Schutzstufen zugeordnet werden, sollen nach der TRBA 250 nur von *„Personen mit abgeschlossener Ausbildung in Berufen des Gesundheitswesens oder solchen, die von einer fachlich geeigneten Person unterwiesen sind und beaufsichtigt werden“* (Schutzstufe 1+2), bzw. von *„fachkundigen und anhand der Arbeitsanweisungen eingewiesenen und geschulten Beschäftigten“* (Schutzstufe 3) durchgeführt werden.

3.2.3 NEUER Teilschritt Schutzmaßnahmen bei Medikamentengabe

Ergänzung des neuen Teilschritts (nur in der Intervention 5.12 Medikamentengabe): **„Schutzmaßnahmen zum sicheren Umgang mit Medikamenten auswählen und anwenden.“**

Begründung:

Ergänzend zum aufgeführten Teilschritt „Schutzmaßnahmen anhand der Infektionsgefährdung auswählen und anwenden“ wird empfohlen diesen zusätzlichen Teilschritt in der Intervention „Medikamentengabe“ aufzunehmen. Beim Austeilen oder Verabreichen von Medikamenten kann es zur Freisetzung von Wirkstoffen kommen. Beruflich Pflegende müssen vor diesen Expositionen, z.B. durch das Tragen von geeigneten Schutzhandschuhen, geschützt werden. Dies gilt insbesondere bei:

1. nicht überzogenen Tabletten/Granulaten
2. Pulvern (z.B. zur Herstellung einer Infusionslösung)
3. transdermalen Pflastern

Siehe auch Begründung zur Ergänzung der Beschreibung der Intervention 5.13 „Medikationsmanagement“.

3.2.4 Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel

Keine neue Formulierung des Teilschritts

Ausprägungen ergänzen:

1. Bereitstellen aller benötigter Materialien
2. Bei Medizinprodukten Funktionsfähigkeit und ordnungsgemäßen Zustand überprüfen

Begründung:

Zu den für die jeweilige Intervention notwendigen Materialien zählen insbesondere auch Medizinprodukte, die für die entsprechenden Interventionen benötigt werden. Dazu gehören beispielsweise 4.4 „Enterale Ernährung“ (bei Einsatz einer Ernährungspumpe), 5.1 „Absaugen“ + 5.2 „Atemwegsmanagement“ (bei Einsatz eines Absauggerätes) oder 5.18 „Vitalzeichenkontrolle: Blutzucker“ (mit Blutzuckermessgerät). Sollten Medizinprodukte für die Durchführung der Intervention erforderlich sein, so ist nach der MPBetreibV vor Gebrauch der Medizinprodukte die Funktionsfähigkeit und der ordnungsgemäße Zustand zu überprüfen. Diese Überprüfung erfordert Zeitressourcen. Daher empfehlen wir, die genannte Ausprägung ergänzend zum Teilschritt zu übernehmen.

Hinweis:

Medizinprodukte dürfen von den beruflich Pflegenden nur angewendet werden, wenn der Umgang mit ihnen gemäß MPBetreibV sicher beherrscht wird.

3.2.5 Positionierung entsprechend der gewählten Übung und Anwendung der geeigneten Methode

Im Rahmen der Intervention 1.1. „Mobilitätsförderung“ sollten die Ausprägungen in den Teilschritten „Positionierung entsprechend der gewählten Übung“ und „Anwendung der geeigneten Methode“ angepasst werden. Hier empfehlen wir, bereits frühzeitig auf die Notwendigkeit zur Umsetzung einer ergonomischen Arbeitsweise hinzuweisen, weil hier eine besondere Gefahr der physischen Überlastung der beruflich Pflegenden besteht. Müssen pflegebedürftige Personen bewegt oder in ihrer Bewegung unterstützt werden, sind stets die Regelungen der Lastenhandhabungsverordnung (LasthandhabV) zu beachten. Daher sollte bereits in der Ausprägung auf die Notwendigkeit zur Sicherstellung einer ergonomischen Arbeitsweise hingewiesen werden.

Wir empfehlen daher die Ausprägung wie folgt zu ergänzen:

1. Selbstständige Übernahme
2. Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Unterstützung von Teilhandlungen **unter Beachtung einer ergonomischen Arbeitsweise**
3. Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Unterstützung von Teilhandlungen **unter Beachtung einer ergonomischen Arbeitsweise**
4. Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme **unter Beachtung einer ergonomischen Arbeitsweise**

Um eine ergonomische Arbeitsweise zu gewährleisten, kann es notwendig sein, weitere Zeitbedarfe einzuplanen (siehe Ausprägungen), wenn beispielsweise bei schwergewichtigen und/oder immobilen Pflegebedürftigen, mit geeigneten Hilfsmitteln und gegebenenfalls zu zweit oder zu dritt agiert werden muss. Wichtig ist hier darauf hinzuweisen, dass eine Arbeit zu zweit keine Hilfsmittel ersetzt. Ebenfalls sind ggf. Anpassungen des Arbeitsplatzes und der Arbeitsumgebung vorzunehmen.

Hinweis:

Der Teilschritt darf nach LasthandhabV nur von beruflich Pflegenden ausgeführt werden, die die körperliche Eignung haben und mindestens einmal jährlich zur sicheren und ergonomischen Arbeitsweise zum Bewegen von Menschen (unter Berücksichtigung der ressourcenorientierten Arbeitsweise) unterwiesen werden. Zusätzlich dürfen Medizinprodukte von den beruflich Pflegenden nur angewendet werden, wenn der Umgang mit ihnen gemäß Medizinprodukte-Betreiberverordnung sicher beherrscht wird.

3.2.6 Positionierung in die vorgesehene (therapeutisch) korrekte Körperhaltung, unter Minimierung von Reibungs- und Scherkräften

Wie bereits im vorhergehenden Kapitel beschrieben, schlagen wir auch in diesem Teilschritt unter 1.2. „Positionierung“ vor, bereits in den Ausprägungen auf die Notwendigkeit zur Umsetzung einer ergonomischen Arbeitsweise (mit geeigneten Hilfsmitteln) zu verweisen. Wir halten diesen Hinweis für besonders wichtig, da in der Benennung des Teilschritts auf das Minimierungsgebot von Reibungs- oder Scherkräften hingewiesen wird. Weil eine Reduzierung von Reibungs- oder Scherkräften bei der Positionierung nur zu erreichen ist, wenn z.B. kleine Hilfsmittel wie Gleittücher eingesetzt werden, sollte dies explizit betont werden. Neben der Reduzierung der Scherkräfte, insbesondere am

Steißbein, kann so zur Ressourcenerhaltung und -förderung der pflegebedürftigen Person beigetragen werden und physischen Überlastungen der beruflich Pflegenden entgegengewirkt werden.

Unsere Empfehlung für die Benennung der Ausprägung ist daher:

1. Selbstständige Übernahme
2. Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Unterstützung von Teilhandlungen **unter Beachtung einer ergonomischen Arbeitsweise**
3. Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Unterstützung von **Teilhandlungen unter Beachtung einer ergonomischen Arbeitsweise**
4. Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme **unter Beachtung einer ergonomischen Arbeitsweise**

Um eine ergonomische Arbeitsweise zu gewährleisten, kann es notwendig sein, weitere Zeitbedarfe einzuplanen (siehe Ausprägungen), wenn, beispielsweise bei schwergewichtigen und/oder immobilen Pflegebedürftigen, mit geeigneten Hilfsmitteln und gegebenenfalls zu zweit oder zu dritt agiert werden muss. Wichtig ist hier darauf hinzuweisen, dass eine Arbeit zu zweit keine Hilfsmittel ersetzt. Ebenfalls sind ggf. Anpassungen des Arbeitsplatzes und der Arbeitsumgebung vorzunehmen.

Hinweis:

Die Teilschritte dürfen nach LasthandhabV nur von beruflich Pflegenden ausgeführt werden, die die körperliche Eignung haben und mindestens einmal jährlich zur sicheren und ergonomischen Arbeitsweise zum Bewegen von Menschen (unter Berücksichtigung der ressourcenorientierten Arbeitsweise) unterwiesen werden. Zusätzlich dürfen Medizinprodukte von beruflich Pflegenden nur angewendet werden, wenn der Umgang mit ihnen gemäß Medizinprodukte-Betreiberverordnung sicher beherrscht wird.

3.2.7 Transfer mit der geeigneten Methode durchführen

Auch im Rahmen der Intervention „1.3 Transfer“ empfehlen wir, analog zu den bereits thematisierten Teilschritten im Themenkontext „Mobilität“, die Ausprägungen des Teilschritts „Transfer mit der geeigneten Methode durchführen“, wie nachfolgend beschrieben, anzupassen:

1. Selbstständige Übernahme
2. Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Unterstützung von Teilhandlungen **unter Beachtung einer ergonomischen Arbeitsweise**
3. Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Unterstützung von Teilhandlungen **unter Beachtung einer ergonomischen Arbeitsweise**
4. Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme **unter Beachtung einer ergonomischen Arbeitsweise**

Hinweis:

Der Teilschritt darf nach LasthandhabV nur von beruflich Pflegenden ausgeführt werden, die die körperliche Eignung haben und mindestens einmal jährlich zur sicheren und ergonomischen Arbeitsweise zum Bewegen von Menschen (unter Berücksichtigung der ressourcenorientierten Arbeitsweise) unterwiesen werden. Zusätzlich dürfen Medizinprodukte von den beruflich Pflegenden nur angewendet werden, wenn der Umgang mit ihnen gemäß Medizinprodukte-Betreiberverordnung sicher beherrscht wird.

3.2.8 Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen) der persönlichen und nicht persönlichen Utensilien

Ergänzung des Teilschritts:

„Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen/**Desinfizieren**) der persönlichen/nicht persönlichen Utensilien **und Oberflächen**“

Ausprägungen:

- 1: Aufräumen/Reinigen/Desinfizieren von persönlichen/nicht persönlichen Gegenständen
- 2: Aufräumen/Reinigen/Desinfizieren von persönlichen/nicht persönlichen Gegenständen von infektiösen Bewohnerinnen oder Bewohnern
- 3: Aufbereiten von Medizinprodukten

Begründung:

Eingeschlossen sein sollte hier die Desinfektion von Oberflächen, die während der vorangegangenen Intervention ggf. kontaminiert wurden und die Reinigung und Desinfektion der genutzten Medizinprodukte, die unter nicht persönliche Gegenstände zusammengefasst werden können. Zu berücksichtigen ist, dass bei einer Kontamination mit (potentiell) infektiösen Materialien eine Reinigung mit erhöhtem Arbeitsaufwand zu erfolgen hat. Bei Kontakt mit Flächendesinfektions- oder Reinigungsmitteln ist es erforderlich,

chemikalienbeständige Haushaltshandschuhe zu tragen. Bei Tragezeiten über 10 Minuten sollten zusätzlich möglichst Baumwollunterziehhandschuhe getragen werden. Diese Empfehlungen bedingen somit ggf. zusätzliche Wechselzeiten. Der Teilschritt grenzt sich von der regelmäßigen Reinigung vorhandener Oberflächen durch eine Reinigungsfachkraft ab.

3.2.9 Kanüle in Abwurf entsorgen, Einstichstelle mit Tupfer komprimieren

Formulierungsänderung: „**Gebrauchte Kanülen, auch solche mit Sicherheitsmechanismus, unter Beachtung der Schutzmaßnahmen in geeigneten Abfallbehältnissen sammeln**, Einstichstelle mit Tupfer komprimieren“.

Begründung:

Nadelstichverletzungen, eine der häufigsten Verletzungsarten im Gesundheitswesen, stellen ein Einfallstor für Infektionen am Arbeitsplatz dar. Zu Nadelstichverletzungen zählen jegliche Stich-, Schnitt- und Kratzverletzungen der Haut durch stechende oder schneidende Instrumente, die mit fremdem Blut oder anderweitiger fremder Körperflüssigkeit verunreinigt sind. Neben der Nutzung konventioneller Produkte, die sich nach Gebrauch nicht sichern lassen, stellen eine fehlende Entsorgung von Instrumenten unmittelbar nach Gebrauch sowie die ausbleibende Nutzung geeigneter Abfallbehältnisse oder der Abwurf in überfüllte Abfallbehältnisse eine häufige Ursache für Nadelstichverletzungen dar. Entsprechend der im Abs. 6 Ziffer 4.2.5 TRBA 250 zur Prävention von Nadelstichverletzungen formulierten Schutzmaßnahme, *„gebrauchte spitze und scharfe medizinische Instrumente einschließlich derer mit Sicherheitsmechanismus [...] unmittelbar nach Gebrauch durch den Anwender in [geeignete] Abfallbehältnissen zu sammeln [...]“*, empfehlen wir daher den Teilschritt der Interventionen 5.4 Blutentnahme: venös, 5.8 „Infusionsgabe“, 5.9 „Injektion: i.c./s.c.“ und 5.10 „Injektion: i.m.“ entsprechend umzuformulieren.

3.2.10 NEUER Teilschritt Wirksamkeit der Betätigungs- und Sicherheitseinrichtungen

In der Intervention 1.4 „Transportbegleitung“ empfehlen wir, einen neuen Teilschritt zu ergänzen:

Vor Beginn der Fahrt Wirksamkeit der Betätigungs- und Sicherheitseinrichtungen prüfen

Begründung:

Wenn ein unternehmenseigenes Fahrzeug benutzt wird, ist nach der DGUV Vorschrift 70 §36 von dem/der Fahrzeugführer*in eine Zustandskontrolle durchzuführen, um Mängel an Fahrzeugen festzustellen. Der/Die Fahrer*in eines Fahrzeugs hat demnach vor Beginn jeder Arbeitsschicht (vor Antritt der Fahrt) die Wirksamkeit der Betätigungs- und Sicherheitseinrichtungen zu prüfen und auf augenfällige Mängel hin zu beobachten. Dies betrifft z.B. die Funktionsfähigkeit der Beleuchtung, die Einstellung der Spiegel, den Kraftstoffvorrat, die Ladungssicherung und erforderliches Zubehör wie Verbandkasten und Warnkleidung.

Hinweis:

Nach DGUV Vorschrift 70 darf der Unternehmer mit dem selbständigen Führen von maschinell angetriebenen Fahrzeugen nur Personen beschäftigen,

1. die das 18. Lebensjahr vollendet haben,
2. die körperlich und geistig geeignet sind,
3. die im Führen des Fahrzeuges unterwiesen sind und ihre Befähigung hierzu gegenüber dem Unternehmer nachgewiesen haben
4. von denen zu erwarten ist, dass sie die ihnen übertragenen Aufgaben zuverlässig erfüllen.

Dieser Themenkomplex ist auch in den Interventionen 2.13 „Einkaufsfahrt“ und 7.10 „Dienstgang“ von Bedeutung, wenn ein Kraftfahrzeug genutzt wird. Da in diesen Interventionen aber keine Teilschritte definiert sind, ist dies z.Zt. nicht ergänzbar.

3.3 Anforderungen inklusive Ausprägungen

Im Folgenden werden Änderungen im Bereich der Anforderungen und deren Ausprägungen unter Berücksichtigung arbeitsschutzrelevanter Gesetze, Verordnungen, Vorschriften und Regeln empfohlen.

3.3.1 Rückenschonend arbeiten

Neuer Formulierungsvorschlag:

Ergonomisch arbeiten (z.B. Fähigkeiten/Ressourcen der Pflegebedürftigen miteinschließen, Arbeitsplatz und -umfeld ergonomisch gestalten, Einsatz von Hilfsmitteln statt Heben und Tragen)

Ergänzung in den Ausprägungen:

1. **wenn erforderlich, Zeit für Durchführung der (Teil-) Handlungen geben**
2. **Zeit für Durchführung der (Teil-) Handlung geben**

Begründung:

Eine ergonomische Arbeitsweise ist aus Sicht des Arbeitsschutzes von immenser Wichtigkeit, gehören doch vor allem Wirbelsäulenerkrankungen zu den zweithäufigsten Berufskrankheiten-Verdachtsanzeigen unter beruflich Pflegenden bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. Die Bezeichnung „rückenschonend“ Arbeiten ist jedoch nicht geeignet, um die sich aus der Perspektive des Arbeitsschutzes ergebenden Anforderungen, insbesondere zur Prävention von Rückenbeschwerden und -erkrankungen, korrekt zu betiteln. Es bietet sich an, den umfassenden Begriff des „ergonomischen“ Arbeitens zu verwenden. Neben der Notwendigkeit z.B. die Fähigkeiten der Pflegebedürftigen miteinzuschließen, den Arbeitsplatz und das Arbeitsumfeld ergonomisch zu gestalten, umfasst die Bezeichnung „Ergonomisch arbeiten“ auch den Einsatz von geeigneten Hilfsmitteln sowie die Berücksichtigung biomechanisch günstiger Körperhaltungen und -bewegungen durch die beruflich Pflegenden.

Die ergonomische/rückengerechte Arbeitsweise schließt auch immer die konsequente Berücksichtigung der noch vorhandenen Ressourcen/Fähigkeiten der zu Pflegenden mit ein. Diese können im Rahmen der rückengerechten Arbeitsweise zielführend genutzt werden, um die Selbständigkeit der zu Pflegenden zu fördern und die beruflich Pflegenden zu entlasten.

Die Anforderung „Rückenschonend arbeiten“ taucht bei fast allen Interventionen auf und sollte jeweils in „**Ergonomisch arbeiten**“ angepasst werden.

3.3.2 Beaufsichtigung - mögliches aggressives Verhalten beachten und sozial inadäquate Verhaltensweisen

Keine Umformulierung der Anforderungen „Beaufsichtigung - mögliches aggressives Verhalten beachten“ und „sozial inadäquate Verhaltensweisen“. Wir empfehlen die zugehörigen Ausprägungen anzupassen.

Ergänzungen in den jeweiligen Ausprägungen:

1. Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch gezielte Deeskalation abbauen

2. Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch gezielte Deeskalation abbauen

3. **Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle durch 2 Personen sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch gezielte Deeskalation abbauen**

Begründung:

Die Anforderungen „Beaufsichtigung - mögliches aggressives Verhalten beachten“ und „sozial inadäquate Verhaltensweisen“, die den Umgang mit selbst- und/oder fremdgefährdenden Bewohner*innen beschreiben, sind im Interventionskatalog bereits in Ausprägungen unterteilt, jedoch bilden diese aus Sicht des Arbeitsschutzes nicht den vollständigen Interventionsbedarf ab, welcher im Rahmen einer stufenweisen Deeskalation zu berücksichtigen ist. Die Unterteilung in verschiedene Ausprägungsstufen ermöglicht es, verschiedenen Eskalationsstufen gerecht zu werden und so zu jedem Zeitpunkt handlungsfähig aufgestellt zu sein. Die Empfehlung ist, dies für beide Anforderungen in gleicher Weise zu ergänzen.

Da der Ressourceneinsatz zur Deeskalation sich bei dauerhaftem oder krisenbedingtem herausforderndem Verhalten von Bewohner*innen deutlich unterscheiden, ist es angezeigt, zwischen partieller und ständiger Beaufsichtigung zu unterscheiden. Die Beaufsichtigung durch zwei beruflich Pflegende stellt zur Erreichung einer sicheren Tätigkeit die erforderliche dritte Ausprägungsstufe dar. Sie kann insbesondere dann angezeigt sein, wenn weitere Faktoren den Umgang mit der betreffenden Person erschweren, etwa dementielle Veränderungen. Nach der DGUV Regel 100-001 §8 sind „gefährliche Arbeiten“ z.B. Dienstleistungen an Personen, die sich gegen die Dienstleistung tätlich wehren. Grundsätzlich sollte eine „gefährliche Arbeit“ nicht von einer Person allein ausgeführt werden.

3.4 Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz

Die Intervention **9.2 Gesundheitsförderung/Arbeitsschutz** ist als Kernaufgabe der Arbeitsgruppe besonders intensiv betrachtet worden. Dabei erschien die Aufteilung in **9.2a Betriebliche Gesundheitsförderung** und **9.2b Arbeitsschutz** sinnvoll. So ist die Differenzierung zwischen den gesetzlich festgelegten Arbeitsschutzmaßnahmen und den zwar empfehlenswerten, aber

nicht verpflichtenden Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung klar erkennbar.

Für die Intervention 9.2a „**Betriebliche Gesundheitsförderung**“ werden folgende Formulierungen vorgeschlagen:

Definition:

Planung, Organisation und Umsetzung von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung.

Beschreibung:

Die betriebliche Gesundheitsförderung umfasst alle Maßnahmen des Betriebes unter Beteiligung der Beschäftigten zur Stärkung ihrer Gesundheitskompetenzen sowie Maßnahmen zur Gestaltung gesundheitsförderlicher Bedingungen, zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden im Betrieb sowie zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit.

Begründung:

Grundlegende und einheitliche Maßnahmen, die zur Sicherstellung der Umsetzung eines BGM dienen, sind die einmalige Festlegung der Verantwortlichen für die Themen BGM und BGF. Die Auswahl sollte anhand der Qualifikation der Personen erfolgen und gleichzeitig die Festlegung von Zeitkontingenten der beauftragten Personen für die entsprechende Tätigkeit beinhalten. Dies kann unter Umständen die Freistellung von allen anderen Arbeitsbereichen bedeuten. Die Verantwortlichen müssen im Rahmen ihrer Verantwortungsbereiche befähigt werden, im jeweiligen Bereich zu arbeiten. Dies kann Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für spezifische Themen beinhalten. Das Zeitkontingent umfasst außerdem die Schulung der Mitarbeitenden in Themen der Gesundheitsförderung. Die Umsetzung einer gesundheitsförderlichen Arbeitsweise obliegt somit nicht ausschließlich den Verantwortlichen, sie koordinieren lediglich die Einhaltung, sondern allen Mitarbeitenden des Betriebes im Rahmen ihrer allgemeinen Tätigkeit.

Die Intervention **9.2b „Arbeitsschutz“** wird wie folgt definiert und beschrieben:

Definition:

Planung, Organisation und Umsetzung von Maßnahmen zum betrieblichen Arbeitsschutz.

Beschreibung:

Die Intervention "Arbeitsschutz" umfasst, die Planung, Organisation und Umsetzungen von Maßnahmen zur Verhütung von Unfällen bei der Arbeit und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren. Dies beinhaltet insbesondere die Organisation und Durchführung der Gefährdungsbeurteilung, der Unterweisung der Mitarbeiter*innen und die Qualifikation für den Arbeitsschutz.

Begründung:

Um den Arbeitsschutz vollumfänglich in die Betriebe und die Personalbemessung integrieren zu können ist es besonders wichtig, seine verschiedenen Facetten zu betrachten. Neben den speziellen Bedarfen für den Arbeitsschutz innerhalb einer Pflegeintervention sind besonders betriebsbezogene Zeitbedarfe zu sehen, die auf jeden Fall für eine Einrichtung anfallen. Darüber hinaus sind personenbezogenen Zeitbedarfe zu definieren.



Es ist zum einen wichtig, den Arbeitsschutz in Betriebsprozesse zu integrieren, zum anderen auch die systematische Organisation von arbeitsschutzbezogenen Prozessen. Die Zeitbedarfe variieren je nach Einrichtungsgröße und Schwerpunkt.

4 Abkürzungsverzeichnis

AMG	Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz)
ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
BioStoffV	Biostoffverordnung
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BetrSichV	Betriebssicherheitsverordnung
BioStoffV	Biostoffverordnung
GefStoffV	Gefahrstoffverordnung
GB	Gefährdungsbeurteilung
JArbSchG	Jugendarbeitsschutzgesetz
LasthandhabV	Lastenhandhabungsverordnung
MP	Medizinprodukte
MPG	Medizinproduktegesetz
MPBetreibV	Medizinprodukte-Betreiberverordnung
MuSchG	Mutterschutzgesetz
NSV	Nadelstichverletzungen
PSA	Persönliche Schutzausrüstung
PpSG	Pflege-Personal-Stärkungs-Gesetz
PrävG	Präventionsgesetz
TRBA	Technische Regeln für Biologische Arbeitsstoffe
TRGS	Technische Regeln für Gefahrstoffe
TRGS 401	Gefährdung durch Hautkontakt – Ermittlung, Beurteilung, Maßnahmen
TRGS 402	Ermitteln und Beurteilen der Gefährdungen bei Tätigkeiten mit Gefahrstoffen: Inhalative Exposition
TRGS 525	Gefahrstoffe in Einrichtungen der medizinischen Versorgung

Anlage 1 Interventionen

Art	Bezeichnung	Definiton	Beschreibung	zugeordnete Interventionen/ Teilschritte/ Anforderungen	(gesetzliche) Vorgaben
Intervention	1.2 Positionierung	Förderung der Bewegung zur Erhaltung oder zum (Wieder)Aufbau der Mobilität.	Die Positionierung wird in allen liegenden und sitzenden Positionen unter Beachtung der physiologischen Körperhaltung und Stellung der Gelenke und unter Minimierung von Reibungs- und Scherkräften durchgeführt. Hierbei ist eine ergonomische Arbeitsweise der beruflich Pflegenden zu gewährleisten, welche auch die korrekte Anwendung von technischen sowie kleinen Hilfsmitteln zur Bewegungs- oder Positionen-unterstützung mit einschließt, die sowohl den Vorgang als auch den Verbleib in der entsprechenden Positionierung sicherstellen (z. B. Anwendung von Umlager-/Wendehilfen wie Gleittüchern oder Positionierungshilfen zur Lagerung wie Lagerungskissen). Individuelle Merkmale der pflegebedürftigen Person (z. B. vorhandene oder nur eingeschränkt vorhandene Ressourcen) wirken sich auf die Positionierung in Art und Häufigkeit sowie die Auswahl der Hilfsmittel aus	keine	ArbSchG, MPG, LasthandhabV, ArbMedVV, MPBetreibV, DGUV Vorschrift 1
Intervention	1.3 Transfer/Fortbewegung	Wechsel der Körperpositionen (liegen, sitzen, stehen) mit oder ohne Ortswechsel innerhalb der Einrichtung (einschließlich der Außenanlage).	„Transfer/Fortbewegung“ richtet sich nach dem Mobilitätsgrad der pflegebedürftigen Person. Im Rahmen einer ergonomischen Arbeitsweise nutzt der/die beruflich Pflegenden entsprechende Mobilitätshilfen wie technische oder kleine Hilfsmittel sowie die Ressourcen des/der Pflegebedürftigen und stellt beim freien oder mit Hilfsmitteln unterstütztem Fortbewegen die Verringerung des Sturzrisikos durch die Verwendung von festem Schuhwerk, Brille etc. sicher.	keine	ArbSchG, MPG, LasthandhabV, ArbMedVV, MPBetreibV, DGUV Vorschrift 1
Intervention	5.13 Medikationsmanagement	Lagerung, Richten und Entsorgen von Medikamenten.	Das „Medikamentenmanagement“ umfasst die Lagerung, das Richten und die Bestellung bzw. Entsorgung von Medikamenten. Zur Vorbereitung gehört u. a. das Bereitstellen der Pflegedokumentation, Arzneimittel, Dispenser, Abwurfbehälter. Zu beachten sind Schutzmaßnahmen zum sicheren Umgang mit Medikamenten.	keine	ArbSchG, AMG, GefStoffV, DGUV Vorschrift 1, TRGS 525, TRGS 401, TRGS 402
Intervention	7.12 MedizinprodukteManagement (im Interventionenkatalog unter Gerätemanagement und Notfallwagenkontrolle) (Medizinprodukte; ohne elektrische Betriebsmittel z.B. Rasierer, Haartrockner)	Maßnahmen zum sicheren Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten	Die Intervention "MedizinprodukteManagement" umfasst insbesondere die Umsetzung der Anforderung der Medizinproduktebetrieberverordnung wie z.B. Instandhaltung, Kontrollen, Aufbereitung von Medizinprodukten sowie das Führen eines Bestandsverzeichnis/ Medizinproduktebuchs. Die Neuanschaffung von neuen Medizinprodukten und die Bereitstellung der erforderlichen Anzahl ist eingeschlossen.	Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel (Medizinprodukte) * 4.4 Enterale Ernährung (bei Einsatz einer Ernährungspumpe) * 5.1 Absaugen + Atemwegsmanagement (bei Einsatz eines Absauggerätes) * 5.14 Sauerstoffgabe (bei Einsatz von Sauerstoffgeräten/Sauerstoffkonzentratoren) * 5.17 Vitalzeichenkontrolle: Blutdruck und Puls (mit Blutdruckmessgerät) * 5.18 Vitalzeichenkontrolle: Blutzucker (mit Blutzuckermessgerät) * 5.19 Vitalzeichenkontrolle: Körpertemperatur (mit Thermometer) * 5.20 Wiegen (mit medizinischer Waage)	ArbSchG, MPG, BetrSichV, BioStoffV, MPBetreibV, DGUV Vorschriften 1 und 3
Intervention	9.2a Betriebliche Gesundheitsförderung	Planung, Organisation und Umsetzung von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung	Die betriebliche Gesundheitsförderung umfasst alle Maßnahmen des Betriebes unter Beteiligung der Beschäftigten zur Stärkung ihrer Gesundheitskompetenzen sowie Maßnahmen zur Gestaltung gesundheitsförderlicher Bedingungen, zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden im Betrieb sowie zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit.	keine	BGM (BEM, BGF, s. PpSG, PräVG, etc.)
Intervention	9.2 b Arbeitsschutz	Planung, Organisation und Umsetzung von Maßnahmen zum betrieblichen Arbeitsschutz	Die Intervention "Arbeitsschutz" umfasst die Planung, Organisation und Umsetzungen von Maßnahmen zur Verhütung von Unfällen bei der Arbeit und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren. Dies beinhaltet insbesondere die Organisation und Durchführung der Gefährdungsbeurteilung, der Unterweisung der Mitarbeiter*innen und die Qualifikation für den Arbeitsschutz.	keine	

In dem hier vorliegenden Tabellenblatt finden Sie die Änderungen für die übergeordneten **Interventionen**. Dabei werden nur die bearbeiteten Aspekte berücksichtigt und in ihrer neuen Fassung aufgeführt. Unterteilt werden diese in die von Ihnen benutzten Bezeichnungen, Definitionen und Beschreibungen. Des Weiteren wurden diesen Interventionen mögliche Teilschritte, bzw. Anforderungen zugeordnet. Zum Schluss finden Sie von uns neu erstellte Anforderungen/Teilschritte und dazu neu erstellte Ausprägungen. Die gesetzlichen Vorgaben dienen der Ergänzung und Erklärung der Maßnahmen.

Legende	Abkürzung	Bedeutung
AMG		Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz)
ArbSchG		Arbeitsschutzgesetz
BioStoffV		BioStoffverordnung
BGF		Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM		Gesundheitsmanagement
BetrSichV		Betriebsicherheitsverordnung
BioStoffV		BioStoffverordnung
GefStoffV		Gefahrstoffverordnung
GB		Gefährdungsbeurteilung
JArbSchG		Jugendberufshilfegesetz
Lasthandhab		Lastenhandhabungsverordnung
MP		Medizinprodukte
MPG		Medizinproduktegesetz
MPBetreibV		Medizinprodukte-Betrieberverordnung
MuSchG		Mutterschutzgesetz
NSV		Nadelstichverletzungen
PSA		Persönliche Schutzausrüstung
PpSG		Pflege-Personal-Stärkungs-Gesetz
PräVG		Präventionsgesetz
TRBA		Technische Regeln für Biologische Arbeitsstoffe
TRGS		Technische Regeln für Gefahrstoffe
TRGS 401		Gefährdung durch Hautkontakt - Ermittlung, Beurteilung, Maßnahmen
TRGS 402		Gefährdungen bei Tätigkeiten mit Gefahrstoffen: Inhalative Exposition
TRGS 525		Gefahrstoffe in Einrichtungen der medizinischen Versorgung

Anlage 2 Teilschritte

Art	Bezeichnung	zugeordnete Interventionen	Ausprägungen	(gesetzliche) Vorgaben
Teilschritt	Händedesinfektion durchführen (vor, während und nach der Intervention, vollständig, Beachtung der Einwirkzeit) und geeignete Hautmittel anwenden	alle Interventionen (außer 2.1-2.9 Alltagsgestaltung, 2.11 Bettwache, 2.12 Biographiearbeit, 2.13 Einkaufsfahrt, 2.15 Spirituelle Unterstützung, 3.3 Verhaltens- und umgebungsbezogene Interventionen, 4.7 Hauswirtschaftliche Unterstützung, 4.18 Nahrungsaufnahme: Vorbereitung, 4.19 Postmortale Versorgung, 5.7 Erste Hilfe, 5.13 Medikationsmanagement, 6 Beratung und Schulung, 6.9. Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzten Lebensjahre, 7: Pflegeprozess/Kommunikation/Organisation, 8: Qualitätsmanagement)	keine Ausprägungen	ArbSchG, GefStoffV, BioStoffV, ArbMedVV, DGUV Vorschrift 1
Teilschritt	Schutzmaßnahmen anhand der Infektionsgefährdung auswählen und anwenden	alle Interventionen (außer 2.1 - 2.9, 2.11 - 2.13, 2.15 Spirituelle Unterstützung, 3.3 Verhaltens- und umgebungsbezogene Interventionen, 4.7 Hauswirtschaftliche Interventionen, 4.18 Nahrungsaufnahme: Vorbereitung, 4.19 Postmortale Versorgung, 5.7 Erste Hilfe, 5.13 Medikationsmanagement, 6.1 - 6.8 Beratung und Schulung, 6.9 Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzten Lebensjahre, 7 Pflegeprozess/Kommunikation/Organisation, 8 Qualitätsmanagement, 9 Management)	1: Mindestschutzmaßnahmen (Stufe 1) 2: Mindestschutzmaßnahmen (Stufe 1) plus Schutzmaßnahmen Stufe 2 3: Mindestschutzmaßnahmen (Stufe 1) plus Schutzmaßnahmen Stufe 2 plus Schutzmaßnahmen Stufe 3	ArbSchG, PSA-BV, BioStoffV, ArbMedVV, DGUV Vorschrift 1, TRBA 250, TRBA 200
Teilschritt	Schutzmaßnahmen zum sicherem Umgang mit Medikamenten beachten	5.12 Medikamentengabe	keine Ausprägungen	ArbSchG, AMG, GefStoffV, DGUV Vorschrift 1, TRGS 525, TRGS 401, TRGS 402
Teilschritt	Bereitstellen aller benötigten Materialien/Hilfsmittel	alle mit Kontakt zum Bewohner/Patienten (außer 2.1 - 2.9, 2.11 - 2.13, 2.15 Spirituelle Unterstützung, 3.3 Verhaltens- und umgebungsbezogene Interventionen, 4.7 Hauswirtschaftliche Interventionen, 4.18 Nahrungsaufnahme: Vorbereitung, 4.19 Postmortale Versorgung, 5.7 Erste Hilfe, 5.13 Medikationsmanagement, 7 Pflegeprozess/Kommunikation/Organisation, 8 Qualitätsmanagement, 9 Management)	1: Bereitstellen aller benötigten Materialien 2: Bei Medizinprodukten Funktionsfähigkeit und ordnungsgemäßen Zustand überprüfen	ArbSchG, MPG, BetrSichV, BioStoffV, MPBetreibV, LasthandhabV, DGUV Vorschriften 1 und 3
Teilschritt	Positionierung entsprechend der gewählten Übung	1.1 Bewegungsförderung 4.10 Intimpflege (Positionierung der pflegebedürftigen Person, gleiche Ausprägungen) Gleiches bei 4.20 Schlucktraining (Positionierung (Oberkörperhochlagerung)) Gleich: 5.1 Absaugen (Positionierung (Oberkörperhoch- oder Seitenlagerung)) Gleich: 5.3 Blasenkatheterisierung (Positionierung) Gleich: 5.5 Einlauf (Positionierung (linke Seite)) Gleich: 5.6 Ernährungssonde: Legen (Positionierung (Oberkörperhoch-/Seitenlagerung)) Gleich: 5.8 Infusionsgabe (Positionierung entsprechend des Lokalisationsortes) Gleich: 5.9 Injektion i.c./s.c. (Positionierung entsprechend des Lokalisationsortes) Gleich: 5.10 Injektion i.m. (Positionierung entsprechend des Lokalisationsortes) Gleich: 5.17 Vitalzeichenkontrolle: Blutdruck und Puls (ggf. Positionierung) Gleich: 5.21 Wundpflege (Positionierung entsprechend des Wundortes, ggf. Lagerungshilfsmittel)	1.Selbstständige Übernahme 2.Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Unterstützung von Teilhandlungen unter Beachtung einer ergonomischen Arbeitsweise 3.Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Unterstützung von Teilhandlungen unter Beachtung einer ergonomischen Arbeitsweise; 4.Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme unter Beachtung einer ergonomischen Arbeitsweise	ArbSchG, MPG, LasthandhabV, ArbMedVV, MPBetreibV, DGUV Vorschrift 1
Teilschritt	Anwendung der geeigneten Methode	1.1 Bewegungsförderung	1.Selbstständige Übernahme 2.Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Unterstützung von Teilhandlungen unter Beachtung einer ergonomischen Arbeitsweise 3.Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Unterstützung von Teilhandlungen unter Beachtung einer ergonomischen Arbeitsweise; 4.Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme unter Beachtung einer ergonomischen Arbeitsweise	ArbSchG, MPG, LasthandhabV, ArbMedVV, MPBetreibV, DGUV Vorschrift 1

Anlage 2 Teilschritte

Art	Bezeichnung	zugeordnete Interventionen	Ausprägungen	(gesetzliche) Vorgaben
Teilschritt	Positionierung in die vorgesehene (therapeutisch) korrekte Körperhaltung, unter Einbeziehung der Ressourcen und Minimierung von Reibungs- und Scherkräften	1.2 Positionierung	1.Selbstständige Übernahme 2.Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Unterstützung von Teilhandlungen unter Beachtung einer ergonomischen Arbeitsweise 3.Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Unterstützung von Teilhandlungen unter Beachtung einer ergonomischen Arbeitsweise; 4.Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme unter Beachtung einer ergonomischen Arbeitsweise	ArbSchG, MPG, LasthandhabV, ArbMedVV, MPBetreibV, DGUV Vorschrift 1
Teilschritt	Transfer mit der geeigneten Methode durchführen	1.3 Transfer/Fortbewegen	1.Selbstständige Übernahme 2.Aufforderung, partielle Beaufsichtigung oder punktuelle Unterstützung von Teilhandlungen unter Beachtung einer ergonomischen Arbeitsweise 3.Ständige Motivation, Anleitung, Beaufsichtigung oder Unterstützung von Teilhandlungen unter Beachtung einer ergonomischen Arbeitsweise; 4.Vollständige oder nahezu vollständige Übernahme unter Beachtung einer ergonomischen Arbeitsweise	ArbSchG, MPG, LasthandhabV, ArbMedVV, MPBetreibV, DGUV Vorschrift 1
Teilschritt	Nachbereitung (Aufräumen/Reinigen/Desinfizieren) der persönlichen/nicht persönlichen Utensilien und Oberflächen	alle Interventionen (außer: außer 2.1 - 2.9, 2.11 - 2.13, 2.15 Spirituelle Unterstützung, 3.3 Verhaltens- und umgebungsbezogene Interventionen, 4.7 Hauswirtschaftliche Interventionen, 4.18 Nahrungsaufnahme: Vorbereitung, 4.19 Postmortale Versorgung, 5.7 Erste Hilfe, 5.13 Medikationsmanagement, 6.1 - 6.8 Beratung und Schulung, 6.9 Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzten Lebensjahre, 7 Pflegeprozess/Kommunikation/Organisation, 8 Qualitätsmanagement, 9 Management)	1: Aufräumen/Reinigen/Desinfizieren von persönlichen/nicht persönlichen Gegenständen 2: Aufräumen/Reinigen/Desinfizieren von persönlichen/nicht persönlichen Gegenständen von infektiösen Bewohnerinnen oder Bewohnern 3: Aufbereiten von Medizinprodukten	ArbSchG, MuSchG, JArbSchG, GefStoffV, BioStoffV, ArbMedVV, DGUV Vorschrift 1
Teilschritt	Gebrauchte Kanülen, auch solche mit Sicherheitsmechanismus unter Beachtung der Schutzmaßnahmen in geeigneten Abfallbehältnissen sammeln, Einstichstelle mit Tupfer komprimieren	5.4 Blutentnahme: venös 5.8 Infusionsgabe 5.9 Injektion: i.c./s.c. 5.10 Injektion: i.m.	keine Ausprägungen	ArbSchG, MuSchG, JArbSchG, BioStoffV, TRBA250, DGUV Vorschrift 1
Teilschritt	Vor Beginn der Fahrt Wirksamkeit der Betätigungs- und Sicherheitseinrichtungen prüfen	1.4 Transportbegleitung (2.13 Einkaufsfahrt) (7.10 Dienstgang)	keine Ausprägungen	DGUV Vorschrift 70

Legende

Abkürzung	Bedeutung
AMG	Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz)
ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
BioStoffV	Biostoffverordnung
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BetrSichV	Betriebsicherheitsverordnung
BioStoffV	Biostoffverordnung
GefStoffV	Gefahrstoffverordnung
GB	Gefährdungsbeurteilung
JArbSchG	Jugendarbeitsschutzgesetz
Lasthandhab	Lastenhandhabungsverordnung
MP	Medizinprodukte
MPG	Medizinproduktegesetz
MPBetreibV	Medizinprodukte-Betreiberverordnung
MuSchG	Mutterschutzgesetz
NSV	Nadelstichverletzungen
PSA	Persönliche Schutzausrüstung
PpSG	Pflege-Personal-Stärkungs-Gesetz
PrävG	Präventionsgesetz
TRBA	Technische Regeln für Biologische Arbeitsstoffe
TRGS	Technische Regeln für Gefahrstoffe
TRGS 401	Gefährdung durch Hautkontakt – Ermittlung, Beurteilung, Maßnahmen
TRGS 402	Ermitteln und Beurteilen der Gefährdungen bei Tätigkeiten mit Gefahrstoffen: Inhalative Exposition
TRGS 525	Gefahrstoffe in Einrichtungen der medizinischen Versorgung

In dem hier vorliegenden Tabellenblatt finden Sie die Änderungen für einige **Teilschritte**. Dabei werden nur die bearbeiteten Aspekte berücksichtigt und in ihrer neuen Fassung aufgeführt. Hierbei wurden die betroffenen Interventionen aufgeführt, um eine schnelle Zuordnung möglich zu machen. Den Teilschritten wurden teilweise Ausprägungen zugeordnet, damit die verschiedenen Stufen bezüglich Qualifikation und Zeitaufwand erkennbar werden. Die gesetzlichen Vorgaben dienen der Ergänzung und Erklärung der Maßnahmen.

Anlage 3 Anforderungen

Art	Bezeichnung	zugeordnete Interventionen	Ausprägungen	(gesetzliche) Vorgaben
Anforderung	Ergonomisch arbeiten (z.B. Fähigkeiten der Pflegebedürftigen miteinschließen, Arbeitsplatz und -umfeld ergonomisch gestalten, Einsatz von Hilfsmitteln statt Heben)	alle Interventionen ergänzen bei 1.1 (außer 2.1 - 2.9, 2.11 - 2.13, 2.15 Spirituelle Unterstützung, 3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, 3.3 Verhaltens- und umgebungsbezogene Interventionen, 4.7 Hauswirtschaftliche Interventionen, 4.18 Nahrungsaufnahme: Vorbereitung, 4.19 Postmortale Versorgung, 5.7 Erste Hilfe, 5.13 Medikationsmanagement, 6.2 - 6.8 Beratung und Schulung, 6.9 Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzten Lebensjahre, 7 Pflegeprozess/Kommunikation/Organisation, 8 Qualitätsmanagement, 9 Management)	1: Unterstützung von (Teil-)Handlungen 2: Übernahme von (Teil-)Handlungen mittels kleiner und technischer Hilfsmittel	ArbSchG, MPG, LasthandhabV, ArbMedVV, MPBetreibV, DGUV Vorschrift 1
Anforderung	Beaufsichtigung - mögliches aggressives Verhalten beachten	alle Interventionen außer: 2.1 - 2.9, 2.11 - 2.13, 2.15 Spirituelle Unterstützung, 4.7 Hauswirtschaftliche Unterstützung, 4.18 Nahrungsaufnahme: Vorbereitung, 4.19: Postmortale Versorgung, 5.7 Erste Hilfe, 5.13 Medikationsmanagement, 6.1 - 6.7, 7.1 - 7.5, 7.7 - 7.15, 8 Qualitätsmanagement, 9 Management	1: Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch gezielte Deeskalation abbauen; 2: Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch gezielte Deeskalation abbauen 3. Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle durch 2 Personen sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch gezielte Deeskalation abbauen	ArbSchG, BetrSichV, DGUV Vorschrift 1 (mit DGUV Regel 100-001), DGUV Vorschrift 3
Anforderung	sozial inadäquate Verhaltensweisen	alle Interventionen außer: 2.1 - 2.9, 2.11 - 2.13, 2.15 Spirituelle Unterstützung, 4.7 Hauswirtschaftliche Unterstützung, 4.18 Nahrungsaufnahme: Vorbereitung, 4.19: Postmortale Versorgung, 5.7 Erste Hilfe, 5.13 Medikationsmanagement, 6.1 - 6.7, 7.1 - 7.5, 7.7 - 7.15, 8 Qualitätsmanagement, 9 Management	1: Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch gezielte Deeskalation abbauen; 2: Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch gezielte Deeskalation abbauen 3. Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle durch 2 Personen sind notwendig, ggf. Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, wenn erforderlich Zeit geben, Aggressionen durch gezielte Deeskalation abbauen	ArbSchG, BetrSichV, DGUV Vorschrift 1 (mit DGUV Regel 100-001), DGUV Vorschrift 3

Abkürzung	Bedeutung
AMG	Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz)
ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
BioStoffV	Biostoffverordnung
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BetrSichV	Betriebssicherheitsverordnung
BioStoffV	Biostoffverordnung
GefStoffV	Gefahrstoffverordnung
GB	Gefährdungsbeurteilung
JArbSchG	Jugendarbeitsschutzgesetz
Lasthandhab	Lastenhandhabungsverordnung
MP	Medizinprodukte
MPG	Medizinproduktegesetz
MPBetreibV	Medizinprodukte-Betreiberverordnung
MuSchG	Mutterschutzgesetz
NSV	Nadelstichverletzungen
PSA	Persönliche Schutzausrüstung
PpSG	Pflege-Personal-Stärkungs-Gesetz
PrävG	Präventionsgesetz
TRBA	Technische Regeln für Biologische Arbeitsstoffe
TRGS	Technische Regeln für Gefahrstoffe
TRGS 401	Gefährdung durch Hautkontakt - Ermittlung, Beurteilung, Maßnahmen
TRGS 402	Ermitteln und Beurteilen der Gefährdungen bei Tätigkeiten mit Gefahrstoffen: Inhalative Exposition
TRGS 525	Gefahrstoffe in Einrichtungen der medizinischen Versorgung

In dem hier vorliegenden Tabellenblatt finden Sie die Änderungen für einige **Anforderungen**. Dabei werden nur die bearbeiteten Aspekte berücksichtigt und in ihrer neuen Fassung aufgeführt. Hierbei wurden die betroffenen Interventionen aufgeführt, um eine schnelle Zuordnung möglich zu machen. Den Anforderungen wurden teilweise Ausprägungen zugeordnet, damit die verschiedenen Stufen bezüglich Qualifikation und Zeitaufwand erkennbar werden. Die gesetzlichen Vorgaben dienen der Ergänzung und Erklärung der Maßnahmen.